

DEMENTOIVIA MUISTISAIRAUKSIA SAIRASTAVIEN VANHUS-  
TEN SAATTOHOIDON TOTEUTTAMINEN VANHAINKODISSA

Külliki Toikka ja Marianne Lukmaa  
Opinnäytetyö, kevät 2010  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Etelä, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

...saatetaan se asukas kuolemaan ja saatetaan ne omaiset elämään...

## TIIVISTELMÄ

Lukmaa, Marianne & Toikka, Külliki. Dementoivia muistisairauksia sairastavien vanhusten saattohoidon toteuttaminen vanhainkodissa. Helsinki, kevät 2010, 71 s. 7 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki Terveysalan koulutusohjelma, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitohenkilökunta toteuttaa dementoivia muistisairauksia sairastavien vanhusten saattohoitoa vanhainkodissa.

Teoreettinen viitekehys koostettiin aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Tietoa dementiasta sekä saattohoidosta oli saatavilla runsaasti, joten meidän tehtäväksemme jäi poimia opinnäytetyömme kannalta olennainen tieto.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen ja analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Aineisto kerättiin pääkaupunkiseudun vanhainkodin dementiaosastoilla. Avoimien kyselyn vastaukset saatiin elokuussa 2009 ja teemahaastattelut tehtiin lokakuussa 2009. Avoimissa kyselyissä dementiaosastojen hoitohenkilökunta vastaili vapaaehtoisesti esseemuodossa kysymykseen saattohoidon toteuttamisesta omalla osastolla. Haastatteleamalla lisäksi kolmea hoitohenkilökuntaan kuuluva, täydensimme kyselyn tuloksia.

Päätulokseksi nousi henkilökunnan halu toteuttaa saattohoitoa vanhainkodissa, mutta henkilökunnan vähäisyydestä johtuva ajan puute vaikeutti sitä. Henkilökunnalla ei ollut aikaa toteuttaa hyvää saattohoitoa. Kiire vaikutti hoidon laatuun, hoito toteutettiin rutiininomaisesti.

Opinnäytetyötulosten pohjalta voimme sanoa, että hoitajilla on halua toteuttaa dementoituneen hyvä saattohoitoa vanhainkodissa, mutta ajan ja työvoiman puute heikentävät sitä. Henkilökunta osasi ottaa huomioon omaiset ja heidän toiveensa. Henkilökunnan mielestä fyysisen kivun hoitoa pystyttiin toteuttamaan riittävästi. Kyselyihin vastanneet toivoisivat lisäkoulutusta, jotta he osaisivat kohdata dementoituneet asukkaat kuoleman hetkellä myös hengellisesti. Myös työnohjauksen tarve saattohoitotilanteen aikana ja sen loputtua koettiin tarpeelliseksi.

Asiasanat: dementoivat muistisairaudet, omaiset, saattohoito, kivunhoito, kvalitatiivinen tutkimus

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET .....	8
3 DEMENTOIVAT MUISTISAIRAUDET .....	10
3.1 Alzheimerin tauti.....	10
3.2 Vaskulaarinen dementia.....	11
3.3 Lewyn kappale -tauti .....	12
3.4 Frontotemporaalinen dementia.....	13
4 DEMENTIAAN SAIRASTUNEEN VANHUKSEN SAATTOHOITO.....	14
4.1 Palliatiivinen hoito.....	15
4.2 Saattohoito .....	18
4.3 Dementoituneen saattohoito.....	19
4.3.1 Dementoituneen saattohoidon eettisyys ja erityispiirteet .....	21
4.3.2 Hoitotahto ja itsemääräämisoikeus .....	24
4.3.3 Kosketus .....	25
4.3.4 Dementiaa sairastavan omaisten kohtaaminen .....	27
4.3.5 Saattohoitokoulutus .....	29
5 TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	30
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	30
6.1 Tutkimusympäristö .....	31
6.2 Tutkimusmenetelmät .....	32
6.2.1 Avoin kysely ja aineiston keruu.....	34
6.2.2 Teemahaastattelu ja aineiston keruu .....	36
6.3 Aineiston analyysi.....	36
6.3.1 Avoimen kyselyn analyysi .....	37
6.3.2 Teemahaastattelujen aineiston analyysi .....	38
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	39
7.1 Hyvä saattohoito.....	39
7.1.1 ...halua ja taitoa hyvään hoitoon löytyy.....	40

7.1.2...tuota kaikkea kipua ei voida lääkitä lääkkeillä.....	41
7.1.3 ...tuntui, että kuoleva ymmärsi vaimon olevan läsnä.....	42
7.1.4...se on sitä kodinomaisuutta, et vois olla ja elää niin kuin kotona....	43
7.1.5...mä usein laulan jonkun hengellisen laulun... ..	44
7.2 Hyvän saattohoidon haasteet .....	45
7.2.1 ...useimmiten saattohoidossa on kyseessä ne muutamat päivät... ..	45
7.2.2 ...kiire ja se, että ei ehditä kuitenkaan juuri pysähtyä asukkaan ja hänen kokemansa elämänvaiheen äärelle.....	46
7.2.3...pitkälle dementoitunut ei voi välttämättä puhua ja ilmaista verbaalisesti kipua.....	47
7.2.4 ...ei tiedetä, mitä omaisille tulisi sanoa.....	48
7.2.5 ...että koulutusta mun mielestään on annettu aika vähän hoitajille... ..	48
8 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	50
9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	55
10 POHDINTA .....	56
LÄHTEET.....	60
LIITE 1: Hoitotahto	
LIITE 2: Dementoituneen oikeudet	
LIITE 3: Dementoituneen omaisten oikeudet	
LIITE 4: Avoin kysely	
LIITE 5: Teemahaastattelu	
LIITE 6: Esimerkki aineiston abstrahoinnista	
LIITE 7: Opinnäytetyön prosessi	

## 1 JOHDANTO

Suomessa joka vuosi yksi sadasta 75-vuotiaasta sairastuu johonkin dementiaan johtavaan sairauteen ja parantavaa hoitoa näihin sairauksiin ei ole vielä olemassa. Dementoivien sairauksien esiintyvyys kasvaa vanhemmissa ikäluokissa ja väestön ikärakenne on muuttumassa lähitulevaisuudessa oleellisesti. Tulevaisuudessa tulisi yhteiskunnan pystyä turvaamaan entistä suuremman joukon pitkäaikaishoito. Dementoivat sairaudet ovatkin suuri haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle. (Koivisto 2004, 101.)

Noin kahdeksalla prosentilla 65 vuotta täyttäneistä ihmisistä arvioidaan esiintyvän keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa ja sen esiintyvyys kasvaa iän myötä. Jos esiintyvyyttä arvioidaan ikäluokittain, vanhuusikäluokista 65–74-vuotiaista dementiaa esiintyy 4,2 %:lla, 75–84-vuotiaista 10,7 %:lla ja 85 täyttäneistä 36 %:lla. Näiden arvioiden perusteella Suomen yli 75-vuotiaasta väestöstä olisi vuonna 2003 ollut 21 % vähintään keskivaikeasti dementoituneita ja vuonna 2015 osuus olisi 24 %. (Helsingin kaupunki 2006.) Työikäisiä eli alle 65-vuotiaista dementoivia sairauksia sairastavia ihmisiä on Suomessa noin 7000. (Koivisto 2004, 44–45.)

Dementoivaa sairautta sairastavista henkilöistä käytetään erilaisia nimityksiä, kuten muistihäiriöinen, dementoitunut tai dementoituvat asiakkaat. Lääketieteessä puhutaan dementiapotilaista (esim. Erkinjuntti 2001), koska lääketieteen terminologiassa käytetään käsitteitä potilas. Kuolemasta ja saattohoidosta puhuttaessa (esim. Kärpäniemi 1999) käytetään käsitettä dementoitunut, koska saattohoitovaiheessa ajatellaan dementoitumisen olevan jo pitkällä. Meidän opinnäytetyssämme käytämme dementoituvaa sairautta sairastavasta asukkaasta pääasiallisesti käsitettä dementoituva. Meidän mielestämme tämä kuvaa parhaiten dementoitumisen prosessinomaista, etenevä luonnetta.

Opinnäytetyössämme hoitajalla tarkoitetaan koulutettua hoitohenkilökuntaa kuten sairaanhoitajia ja lähihoitajia.

Yleensä vaikeaa dementiaa sairastavat asuvat pitkäaikaislaitoksissa. Tämän vuoksi dementiapotilaiden saattohoidosta kotona on vain yksittäisiä kokemuksia. Hoito on vaikeaa koska kuolemaa voi edeltää pitkä, jopa vuosia kestävä jakso vuodepotilaana. Kuoleman ajankohtaa on vaikea ennustaa. (Sulkava 1999, 14–19)

Kärpänniemen (1999, 35) mukaan Terhokodissa on sen toiminnan aikana hoidettu yksi Alzheimerin tautia sairastava potilas kuolemaan saakka. Pitkäaikaislaitoksen dementiaosasto on suurimmalle osalle dementoituneesta ollut jo vuosia koti ja on koti myös elämän loppuvaiheessa.

Terhokodin johtaja, ylilääkäri Juha Hännisen mukaan olisi tärkeää lisätä kaikille terveydenhuollossa tietoa siitä, miten kuolevan potilaan kärsimyksiä voidaan lievittää. Myös omaisten tuskan kohtaaminen vaatii paljon osaamista ja tilannetajua. (Kärpänniemi 1999.)

Omaisella on oikeus saada tietoa lääkkeettömästä ja lääketieteellisestä hoidosta, heitä arvostetaan hoitajina. Omaisen tulisi muistaa, että hän itsekin tarvitse lepoa ja huolenpitoa. Lievittämällä potilaan oireita, helpotetaan myös omaisten stressiä.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää, miten erään vanhainkodin dementiaosastoilla toteutetaan saattohoitoa.

## 2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tutkimuksia dementoituneen saattohoidosta ei löydetty. Aikaisemmat tutkimukset olivat joko pelkästään dementiasta tai saattohoidosta. Löytyi tutkimuksia saattohoidosta keskussairaalassa ja pitkäaikaislaitoksessa, mutta mikään niistä ei koskenut suoranaisesti dementoituneen saattohoitoa.

Vuonna 2001 Kajaanin Ammattikorkeakoulussa Tarja Leinonen, Kaija Manninen ja Maarit Suutari on tehnyt opinnäytetyön ” Halu hyvään saattohoitoon”, missä he tutkivat hoitajien kokemuksia kuolevan potilaan hoidosta Kainuun keskussairaalassa. He haastattelivat kuutta hoitaja. Tavoitteena oli kehittää yhtenäisiä hoitolinjoja saattohoidossa. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että hoitajilla oli motivaatiota ja taitoa hoitaa kuolevia potilaita hyvin, tarvittaisiin lisää henkilökuntaa. Kiireisillä osastoilla ei jäänyt aikaa omaisille eikä keskusteluille potilaiden kanssa. Saattohoitopäätös jäi useimmiten tekemättä tai se tehtiin viime hetkellä. Lisäksi selvisi, että saattohoidossa korostuivat perushoito ja kivunhoito. Tärkeäksi koettiin omaisten ja potilaan psyykinen tukeminen. Hoitajat kertoivat saavansa voimia saattohoidon toteuttamiseen työkavereilta, mutta kaipaivat työhjoista pienissä ryhmissä. (Leinonen, Manninen & Suutari 2001.)

Vuonna 2006 Diakonia-ammattikorkeakoulun Porin yksikössä Jenni Kaapeli ja Janina Kujala ovat tehneet opinnäytetyön ”Hoitohenkilökunnan mahdollisuudet hyvään saattohoitoon vanhainkodeissa”. Heidän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää vanhainkotien hoitohenkilökunnan mahdollisuuksia toteuttaa hyvää saattohoitoa. Selvitettiin saattohoitokoulutuksen merkitystä, riittävää kivunhoitoa ja aikaa saattohoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää pystytäänkö vanhainkodeissa toteuttamaan hyvää saattohoitoa ja onko vanhainkoti oikea paikka kuolevalle. He lähtivät sitä tutkimaan, koska hyvän saattohoidon mahdollisuuksien antamisesta vanhainkodissa ei ollut ennen tehty tutkimista. Aineiston keruussa he käyttivät kyselylomakkeita. Kyselyn vastasi 67/100 hoitajaa. Tuloksista selvisi, että 48 % vastaajista oli sitä mieltä, että vanhainkoti soveltuu hyvin saattohoito potilaan hoitopaikaksi. 33 % vastaajista oli sitä mieltä, että vanhain-



koti ei ole oikea paikka saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle. Päätulos oli, että henkilökunnalla ei ollut aikaa toteuttaa hyvä ja laadukasta saattohoitoa. Parantamisen varaa oli kivunhoidossa ja henkilökunta tarvitsi lisää koulutusta. (Kaapeli & Kujala 2006.)

### 3 DEMENTOIVAT MUISTISAIRAUDET

Useimmiten, kun puhutaan dementiasta, ajatellaan pelkästään muistihäiriötä. Dementia on kuitenkin laajempi oireyhtymä, johon kuuluu myös mm. häiriötä käyttäytymisessä, puheen tuottamisessa tai sen ymmärtämisessä. Se ei ole itsenäinen sairaus. Vaikeusasteen mukaan se luokitellaan lieväksi, keskivaikeaksi ja vaikeaksi. Dementia on etenevä oireyhtymä, joka vaikeuttaa arkipäivästä suoriutumista ja lopuksi itsenäinen elämä ei onnistu ollenkaan. Tavallisimpia oireita ovat puhehäiriö (sanoja on vaikea löytää, puheen ymmärtäminen vaikeutuu) ja heikentynyt havaintokyky: ihminen elää kuin eksyksissä. Vaikeuksia voi olla esineiden tai asioiden tunnistamisessa. Hän ei pysty suorittamaan tiettyjä liikkeitä tai liikesarjoja, vaikka ei ole halvaantunut. Lopuksi unohtuvat tuttujen esineiden käyttötarkoitukset, esim. lusikasta voi tulla täysin outo esine. Yleisimmin dementian aiheuttajana on etenevä muistisairaus. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 54; Koivisto 2004, 45.)

Dementia voi johtua jostakin elimellisestä sairaudesta ja sen löytämiseksi tarvitaan lääketieteellisiä tutkimuksia. Yksittäisiä dementiaan johtavia sairauksia on yli 100.

Tavallisimpia dementia aiheuttavia aivosairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale-tauti ja frontotemporaalinen dementia eli otsalohkodementia. (Koivisto 2004, 45; Sulkava, Alhainen & Viramo 2005, 5.)

#### 3.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus: yli puolet kaikista dementiapotilaista sairastaa Alzheimerin tautia. Alzheimerin taudin syy on tuntematon, siihen liittyy selvä periytyvä alttius sairastumiseen. Riski sairastua on henkilöillä, joiden lähisuvussa on useampi kuin yksi Alzheimerin tautiin sairastunut henkilö. (Erkinjuntti & Pirttilä 2001, 122–125.)

Alzheimerin taudille tyypillistä on hidas alku, tasainen eteneminen ja hermosolujen tuhoutuminen aivoissa. Se, mikä aiheuttaa hermosolujen tuhoutumisen on edelleen epäselvää.

Alzheimerin taudin ensimmäinen oire on muistin ja uuden oppimisen heikkeneminen. Varsinkin lähimuisti heikkenee ja potilaan kertoessa tapahtumista sekoittuvat uudet ja vanhat tapahtumat keskenään. Samoista asioista kerrotaan monet kerrat. Tavarat ovat jatkuvasti hukassa, ihminen ei muista mihin on mitään jättänyt. Ympäristön hahmottamisessa syntyy häiriöitä ja ihminen voi eksyä tussakin ympäristössä. (Verkkoniemi 2005, 6–7.)

Sairauden vaikeassa vaiheessa potilas tarvitsee apua melkein kaikessa selvitäkseen päivittäisistä toiminnoista. Alzheimerin tautiin liittyy myös käytösoireita ja harhaluuloja. Niitä esiintyy sairauden kaikissa vaiheissa. Useimmiten heikkenee myös fyysinen terveys ja paino putoa. Esiintyy virtsan ja ulosteen pidätyskyvyn ongelmia.

Taudin edetessä potilaan nielemiskyky häviää. Mutta jos ennen sitä tulee keuhkokuume tai muu infektio, minkä seurauksena nieleminen väliaikaisesti häviää, tulee infektio hoitaa oireenmukaisesti. Silloin, kun keuhkokuume johtuu nielemiskyvyn häviämisestä, tulisi aloittaa saattohoito. (Sulkava 1999, 15.)

Taudin kesto toteamisesta kuolemaan kestää keskimäärin 10–12 vuotta (Sulkava ym. 2005, 5).

### 3.2 Vaskulaarinen dementia

Aivoverenkierron häiriöt ovat toiseksi tavallisimpia dementiaan johtavia syitä. Vaskulaariseen dementiaan oireita määrittää se, missä kohdassa aivoissa vaurio sijaitsee ja tämän vaurion laajuus.

Oireiden etenemisen nopeus on vaihteleva. Vaskulaarista dementiaa sairastavalla muisti toimii paremmin kuin Alzheimerin tautia sairastavalla. Häiriöitä esiintyy enemmän suunnitelmallisuudessa, päätöksenteoissa, päättelyissä ja arvoitelukyvyssä. Sairaus voi edetä tasaisesti, mutta myös portaittain. Portaittain etenevässä sairaudessa on välillä jaksoja, jolloin sairaus ei etene ja välillä voi vointi vähän kohentuakin. Sitten tulee väliin äkillisiä pahenemisvaiheita ja sekavuustiloja. (Verkkoniemi 2005, 8.)

Fyysiset oireet riippuvat vaurion sijainnista aivoissa. Yleisimmät ovat puheen tuottamis- ja ymmärtämishäiriöt, näkökenttäpuutokset, kyvyttömyys suorittaa tahdonalaisia liikkeitä ja vaikeus tunnistaa esineitä ja asioita. Samoin voi esiintyä raajojen kömpelyyttä, tuntohäiriöitä, tasapainovaikeutta kävellessä, puhe voi muuttua epäselväksi. Äkillinen sekavuus ja nielemisvaikeudet liittyy myös vaskulaariseen dementiaan. (Verkkoniemi 2005, 8.)

Jos vaskulaarista dementiaa sairastava potilas saa aivorunkoinfarktin tai suuren isoavoinfarktin, voi hänen nielemiskykynsä hävitä ja tajunnantasossakin olla muutoksia, mutta ne palautuvat muutamassa päivässä tai viikossa. Sellainen potilas ei kuulu saattohoidon piiriin, hänet tulisi hoitaa aktiivisesti. (Sulkava 1999,18.)

Vaskulaarisesta dementiaasta kärsivät ymmärtävät omaa tilannettaan enemmän kuin Alzheimerin tautia sairastavat ja siitä johtuen heillä esiintyy enemmän ahdistuneisuutta ja masennusta. Keskimääräinen taudin kesto on n 7–9 vuotta. (Verkkoniemi 2005, 8.)

### 3.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Oikea diagnoosi on erittäin tärkeä sairastuneen kannalta. Dementiaoireiden lisäksi siihen kuuluu parkinsonistisia oireita – kävely on hidasta, jäykkää ja askel on lyhyt. Tyypillistä ovat vireystilan nopeat muutokset. Sairauden alkuvaiheessa

muisti voi toimia lähes normaalisti ja potilas voi oppia myös uutta. Lewyn kappale – taudin aiheuttamassa dementiaassa esiintyy enemmän näköharhoja ja harhaluuloja kuin muissa dementiaoissa. Erittäin hankala on tähän sairauteen liittyvä pyörtyminen ja kaatuileminen, jota ei voi ennakoita. (Sulkava ym. 2005, 6.)

Aggressiivisuus on tavallisin piirre Lewyn kappale -taudissa. Potilas voi suuttua pienestäkin vastoinkäymisestä ja se ilmenee kiroiluna, huutamisena tai lyömisinä. Aggressiivisuus voi tulla myös hyvin kiltiksi luonnehditulle ihmiselle. Usein nämä tilanteet menevät nopeasti ohi. Vaikeassa Lewyn kappale -taudissa älylliset oireet muistuttavat pitkälle edenneen Alzheimerin taudin oireita. Liikkumisen vaikeudet muistuttavat pitkälle edennyttä Parkinsonin tautia. (Verkkoniemi 2005, 9.)

Lewyn kappale -taudissa infektiot ja neuroleptilääkitys voivat vaikuttaa potilaan tajunnantasaan ja niistä voi johtua nielemisvaikeuksia. Infektiot tulisi hoitaa ja neuroleptilääkitys lopettaa, ennen kuin voi arvioida potilaan tilaa. (Sulkava 1999,18.) Elinaika diagnoosin saamisesta on viidestä viiteentoista vuoteen (Sulkava ym. 2005,6).

### 3.4 Frontotemporaalinen dementia

Frontotemporaalinen eli otsalohkodementiaassa tapahtuu muutoksia aivoissa otsalohkon alueella. Monet otsalohkoa rappeuttavat taudit ovat periytyviä.

Sairauden alkuvaiheessa oireet poikkeavat muista dementiaoista. Muistihäiriöt eivät ole niin merkittäviä kuin persoonallisuuden ja käyttäytymisen muuttuminen. Käyttöoireet ovat sairauden alussa hyvin yleisiä. Usein esiintyy puhehäiriöitä. (Verkkoniemi 2005, 9.)

Otsalohkodementiaan sairastutaan yleensä nuorempana, noin 40–65 vuoden iässä. Käytös muuttuu estottomaksi, tahdittomaksi ja tunnetilat muuttuvat nopeasti. Sairauden edetessä alkaa ilmetä muistihäiriöitä, puhehäiriöitä, kävelykyky

huonone ja ilmenee lihasjäykkyyttä. (Verkkoniemi 2005, 9.) Elinikä diagnoosin jälkeen saattaa olla yli kymmenen vuotta (Sulkava ym. 2005,7).

#### 4 DEMENTIAAN SAIRASTUNEEN VANHUKSEN SAATTOHOITO

Elämän ja kuoleman kiertokulku on ikuista, kuolema on vääjäämätön ja lopullinen kaikille sukupolville. Sairauden kuva on muuttunut, lääketiede ja hoitaminen ovat muuttuneet. Nykyään kuollaankin erilaisessa sosiaalisessa ympäristössä kuin vuosikymmeniä sitten ja suurin osa kuolemista, lähes 80 %, tapahtuu erilaisissa laitoksissa. (Lindqvist 2000, 16–18.)

Kuoleman alun ajankohdan määrittäminen on monimutkainen ja tarkan ajankohdan määrittely on vaikea. Käytännössä kuolema katsotaan alkaneeksi, kun lääketieteelliset keinot elämän ylläpitämiseksi on käytetty loppuun ja taudin etenemiseen ei voida enää vaikuttaa.

Saattohoitoon siirtymiseen tehtävä päätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Se voi olla yksi hoitolinjapäätös tai lopputulos pitkästä prosessista, jonka aikana on selvinnyt, ettei sairaus ole parannettavissa. Sitä edeltää hoitoneuvottelu ja päätös kirjataan DNR (do not resuscitate) tai ER (Ei reskitoida). (Hannikainen 2008, 17.)

Saattohoito, palliatiivinen hoito ja terminaalahoito ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä, joilla kaikilla yleensä tarkoitetaan elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa. Termeillä tarkoitetaan kuitenkin jonkin verran toisistaan poikkeavia asioita.

#### 4.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on kokonaisvaltainen, oireita lievittävä hoito, jossa pyritään potilaan ja hänen omaistensa elämänlaadun parantamiseen. Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan palliatiivisen hoidon vaihe voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. Keskeisenä palliatiivisessa hoidossa on potilaan kivun ja muiden oireiden lievitys ja sekä hänen psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin ongelmiin paneutuminen (Aalto 2000, 11.)

Palliatiivisen hoidon päämäärä on potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi. Palliatiivinen hoito tukee elämää ja pitää kuolemaa siihen kuuluvana normaalina prosessina. Palliatiivinen hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti ja tukee läheisiä selviytymään potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen.

Käytännössä palliatiivisen hoidon erilaisuus muuhun hoitoon perustuukin kärsimyksien monimuotoisuuden havaitsemiseen (Hänninen 2006,18). Kukaan ei tiedä, mitä kuoleva ihminen tuntee, niinpä tärkeimmäksi hoitokriteeriksi on kivun asianmukainen hoito (Pinomaa 2000, 24).

Dementoituneen taudinkuvaan kuuluu asteittain etenevä muistin ja muiden kognitiivisten toimintojen huononeminen. Taudin loppuvaiheessa ovat lääketieteellisistä ongelmista mainittu nielemisvaikeudet, painehaavaumat, kuivuminen, aspiraatiokeuhkokuume, aliravitsemus ja virtsatieinfektiot. Dementiaan erikoistuneissa hoitoyksiköissä rajoitetaan enemmän lääketieteellistä hoitoa kuin sairaaloissa ja hoidon tavoitteena on enemmän potilaan mukavuus kuin elinajan pidentäminen. Hoitopaikka valittaessa on vaikea ennustaa elinajan pituutta. (Vainio 2004, 167–168.)

Kipua voidaan määritellä ja käsitteellistää monella tavalla. Yhtäältä sitä voidaan kuvata fyysisiä tuntemuksia sisältävänä fysiologisena tilana ja kokemuksena, joka vaihtelee lyhytkestoisesta tuntemuksesta pitempiaikaiseen krooniseen kipuun. Toisaalta kipuun liittyy mentaalisia ja kulttuurisia tekijöitä, jotka voivat pai-

kantua esimerkiksi kuolemiseen liittyviin tilanteisiin. kipu ei ole vain fyysinen oire vaan siihen voi liittyä henkistä, sosiaalista ja hengellistä hyvinvoinnin puutetta. Oireiden lievittämisessä tuleekin tärkeimmäksi asiaksi potilaan kokonais kivun huomioiminen.

### Saattohoidettavan fyysiset tarpeet

Fyysisiin tarpeisiin tarvitaan lääketieteellistä hoitoa ja hoitotyötä. Kipu on aina potilaan oma tuntemus. Aina ei välttämättä päästä täsmälääkitykseen ja joskus kivun hoitoon tarvitaan monta eri lääkettä. Lääkityksen tarkoitus on pitää kipu poissa. Yleensä kipu vaatii säännöllisen ja jatkuvan lääkityksen. Kipulääkitys aloitetaan yleensä tavanomaisilla särkylääkkeillä. Silloin kun ne eivät enää riitä, siirrytään voimakkaampiin kipulääkkeisiin. Voimakas kipulääke valitaan kivun voimakkuuden, laadun ja mahdollisten sivuvaikutusten mukaisesti.

Hoitotyöllä on paljon tehtävä fyysisen kivun hoidossa. Hoidot tulisi tehdä hoidettavan ja hänen omaistensa ehdoilla. Hoitotyön keinoilla vastataan kuolevan hyvinvoinnin huolehtimisesta, esim. ravinnon, nesteen, puhtauden ja ihon kunnon säilyttämisestä.

Usein saattohoidossa on potilailla käytössä useita lääkkeitä yhtä aikaa, johtuen siitä, että tehokkaat kipulääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia, joita tulee myös hoitaa. Pyrkimys kivun täydelliseen poistamiseen johtaa usein potilaan tokkuraisuuteen. Silloin kannattaa ennen potilaan liikuttelua annostella nopeavaikutteista kipulääkettä. (Hänninen 2006, 22–26.)

Omaisille tulisi kertoa, että ruokahaluttomuus ja voimien väheneminen ovat etenevän sairauden merkkejä. Omaiset ovat usein huolissaan, että potilas kuolee kun ei syö. Omaiselle voi kertoa, että potilas ei syö, koska hän kuolee. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 67–68.)



## Saattohoidettavan psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet

Emotionaalinen tukeminen muodostuu kuuntelemisesta, myötäelämisestä, koskettamisesta, potilaan toivomusten huomioon ottamisesta, rohkaisemisesta, lohduttamisesta ja läsnäolemisestä. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 41–46).

Psyykkinen tarve on yleensä läsnäoloa, tiedon jakamista ja kuuntelemista. Läheiset voivat halunsa ja kykyjensä mukaan olla myös mukana hoitamisessa tai olla pelkästään läsnä. Läheiset tuovat potilaan vierelle normaalin arjen, turvallisuuden ja läheisyyden. Omaisille läsnäolo kuolemisessa konkretisoi kuolemaa. (Hänninen 2006, 47.)

Kuolevaan potilaan omaisiin tulee suhtautua kunnioittavasti. Heillä on tärkeä rooli ja suuri merkitys, eivätkä he ole pelkästään vierailijoita. He tukevat potilasta emotionaalisesti kaikista eniten. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004,70.)

Sosiaalisiin tarpeisiin kuuluu omaisten huomioiminen, neuvominen ja opastus käytännön asioissa. Yleensä ajatellaan, että ihmisen ei pitää kuolla yksin. Saattohoitovaiheessa omaiset ja läheiset pyrkivät olemaan mahdollisesti paljon potilaan luona. Hoitosuhteen tulisi perustua luottamukseen. Hoitosuhteessa se ilmenee aitoutena, rehellisyytenä ja avoimuutena. Hoitosuhteessa on voimakkaasti esillä välittäminen potilaasta ja hänen omaisista, kuuntelu ja sanaton viestintä sekä kosketuksen avulla viestiminen. Saattohoidossa se on viestimistä hoitotoiminnan kautta, ilmein, elein sekä sanoin.

Kosketus liittyy myös kuolemaan, koska se saattaa olla ainoa tapa kommunikoida kuolevaan kanssa. Kuolema tapahtuu melkein aina sairaalassa ja omaiset eivät aina tiedä, miten käyttäytyä vieraassa ympäristössä. Kuoleva henkilöä ei uskalleta koskettaa. Hoitaja voi omalla kosketuksella näyttää esimerkkiä, miten voi koskettaa. (Enäkoski & Routasalo 1998,125.)

## Saattohoidettavan henkiset tarpeet

Hengellinen tarve vaatii potilaan uskonnon ja vakaumuksen mukaista sielunhoitoa. Sielunhoito saattohoidossa on usein hiljaista, ilman sanojakin ymmärtävää läsnäoloa. Oman ruumiin tuhoutuminen, psyykkisten kykyjen häviäminen ja läheisistä suhteista irtautuminen ovat kuoleamisen tuskallisempia tapahtumia. Kiinnittyminen aikaan ja paikkaan alkaa menettää merkitystään. Kaikki huoneen ulkopuolella tapahtuvat asiat menettävät merkityksensä jo saattohoidon alkuvaiheessa. Viimeisenä säilyy oma kivulias tuhoutuva ruumis. Sielunhoidollisesti on tärkeää, että viimeisinä elinpäivinä olisi aina joku läsnä. Potilaiden tarpeet ovat yksilöllisiä. Toisen ihmisen läsnäolo lievittää pelkoa. Tätä tarkoitetaan, kun korostetaan kädestä pitämisen merkitystä. (Nissilä 2004, 253–262.)

### 4.2 Saattohoito

Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu ja taudin etenemiseen ei voida mahdollisilla hoitokeinoilla enää vaikuttaa eikä taudin kulkua parantaa. Saattohoito tarkoittaa lähtörauhaa (Aalto 2000, 12).

Saattohoidossa korostuu ihmisten merkitys toisilleen. Hoito perustuu kuolevan psyykkisten, fyysisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioon ottamiseen (Aalto 2000, 9).

Saattohoito on kuolevan ja hänen omaistensa tukemista elämänkaaren päättyessä. Saattohoidossa on keskeistä potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Saattohoito ei ole riippuvainen potilaan diagnoosista.

Kuolevan potilaan hoitotyöhön ei ole toistaiseksi valtakunnallista yhteneväistä linjausta. On olemassa Lääkintöhallituksen antamat Terminaalihoiton ohjeet vuodelta 1982, Potilaslaki vuodelta 1992 ja Valtakunnallisen Eettisen neuvottelukunnan (ETENEn) hoitosuosituksset vuodelta 2003. Nämä hoitosuosituksset

antavat raamit kuolevan potilaan hyvän hoidon toteuttamiseksi. Käypä hoito -suositukset ohjaavat oirehoidossa, joka on yksi tärkeä osa koko saattohoitoa. (Anttonen 2008, 49.)

Saattohoitoa ohjaavat WHO:n määritelmän mukaan seuraavat päämäärät:

- Kuolema nähdään elämän normaalina päätepisteenä.
- Kuolevan oireita lievitetään.
- Kuolevalle tarjotaan psyykkistä ja henkistä tukea.
- Kuolevaa tuetaan aktiiviseen elämään jäljellä olevana aikana.
- Omaisille tarjotaan tukea sairauden aikana ja kuoleman jälkeen.

(Hänninen & Anttonen, 2008.)

#### 4.3 Dementoituneen saattohoito

Dementoituneen saattohoito tarkoittaa arvokasta kuolemaa turvallisessa ja tutussa ympäristössä (Aalto & Helle 2000, 240). Saattohoito vaatii ammattitaitoa ja yhteistyötä. Saattohoitoa antavilta yksiköiltä vaaditaankin valmiuksia ja riittävästi koulutettua ammattitaitoista henkilökuntaa hoidon toteuttamisessa.

Dementiapotilaan osalta on viimeisten elinpäivien määrittäminen usein vaikea, koska sairauden loppuvaihe voi olla pitkä ja hidasta hiipumista. Alzheimerin taudissa nielemiskyvyn menettäminen on yleensä merkki siitä, että loppu ei ole enää kaukana. Nielemisvaikeuksista seuraa aspiraatio ja siitä terminaalinen keuhkokuume, jonka hoitamiseen ei kannata ryhtyä. (Juva, Valvanne & Voutilainen 2001, 513.)

Muut dementoivat sairaudet etenevät eri tavalla kuin Alzheimerin tauti ja sen takia lähestyvä kuolema ei ole helposti arvioitavissa. Nielemisen vaikeuksien ja tajunnan tason heikentymisen syy tulisi selvittää. Huonokuntoinenkin potilas voi toipua, kun akuutti tilanne on ohi. Silloin kun nesteytys ja ravitsemus on lopetettu, ei sellaista mahdollisuutta enää ole. (Sulkava 1999, 18.)

Kärpänniemi toteaa, että kuoleman lähestyessä vaikeutuvat ruoan ja lääkkeiden ottaminen ja periaatteena on, että potilasta syötetään niin kauan kun hän pystyy nielemään. ”Pidän hoitovirheenä syöttää potilasta, joka ei pysty nielemään.” (Kärpänniemi 1999, 34.)

Pitkään vuodepotilaana olleille dementoituneille ei hoitotoimilla ole suurta merkitystä, eikä näissä tilanteissa tulisi ryhtyä esimerkiksi ravinnon antamiseen nenä-mahaletkulla. (Juva, Valvanne & Voutilainen, 2001, 513.)

Pysyvä kykenemättömyys syödä on merkki kuoleman lähestymisestä. Silloin tulisi antaa vain oireita lievittäviä lääkkeitä suun kautta nesteinä, jos se on mahdollista. Silloin kun lääkkeiden annostelu ei enää suun kautta onnistu, annetaan ne peräsuoleen peräpuikkona tai lihakseen injektiona. Nesteiden saanti on siinä vaiheessa enemmän suun kostutusta. Tiputushoidot ovat erityisen harkinnan varassa, sillä kuoleva ei niistä hyödy. Hengitys muuttuu limaisuudesta johtuen korisevaksi, mutta potilas ei siitä välttämättä kärsi. Limaisuuteen löytyy lääkkeitä. (Kärpänniemi 1999,35.)

On todettu, että dementiapotilaat saavat saattohoidossa vähemmän kipulääkkeitä kuin syöpäpotilaat, sen sijaan rauhoittavia lääkkeitä huomattavasti enemmän. Dementoituneen kipua on vaikeampi mitata. (Hänninen 1999, 23.)

Kuoleman lähestyessä tärkeimmäksi kommunikointivälineeksi jäävät kosketus ja äänensävy. Sanoilla voi valehdella, mutta kosketus ja hoitotapa kertovat, mitä hoitaja halua potilaalle välittää. ”On hoitovirhe alkaa pitää dementiapotilasta liian varhaisessa vaiheessa tajuttomana ja ymmärtämättömänä”. (Kärpänniemi 1999, 33.)

Hoitotilanteissa tulisi dementoituneelle kertoa, mitä tehdään ja ketkä ovat hoitamassa. Koskettelu, turvalliset kädet, puhuminen ja keskustelut on muistettava hoitotilanteissa. (Rasila 1999, 52.)

Ennen loppuvaiheen hoitoa tulee keskustella omaisten kanssa hoitolinjoista, kuten elvytyksestä ja antibioottien käytöstä. Päätöksen hoitolinjojen valinnoista kuuluvat lääkärille. Omaisten mielipiteitä kuullaan ja ne vaikuttavat lopputulokseen, mutta vastuun päätöksestä kantaa hoitava lääkäri. (Juva, Valvanne & Voutilainen 2001, 513.)

Jokainen asukas on elänyt juuri hänelle arvokkaan elämän, jota kunnioitetaan. Vanhuksen elämänsä elämäntunteminen auttaa henkilökuntaa kohtamaan hänet yksilöllisesti. Kaikki asukkaat ovat erilaisia ja heidän suhtautuminen kuolemaan on aina yksilöllinen kokemus.

Vanhainkodissa, jossa opinnäytetyömme aineiston keräsimme, on laadittu omat saattohoidon periaatteet:

- oireiden lievitys
- turvallinen ja jatkuva hoitosuhde
- henkinen ja hengellinen tuki
- yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus
- lähiverkoston huomioonottaminen
- asukkaan itsemääräämisen varmistaminen
- elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimointi

Kuolevan ihmisen hoidossa on omaisten rooli tärkeä. Heidät otetaan mukaan niin paljon kuin mahdollista. Hyvä saattohoito samassa vanhainkodissa määräytyy niin henkilökunnan kuin omaisten ja läheisten näkökulmasta:

- tunnetaan omaiset ja läheiset
- ollaan lähellä / saatavilla
- huomioidaan omaisten tarpeet ja toiveet
- selvitetään saattohoidon periaatteet
- vastaanotetaan omaisten ja läheisten surunilmaisut ja tuetaan surutyössä
- annetaan henkistä ja hengellistä tukea

#### 4.3.1 Dementoituneen saattohoidon eettisyys ja erityispiirteet

Etiikka on arvojen ja elämäkokemuksen sisäistämiseen perustuvaa kykyä itseohjautuvuuteen, sekä kykyä arvioida omia toimintoja kriittisesti. Ammattikäytäntöjä ohjataan laeilla ja muilla virallisilla määräyksillä, mutta ammattietiikka ei voi

perustua pakkoon tai ulkopuoliseen kontrolliin. Ammattietiikka voi olla sekä yksilöllinen että yhteisöllinen. Yksilötasolla työntekijä sitoutuu omiin periaatteisiinsa, mistä muodostuu hänen ammattikäytäntönsä perusta. Yhteisötasolla on ammattietiikka työyhteisön yhteiseen sopimukseen perustuva ammatillisten arvojen ja periaatteiden kokonaisuus.

Lindqvistin (2004) mukaan etiikan laajasti yli uskonto- ja kulttuurirajojen tunnustama kultainen sääntö vaatii, että teemme toiselle ihmiselle sen, minkä haluamme itsellemme tehtävän, emmekä tee hänelle sellaista, mitä emme toivo itsellemme tapahtuvan. Se sääntö muistuttaa, että kaikkien ihmisten ihmisyyys on yhteistä. (Lindqvist 2004, 294–295.)

Terveydenhuollossa eettiset arvot liittyvät ihmisoikeuksiin, potilaan autonomiaan, terveydenhuollon yleiseen etuun. Etiikka on kulttuurisidonnainen ja sidoksissa aikaan ja paikkaan.

Ammatin eettiset velvollisuudet on lueteltu terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559; Hannikainen 2008,12–14).

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksissa säädetään (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 15. §) Eettisten ohjeitten noudattaminen on selkeätä silloin kun ihminen on vielä kompetentti ja pystyy itse päättämään omasta hoidosta. Ongelmia syntyy yleensä silloin, kun ihminen ei enää pysty päättämään omista asioistaan, eikä hoidosta, esim. silloin kun hän on dementoitunut.

Saattohoidon oikeudellinen perusta löytyy perustuslain (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731) perusoikeuksista ja terveydenhuollon perussäännöksistä. Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva yleissopimus täydentää näitä ja auttaa säännösten tulkinnassa. Eettinen perusta saattohoidolle löytyy mm. terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista ja kuolevaa potilasta koskevista suosituksista ja julistuksista.

Ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, yksilön oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen sekä yksityisyyden suoja ovat perustavaa laatua olevia yksilön oikeuksia.

Saattohoidossa ihmisarvon kunnioittaminen merkitsee hyvän hoidon antamista, potilaan kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamista. Ihmisarvon kunnioittaminen ei pääty henkilön kuolemaan. Dementoituneen saattohoito eroaa muiden saattohoidosta siinä, ettei dementoitunut, sairautensa vaikeassa vaiheessa osaa pelätä kuolemaa. Hänen tunteensa kulkevat senhetkisen tilanteen mukaan. Hänelle on turha puhua kuolemasta tai peloista, ne eivät kuulu hänen maailmaan. (Tervaskari 1999, 77.)

Pääsääntöisesti kuolevaa dementoitunutta ihmistä hoidetaan samoin kuin ketä muuta kuolevaa ihmistä. Hoito eroaa syöpäpotilaitten hoidosta kivun vähäisyyden vuoksi. Dementoivat sairaudet eivät yleensä aiheuttaa kovia kipuja eikä infektioitakaan aiheuttaa hankalia kipuongelmia.

Geriatrician professori Raimo Sulkavan (1999) mukaan kuolevan dementiapotilaan hoidon erityispiirteitä ovat:

- hoidon aktiivisuuteen vaikuttaa potilaan kognitiivinen lähtötaso
- tulisi pois sulkea tavallisimmista infektioista johtuva tajunnantason heikentyminen
- dementiapotilaalla ei käytetä palliativista sedaatiota
- lääkkeiden vaikutukset ja haittavaikutukset tulisi huomioida lääkkeiden annostelussa

Yhdysvaltalaiset Virginia Bell ja David Troxel esittivät vuonna 1994 dementoituneiden oikeuksia koskevan suosituksen, jonka myös kansainvälinen Alzheimer-järjestö on julkaissut. Nämä 12 periaatetta (Liite 2) on tarkoitettu jokaisen dementoituvan ja hänen läheisensä sekä ammattihenkilöstön elämässä ja toiminnassa huomioon otettaviksi. Tavoitteena on, että dementoituvien ihmisten hoito olisi laadultaan hyvää.

#### 4.3.2 Hoitotahto ja itsemääräämisoikeus

Potilaan hoitoa koskevista asioista ja suostumuksista säädetään potilaslaissa. Itsemääräämisoikeus on yksi tärkeimmistä potilaan oikeuksista. Siinä veloitetaan että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta, häntä on hoidettava eri tavalla, mutta yhteisymmärryksessä ja lääketieteellisesti hyväksytysti. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 17.)

Jokaisella ihmisellä on oikeus ilmaista tahtonsa tulevasta hoidostaan. Hoitotahdossa saa ilmaista mielipiteensä itseään koskevista tärkeistä hoitoratkaisuista. Henkilö, joka pystyy itse päättämään omasta hoidosta, voi myös muuttaa hoitotahtoa. Hoitotahdon merkitys korostuu silloin kun henkilö ei itse kykene ilmaisemaan omia toiveita, esim. dementoitunut. Mutta myös dementoituneilla vanhuksilla on oikeus hoitotahtoon. Hoitotahdon tekeminen on keino varautua siihen, että potilaan tahtoa noudatetaan sairauden siinä vaiheessa, jossa hän ei itse kykene tekemään päätöksiä. Dementoiva sairaus ei poista automaattisesti itsemääräämisoikeutta. Sairauden edetessä, kognitiiviset kyvyt heikentyvät ja dementoiva ei enää pysty tekemään päätöksiä. Näissäkin tilanteissa tulisi hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaa, varsinkin jos on tiedossa että hän on joskus ilmaissut tahtonsa, joko kirjallisesti tai suullisesti. Hänen hoidosta voi päättää hänen laillinen edustaja tai joku muu läheinen, mutta joskus päätöksen tekee hoitava lääkäri. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 15–17.)

Itsemääräämisen periaatteen toteuttaminen dementiaan sairastuneen kohdalla on ongelmallinen, koska sairaus itse on sellainen, että se vähentää juuri niitä kykyjä, joita tarvitaan omasta elämästä määräämiseen. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen dementiaan sairastuneen kohdalla tarvitaan erityisosaamista. Toisista huolehtiminen ja heille koituvan vahingon välttäminen on arvokasta, mutta joskus se voi kuitenkin johtaa asenteeseen, jonka mukaan hoidettavat eivät tunne omaa etuaan ja lähinnä ammattihenkilökunta tekee päätökset hoidettavan puolesta. (Rauhala 2000, 11–14.)



Dementoivissa sairauksissa kyky hoitotahdon antamiseen heikkenee ja sairau-  
den edetessä se kyky menetetään kokonaan. Vajaakykyisen potilaan hoitopää-  
tökset tehdään potilaslain 6.2 ja 6.3 §:stä ilmeneviä periaatteita noudattaen.  
Tapauksessa, että potilaan puolesta tekevien päätökset eroavat toisistaan, on  
potilasta hoidettava tavalla, jota voi pitää hänen etunsa mukaisena. Jossakin  
vaiheessa on kuitenkin potilaan edun parhaaksi luopua hänelle annettavasta  
hoidosta. Jos se päätös syntyy yhteistyössä hoitohenkilöstön kanssa, on se  
pätös myös potilaslain tarkoituksen mukainen. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004,  
18.)

Hoitopaikoissa on käytössä erilaisia hoitotahtolomakkeita. Liitteenä 1 kyseisen  
vanhainkodin hoitotahto lomake.

#### 4.3.3 Kosketus

Kosketus voi olla ainoa kommunikaatiomuoto, jota dementoitunut ymmärtää.  
Kosketusaistin avulla me paikallistamme itsemme ympäristöön ja tunnistamme  
muiden läheisyyden. Kosketuksen avulla kommunikoimme aidommin ja voi-  
makkaammin kuin sanoilla. (Enäkoski & Routasalo 1998, 57.)

Koskettamisessa tulisi muista, että jokainen ihminen on yksilö ja jokaisella on  
erilaiset tarpeet tulla kosketuksi ja sietää kosketusta. (Enäkoski & Routasalo  
1998, 67).

Koskija voi säädellä sitä, mitä hän halua kosketuksella viestittää. Kuitenkaan  
kosketuksella ei onnistuta peittämään todellisia tunteita, sillä kosketus kertoo  
niistä aidosti. (Enäkoski & Routasalo 1998, 101.)

Peloissaan ja ymmällä oleva ihminen, joka on vieraassa ympäristössä eikä aina  
ymmärrä puhetta, hän reagoi ainoastaan toisten ihmisten eleisiin, ilmeisiin ja  
kosketukseen. On todettu, että kosketus tuo turvallisuutta ja rauhoittaa tuskaista  
ihmistä. Kosketuksen on todettu auttavan myös kivun lievityksessä. (Enäkoski  
& Routasalo 1998, 102–103.)

Hoitajan lupa koskettaa potilasta tulee ammattitutkinnon mukana, mutta se koskee vain hoitotoimiin liittyvä kosketusta. Muu kosketus noudattaa yleisesti hyväksytyjä normeja. Laitoshoidossa olevat vanhukset ovat kertoneet jopa erottavansa hoitajat kosketuksesta. Jokaisella hoitajalla on oma tapa koskettaa potilasta. (Enäkoski & Routasalo 1998, 106.)

Vanhuksia hoitavan hoitajan kosketuksen tulisi viestittää varmuutta ja rauhallisuutta. Kosketus ei saa olla nopea, silloin ei kosketeltava ehdi sitä tajuta, vaan pelästyy. Pitkään vanhuspotilaita hoitaneet hoitajat toimivat joustavasti ja taitavasti. He tuntevat hyvin osaston potilaat ja ottavat huomioon heidän yksilöllisyytensä. Kosketuksella on olennainen osa. Jos potilas aina säpsähtää kun kosketaan, tulisi löytää syy, mikä häntä pelottaa. Kosketuksella voi kertoa välittämisestä ja huolenpidosta, vaikka vanhus ei kuulisi eikä ymmärtäisi. On mahdollista opetella luonteva kosketusta. (Enäkoski & Routasalo 1998, 113–115.)

Potilaan mielestä koskettava hoitaja on ystävällinen, avulias ja valmis kuuntelemaan. Se rauhoittaa potilasta ja auttaa häntä sopeutumaan tilanteeseen. Hoitajien kosketuksilla on eroja ja hoitajien mieliala välittyy vanhukselle kosketuksessa. (Enäkoski & Routasalo 1998, 126–127.)

Yleensä ajatellaan, että ihmisen ei pitää kuolla yksin. Saattohoitovaiheessa omaiset ja läheiset pyrkivät olemaan mahdollisesti paljon potilaan luona. Hoitosuhteen tulisi perustua luottamukseen. Hoitosuhteessa se ilmenee aitoutena, rehellisyytenä ja avoimuutena. Hoitosuhteessa on voimakkaasti esillä välittäminen potilaasta ja hänen omaisista, kuuntelu ja sanaton viestintä sekä kosketuksen avulla viestiminen. Saattohoidossa se on viestimistä hoitotoiminnan kautta, ilmein, elein sekä sanoin.

Hoitaja voi hoitaa potilaan ahdistusta antamalla tilaa, kuuntelemalla ja olemalla läsnä. Usein myös sairaalanpappi on mukana hoitamassa kuolevan potilaan ahdistusta. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 48.)

Henkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä aistia potilaan tunnetiloja ja ääneen lausumattomia tarpeita (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004,52).

Oman läsnäolonsa voi liittää lähes kokonaan ruumiinkieleksi: katseeksi, kädestä pitämiseksi tai silittämiseksi. Syvästi dementoituneilla voi ruumiinkieli olla saattohoitovaiheessa varhaisempien aistitoimien aktivoimista, kun ärsykyksiä annetaan ulkopäin tuotettuina elämyksinä. Ihmisen aistitoiminnat katoavat elämänkaaren lopussa päinvastaisessa järjestyksessä kuin ne sikiökaudella alkoivat, esimerkiksi keinuttelulla, värähtelyelämyksillä ja luonnonäänillä voi olla kuolevalle suuri merkitys. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 82–84.)

#### 4.3.4 Dementiaa sairastavan omaisten kohtaaminen

Alzheimerin tauti ja muut dementoivat sairaudet ovat hyvin yleisiä. Sairastuneita on Suomessa nyt noin 110 000. Uusia sairastapauksia tulee vuosittain noin 11000. Heidän omaisiaan on suuri joukko.

Kun dementoivan sairauden diagnoosi tehdään, ajatellaan ensisijaisesti potilasta ja hänen tarpeitaan. Omaisen unohtuu helposti, vaikka sairaus muuttuu edetessään yhä enemmän myös omaisen sairaudeksi.

Sanotaan, että dementoituneen omaiset kokevat läheisensä kanssa ”kolme kuolema”, ensimmäisen läheisensä sairastuttua, toisen hänen siirtyessään laitoshoitoon ja kolmannen hänen kuollessaan. (Dementiamailma 1/1999, 39.)

Potilas ja hänen omaiset tarvitsevat ammattihenkilöstön tukea sairauden ensi oireesta sairauden aiheuttamaan menehtymiseen saakka. Erityisen merkittävät vaiheet sairaushistoriassa ohjauksen ja neuvonnan kannalta ovat silloin, kun muistihäiriön taustalla olevan sairaus varmistuu eteneväksi dementoivaksi sairaudeksi ja sairauden eteneminen vaiheeseen, jossa tarvitaan pysyvää laitoshoidoa sekä potilaan menehtyminen sairauteen. Omaisten tarvitsema psyykinen tuki vaihtelee tapaus- ja tilannekohtaisesti, mutta myös siksi, että sairaus etenee. Tiedotuksissa otetaan huomioon potilaan ja perheen elämän kokonais-

tilanne sekä dementoiva sairaus ja sen vaihe. Tärkeää on, ettei perhettä jätettäisi yksin myöskään kuoleman kohdatessa.

Läheisen sairastuminen muuttaa omaisen elämän kokonaan. Vaikka kyseessä onkin etenevä muistisairaus, sen kanssa voi elää. Omaisten voimavarat ovat yksilölliset. Tarvittaessa omaisen tulee saada ilmaista väsymystä, pelkoa tai ahdistusta. Omaisen hyvinvoinnista ja jaksamisesta on huolehdittava, myös omaisen tulisi tunnistaa omat voimavarat. Usein on omaisen vaikea pyytää apua. Potilas- ja omaisjärjestöjen palvelut tukevat omaisia. Omaiset ovat kuvanneet sitä, että läheisen sairastuminen on auttanut heitä löytämään uusia elämäntarvoja ja näkemään sitä, mikä elämässä on todella tärkeä. Selviytyminen arjessa tuottaa onnistumisen kokemuksia. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 68–74.)

Omaisten oikeuksista on laadittu suositus, jonka toivotaan muistuttavan niin hoitotahoja kuin omaisia itseäänkin omaisten tärkeästä roolista dementoituneen potilaan rinnalla. ( Liite 3)

Suosituksen mukaan omaisella on oikeus saada tietoa sairaudesta, jos potilas on antanut siihen suostumuksensa. Siinä tapauksessa, jos potilas ei enää kykene ilmaisemaan oma tahtoaan tai siitä ei ole tietoa, annetaan tietoa lähiomaiselle tai muulle läheiselle. Omaisille kerrotaan myös tukipalveluista ja demen-tianeuvonnasta.

Omaisella on oikeus tulla kuulluksi omissa ja potilasta koskevissa asioissa. Kaikki omaisen esittämät kysymykset otetaan vakavasti, koska ne huolestuttavat häntä. Muistisairaalla on oikeus asua tutussa ympäristössä niin kauan kuin mahdollista. Siihen hänellä on oikeus saada apuvälineitä, helpottamaan arkea ja pärjäämistä kotona. Omaiselle annetaan tietoa, mistä niitä voi saada.

Omaisella on oikeus ilmaista omia tunteita. Häntä tuetaan ja kannustetaan, kuunnellaan ja rohkaistaan. Kuitenkin jokaisella omaisella on oikeus omaan elämään ja harrastuksiin, mitkä auttavat jaksamaan. Välillä tarvitse myös omai-

nen lepoa, silloin on jaettava hoitovastuuta ja levättävä. Hyvä olisi, jos omaisella olisi tukena ystäväpiiri, myös yhteydenpito muihin omaishoitajin helpottaa. Heitä yhdistävät samanlaiset ongelmat ja he voivat keskenään jakaa kokemuksia.

#### 4.3.5 Saattohoitokoulutus

Onnistuneen saattohoidon toteuttamisen edellytyksenä on hoitohenkilökunnan koulutus. Henkilökunnan mukaan saattohoitokoulutus lisää valmiuksia ja antaisi varmuutta saattohoitoa toteuttaessaan. Koulutus myös vähentää henkilökunnan välillä esille tulleita näkemyksellisiä ristiriitoja (ETENE 2004, 36.)

Saattohoitokoulutuksessa on keskeistä tunteiden tiedostaminen, sekä tunsietokyvyn kehittyminen. Hiljaisen tiedon ja intuition oivaltaminen itsessä auttaa kuolevaan potilaan kohtaamisessa sekä vaikeiden tunteiden ja oman ahdistuksen käsittelyssä. Saattohoidon kehittäminen edellyttää sitä toteuttavilta hoitajilta uskallusta omaan kasvuun. Saattohoidossa hoitaja ja potilas joutuvat lähelle toisiaan. Se voi olla vaikeaa ja haavoittavaa. Jotta hoitaja pystyisi siihen, hänen on kohdattava ensin itsensä. Jos itsessä on sellaisia puolia, joita ei hyväksy ja jotka joutuu torjumaan tai kieltämään, ei voi päästää lähelle kuoleva potilasta. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 207.)

Dementoituneen kohdalla kuoleman ymmärtäminen on vieläkin tärkeämpää. On osattava olla lähellä, antaa turvallisuutta, vaikka kuoleva dementoitunut ei pystykään itseään ilmaisemaan. Hoitajan on sisäistettävä kuolema elämään kuuluvana tapahtumana ja osattava tukea kuoleva potilasta ja hänen omaisia. Siihen tarvitaan jatkuvaa koulutusta ja perehtymistä. (Rasila 1999,85–86.)

## 5 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme aiheen valintaan vaikutti se, että meillä molemmilla on pitkä työkokemus dementoituneiden hoidosta.

Lisäksi yhteiskunnassa käytävät saattohoitoa negatiivisesti leimaavat keskustelut eivät mielestämme kerro koko totuutta. (Uusi Suomi 2009). Opinnäytetyösämme haluamme selvittää, miten dementoituneen saattohoitoa toteutetaan käytännössä pääkaupunkiseudun eräässä vanhainkodissa.

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössä käyttämämme tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen käyttöä tutkimusmenetelmänä suositellaan silloin, kun tarkoituksena on saada uutta tietoa vähän tutkitusta aiheesta. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimusaihe nousee käytännön elämästä ja tutkimuksella pyritään kuvamaan todellista elämää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152)

Valitsimme kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska opinnäytetyömme perustuu hoitohenkilökunnan käytännön kokemuksiin dementoituneitten saattohoidosta ja ajatuksemme oli, että näin saamme saattohoidon toteuttamisesta kokonaisvaltaisempaa tietoa. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä pääsemme mahdollisemman lähelle ihmistä, koska annamme heille mahdollisuuden omin sanoin kuvailla käytännön kokemuksia.

Avoimella kyselyllä on mahdollisuus saada useamman ihmisen mielipide kuin haastattelulla. Avoimilla kysymyksillä haimme ennalta arvaamattomia seikkoja saattohoidon toteuttamisesta vanhainkodissa ja näin olleen meidän omat mielipiteemme sekä ajatuksemme eivät voineet siihen vaikuttaa. Avoimella kyselyllä

saimme kokonaisvaltaista tietoa, mutta kuitenkin siinä säilyi jokaisen vastaajan henkilökohtainen ote. Avoimen kyselyn vastauksista esille tulleita asioita halusimme tarkentaa teemahaastatteluilla. (Liite 5)

## 6.1 Tutkimusympäristö

Dementiayksiköt ovat pieniä ja kodinomaisia. Hoitajat käyttävät omia vaatteita ja siellä ruokaillaan yhdessä. Vanhainkoti saattaa olla koti dementoituneille vuosia. Kuolema on normaali osa elämää ja suurin osa vanhuksista kuolee osastoilla. Ilmeneekö kodinomaisuus myös saattohoidossa.

Toteutimme opinnäytetyön erään pääkaupunkiseudun vanhainkodin dementiaosastoilla. Pitkäaikainen vanhainkotihoito on tarkoitettu pysyväksi asuinmuodoksi ikäihmisille, jotka eivät pärjää tuen turvin kodissaan tai palveluasunnossaan, mutta eivät tarvitse sairaalatasoista hoitoa. Vanhainkodin osastojen henkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajien lisäksi lähi- ja perushoitajia, sosiaaliohjaajia ja laitoshoitajia. Vanhainkodin moniammatilliseen työryhmään kuuluvat myös lääkärit ja asukkaan tarpeen mukaan fysioterapeutti, kuntohoitaja, jalkojenhoitaja, pastori sekä sosiaalityöntekijä.

Dementia osastojen paikkaluku vaihteli 12–30 asukkaaseen. Enemmistö osastoista on pieniä ja kodikkaita, kuitenkin on vielä osastoja, missä asukasluku on lähellä 30. Osastoilla on suurin osa yhden tai kahden hengen huoneita. Isoilta osastoilta löytyy vielä kolmen hengen huoneitakin.

Asukkaiden fyysisestä kunnosta johtuen kyseisessä vanhainkodissa tarjotaan ympärivuorokautista hoitoa. Osaston asukkaiden määrästä johtuen on osastolla työvuorossa 2–5 hoitajaa.

Kyseisessä vanhainkodissa panostetaan yhteisöllisyyteen ja kodinomaisuuteen. Jokaisella asukkaalla on omahoitaja, joka pääsääntöisesti huolehtii asukkaansa

hoitotyön suunnittelusta ja toteuttamisesta, pitää yhteyttä omaisiin sekä lääkäriin.

Juridisesti henkilö on potilas vain, kun hän saa terveydenhuollon palvelua, pelkästään jonkin sairauden sairastaminen ei tee henkilöstä potilasta. Koska dementoituminen on elämään loppuun saakka etenevä prosessi, ei vanhainkodissa asuvia, dementiaa sairastavia nähdä potilaina vaan asukkaina. (Lehtinen 2006, 94–95.)

Kodikkuus vanhainkodissa lähtee asukkaan kokonaisvaltaisesta hoitamisesta. Siihen kuuluu koko työyhteisön tunnelma, asukkaiden kohtaaminen ja asiakaslähtöisyys, jossa asiakkaiden elämänsä ja historian tuntemisella on iso rooli koko hoitotyön prosessissa. Näin olleen asukkaille muodostuu turvallisuuden ja luottamuksen tunne. (Stenberg & Sillanpää-Nisula 2001, 146–147.)

Vanhainkodissa, jossa opinnäytetyömme teimme, vaalittiin yhdessäoloa ja yhdessä tekemistä. Iloinen, salliva ja läheinen ilmapiiri yhdisti kaikkia dementia-osastoja.

## 6.2 Tutkimusmenetelmät

### Kvalitatiivinen tutkiminen

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, kohdetta pyritään kuvamaan kokonaisvaltaisesti. Tulokset ovat aikaan ja paikkaan rajoittuvia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita ja todentamaan jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 152, 155.)

Laadullinen aineisto on periaatteellisesti loppumaton, siksi aineiston mahdollisimman tarkka rajaus on tärkeä. Aineistoa tulee oppia tuntemaan mahdollisim-



man hyvin, etteivät tulkinnat nojaisi valitun ja rajatun aineiston satunnaisuuksiin. Kvalitatiivista aineistoa rajoitetaan sen teoreettista kattavuutta silmälläpitäen. (Eskola & Suoranta 1998, 64–65.)

Avoimessa kysymyksessä, kuten esseen kirjoittaminen, ei anneta valmiita vastausvaihtoehtoja valittavaksi, vaan vastaaja saa itse muotoilla vastauksensa. Avoin kysymys on paikallaan, jos tutkija ei ennakkoon tiedä tai osaa luokitella mahdollisia vastausvaihtoehtoja. Avoimen kysymyksen avulla voimme saada yllättäviä ja käyttökelpoisia mielipiteitä.

Esseen kirjoittaminen edellyttää sitä, että sen kirjoittajalla on sanottavaa. Esseessä pitää olla kirjoittajan omia ajatuksia. Niistä ja niiden pohdinnasta essee juuri muodostuu. Esseessä on oltava ongelma, jota tarkastellaan objektiivisesti ja ulkopuolisen kertojan näkökulmista punniten, sen on oltava puolueeton. (Kirjoittajan ABC-kortti)

Haastattelu on viestintä- ja vuorovaikutustilanne, jota voidaan käyttää tiedonhankintavälineenä. Haastattelussa on kuitenkin tarkempi rakenne, se on useimmiten ennalta suunniteltu, sitä on pyytänyt toinen osapuoli ja osapuolten roolit ovat erilaiset. Haastattelussa on vähintään kaksi osapuolta, joilla on selkeät roolit: toinen on haastattelija eli kysyjä ja toinen haastateltava eli vastaaja.

Haastattelu antaa mahdollisuuden kysymyksen tarkentamiseen tai lisäkysymysten esittämiselle. Haastattelutilanteessa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa, jolloin on mahdollista nähdä myös eleet, ilmeet ja haastateltavan reaktiot kysymyksiin. Haastattelu ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisten, valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta vaan väljemmin kohdentuen tiettyihin ennalta suunniteltuihin teemoihin.

Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia tullaan saamaan, ja kun vastaukset perustuvat yksilön omaan kokemukseen. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin, ja omi-

naista sille on se, että haastateltavilla on kokemuksia samankaltaisista tilanteista.

Teemahaastattelussa on haastattelulle mietitty teema, mutta lisäksi on valmisteltu tarkkoja kysymyksiä joita esitetään haastateltaville. Puolistrukturoitu haastattelu sopii tilanteisiin, jossa on päätetty haluttavan tietoa juuri tietyistä asioista.

Teemahaastattelu edellyttää huolellisesti aihepiiriin perehtymistä ja haastateltavien tilanteen tuntemista, jotta haastattelu voidaan kohdentaa juuri tiettyihin teemoihin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Erilaisten aineistojen, teorioiden ja /tai menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa kutsutaan triangulaatioksi. Kyse on siis moninäkökulmaisuudesta – siitä, että yhdistetään useita menetelmiä ja lähestymistapoja. Tutkijoiden käyttämät eri tutkimusmenetelmät tai näkökulmat voivat saada aikaan sen, että samanaikaisesti voi olla voimassa samaa ilmiötä koskevia keskenään ristiriitaisia tutkimustuloksia. Triangulaation avulla onkin mahdollista lisätä tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 141–142.)

Omassa opinnäytetyössämme käytimme aineistotriangulaatiota. Aineistotriangulaation toteutimme keräämällä aineiston esseinä ja haastatteluina. Näin tarkastelimme aineiston paikkansapitävyyttä useammasta eri näkökulmasta ja haastattelussa pystyimme syventämään hoitotyön näkemystä esseestä saadusta tiedosta.

### 6.2.1 Avoin kysely ja aineiston keruu

Opinnäytetyön aineiston keräämiseksi pyysimme kirjallisen luvan Helsingin kaupungin sosiaalivirastolta, jonne lähetimme tutkimussuunnitelman. Virasto myönsi tutkimusluvan 2.6.2009.

Toteutimme opinnäytetyön kaksivaiheisena. Aineiston keruu tapahtui sekä avoimien kyselyiden (Liite 4) että teemahaastattelujen avulla (Liite 5).

Opinnäytetyössämme avoimen kyselyn avulla kartoitimme hoitohenkilökunnan kokemuksia saattohoidon toteuttamisesta. Teemahaastattelujen avulla syvensimme ja selvensimme avoimesta kyselystä esille tulleita asioita. Teemahaastattelu antoi meille mahdollisuuden etsiä vastauksia kyselyn pohjalta nouseviin kysymyksiin, jotta tutkimuskysymykselle saataisiin vastaus. Haastatteluissa oli teema alueiden tukena ennalta koottuja apukysymyksiä, näin ollen keskustelun luonne oli kaikille samankaltainen.

Elokuun 2009 puolessa välissä jaoimme vanhainkodin dementiaosastoille avoimen kyselyn, jossa kysymys oli kaikille samanlainen. Niissä pyysimme hoitohenkilökuntaa kuvailemaan dementoituneen saattohoidon toteuttamista omalla osastolla. Kyseisten osastojen hoitohenkilökunta sai itsenäisesti päättää tutkimukseen osallistumisesta. Kyselyssä tiedustelimme vastaajien halukkuutta osallistua haastatteluun ja halukkaiden yhteystiedot pyysimme merkitsemään kyselyn loppuun.

Kyselylomakkeita jaoimme yhteensä 35 kappaletta. Kyselylomakkeet veimme suoraan vanhainkodin dementiaosastoille ja kerroimme tarkemmin opinnäytetömmme aiheesta. Kolmen viikon kuluessa saimme 14 vastausta. Kuukauden kuluttua lähetimme samoille osastoille muistutuskirjeitä. Sen tuloksena saimme kolme vastausta lisää, yhteensä saimme 17 vastausta, yhteensä 20 sivua A4. Joillekin vastauksista oli kirjoitettu aineestamme monella eri käsialalla. Päätelimme, että vastaajia oli enemmän, kuin yksi, mutta kuitenkin laskimme sen yhdeksi vastaukseksi. Siitä johtuen vastausprosenttimme jää alhaisemmaksi, noin 49 %

## 6.2.2 Teemahaastattelu ja aineiston keruu

Essee vastauksien pohjalta muodostimme kysymykset teemahaastattelua varten, jotka auttoivat selvittämään tutkimuskysymystä. (Liite 5)

Toisen vaiheen toteutimme lokakuussa 2009, jolloin teimme kolme yksilöhaastattelua. Haastateltavat olivat itse kiinnostuneita opinnäytetyömme aiheesta ja ilmaisivat itse halun osallistua haastatteluun. Kaikki haastateltavat työskentelivät erityyppisillä dementia osastoilla ja heillä oli pitkä työkokemus.

Opinnäytetyön aineiston keräsimme nauhoitettujen teemahaastattelujen avulla. Saimme nauhurin lainaksi pari päivä ennen haastatteluja ja harjoittelimme sen käyttöä kotona. Haastateltavia ehkä häiritsi alussa nauhurin käyttö. Kukaan haastateltavista ei kokenut haastattelun aihetta raskaaksi, koska he olivat itse halukkaita tuomaan esille omia mielipiteitään. Teemahaastattelu tietojenkeruumenetelmänä antaa kohteeksi valituille henkilöille mahdollisimman luontevan ja vapaamuotoisen tavan vastata kysymyksiin. Teemahaastattelu menetelmänä ottaa huomioon ihmisen ajattelevana ja toimivana yksilönä. (Hirsjärvi & Hurme 1991, 8.)

Teemahaastattelussa keskustelimme etukäteen päätetystä teemasta, mutta kysymyksiin ei ollut valmiita vastausvaihtoehtoja. Teemahaastattelun aikana oli meillä mahdollista tehdä lisäkysymyksiä, sekä selventää vastauksia. Haastatteluja suoritettaessa olimme molemmat läsnä.

## 6.3 Aineiston analyysi

Analyysilla luodaan selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja luotettava johtopäätöksiä

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydin. Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, jota käytimme myös tämän opinnäytetyön aineiston käsittelyssä. Sisällön analyysi an-

taa tutkittavasta ilmiöstä kuvan tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. ( Sarajärvi & Tuomi 2002, 93–105.)

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Tässä yhteydessä dokumentiksi lasketaan mitä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja saadaan vastaus tutkimuskysymyseen. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, josta edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Alkuperäisinformaation kielellisiä ilmauksia käyttäen edetään kohti teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluu pelkistäminen, ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. ( Sarajärvi & Tuomi 2002, 111- 115.)

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

### 6.3.1 Avoimen kyselyn analyysi

Saatuamme vastaukset takaisin, aloitimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin. Numeroimme vastaukset palautumisjärjestyksessä. Luimme vastaukset avoimiin kysymyksiin erikseen ja sitten perehdyimme niiden sisältöön. Kyselyjen analysoinnin aloitimme heti vastausten palaututtua. Etsimme vastauksista useasti esiintyviä ilmauksia ja kirjoitimme ne teemoittain, laskimme, montako kertaa samanlaisia ilmaisuja esiintyi. Saamamme vastaukset jaottelimme kukin omaan ryhmänsä kuuluvaksi. Kirjasimme pelkistetyt ilmaisut aineistosta sanatarkasti. Yhdistimme samaa tarkoittavat ilmaisut samaan kategoriaan. Nimesimme sen sisältöä kuvaavalla nimellä.

Omassa opinnäytetyössämme halusimme löytää vastauksen siihen, miten vanhainkodin hoitohenkilökunta toteuttaa dementoituneen saattohoitoa.

### 6.3.2 Teemahaastattelujen aineiston analyysi

Käytimme opinnäytetyössämme myös teemahaastattelua, sen avulla selvensimme esseevastauksissa esille tulleita asioita. Avoimesta kyselystä saatujen vastausten selventämiseksi muodostimme lisäkysymyksiä. Käytimme yläkategorioita haastatteluteemoina ja muodostimme niihin lisäkysymyksiä. Haastatelimme kolme hoitaja. Kaikissa kolmessa haastattelussa käytimme samaa teemahaastattelurunkoa. (Liite 5)

Teemahaastattelu edellyttää huolellista aihepiiriin perehtymistä ja haastateltavien tilanteen tuntemista, jotta haastattelu voidaan kohdentaa juuri tiettyihin teemoihin. Sisältö- ja tilanneanalyysi on siis teemahaastattelussa tärkeää. Käsiteltävät teemat valitaan tutkittavaan aiheeseen perehtymisen pohjalta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Teemahaastattelussa pyritään huomioimaan ihmisten tulkinnat ja heidän merkityksenantonsa. Ihmisten vapaalle puheelle annetaan tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan kaikkien tutkittavien kanssa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Kirjoitimme tutkimusaineiston auki tietokoneelle heti haastattelujen jälkeen. Nauhoitukset kuuntelimme molemmat erikseen moneen kertaan, johtuen siitä, että haastateltavat käyttivät puhekieltä. Aineistoa kertyi yhteensä 27 sivua ja ajallisesti noin kaksi tuntia. Tämä oli kaikkein eniten aika vievä vaihe. Pelkistämisvaiheessa luimme molemmat erikseen tutkimusaineiston. Auki kirjoitetusta aineistosta etsisimme tutkimuskysymystä vastaavia ilmaisuja ja ajatuksia. Olimme laatineet haastattelukysymykset teemoittain, mikä helpotti opinnäytetyön tulosten ryhmittelyä. (Liite 5)

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Koko analyysin ajan tarkastelimme samanaikaisesti sekä esseitä että haastatteluja ja vertailimme, ovatko hoitotyön näkemystä kuvaavat toiminnat ja niihin yhteydessä olevat tekijät toisiaan tukevia molemmissa aineistoissa vai poikkeavatko aineistot toisistaan. Näistä aineistoista pelkistelemällä muodostimme neljä alakategoria: omaiset, kipu, kiire, hoitajien voimavarat. Alakategorioita yhdistelemällä muodostimme niistä kaksi yläkategoria, jotka kuvaavat saattohoidon toteuttamista vanhainkodissa: hyvä saattohoidon toteuttamisessa ja haasteet saattohoitoa toteuttamisessa.(Liite 6)

Tuloksia esitettäessä olemme ottaneet suoria lainauksia alkuperäisestä aineistosta todentamaan saatuja tuloksia. Saamamme tulokset ovat luotettavia vain tässä opinnäytetyössä ja tuloksia ei voida verrata tai hyödyntää muihin vanhainkoteihin.

### 7.1 Hyvä saattohoito

Hyvä saattohoito on todellisuuteen perustuva ja kuolemaa tapahtumana ei syrjäytetä. Lempeä kuolema on yhdessäoloa, keskustelemista ja kosketusta (Aalto 2000, 13).

Pääsääntönä saattohoidossa on, että siinä taataan potilaan olon mukavuus ja oireettomuus. Oireenmukainen lääkehoito, potilaan ja läheisten tukeminen, miellyttävä ympäristö ja arvokas ja inhimillinen kohtelu kuuluvat aina saattohoitoon.(Hänninen 2006.)

### 7.1.1...halua ja taitoa hyvään hoitoon löytyy...

Haastattelutulosten perusteella henkilökunta oli halukas toteuttamaan saattohoitoa osastolla hyvin. Tiimityötä helpotti yhteisen hoitolinjan olemassaolo osastolla.

...saattohoito sujuu kohtalasiin hyvin täällä...  
 ...yleisesti saattohoito meillä toimii hyvin...  
 ...hyvät puolet – osastolla yhtenäinen linja ja näkemys. Melkein kaikki hoitajat on käyneet saattohoito koulutuksen...

Dementoituneelle paras paikka kuolla on se, missä häntä on hoidettu pitkään ja missä hänen tarpeensa osataan tunnistaa. Osastoilla pyrittiin siihen, että tutut hoitajat, erityisesti juuri omahoitaja voisi toteuttaa saattohoitoa.

Dementoituneen saattohoidossa kokivat hoitajat hyväksi pitkän hoitosuhteen, mikä helpotti yhteistyötä omaisten kanssa. Hoitosuhteen loppuun saattamisella myös hoitajan oma luopuminen ja surutyö saivat päätöksen.

...järjestetään tutut hoitajat saattohoidossa olevalle ja erityisesti omahoitajalle tilaisuus olla viime hetket kuolevan asukkaan kanssa...  
 ...tietysti kauheesti ihanteellista jos se omahoitaja pystyy olemaan vuorossaan niin, että hänellä on aikaa juuri tähän saattohoidon toteuttamiseen. Et tä oli yks semmoinen hyvän saattohoidon kriteeri...  
 ...silloin vois omahoitaja tavallaan hoitaa tän tilanteen loppuun asti ja myös olla omaisten tukena...

Vastauksista selvisi, että talossa on käytettävissä varahenkilöstö, josta sai pyytää tarvittaessa apua osastolle omaan henkilökunnan lisäksi.

...usein siinä saadaan lisäresurssi, esimerkiksi varahenkilöstön kautta...  
 ...mutta onko kaikilla osastoilla sitten käytäntö tai tieto saatu siitä, että voi käyttää sitä...

Tuloksista selvisi, että hoitohenkilökunnan ja kuolevan asukkaan välinen vuorovaikutus toimi hyvin pitkäaikaisesta hoitosuhteesta johtuen ja asukkaan elämänsä riittävästä tuntemisesta. Siitä johtuen olivat hoitajat herkempiä tunnistamaan kuolevan asukkaan tarpeita ja myös hänen sanattomia viestejä. Par-



haiten osatiin tunnista fyysisiä tarpeita, esim. kipu. Saattohoidossa keskitytään asukkaan hyvään oloon ja kivuttomuuteen.

...nimenomaan kipu ja tämmöinen muuten tukala olo, nä on sellaisia asioita, jotka otetaan hyvin huomioon...

...lääkitystä annetaan riittävästi ja tarpeen mukaan...

...loppuvaiheessa asukkaan fyysinen kivuttomuus, epämiellyttävän tunteen poisto, siihen keskitytään...

### 7.1.2...tuota kaikkea kipua ei voida lääkitä lääkkeillä...

Suurin osa sanattomista viesteistä tulkittiin johtuvan kivuista ja siksi osastoilla kiinnitettiin erityistä huomiota riittävään kipulääkitykseen. Muistisairaahan saattohoito on ennen kaikkea lääkkeetöntä hoitoa ja lähes aina saattohoidossa asukkaan ainoana lääkkeenä oli kipulääke. Dementoituneen saattohoidossa koettiin tärkeäksi läsnäolo, kosketus ja kädestä pitäminen.

...muistisairaahan kohdalla kivun hoitoon keskittyminen on erityisen tärkeä, koska muistisairas ei osaa itse selkeästi ilmaista millaista kipu on, mistä se tulee...

...saattohoidossa olevan kivunhoitoon panostetaan! – muuten lääkitys minimoidaan...

...usein lääkitys lopetetaan kokonaan ja keskitytään lähinnä kivun hoitoon...

...vaan lääkkeiden lisäksi tarvitaan tätä läsnäoloa ja kosketusta ja kädestä pitämistä...

Hoitohenkilökunta koki pystyvänsä toteuttamaan hyvin saattohoidettavan fyysisiä ja psyykkisiä tarpeita. Fyysisistä tarpeista enemmistö kiinnitti huomioon sekä kuolevaan asukkaan hyvään kivun hoitoon, että hyvään perushoitoon.

...kivun hoito on hyvin huolehdittu, samoin asentohoito ja hygieniahoito...

...lääkehoito on aina ollut hyvä saattohoitopotilaan kohdalla...

...usein on asennonvaihtoja, helpotettu hengitystä...

...tämä on niin kuin, tällainen fyysinen puoli on hyvin huomioitu...

Joidenkin mielestä toimiva yhteistyö osaston lääkärin kanssa oli tärkeä.

...taataan kivuton, hyvä perushoito. Tarvittaessa lääkärin konsultaatio mahdollista kipulääkitystä varten. Lääkäri päättää saattohoidosta...

Haastattelulla kartoitettiin myös kyseisen vanhainkodin osastojen käytäntöjä liittyen muistisairaana saattohoitopäätökseen ja hoitotahdon olemassaoloon. Selvisi, että saattohoitopäätöksen tekee yleensä lääkäri, mutta epäselväksi jäi, miten se kirjataan.

...lääkäri tekee päätöksen, mut useimmiten siitä on keskusteltu: hoitajat ja omaiset ja vanhus tai ihminen itse...

...lääkäri tekee saattohoitopäätöksen. Eliikkä usein se lähtee just siitä tilanteesta että ei pystytä antamaan lääkkeitä suun kautta eli ei niele, niin silloin lääkäri päättää, että on saattohoito...

...yleensä se saattohoitotermi, sitä pyrkivät välttämään, se ei tule ilmi, se on jollakin eri termillä. Ei muista, että olisin nähnyt sitä näin kirjattuna (saattohoito aloitettu). Sitten lääkärit kirjoittaa, että hyvä kivunhoito...

### 7.1.3 ...tuntui, että kuoleva ymmärsi vaimon olevan läsnä...

Omaisten antama sosiaalisen ja henkisen tuen tärkeys kuolevalle asukkaalle oli vastaajien mielestä erittäin tärkeä, sillä hoitaja ei ehdi olla aina läsnä.

...henkinen puoli, mikä siinä on läsnä, pystyvät auttaa ja antamaan oman panoksensa siihen...

...silloinkin kun hoitaja ei ehdi siellä olla, niin sitten siellä on joku, siellä on tä omainen...

...tietysti eivät välttämättä tee sitä aktiivisia hoitotoimenpiteitä tai tällaista...

Omaisten läsnäolo koettiin hyväksi. Omaisille, jotka halusivat olla läsnä pitempään, pyrittiin osastolla järjestämään mahdollisuus jäädä yöksi. Omaisille haluttiin antaa aikaa, heitä kuunneltiin ja tuettiin, eikä jätetty yksin omaan surunsa kanssa. Henkilökunnan mielestä omaisten läsnäolo vaikutti positiivisesti myös henkilökunnan jaksamiseen ja osaston arkityön organisointiin, silloin aikaa jäi myös muille asukkaille.

...hyvä asia oli, että vaimolla oli mahdollisuus olla asukkaan vierellä loppuun asti, yhteistyö sujui hyvin...

...vaimo sai asua hänen kanssa yhden hengen huoneessa vuorokauden ympäri. Sukulaiset ja lähiomaiset kävivät hyvästelemässä asukkaan. Kaikki olivat järjestelyyn tyytyväisiä, eikä siitä aiheutunut erityistä vaikeutta / haittaa osaston toiminnalle...

...omaisten läsnäolo helpottaa ajan jaksottamista muille asukkaille siellä osastolla...

Vuorovaikutussuhde omaisiin on kestänyt vuosia. Hoitajat ovat kokeneet sen helpottavan muistisairaahan asukkaan hoitosuhteen luomisessa. Osa omaisista haluaisi olla aktiivisesti mukana myös kuolevan omaisen elämän loppuvaiheessa. Osana saattohoitoa pidettiin myös omaisista huolehtimista. Henkilökunta osasi tunnistaa omaisten tarpeet myös silloin, kun he olivat ahdistuneita ja peiloissaan ja he tukivat omaisia tarvittaessa.

...mutta on myös omaisia, jolle se on niin vaikea asia, että he eivät halua olla siinä, he haluavat olla erillään siitä, ja sekin tavallaan hoitajal täytyy ymmärtää ja hyväksyä...

...silloin on hyvä jos osaston henkilökunnalla on myös aika keskustella ja huomioida omaisen ja elää hänen rinnallaan tätä vanhuksen poislähtöä...

...kyllä siinä semmoista herkkää, herkkyyttä ja läsnäoloa ja ehkä myöskin hiljaisuutta tarvitaan heidän kanssa olemiseen ja tä on hyvin tärkeä osa sitä saattohoitoa eli, saatetaan se asukas kuolemaan ja saatetaan ne omaiset elämään...

#### 7.1.4...se on sitä kodinomaisuutta, et vois olla ja elää niin kuin kotona...

Vanhainkoti on nyky- yhteiskunnassa suurimmalle osalle dementoituneille vanhuksille koti ja viimeinen asuinpaikka. On luonnollista, että he saavat elää ja kuolla arvokkaasti tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Joskus kuolema voi saapua hyvinkin yllättäen, eikä siihen ehditä valmistautua. Saattohoito voikin kestää ajallisesti muutamasta tunnista jopa viikkoja.

Dementoituneen saattohoidossa vanhainkodissa koettiin tärkeäksi kodinomaisuus, esteettisyys huomioon ottaen. Osastoilla pyrittiin häivyttämään laitospaisuus, asukkailla oli huoneissaan omia huonekaluja ja valokuvia. Omaiset olivat tervetulleita, vierailuaikoja osastoilla ei ollut.

...yritetään häivyttää semmoinen laitospaisuus, eikä mennä aika- taulujen mukaan...

...kyllä minä ainakin mielelläni otan sen siinä mielessä huomioon, että, et ympäristö näyttäisi kodilta, eli mielellään ne hoitotarvikkeet olis sitten siellä kaapeissa ja että huone olisi sen näköinen, et sinne olisi esimerkiksi omaisten kiva tulla, ettei se näytä sairaalalta...

... että asukas voisi nähdä ympärillään kodinomaisuutta: huonekaluja, verhoja, kukkia ja myöskin semmoinen pukeutuminen liitty siihen, asukkaalla itsellä on omat vaatteet ja hoitajilla on omat vaatteet...

Kaiken kiireen ohella hoitohenkilökunta pyrkii huomioimaan kuolevaan asukaan kokonaisvaltaisesti, olemalla läsnä, antamalla aikaa. Ihmisarvoa kunnioitettiin ja kärsimyksiä lievennettiin hoitotoimenpiteillä. Tavoitteena saattohoidettavan hyvä olo.

...pyritään antamaan asukkaalle enemmän aika ja usein laitetaan esimerkiksi musiikkia...on tilanteita, jossa hoitaja on vierellä melkein koko ajan, tai sitten käydään varsin usein katsomassa tilannetta...

...kivuton, kivun ja epämiellyttävän tunteen minimointi hoitotoimellisin toimenpitein...

#### 7.1.5...mä usein laulan jonkun hengellisen laulun...

Noin puolet vastanneista koki pystyvänsä ottamaan huomioon kuolevan asukaan hengelliset tarpeet. Vanhainkodin henkilökuntaan kuului oma pappi, joka usein kävi osastoilla ja tunsu osaston asukkaat. Pappi pyydettiin käymään asukaan luona henkilökunnan pyynnöstä, jos oli tiedossa asukaan hengellinen vakaumus. Mahdollisuus oli saada ehtoollinen. Turvallisuuden tunnetta luotiin laulamalla hengellisiä lauluja ja rukoilemalla tuttuja rukouksia.

...huomioidaan uskonnollinen vakaumus...

...mahdollisuus keskustella papin kanssa, saada ehtoollinen...

...saattohoidon aikana hengellisten asioiden esille ottaminen ja tuominen on myös semmoinen turvallisuutta tuova ja toivoa tuottava asia, että ihan hengellisten laulujen laulaminen ja tuttujen rukousten lukeminen ja psalmien tai ihan niin kuin tuttujen asioiden esille ottaminen niin on tärkeitä ja jos tiedetään, että vanhuksella on, että hän on käynyt kirkossa ja nauttinut ehtoollista paljon elämänsä aikana niin ehtoollisen jako ja papin luokse kutsuminen on myös hyvin tärkeä juttu ja sellainen niin kuin voimaa antava ja johon on hyvä myös niin kuin tavallaan päättää se oma elämä. Että tuota, näin...

...ja saatan sanoa Isä Meidän rukouksen ja ehkä kysyä, onko pappi jo käynyt...

## 7.2 Hyvän saattohoidon haasteet

Muutos ja kärsimys ovat väistämätön osa elämää ja kuolemaa. Ongelmaksi hoidossa saattaa muodostua se, ettei hoitava henkilö havaitse tai osaa tulkita toisen ihmisen kärsimystä. Ainoa tapa sen selvittämiseksi on kysyä (silloin kun se on mahdollista) potilaalta: Mikä sinulle aiheuttaa eniten kärsimystä? Aiheuttaja usein vaihtuu ajan myötä. Fyysisten oireiden tilalle tulee enenevästi lähes tyvän kuoleman aiheuttama henkinen ahdistus. (Hänninen 2006.)

### 7.2.1 ...useimmiten saattohoidossa on kyseessä ne muutamat päivät...

Vanhainkoti on tavallisesti dementoituneelle vanhukselle hänen viimeinen koti, joten on luonnollista, että iäkkäät asukkaat hoidetaan siellä heidän elämänsä loppuun asti. Pitkän aikaa vanhainkodissa asuvien vanhuksien elämän loppuvaiheen alkamisen ajankohta on vaikea määrittää, koska suurin osa heistä on monisairaita. Vanhuksen kuolema on luonnollinen loppu elämälle ja niin vanhuksien kuin hoitohenkilökunta on sen hyväksynyt, mutta sitä ei haluta ottaa puheeksi. Dementoituneen kohdalla saattohoidoksi koettiin hänen viimeisiä elinviikkoja. Kuolemasta ei osastoilla puhuttu ja kuoleman ajankohdan määrittäminen tuntui olevan epäselvä. Saattohoito saattoi kestää muutamasta päivästä muutamaan viikkoon

...kuolema on aihe, jota aika harvoin vanhuksien keskusteluissa ottaa esille, korkeintaan sillä tavalla, että pääsis jo pois...

...useimmiten saattohoidossa on kyseessä ne muutamat päivät. Jossain tilanteissa se kestää sitten pitempään, mut ei yleensä yli viikkoa...

...useimmiten saattohoito on tosiaan ne ihan muutamat päivät, et silloin niinku tä nieleminen lakka...

Vanhainkodin asukkaista suurimmalla osalla puuttui itse laatima hoitotahto, johon tuen siitä, että heidän sairastuessaan siihen ei osattu kiinnittää tarpeeksi huomiota. Dementoituneen hoitotahtoa pyrittiin selvittämään läheisiltä ja omaisilta. Enimmäkseen asukkaan saattohoidosta päätti osaston lääkäri.

...mutta ylipäätensä ei ole monellakaan hoitotahtoa tiedossa. Silloin omaiset keskustele esimerkiksi lääkärin kanssa ja ottaa siihen kantaa...

...mikäli mitään hoitotahtoa ei ole, niin kyllähän lääkäri sitten päättää, et mikä kussakin tilanteessa on lääketieteellisesti järkevä...

7.2.2 ...kiire ja se, että ei ehditä kuitenkaan juuri pysähtyä asukkaan ja hänen kokemansa elämänvaiheen äärelle...

Melkein kaikki vastanneista totesivat "kiireen" häiritsevän hyvän saattohoidon toteuttamista. Vastausten perusteella hoitajat olisivat halukkaita antamaan enemmän aikaa kuolevalle sekä omaisille, mutta osaston jokapäiväiset työt täytyi hoitaa ja se aika oli taas pois saattohoidettavan hoidosta. Useimmiten kiire oli tunne, ettei ollut riittävästi aikaa asukkaalle, muun hoitotyön tekeminen vei suurimman osan hoitajien ajasta

...huonoja puolia ovat esimerkiksi kiire ja se, että ei ehditä kuitenkaan juuri pysähtyä asukkaan ja hänen kokemansa elämänvaiheen äärelle...

...kiire on se tunne, että kun hoitajalla olis, ei olis niinkun aikaa sille asukkaalle tai asukkaille tai asukkaalle saattohoidossa, tai ajallisesti tarpeeksi...

...kiire on mielestäni sitä, että juostaan asioitten perässä huomiomatta sitä ihmistä, jonka hyväksi me tehdään työtä...

Vedoten kiireen, hoitohenkilökunta toivoi saavansa osastolle hyvän saattohoidon toteuttamiseksi lisää hoitajia. Vastauksista selvisi, että hoitajat tiedostivat läsnäolon tärkeyden saattohoitotilanteessa, mutta usein lisäresurssin saatuaan osastolle joutuikin saattohoitajaksi asukkaalle tuntematon hoitaja.

...lisäresurssi toimiikin siellä osastolla ja osaston omat, tuttu henkilökunta toteuttaa tätä saattohoitoa. Nykyisinhän se on aika usein päinvastoin...

...joskus jopa keikkalainen joutuu saattohoitajaksi – ei hyvä, koska ei tunne!...

...ei tarpeeksi aikaa toteuttaa hyvin saattohoitoa, jos ei saada ylimääräistä henkilökunta saattohoito ajaksi...

...ongelmana osastolla on usein se, että ei ole riittävästi henkilökunta ja kuoleva joutuu olemaan paljon yksin...

...resurssit eivät aina riitä hyvän saattohoidon toteuttamiseen...

Oli myös osastoja, missä hoitajat eivät halunneet tai henkilökohtaisesta syistä pystyneet toteuttamaan saattohoitoa, silloinkin pyydettiin varahenkilöstöstä apua.

...osa varmaan saatta jopa vierastaa saattohoitoajatusta. Jos hoitaja pelkää kuolemaa ja arkailee kuoleman kanssa lähellä olemista, se voi olla hankala tilanne hoitajalle, niinku toteuttaa saattohoitoa...  
 ...mielestäni olisi paras, jos asukkaan ja omaiset hyvin tunteva hoitaja toteuttaisi saattohoitoa. Tätä ei useinkaan pidetä tärkeänä, vaan kuka tahansa hoitaja hoitaa...

Hoitajat kokivat hoitamisen laadun huonoksi, jos kuolevaa hoiti ihminen, joka ei sitä oikeasti halunnut. Silloin, kun hoitaja pelkäsi kuolevan lähellä olemista, hoidon laatu kärsii ja hoito perustui rutiineihin. Ihmisarvon kunnioitus unohtui.

...hoitajat "kylmiä", käydään vain vilkaisemassa "onko lautumia", puhutaan omia asioita! = Erittäin huonoa!...  
 ...ei kyetä kohtamaan tunne tasolla, vaan hoito jää mekaaniseksi, rutiineihin pohjaavaksi perushoidoksi...saatetaan ääneen arvioita lähestyvän kuoleman merkkejä ja kauanko on aikaa jäljellä...

Hoitajilla ei ollut aikaa olla läsnä. Vanhainkodissa oli myös isoja osastoja, missä yhdellä hoitajalla oli liian monta asukasta hoidettavana työvuoron aikana. Tästä johtui kiire ja hoito toteutettiin rutiininomaisesti.

...on monia osastoja jolla on kolmekymmentä asukasta ja kolme hoitajaa vaan, sen ymmärtää kyllä, siinä mielessä sen kiireellisyyden...  
 ...joskus aika EI ole, erittäin huono asia...  
 ...huonona puolena joskus kiireen tuntuu osastolla...  
 ...Puhtaus! Unohtunee joskus! ...  
 ...Puhtaat vaatteet, lakanat, hiukset kammattu...suun kostutus jne. UNOHTUU USEIN!...

7.2.3...pitkälle dementoitunut ei voi välttämättä puhua ja ilmaista verbaalisesti kipua...

Kuoleman läheisyys saattaa aiheuttaa levottomuutta ja ahdistusta, jota ei välttämättä aina osattu selittää tai tulkita oikein. Dementoituneen kyseen ollessa hänen sanallinen viestintä on rajallista ja silloin hoitajat helposti saattavat ajatella, että asukas ei ymmärrä enää, saattaa unohtua empaattisuus.

...pitkälle dementoitunut ei voi välttämättä puhua ja ilmaista verbaalisesti kipua, mut silloin kipua saattaa ilmetä huutoina tai ahdistuksena, levottomuutena. Ja silloin hoitajilta vaaditaan aika paljon

semmoist ymmärtävää ja empaattista otetta, että kipu vois tulla esille ja ymmärretyksi...  
 ..kunnioitus asukasta kohtaan tahto unohtua, kun vointi huononee!!  
 Ajatus, ettei se kuule eikä ymmärrä!?!...

Hoitajien vastauksista selvisi, että yleensä pyritään kuolevaan asukkaan epämiellyttävä oloa helpottamaan. Dementoituneen kaikkia epäselviä ilmaisuja tulkittiin kivuiksi ja helposti annettiin kipulääkettä.

...kipu ja tämmöinen muutenkin tukala olo...siinä tilanteessa kyllä käytetään niinku tehokkaita kivunlievitys menetelmiä...

Hoitajien mielestä heidän oli helpompi puhua hengellisyydestä lievästi muistisairaahan asukkaan kanssa, silloin kun asukas otti itse sen puheeksi.

...joskus lievästi dementoituneen kanssa voi ottaa puheeksi, mutta aika vähän...sitten jos hän on vielä sellaisessa tilassa, että hän on vielä kykenevä...

#### 7.2.4 ...ei tiedetä, mitä omaisille tulisi sanoa...

Aikaa omaisten tukemiseksi ei riittänyt tarpeeksi. Aina ei osattu kohdata omaisia ja ei löydetty oikeita sanoja.

...myös omaisten tukeminen voi kiireen vuoksi jäädä pintapuoliseksi, tai ei tiedetä, mitä omaisille tulisi sanoa...

Osa vastanneista totesi huonoksi, jos saattohoidettavalle ei pystytty järjestämään omaa huonetta. Kuolevan asukkaan henkilökohtaisesta intimiteetistä huolehtiminen kolmen hengen huoneessa ei onnistunut ongelmitta.

...joskus eristetty VAIN sermillä (mikä ei ole hyvä)...  
 ...saattohoitoa toteutamme myös kolmen hengen huoneessa...  
 ...puuttuu tila, jossa asukas ja omaiset saavat olla rauhassa, esim. yhden hengen huone...  
 ...huonetoverit ovat vieressä / näköetäisyydellä...

#### 7.2.5 ...että koulutusta mun mielestään on annettu aika vähän hoitajille...



Hoitajan kyky olla muistisairaana saattohoidossa asukkaan tukena oli riippuvainen hänen omista voimavaroista. Tärkeää osaa siinä oli hoitohenkilökunnan saamalla saattohoitokoulutuksella.

...osa hoitajia ovat varmaan koulutettuja tähän saattohoitoon ja osa varmaan saattaa jopa vierastaa saattohoitoajatusta...

...sanoisin, että koulutusta mun mielestä on annettu aika vähän hoitajille, et sitä sais olla kyllä enemmän, saattohoitokoulutusta...

Kaikki hoitajat eivät huomioineet tai eivät osanneet ottaa puheeksi hengellisyyttä saattohoidossa ja olivat halukkaita saamaan siihen lisää koulutusta.

...nimenomaan tämän henkisen puolen kohtaaminen on sellainen jossa on eniten kehitettävää...

Saattohoito tilanteessa pitkään jatkunut läheinen hoitosuhde oli hoitajien mielestä henkisesti raskas, hoitajien omien tunteiden käsitteleminen työyhteisössä olisi saanut olla enemmän esillä. Hoitajat tunsivat tarvitsevansa työnohjausta myös asukkaan kuoleamisen jälkeen, jotta saisivat oma surua pitkän hoitosuhteen loputtua.

...muistisairaat ovat olleet osastolla usein kauan ja käyneet hoitohenkilökunnalle läheisiksi, mutta asukkaan saattohoidon aikana ja kuoleman jälkeen hoitajilla ei ole mahdollisuutta purkaa tunteita...

...ei olis hullumpaa, vaikka työntekijät saisivat työnohjausta niinä aikoina jolloin nähdään, että osastolta on useimpia saattohoidettavia, niin olis tärkeää että olis joku paikka jossa olis jakaa näitä tunteuksia...

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten vanhainkodissa toteutetaan käytännössä dementoituneen saattohoitoa.

Dementoitunut ihminen ei kykene useimmiten saattohoito vaiheessa kertomaan sitä, mikä on hänelle tärkeä, tai arvokasta. Hän siirtyy laitoshoitoon siinä vaiheessa kun dementia on edennyt keskivaikea- tai vaikean vaiheeseen (Tervaskari 1999,71.)

Saattohoidon toteuttamista tutkimme hoitohenkilökunnan näkökulmasta, koska muistisairaana saattohoitoon osastolla osallistuvat kaikki osaston henkilökunnasta. Saattohoidoksi koettiin muistisairaana kohdalla hänen viimeisiä elinviikkoja.

Usein vanhusten saattohoito määritellään vasta silloin, kuin kuvataan viime vaiheen hoitoa (terminaalihoitoa) (Hänninen 2006, 19).

Hoitohenkilökunnan vastauksista selvisi, että saattohoidon toteuttaminen osastolla koettiin luontevaksi, eikä asukkaita haluttu lähettää osastolta pois heidän elämänsä loppuvaiheella. Henkilökunta halusi, että osasto olisi dementoituneelle koti loppuun asti.

Hyvän laitoshoitoon kuuluu myös saattohoito. Dementiayksiköistä ei tulisiakaan asukkaita lähettää viimeisiksi elinpäivikseen sairaalaan. (Juva, Valvanne & Voutilainen, 2001, 513.)

Henkilökunta pyrkii toteuttamaan osastolla muistisairaana hyvää saattohoitoa, ottamalla huomioon kaikki kuolevaan tarpeet. He osasivat tunnistaa omat mahdollisuudet toteuttaa kokonaisvaltaista saattohoitoa. Suurin osa koki, että osastolla toteutunut saattohoito on hyvä loppu pitkälle hoitosuhteelle. Hoitosuhde ilmeni rehellisyytenä, aitoutena ja siinä oli voimakkaasti esillä välittäminen asukkaasta ja hänen omaisista. Toivottiin kuitenkin mahdollisuutta keskustella omista tunteista työyhteisössä.

Potilaan vierellä oleminen ja hänen kuolintyönsä vaiheiden seuraaminen ovat hoitotyöntekijälle aika kuluttavia. Sen takia työntekijä tarvitsee itse jotain, mikä auttaisi hänen elinvoimaisuuttaan ja eheyttään. ( Nissilä 2004, 253–262.)

Hoitohenkilökunnan ja omaisten vuorovaikutus koettiin antoisaksi. Omaisten läsnäolo helpotti osaston arkielämää ja heille annettiin mahdollisuus olla kuolevan vierellä ympäri vuorokauden. Hoitajien mielestä kuoleva reagoi omaisen läsnäoloon eri tavalla, he olivat levollisimpia. Kaikessa kunnioitettiin omaisen tahtoa olla läsnä kuolevan hoidossa. Omaisten antama tieto koettiin tärkeäksi informaatioksi toteuttaessa hyvää saattohoitoa.

Dementia sairauden loppuvaiheessa lähiomainen on yleensä potilaan tulkki. (Hänninen 1999, 28).

Ennen loppuvaiheen hoitoa tulee keskustella omaisten kanssa hoitolinjoista, kuten elvytyksestä ja antibioottien käytöstä. Päätöksen hoitolinjojen valinnoista kuuluvat lääkärille. Omaisten mielipiteitä kuullaan ja ne vaikuttavat lopputulokseen, mutta vastuun päätöksestä kantaa hoitava lääkäri. (Juva, Valvanne & Voutilainen 2001, 513.)

Tuloksista selvisi, että vanhainkodissa suurimmalla osalla dementoituneista puuttui oma laatima hoitotahto, silloin pyydettiin tietoa omaisilta. Sairauden edettyä vaiheeseen, jossa saattohoito tuli ajankohtaiseksi, pyydettiin lääkäriä keskustelemaan lähiomaisen kanssa hoitolinjoista. Käytännössä se tarkoitti, että lopetettiin lääkitys ja keskityttiin lähinnä kivun hoitoon ja kuolevaan ihmisen olon helpottamiseen.

Hännisen(2006) mukaan erot dementoituneen potilaan ja syöpäpotilaan kivunhoidossa johtuvat vaikeuksista kivun mittaamisessa. Oireita on vaikea tulkita kommunikaationa puutteellisuuden vuoksi. (Hänninen 2006,22.)

Meidän tuloksista selvisi, että hoitohenkilökunta tulkitsi useimmiten asukkaan levottomuuden ja kaiken tukalan olon kivuksi. Lähes aina pyydettiin kuolevalle kipulääkitystä, osaamatta erottaa kipua kuolevaan henkisiin tarpeisiin.

Dementoituneen kipu on osattava tunnistaa: hiki otsalla, vääntelehtivät kasvot, pakkoliikkeet, levoton ja tuskainen olo. Kipulääkettä tulisi annostella niin, että potilaalla on koko ajan levollinen olo. Pelkää läsnäolo voi vähentää kipua ja luoda turvallisen olon. (Rasila 1999, 52.)

Selvisi, että enemmistö hoitohenkilökunnasta oli saanut niukasti koulutusta hengellisestä hoidosta ja tunsivat tarvetta saada lisäkoulutusta siihen, miten hengellisyys yhdistetään luontevasti hoitotyöhön. Aukkaan hengellisen tarpeen huomasivat herkemmin itse hengellisen vakaumuksen omaavat hoitajat.

Hoitotyössä tulee tavoitella kokonaisvaltaista ihmisen hoitamista huolimatta siitä, pitääkö hoitaja itse hengellisiä arvoja tärkeänä vai ei (Harju 2004,30–32 ).

Kaikki hoitajat osastolla eivät olleet halukkaita toteuttamaan dementoituneen saattohoitoa ja silloin oli mahdollista tilata osastolle ylimääräinen hoitaja varahenkilöstöstä. Tuloksista selvisi, että kaikki osastot eivät välttämättä tienneet mahdollisuudesta käyttää varahenkilöstön apua saattohoitotilanteessa.

Suurimmaksi ongelmaksi henkilökunta koki henkilökunnan vähyyden saattohoitotilanteessa ja siitä johtuvan kiireen ja riittämättömyyden tunteen. Huonoksi koettiin se, että hoitajilla oli harvoin aikaa vain olla rauhassa kuolevan luona. Ajanpuutteesta johtuen omaisten tukeminen saattoi jäädä pinnalliseksi.

Lähes kaikki vastaajat toivat esille kiireen häiritsevän hyvän saattohoidon toteuttamista. Kiireestä johtuen aikaa kuolevan vieressä olemiseen ei riittänyt, vaikka olisi ollut halua. Hoitotoimenpiteet jouduttiin tekemään rutiinilla.

Aikaisemmassa tutkimuksessa Kaapeli ja Kujala (2006) ovat todenneet, että vanhainkodissa ei ole aikaa toteuttaa hyvä ja laadukasta saattohoitoa. Myös kivunhoito ei ollut riittävä ja henkilökunta kaipasi lisää koulutusta. Leinosen, Mannisen ja Suutarin (2001) opinnäytetyöstä selvisi, että hoitajilla oli motivaatiota ja taitoa hoitaa kuolevia potilaita hyvin, tarvittaisiin lisää henkilökunta. Saattohoidossa korostuivat perushoito ja kivunhoito.

Dementoituneen hyvän laitoshoidon kulmakivet ovat osaava ja riittävä hoitohenkilökunta. Yhtä tärkeitä ovat korkeatasoinen lääketieteellinen asiantuntemus sekä sopiva hoitoympäristö. (Juva, Valvanne & Voutilainen, 2001, 500–516.)

Aiempiin tutkimuksiin verrattuna meidän opinnäytetyön tulokset ovat positiivisempia, koska kivunhoitoon oli kiinnitetty paljon huomiota. Asukkaat haluttiin ja pystyttiin hoitamaan loppuun asti vanhainkodin osastoilla, eikä henkilökunta tuntenut tarvetta lähettää heitä sairaalaan. Kuitenkin koettiin tarvetta mahdollisuudelle järjestää kuolevalle oma huone, mikä rauhoittaisi koko hoitoyhteisöä.

Päätulokseksi saatiin, että hoitohenkilökunta haluaisi aina toteuttaa saattohoitoa hyvin. Parhaiten osattiin tulkita dementoituneen fyysistä kipua saattohoito tilanteessa ja siihen oli asianmukainen lääkitys. Myös omaiset saivat olla halutesaan mukana, jopa ympärivuorokauden.

Hoitajista riippumattomista syistä, esim. resurssipulasta johtuva kiire, vaikutti hyvän saattohoidon toteuttamiseen. Silloin saattohoitoa toteutettiin rutiininomaisesti, kiireestä johtuen kuolevan sanattomia viestejä tulkittiin puutteellisesti.

Meidän tekemämme yhteenvedon perusteella voimme sanoa, että vanhainkodin hoitohenkilökunnalla olisi halua toteuttaa hyvää saattohoitoa. Taitoa ja tietoa löytyy. Omissa vastauksissa hoitohenkilökunta toi esille asioita, joita he osasivat ja pystyivät toteuttamaan hyvin, kuin myös asioita joihin he itse toivoisivat muutosta. Muutoksia haluttiin kuolevan asukkaan yksityisyyden takaamiseksi oman, vain saattohoitotilanteissa käytettävän huoneen järjestämisellä. Osastolla saattohoituhuoneen olemassaolo antaisi mahdollisuuden omaisille olla enemmän läsnä.

Saattohoidossa olevaa ei pitäisi jättää pidemmäksi aikaa yksin (Sulkava 1999, 18; Kivikoski 1999, 65).

Toivottiin lisäresurssin mahdollisuutta osastoille jokaiseen työvuoroon silloin, kun osastolla on saattohoidettava asukas, jotta olisi enemmän aikaa hoitotilan-

teissa ja läsnäoloon. Yövuoroissa on osastoilla useimmiten yksi hoitaja, jolloin ei millään pystytä toteuttamaan hyvä saattohoitoa olemalla läsnä.

Saattohoitokoulutusta hoitajat toivoivat enemmän, koska saattohoitoa jouduttiin toteuttamaan jokaisella osastolla. Koulutuksessa toivottiin enemmän opastusta asukkaan henkisten tarpeiden kohtaamiseen. Fyysisen hoitoon ja asukkaan oloon helpottamiseen henkilökunta tunsii omaavan enemmän koulutusta.

Työnohjauksen tärkeys nousi esille monessa vastauksessa, sitä toivotti saattohoitotilanteessa ja vielä sen loputtua.

Kuolevien dementoituneiden hoito on raskas ja haastava. Kuolevaa hoidetaan kokonaisvaltaisesti, enää ei hoideta tiettyä sairautta tai vammaa. Hoitosuhteessa kohtaa kaksi ihmistä. Hoitosuhteessa ei saisi mennä liian pitkälle omaisten suruun, mutta on osattava olla lähellä. Jatkuva hoitoyhteys kuoleviin dementoituneisiin asukkaisiin ja kuoleman kohtaaminen synnyttää usein ahdistusta. sen sietäminen ja purkaminen vaativat voimavaroja ja purkautumiskanavia. Työnohjaus olisi sellainen mahdollisuus ja se antaisi mahdollisuuden purkaa työn aiheuttamia ristiriitaisia tunteita. (Rasila 1999,83.)

## 9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön aineiston keruu tapahtui esseekyselyn ja haastattelujen avulla. Kyselylomakkeen etusivulla kerroimme, että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja henkilö- eikä osastonkohtaisia tietoja tarvitsee vastaukseen kirjoittaa. Kyselylomakkeita ei myöskään lukenut muut, kuin opinnäytetyön tekijät. Vastaajat palauttivat kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa nimettöminä ja ilman osastontunnusta, myöskään eri ammattiryhmien eroja tutkimuksessa ei ilmene.

Teemahaastatteluja käytimme varmentamaan ja tukemaan esseekyselystä saamiamme vastauksia. Teemahaastattelua varten varasimme rauhallisen ja osastoista erillään olevan huoneen jotta ulkopuolinen melu ja osastojen levottomuus eivät häiritsisi haastattelutilanteessa.

Tutkimustulosten ja luotettavuuden kannalta oli hyvä, että kaikilla haastateltavilla oli pitkä työhistoria ja henkilökohtainen kokemus dementoituneen saattohoidon toteuttamisesta. Tarkemmin haastateltavien taustatietoihin emme perehtyneet, koska meidän mielestämme se ei vaikuttanut haastattelutuloksiin.

Kaikki haastateltavat työskentelivät eri osastoilla. Haastattelut suoritettiin jokaisen kohdalla eri kellonaikana. Näin välttyimme hoitajien keskinäiseltä kohtaamiselta haastattelupäivänä. Haastateltavat olivat itse kiinnostuneita opinnäytetyömme aiheesta ja yhteistyöstä. Selvitimme heille, että opinnäytetyöhön ei kirjoiteta mitään, mistä heitä voisi tunnistaa. Tuloksissa olemme käyttäneet paljon alkuperäislauseita. Meidän mielestämme haastatteluilmapiiri oli kaikissa haastatteluissa myönteinen, vaikka nauhurin käyttö alussa hermostutti niin meitä kuin haastateltaviakin.

Analyysin luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyön tekijöitä oli kaksi ja molemmat luimme vastaukset erikseen ja sitten analysoitiin sisältö yhdessä.

Luotettavuutta lisää myös se, että asioita tutkisimme niiden luonnollisissa yhte-yksissä, työyhteisössä. Kysymyksiin saivat vastata kaikki hoitohenkilökunnasta, jotka halusivat, koska käytännön töitä tekivät kaikki, eivät pelkästään sairaan-hoitajat.

## 10 POHDINTA

Luettuamme Jyrki Penttisen kirjan ”Dementiapotilaan saattohoidon sokea piste”, jossa hän kertoo, miten helposti vanhuksia leimataan dementoituneiksi ja miten helposti aloitetaan saattohoito. Hänen kirjastaan voi saada kuvan, että vuosit-tain kuolee tuhansia dementiapotilaita perushoidon evämiseen.

Penttisen mielestä lääketieteen ihmiskäsitys on muuttunut. Hän viittasi huono-kuntoisten vanhusten hoidon puutoksiin. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä.

Jyrki Penttinen on lääketieteen ja kirurgian tohtori ja epidemiologian dosentti, joka työskentelee työterveyslääkärinä Lahdessa. Omalla mielipiteellään hän sai aikaan kansalaiskeskusteluja.

Myös mediassa on viimeaikoina käsitelty kriittisesti muistisaira-an vanhuksen saattohoidon epäkohtia. Meidän opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti muun muassa vanhusten, erityisesti dementoituvien vanhusten saattohoidon ympärillä käyty eettinen keskustelu hyvästä hoidosta vanhainkodeissa. ( Uusi Suomi 2009.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, miten vanhainkodin hoitohenkilö-kunta toteutti dementoituneen vanhuksen saattohoitoa. Aihe on vaikea ja tietyllä tavalla arka, kuitenkin löysimme yllättävän helposti hoitohenkilökunnasta haluk-kaita osallistumaan opinnäytetyön tekemiseen. Kuolevan hoitaminen on suuri haaste, hoitajan tulisi olla ensin sinut itseensä ja kuolemaan kanssa. Vasta sen jälkeen hän pystyisi toteuttamaan hyvää saattohoitoa.



Saattohoidon alueelle meneminen tarvitsee hienotunteisuutta, herkkyyttä ja suurta kriittisyyttä itseä kohtaan. (Sand 2003,54).

Opinnäytetyötulosten pohjalta voimme sanoa, että hoitajilla on halua toteuttaa dementoituneen hyvä saattohoitoa vanhainkodissa, mutta ajan ja työvoiman puute heikensivät sitä. Hoitajat pyrkivät toimimaan dementoituneiden vanhus-ten hyväksi resurssipulasta huolimatta.

Kyselyissä ja haastatteluissa ilmeni erilaisia mielipiteitä koskien kiirettä hoito-työssä. Melkein kaikissa avoimen kyselyn vastauksissa oli tuotu esille kiire, useimmiten pelkällä sanalla Teemahaastatteluissa selvisi, ettei haastateltavat itse kokeneet kiireen suoranaisesti häiritsevän saattohoitoa. Meille jäi epäsel-väksi, johtuiko kiire työn määrästä vai huonosta työn organisoinnista. Mielen-kiintoista oli, että kaikissa esseevastauksissa mainittiin kiire ja kiireen tuntu osastoilla häiritsevän saattohoitotilanteessa, mutta haastateltavat eivät koke-neeet kiirettä häiriötekijänä saattohoidossa. Mietimme, johtuuko ristiriita vasta-uksissa siitä, että on helpompi ”kasvottomana” sanoa todellinen mielipide.

Esseevastauksista selvisi, että välttämättä kaikilla osastoilla ei ollut tietoa mah-dollisuudesta käyttää varahenkilöstön apua saattohoito tilanteessa. Kaikki haas-tateltavat olivat kuitenkin siitä tietoisia. Jäimme miettimään, pitäisikö tieto lisä-resurssien saannista saattohoito tilanteissa osastolle kulkea paremmin.

Meidän opinnäytetyötulosten pohjalta ainakin kyseisessä vanhainkodissa de-mentia osastojen hoitohenkilökunta panosti asukkaiden hyvään hoitoon asuk-kaan elämän loppuessaan. Työyhteisön ymmärtävä merkitys oli erittäin tärkeä. Hoitoyhteisön avoin, rohkaiseva ja luottamuksellinen ilmapiiri helpottivat selviy-tymistä omista tunteista. Hoitajat olivat halukkaita kouluttautumaan lisää ja ke-hittämään itseänsä.

Opinnäytetyön prosessin (Liite 7) myötä olemme perehtyneet syvällisemmin dementoituneen saattohoidon toteuttamiseen vanhainkodissa ja huomanneet,

että vaikeampiakin asioita on helpompi ottaa puheeksi silloin, kun on hyvä tietopohja. Meidän mielestämme ainoastaan käytännön kokemus ei yksin riitä.

Olisi hyvä, että hoitoyhteisössä keskusteltaisiin saattohoidon käytännön toteuttamisesta omalla osastolla, ei vain koulutuksissa teoriassa. Silloin muodostuisi yhtenäinen hoitokäytäntö, vaikka saattohoitoa toteutettaisiin osastoilla harvoin. Jokainen osasto on omalaatuinen hoitoyksikkö, jossa hoitokäytännöt muovautuvat henkilökunnan näkemyksistä ja osaamisista. Vaikka hoitotyötä kyseisessä vanhainkodissa ohjaavat talon laatimat hyvän hoidon kriteerit, muodostuvat jokaisessa pienessä hoitoyksikössä käytännössä omat tavat toteuttaa hyvää hoitoa.

Meidän oman työkokemuksemme perusteella on saattohoitoa ollut vaikea ottaa puheeksi työyhteisössä jos se ei ollut hetkellä ajankohtainen. Meidän opinnäytetyön ansiosta, aiheen vakavuudesta huolimatta, on osastot aktivoitunut pohtimaan asioita yhdessä ja etsimään ratkaisuja. Mielestämme olemme herättäneet ajatuksia työyhteisöissä ja saaneet positiivista palautetta.

Mielestämme henkilökunnan esille tuomia muutosehdotuksista joitakin pystyisi toteuttamaan pienellä vaivalla. Varahenkilöstöstä saatavan avun saannista tulisi osastoille tiedottaa selvemmin. Vastauksien perusteella voimme päätellä, että kaikilla osastoilla ei ollut edes tietoa talon omasta varahenkilöstöstä.

Jatkotutkimuksena ehdottaisimme omaisten näkökulman esille tuomista demen-toituneen saattohoitoa toteuttaessa. Hoitohenkilökunta toteuttaa saattohoitoa ETENEn suositusten mukaan ja lääketieteellisestä näkökulmasta lähtien. Usein omaiset jäävät hiljaisiksi sivusta seuraajiksi eikä heidän ääni tule välttämättä kuuluviin. Suurimmaksi osaksi osastoilla henkilökunta toteuttaa hoitoa, itsekin huomaamatta, että omaiset jäävät helposti ulkopuolisiksi.

Hoitajana on tärkeätä ajatella kokonaisvaltaista saattohoitoa, vain fyysisen kivun lievittäminen ei riitä. Saattohoitoon kuuluu kuolevan asukkaan lisäksi myös omaiset ja heidän tunteet. Hoitajat pyrkivät kiireessä toteuttamaan kokonaisval-

taista hoitoa mahdollisemman hyvin ja helposti tyytyvät tilanteeseen, eivätkä vaatii muutoksia. Tulisi ottaa aktiivisemmin ja rohkeammin esille epäkohtia hoitotyössä. Mitään ei muutu, jos asioista ei puhuta.

Opinnäytetyöllämme on ollut merkittävä tehtävä myös meidän ammatillisessa kehityksessä. Opinnäytetyötä tehdessään olemme pohtineet omia käsityksiään saattohoidosta ja kuolevan kohtaamisesta. Olemme huomanneet, että saattohoidon puheeksi ottaminen on huomattavasti helpompaa. Osamme myös yhdistää käytännön kokemukset, teorian ja opinnäytetyöstämme saamamme tiedon ja käytämme sitä hyväksi omassa ammatillisessa kasvussa.

## LÄHTEET

- Aalto, Kirsti & Helle, Harri 2000. Suomalainen saattohoito. Teoksessa Kirsti Aalto (toim.) Saattohoito. Helsinki: Kirjapaja, 239–264
- Aalto, Kirsti 2000. Saattohoito. Helsinki: Kirjapaja, 9–12
- Anttonen, Mirja Sisko 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki, Eva Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki, Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 49–59
- Dementiamaailma 1/1999. Läheisestä luopuminen. Perusoppaat. Suomen demen-tiehoitoyhdistys.
- Enäkoski, Ritva & Routasalo, Pirkko 1998. Kosketuksen voima. Helsinki: Kir-jayhtymä
- Erkinjuntti, Timo; Heimonen, Sirkkaliisa & Huovinen, Maarit 2006. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. Helsinki: WSOY
- Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit 2003. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY
- Erkinjuntti, Timo & Pirttilä, Tuula 2001. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne, Kari Alhainen & Hilikka Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia Helsinki: Duode-cim, 122–141.
- Erkinjuntti, Timo; Rinne, Juha; Alhainen, Kari & Soininen, Hilikka (toim.) 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tam-pere: Vastapaino
- ETENE 2004. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon neuvottelukunnan (ETENE) muistio. ETENE-julkaisuja 8.
- Hakala, Juha 2004. Opinnäyteopas ammattikorkeakouluille. Helsinki: Gaudea-mus
- Hannikainen, Petri 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki, Eva Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki, Suomen sairaanhoidajaliitto ry

- Harju,Anni 2004. Sairaanhoidaja ja hengellisyys – kuinka kohtaamme itsemme ja lähimmäisemme? Sairaanhoidaja 2/ 2004, 30-32
- Heikkinen, Helena; Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo, WS Bookwell Oy
- Helsingin kaupunki 2006. Vanhuspalveluohjelma 2006–2009. Helsingin kaupungin hallintokeskus.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2001. Tutkimshaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2001. Tutki ja kirjoita.6 &-7 painos. Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita 10 painos. Helsinki: Tammi
- Hänninen, Juha & Anttonen, Mirja Sisko, 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki, Eva Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 23–33
- Hänninen, Juha 1999. Dementiapotilaan oirehoito ja lähestyvä kuolema. Teoksessa Ilona Rasila (toim.) Dementoituneen hyvä kuolema. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 21–31
- Hänninen, Juha 2006. Kuoleman lääketieteellistyminen. Teoksessa Juha Hänninen(toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Helsinki:Duodecim, 15–28
- Juva, Kati; Valvanne, Jaakko & Voutilainen, Päivi 2001. Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne, Kari Alhainen & Hilikka Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia, 500–516
- Kaapeli, Jenni & Kujala, Janina 2006. Hoitohenkilökunnan mahdollisuudet hyvään saattohoitoon vanhainkodeissa. Opinnäytetyö. Diakoniamattikorkeakoulu, Porin yksikkö.
- Kirjoittajan ABC-kortti. Essee. Viitattu 25.1.2010.  
<http://webcgi.oulu.fi/oykk/abc/tekstinhuolto/tekstilajeja/essee>

- Kivikoski, Tuija 1999. Vakaumuksen ja elämänarvojen merkitys dementoituneen saattohoidossa. Teoksessa Ilona Rasila (toim.) Dementoituneen hyvä kuolema. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 56–68
- Koivisto, Keijo 2004. Oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan – kohti toimivaa hoitoketjua; Heimonen, Sirkkaliisa & Tervonen Sari (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita.
- Kärpänniemi, Raija 1999. Hoitotyön mahdollisuudet ja keinot dementoituneen saattohoidossa. Teoksessa Ilona Rasila (toim.) Dementoituneen hyvä kuolema. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 32–37
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 28.6.1994/559
- Lehtinen, Ritva-Liisa 2006 Terveys ja sairaus – molemmat läsnä. Teoksessa Helka Lumijärvi (toim.) Tunteva yksilö yhteisössä. Terapeuttisen yhteisöhoidon periaatteet ja validaatiomenetelmä Sopimusvuorisäätiön dementiahoitokodeissa Öhringl OY, 94–102.
- Leinonen, Tarja; Manninen, Kaija & Suutari, Maarit 2001. Halu hyvään saattohoitoon. Hoitajien kokemuksia kuolevan potilaan hoidosta Kainuun keskussairaalassa. Opinnäytetyö. Kajaanin Ammattikorkeakoulu.
- Lindqvist, Martti 2000. Johdanto saattohoitoon. Teoksessa Kirsti Aalto (toim.) Saattohoito. Helsinki 16–22
- Lindqvist, Martti 2004. Etiikka haasteena ja voimavarana. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim. 294–301
- Mattila-Pyykkönen, Kati 1996. Yöperhosen siivin. Kirjapaja. Helsinki. (Painopaikka WSOY:n graafiset laitokset, Juva)
- Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna 2004. Hoitotahto dementoituvan ihmisen itsemääräämisoikeuden edistäjänä. Heimonen, Sirkkaliisa & Tervonen, Sari (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita.
- Nissilä, Kalervo 2004. Eksistentiaalinen kipu – kristillinen sielunhoito saattohoidossa. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim, 253–262
- Penttinen, Jyrki 2004. Dementiapotilaan saattohoidon sokea piste. Helsinki: Kirjapaja OY

- Pinomaa, Anna-Liisa 2000. Rakastava hoito. Teoksessa Kirsti Aalto (toim.) Saattohoito. Helsinki 23–43
- Rasila, Ilona 1999. Kuolevan dementoituneen hoitotyön suunnitelma. Teoksessa Ilona Rasila (toim.) Dementoituneen hyvä kuolema. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 50–55
- Rauhala, Marjo 2000. Eettiset pulmatilanteet, teknologia ja dementian hoito: tuoko teknologia ratkaisuja ja lisääkö se ongelmia? Teoksessa Päivi Topo(toim.) Teknologia, etiikka, dementia-seminaariraportti 18/2000 Helsinki: Stakesin monistamo, 11–16.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 17.5.2009. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
- Sand, Hilikka. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Väitöskirja. Tampere
- Stenberg, Arja & Sillanpää-Nisula, Heli 2001. Saattohoitoa dementiayksikössä, Teoksessa Sirkkaliisa Heimonen & Päivi Voutilainen (toim.) Dementoituvan hoitopolku Hygienia, Helsinki 144–150
- Sulkava, Raimo 1999. Dementiapotilaan saattohoidon erityispiirteet. Teoksessa Ilona Rasila (toim.) Dementoituneen hyvä kuolema. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 14–20
- Sulkava, Raimo; Alhainen, Kari & Viramo, Petteri 2005. Vaikea dementia – opas potilaan läheisille. Lääketehdas Oy H. Lundbeck Ab
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731
- Tervaskari, Hilikka 1999. Omaisten kokemukset ja toivomukset dementoituneen saattohoidossa. Teoksessa Ilona Rasila (toim.) Dementoituneen hyvä kuolema. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys, 14–20
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Uusi Suomi 2009. Vanhustenhoito-hakusanalla haetut aineistot 15.1.2010. <http://www.uusisuomi.fi/asiasanat/vanhustenhoito>.
- Vainio, Anneli 2004. Dementiapotilaan palliatiivinen hoito. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. Duodecim 167–168.

Verkkoniemi, Auli 2005. Dementoivat sairaudet. Teoksessa Auli Verkkoniemi & Taina Andreejev (toim.) Iloa arkeen toiminnallisilla menetelmillä – opas dementoituvaa ihmistä hoitavalle. Alzheimer-keskusliitto, 4–9.



## LIITE 1 HOITOTAHTO

## HOITOTAHTO

Minä \_\_\_\_\_  
(henkilötunnus)

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

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

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

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

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

Lisäksi tahdon,  
että \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Paikka ja aika \_\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_

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

Paikka ja aika \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_ Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimenselvennys \_\_\_\_\_ Nimenselvennys \_\_\_\_\_

## LIITE 2 DEMENTOITUNEEN OIKEUDET

1. saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementiaoireen,
2. saada asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sairauteensa,
3. säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista,
4. tulla kohdelluksi aikuisena,
5. tuntea, että hänet otetaan vakavasti,
6. olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista,
7. asua tutussa, turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa otetaan huomioon,
8. olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja tottumuksensa,
9. käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella,
10. saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minäkuvaa tukevaan toimintaan joka päivä,
11. kosketukseen: halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen,
12. hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen, dementoituneen ihmisen hoitoon perehtynyt henkilökunta.

## LIITE 3 DEMENTOITUNEEN OMAISTEN OIKEUDET

### 1. tietoon:

Saada tietää sairauden nimi ja luonne, kun potilas on ensin antanut siihen suostumuksensa. saada tietoa potilasjärjestöstä, dementianeuvonnasta ja tukipalveluista.

### 2. apuun hoidossa:

Tulla hyväksytyksi tärkeänä osapuolena hoidon toteuttamisessa. Saada tietoa lääkkeettömästä ja lääketieteellisestä hoidosta sekä saada potilaalle hoito- ja palvelusuunnitelma.

### 3. kuulluksi tulemiseen:

Tulla kuulluksi omissa ja potilasta koskevissa kysymyksissä. Pitää yhteyttä paikalliseen potilasyhdistykseen ja dementiahoitajaan. Saada tietoa potilaan ja omaisen oikeudellisesta asemasta.

### 4. hyvään arkipäivään:

Saada apuvälineisiin ja ympäristön turvallisuuteen liittyviä neuvoja ja opastusta. Saada asua tutussa ympäristössä muistihäiriöpotilaan kanssa niin kauan kuin asiat sujuvat ja voimat riittävät. Pitää yhteyttä muihin omaishoitajiin.

### 5. tunteisiin:

Oikeus kaikenlaisiin tunteisiin: hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen, mutta myös oikeus tuntea pelkoa, väsymystä ja ahdistuneisuutta.

### 6. omaan elämään:

Saada aikaa harrastuksiin ja virkistykseen, vapautua aika ajoin omaishoitajan roolista ja ympäristöstä.

### 7. lepoon:

Jakaa hoitovastuuta saadakseen aikaa lepoon; toimiva ystäväpiiri helpottaa hoitotaakkaa.

Oppaan ovat laatineet yhteistyössä Helsingin Alzheimer-yhdistys ja toimittaja Maarit Huovinen

## LIITE 4 AVOIN KYSELY

Olemme Diakonia- ammattikorkeakoulu sairaanhoitaja (AMK) opiskelijat. Olemme tekemässä opinnäytetyötä dementoivia muistisairauksia sairastavien vanhusten saattohoidon toteuttamisesta vanhainkodissa. Opinnäytetyömme tekemiseen tarvitsemme Teidän apuanne. Kaikki antamanne tiedot käsittelemme luottamuksellisesti.

Vastauksen voi kirjoittaa esseen muodossa. Vastausaikaa on kolme viikkoa. Mikäli olet kiinnostunut juttelemaan asiasta enemmän jätä yhteystietosi vastaukseen, otamme yhteyttä. Kiitos.

Kuvailee miten toteutuu muistisairaahan saattohoito omalla osastollasi.

## LIITE 5 TEEMAHAASTATTELU

### 1. SAATTOHOITO

- kerro, mitä Sinun mielestäsi on saattohoito?
- kuka tekee saattohoitopäätöksen ja miten? kirjataanko?
- dementoituneen saattohoito, poikkeako?
- miten toteutetaan osastollasi? kodinomaisuus?
- ilmeneekö dementoituneen hoitotahto, miten? (oma tahto tai omaisten)

### 2. KIVUNHOITO

- miten kipu ilmenee? seurataanko?
- mitä on "hyvä" kivunhoito?

### 3. KIIRE

- kuvaile, mitä on kiire?
- vaikuttaako kiire työn tärkeysjärjestykseen? (miksi kuoleva hoidetaan viimeisenä)
- vaikuttaako kiire hyvän saattohoidon toteuttamiseen?

### 4. OMAISET

- miten otetaan huomioon?
- ovatko mukana, jos niin miten?
- omaisten osuus saattohoidon toteuttamisessa?

### 5. HENKILÖKUNNAN VOIMAVARAT

- onko riittävä koulutus?
- omat tunteet ja jaksaminen
- muutosehdotuksia?

MITEN "HYVÄ" "NÄKYYY?"

## LIITE 6 ESIMERKKI AINEISTON ABSTRAHOINNISTA

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
ei aikaa läsnäoloon			
ei tilaa omaisille olla läsnä			
omaisten tukemiseen ei aikaa		HAASTEET SAATTOHOIDOSSA	
ei osata kohdata omaisia			
			DEMENTOITUNEEN
	OMAISET		SAATTOHOIDON
			TOTEUTTAMINEN
hoitaja läsnä			
omaisille mahdollisuus läsnäoloon		HYVÄ SAATTOHOIDOSSA	
omaisten läsnäolo öisin			
rauhallinen ympäristö			
oma huone			
omaiset osallistuu hoitoon			
yhteydenpito omaisiin			

## LIITE 7 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

