



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Marjo Heikkinen & Anne Rintanen

IKÄIHMISEN HYVÄ SAATTOHOITO

Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Marjo Heikkinen & Anne Rintanen
Opinnäytetyön nimi	Ikäihmisen hyvä saattohoito
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	64 + 3 liitettä
Ohjaaja	Suvi Kallio

Hyvä saattohoito on ajankohtainen aihe varsinkin nyt, kun ihmiset elävät entistä pidempään ja vanhusten osuus yhteiskunnassa kasvaa. Eliniän pidentyessä yhä useampi sairastuu dementiaan ja kuolee vaikean dementian seurauksena.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää haastattelututkimuksen avulla, millaiseksi hoitohenkilökunta ja vanhusten omaiset mieltävät ikäihmisen hyvän saattohoidon sekä sitä, onko laadukkaan saattohoidon toteuttaminen ja kehittäminen mahdollista pienkotityyppisessä yksikössä. Tavoitteena on hyödyntää tuotettua tietoa saattohoidon toteuttamiseksi kaikkia osapuolia tyydyttävään suuntaan Pienkoti Liisankodissa ja mahdollisesti muissa vastaavissa pienissä hoitoyksiköissä sekä samalla herättää keskustelua hyvän saattohoidon edellytyksistä ja resursseista säästöjen ja SOTE-uudistusten aikakautena.

Teoriaosuudessa määritellään saattohoitoon liittyviä käsitteitä sekä sitä, millaisista osatekijöistä koostuu ikäihmisen laadukas saattohoito. Pohjana on haastatteluista esiin nousseet asiat. Lähteinä on pyritty käyttämään luotettavia, ajankohtaisia tutkimuksia ja julkaisuja sekä kirjallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisut, Käypä hoito-suositukset sekä Valviran julkaisut ovat mukana työssä.

Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisesti laadullisella sisällönanalyysillä, joka soveltui hyvin tähän haastattelun avulla kerätyn tiedon kuvaamiseen tiivistetysti. Analyysi kirjoitettiin ensin tekstiksi haastatteluihin perehtymällä, mistä jatkettiin tutkimuskysymyksiin vastaavien ilmausten etsimisellä ja niiden pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Haastateltujen esiin tuomia ilmaisuja ei suoraan julkaistu tekstiksi tässä työssä, ettei heitä pystytä tunnistamaan.

Ikääntyneen ihmisen saattohoito on haasteellista, mutta normaalisti arjessa toteutettavaa laadukasta perushoitoa erityisine saattohoidolle luonteenomaisine piirteineen. Ikääntynyt ihminen tulee ottaa huomioon yksilönä ja kunnioituksen kohteena. Omaisten osuus korostuu muistisairaana vanhuksen saattohoidossa.

ABSTRACT

Author	Marjo Heikkinen and Anne Rintanen
Title	Good Palliative Care to Elderly People
Year	2017
Language	Finnish
Pages	64 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Suvi Kallio

Good palliative care is a current topic especially nowadays, as people live longer than before and the proportion of elderly people in the society is increasing. As the lifespans become longer, more and more people are affected by dementia and die as a consequence of severe dementia.

The purpose of this bachelor's thesis is to find out with interviews what the care providers and the next of kin consider as high quality palliative care of an elderly person, as well as if it is possible to give and develop good palliative care in a small-scale hospice units. The aim is to use the information to give good quality palliative care that satisfies everyone either working or living in Liisankoti hospice and possibly in other similar small nursing homes. One objective is also to raise discussion about the prerequisites and resources needed for good palliative care in these times when savings are required and social and health care services are undergoing a major reformation.

The theoretical part contains terminology related to palliative care. Also factors that constitute good quality palliative care of an elderly person are dealt with. These factors relate to the topics that came up during the interviews. The source materials include reliable and up-to-date studies, publications and literature. The recommendations of the Ministry of Social Affairs and Health as well as Evidence-Based Medical Guidelines (EBMG) have also been used in the study.

The research material was analysed inductively using qualitative content analysis, which is suitable for describing the one proceeded to in a compact way. First the analysis was written to text format, based on the interviews, then proceeding to looking for answers to the research questions. The interviews have not been transcribed word for word so that the respondents cannot be identified and to protect their privacy.

Palliative care of elderly people is challenging, but still it is just normal high-quality care with some special features of palliative care. An elderly person must be considered as an individual, with respect. The significance of the next of kin is emphasized in the palliative care of a person with dementia.

Keywords Palliative care, hospice care, elderly people, quality of life

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	10
2	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO	12
	2.1 Palliatiivinen hoito	12
	2.2 Saattohoito	13
	2.2.1 Saattohoitopäätös	14
	2.2.2 DNR-päätös ja muut saattohoitoa koskevat lyhenteet	15
	2.2.3 Hoitotahto.....	16
	2.2.4 Itsemääräämisoikeus	17
	2.3 Hyvä saattohoito	18
	2.4 Ikääntyneen ihmisen saattohoito.....	19
	2.5 Muistisairaana ihmisen saattohoidon erityispiirteitä	21
3	SAATTOHOITOA KOSKEVAT LAIT JA MÄÄRÄYKSET	23
	3.1 Ihmisoikeudet ja-asema	23
	3.2 Kansainväliset palliatiivisen hoidon suositukset	24
	3.3 Terminaalihoidon ohjeista käypähoitosuosituksiin.....	25
	3.4 Muut kansalliset lait ja asetukset	25
	3.5 Eettiset ohjeet.....	26
4	HOIDON JÄRJESTÄMINEN JA ELÄMÄNLAATU	27
	4.1 Hyvä ympärivuorokautinen hoito	27
	4.2 Hyvän hoidon edellytykset	28
	4.2.1 Siirtojen minimointi	28
	4.2.2 Vuorovaikutus on hyvän auttamistyön perusta	29
	4.2.3 Hoitohenkilökunnan määrä ja osaaminen	30
	4.2.4 Moniammatillinen yhteistyö	31
	4.3 Omaiset mukana saattohoidossa	32
	4.3.1 Omaiset voimavarana.....	32
	4.3.2 Omaisten oikeudet ja velvollisuudet	33

5	VAIKEASTI DEMENTOITUNEEN VANHUKSEN SAATTOHOITO....	34
5.1	Kipu ja kivun arviointi	34
5.2	Lääkehoito.....	35
5.3	Yleistilaan vaikuttavat tekijät	36
5.3.1	Kuivuminen ja nestehoito	37
5.3.2	Masennus sekavuus vai väsymysoireyhtymä?	37
5.3.3	Masennus	38
5.3.4	Delirium	38
5.3.5	Väsymysoireyhtymä.....	39
5.3.6	Palliatiivinen sedaatio	39
6	KUOLEMA	41
6.1	Mitä kuolemassa tapahtuu?.....	41
6.2	Kuoleman merkit	41
6.3	Vanhuuskuolema.....	42
6.4	Kuoleman läpikäynti	43
6.4.1	Surun monet kasvot.....	43
6.5	Omaisten ohjaaminen ja tukeminen.....	44
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	46
7.1	Tutkimuksen lähtökohdat.....	46
7.2	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.....	46
7.2.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	47
7.2.2	Tutkimukseen osallistujat ja haastattelujen toteutus	48
7.3	Tutkimusaineisto ja –menetelmät	48
7.3.1	Aineiston keruumenetelmä.....	48
7.3.2	Aineiston analyysi	49
8	TUTKIMUSTULOKSET	55
8.1	Tulosten tarkastelua	55
8.1.1	Omalääkärijärjestelmä ja muut resurssit	55
8.1.2	Kehittämisehdotukset	56
8.1.3	Muut haastattelututkimuksessa esille tulleet asiat.....	56
9	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	58
9.1	Tutkimuksen eettisyys	58

9.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	59
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	60
LÄHTEET.....	63

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Työn tilaajan kirje**LIITE 2.** Saattohoidon järjestäminen kunnissa**LIITE 3.** Saatekirje

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö käsittelee saattohoitoa ja kaikkia niitä elementtejä, joita tarvitaan ikäihmisen hyvän saattohoidon toteuttamiseen. Vanhusten määrä lisääntyy ja sen myötä myös saattohoidon tarve lisääntyy koko ajan. Tulevaisuudessa saattohoitoa antavat yhä enenevässä määrin tavalliset hoitoyksiköt, muun muassa pienet yksityiset ja julkiset hoitokodit.

Jokaisella ihmisellä on ihmisarvo ja perusoikeudet ja jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään elämään ja hyvään kuolemaan. Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen perusoikeus.

Työn tilaaja on Pienkoti Liisankoti (Liite 1). Se on tehostettua ympärivuorokautista palveluasumista ja hoivaa tarjoava 13-paikkainen yksityinen pienkoti, jossa kaksi kolmasosaa asukkaista on muistisairaita. Haastattelututkimus on toteutettu Pienkoti Liisankodissa elokuussa 2016, jolloin on haastateltu hoitohenkilökuntaa (n=5) ja pienkodissa asuvien vanhusten lähiomaisia (n=3). Tutkimus on pilotoitu toukuussa 2016 haastattelemalla Pienkoti Liisankodin toimitusjohtajaa. Pilottihaastattelu on analysoitu induktiivisella sisällön analyysillä ja saatuja tuloksia on käytetty hyväksi muotoiltaessa teemoja ja kysymyksiä uudelleen.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada selville, millaiseksi omaiset ja hoitohenkilökunta kokevat ja kuvaavat ikäihmisen hyvän saattohoidon ja onko sellaista saattohoitoa mahdollista toteuttaa ja millä tavalla Pienkoti Liisankodissa tai vastaavissa muissa pienissä hoitoyksiköissä. Tarkoitus on myös herättää keskustelua yhteiskunnallisella tasolla ikääntyneen ihmisen oikeasti hyvästä saattohoidosta, mitä siinä tulee ottaa huomioon ja millaisia resursseja sen toteuttamiseen tarvitaan.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota on nostettu haastattelujen pohjalta tulleista aiheista ja jota voidaan hyödyntää vanhuksen hyvän ja laadukkaan saattohoidon toteuttamisessa ja kehittämisessä Pienkoti Liisankodissa ja vastaavissa pienissä hoitoyksiköissä ja täten pyrkiä parantamaan vanhalle ihmiselle suunnatun saattohoidon edellytyksiä ja laatua ja kehittämään saattohoitoa kaikkia osapuolia tyydyttävään suuntaan.

Tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen, joka sopii parhaiten tällaiseen tutkimusilmiöön ja tutkimustehtävään. Tutkimuksen induktiivinen luonne taas näkyy persoonakohtaisuudessa ja yksilöllisyydessä sekä toisaalta yksilön tuntemusten ja toiveitten kuuntelussa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemukset, tulkinnat, käsitykset sekä näkemysten kuvaaminen. Kvalitatiivinen tutkimus liittyy aina asenteisiin ja uskomuksiin sekä käytännön muutoksiin. Tässä työssä halutaan myös saada saattohoitoon uutta eettistä näkökulmaa ja asennetta sekä uutta heräämistä ja ymmärrystä hyvän saattohoidon kokonaisuuden hahmottamiseen sekä siihen tosiasiaan, että kokonaisvaltainen saattohoito on toteutettavissa tavallisessa arjen hoitotyössä ja toimintaympäristössä, kunhan siihen vain tarpeeksi panostetaan.

Tässä opinnäytetyössä käytetään vanhasta ihmisestä synonyymeja ikääntynyt ja ikäihminen, vanhus ja myös vanhuspotilas johtuen lähdemateriaalin tiedosta ja tavasta kertoa. Työssä korostuu ikääntyneen ihmisen yksilöllisyys ja erityisyys sairauksineen kaikkineen. Muistisairaus erityisine piirteineen painottuu vanhan ihmisen saattohoidossa. Tekstissä näkyy termit muistisairas, dementoitunut potilas ja dementoitunut vanhus.

Opinnäytetyössä tuodaan esiin saattohoitoa koskevia lakeja ja määräyksiä sekä ohjeistuksia, jotka antavat raamit saattohoitoon ja jotka ovat koko saattohoidon perusta valtakunnallisella ja maailmanlaajuisella tasolla. Näiden lakien ja ohjeistuksien mukaan tulisi toimia ja ne tulisi myös olla kaikkien saattohoitotyötä tekevien tiedossa ja hallinnassa.

2 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO

Palliatiivinen hoito on oireita lievittää kokonaisvaltaista hoitoa ja siinä tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, elämän loppuvaiheen hoitoa parantumattomasti sairaille ihmisille ja se ajoittuu elämän viimeisiin viikkoihin tai enintään kuukausiin. Saattohoitojaksoa edeltää palliatiivinen eli oireita lievittävän hoidon jakso, jonka aikana yritetään helpottaa potilaan hankalia oireita sekä autetaan perhettä ja läheisiä valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. (Erjanti, Anttonen, Grönlund & Kiuru 2014.) Hoitajien ja hoitokotien henkilökunnan, jotka tätä työtä tekevät, odotetaan kykenevän kohtaamaan kuolema ammatillisesti osana rutiinihoitoa, kuitenkin samanaikaisesti antaen hoidolle erityistä merkitystä (Payne, Seymor & Ingleton 2008, 455).

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan ihmisen aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa elämän siinä vaiheessa, kun parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole. Parantumattomasti sairas ihminen saattaa tarvita pitkäaikaista, jopa vuosia kestävästä oireita lievittävästä hoitoa. Palliatiivisen hoidon päämääränä ei ole enää elämän pidentäminen, vaan keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievittäminen sekä kuolevan ja hänen läheistensä hyvä elämänlaatu, unohtamatta kuitenkaan sitä, että kuolema on elämään kuuluva normaali tapahtuma. Palliatiivisessa hoidossa tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta. Näkökulma sairaudesta siirtyy ihmisestä huolehtimiseen. Palliatiivisen hoidon toteuttaminen vaatii hyvää ammattitaitoa, vuorovaikutustaitoja sekä lääketieteen ja hoitotieteen osaamista. (Erjanti ym. 2014, 13 - 14.)

Palliatiivinen hoitonäkemyks hyväksyy elämän rajallisuuden. Oikein toteutetun laadukkaan palliatiivisen hoidon avulla autetaan ihmistä elämään niin täysipainoista elämää kuin mahdollista kuolemaan asti sekä tuetaan omaisia hoitoprosessin aikana ja kuoleman jälkeen. Tavallisimpia palliatiivista hoitoa vaativia sairauksia ovat de-

mentia, loppuvaiheen syöpä, keuhkohtaumatauti, MS- ja ALS-taudit, neuromuskulaariset taudit, maksan ja munuaisten sairaudet ja sydämen vajaatoiminta. Jokainen ihminen, jolla on aktiivinen, etenevä ja pitkälle edennyt sairaus, on oikeutettu palliatiiviseen hoitoon. Yksilölliset hoitolinjaukset sisältävä palliatiivinen hoito ja tehtyjen linjausten selkeä dokumentointi suuntaavat hoitoon osallistuvien työtä, vähentävät omaisten ahdistusta ja lisäävät muun muassa muistisairaana ihmisen elämän- ja kuolemanlaatua. (Hänninen & Riikola 2012.)

Saattohoitoa voidaan tarkastella osana palliatiivista hoitoa ja sillä tarkoitetaan niinkään parantumattomaa sairautta sairastavan ja kuolemaa lähestyvän potilaan kokonaisvaltaista, hyvään oirehoitoon ja elämänlaatuun, kärsimyksen lievittämiseen ja läheisten tukemiseen keskittyvää hoitoa, jossa pyritään takaamaan kivuton ja arvokas kuolema. Saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuolemaa ja elinajan ennuste on viikkoja tai enintään vain kuukausia, kun taas palliatiivisen hoidon vaihe voi kestää jopa vuosia ja se voi ajoittua limittäin kuratiivisen eli parantavan hoidon kanssa. (Hävölä 2014, 134.)

2.2 Saattohoito

Saattohoidon tavoitteena on taata mahdollisimman hyvä oirehoito ja elämänlaatu ilman kipuja ja muita haittaavia oireita kuolemaan saakka (Valvira 2008 a.) Vaikka saattohoitovaiheessa ei enää ole parantavia hoitoja, potilasta ei jätetä hoitamatta, vaan hoidossa keskitytään kuolevan kokonaisvaltaiseen aktiiviseen oirehoitoon, hänen ja hänen läheistensä huomiointiin ja lähestyvään kuolemaan valmistautumiseen. Saattohoitovaiheessa on vielä paljon tehtävissä kuolevan olon helpottamiseksi. Saattohoito on aina päätös yhdessä valitusta hoitolinjasta, joka on tehty yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen tai saattohoidon aloittaminen ovat erittäin tärkeitä päätöksiä. (Valvira 2008 a.) Laki velvoittaa kunnioittamaan tässä asiassa potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoidon periaatteista eli hoitolinjauksesta tulisi sopia tarpeeksi ajoissa ja yhteisymmärryksessä hoidettavan ja hänen läheistensä kanssa. Hoidettavan itsensä tulee myös olla tietoinen hoitopäätösten perusteista ja seuraamuksista. Tärkeää on,

että hoitokeskustelujen sisältö ja päätökset kirjataan tarkasti sairaus- ja hoitokertomukseen. (Hänninen & Riikola 2012.)

Ideaalitilanteessa kuoleva henkilö pystyisi kertomaan toiveistaan etukäteen, jolloin hoitava henkilökunta ymmärtäisi ja tiedostaisi toiveet ja siten voisi toteuttaa toiveet mahdollisuuksien mukaan (Payne ym. 2008, 455). Jos potilas ei itse pysty päättämään hoidostaan, hänen lähiomaisten tai muiden läheisten kanssa tai laillisen edustajan kanssa, on keskusteltava, tarvittaessa useita kertoja, saattohoitovaiheeseen siirtymisestä (Valvira 2008 a). Saattohoidon onnistuminen on tärkeää, kuoleman kokemus vaikuttaa surutyöhön (Payne ym. 2008, 457).

2.2.1 Saattohoitopäätös

Päätös saattohoitoon siirtymisestä on lääketieteellinen päätös, joka ohjaa potilaan hoitoon osallistuvia tahoja kohti yhteistä päämäärää: hyvää loppuvaiheen hoitoa. Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri käyttäen diagnoosikoodia Z51.5 Saattohoito. Saattohoitopäätöstä edeltävät aina hoitoneuvottelut potilaan, hänen omaistensa tai läheistensä, hoitavan lääkärin sekä hoitavan tiimin kanssa. Neuvottelussa tuodaan esiin aina saattohoitoon johtanut sairaus, tämänhetkiset ja odotettavissa olevat oireet, käytössä olevat lääkkeet ja niiden sivuvaikutukset sekä tarvittaessa annettavat lääkkeet. Mietitään, millaisesta hoidosta potilas voisi vielä hyötyä ja mitkä tutkimukset ja hoitotoimenpiteet on jo rajattu annettavan hoidon ulkopuolelle eli mikä ei enää hyödytä potilasta. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2015.)

Päätöksessä määritellään hoidon suuntaviivat ja mahdollisuudet sekä potilaan ja hänen omaistensa toiveet hoidon suhteen. Potilasasiakirjoihin kirjataan selkeästi ja yksityiskohtaisesti koko saattohoidon sisältö. Saattohoitopäätöksessä pitää olla päätöksen tekijät, päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan ja / tai omaisen kanssa asiasta käyty keskustelu ja potilaan ja / tai omaisen kannanotto päätökseen. (ETENE 2008.)

Parantumattomasti sairaan hoidossa lievitetään oireita ja kärsimyksiä henkisen tuen ja lääkkeitten avulla. Arviolta kaksi kolmasosaa kuolevista tarvitsee elämänsä 2-3 viimeisen elinkuukauden aikana erikoistunutta oireenmukaista hoitoa ja joka kolmas tarvitsee saattohoitoa viimeisten elinviikkojensa aikana. Kolmannes muistisairaista ikääntyneistä kuolee kuitenkin ilman saattohoitopäätöstä. Ikääntyneiden kuolemiseen ilman saattohoitopäätöstä voi osaltaan vaikuttaa se, että ikääntyneiden osalta voi olla vaikea määrittää hetki, jolloin saattohoitoon pitäisi siirtyä. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 255.)

Kun mietitään saattohoitopäätöksen teon tarpeellisuutta ikääntyneellä muistisairaalla, on tärkeää ymmärtää, että pitkälle edennyt muistisairaus on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoitopäätöksen teon tarpeellisuutta tukevat tutkimustulokset, jotka osoittavat, että saattohoitopäätöksen saaneet saavat parempaa saattohoitoa kuin ne, joilla tilanne kehittyy hiljalleen kuolemaan. Saattohoitopäätöksen teolla on lisäksi suuri merkitys potilaan ja hänen omaistensa surutyön kannalta, sillä tuo päätös mahdollistaa valmistautumisen tulevaan kuolemaan. (Kelo ym. 2015. 256-257.)

2.2.2 DNR-päätös ja muut saattohoitoa koskevat lyhenteet

Saattohoitopäätös pitää sisällään myös DNR-päätöksen, eli päätöksen pidättäytyä elvytyksestä. Tämä päätös voidaan tehdä myös erillisenä päätöksenä. Lyhennettä DNR (do not resuscitate) ei tule käyttää saattohoidon aloittamista ilmaisevana merkintänä. Kirjainyhdistelmää DNT (do not treat) voi käyttää saattohoidon merkitsemisessä, sillä se tarkoittaa, ettei potilaan hoidossa käytetä elämää pitkittäviä hoitoja. Toinen saattohoitopäätöstä kuvaava kirjainlyhennelmä on AND (allow natural death), jolla tarkoitetaan, että potilaalle sallitaan luonnollinen kuolema. DNR on suppea osa laajaa hoitolinjamääritystä. Päätös rajataankin yleensä tarkoittamaan vain paineluelvytyksestä ja sydämen sähköisestä tahdistuksesta luopumista, jos sydämen toiminta pysähtyy. (ETENE 2008.)

2.2.3 Hoitotahto

Ihminen voi halutessaan ilmaista hoitoaan koskevan tahtonsa tulevaisuuden varalta laatimalla hoitotahdon. Hoitotahto on hyvä laatia kirjallisesti, jotta se on tarvittaessa käytössä niillä henkilöillä, jotka osallistuvat hoitoon. Sen olemassaolosta ja sijainnista on hyvä kertoa läheisille. Hoitotahto voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai valmiille lomakepohjalle. Se voi sisältää yksityiskohtaisia ohjeita erilaisten tilanteiden varalle. Näiden ohjeiden avulla on mahdollista saada tietoa siitä, miten ihminen on itse ilmoittanut haluavansa tulla hoidetuksi, mikä taas helpottaa niin omaisten ja läheisten kuin hoitoon osallistuvienkin toimintaa. Hoitoon osallistuvien on mahdollisuuksien mukaan noudatettava tuota hoitotahtoa. Sellaisissa tilanteissa, joissa potilas kykenee ilmaisemaan hoitotahtonsa, mutta ei kykene itse varmentamaan sitä koskevaa merkintää, voi sen allekirjoittaa ja varmentaa kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä, jotka ovat kuulleet tai muuten luotettavasti todenneet potilaan tahdonilmaisun (Valvira 2008 a.)

Hoitotahto vähentää omaisten epätietoisuutta ja ahdistusta hoitoratkaisuissa ja auttaa heitä kunnioittamaan sairaan ihmisen omia toiveita hoitonsa suhteen. Hoitotahto on juridisesti sitova dokumentti ja se voidaan sivuuttaa ainoastaan, jos lääkäriellä on vahvat perusteet olettaa, että tahdonilmaisuu ei ole vakaa tai pätevä. Hoitotahdossa annettava tahdonilmaisuu on yleensä suostumus tulevaisuudessa annettavaan hoitoon tai kieltäytyminen siitä. Perinteisesti tahdonilmaisulla ymmärretään sitä tahdonilmaisua, jossa henkilö antaa määräyksiä lähinnä kuolemaansa edeltävän loppuajan eli saattohoitoajan hoidosta. Henkilö, joka on kelpoinen ilmaisemaan hoitotahdon, on myös kelpoinen peruuttamaan sen suullisesti, kirjallisesti, hävittämään asiakirjan tai antamaan uudensisältöisen tahdonilmaisun hoidostaan. Hoitotahto auttaa lääkäriä tekemään hoidon linjauksia ja hoitopäätöksiä yksilön toiveita kunnioittaen, silloinkin kun ihmisen vointi huononee tai muuttuu äkillisesti tai ihminen ei pysty esimerkiksi vaikeasti muistisairaana ilmaisemaan tahtoaan. Samalla hoitotahto auttaa välttämään ei-toivottuja, oman tahdon vastaisia toimenpiteitä esimerkiksi saattohoitovaiheessa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2015.)

2.2.4 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeudesta säädetään potilaslaissa ja sosiaalihuollon asiakaslaissa. Vanhan ihmisen hoidossa näiden säännösten merkitys korostuu. Potilasta on lain mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä tämän kanssa. Jos potilas kieltäytyy hoidosta, häntä on kuitenkin hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Ellei vanhus pysty päättämään hoidostaan, tarvitaan tärkeään hoitopäätökseen, kuten päätökseen pidättäytyä elämää ylläpitävistä hoidoista, omaisen, muun läheisen tai laillisen edustajan suostumus. Näillä ei kuitenkaan ole oikeutta kieltää terveyttä tai henkeä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa hoitoa. Päätös tarpeellisesta hoidosta tehdään aina lääketieteellisin perustein. Vain potilaalla, joka ymmärtää riittävän hyvin päätöksensä merkityksen, on oikeus kieltäytyä kaikesta hänelle suunnitellusta hoidosta. (ETENE 2008.)

Lääkärin ei kuitenkaan tarvitse antaa hoitoa, joka ei ole potilaan henkilökohtaisen edun mukaista, vaikka suostumuksen antajan asemassa oleva henkilö sitä vaatisi. Lain mukaan potilaan pätevästi ilmaistua hoitotahtoa on aina kunnioitettava, eikä potilasta saa hoitaa vastoin hänen ilmaisemaansa tahtoa. Tavallisesti potilas kieltää hoitotahdossaan elämää ylläpitävät toimenpiteet, kun toiveita toipumisesta ei enää ole. (ETENE 2008.)

Potilaalla on mahdollisuus oikeuttaa läheisensä tekemään hänen puolestaan hoitopäätöksiä, ellei hän itse siihen kykene. Tällainen sijaispäättäjä tulkitsee potilaan tahtoa silloin, kun hän ei sitä enää pysty itse ilmaisemaan. Sijaispäättäjän voi nimetä hoitotahdossa tai edunvalvontavakuutuksessa, joka määrittelee uuden oikeudellisen välineen. Sen avulla yksilö voi etukäteen järjestää asioidensa hoidon sen varalta, että hän tulee myöhemmin sairauden tai jonkin muun syyn vuoksi kykenemättömäksi huolehtimaan asioistaan. Valtuuttaja voi oikeuttaa toisen ihmisen edustamaan itseään muun muassa terveyteensä ja talouteensa liittyvissä asioissa. Jos valtuuttaja ei kykene enää huolehtimaan asioistaan esimerkiksi dementian vuoksi, valtuutettu voi pyytää maistraattia vahvistamaan valtuutuksen. Edunvalvontavaltuus

ei kuitenkaan syrjäytä potilaslaissa säädettyä itsemääräämisoikeutta. (ETENE 2008.)

Vanhus voi suunnitella omaa tulevaisuuttaan itsenäisesti, jos toimintakykyä uhkaavan sairauden, esimerkiksi dementian, diagnoosi tehdään ajoissa. Tällöin hoitotahdon tai edunvalvontavakuutuksen tekeminen on vielä mahdollista. Suositeltavaa olisi, että diagnoosin yhteydessä vanhukselle kerrottaisiin, millä tavoilla hän voi suunnitella omaa tulevaisuuttaan. Näin tuetaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta. (ETENE 2008.)

2.3 Hyvä saattohoito

Kuitusen ja Kämpin kuvaileva kirjallisuuskatsaus-tutkimus vuodelta 2014, ”Hyvä saattohoito”, määrittelee hyvää saattohoitoa seuraavasti: ”Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen perusoikeus ja sen tulisi olla kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla riippumatta asuinpaikasta, kuolemaan johtavan sairauden nimestä tai henkilön varallisuudesta. Potilaat ja omaiset pitävät tärkeänä hoidon ja hoitopaikan yksityisyyttä ja hoidon yksilöllisyyttä. On tärkeää ottaa omaiset osaksi hoitoa ja sen suunnittelua. Hoitopaikan fyysinen ympäristö tulee olla viihtyisä ja hoitajilla tulee olla taitoa kohdata erilaisia ihmisiä. Hoitajien koulutuksesta ja jaksamisesta tulee myös pitää huolta”. (Kuitunen & Kämppe 2014.)

Hyvän saattohoidon perustana on potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Lähtökohtana on aina ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito tulisi aloittaa, kun ihminen on lähellä kuolemaa ja hänellä on havaittavissa lähestyvän kuoleman merkit. Lähestyvän kuoleman merkit ja oireet on hyvä kertoa omaisille. Saattohoitoon ei kuulu koskaan aktiivinen kuolemaan auttaminen. (Valvira 2008 a.)

Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri. Hoitopaikoissa tulee nimetä myös aina ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta vuorokauden eri aikoina. Hoidon jatkuvuus tulee varmistaa ja hoitoa tulee arvioida jatkuvasti. Hoitopäätökset perustuvat lääke-

ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan ja omaisten toiveisiin ja tarpeisiin. Saattohoito on tiimityötä ja se toteutetaan potilaan, omaisten ja moniammatillisen hoitotyöryhmän yhteistyönä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Lääkärit ja sairaanhoitajat ovat saattohoitoon koulutettuja ja heiltä tulee saada eri vuorokauden aikoina konsultaatiota ja muuta tarvittavaa tietoa ja apua. Muu henkilökunta ja mahdolliset vapaaehtoiset työntekijät täydentävät osaltaan saattohoitotyöryhmää. Työryhmälle tulee tarjota saattohoitoon liittyvää jatkuvaa ja säännöllistä täydennyskoulutusta, työnohjausta ja tarvittaessa jälkikäteen keskustelua saattohoitotilanteista ja kuolemasta. Osaamisen alueet hyvässä saattohoidossa ovat kyky arvioida, kyky hoitaa ja kyky soveltaa tietoa riittävällä taidolla systemaattisesti. Saattohoitoa toteuttava hoitoyksikkö sitoutuu potilaan tarpeisiin ja toiveisiin sekä toiminnan hyvään laatuun. Se sitoutuu myös valtakunnallisten ajantasaisien Käypähoitosuosituksen noudattamiseen. (STM 2010.)

2.4 Ikääntyneen ihmisen saattohoito

Vanhalla ihmisellä on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. Vanhuksen hoitotahtoa on aina kunnioitettava. Hoitolinjauksen päätökset tulisi tehdä hyvissä ajoin ikääntyneen ja hänen omaistensa kanssa kunnioittaen vanhuksen omia elämänarvoja ja toiveita. Yksilöllisesti valitun hoitolinjan selkeä dokumentointi helpottaa hoitohenkilökunnan työtä ja vähentää omaisten ahdistusta ja lisää vanhuksen hyvinvointia. Vanhuksen sairastaessa etenevää sairautta, kuten dementiaa, joudutaan pohtimaan, millainen hoito on hänen tahtonsa mukaista hyvää hoitoa ja mitkä toimenpiteet parantavat hänen elämänlaatuaan ja mitkä mahdollisesti voivat lisätä kärsimystä. Kajoavien toimenpiteiden, kuten elvytyksen, hoitotulokset huononevat taudin edetessä ja vaurioiden riski kasvaa. Jos toimenpiteiden haittojen riski kasvaa suuremmaksi kuin hoidosta odotettavissa olevat hyödyt, on siitä perusteltua pidättäytyä. (ETENE 2008.)

On tärkeää keskustella elvytyksestä, tehohoidosta ja muista hoidoista yhdessä vanhuksen, hänen läheistensä sekä koko hoitavan ryhmän kanssa jo ennen kuin vanhuksen vointi heikkenee niin, ettei hän enää kykene ottamaan mitään kantaa hoitoonsa. Hoitolinjapäätökset on täten syytä tehdä harkiten ja kaikessa rauhassa. Hoitolinjauksia on arvioitava uudelleen, jos vointi merkittävästi muuttuu ja uusi arvio on kirjattava tarkasti edellisen päätöksen jatkeeksi. Arviointi on usein prosessi, peräkkäisten ratkaisujen sarja. Potilaalle ja hänen läheisilleen on syytä korostaa, ettei päätös esimerkiksi pidättäytyä elvytyksestä tai tehohoidosta tarkoita hoidon huononemista tai sen lopettamista, vaan hoitamisen tavoitteiden, keinojen ja painopisteen siirtämistä hyvinvoinnista huolehtimiseen. Oireita lievittävää ja hyvää vointia ylläpitävää hoitoa tehostetaan ja jatketaan myös vanhuksilla, mutta turhista kärsimystä lisäävistä hoidoista luovutaan niin, että sairas potilas pystytään hoitamaan hänelle parhaalla tavalla. (ETENE 2008.)

Perusajatuksena saattohoitovaiheessa on välttää kaikkia ylimääräisiä hoitotoimenpiteitä, jotka tuottavat kipua tai epämukavaa oloa. Kaikki tarpeettomat hoidot, tarpeettomat lääkehoidot mukaan lukien, lopetetaan. Elämää ylläpitävistä hoidoista luopuminen tarkoittaa laajempaa hoitojen rajaamista, eli se tarkoittaa kaikista elintoimintoja ylläpitävistä hoidoista, kuten antibioottihoito, nesteytyshoito, suonensisäinen ravitsemus, sydämen tahdistaminen, dialyysihoito tai hengityslaittehoito, luopumista. Jos näistä hoidoista luovutaan, ei silloin tarvita myöskään näiden elintoimintojen seuraamista verikokeilla ja monitoreilla. Tällainen linjaus sopii käytettäväksi silloin, kun kuolema on jo varsin lähellä. Se, mistä luovutaan, on syytä täsmentää, kirjata ja perustella yksityiskohtaisesti potilasasiakirjoihin. ”Sallitaan luonnollinen kuolema”-ilmaisu ilmaisee ehkä muita merkintöjä tarkemmin ja täsmällisemmin sen, mistä vaikeasti dementoituneen ja monisairaana vanhuksen hoidon loppuvaiheessa on kysymys. (Kelo ym. 2015.)

2.5 Muistisairaahan ihmisen saattohoidon erityispiirteitä

Dementiaalla tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aikaisempaan suoritustasoon nähden siten, että se heikentää itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toimissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa. Dementia on siis oireyhtymä, ei erillinen sairaus. Kognition heikentyminen johtuu dementiaassa elimellisestä syystä, joten dementia on aina kliinisen oireyhtymän diagnoosi, jonka lääkäri tekee riittävien tutkimusten perusteella. Dementia voi olla etenevä sairaus, esimerkiksi Alzheimerin tauti tai pysyvä jälkitila, kuten aivovamma. Dementiaan johtavia muistisairauksia kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi. (Joanna Briggs Institute 2011.)

Dementian loppuvaihe voi kestää pitkään, mutta se ei kuitenkaan saisi olla este palliatiiviselle hoidolle, jossa ensisijainen tavoite on potilaan oireettomuus ja jäljellä olevan elämän laatu (Antikainen ym. 2013).

Vaikeasti dementoitunut ihminen on menettänyt kykynsä kuvata oireitaan ja kertoa asioistaan, joten hänen kanssaan ei useinkaan ole mahdollista keskustella, saati laatia hoitosuunnitelmia, ellei aikaisempaa hoitotahtoa ole tehty. Laki potilaan oikeuksista kuitenkin edellyttää, että ennen tärkeää hoitopäätöstä kuullaan laillista edustajaa tai lähiomaista sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi vanhuksen tahtoa. Suunnitelman tulee perustua kuolevan henkilökohtaisten arvojen huomioonottamiseen. (Antikainen ym. 2013.)

Dementia on kuolemaan johtava sairaus, jonka loppuvaihetta kuvaa pitkäaikainen toimintakyvyn heikkeneminen ja runsas hoidon tarve. Infektiot, syömisoongelmat ja muut ongelmat ovat pitkälle edenneen taudin ja lähestyvän kuoleman merkki, ei huonon hoidon merkki. Myös vanhuksen akuutti sekavuusoireyhtymä (delirium) ei saa päivystyksessä sekoittua dementian loppuvaiheeseen. (Antikainen ym. 2013.)

Ympäri vuorokautista hoitoa antava hoivakoti tai terveyskeskuksen osasto, harvemmin varsinainen saattohoitokoti, ovat tavallisimpia dementoituneen vanhuksen loppuvaiheen hoitopaikkoja. Hoito tähtää potilaan ja hänen läheistensä psyykkisten,

fyysisten sekä henkisten kärsimysten ehkäisyyn ja lievitykseen. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Pieni yksikkö, kuten pienkoti tai hoivakoti, sopii hyvin dementiapotilaan hoitoon, kunhan siellä on riittävästi palliatiivisen hoidon asiantuntemusta sekä tarvittavaa välineistöä, keinot ja sovitut hoitolinjat. Dementoituneet vanhukset tarvitsevat pitkäaikaisen hoitosuhteen, jossa lääkäri tuntee sekä potilaan että hänen läheisensä. (Finne-Soveri 2013.)

3 SAATTOHOITOA KOSKEVAT LAIT JA MÄÄRÄYKSET

Saattohoitoa ohjaavat ja säätelevät kansainväliset ja kansalliset lait, sopimukset ja suositukset. Niiden perustana ovat ihmisen perusoikeudet ja itsemääräämisoikeus sekä ihmisarvon kunnioittaminen ja koskemattomuus. Saattohoidon toteutusta suuntaavat kansainväliset ihmisoikeussopimukset, Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (2009). Saattohoidon järjestämistä ohjaavat aina tasavertaisuus ja tarvelähtöisyys. (THL 2017.)

3.1 Ihmisoikeudet ja-asema

Suomen perustuslaissa (1999/731) määritellään perus- ja ihmisoikeudet, jotka koskevat jokaista ihmistä. Laissa sanotaan muun muassa, että jokaisen ihmisarvoa on kunnioitettava, jokaisella on oikeus elämään, koskemattomuuteen, turvallisuuteen, omaan kulttuuriin ja kieleen ja että ketään ei saa syrjiä iän, uskonnon, vakaumuksen tai terveydentilan perusteella. (THL 2017.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1998/785) on laki, joka määrittelee potilaan oikeuksiksi oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun. Potilaalla on oikeus saada tietoa omaan terveyteen liittyen, hoidon merkityksestä ja eri vaihtoehdoista. Jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus lain mukaan hoitoon, jota hänen terveydentilansa vaatii, terveydenhuollon voimavarojen rajoissa. Hoidon ja kohtelun pitää olla hyvää, lisäksi potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Kiireetöntä hoitoa tarvitsevalle ilmoitetaan hoitoon pääsyn ajankohta. Olenainen oikeus tämän lain puitteissa on potilaan itsemääräämisoikeus. Lääkärin ja muitten ammattilaisten tulee hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilas voi esimerkiksi kieltäytyä tietystä hoidosta. Jos potilas on mielenvikainen tai pieni lapsi, hänellä ei ole itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeuden käyttäminen edellyttää, että potilaalle kerrotaan ymmärrettävästi hänen tilastaan. (THL 2017.)

Tässä *Potilaslaissa* säädetään myös potilasasiakirjoista. Ne ovat sähköisiä ja kirjallisia tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveys- ja muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä, sillä niissä on henkilötietoja, jotka ovat arkaluontoisia. Siksi niiden tietoja luovutetaan sivullisille vain potilaan kirjallisella suostumuksella tai joissain poikkeuksellisissa tilanteissa, jotka mainitaan potilaslaissa erikseen. Esimerkiksi kuolleen potilaan jälkeläisille voidaan sanoa, oliko vainajalla jokin periytyvä sairaus. Potilaslaki antaa potilaalle oikeuksia, joista tärkeimmät ovat oikeus hoitoon sekä itsemääräämisoikeus ja tiedonsaantioikeudet. (THL 2017.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) on laki, jonka tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka tämän lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) sekä henkilöä, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö) (7.12.2007/ 1200). (THL 2017.)

3.2 Kansainväliset palliatiivisen hoidon suositukset

EU, eli Euroopan Unioni, on antanut palliatiivisen hoidon suositukset vuonna 2003 ja EAPC, eli Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys, vuonna 2009 ja 2010 laatuksiteerit suomalaiselle saattohoidolle. YK julkaisi vuonna 1975 Kuolevan oikeuksien julistuksen. (THL 2017.)

WHO korostaa vuonna 2002 antamissaan palliatiivisen hoidon suosituksissa kivun ja oireiden mukaista hoitoa, elämää ja kuolemaa luonnollisena prosessina, ihmisen hengellisiä ja psykososiaalisia tarpeita, oireenmukaista hoitoa sekä omaisten ja läheisten tukea. (THL 2017.)

Euroopan neuvoston (2003) ja Euroopan parlamentin (2007) suositusten mukaan jokaisella jäsenvaltiolla pitäisi olla palliatiivisen hoidon suunnitelma, jossa palliatiivinen hoito integroidaan kansalliseen terveyshuoltoon eli sen tulisi olla osa terveydenhuoltojärjestelmää tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi sekä se tulisi järjestää tarvelähtöisesti sosiaali- ja terveydenhuollon perustoimintana, erityistason yksikössä tai erityistason yksikön tukemana ja se tulisi antaa ensisijaisesti kotona. (THL 2017.)

3.3 Terminaalihoidon ohjeista käypähoitosuositukseen

Suomessa elämän loppuvaiheen hoidon ohjauksen perustana pidetään Lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitokselle vuonna 1982 antamia terminaalihoidon ohjeita, jonka yleinen periaate oli, että potilas voi elää saattohoitovaiheen ilman oireita ja kipuja haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. Lääketieteellistä elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaava Käypähoito-suositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta on tehty vuonna 2008. Se on tarkistettu vuonna 2016 ja siinä on ajantasaiset ohjeet muun muassa muistisairaiden hoitoa ja kuolevan potilaan hoitoa koskevista asioista (THL 2017.)

3.4 Muut kansalliset lait ja asetukset

Muita saattohoitoa koskevia kansallisia lakeja ja asetuksia:

- Kansanterveyslaki (66/1972)
- Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)
- Asetus kuolemansyyn selvittämisestä (948/1973)
- Laki edunvalvontavaltuutuksesta(648/2007)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta (27/2004)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/ 2001)
- Sosiaalihuoltolaki (1326/ 2010)

- Terveydenhuoltolaki (1326/2010)
(THL 2017.)

3.5 Eettiset ohjeet

Hoitotyöntekijöitä ohjaavat myös eettiset ohjeet, keskeisimpiä ovat kansainvälisen sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet ja lähihoitajien eettiset ohjeet. Keskeisiä eettisiä periaatteita ovat ihmiselämän suojaaminen ja potilaan hyvän olon edistäminen, potilaan kohtaaminen arvokkaana ihmisenä, hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen ja omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon osallistuminen. Tämän lisäksi hoitajien tulisi luoda arvostava hoitokulttuuri, pitää potilaan tiedot salassa, hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja toimia oikeudenmukaisesti. Lääkärin eettisten ohjeiden mukaan lääkärin tulee myöskin kohdella potilaita tasa-arvoisesti, eikä saa antaa rodun, uskonnon, poliittisten mielipiteiden tai yhteiskunnallisen aseman vaikuttaa toimintaan potilaita kohtaan. (ETENE 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva ETENE (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta) on julkaissut suositukset terveydenhuollon yhteisestä arvoperustasta (2001), saattohoidosta (2003) ja vanhusten hoidosta (2008). Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 antamien saattohoitosuosituksen mukaan :

- sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoidon yhdenvertaisesta organisoinnista ja toteuttamisesta
- jokaisella sairaanhoitopiirillä tulee olla alueellinen saattohoitosuunnitelma
- tavoite on tarjota saattohoitopalvelut asuinpaikasta riippumatta
- tulee turvata omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua hoitoon asiakkaan toiveiden mukaisesti

Palliativisen hoidon erikoislääkärit Eero Vuorinen, Juha Hänninen ja Juho Lehto ovat laatineet Kuntaliiton sivuille ohjeen tämän STM:n suosituksen toteuttamisesta (Liite 2).

4 HOIDON JÄRJESTÄMINEN JA ELÄMÄNLAATU

Riitta Räsänen väitöstudkimus osoittaa, että vanhusten pitkäaikaishoidossa on kiinnitettävä huomiota ikääntyneiden elämänlaadun varmistamiseen. Hyvän elämänlaadun takaavat sujuva arki ja ikääntyneen omista tarpeista kumpuava hoivatyö. Arjen laatuun vaikuttavat erityisesti ihmissuhteet, mahdollisuudet vaikuttaa omaan arkeensa ja avun saatavuus sekä jossain määrin asuinympäristö. Asuinympäristön tulisi olla riittävän kodinomainen ja vastata ikääntyneen tarpeita. Erityisesti hoitajien läsnäolo ja vuorovaikutustaidot sekä hoitajien antaman ajan riittävyys ja laatu vaikuttavat elämänlaatuun. (Räsänen 2011.)

4.1 Hyvä ympärivuorokautinen hoito

Vaikka ihminen tarvitsisi hoitoa ympäri vuorokauden, hänellä on oltava mahdollisuus elää elämäänsä arvokkaasti sekä hänen tulee saada asua turvallisesti ja olla mielekkäässä yhteydessä toisiin ihmisiin. Laadultaan korkeatasoisen ympärivuorokautisen hoidon tavoitteena on ihmisen hyvä elämän- ja myös hyvä kuolemanlaatu. Tämän tavoitteen saavuttamisen perustana taas on asiakkaan terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi, käytösoireitten hallinta ja sairauksien hyvä hoito sekä palliatiivinen ja saattohoito silloin, kun ihmisen elämän pidentäminen ei enää ole päämäärä. Ympärivuorokautisen hoidon tuottamisen tavat sekä henkilöstön määrä ja osaaminen luovat edellytykset hyvälle ja tasokkaalle hoidolle. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Koska kahdella kolmasosalla ympärivuorokautisen hoidon asiakkaasta on muistisairaus ja sairauden asteikin on vähintään keskivaikea, on ympärivuorokautisen hoidon laatu ydinkysymys erityisesti muistisairaille ihmisille. Valtaosa tarvitsee hoitoa muistisairauksien aiheuttamien vajeiden vuoksi. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

4.2 Hyvän hoidon edellytykset

Edellytykset hyvälle ympärivuorokautiselle hoidolle luodaan hoito- ja palvelujärjestelmän linjauksista päätettäessä kuntatasolla – kyse on kuntalaisten elämään vaikuttavista strategisista valinnoista. Kunnat yleensä tuottavat järjestämismääränsä olevat ympärivuorokautisen hoidon palvelut itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa. Kunnat voivat myös hankkia ostopalveluina palvelut yksityisiltä tai julkisilta palveluntuottajilta tai vaihtoehtoisesti antaa palvelun käyttäjälle palvelusetelin, jolla tämä hankkii palvelun yksityisiltä palveluntuottajilta. Tehostetun palveluasumisen osalta kunnat ja kuntayhtymät tuottavat 39 %, järjestöt 38 % ja yksityiset yritykset 23 %. Palvelun hankinta kilpailumenettelyä käyttäen on ympärivuorokautista hoitopalvelua hankittaessa hyvin yleistä. Palvelujen hankintaan on pitkään liittynyt ongelmia ja kritiikkiä on esitetty erityisesti siitä, että asiakkaat ovat joutuneet muuttamaan asumisyksiköstä toiseen, kun palveluasumisyksikkö ei ole voittanut järjestettyä kilpailutusta tai siellä ei ole ollut riittäviä resursseja toteuttaa vaativaa hoitoa. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

4.2.1 Siirtojen minimointi

Monissa kunnissa on ollut käytäntönä, että vanha henkilö joutuu muuttamaan toimintakyvyn heiketessä jopa useita kertoja. Kuoleman lähestyessä siirtotiheys vielä yleensä kiihtyy. Terveyskeskussairaala on yleisin paikka kuolla. Kun ihminen elää viimeisiä vuosiaan, hän tarvitsee tutkimuksia ja hoitoa akuuttien sairauksien toteamiseksi ja hoitamiseksi ja monesti tämä edellyttää hoitajaksoja sairaalassa. Erityisen tärkeää on tänä päivänä kehittää ympärivuorokautista hoitoa tarjoavien yksiköiden palveluvalikoimaa niin, että sinne saadaan tarvittaessa erilaisia terveydenhuollon palveluita ja osaamista ja että siellä täten voi myös kuolla turvallisesti. Tavoiteltavaa onkin, että muistisairas ihminen voisi asua samassa paikassa ja palvelut liikkuisivat. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Siirtymät ovat erityisen haasteellisia muistisairaalle ihmiselle, koska kotiutuminen uuteen ympäristöön ja uusiin ihmisiin on paitsi sopeutumista fyysiseen tilaan ja uusiin ihmisiin, myös vaiheittain etenevä prosessi, jonka pituus on yksilöllinen. Hyvän hoidon turvaamiseksi on olennaisen tärkeää, että palvelujen käyttäjiä ja heidän läheisiään kuullaan kaikissa prosessin vaiheissa eikä palvelujen käyttäjiä siirretä paikasta toiseen. Useat siirrot kuvastavat myös palveluketjujen toimimattomuutta. Joskus asiakas saattaa joutua jonottamaan vapautuvaa paikkaa vanhainkotiin tai esimerkiksi pienkotiin. Joskus asiakas taas voi kuntoutua pitkäaikaishoidossa niin, että tarvittava hoito ja huolenpito voidaan turvata hänelle hänen omassa kodissaan. Hoito- ja palveluketjujen toimivuus on ympärivuorokautisen hoidon kehittämisessä erityisen tärkeä huomioonotettava laatutekijä. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

4.2.2 Vuorovaikutus on hyvän auttamistyön perusta

Hoitotyössä on tärkeää tulla toimeen kaikkien ihmisten kanssa, myös sellaisten, joilla on erilaiset arvot ja maailmankuva kuin itsellä. Potilasta tulee pitää ainutlaatuisena yksilönä, mutta myös kulttuurisen ja uskonnollisen ryhmänsä edustajana. Potilasohjauksen lähtökohtana pidetään potilaan arvoja, asenteita ja normeja yleisesti sovittujen sääntöjen rajoissa. Ilmeisiin, eleisiin, asentoon ja etäisyyteen sekä katsekontaktiin tulee kiinnittää huomiota, koska ne paljastavat enemmän kuin sanat. Vuorovaikutuksen perustaidot opitaan jo lapsuudessa, mutta oppiminen ja jaloistuminen kestävät läpi elämän. Potilaan kokema tuki ja sosiaaliset suhteet vaikuttavat myönteisesti ja ehkäisevät yksinäisyyden ja eristäytymisen kokemuksia. Vuorovaikutus toisen ihmisen kanssa on aina eettinen ja ainutlaatuinen tapahtuma. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 28.)

Hoitosuhde on vuorovaikutussuhde, jossa tekemisellä, olemisella ja sanomisella on suuri vaikutus toiseen ihmiseen. Potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde on erityinen tapa havaita ja tulla tiedostetuksi ihmisenä. Hoitosuhde on aina ammatillinen ja se päättyy, kun potilaan hoidon tarve lakkaa. Hoitosuhde on aina myös huolenpitosuhde, koska siinä toinen toimii pitkälti toisen puolesta. Hyvään hoitosuhteeseen

seen liittyviä käsitteitä ovat luottamus, vastuu, rohkeus, aitous, myötätunto ja empatia. Hoitajan toiminta täyttää ammatillisen toiminnan vaatimukset, kun se perustuu tieteellisiin tosiasioihin ja on eettisten periaatteiden mukaista toimintaa. Hyvällä hoitajalla on ammattitaitoa luoda inhimillinen yhteys muistihäiriöiseen ja tajuttomaankin potilaaseen. Yhteyden ilmenemismuotoja ovat kosketus, ilmeet, eleet, ääni, sanat ja puhe. Näistä välittyy potilaalle huolehtiminen ja välittäminen, jotka vaikuttavat oleellisesti hänen oloonsa.

Pysähtyminen potilaan äärelle, kuunteleminen ja rauhallinen keskusteleminen ilman kiirettä ovat eettisen hoitamisen keskeisiä taitoja. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 28-29.)

Tunteet ovat hyvin tärkeitä viestinnässä. Jos ihmiset eivät ymmärrä toistensa tunteita, viestikin menee huonommin perille. Parhaimmillaan kahden ihmisten välinen kohtaaminen perustuu tasavertaiseen ja aitoon yhteistyösuhteeseen, jossa molemmilla osapuolilla on itsemääräämisoikeus ja keskinäinen kunnioitus. Toisen ihmisen tunteiden kuuntelu ja ymmärtäminen voi olla vaikeaa, ja omienkin tunteiden ilmaiseminen voi olla yhtä vaikeaa. Tunteiden kuuntelu on kuitenkin tärkeää hoitotyöntekijälle ja kuuntelulla tarkoitetaan sitä, että toista ihmistä yritetään tosissaan ymmärtää. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 28.)

4.2.3 Hoitohenkilökunnan määrä ja osaaminen

Käypähoitosuosituksen mukaan henkilökunnan riittävä määrä ja osaaminen ovat hyvän hoidon turvaajat. Henkilökunnan määrää ei tällä hetkellä säädellä lainsäädännössä. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa on kuitenkin asetettu tavoite-
tasot ns. vähimmäis- ja hyvälle mitoitukselle. Ympäri vuorokautisessa hoidossa henkilöstön vähimmäismitoituksen tavoite on asetettu tasolle 0.5 – 0.6 työntekijää asiakasta kohden. Korkeampaa vaihtoehtoa (0.6) vähimmäismitoitukseksi suositellaan käytettäväksi silloin, kun asiakkailta on vaikeita käytösoireita tai somaattisia oireita tai kun hoitoympäristön koko tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Mikäli lääketieteellisesti vaativaa hoitoa vaativia asiakkaita on pitkäaikaishoidossa, vähimmäismitoitukseksi on suositeltu 0.6 – 0.7 hoitotyönteki-

jää asiakasta kohden. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira valvoo suosituksessa annettujen tavoitteiden toteutumista. Tuoreen selvityksen mukaan 11 % (n=145) sosiaalihuollon ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä (n=1237) jää alle vähimmäismitoituksen. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Hoitavan henkilökunnan osaaminen ja arvot määrittävät muistisairaana ihmisen elämän- ja kuolemanlaadun puitteet. Johtajien tehtävänä on turvata asiakaskunnan hoitoisuutta vastaavat henkilöstövoimavarat, mutta varautua myös sellaisiin tilanteisiin, joissa yksittäinen henkilö tarvitsee hyvinkin runsaasti hoitoa ja tukea. Tällainen tilanne on esimerkiksi akuutti sairaus tai saattohoito. Hyvän hoidon turvaaminen edellyttää riittävän määrän osaavaa henkilökuntaa työvuoroihin. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Tarkka etiologinen diagnoosi on aina hyvän hoidon edellytys ympärivuorokautisessa hoidossa. Lääkärityövoiman, erityisesti geriatriksen osaamisen, saatavuus tulee turvata. Ympärivuorokautisessa hoidossa hyvä käytäntö on se, että lääkäri käy yksikössä sovituin väliajoin. Tällöin asiakkaan terveydentila ja hoidon tarve voidaan arvioida ja toteuttaa aina tarkoituksenmukainen hoito, mukaan lukien lääkehoidon säännöllinen arvioiminen. Ympärivuorokautisessa hoidossa lääkärin työssä korostuu muistisairaana ihmisen kokonaisvaltaisen hoidon osaaminen, johon kuuluu muun muassa käytösoireiden hoito sekä palliativisen ja saattohoidon osaaminen. Kun lääkäri käy hoitoyksikössä, säästytään vanhaa ja sairasta ihmistä rasittavilta lääkärikäynneiltä hoitoyksikön ulkopuolella. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

4.2.4 Moniammatillinen yhteistyö

Kasvaviin haasteisiin vastaaminen terveydenhuollossa vaatii organisaatioilta panostusta yhteistyön lisäämiseksi ja kehittämiseksi. Eri ammattikuntiin kuuluvien ammattilaisten uskotaan takaavan paremman hoidon laadun. Moniammatillisen päätöksenteon sanotaan olevan osa asiakaskeskeisyyttä. Kukaan ei pysty hallitsemaan yksin kokonaisuutta, niinpä moniammatillinen toiminta on tähän ratkaisu-

keino. Siinä eri toimijoiden tietotaito kerätään yhteen, muodostetaan yhteiset tavoitteet ja toimitaan yhteistyössä potilaan parhaaksi. (Markkola 2013.) Keskeiseksi nousee se asia, kuinka voidaan prosessoida ja koota yhteen eri ammattiryhmien osaaminen ja tieto, mikä on välttämätöntä mahdollisimman kokonaisvaltaisen käsityksen saamiseksi ikääntyneestä asiakkaasta (Kelo ym. 2015, 242).

4.3 Omaiset mukana saattohoidossa

Tukena oleva läheisverkosto vaikuttaa vanhuksen selviytymiseen usein enemmän kuin hänen sairautensa. Dementoituvan ja raihnaistuvan omaisen hoitaminen kotona on usein erittäin raskasta ja omainen voi joutua sellaiseen hoitovastuuseen, jossa omat voimat eivät riitä. Silloin paras vaihtoehto kaikkien kannalta on ympärivuorokautinen hoitoyksikkö kodin ulkopuolella. Hoitoyksikön henkilökunnan tulee varmistaa, että he pyrkivät aikaansaamaan ja säilyttämään asiallisen ja tehokkaan keskusteluyhteyden omaisten kanssa asukkaan terveydentilaa koskien. Henkilökunnan ja omaisten välinen vuorovaikutus ja suhde ovat hyvin tärkeitä ja ne helpottavat omaisten osallistumista hoitoon liittyvään päätöksentekoon sekä muistisairaahan henkilön hoitotuloksiin. (JBI-suositus 2014.)

4.3.1 Omaiset voimavarana

Omaiset ovat hyvinvoinnin merkittävä voimavara silloin, kun vanhusta hoidetaan kodin ulkopuolella ympärivuorokautisessa hoidossa. Heidän osallistumisestaan läheisensä hoitoon on syytä tukea. (ETENE raportti, 2008.) Kaukana asuvat lähiomaiset ovat usein huolissaan hoidosta ja välimatka voi haitata henkilökunnan ja omaisten yhteydenpitoa. Luottamuksen ja yhteisen hoitolinjan löytämiseksi on pyrittävä avoimeen keskusteluun, jossa omaisten huolia ja toiveita kuunnellaan ja arvostetaan. Erityisen tärkeää yhteydenpito on silloin, kun vanhus ei enää pysty itse osal-

listumaan itseään koskeviin hoitolinjauksiin. Päätösten teossa omaisten ja henkilökunnan välinen suhde auttaa henkilökuntaa ymmärtämään muistisairautta sairastavan henkilöhistoriaa, mikä on avainasemassa muistisairaahan henkilön autonomiaa kunnioittavassa päätöksenteossa. (JBI-suositus 2014.)

4.3.2 Omaisten oikeudet ja velvollisuudet

Täysi-ikäisellä potilaalla on yleensä oikeus itse osallistua hoitoaan koskevien päätösten tekemiseen ja potilas päättää itse, kenelle hänen terveydentilaansa ja hoitoaan koskevia tietoja voi antaa. Jos potilas ei pysty dementian, mielenterveyden häiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi päättämään hoidostaan, tärkeän hoitotoimenpiteen suorittamiselle on saatava hänen laillisen edustajansa, lähiomaisen tai muun läheisen henkilön suostumus. Tavoite on, että omaisten mielipiteen avulla saadaan selville, mitä potilas itse toivoisi hoidoltaan. Jos omaiset kieltävät hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla yhteisymmärryksessä suostumisesta kieltäytyvän henkilön kanssa. Jos potilaan laillisen edustajan, lähiomaisen tai läheisen henkilön mielipidettä ei saada selville, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. Näin on tehtävä myös, jos suostumusta antavien henkilöiden näkemykset eroavat toisistaan. Henkilöltä, jolta pyydetään suostumusta hoitoon, on oikeus saada suostumuksen antamista varten tarvittavat tiedot potilaan terveydentilasta. Jos potilas on aikaisemmin ilmaissut hoitotahtonsa ja se on luotettavasti tiedossa, sitä on noudatettava eivätkä omaiset voi sitä muuttaa. (Valvira 2008 b.)

Joanna Briggs Instituutin tekemä tutkimus osoittaa, että läheiset ovat tyytyväisiä elämän loppuvaiheen hoitoon, jos potilas on saatu oireettomaksi ja kun heillä on ollut riittävästi aikaa keskustella hoitolinjauksista henkilökunnan kanssa. Hoidon suunnittelu sekä omaisten tukeminen ja valmistaminen kuolemaan on tärkeää hyvän hoidon kannalta. (JBI-suositus 2014.)

5 VAIKEASTI DEMENTOITUNEEN VANHUKSEN SAATTOHOITO

Muistisairaista 15 %:lla sairaus etenee vaikeaan dementiaan loppuvaiheessa. Dementia on sairaus, joka johtaa kuolemaan ja jonka loppuvaiheen kestoa ja kuoleman ajankohtaa on vaikea ennustaa. Hoitavan lääkärin tulee tuntea sairauden kulku ja keinot hyvän oireenmukaisen hoidon turvaamiseksi ja lääkärin on myös keskusteltava ajoissa loppuvaiheen hoidoista potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairauden loppuvaiheissa kommunikointi hiipuu ja lopulta vanhus yleensä lakkaa nielemästä. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheisiin liittyy monia haasteellisia vaivoja ja oireita. Dementian loppuvaihe voi kestää pitkään. Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille loppuun saakka. (Antikainen, Konttila, Virolainen, Strandberg 2013.)

5.1 Kipu ja kivun arviointi

Dementian loppuvaiheissa 21 - 83 % vanhuksista kärsii jossain vaiheessa kivuista, jotka voivat vielä yleistyä, kun kuolema lähestyy. Dementoituneen kivun tunnistaminen voi olla vaikeaa. Kivun hoito voi myös olla puutteellista siinäkin tapauksessa, että kipu on tunnistettu. (Antikainen ym. 2013.)

Kipu on yleinen oire kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kivun säännöllinen kirjaiminen ja arviointi on hyvän hoidon perusedellytys. Kivusta tulee kirjata sen voimakkuus, haittaavuus, laatu ja mekanismi sekä sijainti, esiintymisaika, läpilyöntikivun esiintyminen, käytössä olevat lääkkeet ja niiden teho sekä haittavaikutukset. Hyvä tapa arvioida peruslääkkeen riittävyttä on seurata kivun voimakkuutta ja lääkkeen kulutusta vuorokausittain. (ETENE 2008.)

Saattohoidossa olevien potilaiden kipu on yleensä kroonista kipua ja ajan mittaan pahenevaa, mutta heillä saattaa esiintyä myös akuuttia kipua. Kukaan ulkopuolinen ei osaa tietää kivun tuntemuksia, joten toisen kertomaa kipua ei saa missään tilanteessa aliarvioida. Hyvän kivunhoidon edellytys on aina riittävä kivun arviointi.

Saattohoidossa tämä kivun arviointi muuttuu haasteelliseksi silloin, kun kuolevan puhekyky ja kyky ilmaista kipua on hävinnyt. Silloin kivun arvioinnissa tärkeää on sanaton viestintä ja kivun arviointi potilaan eleistä, ilmeistä ja kehon kielestä. Kivun arviointiin voi käyttää myös sellaisia kipumittareita, jotka eivät edellytä potilaalta kommunikointikykyä, vaan perustuvat omaisen ja hoitajan havainnointiin kivun ilmenemisestä. (Kelo ym. 2015, 266 - 267.)

Kivun ilmeneminen käyttäytymisessä näkyy kasvojen ilmeissä ja eleissä otsan kurtistamisena, irvistämisenä, pelokkaana ilmeenä tai silmien pitämisenä tiukasti kiinni. Kehon liikkeissä kipu voi näkyä levottomuutena, aggressiivisuutena, hoitojen vastustamisena ja jännittyneenä asentona. Lisäksi kivulias potilas voi suojata kipukohtaa tai kosketus voi tuntua herkästi. Potilas voi kirskutella hampaitaan, olla kylmänhikinen tai hän voi äännähdellä, voihkia tai vaikertaa, huutaa tai itkeä. Verenpaineen nousu voi myös kertoa kivusta, samoin sykkeen tiheneminen tai hengityksen pidättäminen. (Kelo ym. 2015, 267.)

5.2 Lääkehoito

Kuolevan ikääntyneen kivun hoidossa tärkeintä on riittävä kivunhoito lääkkeillä eikä esimerkiksi maksan tai munuaisen toiminnan turvaaminen. Ikääntyneen kivun hoidossa on erityisesti kiinnitettävä huomiota lääkkeen annoskokoon. Esimerkiksi opioidien aloitusannos on yleensä 30-50 % pienempi kuin muilla, mutta sitä suunnetaan hitaasti aina tarpeen mukaisesti. Opioidiannos on aina titrattava potilas-kohtaisesti. Eri opioidien paremmuudesta ei ole näyttöä pitkäaikaisen kivun hoidossa. Opioidien yhdistäminen saattaa toisinaan olla hyödyllistä. Laastarilla annosteltava fentanyyli sopii stabiiliin kipuun. Lämpilyöntikivun hoidossa taas tulee käyttää lyhytvaikutteista opioidia. (Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja palliativisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2012.)

Lääkehoidossa tulee ottaa huomioon ikääntymiseen liittyvät lääkkeiden metabolia-muutokset ja monilääkitykseen liittyvät yhteisvaikutukset. (Ikääntynyt ihminen ja

hoitotyö.) Hauraat vanhuspotilaat tarvitsevat tiivistä oirevaste- ja lääkeseurantaa. Useat iäkkäät dementiapotilaat ovat monisairaita, eli heidän oirekirjonsa on laaja. Käypähoitosuosituksessa 2014 sanotaan, että lääkkeiden yhteisvaikutukset ovat mahdollisia myös saattohoidossa olevilla potilailla. Haittavaikutukset vain lisäävät potilaan oiretaakkaa ja saattavat olla vaarallisia.

(Suomalainen lääkäriseura Duodecimin ja Palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2014.)

5.3 Yleistilaan vaikuttavat tekijät

Suomen lääkärilehdessä kerrotaan, että syömisongelmaisista potilaista suurin osa sairastaa dementiaa. Syömisongelmia ovat potilaan vastustelu tai välinpitämättömyys syötettäessä, vaikeus pureskella tai niellä ruokaa, ruokahaluttomuus sekä aspirointi. Seurauksena voi olla elimistön kuivuminen ja painonlasku. Syömisongelman ilmaantuessa tulee sulkea pois lääkityksen tai muiden sairauksien aiheuttamat haitat. On myös syytä tarkistaa ruuan laatu ja ruokailutilanne, ruokailukerrat, ruokailuasento ja syöttämistekniikka. (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013.)

Ikääntyneen ihmisen ruuan sekaan ei saisi jauhaa lääkkeitä, vaan lääkkeet tulisi antaa esimerkiksi hyvänmakuisen nesteen kera, jos se vain on mahdollista. Diureetit, antipsykootit, mielialalääkkeet ja virtsankarkailun estolääkkeet kuivattavat usein suuta, jolloin voidaan käyttää suun kostutustippoja. Masennus- ja osa Alzheimerin taudin lääkkeitä aiheuttavat lisäksi vatsavaivoja ja pahoinvointia. (Kelo ym. 2015, 38.)

Suun kautta tapahtuvan ruuan ja nesteiden saanti voidaan osittain korvata nenä-mahaletkun tai ihon läpi endoskooppisesti tehdyn gastrostooman (PEG) avulla. Letkuruokintaa saaneiden elinaika ei kuitenkaan yleensä pidenny, aspiraatoriski ei vähenny, eivätkä ravitsemustila tai elämänlaatu korjaannu suun kautta ravintoa saaneisiin potilaisiin verrattuna. Näyttö letkuruokinnan hyödyistä on tutkimuksissa todettu olemattomaksi ja letkuruokinta saattaa ennemminkin lisätä kärsimyksiä.

Omaiset voivat joskus nähdä letkuruokinnan vaihtoehdoksi potilaan nälkiintymiselle ja kuivumiselle, mitä se ei kuitenkaan ole. (Antikainen ym. 2013.)

5.3.1 Kuivuminen ja nestehoito

Terminaalisesti sairaan potilaan kuivuminen eli dehydraatio voi johtua kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä interstitiaalitilaan, jolloin nesteytys ei paranna potilaan yleistilaa. Nesteytyksen hyötynä voi olla sekavuuden väheneminen, mutta ei nestetasapainon saavuttaminen. Nesteytyksen ei ole havaittu lievittävän kuitenkaan elämän loppuvaiheen deliriumia. (Strandberg 2013.)

Potilaan janon tunteen ja dehydraatiota kuvaavien laboratoriolöydösten kesken on havaittu vain hyvin heikko yhteys. Täten parenteraalinen nestehoito ei lievittäne kuolevan potilaan janontunnetta, vaan janontunnetta voidaan lievittää parhaiten kostuttamalla suuta. Limakalvojen kosteudessa on havaittu eroa nesteytettyjen hyväksi, mutta lisääntynyt nesteretentio on koettu saavutettua hyötyä suuremmaksi haitaksi. Vaikean vaiheen dementiaa sairastavien ravitsemus- ja nesteytyshoito eivät parantane elämänlaatua eivätkä lisää elinaikaa. (Strandberg 2013.)

5.3.2 Masennus sekavuus vai väsymysoireyhtymä?

Käypähoitosuosituksen mukaan masennus- ja sekavuustilan diagnosoiminen voi olla haasteellista ikääntyneen saattohoitopotilaan kohdalla. Kun on kysymys vanhasta sairaasta ihmisestä, myös väsymysoireyhtymä on tavallista. (Hänninen & Riihola 2012.)

5.3.3 Masennus

Masennusdiagnoosin teko somaattisten oireiden perusteella saattohoitopotilaalle on vaikeaa. Saattohoitopotilaan psyykkisen tilan arvioinnissa lähtökohtana on potilaan, omaisten ja hoitoryhmän jäsenten tietoisuus siitä, että potilas on lähellä kuolemaa. Elettyä elämää arvostava muistelu ja surutyö ovat asioita, jotka suojaavat psyykkisiltä häiriöiltä ja auttavat potilasta suhtautumaan hyväksyvämmiin ja tyyntemmiin lähestyvään kuolemaan. Jos potilas ei pysty sisäistämään psyykkisellä tasolla lähestyvään kuolemaan liittyvää luopumista, hän saattaa ajautua paniikkiin ja vaipua masennukseen, omaan maailmaansa. (Hänninen & Riikola 2012.)

Tietoisuus ja lähestyvän kuoleman aavistaminen voi herättää pelkoa ja ahdistusta, joista aiheutuvaa kärsimystä voidaan hoitaa ja lievittää hyvällä hoivalla, lähellä ololla, keskustelulla ja lääkkeillä. On hyvä kuitenkin aina muistaa, että potilaalla on oikeus surra omalla tavallaan. Surua saattaa kuitenkin olla vaikeaa erottaa varsinaisesta masennuksesta. Potilaalle on hyvä tarjota ammattihenkilön antamaa psykososiaalista tukea sekä hengellistä ja henkistä tukea. Myös tukihenkilöistä ja vertais-tuesta voi olla apua. Jonkinasteinen ahdistus on lähes aina luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan tai osoitus alihoidetusta muusta oireesta, kuten kivusta. Oireen taustalla voi olla myös alkava delirium. (Hänninen & Riikola 2012.)

5.3.4 Delirium

Delirium on akuutti sekavuustila, jonka taustalla on orgaaninen häiriö aivotoiminnassa ja sitä luonnehtivat samanaikainen tietoisuuden heikkeneminen, tarkkaavuushäiriö, ajattelun ja muistin häiriöt, psykomotoriset ja tunneperäiset muutokset sekä uni-valverytmin muutokset. Deliriumissa voi esiintyä hyper- tai hypoaktiivinen muoto. Hypoaktiivisessa muodossa potilaan sisäinen hajaannus on yhtä suurta kuin hyperaktiivisessa muodossa, mutta ulkoiset deliriumin merkit puuttuvat. Deliriumia voidaan lievittää lääkehoidolla, mutta syynä deliriumiin voivat olla myös

lääkkeet, kuten opioidit tai steroidit. Muita syitä voivat olla infektiot, hypoksia, hyperkalsemia, elektrolyyttihäiriöt tai uremia. Delirium-potilaalle tulee aina järjestää turvallinen, rauhallinen ja valvottu ympäristö, ja turvallisuuden tunteen vahvistaminen läsnäololla on ensisijainen lääkkeetön hoitomuoto deliriumissa. (Hänninen & Riikola 2012.)

5.3.5 Väsymysoireyhtymä

Väsymysoireyhtymä eli fatigue tarkoittaa tilaa, johon liittyvät suorituskyvyn heikkeneminen, heikkous, energian vähyys, totaalinen väsyneisyys ja uneliaisuus, kylälästyneisyys ja apatia. Väsymysoireyhtymä eroaa muusta väsymyksestä siinä, että se ei lieviyvä levolla. Edennyttä dementiaa ja syöpää sairastavista 60-90 % kärsii lopun ajan väsymysoireyhtymästä. Anemia ja infektiot on erotettava varsinaisesta väsymysoireyhtymästä. (Hänninen 2012.)

Masennuslääkkeillä ei väsymysoireyhtymää hoideta, mutta vakava masennustila on usein oheissairautena joka kolmanneksella pitkäaikaista väsymysoireyhtymää sairastavalla. Kroonisella väsymysoireyhtymällä tarkoitetaan jatkuvaa väsymystä, joka on kestänyt yli puoli vuotta. Lisäksi potilaalla ilmenee seuraavanlaisia oireita: säänsärky, heikko muisti ja keskittyminen, virkistämätön ja katkonainen uni, kipuja useissa nivelissä ja lihaksissa, kurkkukipu sekä aristavat kaula- ja kainaloimusolmukkeet. Potilaalla on usein myös vatsavaivoja, jäykkyyttä, virtsaamisvaikeuksia sekä silmien ja suun kuivuutta. (Partonen 2014.)

5.3.6 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan sitä, että kuolevaa potilasta rauhoitetaan ja hänen kipujaan hoidetaan lääkkein siten, että hänen tajuntaansa heikennetään oireiden lieventämiseksi tavalla, jonka potilas ja hänen omaisensa sekä hoitohenkilöstö hyväksyvät. Palliatiivinen sedaatio lievittää elämän loppuvaiheen oireita, joita ei muuten kyetä muilla keinoin hallitsemaan. Sedaatiota tulee harkita tilanteessa, jossa

sietämättömiin ja hallitsemattomiin oireisiin ei ole muita lievityskeinoja. Kuolevan potilaan sedaatiota käytetään sietämättömän kivun, hengenahdistuksen, deliriumin, agitaation ja ahdistuneisuuden hoitoon. Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole kuoleman edistäminen, vaan loppuvaiheen hallitsemattomien oireiden lievittäminen, viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Euroopan Palliatiivisen lääketieteen yhdistys on antanut vuonna 2009 suosituksensa sedaation toteuttamisesta. (Riikola 2012.)

Kuolevia potilaita hoitavien lääkäreiden tulisi perehtyä sedaation kliiniseen käyttöön sekä tuntea tekevänsä eettisesti oikein käyttäessään sedatointia potilaan sietämättömän kärsimyksen lievitykseen. Potilaan kärsimyksen hoitaminen vaivuttamalla hänet uneen on kuitenkin aina harvinainen poikkeustapaus ja sitä tulee käyttää vain silloin, kun mikään muu ei enää auta ja kärsimykset ovat sietämättömät ja hallitsemattomat. (Hänninen & Riikola 2012.)

6 KUOLEMA

Jokaisen ihmisen kuolinprosessi on yksilöllinen ja ainutlaatuinen. Suurimmalle osalle potilaista tapahtuu kuitenkin tiettyjä fyysisiä muutoksia, jotka ovat yleensä merkkejä pian tapahtuvasta kuolemasta. Kuolemaa ennustavia tekijöitä voivat olla toimintakyvyn asteittainen huononeminen ja fyysisten oireiden lisääntyminen. (Pelkonen 2016.)

6.1 Mitä kuolemassa tapahtuu?

Ruokahaluttomuus lisääntyy, kun ihminen lähestyy kuolemaa, sillä hänen kehonsa ei enää tarvitse eikä kaipaa ruokaa ja juomaa samalla tavalla kuin ennen. Kehon aineenvaihdunta hidastuu säästöliekille eikä se enää pysty käyttämään ruokaa ja juomaa energiaksi. Sanotaan, että kuoleva ihminen ei kuole, koska hän ei syö, vaan hän ei syö, koska hän on kuolemassa. (Pelkonen 2016.)

Kuoleva ihminen on väsynyt, nukkuu paljon yhä enenevässä määrin ja hereillä ollessaankin hän on väsynyt eikä jaksa kiinnostua ympärillään olevasta maailmasta. Tämä on normaalia ja kuuluu luonnollisesti osana lähestyvään kuolemaan. (Pelkonen 2016.)

Ennen kuolemaa ihmisellä voi esiintyä kuumeilua, joka johtuu aivojen lämmönsäätelyn häiriintymisestä eikä antibiooteista ole enää apua sen hoidossa. Kuumetta voidaan vielä kuitenkin hoitaa oireenmukaisesti kuumetta alentavilla lääkkeillä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2015.)

6.2 Kuoleman merkit

Loppuvaiheessa ihmisen ruumiinlämpö alkaa laskea. Hengitys pinnallistuu. Iho kalpenee. Huulet kuivuvat. Silmien katse on kaukainen, eikä ihmiseen saa enää katsekontaktia, pupillat laajentuvat. Tajunnan taso alkaa muuttua. Voi tulla vielä euforinen vaihe, eli potilas näyttää siltä kuin olisi terve ja parantunut kokonaan.

Kaikki refleksit sammuvat vähitellen. Veri alkaa hyytyä ja laskea kehon alimpiin osiin – sinipunaisia lautumia alkaa esiintyä, varsinkin jaloissa. Kuolemista on kaikki kuolemaa edeltävä aika. Kun elintoiminnot ovat loppuneet, lääkäri vahvistaa kuoleman, kirjoittaa kuolintodistuksen tai määrää obduktion eli ruumiinavauksen, ellei kuolinsyy ole selvä. (Pelkonen 2016.)

6.3 Vanhuuskuolema

Vanhuuskuolema on ensisijaisesti biologinen käsite, ja se on erotettava käsitteellisesti vanhuksen kuolemasta. Kun elimistössä tapahtuva rappeutuminen etenee tarpeeksi pitkälle, yksilö kuolee. Termi hauraus-raihnausoireyhtymä kuvaa tällaista vanhuksen kuolemaa edeltävää tilannetta. Vanhuus ei siis ole sairaus, mutta kuolema on aina väistämätön. Kaikilla ihmisillä on niille ominainen elämänkaari: syntymä, kehitys, lisääntyminen, rappeutuminen ja kuolema. Ikääntyvän ihmisen kudokset ovat alttiimpia monille vanhuuteen liittyville kroonisille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonisairauksille, aivohalvauksille, syövälle ja dementialle. (Konsensuslausuma 2014.)

Hyvin vanhan, 90. ikävuoden jälkeen, kuolema on usein seurausta monen elinjärjestelmän vähittäisestä ja samanaikaisesta pettämisestä ennemmin kuin yhdestä nimellisestä taudista. Silloin elämänlangan katkaisee tavallisimmin keuhkokuume tai sydänlihaksen verenkierron vajavuudesta seuraava rytmihäiriö. (Konsensuslausuma 2014.)

Kuolema vanhuksella voi tapahtua näennäisen äkillisesti yllättäen, esimerkiksi aivoverenvuodon tai sydäninfarktin seurauksena, mutta kuitenkin tuolloinkin kuoleman taustalla voi olla pitkälle kehittynyt kudosten rappeutumisprosessi. Vaikka vanhuuskuoleman kohtaava ihminen on määritelmällisesti aina vanhus, vanhus ei aina välttämättä kohtaa vanhuuskuolemaa, vaan hän voi kuolla johonkin määriteltyyn sairauteen tai tapaturmaan. (Konsensuslausuma 2014.)

6.4 Kuoleman läpikäynti

Vanhan ihmisen kuolema voi nostattaa omaisissa monenlaisia reaktioita ja tunteita. On tärkeää antaa läheisille tukea ja tietoa. Kuolema on lopullinen ja kertakaikkinen. Ihminen on olemassa suhteessa toisiin ihmisiin. Elämä koskettaa ja niin tekee kuolemakin. Suru on aina väistämätön seuraus läheisen ihmisen kuolemaan. (Konsensuslausuma 2014.)

6.4.1 Surun monet kasvot

Helsingin yliopiston psykiatrian laitoksen emeritusprofessorin Jouko Lönnqvistin mukaan suru on kokonaisvaltainen reaktio menetykselle. Suru saatetaan joskus sekoittaa masennukseen. Surua pitäisi käsitellä ja hoitaa juuri suruna. Ihmisen pitää saada surra normaalisti. Vaikka suru itsessään ei ole sairaus, se voi johtaa sairastumiseen. Surun ilmaiseminen ja sosiaalisen tuen saaminen auttavat psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Myönteinen ajattelu surussakin kannattaa, sillä se ehkäisee sairastumista. Surun etenemisessä voidaan tunnistaa neljä vaihetta, jotka jokainen käy läpi henkilökohtaisesti ja yksilöllisesti omaan tahtiinsa. (Selin 2014.)

Aluksi ei uskota menetystä todeksi ja tällöin ollaan sokkivaiheessa, jolloin olo tuntuu hajanaiselta ja epätodelliselta. Reaktiovaiheessa ihminen ymmärtää, että menetyks on totta. Tilanne yritetään ottaa hallintaan, jolloin sureva saattaa pitää itsensä kiireisenä ja keskittyä käytännön asioiden hoitoon. Suru ei välttämättä näy ulospäin. Surevan tulisi saada puhua menneestä ja jättää suremalla jäähyväiset menetetyille. Käsittelevaiheessa sitten sureva pohtii sitä, mitä on menettänyt ja miksi asia tekee kipeää. Ikävän ja kaipauksen lisäksi surevan tunteisiin voi sekoittua vihaa ja pelkoa. Tunnetilat voivat aaltoilla ja väliin voi mahtua ilonkin tuntemuksia. Sopeutumisvaiheessa sureva hyväksyy tosiasiat ja ymmärtää, mistä on luopunut. Tasapaino löytyy ja ihminen pystyy suuntaamaan voimavaransa uudestaan ja jatkamaan elämäänsä. Suru auttaa hyväksymään menetyksen ja näin tekee tilaa uusille asioille elämässä. (Selin 2014.)

6.5 Omaisten ohjaaminen ja tukeminen

Omaisten suhtautuminen saattohoidossa olevaan vanhukseen on yksilöllinen ja he suhtautuvat kuolemaan eri tavoin. Omainen voi olla vanhuksen lapsi, puoliso, lapsenlapsi, muu sukulainen tai läheinen ystävä. Hoitajan tulee kohdata jokainen omainen yksilönä, tunnistaa heidän tarpeensa ja antaa tukea sen mukaisesti.

Omainen on saattohoidossa olevan vanhuksen tärkein vierellä olija ja hoitohenkilökunnan on tuettava omaisia siinä tehtävässä (Kärpänniemi & Hänninen. 2004, 269.)

Karjalainen ja Ponkilainen jakavat omaisen tukemisen neljään osa-alueeseen. Niitä ovat tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki, sosiaalinen tuki ja henkinen tuki. (Karjalainen & Ponkilainen 2008.)

Tiedollisella tuella tarkoitetaan realistisen tiedon antamista omaisille saattohoidossa olevasta potilaasta, hänen voinnistaan ja hoidostaan. Tiedolliseen tukeen kuuluu myös omaisten tietoisuus siitä, että vanhuksen perustarpeista huolehditaan. Tietojen antaminen ja omaisen ajan tasalla pitäminen on keskeinen asia omaisten tukemisessa. Tiedollisen tuen antamiseen vaikuttaa hoitohenkilökunnan kiire. (Karjalainen & Ponkilainen 2008.)

Emotionaalinen tuki on huolenpitoa, empatiaa, luottamuksen ja rakkauden kokemista. Hoitotyöntekijän aito läsnäolo, omaisten kuunteleminen ja omaisten ja potilaan tarpeiden tyydyttäminen ovat erityisen merkityksellisiä asioita. Omaisten osallistumista hoitoon tulisi tukea niin, että he eivät tuntisi oloaan ulkopuoliseksi. (Karjalainen ja Ponkilainen 2008, 36-37.) Omaisten tulisi voida osallistua perushoitoon halujensa mukaan, jolloin hoitohenkilökunnan on annettava ohjausta omaiselle esimerkiksi syöttämisessä (Vainio & Hietanen 2004, 270).

Omaisten sosiaalisella tuella tarkoitetaan mahdollisuutta olla potilaan kanssa ja nähdä häntä säännöllisesti. Omaisen ja kuolevan potilaan kahdenkeskistä aikaa on hyvä järjestää. Omaisen sosiaaliseen tukemiseen kuuluvat sosiaaliset suhteet hoito-

henkilökunnan sekä muiden ammattiryhmien, kuten sosiaalihoitajan, lääkärin, psykiatrin sekä kirkon- ja vapaaehtoistyöntekijöiden, kanssa. (Karjalainen & Ponkilainen 2008, 11.)

Kuoleman lähestyessä uskonnolliset kysymykset ovat ajankohtaisia ja ne koetaan hyvin henkilökohtaisiksi asioiksi ja hoitohenkilökunnan on usein vaikea puhua uskonnollisista asioista. Henkinen tukeminen ja hengellisten asioiden käsitteleminen voi olla hyvä silloin antaa papin tehtäväksi. Hengellinen ja henkinen tuki on rohkaisemista, hengellistä ravitsemista, lohdutusta ja keskustelemista. (Karjalainen ja Ponkilainen 2008.)

Omaiset saattavat haluta olla läheisensä luona kuoleman hetkellä. Silloin on tärkeää, että hoitajat käyvät usein katsomassa ja että heidät saa paikalle nopeasti. Omaisten on mahdollista nähdä kuollut omaisensa, elleivät he ole olleet paikalla kuoleman hetkellä. Kuoleman tapahduttua hoitohenkilöstön tulee ohjata omaisia tulevista tapahtuvista asioista, kuten kuolleen siirtämisestä ja hautajaisjärjestelyistä. (Karjalainen & Ponkilainen 2008.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Hoitotyössä on tärkeää osata tarkastella vanhan ihmisen saattohoitoa riittävän laajasta perspektiivistä, jotta saattohoitopotilasta, hänen läheistään sekä henkilökuntaa pystytään auttamaan ja tukemaan riittävän hyvin ja eettisesti oikein. Kuolemaa lähestyvän vanhuksen hoito ymmärretään usein liian suppeasti vain kliniseen hoitamiseen liittyväksi, jolloin sen monet ulottuvuudet voivat jäädä huomioimatta.

7.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Ikäihmisen hyvä ja oikein toteutettu saattohoito on puhutteleva ja ajankohtainen aihe. Väestön ikääntymisen myötä saattohoitoa tarvitsevien määrä lisääntyy jatkuvasti niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen oikeus ja se on merkittävä tekijä ihmisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kokemuksessa. Tästä lähtökohdasta tutkimus on lähtenyt liikkeelle.

Tutkimuksen tilaaja oli Pienkoti Liisankoti, joka on yksityinen vanhusten ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista tarjoava yksikkö, jossa suurimmalla osalla asukkaista on jokin muistisairaus-diagnoosi. Pienkodin johtaja halusi saada selville, millaiseksi omaiset ja hoitohenkilökunta kokevat hyvän saattohoidon ikäihmisten parissa ja olisiko pienkotityyppisellä pienellä hoitoyksiköllä resursseja ja mahdollisuuksia tuottaa sitä niin, että vanhus voisi asua loppuun asti kaikkine tarpeineen tutussa pienkodissa. Tarkoitus oli myös nostaa saattohoidon laatua uudelle tasolle ja tuoda kehittämisehdotuksia esille.

7.2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata haastattelututkimuksen avulla, millaiseksi mielletään ja mistä kaikista osatekijöistä koostuu ikäihmisen hyvä saattohoito ja mitä edellytyksiä tarvitaan sen toteuttamiselle. Haluttiin saada myös selville, onko laadukkaan saattohoidon toteuttaminen ja kehittäminen yleensäkin mahdollista pienessä hoitoyksikössä. Tutkimuksen avulla haluttiin samalla herättää keskustelua

yhteiskunnallisesti hyvän saattohoidon edellytyksistä ja resursseista, nyt kun kaikessa säästetään ja SOTE-uudistukset tekevät tuloaan.

Tavoitteena oli tuottaa ikäihmisen laadukasta saattohoitoa käsittelevä tiedollinen kokonaisuus, jota voidaan hyödyntää hyvän saattohoidon toteuttamisessa ja kehittämisessä sekä Pienkoti Liisankodissa paikallistasolla että valtakunnallisesti muissa vastaavanlaisissa hoitokodeissa. Haluttiin myös herättää keskustelua kuolevan vanhuspotilaan oikeasti hyvästä hoidosta ja sen merkityksestä ja tuoda esiin, mistä kaikista osatekijöistä ja resursseista tällainen saattohoito voisi arjessa koostua, niin että se täyttäisi kaikki saattohoidolle asetetut kriteerit ja vaatimukset ja palvelisi kaikkia saattohoitoon osallistuvia osapuolia.

7.2.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen ja tutkimuksen luonne induktiivinen. Tutkimuksen lähtökohtana oli todellisen elämän kuvaaminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Saattohoito on kokonaisvaltaista hoitotyötä ja sen mittaaminen määrällisenä tutkimuksena olisi ollut hankalaa. Laadullisessa tutkimustyössä päästään lähestymään tutkittavaa asiaa syvällisemmin. Laadullinen tutkimus sopii hyvin tutkimuksiin, joissa tutkitaan vaikeita ja arkaluonteisia asioita (Hirsjärvi ym. 2008, 195) ja siksi se sopii saattohoitoa käsittelevään opinnäytetyöhön. Kvalitatiivinen tutkimuksen lähtökohtana voi olla yhteiskunnallisten ongelmien tiedostaminen ja havaitseminen, kuten tässäkin tutkimuksessa oli. Kvalitatiivinen tutkimusote sopii myös olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uutta näkökulmaa. Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan induktiivista silloin, kun kuvataan yksilön tuntemuksia ja kuunnellaan toiveita ja se on persoonakohtaista ja yksilöllistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 66 - 67.)

7.2.2 Tutkimukseen osallistujat ja haastattelujen toteutus

Haastattelututkimukseen osallistui kolme omaista sekä viisi hoitohenkilökunnan jäsentä, joista kaikki olivat sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisia. Saatekirje (Liite 3) tutkimuksesta lähetettiin kymmenelle omaiselle, niille Pienkoti Liisankodin asukkaiden omaisille, jotka oli merkitty asukkaan lähimmäksi omaiseksi. Lisäksi henkilökunnalle annettiin yksi saatekirje, joka laitettiin henkilökunnan ilmoitustaululle. Kirjeessä kerrottiin tutkimuksen toteutustapa ja vapaaehtoisuus. Haastattelut sekä omaisten että hoitohenkilökunnan osalta toteutettiin Pienkoti Liisankodissa elokuussa 2016. Pilottihaastattelu toteutettiin pienkodin toimitusjohtajalle toukokuussa 2016 avoimena haastatteluna, jolloin häntä haastateltiin ikäihmisten hyvään saattohoitoon liittyen ja tätä haastattelua käytettiin pohjana mietittäessä teemakysymyksiä sekä haastattelun muotoa tutkimuksessa.

7.3 Tutkimusaineisto ja –menetelmät

Laadullisessa tutkimuksessa suositaan yleensä menetelmiä, joissa pääsevät esille tutkittavien omat näkemykset. Ja näitä menetelmiä ovat muun muassa ryhmähaastattelut ja teemahaastattelut. (Hirsjärvi ym. 2008, 160.)

7.3.1 Aineiston keruumenetelmä

Teemahaastattelua käytettiin tässä työssä aineiston keruumenetelmänä. Tällöin haastattelussa ollaan suoraan kielellisessä vuorovaikutussuhteessa haastateltavan kanssa, jolloin haastattelijalla on mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä ja saada perusteluita ja motiiveja vastauksille (Hirsjärvi, Hurme 2008, 34-35). Teemahaastattelussa ei käytetty yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan haastattelu eteni tiettyjen ennalta määriteltyjen teemojen mukaan, mutta tutkittavat henkilöt pääsivät kertomaan kokonaisvaltaisemmin. Haastattelujen teemat olivat kaikille haastateltaville samat. Haastattelut tallennettiin nauhoittamalla. Haastattelut etenivät sujuvasti

ilman katkoja. Haastateltavat olivat saaneet riittävästi aikaa paneutua haastatteluteemoihin ennakolta. Teemoja oli kolme ja haastattelukysymykset olivat seuraavat:

1. Millaista on ikääntyneen hyvä saattohoito?
2. Millaiset asiat mahdollistavat tai estävät hyvän saattohoidon toteutumisen Pienkoti Liisankodissa?
3. Miten saattohoitoa voitaisiin kehittää?

Haastattelut toteutettiin hoitajien työaikana Pienkoti Liisankodissa. Omaisten kanssa sovittiin erikseen heille sopivat ajat ja heidänkin haastattelunsa olivat Pienkoti Liisankodin tiloissa, jolloin he samalla pystyivät käymään katsomassa omaistaan.

Hoitohenkilökunnan haastattelut toteutettiin ryhmämuotoisena kaksivaiheisesti, jolloin ensimmäisessä ryhmässä oli kolme ja toisessa ryhmässä kaksi haastateltavaa hoitotyöntekijää. Omaisten haastattelut toteutettiin yksilohaastatteluina. Haastattelun kesto oli 20 – 30 minuuttia.

7.3.2 Aineiston analyysi

Analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysillä pyrittiin aineisto järjestämään tiiviiksi kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää tietoa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi käsittää pelkistämisen, aineiston ryhmittelyn ja käsitteiden luomisen (Kankkunen ym. 2015, 167). Analyysi alkoi litteroimalla haastattelut. Sen jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan ja ryhdyttiin etsimään aineistosta tutkimustehtävän kannalta merkittäviä asioita. Pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys: Millaista on ikääntyneen ihmisen saattohoito, mistä se koostuu ja miten siihen päästäisiin Pienkoti Liisankodissa.

Aineiston ryhmittelyssä etsittiin samankaltaisuudet ja eroavaisuudet ja niitä kuvaavat käsitteet. Käsitteet luokiteltiin, yhdisteltiin luokiksi ja nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä alakategorioiksi, yläkategorioiksi ja yhdistäväksi kategori-

aksi. Luokittelussa aineisto tiivistyi ja yksittäiset asiat yhdistettiin yleisempiin käsitteisiin. Viimeisessä vaiheessa edettiin teoreettisten käsitteiden ja johtopäätösten tekemiseen. Se tapahtui yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston näkökulmasta oli mahdollista.

Kategoriointi on esitelty seuraavilla sivuilla:

Käsitteet	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
<p>Omat tarpeet ja toiveet</p> <p>Omat mieltymykset ja tavat</p> <p>Käytöksen ymmärtäminen</p> <p>Uskonnollinen suuntautuminen</p> <p>Erityispiirteet</p> <p>Pysyvä henkilökunta</p> <p>Oma tuttu huone</p> <p>Rutiinit</p> <p>Yksinäisyyden minimointi</p> <p>Tutut omaiset ja hoitajat</p> <p>Siirtojen minimointi</p> <p>Hoitohenkilökunnan osaaminen ja vuorovaikutustaidot</p> <p>Oma tuttu lääkäri</p> <p>Eri osaajat tiimityössä</p>	<p>Vanhuksen yksilölliset tarpeista lähtevä hoito</p> <p>Turvallisuus ja pysyvyys</p>	<p>Hyvän elämän laadun edellytys</p>	<p>Ikääntyneen ihmisen hyvä saattohoito</p>

<p>Hyvä perushoito</p> <p>Kivun tunnistaminen</p> <p>Riittävä kivunhoito</p> <p>Oireettomuus</p> <p>Omaiset hoidossa mukana</p> <p>Oma vastuulääkäri</p> <p>Aikaa ja läsnäoloa vanhukselle</p> <p>Riittävästi hoitajia</p> <p>Vapaaehtoistyöntekijät</p> <p>Empatiakyky</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö</p> <p>Omahoitaja-systeemi</p> <p>Hyvät tiedot ja taidot</p> <p>Työnohjaus ja koulutus</p> <p>Vanhuksen oikeuksien tietämys</p> <p>Koulutus</p> <p>Dementoituneen vanhuksen ymmärtäminen</p> <p>Työssä jaksaminen</p> <p>Omaisten tukeminen ja ohjaaminen</p>	<p>Riittävät resurssit ja osaaminen</p> <p>Kiireettömyys ja ajan riittäminen</p> <p>Yhteistyö ja jakaminen</p>	<p>Hoitohenkilökunnan ammattitaito ja vastuu</p> <p>Riittävä henkilökunta mitoitus</p>	<p>Ikääntyneen ihmisen hyvä saattohoito</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

<p>Omaisten toiveet</p> <p>Omaisten oikeudet ja velvollisuudet</p> <p>Täytyy saada tietoa läheisestään</p> <p>Omaisten voimavarat</p> <p>Tutut omaiset</p> <p>Omaisten saama tuki ja ohjaus</p> <p>Kuoleman merkkien tunnistaminen</p> <p>Surun tiedostamisen ja läpikäyminen</p> <p>Palvelujen liikkuvuus- kaikki palvelut vanhuksen luo</p> <p>Ei siirtoja loppuvaiheessa</p> <p>Omalääkäri</p> <p>Omahoitaja saattohoidettavalle</p> <p>Riittävästi hoitajia vuorossa- oma vastuuhoitaja</p> <p>Rahan riittäminen</p> <p>Saattohoidon laatua ja tärkeyttä esille enemmän yhteiskunnallisesti</p>	<p>Yhteistyö ja jakaminen</p>		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	--	--

8 TUTKIMUSTULOKSET

Ikääntyneen ihmisen hyvä saattohoito rakentuu monista eri osatekijöistä, joita haastatteluisissa nousi esille ja joita on käsitelty teoreettisessa viitekehyksessä.

8.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimustulosten mukaan saattohoidossa korostuu yksilöllisistä tarpeista lähtevä hyvä ympärivuorokautinen perushoito. Riittävä oireenmukainen hoito ja kivunhoito ovat tärkeä osa hyvää saattohoitoa ja niillä ehkäistään potilaan kärsimystä ja myös tuetaan turvallisuutta ja hyvää elämän- ja kuolemanlaatua loppuun saakka.

Tulokset osoittavat, että hoidon jokaisessa vaiheessa vanhuksen itsemääräämisykyisyys, muut yksilölliset oikeudet ja yksilöllinen hoito on otettava huomioon. Vanhaa ihmistä on kunnioitettava ja hoidettava tarvelähtöisesti loppuun saakka. Muistisairaudet tuovat oman haasteellisen lisänsä saattohoitoon. Turvallisuus koetaan tärkeäksi ja se koostuu arjen rutiineista, pysyvyydestä, tutuista ihmisistä ympärillä ja tutusta omasta huoneesta. Myös kiireettömän hoidon koettiin olevan hyvää saattohoitoa. Vanhuspotilaalla ei välttämättä ole enää mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa eikä hän pysty loppuvaiheessa enää ilmaisemaan itseään sanoin. Silloin omaisella on tärkeä merkitys vanhuksen tahdon ja mieltymysten sanoittajana sekä aikaisemman elämän tuntemisessa. Omaisten osuus varsinkin hoidon loppuvaiheessa korostuu.

8.1.1 Omalääkärijärjestelmä ja muut resurssit

Vastuullinen omalääkäri koetaan tärkeäksi, ettei vanhusta tarvitsisi enää loppuvaiheessa siirrellä mihinkään eikä viedä lääkärin vastaanotolle, vaan lääkäri vastaisi vanhuksen hoidosta ja tulisi vanhuksen luo. Muutkin auttavat tahot tulisivat luo ja palvelut liikkuisivat. Riittävät resurssit, kuten riittävä henkilökuntamitoitus, moniammatillinen yhteistyö, hoitajien koulutus ja ammattitaito, kiireettömyys sekä

hoitajien ja omaisten jaksaminen koetaan tärkeäksi osaksi ikäihmisen hyvää ja laadukasta saattohoitoa.

Riittävän hyvä hoito tarvitsee riittävän ja ammattitaitoisen henkilökunnan ja kaikin puolin riittävät resurssit hoitoyksikköön. Saattohoidossa oleva vanhus tarvitsee osakseen enemmän aikaa ja huolenpitoa, joten häntä varten tarvittaisiin vuoroon aina yhden hoitajan lisäys. Kiire koetaan ahdistavana ja uhkaavana tekijänä vanhusten saattohoidossa, samoin liian vähäinen henkilökuntamäärä, mutta laatu voi joskus korvata määrän. Hoitajien ammattitaidon kehittämisestä on kuitenkin aina huolehdittava.

8.1.2 Kehittämisehdotukset

Muutos- ja kehittämisehdotuksiakin tuli useita kaikilta haastateltavilta. Toivottiin, että kaikki palvelut vietäisiin vanhuksen luo, ettei tarvitsisi siirtää loppuvaiheessa enää tutusta ympäristöstä mihinkään ja täten myös oman vastuulääkärijärjestelmän aloittaminen koettiin aiheelliseksi kehittämiskohteeksi yksityisessä pienkodissa. Näin tehden myös riittävä kivunhoito ja lääkehoito toteutuisivat ja hoito olisi tasokasta ja vastuullista loppuun saakka. Tämä vähentäisi myös hoitajien ja omaisten taakkaa ja toisi heille lisää turvallisuutta. Saattohoitovaiheeseen siirtymisen myötä hoitajia pitäisi lisätä vuoroon ja taata näin yksilöllinen ja vanhusta arvostava loppuvaiheen hoito. Haastateltavat ehdottivat vapaaehtoistyöntekijöiden mahdollisuutta yhtenä vaihtoehtona, jos rahavarat eivät anna myöten. Vanhuksen loppuvaiheen hoito ei saa olla rahasta kiinni. Riittävä ja laadukas hoito on taattava jokaiselle elämän loppuun saakka.

8.1.3 Muut haastattelututkimuksessa esille tulleet asiat

Kuoleman merkit ja vanhuuskuoleman saapuminen koettiin luonnollisena loppuna, mutta niihin haluttiin lisää tietoa. Niitä käydään läpi työn teoriaosuudessa.

Kaikki muutkin asiat, joita on käsitelty teoreettisessa osuudessa, ovat nousseet haastatteluissa esille. Tietopaketin laatiminen näistä esiinnousseista asioista koettiin olevan työn tilaajaa ja haastateltavia palveleva ja kunnioittava ele. Tässä opinnäytetyössä on pyritty palvelemaan kaikkia osapuolia, unohtamatta kuitenkaan ydinasiaa eli ikäihmistä itseään. Työssä on pyritty ottamaan huomioon tutkimuksen tilaajan tarpeet sekä haastateltavilta esiin nousseet tarpeet. On haluttu tuottaa tietoa, joka tyydyttää kaikkia osapuolia. Lopuksi voitaisiin vielä todeta, että hyvän saattohoidon toteuttaminen on täysin mahdollista Pienkoti Liisankodissa ja vastaavissa hoitopalveluja tuottavissa pienissä hoitoyksiköissä, kunhan ylemmät organisaatiotahot tukevat asiaa ja tulevat vastaan tuomalla palveluita suoraan vanhusasiakkaalle sekä antavat myös taloudellista tukea. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että hyvää saattohoitoa on mahdollista toteuttaa Pienkoti Liisankodissa ja on jo toteutettukin. Samoin kaikki toivat esiin asian, että saattohoidon laatua ja tärkeyttä on tuotava nykypäivänä enemmän esille, kuten nyt tuotiin tämän tutkimuksen muodossa. Saattohoitovaihe on ihmisen elämän viimeinen ja kestoltaan lyhyt hoitovaihe ja siitä ei saa tinkiä millään muotoa. Hyvä saattohoito on ihmisen perusoikeus.

9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön aiheen valinta oli jo ensimmäinen eettinen ratkaisu. Koko työ on eettinen kannanotto. Tutkimusta lähdettiin tekemään vasta sitten, kun tutkimuslupa oli hankittu ja vahvistettu. Tutkimusta toteutettiin tieteellisen käytännön mukaisesti, jolloin eettisyyteen ja luotettavuuteen kiinnitettiin määrätietoisesti huomiota koko ajan.

9.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijoilla oli erityinen velvoite suojella haastateltavia omaisia, koska heitä oli vain kolme, etteivät henkilöt ajatuksineen ja mielipiteineen paljastuisi analyysiprosessissa. Tämän johdosta suoria aineistolainauksia haastateltavien sanomana ei käytetty eikä omaisten haastatteluja kategorioitu erikseen, vaan yhteisesti hoitohenkilökunnan kanssa.

Tutkimusaihe on merkittävä ja ajankohtainen, koska saattohoitoa tarvitsevien vanhusten määrä lisääntyy koko ajan. Saattohoidosta tuotetusta tiedosta on hyötyä ensisijaisesti kuolevalle potilaalle, mutta myös muille saattohoidon kanssa tekemisissä oleville. Hyvästä ja laadukkaasta saattohoidosta löytyy paljon tutkimuksia. Tältä kantilta ei kuitenkaan tätä tutkimusta lähdetty tekemään ja toistamaan itsestään selvyyksiä saattohoidosta, jotka jo tiedetään, vaan haluttiin saada aikaan lakia ja suosituksia sekä haastateltujen mielipiteitä kunnioittava eettinen kokonaisuus, joka palvelisi ensisijaisesti saattohoidossa olevia ikäihmisiä, mutta myös omaisia ja hoitajia sekä kaikkia saattohoitoon osallistuvia osapuolia. Kyse on yksinkertaisesta, mutta jalosta asiasta, ja se tulee oivaltaa kokonaisuutena oikein.

Osallistujille tiedotettiin tutkimuksen vapaaehtoisuudesta sekä siitä, että tutkimusaineisto tullaan hävittämään tutkimuksen jälkeen. Osallistujien anonymiteetin säilyttämiseen kiinnitettiin huomiota koko tutkimusprosessin ajan ja tutkimusaineistoa käsiteltiin niin, että se oli vain haastatelleiden tutkijoiden käytössä.

Tutkimuksen hyöty oli haittaa suurempi ja tutkijat kokevat, ettei tämäntyyppinen tutkimus myöskään loukkaa ketään.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta lisää haastateltujen omaisten omakohtainen kokemus saattohoidosta ja sen asian miettiminen etukäteen. Hoitajien sosiaali- ja terveydenhoitoalan koulutus ja pitkäaikainen työkokemus vanhusten hoitotyöstä ja saattohoidosta vahvistaa uskottavuutta.

Tutkimuksen aineisto oli rikas, jolloin tulosten kuvaaminen riittävän monipuolisesti on luotettavuuden kannalta merkittävää. Analyysi on pyritty selventämään ja kuvaamaan mahdollisimman tarkasti jättämättä pois mitään haastattelussa esiin tulleita. Sisällönanalysitaulukoinnilla on yksinkertaistettu ja selvennetty vielä tutkimusta.

Tutkimuksen tulokset voisivat olla tässä tapauksessa siirrettävissä johonkin muuhunkin tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään aina huolellista tutkimusympäristön kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittelyä sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta siltä varalta, että toinen tutkija haluaa seurata prosessia tai jatkaa sen perusteella omaa tutkimustaan (Kankkunen ym. 2015, 198). Edellä kuvatulla tavalla on pyritty toimimaan.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Saattohoidon ydin on potilasta arvostavassa ja kunnioittavassa kohtaamisessa ja potilaan hoidon, myös saattohoidon, tulee olla hänen toiveistaan ja tarpeistaan lähtevää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Viittaus aikaisempaan teoriaosuuteen työn alkuosassa Palliatiivinen hoito ja Hyvä saattohoito.

Tässä tutkimuksessa haastateltavien toiveet ja mielipiteet sekä kehittämissuhteet olivat realistisia ja arjen saattohoitotyössä, myös Pienkoti Liisankodissa, toteutettavissa olevia, joskin niihin tarvitaan panostusta ja rahaa. Kun on kyse yksityisestä palveluntuottajasta, kunnan tuet jäävät vähemmälle ja se voi näkyä palvelun laadussa. Että Pienkoti Liisankoti pystyisi tarjoamaan laadukkaita saattohoitopalveluita alueen ikäihmisille, olisi kunnan tultava enemmän vastaan, muun muassa maksusitoumuksien ja palvelusetelien muodossa.

Tutkimukseen osallistuneilla haastateltavilla, niin hoitajilla kuin omaisillakin, oli kokemuksia kiireen tunnusta, mutta he ymmärsivät sen ja löysivät ammatillisia välineitä sen hallitsemiseen. Samoin kaikki halusivat oikeaa arvokkuutta ja yksilöllisyyttä saattohoitotyöhön.

Ikäihmisen saattohoito on monimuotoinen, jatkuvasti elävä ja vanhuspotilaan elämänlaadun kannalta merkittävä tekijä. Tutkimuksessa esiin nousseet asiat vahvistivat ymmärrystä siitä, mitä kuolemaa lähestyvä ihminen tarvitsee sekä mitä omaisen ja hoitotyöntekijä tarvitsevat. Saattohoitotyötä tekevän hoitajan tulee ymmärtää kuolevaa potilasta ja pystyä auttamaan häntä, mutta myös ymmärtää kuolevan potilaan omaista. Hoitajalla tulee olla kykyä ja rohkeutta sekä riittävästi aikaa syvemmän keskustelun käymiseen paitsi potilaan, myös hänen omaistensa kanssa. Lisäksi vanhuksen läheisten tukeminen ja heidän valmistamisensa tulevaan on läheisten selviytymisen kannalta merkityksellistä. Perheelle tulee antaa aina mahdollisuus olla rajoituksetta läsnä kuolevan potilaan vierellä.

Kummallakin opinnäytetyön tekijällä oli kiinnostus työn aihetta kohtaan. Työlle oli tilaaja valmiina ja lupien tultua opinnäytetyön suunnittelu ikääntyneen hyvään saat-

tohoitoon liittyen alkoi. Aiheen jälkeen pohdittiin, miten opinnäytetyö toteutettaisiin. Sopivaksi lähestymistavaksi valikoitui kvalitatiivinen lähestymistapa. Saattohoito tuntui molemmista opinnäytetyön tekijästä läheiseltä ja omalta aiheelta, sillä kumpikin työskenteli ikäihmisten parissa. Kun tutkimussuunnitelma oli saatu valmiiksi, niin asioiden ymmärtäminen oli helpompaa ja työ alkoi edetä vähitellen. Tämän työn avulla opinnäytetyöntekijät ovat oppineet pitkäjänteisyyttä ja kärsivällisyyttä sekä hyödyntämään kummankin tekijän vahvuuksia työn eri vaiheissa.

Opinnäytetyötä laadittiin pitäen koko ajan mielessä tilaajan tarpeet. Näin työstä saatiin tehtyä kokonaisuus, joka vastasi toimeksiantajan haluamaa tietoa hyvän saattohoidon toteuttamisesta ikääntyneiden ihmisten parissa. Työhön haluttiin tuoda myös yhteiskunnallinen perspektiivi, haluttiin herätellä keskustelua hyvän saattohoidon edellytyksistä ja resursseista. Yksi tavoite oli myös, että opinnäytetyön teoreettinen osuus olisi kattava ja kaikkia osapuolia tyydyttävä eettinen kokonaisuus, joka hyödyttäisi niin omaisia kuin hoitohenkilökuntaakin. Työssä ei haluttu toistaa itsestään selvyiksiä saattohoidosta. Opinnäytetyön tulokset ovat suoraan siirrettävissä hoitotyön käyttöön ja toimeksiantajan tarpeisiin.

Työtä hyödynnetään Pienkoti Liisankodissa. Aineisto esitellään hoitohenkilökunnalle sekä omaisille. Pienkoti Liisankodissa halutaan kehittää ikäihmisten saattohoitoa uudelle tasolle. Tiedollisen pääoman lisääntyminen siirtyy suoraan hoitotyöntekijöille sekä omaisille. Muut vastaavat pienet hoitoyksiköt hyötyvät mahdollisesti myös tästä tutkimuksesta.

Työn rajaus näihin käsiteltäviin asioihin oli tarkoituksellista ja tilattua. Saattohoidosta tiedetään paljon, mutta asenteissa ja palvelujen tuottamisessa sekä kohteistamisessa on korjaamisen varaa.

Saattohoitotyössä on tärkeätä osata tarkastella kaikkien osapuolien eli kuolevan potilaan, omaisten ja saattohoitoa tekevän henkilökunnan tarpeita riittävän laajasti, niin että kaikkia osapuolia pystytään tukemaan ja auttamaan asianmukaisesti.

Tutkimuksen tuomaa tietoa voidaan hyödyntää saattohoidossa ja sen kehittämisessä sekä saattohoidon koulutuksessa herättämällä keskustelua ikääntyneen ihmisen hyvän saattohoidon edellytyksistä ja sen merkityksestä nykypäivänä ja tulevaisuudessa.

Jatkossa ikääntyneen ihmisen saattohoidon tutkimusta voitaisiin tarvita riittävästä yksilöllisestä ja kunnioittavasta saattohoitopotilaan kohtaamisesta tai riittävästä omaisten kohtaamisesta. Myös saattohoidon tulevaisuus, esimerkiksi pystytäänkö kaikille ikääntyneille takaamaan tulevaisuudessa tarvelähtöinen ja yksilöllinen saattohoito, voisi olla hyvä aihe.

LÄHTEET

- Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen lääkäri-lehti. Julkaistu 12/2013, vsk.68. Artikkel. Helsingin yliopisto. Viitattu 9.10.2016.
- ETENE 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Työryhmäraportti. ISBN 978-952-00-2572-4 (nid.) ISBN 978-952-00-2573-1 (PDF).
- ETENE 2003. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ISBN 952-00-1435-7
- ETENE 2001. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. PDF uta.fi.. Viitattu 2.2.2017. <https://scholar.google.com/moniammatillinen>
- Erjanti, H., Anttonen M-S., Grönlund, A., Kiuru, S. (toim.) 2014. ry. Palliatiivisen ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys ry. Fioca Oy. Helsinki.
- Finne-Soveri, H. 2013. Lääkäri-lehti 12/2013. Pääkirjoitus. Ikäihmisten palvelut. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. ISBN: 9789524950732. www.adlibris.com.
- Hänninen, J. 2006. Saattohoito. Lääkäri-lehti 10/2006. Artikkel. Terhokoti. Tampere. Viitattu 11.1.2017.
- Hänninen, J. 2012. Väsymysoireyhtymän lääkehoito. Käypä hoito-suositus.
- Hänninen, J. & Riikola, T. 2006; 2012. Käypä hoito-suositus. Duodecim. Viitattu 11.1.2017.
- Hävölä, H. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Pro gradu tutkielma. Hoitotiede 27, 132-147. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.
- Joanna Briggs Institute. JBI-suositus 2011. Palliatiivinen lähestymistapa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen hoidossa. www.joannabriggs.org.
- Joanna Briggs Institute. JBI-suositus 2014. Omaisten osallistuminen muistisairautta sairastavan henkilön hoitoon liittyvään päätöksentekoon laitoshoidossa. www.joannabriggs.org.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro. Helsinki.

Karjalainen, T., Ponkilainen, S. 2008. Hoitotyöntekijöiden tuki kuolevan potilaan omaisille. Pro gradu tutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 3.1.2017. <https://scholar.google.fi>.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Sanoma Pro. Helsinki.

Konsensuslausuma 2014. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Vanhuuskuolema. Konsensuskokous 11.02.2014. Duodecimin toimisto. Helsinki.

Kuitunen, P., Kämppi, S. 2014. Hyvä saattohoito. Kirjallisuuskatsaus-tutkimus. Opinnäytetyö. Mikkelin Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. <https://publications.theseus.fi/oppariPDF>

Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 4 – 5. Artikkelit. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kärpäniemi, P., Hänninen, J. 2004. Omaisten tukeminen hoitotyössä. Artikkelit. <https://scholar.google.fi>.

L 1998/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 4.2.2017. THL 2017.

L 1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 4.2.2017. THL 2017.

L 1999/731. Suomen perustuslaki. Viitattu 4.2.2017. THL 2017.

Markkola, K. 2013. Moniammatillinen, ammattiryhmien välinen ja ammattirajat ylittävä yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Pro gradu tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Partonen, T. 2014. Krooninen väsymysoireyhtymä. Potilaan lääkirlehti 8/2014; 10/2014. Artikkelit. Viitattu 2.3.2017.

Payne, S., Seymour, J., Ingleton, C. 2008. Palliative Care Nursing Principles and Evidence for Practice. CPI Group Ltd. USA. Open University Press. Maidenhead. England.

Pelkonen, R. 2016. Hyvä kuolema. Seminaari saattohoidosta 3/16. Luento. Seinäjoen Keskussairaala.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2015. Keskussairaalan palliatiivisen hoidon yksikkö. Lääketieteen työryhmä. Saattohoitoon siirtymisen-tiedote. Saattohoitosuunnitelma. Viitattu 3.3.2017. www.pkssk.fi.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanoma Pro. Helsinki.

Riikola, T. 2012. Palliatiivinen sedaatio. Käypä hoito-suositus.

Räsänen, R. 2011. Hyvä elämänlaatu vanhusten pitkäaikaishoidon lähtökohdaksi. Väitöstutkimus. Lapin yliopisto.

Selin, H. 2014. Suru. Potilaan lääkirlehti. Artikkel. Suomen mielenterveysseura.. Haaga-Helia. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvän saattohoidon suositukset. Esitteitä. www.stm.fi/saattohoito

Strandberg, T. 2013. Vanhuksen dehydraatio. Tieteelliset lyhennelmät. HYKS. Gernet. Viitattu 1.2.2017. www.gernet.fi

Suomalainen lääkariseura Duodecim 2012. Käypä hoito-suositus. Kustannus oy Duodecim. Viitattu 30.1.2017.

Suomalainen lääkariseura Duodecim ja Palliativisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2014. Duodecim-lehti 28.10.2014. Viitattu 31.1.2017.

THL 2017. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. www.thl.fi/ikäntyminen.

Vainio, A., Hietanen, P., Moilanen, K. 2004. Palliativisen hoidon asema lääketieteessä. <https://scholar.google.fi>.

Valvira 2008 a. Saattohoito. Hoitotahto. Päivitetty 4.11.2015. Viitattu 6.6.2016. www.valvira.fi

Valvira 2008 b. Omaisten oikeudet. Päivitetty 15.5.2015. Viitattu 5.6.2016. www.valvira.fi

Voutilainen, P., Löppönen, M. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypähoitosuositus. Julkaistu 22.9.2016. Lisätietoartikkeli. Viitattu 9.9.2016. www.kaupahoito.fi.

WHO 2002. Palliativisen hoidon suositukset. Viitattu 10.11.2016. www.who.int/palliativecare

LIITE 1

Työn tilaaja:

Pienkoti Liisankoti /

Anna-Liisa Hanhimäki

Käräjätie 4

62300 HÄRMÄ

Työn tekijät:

Anne-Maria Rintanen, Marjo Heikkinen

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja, VAMK

PERUSTELUT AIHEEN VALINNALLE:

Pienkoti Liisankoti on ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista ja hoitoa tarjoava yksityinen pienkoti Alahärmässä. Vanhuspaikkoja on 13. Tavoitteenamme on, että vanhus voisi olla elämänsä loppuun asti meillä tutussa paikassa, ettei siirrettäisi enää pois, vaan kaikki hoito, myös saattohoito, voitaisiin toteuttaa Liisankodissa. Tavoitteenamme on pystyä vastaamaan tulevaisuudessa ammattitaitoisemmin ja eettisemmin saattohoidon tarpeisiin sekä ottamaan paremmin huomioon saattohoitopotilas ja hänen hoidossaan mukana olevat lähitahot, kuten läheiset / omaiset ja saattohoitoa tekevä henkilökunta. Täten toivoisinkin, että ottaisitte kiinni tästä asiasta ja toteuttaisitte opinnäytetyönne ja tutkimuksenne talomme saattohoitoon liittyen.

Haluamme lisätä saattohoidon laatua yksilölliseen, mutta kaikkia osapuolia tyydyttävään suuntaan.

Kiitos!

Alahärmässä 26.01.2016
toimitusjohtaja

Anna-Liisa Hanhimäki,

LIITE 2

[https://www.palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi/@Bin/120779/Saato-
tohoidon_j%C3%A4rjest%C3%A4minen_kunnissa.pdf](https://www.palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi/@Bin/120779/Saato-
tohoidon_j%C3%A4rjest%C3%A4minen_kunnissa.pdf)

LIITE 3

SAATEKIRJE

LAIHIA 17.5.2016

ARVOISAT OMAISET JA HOITOHENKILÖKUNTA

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi ja teemme opinnäytetyönämme tutkimusta saattohoidosta ja sen laadusta. Tutkimuksen tilaaja on Pienkoti Liisankoti. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää Pienkoti Liisankodin saattohoidon laatua ja pyrkiä jatkossa toteuttamaan sitä entistä enemmän tarpeiden ja toiveiden mukaan.

Haastattelemme tutkimusta varten Pienkoti Liisankodissa asuvien vanhusten omaisia sekä hoitotyötä tekeviä hoitajia. Haastattelut toteutetaan avoimina haastatteluina: omaisille yksilöhaastatteluina ja hoitajille kahden-kolmen henkilön ryhmähaastatteluina kesän 2016 aikana. Tutkimuksen tekijät ottavat erikseen yhteyttä tarkempien haastatteluajankohtien sopimiseksi. Haastattelut nauhoitetaan. Jokaisen vastaajan vastaukset ovat tärkeitä tutkimuksen onnistumiseksi. Osallistuminen tutkimukseen on kuitenkin vapaaehtoista eivätkä vastaajien nimet tule esiin tutkimuksen missään vaiheessa. Haastattelu on luottamuksellinen ja kerätty aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Haastatteluteemat ovat seuraavat:

- 1.Millaista on ikääntyneen hyvä saattohoito?
- 2.Millaiset asiat mahdollistavat tai estävät hyvän saattohoidon toteutumisen Pienkoti Liisankodissa?
3. Miten saattohoitoa voitaisiin kehittää?

Toivomme, että miettisitte kysymyksiä rauhassa kotona etukäteen ennen haastattelua.

Koemme saattohoitoon liittyvän laadullisen tutkimuksen tekemisen tärkeäksi ja ajankohtaiseksi sekä paikallisella tasolla että yhteiskunnallisesti, koska ihmiset elävät yhä vanhemmiksi ja täten saattohoidon tarve ja vaatimukset lisääntyvät. Työ on valmistuttuaan nähtävillä osoitteessa www.theseus.fi.

Ystävällisin yhteistyöterveisin opinnäytetyön tekijät:

Marjo Heikkinen

Anne-Maria Rintanen

Opinnäytetyön ohjaaja Suvi Kallio