



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Annika Kuusela & Maija Tamminen

Saattohoidon toteutuminen pitkäaikaishoi- don yksikössä

Sosiaali- ja terveysala
2019

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Annika Kuusela & Maija Tamminen
Opinnäytetyön nimi	Saattohoidon toteutuminen pitkäaikaishoidon yksikössä
Vuosi	2018
Kieli	suomi
Sivumäärä	46 + 6 liitettä
Ohjaaja	Taina Huusko

Opinnäytetyön aiheena on saattohoidon toteutuminen eräässä pitkäaikaishoidon yksikössä. Opinnäytetyön tarkoitus on tarkastella, miten hoitajien mielestä saattohoito kyseisessä yksikössä toteutuu.

Opinnäytetyö toteutettiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla ja siihen osallistui kaksitoista yksikön henkilökunnan jäsentä. Teoreettinen viitekehys käsittää saattohoitopotilaan hoitopolkua, oirekuvaa, omaisten roolia ja lopulta kuolemaa. Keskeisiä käsitteitä ovat saattohoito, hoitotyö, kipu, pitkäaikaishoito.

Opinnäytetyön keskeisin havainto vastausten analysoinnin pohjalta on lisäkoulutuksen tarve ja yhtenäisen käytännön luominen ja sen selkeyttäminen hoitohenkilökunnalle. Vastauksista käy ilmi, että saattohoitopotilaan perushoito tapahtuu yksikössä hyvin ja potilaan toiveita kuullaan.

ABSTRACT

Author	Annika Kuusela and Maija Tamminen
Title	The Implementation of End of Life Care in a Long-term Care
Unit	
Year	2018
Language	Finnish
Pages	46 + 6 Appendices
Name of Supervisor	Taina Huusko

The purpose of this bachelor's thesis was to look at the implementation of end of life care in a long-term care unit. The aim is to look at the nurses' opinions and views.

The thesis was conducted by using a structured questionnaire and it was participated by 12 members of the nursing staff. The theoretical framework includes the following topics: the care path of a hospice patient, the symptoms, the role of the family and the death. The key concepts are end of life care, nursing, pain and long-term treatment.

The results show that there is a need for further treatment and creating common practices. The responses also show that the treatment of an end of life patient is implemented well and the wishes of the patient are listened to.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	SAATTOHOITO.....	8
	2.1 Saattohoitopäätös ja hoitotahto.....	12
	2.2 Saattohoitopotilaan lääkehoito.....	14
	2.3 Saattohoitopotilaan omaiset.....	16
	2.4 Saattohoitopotilaan perushoito.....	18
	2.5 Saattohoitopotilaan kokemat oireet.....	21
	2.5.1 Kipu.....	22
	2.5.2 Hengitystieoireet.....	24
	2.5.3 Ruoansulatuskanavan oireet.....	25
	2.5.4 Iho-oireet ja turvotus.....	27
	2.5.5 Psyykkiset oireet.....	29
	2.6 Saattohoitopotilaan kuolema.....	31
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	34
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	35
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	37
	5.1 Tulosten tarkastelu.....	37
	5.2 Johtopäätökset.....	39
6	POHDINTA.....	41
	6.1 Omat oppimiskokemukset.....	41
	6.2 Tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen.....	42
	6.3 Jatkotutkimusideat.....	43
	6.4 Eettisyys ja luotettavuus.....	43
	6.5 Yleistettävyys.....	45
	LÄHTEET.....	46
	LIITTEET	

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Kyselylomake**LIITE 3.** Vastauslomake**LIITE 4.** Vastauslomake**LIITE 5.** Vastauslomake**LIITE 6.** Vastauslomake

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tekijät näkevät saattohoidon aina ajankohtaisena asiana, jonka tärkeyttä ei voi korostaa liikaa. Ihmisen viimeiset elinhetket ovat usein keskustelun aiheena eivätkä aina positiivisessa valossa. Saattohoidon perustana on hyvä perushoito, eettinen ajattelu ja toiminta sekä vankka teoretietopohja hoitotyön toteuttamisesta. Opinnäytetyön aiheena on saattohoidon toteutuminen pitkäaikaishoidon yksikössä.

Opinnäytetyö rakennettiin olemassa olevan teorian ja hoitohenkilökunnalle suunnatun kyselyn pohjalta. Se käsittää teoreettisen viitekehyksen saattohoidosta sekä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen vastauksien analysoinnin. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien näkemystä saattohoidon toteutumisesta käytännössä ja tuoda esiin mahdolliset epäkohdat sen toteuttamisessa. Pitkäaikaishoidon yksikkö voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia kehittäessään edelleen saattohoitokäytäntöjään.

Opinnäytetyön aiheen valintaa viitoitti opinnäytetyön tekijöiden henkilökohtainen mielenkiinto aihepiiriä kohtaan. Saattohoito käsiteltävänä aiheena on aina ajankohtainen. Opinnäytetyön tilaaja toi yhteistyökeskustelussa ilmi, että hoitohenkilökunta on esittänyt toiveen lisäkoulutuksesta asian tiimoilta. Tämän johdosta opinnäytetyön tekijöiden yhteistyö yksikön kanssa sujui hyvin ja opinnäytetyö herätti kiinnostusta hoitohenkilökunnan keskuudessa, ja vastasi heidän tämänhetkisiin tarpeisiinsa.

Vaasan Ammattikorkeakoulun kurssitarjottimelle ei ole aikaisemmin kuulunut saattohoitopotilaan hoitotyötä, vaan se järjestettiin ensimmäistä kertaa vasta syksyllä 2018, eli opinnäytetyön tutkimusosuuden jo päätyttyä ja analysointivaiheen alettua. Saattohoitopotilaan hoitotyöstä löytyy kuitenkin kohtalaisen hyvin materiaalia, koska aihetta on jo aiemmin tutkittu laajasti. Opinnäytetyön tekijöiden mielenkiinto kuitenkin käsittää pitkäaikaishoidon hoitajien oman kokemuksen saattohoidon toteutumisesta käytännössä.

Opinnäytetyön tekijät halusivat tuoda esille sitä, miten kohdeyksikössä kuunnellaan omaisten mielipidettä ja halua osallistua saattohoidon toteutukseen. Kyselylomakkeessa kysyttiin myös, miten saattohoitopäätöksen teossa huomioidaan saattohoitopotilaan mielipiteet ja toiveet hänen hoitoonsa liittyen. Etenkin omaisille on tärkeää ymmärtää ja hyväksyä perheenjäsenensä tilanne, sillä kyseessä on parantumattomasti sairas ihminen. Saattohoitopäätöksellä selkeytetään hoitolinjausta sekä potilaalle että hänen omaisilleen. Saattohoito itsessään on tärkeää, koska silloin tulee korostaa elämänlaadun säilyttämisen ja turvallisuudentunteen luomisen merkitystä. Omaiset huomioidaan, sillä heidän läsnäolonsa voi toimia kärsimystä lieventävänä tekijänä potilaalle.

Opinnäytetyön kohderyhmä löytyi opinnäytetyön tekijälle tutusta työympäristöstä. Työyksikkö soveltui hyvin opinnäytetyön yhteistyökumppaniksi, sillä kyseessä on pitkäaikaishoidon yksikkö, joka tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa, kun kotiin järjestetyt hoivapalvelut todetaan riittämättömiksi. Tutkimuksen otanta on kaksitoista yksikön hoitohenkilökunnan jäsentä, koska vastauslomakkeita opinnäytetyön tekijät saivat takaisin kaksitoista kappaletta.

Opinnäytetyön teoriaosuuteen käytettiin erilaisia laajoja tiedonhakumenetelmiä. Myös kirjallisuutta opinnäytetyössä käytettiin laajasti. Osa käytetyistä lähteistä oli vanhoja, mutta opinnäytetyön tekijöiden mielestä käytetty asiasisältö vastaa nykypäivää ja sisältää oleellista tietoa. Opinnäytetyössä käytettyjä tietokantoja ovat Joanna Briggs Institute, Cinahl ja Pubmed. Myös Tampereen yliopiston tietokanta TamPubista löydettiin opinnäytetyölle tarpeellinen väitöskirja. Tietokannoista löydettiin tutkimuksia avainsanoilla saattohoito, hoitotyö, kipu, pitkäaikaishoito ja kuolema. Eniten opinnäytetyölle otollisia tutkimuksia löydettiin avainsanalla saattohoito. Myös englanninkielisillä hakusanoilla hospice care, terminal care, death, ethics ja pain löytyi opinnäytetyölle tarpeellista tutkimustietoa.

2 SAATTOHOITO

Tässä kappaleessa käsitellään saattohoidon teoreettista viitekehystä. Viitekehyydessä kerrotaan aluksi saattohoitopäätöksestä ja siihen liittyen potilaan hoitotahdosta. Kappaleessa tarkastellaan myös saattohoitopotilaan lääkehoidon piirteitä ja kivun kohtaamista ja sen asianmukaista hoitoa. Lisäksi teoriaosuus pyrkii avaamaan saattohoitopotilaan oirekuvaa, kuten hengitysteiden ja ruoansulatuskanavan oireita, iho-oireita ja turvotusta sekä psyykkisiä oireita, jotta hoito keskittyisi mahdollisimman hyvin potilaan oireiden lievittämiseen ja elämän mielekkyyden ja laadun ylläpitämiseen. Lopuksi käsitellään saattohoidossa olevien potilaiden omaisten kohtaamista ja huomioimista, sillä heidän roolinsa kuolevan potilaan hoidossa saattaa jäädä pieneksi, vaikka läheisten oikeanlainen kohtaaminen on tärkeä osa saattohoitopotilaan hoitoa.

Saattohoidon tavoitteena ei suinkaan ole kuolema, vaan mahdollisimman hyvä elämä tulee turvata loppuun asti. Kuoleman lähestyessä hoidossa korostuu vahvasti arvoperusteinen toiminta. Sen eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Hyvä saattohoito tulee varmistaa kaikille sitä tarvitseville. (Pajunen, T. 2013, 12.)

Saattohoito ajoittuu oletetun kuolinhetken viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Edellytykset hyvälle elämän loppuvaiheelle on tunnistaa ajoissa kuoleman lähestyminen ja ajoissa tehdyt hoitolinjaukset. Pääsääntöisesti saattohoitopotilaan kivunhoidossa käytetään vahvoja opioideja. Antoreitit ja muut erikoismenetelmät suunnitellaan potilaskohtaisesti. Vahvat opioidit sopivat myös hengenahdistuksen hoitoon. Yleisiä oireita saattohoitopotilaalla on maha-suolikanavan oireet. Suun oireita on muun muassa suun kuivuminen ja siitä johtuva kipu sekä infektiot. Pahoinvoinnin sekä ummetuksen hoito suunnitellaan oireiden mukaisesti. Huomioitavaa saattohoitopotilaan hoidossa on, ettei suonensisäinen nesteytys tai ravitsemus pidennä elinajanodotetta eikä paranna elämänlaatua. (Saarto, Hamunen, Konttila, Laukkala, Lehto, Matila, Mustonen, Pöyhä, Rahko, Räsänen, Sirkiä, Tohmo, Vuorinen & Väkevä 2018.)

Saattohoitopäätöksellä selkeytetään hoidon tavoitteita ja uutta hoitolinjaa sekä oikeutetaan hyvä loppuvaiheen hoito. Päätöksen tekeminen on tärkeää, mutta joskus sen tekeminen pitkittyy tai se jätetään kokonaan tekemättä. Saattohoitopotilaalle nimetään omahoitaja, joka suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaan hoitoa kokonaisvaltaisesti (Pirkanmaan hoitokoti, 2019). Saattohoitopotilaan omahoitajana toimii tavallisesti sairaanhoitaja tai perus- tai lähihoitaja. Hänen vastuullaan on varmistaa, että parantumattomasti sairas saa parasta mahdollista kivunlievitystä sekä muiden oireiden hoitoa. Omahoitajalla on kokonaiskuva potilaalle tärkeistä perheenjäsenistä ja muista läheisistä. (Surakka 2013, 94-95.)

Potilaan ja hänen läheisten kohtaaminen voi olla vaikeaa ja tästä syystä saattohoitopäätöksen sijaan voidaan päätyä esimerkiksi ”ei elvytetä” -päätökseen tai päätökseen ”siirtyä oireenmukaiseen hoitoon.” Saattohoitoon siirtyminen voi parantaa potilaan hoitoa ja hyvinvointia. Päätöksen jälkeen keskitytään hankalien oireiden lievittämiseen sekä läsnäoloon. Riittävän ajoissa tehty saattohoitopäätös tuo potilaalle enemmän hyötyä saattohoidosta. (Lääkäriliitto, 2018.)

Kärsimyksen lievittämisen taito on keskeisintä saattohoidossa. Ihminen tulee kohdata kokonaisvaltaisena yksilönä kärsimyksen lievittämiseksi. Silloin kipu ja muut oireet vaativat hyvää hoitoa. Eksistentiaalinen kärsimys on henkilökohtaista, koska se koskee juuri potilaan omaa elämää, mutta samalla se on kuitenkin yhteistä ja yhteisöllistä. Luopumisen vaikeus ei helpotu kuolemaa kiirehtimällä ja inhimillisellä yhteisönä meidän tulee kehittää ja ylläpitää hyvää tasoa saattohoidossa, sillä sen avulla lievitämme kärsimystä ja tuemme ihmisyyttä. Ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus ja sairaanhoitajan tulee tukea kaikkia osa-alueita. Myös potilaan hengelliset tarpeet tulee huomioida. (Mattila 2017.)

Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa pääasia on vuorovaikutussuhteen rakentuminen hoitosuhteeksi, jossa potilaan kunnioittaminen, turvallisuudentunteen luominen, läsnäolo, kuuleminen ja kuuntelu, luottamuksellisuus ja asiantuntijuus sulautuvat yhteen. Huolenpitoon kuuluu varmistaa, että potilas on selvillä sairautensa ja hoitonsa kokonaisuudesta. (Heikkinen, Kannel & Latvala. 2004, 42.)

Kun sairaanhoitaja pohtii, onko tehnyt kaikkensa potilaan kärsimyksen lievittämiseksi, on olennaista käydä lääkehoidon lisäksi läpi myös ei-lääkkeelliset keinot, kuten fysioterapia, rauhoittava kosketus, toisen ihmisen turvallinen läsnäolo sekä mahdollisuus puhua luottamuksellisesti mieltä painavista asioista. Kuolemaansa lähestyvän ihmisen hoitaminen on kunniatehtävä, joka edellyttää erityistä saattohoidon osaamista. (Mattila 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018) kirjoittaa verkkosivuillaan: ”Pitkäaikaishoitoa annetaan henkilölle, jolle ei voida järjestää hänen tarvitsemaansa ympärivuorokautista hoitoa kotona tai palveluasunnossa. Siihen sisältyy hoidon lisäksi ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. Pitkäaikaishoitoa annetaan vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla ja erilaisissa hoito-, hoiva-, veljes- ja sairaskodeissa. Myös järjestöt ja yksityiset yritykset tuottavat laitospalveluja.” Pitkäaikaishoidon yksikössä mahdollistetaan potilaalle lääkityksen, ravitsemuksen ja hygienian hoito sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen (Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto, 2018).

Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Iäkkäille avio- ja avopuolisoiden on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä. (L28.12.2012/980.)

Organisaatiokaavioiden, sairauskeskeisyyden ja mekaanisten hoito-ohjelmien sijasta saattohoidon tulisi keskittyä enemmän ihmisten väliseen toimintaan. Sen kehittäminen tulisi aloittaa potilaan lähtökohdista. Saattohoitopotilaan hoito edellyttää hoitohenkilökunnalta ja organisaatiolta joustavuutta. Hoitoyksikön tulee voida joustaa saattohoidon aikana potilaan ja hänen perheensä tarpeiden mukaisesti. Saattohoitoprosessin edetessä ei saa pitää pakonomaisesti kiinni prosessin alussa tehdyistä ratkaisuista. Hoitopaikkaa valitessa tulee kuulla ja mahdollisuuksien mukaan toteuttaa potilaan ja hänen omaistensa toiveita ja tarpeita. (Anttonen, 2016.)

Hyvän saattohoidon toteutumisen mahdollistaa työyhteisöjen kehittyminen, jonka lähtökohtana on potilaan, perheen ja hoitohenkilökunnan arvostava kohtaaminen. Työyhteisöjen johtamisessa ja kehittämisessä sekä tavoitteiden asettelussa tulee huomioida saattohoidon erityispiirteet. Saattohoidon kehittäminen hoitavassa organisaatiossa edellyttää yhteistyötä palliatiivisten- ja saattohoidon yksiköiden kanssa, konsultointimahdollisuuksia sekä lisäkoulutusta. (Anttonen, 2016.)

Moniammatillinen työyhteisö tekee päätöksen siirtyä saattohoitoon, kun potilas todetaan parantumattomasti sairaaksi. Se on lääketieteellinen päätös, jossa kivun ja muiden oireiden sekä esimerkiksi psyykkisten ongelmien käsittely on oleellista. Saattohoitoon siirtyminen olisi hyvä tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja päätöksen jälkeen tulee kertoa asiasta potilaan omaisille. Lääkärin tehtävänä on kirjata päätös sairauskertomukseen. Saattohoidon toteuttaminen yleensä kuuluu perusterveydenhuollon vastuulle. Oireet pyritään pitämään hallinnassa mahdollisimman yksinkertaisin toimenpitein. (Vaasan sairaanhoitopiiri 2018.)

Potilaan hyvinvoinnista tulee huolehtia. Potilaan fyysisiä oireita voi olla esimerkiksi kipu, hengitystieoireet ja ruoansulatuskanavan oireita. Kivunhoidossa ensimmäisenä nousee esille riittävä kipulääkitys. Potilaalla voi esiintyä esimerkiksi pahoinvointia ja ummetusta. Näissä tilanteissa myös oireenmukainen lääkehoito on tärkeää. Potilaan ympäristössä tulee huomioida, että potilaan omaiset saattavat olla jatkuvasti läsnä elämän loppuvaiheessa. Tämän vuoksi olisi tärkeää järjestää yhden hengen huone. Psykkisiä oireita saattaa olla esimerkiksi masennus ja ahdistus. Potilaalla on oikeus keskusteluun ja siihen, että häntä kuunnellaan. Tarpeen tullen mahdollisesti kipulääkitys nousee esille. Saattohoitoon eivät kuulu elämää pitkittävät hoidot, kuten elvytys ja suonensisäinen nestehoito sekä antibioottihoito, ellei näillä uskota olevan merkittävää vaikutusta potilaan kokemiin oireisiin. Potilaan ja hänen omaistensa henkinen tukeminen on tärkeää. Sanallinen ja sanaton viestintä korostuvat vuorovaikutuksessa, sillä hoitohenkilökunnan tuntemukset saattavat helposti siirtyä potilaaseen ja hänen omaisiinsa. Hyvän hoitosuhteen luominen on tärkeää kokonaisvaltaisessa hoidossa. Hoitohenkilökunnan tulisi luoda potilaalle turvallisen tuntuinen ympäristö sekä olla avoin, kiireetön ja läsnä hoitotilanteissa. Potilaalle tulee antaa mahdollisuus myös sielunhoitoon. Hoitohenkilön tulee

kuunnella potilasta riippumatta hänen omasta elämäkatsomuksestaan tai uskotaan huolimatta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2018.)

Hyvään saattohoitoon kuuluu kuoleman tapahduttua kunnioittaa vainajaa sekä hänen omaisiaan. Omaisille annetaan heidän tarvitsemansa tuki. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä miettiä, miten omaisille kerrotaan tapahtumasta, jos he eivät ole olleet paikalla kuolinhetkellä. Henkilökunnan tulee olla hienotunteinen esimerkiksi vainajan tavaroiden luovuttamisessa. Työyksikössä olisi hyvä olla toimintaohjeet käytännön asioiden hoitamista varten. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2018.)

2.1 Saattohoitopäätös ja hoitotahto

Saattohoitoon päädytään, kun parantavaa hoitokeinoa ei ole enää mahdollista antaa ja potilaan elämä lähenee loppuaan. Saattohoito on yksi osa palliativista hoitoa. Saattohoitopäätöksen teossa on tärkeää moniammatillinen ryhmä. Saattohoitopäätöksestä keskustellaan potilaan sekä mahdollisten omaisten kanssa. Päätös saattohoidon aloittamisesta voi olla yksi hoitolinjaus tai lopputulos pitkässä prosessissa. Lopullisen päätöksen saattohoidosta tekee potilasta hoitava lääkäri tai useampi lääkäri. (Lääkäriliitto, 2018.)

Ennen kuin tehdään päätös saattohoidon aloittamisesta, tulisi määritellä, mitä saattohoito on ja miten se eroaa palliativisesta hoidosta. Palliativisen hoidon katsotaan viittaavan kaikkien etenevien sairauksien oireenmukaiseen hoitoon, kun taas saattohoito merkitsee jo kuoleman lähellä olevien hoitoa. (Hänninen, J. & Anttonen, M.S. 2008, 23)

Saattohoitopäätöstä tehtäessä huomioidaan, että saattohoito voidaan toteuttaa potilaalle yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti. Hoitosuunnitelmasta tulee käydä ilmi potilaan tarpeet ja yksilölliset toiveet. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä selkeästi saattohoitopäätös sekä päätöksenteossa läsnä olleet henkilöt. (Lääkäriliitto, 2018.)

Saattohoitopäätöksen tavoitteena on tarjota potilaalle mahdollisuus saada uudelleen suuntautuvaa hoitoa ja välttää hylkäämisen kokemusta. Hoidon avulla potilas voi kohdata oman kärsimyksensä ja kuolemansa ja surra sitä. Hoitolinjat selkeytetään myös omaisille, mikä tekee heille mahdolliseksi käydä omaa luopumistyötään. (Hänninen & Anttonen 2008, 25.)

Saattohoitopäätös tulee olla heti näkyvillä potilasasiakirjoissa. Potilasta hoitavan hoitohenkilökunnan on oltava selvillä saattohoitoon päättämisestä. Selkeä päätös saattohoitoon siirtymisestä voi antaa hoitohenkilölle tukea esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaan omainen vaatii erikoissairaanhoidon palveluja. (Tanskanen, 2004, 25-26.)

Saattohoitopäätökseen kirjataan diagnoosi, joka johtanut saattohoitoon, sekä sairauden eteneminen. Päätökseen kirjataan myös potilaan senhetkiset oireet ja millaisia oireita on odotettavissa, sekä potilaan senhetkinen lääkitys mahdollisine sivuvaikutuksineen sekä tarvittaessa annettavat lääkkeet. Päätökseen kirjataan, millaisista tutkimuksista tai toimenpiteistä olisi vielä hyötyä potilaan hoidossa, sekä mitkä toimenpiteet ja tutkimukset on rajattu hoidon ulkopuolelle. (PKSSK, 2018.)

Hoitotahdossa on elämän loppuvaiheen hoitoa koskevia asioita. Hoitotahto on tunnettu aiemmin nimeltään hoitotestamentti, joka kuitenkin muutettiin, koska sana testamentti viittaa kuoleman jälkeiseen aikaan ja siitä hoitotahdossa ei ole kyse. Vuonna 1993 laki potilaan oikeuksista tuli voimaan Suomessa. (Hildén, 2006, 29.)

Laki potilaan asemista ja oikeuksista (L17.8.1992/785) linjaa potilaan itsemääräämisoikeudesta seuraavasti:

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Hoitotahdossa potilas on itse laatinut vaatimuksen elämää ylläpitävien hoitojen lopettamisesta, mikäli hänen ennusteensa on hoidoista huolimatta huono. Potilaan tulee tässä tilanteessa allekirjoittaa hoitotahto, jossa voi myös olla erilaisia

hoitovaihtoehtoja. Ei ole mitään tiettyä muotoa määrittää hoitotahtoa; se voi olla suullinen, potilaan itse kirjallisena muotoilema tai valmiiseen kaavakkeeseen täytetty. Yleensä hoitotahto käsittää hyvän kivunhoidon ja muun oireenmukaisen hoidon. (Hildén, 2006, 29-30.)

Potilaalla on myös oikeus palliatiiviseen sedaatioon, joka tarkoittaa kuolevan potilaan rauhoittamista lääkkein ja hänen tajuntansa alentamista oireiden lieventämiseksi tavalla, jonka hän, hänen läheisensä sekä hoitohenkilöstö hyväksyvät. Palliatiivisella sedaatiolla pystytään lievittämään elämän loppuvaiheessa oireita, joita ei voida hallita muilla keinoin. Palliatiivisen sedaation tarkoitus ei ole kuoleman jouduttaminen. (Käypä hoito 2018.)

Juridiset vaatimukset hoitotahdon toteutumisen kannalta on, että siinä on päivämäärä ja kaksi henkilöä on ollut todistamassa ja allekirjoittamassa hoitotahdon. Jos kyseessä on suullinen hoitotahto, kirjataan se potilastietoihin terveydenhuollon viranomaisen toimesta. Lääkärit ovat sitoutuneita juridisesti noudattamaan potilaan hoitotahtoa. (Hildén, 2006, 30-31.)

Potilas on itse vastuussa, että hoitotahto on hoitohenkilökunnan tiedossa ja saatavilla. Potilaalla on oikeus muuttaa hoitotahtonsa sisältöä tai perua koko hoitotahto. Kun potilas ei enää kykene itse kertomaan hoitotoiveitaan, astuu hoitotahto tällöin voimaan. (Hildén, 2006, 30.)

2.2 Saattohoitopotilaan lääkehoito

Palliatiivisen lääketieteen kehittymisen myötä kuolevien potilaiden hoitoon on tullut yhä enemmän aktiivilääketieteen piirteitä. Myös invasiivisia hoitoja on aika ajoin perusteltu potilaan hyvinvointia lisäävinä oireenmukaisina hoitoina. On kuitenkin toisinaan kyseenalaista, johtaako aktiivinen palliatiivinen toimenpide potilaan hyvinvoinnin kannalta toivottuun tulokseen. Potilaiden oireiden hallinta saattohoidossa on lääkehoidon lähtökohta, sillä potilaan yleistilassa tai oirekuvassa tahtahtuu harvoin spontaania parantumista. (Hänninen, 2003, 44.)

Tärkein, keskeisin ja eniten tutkittu saattohoitopotilaalla ilmenevään vaikeaan hengenahdistukseen käytetty lääkeryhmä on opioidit. Vaikka opioidiryhmän lääkkeillä ei ole indikaatiota hengenahdistuksen hoitoon, niiden käyttö tällä indikaatiolla on lisääntynyt. Niillä on monia vaikutusmekanismeja hengenahdistuksen lievittämiseksi. Ne vähentävät aivoissa hengenahdistuksen tunnetta ja siihen liittyvää kokemusta ahdistuneisuudesta. Ne myös vähentävät hengitystiheyttä ja herkkyyttä hiilidioksidin nousulle samalla vähentäen hapenkulutusta, joka johtuu kiihtyneestä keuhkotuuletuksesta. Tästä lääkeryhmästä eniten on tutkittu morfiineja, mutta muutkin opioidit ovat ainakin yhtä tehokkaita. Opioideista morfiineilla ja oksikodonilla on olemassa sekä suun kautta että ihon alle tai suonensisäisesti annosteltavat valmisteet. Fentanyyliä kivun hoidossa käytetään transdemaalaisesti, nenäsumutteena sekä resoriblettinä. (Nieminen, 2014, 119.)

Mikäli potilaalla on jo ennestään käytössä pitkävaikutteinen opioidi, annetaan potilaalle hengenahdistuksen hoidoksi hiukan pienempi annos kuin läpilyöntikipua, eli äkillistä ja ajoittain äkillisesti pahenevia kipupiikkejä hoidettaessa annettaisiin (Pöyhä, 2002). Pitkävaikutteisen opioidin annosta voidaan suurentaa noin neljänneksen verran porrastettuna, kunnes hengenahdistusoire saadaan hallintaan. Mikäli potilas voi niellä, lääkkeen voi antaa myös oraalisesti. Jos taas potilaalla ei ole käytössä opioidia, voidaan hengenahdistuksen hoidossa käyttää tarvittaessa esimerkiksi lyhytvaikutteista morfiini- tai oksikodonivalmistetta. Opioidi aloitetaan pienillä annoksilla ja annosta suurennetaan syntyneen vasteen mukaan. (Nieminen, 2014, 119-120.)

WHO:n porrasteisen hoitomenetelmän mukaan lääkkeen valinnan kriteerinä on kivun voimakkuus. Lievään kipuun valitaan mieto särkylääke (parasetamoli tai tulehduskipulääke), kohtalaiseen kipuun edellä mainittuun liitetään särkylääke, jolla on heikko tai keskivahva opioidivaikutus (kodeiini, dekstropropoksifeeni, tramadoli tai buprenorfiini), ja voimakkaaseen kipuun määrätään vahva opioidiagonisti (morfiini, oksikodoni, metadoni tai fentanyyli). WHO:n mukaan jokaiseen portaaseen voi lisäksi liittää niin sanotun oheislääkkeen, spesifisen lääkkeen, joka on tarkoitettu joko lisäämään analgesiaa, eli kiputunnottomuutta, tai lievittämään kipulääkkeiden haittoja. Oheislääkkeisiin voidaan lukea tässä järjestelmässä muun muassa

trisykliset masennuslääkkeet ja epilepsialääkkeet neuropaattiseen kipuun, spasmolyytit ja haloperidoli opioidien aiheuttamaan pahoinvointiin. (Vainio, Saarto, Hänninen, 2004, 77.)

Tulehduskipulääkkeillä, opioideilla ja hermovauriokivun lääkkeillä saadaan oikein annosteltuina ja haittavaikutukset huomioimalla suurin osa syövän aiheuttamasta kivusta hoidettua hyvin. Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita erityisesti luustoetäpesäkkeiden aiheuttaman kivun hoidossa. Opioidit lievittävät kivun lisäksi myös lähestyvän kuoleman mukanaan tuomaa ahdistuneisuutta ja hengitysoireita. Saattohoitopotilaan kipua voidaan hoitaa turvaamalla peruskivunlievitys pitkävaikutteisella opioidilla ja läpilyöntikipuun antaa nopeavaikutteisia valmisteita. Anestesia- ja kipulääkkeet voivat annostella kipulääkityksen selkäydinnesteeseen tai epiduraalitalaan ohuen katetrin kautta. (Kalso, 2014, 141-142.)

Saattohoitopotilaan ruokahaluttomuutta voidaan myös hoitaa lääkkeellisesti: ruokahalun lisäämiseksi voidaan käyttää esimerkiksi progestiineja, kortikosteroideja, prokineetteja, kannabinoideja tai talidomidia. Ennen ruokahalua lisäävien lääkkeiden käyttöönottoa tulee kuitenkin huomioida mahdolliset muut syyt ruokahaluttomuudelle. Se voi johtua muun muassa kivusta, ahdistuneisuudesta, pahoinvoinnista, suun kuivuudesta tai limakalvoinfektiosta. (Hänninen, 2003, 156.)

Jos potilas ei kykene ottamaan lääkitystään suun kautta, vaihtoehtoisista annostelu- reiteistä ihonalaisista käytetään ensisijaisesti. Ihonalaisesti voi annostella esimerkiksi opioideja, kuten morfiini, oksikodoni ja fentanyl, pahoinvointiin käytettyjä metoklopramidia ja haloperidolia sekä ahdistuneisuuteen loratsepaamia ja midatsolamia. Jatkuvalle ihonalaiselle infuusiolla (kipupumpulla) saadaan aikaan yhtä hyvä vaste kuin suonensisäisiä reittejä käyttämällä. (Hänninen, 2003, 113.)

2.3 Saattohoitopotilaan omaiset

Saattohoitopotilaan hoidossa tulee huomioida sekä potilas että hänen omaisensa. Kyseessä on parantumattomasti sairaan ihmisen hoito, joka koskettaa kaikkia hänen elämässään olevia ihmisiä. Saattohoitopotilaalla ei aina ole selkeästi lähiomaisia

potilastietojärjestelmissä. Voi olla, että kyseessä on yksinäinen tai iäkäs ihminen, jonka läheisimmät ovat olleet haudan levossa jo kauan. Hoitohenkilökunta voi joskus ajatella liian yksiselitteisesti, kuka on lähiomainen. Saattohoitopotilas on syvälisten kysymysten äärellä lähestyessään kuolemaa ja silloin hänelle ei välttämättä riitä vain yksi nimi lähiomaisen kohdalla potilastietojärjestelmässä. Yleensä sana omainen mielletään sukulaiseksi tai perheenjäseneksi. Lähiomainen toimii sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteyshenkilönä muille omaisille ja läheisille. Virallisesti vain lähiomaiselle tulee kertoa potilaan voinnin muutokset sekä lopullisesta kuolemasta. Saattohoidossa jokaisella potilaan läheisellä on oikeus tulla kohdatuksi, koska he ovat potilaan ajatuksissa ja puheissa ja näin mukana potilaan elämän loppuvaiheessa. (Surakka, 2013, 91-93.)

Saattohoitopotilaan mielessä voi olla usein kysymyksiä, kuten miten hänen läheisensä selviytyvät. On tärkeää tehdä potilas tietoiseksi siitä, että hänen läheisilleen kuuluu hoitohenkilön tuki jokaisessa vaiheessa hoidon edetessä sekä vielä potilaan kuoleman jälkeen. (Surakka, 2013, 94.)

Omaisten yleisimmät kysymykset ovat, että hoidettiin heidän läheistään hyvin ja tuliko kaikki mahdollinen varmasti tehtyä. Hoitohenkilökunnan tulisi tukea omaisia vielä heidän läheisensä kuoleman jälkeen ja mahdollistaa, että he voivat keskustella mieltä painavista asioista. Saattohoitopäätöksellä mahdollistetaan omaisten mahdollisuus osallistua hoitoon potilaan haluamalla tavalla. (Surakka, 2013, 94.)

Saattohoitopotilaan läheiset tarvitsevat tietoa sairaudesta, hoitamisesta ja kuoleman lähestymisestä. He tarvitsevat luottamusta, toivoa ja turvallisuutta. Yleensä omaisten toiveena on, että heidän läheisensä saa parhaan mahdollisen hoidon eikä hän joutuisi kärsimään elämänsä viimeisillä hetkillä. Koska sairauden etenemistä on vaikea ennustaa saattohoitovaiheessa, tulee kuunnella, mitä potilas ja hänen omaisensa pohtivat ja mikä heitä ahdistaa. Hoitoneuvottelun järjestäminen on hyvä keino luoda avointa keskustelua osapuolten kesken. Hoitoneuvottelussa pyritään löytämään perheen voimavarat ja vahvuudet. Perheen lapsia ja nuoria ei tule jättää ulkopuolelle. He voivat olla kiinnostuneita, miten kuolema tapahtuu. Asioista tulisi puhua niiden oikeilla nimillä. (Surakka, 2013, 99-101.)

Saattohoitopotilaan kuolema saattaa aiheuttaa hänen omaisissaan vahvoja tunnekokemuksia, surua ja luopumista. Toisinaan kuolemanpelko on niin vahvasti läsnä, ettei tilannetta välttämättä ajatella kunnolla. Käytännön asioissa hoitopaikan sosiaalityöntekijät voivat olla omaisten apuna, esimerkiksi järjestelemässä hautajaisia ja muistotilaisuutta. (Grönlund & Huhtinen, 2011, 140-142.)

Omaiset odottavat saavansa hoitohenkilökunnalta tietoa omaisensa tilanteesta. Hoitohenkilökunnalla tulee olla kyky vastata surevan tarpeisiin. Hoitotyössä vaaditaan riittävää inhimillisyyttä, jotta kykenee lievittämään omaisten tuskaa ja ahdistusta. Hoitoyksikössä olisi hyvä olla perillä tukimuodoista, joita yhteiskunta ja seurakunnat tarjoavat läheisensä menettäneille ihmisille surukokemuksen aikana. (Grönlund yms. 2011, 158-159.)

2.4 Saattohoitopotilaan perushoito

Hoitotyön perustehtävä on tarjota terveyttä ja hyvinvointia potilaille ja heidän omaisilleen turvaamalla laadukkaat hoitotyön menetelmät ja edelleen kehittää näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hoitotyön käytänteet pohjautuvat tutkittuun tietoon ja vankkaan kokemuspohjaan. Henkilökunnan osaaminen ja hyvinvointi takaavat näyttöön perustuvan toiminnan, hoitotyön laadun toteutumisen sekä tehokkaat potilaslähtöiset hoitotyön toiminnot. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2018.)

Potilaan iho pyritään pitämään puhtaana ja hajuttomana. Liikkuvalle potilaalle viikoittainen suihku on sopiva, kun taas vuodepotilaalle tulee tehdä päivittäin vuodepesut. Suihkutuksen tai vuodepesujen yhteydessä on hyvä tarkkailla ihon muutoksia, turvotuksia ja mahdollisten painehaavaumien kehittymistä. Kosteusvoiteella tai öljyllä voi hoitaa potilaan kuivaa ihoa. Potilaan kynnet leikataan säännöllisesti ja hiuksia voidaan pestä tarpeen mukaan. Vaatteiden ja liinavaatteiden vaihto virkistää potilaan mieltä ja ehkäisee epämiellyttävien hajujen syntymistä. (Pinomaa, 2000, 32.)

Pamela van der Riet, Phillip Good, Isabel Higgins ja Ludmilla Sneesby kirjoittavat tutkimuksessaan 2008 ”Palliative care professionals’ perceptions of nutrition and

hydration at the end of life”, että suun hoito vähentää kärsimystä. Tutkimukseen osallistunut henkilökunta ei nähnyt suun kuivumista kärsimystä lisäävänä, sillä potilaille tarjottiin hyvää suun hoitoa.

Saattohoitopotilaat voivat kokea oireita myös suun alueella. Yleisin oire on suun kuivuminen, ja suun hoidossa tärkeintä onkin riittävä kosteuttaminen ja puhtaana pitäminen. Suun kuntoa tutkittaessa mahdolliset irtoproteesit tulee poistaa ja niiden kunto tarkistaa. Tarkastetaan ja tarvittaessa palpoidaan limakalvot, kieli, suupohja ja suulaki. Terveessä suussa limakalvot ovat kosteita, vaalean punertavia ja aristamattomia. Turvotus, punoitus ja kipu ovat yleensä merkkejä infektiosta. Hampaat tulisi tutkia ja painella yksitellen ja arvioida niiden kunto. Imusolmukkeet on myös suositeltavaa tunnustella. Saattohoitopotilaan suun kostuttamiseen voi käyttää lähes mitä tahansa potilaalle mieluisaa nestettä pieninä annoksina usein. Pehmeitä hedelmäpaloja voi myös käyttää apuna, mikäli potilas jaksaa nielaista ne. Mikäli nieleminen on haastavaa tai potilas ei siihen enää kykene, suuta voi kostuttaa 1-2 tunnin välein nesteellä puhdasta pumpulipuikkoa apuna käyttäen. Limakalvot pyyhitään päivittäin kostealla taitoksella ja huuliin ja suupieliin voi laittaa tarpeen tullen esimerkiksi Bepanthen-voidetta. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska, 2018, 48-52)

Lääketieteellisen nesteytyksen ja ravitsemuksen toteuttaminen on tutkimuksen mukaan kiistelty aihe. Terveystieteiden ammattilaiset saattavat epäröidä sen lopettamista. Epäröinti johtuu siitä, että potilaan omaiset voivat toivoa lisäravitsemusta tai -nesteytystä, koska saattavat esimerkiksi pelätä omaisensa kuolevan janoon tai nälkään ja saattavat nähdä terveydenhuollon henkilöstön tällöin osallisena potilaan kuolemaan, jos lisäravitsemuksesta tai -nesteytyksestä luovutaan tai sitä ei aloiteta. (Van der Riet, ym. 2008)

Potilaan psyykinen hyvinvointi tulee huomioida hoidon kaikissa vaiheissa keskustelemalla voinnista, läheisistä ja arkipäivän selviytymisestä. Keskustelun ja kuuntelemisen tärkeys korostuvat kohtaamisessa. Myös mielialalääkityksen käyttöaiheita tulee harkita esimerkiksi mielihyvän katoamisen ja mielialan laskun yhteydessä. Unettomuus ja masentuneisuus tulee huomioida. Potilas voi kokea syvää ahdistusta; hyviä rauhoituskeinoja tällaisissa tilanteissa ovat esimerkiksi hyvä

hoitosuhde, joka perustuu keskusteluun, kuuntelemiseen ja luottamuksellisuuteen, hoitosuunnitelman selventäminen ja potilaalle siitä selittäminen sekä somaattisten oireiden hyvä ja riittävä hoito. Tarvittaessa ja lyhytaikaisesti voi potilaalle myös antaa nukahtamislääkettä. (Idman, 2018, 104.)

Idman (2018, 104) kirjoittaa tekstissään masennuksen ja surun erottamisesta toisistaan. Pääpiirteittäin suru menee ohi, omanarvontunto säilyy, usko tulevaisuuteen ja elämänhaluun säilyy ja alakulon tuntemukset ovat jaksottaisia, kun taas masennuksessa oireet ovat pysyviä, potilaalla on hylätty ja yksinäinen olo, hän väheksyy itseään ja kokee itseinhon tunteita, tulevaisuus tuntuu onnettomalta eikä elämällä ole kuin vähän nautintoa tuottavia asioita, alakulo on jatkuva mielentila sekä potilaalla on itsetuhoisia ajatuksia tai hän on vahingoittanut itseään.

On tärkeää olla läsnä ja myötäelää potilaan kanssa hänen sairautensa eri vaiheissa. Läsnäoloon liittyy kiinteästi silmiin katsominen, rauhallinen ja kiireetön olemus ja potilaan oman tilan kunnioittaminen. Keskustellessa keskeytyksiä tulee välttää: jos hoitaja katselee puhelinta, tietokoneen ruutua, papereita tai vilkuilee kelloa, voi potilas kokea sen hänen vähättelemisenään. Pitää myös muistaa, että hiljaisuus ei ole huono asia ja potilaan kanssa keskustellessa kaikkea hiljaisuutta ei tule täyttää puheella; joskus pelkkä läsnäolo riittää. Hoitajan on hyvä myös pysähtyä miettimään omia tunteitaan ja oppia kohtaamaan ne kehittyäkseen ammatillisesti. (Hietanen, Vainio, 2018, 108.)

Henkisyys tarkoittaa kiinnostusta elämän arvoja, tarkoitusta ja olemassaoloa koskevia kysymyksiä kohtaan. Hengellisyys taas on yksi osa henkisyyttä; se on ihmisen sisäinen kiinnostus jumalaa, jumaluutta tai korkeampia voimia kohtaan. Siihen liittyy myös suhde muihin ihmisiin. Spiritualiteetti on tietoisuus arkitodellisuuden ohittavaan, toiseen tai ylempään todellisuuteen ja liittyy elämän tarkoituksellisuuden kokemukseen vaikean sairauden keskellä. Tätä tukemalla voidaan lisätä potilaan toivoa ja hyvinvointia. Sielunhoito on potilaan tukemista, lohduttamista ja toivoon rohkaisemista ja se auttaa eksistentiaalisten kysymysten äärellä. (Muurinen, Sipola, Vainio, 2018, 140.)

Lähestyvän kuoleman alla ihminen alkaa kokea oman olemassaolonsa uhkaa. Koko eletty elämä on arvioitava uudelleen; hengellinen tuki saattaa vahvistaa tunnetta elämänhallinnasta, turvallisuudesta ja toivosta. Hengellisen hoidon avainasemassa on hoitajan kunnioittava asenne ja elämänarvon arvostaminen. Hengellisen hoidon toteutus ei vaadi hoitajalta uskonnollista vakaumusta, vaan sen keskeisin asia on kyky kuunnella ja auttaa potilasta oman elämänsä tarkoituksen löytämisessä. Se edellyttää potilaan ehdotonta hyväksyntää, empatiaa, oman haavoittuvuuden myöntämistä sekä kaikenlaisten tunteiden hyväksymistä. Oman elämäkatsomuksen pohdiskelu auttaa hoitotyön kohtaamistilanteita, sillä se mahdollistaa potilaan tukemista elämän tarkoituksen etsimisessä. Potilaan tulee saada tulla kohdatuksi, nähdyksi ja kuulluksi. (Muurinen ym. 2018, 141.)

2.5 Saattohoitopotilaan kokemat oireet

Viimeisten elinpäiviensä aikana saattohoitopotilaan vointi ja liikuntakyky heikenevät. Kiinnostus ravintoa ja juotavaa kohtaan usein katoaa, sillä nielemisrefleksi hankaloituu ja uneliaisuus lisääntyy. Oireiden hyvän hoidon ja perheen tukemisen merkitys kasvaa, eikä potilaan identiteetti katoa sairauden tai diagnoosin taakse. Hoitohenkilökunnan tulee oppia herkästi vaistoamaan potilaan ja omaisten stressiä ja ahdistus. On myös tarpeen arvioida ja hoitaa saattohoitopotilaan oireita säännöllisesti ja informoida omaisia potilaan voinnin muutoksista. (Korhonen & Poukka 2013.)

Yleisimpiä saattohoitopotilaan oireita ovat kipu, hengitystieoireet, ruoansulatuskanavan oireet, iho-oireet, turvotus ja psyykkiset oireet. Ihmistä tulee kohdella psykofyysissosiaalisena yksilönä myös kuoleman lähestyessä. Lisäksi saattohoitoa toteutettaessa tulee huomioida potilaan mahdollinen hengellinen vakaumus. Saattohoidon tarkoituksena on potilaan oireiden aiheuttaman kärsimyksen lievittäminen sekä elämänlaadun mielekkyyden säilyttäminen. (Terveyskirjasto 2018.) Parantamattomasti sairaan potilaan hoidossa on tärkeää kokonaisvaltainen oirearviointi. Käypä hoito -suositukset ovat hyvä työväline potilaan hoidossa, koska niitä päivitetään jatkuvasti. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen, 2015, 17.)

2.5.1 Kipu

Saattohoitopotilaan kokemaa kipua ei tule vähätellä; se on saattohoitopotilailla yleinen oire. Kivun ja psyykkisten ongelmien välillä on yhteys: psykiatrisista potilaista liki puolet kärsii kivuista ja kroonista kipua sairastavilla voidaan todeta myös jokin psyykkinen häiriö. Kipu voidaan jaotella esimerkiksi syöpäpotilailla seuraavasti: nosiseptiivinen kipu, joka on kudostuhon aiheuttamaa ärsytystä, viskeraalinen kipu, joka johtuu onttojen elinten ja sileän lihaksen venytyksestä ja neuropaattinen kipu, joka on seurausta hermovauriosta. Idiopaattisen kivun syytä taas ei tiedetä. (Hänninen, 2003, 72-73.)

Saattohoitopotilaan kipukokemusta yritetään havainnollistaa muun muassa VAS-asteikoilla, joko numeerisella tai sanallisella asteikolla. Potilaan kiputilassa tapahtuvat muutokset ja hoitojen vaikuttavuus saadaan selvitettyä, kun potilasta pyydetään toistuvasti arvioimaan kipuaan samaa asteikkoa hyödyntäen. Kivun säännöllinen monitorointi ja dokumentointi on hyvän kivunhoidon kulmakivi. Lisäksi kivun jatkuva arviointi ja kirjaaminen viestivät potilaalle, että hoitava taho on kiinnostunut hänen hoidostaan ja hyvinvoinnistaan, mikä lisää hoitomyöntyvyyttä ja vähentää ahdistusta. (Hänninen, 2003, 82.)

Kivun sanallinen kuvaaminen voi olla potilaalle vaikeaa ja kivun luonnehtimista hankaloittaa entisestään sen sekamuotoisuus. Kivun intensiteetti, sijainti, laatu ja säteily eivät anna kokonaiskuvaa potilaan kokemasta kivusta. Vaikka kipu esiintyy samanlaisena, sen aiheuttaja ja syyt voivat olla erilaisia. Saattohoitopotilaan yleisimpiä kivuiksi luokiteltavia vaivoja ovat muun muassa ummetus ja ruokatorvitulehdus. Ne sekoitetaan usein muihin kiputiloihin, vaikka ovat yksinkertaisia hoitaa ja reagoivat huonosti kipulääkitykseen. (Hänninen, 2003, 84.)

Potilaan mieliala ja käsitys omasta hyvinvoinnistaan vaikuttavat siihen, miten voimakkaana potilas milloinkin kokee kivun. Potilaan kipuun liittämä merkitys, kognitiivinen modaliteetti, vaikuttaa kipukokemukseen. Kipuun liitetyt merkitykset vaikuttavat myös siihen, miten ja millä sanoin potilas kuvailee kipujaan. Potilaat voivat myös jättää kertomatta kivuistaan, koska pelkäävät oireiden lisääntymisen esimerkiksi estävän lääkäriä keskittymästä olennaisesti taudin hoitoon. He saattavat

pelätä oireiden lisääntymisen merkitsevän taudin etenemistä ja kuoleman lähestymistä, eivätkä siksi kerro oireista lääkärille. Lääkityksen aloittamista voi niin ikään lykätä potilaan ja omaisten pelko siitä, että opioidilääkityksen aloittaminen on viimeinen keino kivun hoitamiseksi, eikä siitä ole paluuta. (Hänninen, 2003, 75)

Äärimmäisenä keinona saattohoitopotilaan kivun helpottamiseksi kuoleman lähestyessä voidaan käyttää palliatiivista sedaatiota. Sen lähtökohtana on, että potilas kärsii sietämättömistä oireista, joita muilla keinoilla ei saada kuriin. Edellytyksenä on lisäksi se, että potilas ja omaiset ovat tietoisia sedaation luonteesta ja hyväksyvät sen. Potilaan toiveen taustalla on usein vaikeiden oireiden lisäksi koettu yleinen heikkous, väsyminen alati lähestyvään kuolemaan sekä oman elämän tarkoituksen häviäminen. Potilas voidaan sietämättömän tuskan lievittämiseksi asettaa sedaatioon väliaikaisesti tai viimeisiksi elinpäivikseen. Oireiden vaikeustaso määrittää sedaation syvyyden. Sedaatio voi olla jatkuva tai jaksoittainen, joka tarkoittaa sitä, että yöksi sedatoidaan ja päivän ajaksi taas ei. (Hänninen, 2012, 91-93)

Kontrolloimaton kipu voi johtaa toivottomuuteen, pelkoihin ja suureen kärsimykseen, mutta kokemus edes tämän yhden oireen hallinnasta saattaa lievittää kauhukuvia tuskaisasta kuolemasta. Elämään kyllästyminen, elämän mielekkyyden katoaminen ja kuoleman toiveet saatetaan tulkita fyysiseksi kivuksi ja hoidoksi määrätään kipulääkityksen nostaminen. Näin potilaalle saatetaan tiedostamatta luoda hoidosta johtuvaa kärsimystä. (Hänninen, 2004, 249.)

Hunnicut, Tjia ja Lapane selvittivät tutkimuksessaan ”Hospice use and pain management in elderly nursing home residents with cancer” (2016), että kivunhallinta on yksi tärkeimmistä päämääristä saattohoitopotilaalle ja hänen läheisilleen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että niillä saattohoitopotilailla, joilla on raportoitu tai huomattu esiintyvän kipua on huomioitu paremmin kivunhoitomenetelmät. Saattohoitopäätöksen saaneilla potilailla on tutkimuksen johtopäätöksen mukaan parempi elämänlaatu, kuin niillä potilailla, jotka eivät ole saaneet saattohoitopäätöstä, koska kivunhoitoon kiinnitetään paremmin huomiota.

2.5.2 Hengitystieoireet

Saattohoitopotilas saattaa kokea hengitystieoireita, jotka voivat vaikuttaa merkittävästi myös elämänlaatuun. Yleinen hengitystieoire on hengenahdistus. Se saattaa johtua hengitystilavuuden pienentymisestä esimerkiksi pleuranesteen kertymisen vuoksi. Hengenahdistusta voi myös aiheuttaa esimerkiksi verenkierron ongelma tai psyykinen tekijä kuten ahdistus. Hengenahdistusta voidaan lievittää opioideilla. Hengenahdistuksen hoitoon suositellaan myös tuuletinta suunnattuna kasvoihin, sillä ilmavirta saattaa lievittää hengenahdistusta. Muita potilaskohtaisia keinoja lievittää hengenahdistusta ovat esimerkiksi asentohoito, lihasvoimia ylläpitävä harjoittelu ja liikkumisen apuvälineet. (Käypä hoito 2018.)

Hengitysoireina voi ilmetä myös yskää ja veriyskää. Potilaan oireita saadaan lievitettyä tehokkaimmin, kun hoidetaan yskän aiheuttajaa. Se saattaa olla esimerkiksi pleuranesteen ärsytys, hengitystieinfektio tai aspiraatio. Tätäkin oiretta voidaan lievittää lievittää opioideilla. Veriyskän hoidossa tutkitusti tehokkain lääkehoitona on käyttää traneksaamihappoa. (Käypä hoito 2018)

Yllä mainittuja oireita saattaa aiheuttaa hengitystie-eritteet. Eritteet voivat myös aiheuttaa hengityksen korinaa. Tämän oireen aiheuttamien oireiden hoidosta ei ole kontrolloituja tutkimuksia. Hengitystie-eritteiden hoidossa hengitysfysioterapian menetelmistä ja apuvälineistä on apua. Pulloon puhallus -menetelmä on yksi keino lievittää hengitystie-eritteiden kertymistä. Siinä puhalletaan ohuella letkulla pulloon, joka on täytetty 10-20 cm vettä. Tässä menetelmässä käytetään hyödyksi uloshengityksen vastapainetta. (Käypä hoito 2018.)

Saattohoitopotilas saattaa kokea myös hikan hengitystieoireena. Tämä johtuu yleisimmin pallean ärsytyksestä, infektiosta tai keskushermostoperäisestä syystä. Jotkut lääkkeet saattavat myös edesauttaa hikan syntymistä. Pitkittyneenä hikka on kiusallinen ja se vaatii hoitoa. Lääkehoidosta saattaa olla hyötyä pitkittyneessä hikka, vaikka luotettava tutkimustulos asiasta puuttuu. (Käypä hoito 2018.)

2.5.3 Ruoansulatuskanavan oireet

Saattohoitopotilaan ruoansulatuskanavan ongelmat voivat olla sairauden, sen hoidon, liittännäiskomplikaatioiden tai erilaisten psykososiaalisten tekijöiden aiheuttamia. Saattohoitopotilaan kakeksiaoireyhtymä, autonomisen hermoston häiriö, opioidien käyttö tai kaikki yhdessä ovat yleensä ongelmien taustalla ja aiheuttavat elimistössä samankaltaisia patofysiologisia muutoksia. Ruoansulatuselimistön ongelmien nopea havaitseminen sekä niiden hyvä hoitaminen on saattohoitopotilaan elämän laadullisuuden ja pituuden kannalta suuri merkitys. Suolen toiminta ja ravinnon vastaanottaminen vaikuttaa positiivisesti myös potilaan ja hänen omaistensa psykologiseen hyvinvointiin; läheiset saattavat esimerkiksi tulkita ravinnonoton vähenemisen merkiksi nälkään kuolemista. (Hänninen, 2003, 152.)

Kakeksia tarkoittaa vaikeasti sairaan potilaan kuihtumista, pahoinvointia, fyysisen suorituskyvyn laskemista ja ruokahaluttomuutta. Laihtuminen ja siihen liittyvä lihasmassan katoaminen johtavat heikkouden ja väsymyksen lisääntymiseen. Kakeksia esiintyy yli puolella saattohoitopotilaista, ja se onkin merkittävä kuolemaa jouduttava tekijä. Ruokahaluttoman ja edelleen laihtuvan potilaan hoitaminen kotona kuormittaa omaisia runsaasti. Läheisen kuihtumisen näkeminen aiheuttaa perheelle psyykkistä ja emotionaalista ahdistusta, ja negatiiviset tunteet voivat purkautua potilaaseen kiukustumisena ja turhautumisena. Ravitsemustilan heikkeneminen aiheuttaa potilaan voimattomuuden lisääntymisen, ulosteen ja virtsan pidättelykyvyn heikkenemisen ja kasvaneen levontarpeen, mitkä tekevät omaishoidosta raskasta. Tilanne voi aiheuttaa omaishoitajan väsymisen ja lähes aina saa hänet toivomaan potilaan kuolemaa, mikä puolestaan synnyttää syyllisyydentunteita. (Hänninen, 2003, 152-155.)

Pahoinvointi oireena voi olla monen eri aiheuttajan summa. Siihen liittyy yleensä oksentelu ja toisinaan ruokahaluttomuutta ja suolen toiminnan muutoksia. Ummetus lisää pahoinvoinnin kokemusta, ja se voi olla seuraus kuivumisesta, lääkkeitä tai imeytymishäiriöstä. Vatsaontelon tilaa vievät kasvaimet ja muut muutokset voivat lisätä pahoinvointia. Jotkin lääkkeet, kuten opioidit, solunsalpaajat ja masennuslääkkeet saattavat lisätä pahoinvointia. Pahoinvoinnin selvittelyssä

saattohoitopotilaan kuvaus oireesta ja kliininen tutkimus yleensä riittävät, mutta joissakin tapauksissa laboratoriokeet ovat tarpeen. Pahoinvoinnin voimakkuuden arvioinnissa voidaan käyttää kivun arviointiin käytettyä VAS-asteikkoa. Joskus pahoinvoinnin voi aiheuttaa potilaan pelkotila ja ahdistus; niiden lievittämiseen loratsepaami voi auttaa. (Hänninen, 2003, 158-162.)

Useat saattohoitopotilaat kärsivät ummetuksesta. Sen aiheuttaa tavallisimmin yleisen heikkouden aiheuttama liikkumattomuus, ravitsemuksen muutokset ja kuivuminen sekä lääkkeet. Vahvat kipulääkkeet, opioidit, ovat yleinen ummetuksen aiheuttaja. Ummetukseen liittyy voimakas epämukavuuden tunne, pahoinvointi ja joissakin tapauksissa sekavuutta. Jos ummetuksen ehkäisy on epäonnistunut, keskitytään suolen toimittamiseen. Vaikka ummetus hankaloittaa potilaan elämää ja sen hoitoon tulee panostaa, ei sen pitäisi nousta keskeisimpään osaan kuoleman lähestyessä. (Hänninen, 2003, 163-164.)

Ummetuksen erottaminen suolistotukoksesta voi olla haasteellista ja oirediagnoosiikka voi hankaloittaa ripuli, joka aiheutuu nestemäisen ulosteen valumisesta tukkeen ohi (ohivuotoripuli). Täydellisessä tukoksessa suolesta ei tule eritteitä eikä ilmaa. Kliinisessä tutkimuksessa muun muassa suoliäänet puuttuvat tai niiden laadussa on muutos aikaisempaan ja vatsan ympärystymitta on kasvanut. (Hänninen, 2003, 177.)

Saattohoitopotilaan makuaiisti voi muuttua taudin edetessä ja esimerkiksi maustetut ruoat tai suuret annokset voivat aiheuttaa närästystä ja pahoinvointia. Joskus potilaan kokema suurin kipu on peräisin suun ongelmista. Suun hoitamisessa päämääränä on kivun vähentäminen ja syömisestä helpottaminen. Suuta tulee kostuttaa infektioiden estämiseksi ja epämukavuuden tunteen välttämiseksi. Infektioita aiheuttavat esimerkiksi sienet, syljen koostumuksen muutokset, kakeksia, hammasproteesit, huono suuhygienia ja diabetes. Opioidit taas voivat lisätä suun kuivumista, mikä aiheuttaa kipua ja siten kipulääkityksen tarve nousee. Suun hoitoon myös omaiset voivat osallistua, ja konkreettisesti hoitoon osallistuminen ja potilaan hyvinvointia edistävät toimet helpottavat omaisten ahdistusta. (Hänninen, 2003, 169.)

Kuivaan suuhun saattaa liittyä lisäksi vaikeuksia niellä tai puhua, makumuutoksia ja polttavaa tunnetta kielellä ja limakalvoilla. Kuivan suun aiheuttaa epämukavuutta voi helpottaa suun huolellisella hoidolla ja puhdistamisella, jääkuutioita tai -murskaa imeskelemällä, sokerittomilla imeskelytableteilla ja purukumilla, ananaslohkoilla ja perinteisesti kostutusgeeleillä ja -voiteilla. (Hänninen, 2003, 171.)

Saattohoitopotilaan kuoleman lähestyessä nieleminen vaikeutuu. Syömisen ilo vähenee, kun nielemisvaikeudet lisääntyvät; nieleminen voi olla potilaalle niin vaihalloista ja vaikeaa, että syömisen tuottama nautinto vähenee. Nieleminen helpottuu, kun ruoka tarjotaan juoksevina ja juomat sakeutettuna. Yleiskunnan laskiessa potilas ei enää jaksaa pureskella ruokaansa ja ruoka saattaa voimattomuuden tuloksena valua suusta ulos. Nielemisvaikeudet kasvattavat aspiraatoriskiä, joten potilaan ohjaaminen oikeaan asentoon ja syömisessä avustaminen ovat tärkeitä seikkoja ravinnonsaannin turvaamiseksi. (Hänninen, 2003, 172-174.)

2.5.4 Iho-oireet ja turvotus

Saattohoitopotilaan yleisimmät iho-oireet ovat turvotus, haavaumat, painehaavaumat, kutina ja hikoilu. Saattohoidossa turvotus aiheutuu useimmiten alentuneen immunestekierron aikaansaamasta kudosturvotuksesta (lymfedeema). Mikäli potilaalla on esimerkiksi munuaisten tai sydämen vajaatoimintaa, syntyy yhteisvaikutuksen takia nestekierron ylikuorma ja siten nesteen kertymisen aiheuttama turvotus. (Hänninen, 2003, 188.)

Liikkumattomuus saa aikaan nestekierron heikentymisen ja siten turvotusta, joka esiintyy tavallisesti raajoissa. Raajan nostaminen kohoasentoon vähentää aluksi turvotusta joissain määrin. Kun turvotus kehittyy pitkälle, raaja muuttuu kovemmaksi kudosisfibroosin muodostumisen vuoksi. Äärimmilleen päässyt turvotus voi aiheuttaa raajan massiiviseksi turpoamisen ja kovettumisen, mitä kutsutaan elefantiaasiksi. Turvotukseen ei tässä vaiheessa välttämättä liity kipua, mutta raaja on pingotuneen, kiristävän ja raskaan oloinen. (Hänninen, 2003, 198-199.)

Turvotuksen vähentäminen tapahtuu hyödyllisimmin liikehoidoin ja erilaisia sidoksia käyttämällä. Raajan ympäröimän mittaamisella voidaan seurata turvotusta.

Raaja mitataan kahden senttimetrin välein useasta kohdasta koko raajan mitalta. Mitan pieneneminen tarkoittaa, että senhetkinen hoito tehoaa. Tulosten näkeminen lisää potilaan hoitomyönteisyyttä. Kun potilaan elinajanodote on lyhyt ja raajaturvotus on suurta, nestekertymän vähentämisessä ei saada aikaan isoja muutoksia. Tällöin on oleellista ylläpitää potilaan mukavuutta. (Hänninen, 2003, 201)

Ihon haavaumien hoidon tavoitteena on haavan suojaaminen ja haavan vuodon erittämisen estäminen. Päämääränä hoidossa on potilaan mukavuuden ylläpitäminen, ja koska haavat voivat muuttaa muotoaan nopeastikin, tulee erilaisten sidosmateriaalien tarvetta arvioida uudelleen useasti melko lyhyen ajan sisällä. (Hänninen, 2003, 189.)

Suuri osa saattohoitopotilaista kärsii painehaavaumista, jotka johtuvat kudoksen hapensaannin riittämättömyydestä. Painehaavaumien hoitoa tärkeämmäksi seikaksi nousee niiden ennaltaehkäiseminen. Painehaavauman riskiä lisää kakeksia, liikuntakyvyttömyys, ihoon kohdistuva paine tai kitka (liikuttelu, hierominen) ja ihon solujen uusiutumiskyvyn alentuminen. Lisäksi erilaisten eritteiden, kuten hien, virtsan ja ulosteen vaikutus ihoon lisää painehaavauman synnyn riskiä; siksi virtsainkontinenssin ja puutteellisen perushoidon yhdistelmä moninkertaistaa haavauman todennäköisyyden. Tyypillisimmät paikat painehaavaumien synnylle ovat ristiluun ja lonkkien alue sekä kantapää, kyynärpäät, korvat ja olkavarret. (Hänninen, 2003, 191.)

Kutina on ihon pintakerroksista, limakalvoilta tai sidekalvolta syntyvä häiritsevä tuntemus. Erilaiset tekijät, kuten ahdistus, kyllästyneisyys ja kilpailevat ihotunteukset voivat pahentaa tai helpottaa kutinaa. Kliininen tutkimus ja kutinan alkamisen nopeus, luonne ja esiintymispaikka kertovat sen alkuperästä ja aiheuttajasta. Saattohoitopotilaan kutinan voi aiheuttaa esimerkiksi lääkitys (jotkut opioidit), ihon kuivuus, munuaisten vajaatoiminta tai erilaiset psyykkiset syyt. Jos ihon kuivuutta on jo hoidettu ja iho näyttää ulkoisesti terveeltä, voi kutinan syy olla systeeminen. (Hänninen, 2003, 193.)

Runsas hikoilu häiritsee saattohoitopotilasta monin tavoin. Se voi johtaa muihin iho-ongelmiin, kuten kutinaan ja painehaavaumien syntyyn. Heikon

vastustuskyvyn vuoksi saattohoitopotilailla muodostuu yleiseksi ongelmaksi myös vyöruusu. Siihen liittyy akuuttia ja pitkittynyttä kipua. Se voi olla erityisen voimakasta ja siten heikentää potilaan elämänlaatua merkittävästi. Saattohoitopotilaiden peruslääkitykseen kuuluu normaalisti opioidi, joka on todettu tehokkaasti auttavan myös vyöruusun aiheuttamaan kipuun. (Hänninen, 2003, 196-197.)

2.5.5 Psyykkiset oireet

Vaikean menetyksen kohdalla masennus on normaali tunne ja sitä on joskus vaikea erottaa surusta. Suru on apuna luopumisessa ja suuntautumisessa elämään uudesta näkökulmasta. Masentuneena voi olla vaikeampi kiinnostua ja nauttia asioista, jotka ovat ennen tuottaneet mielihyvää, koska masennus tukahduttaa tunteita. (Terveyskylä, 2018.)

Saattohoitopäätöksen saanut potilas on parantumattomasti sairas. Hän joutuu luopumaan terveydestään, tulevaisuuden suunnitelmista ja rakkaista ihmisistä ja hänelle muista rakkaista asioista. Sairauden edetessä ihminen tulee enemmän riippuvaiseksi muista ihmisistä ja hän tarvitsee yhä enemmän hoitoa ja huolenpitoa. Kun hoidosta ei saada toivottua tulosta, joutuu kohtamaan pettymystä ja suru sekä masennusta. Mielen voi vallata katkeruus ja viha. Uuteen elämään sopeutuminen on haasteellista. Joskus siihen ei pysty, ja ihminen voi jäädä negatiivisten tunteiden varaan. (Terveyskylä, 2018.)

Masennus on normaali reaktio, kun menettää toimintakyvyn tai tulevaisuuden suunnitelmat. Masentuneena ajattelu ei ole tavanomaista, se voi muuttua mustavalkoiseksi ja kapeakatseiseksi. Kaikki hyvä ympärillä tuntuu katoavan ja tulevaisuus näyttää pelottavalta. Vakavaa masennusta sairastava voi ajatella, että kuolemaa tulisi nopeuttaa. Masennuksen fyysisiä oireita voivat olla esimerkiksi lisääntyvät kivut, unihäiriöt, ruokahaluttomuus, väsymys tai laihtuminen. (Terveyskylä, 2018.)

Saattohoidon edetessä kun kuolema on lähellä, saattaa ilmetä masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Psykososiaalisilla hoidoilla pystytään helpottamaan kuolevan potilaan ahdistus- ja masennusoireita. Elinaikaennusteen ollessa pidempi, esimerkiksi useita viikkoja, voidaan masennuksen hoidossa yhdistää psykososiaaliset hoidot

sekä masennuslääkehoidon. Ahdistuneisuusoireisiin saattaa auttaa lääkehoitona esimerkiksi bentsodiatsepiini. (Terveyskirjasto, 2018.) Pitkittänyt masennus tarvitsee lääketieteellistä hoitoa. Keskeinen oire on jatkuva alakuloinen mieliala ja vaikeus kiinnostua ja nauttia aiemmin itselleen tärkeistä asioista. (Terveyskylä, 2018.)

Ensisijaista masennuksen hoidossa on huomata potilaan alakuloisuus ja ottaa se puheeksi. Parantumaton sairaus koskettaa niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Aiemmin sairastettu masennus voi ilmetä uudelleen toisen sairauden kuormituksen yhteydessä. Tunteiden jakaminen on tärkeä keino masennuksen hoidossa. Kun tunteitaan on jakanut toiselle ihmiselle, oma elämä voi tuntua jo hieman helpommalta. Toiselta ihmiseltä voi saada uusia näkökulmia ja lohdutusta. Elämän loppuvaiheesakin voi löytää elämään uutta sekä tuntea onnellisuutta. Oikeiden tunteiden löytämiseksi on tärkeää olla turvallisessa ilmapiirissä ja yhdessä läheisten ihmisten kanssa. Hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde sekä aiemmat kokemukset hyvästä hoidosta luo turvallista ympäristöä. (Terveyskylä, 2018.)

Delirium eli äkillinen sekavuustila johtuu aivotoiminnan häiriöstä. Äkillisessä sekavuustilassa tietoisuus ja tarkkaavuus heikkenevät ja tunteisiin reagointi muuttuu, koska ajattelu ja muisti häiriintyvät. Uni-valverytmissä saattaa tapahtua muutoksia. Deliriumin hoidossa suositetaan ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitoja, mutta voidaan myös käyttää psykoosilääkkeitä. Oireiden lievittämiseksi potilas on hyvä saada turvalliseen, rauhalliseen ja valvottuun ympäristöön. (Terveyskirjasto, 2018.)

Anttonen kertoo väitöskirjassaan (2016) ”Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa”, että hoitohenkilökunnan osaaminen korostuu ja nousee keskeiseen rooliin kuoleman vaikeuden lievittämisessä. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla valmiudet keskustella elämän ja kuoleman merkityksestä potilaan ja hänen omaistensa kanssa luottamuksellisesti. Luottamuksen saavuttamiseksi potilaalle ja hänen omaisilleen tulisi nimetä hoitohenkilökunnan jäsen vastaamaan potilaan hoidosta.

Saattohoitopotilaita tulisi tarkkailla masennusoireiden tai muiden mielialahäiriöiden varalta ja asianmukaisia interventioita pitäisi tarjota tarvittaessa. Kannustavaa psykoterapiaa, kognitiivista käytösterapiaa ja ongelmanratkaisuterapiaa pitäisi

harkita, kun hoidetaan saattohoitopotilaan masennusta. Antidepressanttien käyttöä harkitaan, kun yritetään parantaa masennusoireita saattohoitopotilaalla. (Joanna Briggs Institute 2017.)

2.6 Saattohoitopotilaan kuolema

Kuolemaan liittyy fyysisten vaivojen lisäksi psyykkisiä muutoksia, jotka pelottavat potilasta ja hänen perhettään. Kuoleva ihminen voi tuntea sekoavansa ja pelkää tulevaisuutta hulluksi, tai että tajunta muuttuu ennen kuolemaa. Omaisia saattaa ahdistaa pelko potilaan muuttumisesta tutusta vieraaksi viimeisinä elinpäivinä. Riittävä tiedonanto ja puhuminen auttavat sekä omaisia että potilasta hyvään kuolemaan. (Hänninen, 2004, 251.)

Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (L2.2.2001/101) kuvaa yksiselitteisesti seuraavaa: ”Ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet.” Kuolinhetki on se hetki, jolloin lääkäri toteaa aivotoiminnan päätymisen pysyväksi (Pahlman, 2004, 351).

Potilas ja hänen läheisensä voivat kokea termin ”sallitaan luonnollinen kuolema” hyvänä ja ymmärrettävänä, mutta sen merkitys tulee heille selvittää. Elvytyksestä pidättäytymisen pelätään usein sisältävän piilomerkitsejä ja tarkoittavan hoitamatta jättämistä tai hoidon laiminlyöntiä. Hoidonrajoituksista tulee keskustella sekä potilaan että omaisten kanssa ja perustella ne asiallisesti ja kokonaisvaltaisesti, jolloin hoitohenkilökunta voi keskittyä olennaisesti niihin asioihin, joista potilas voi vielä hyötyä elämän loppuvaiheessa. (Kynsilehto, 2014, 92.)

Omaisia tulisi valmistaa potilaan kuolemaan ja sen kohtaamiseen sekä informoida tulevista asioista. Yleistä on, että joku potilaan lähipiiristä on kuoleman hetkellä läsnä. Omaiset voivat toivoa saavansa vielä katsoa vainajaa rauhallisessa tilanteessa, kuten sairaalan kappelissa. Vapaaehtoinen katsomistilanne on levollinen, rauhallinen ja koskettava hetki. Silloin omaisilla on mahdollisuus konkreettisesti jättää jäähyväiset ja esimerkiksi koskettaa vainajaa tai asettaa kukkia hänen rinnalleen; joskus omaiset voivat osallistua myös vainajan pukemiseen hautajaisvaatteisiin. (Hänninen & Pajunen, 2006, 183.)

Saattohoitopotilaan kuolema on hoitohenkilökunnalle tapahtumana konkreettinen, arkinen ja työntekijän näkökulmasta ammatillinen. Samalla hän kohtaa yhteisön ja kulttuurin kannalta keskeisiä asioita: kuolema ei ole asia, jonka voisi kohdata puhtaasti teknisesti ja neutraalisti. Kuoleman läheisyydessä työskentelevä ammattilainen joutuu ehkä käsittelemään myös oman itsensä kannalta suuria elämän kysymyksiä. Terveystieteiden ammattilaisten rooli ei käsitä pelkästään potilaan kuolemaa tai sitä edeltänyttä hoitoa, kipujen lievittämistä tai kuoleman prosessin inhimillistämistä. Ammattilaisilla tulee olla osaamista kohdata kuoleman aikaansaamat reaktiot ja mahdollistaa vainajan arvokas ja rauhallinen hyvästely omaisille. Henkilökunnan on tiedettävä tehtävänsä ja annettava tukensa kuolleen saattajille. (Lindqvist, 2004, 294.)

Sairaalamaa-ilmassa potilaan kuoltua vainajaa saatetaan pitää osastolla vielä kahden tai kolmen tunnin ajan, jolloin potilaan läheiset voivat käydä jättämässä jäähyväiset vainajalle. Tilanne tulisi pitää kiireettömänä ja omaisille pitää varata tarpeeksi aikaa tähän. Vainajan laittaminen tarkoittaa vainajan siistimistä: hänelle puetaan tavallisesti exitus-setiksi nimitetystä pakkauksesta kaikki tarvittava eli kuitupaita ylle ja sideharso leuan ja pään ympäri kiedottuna. Jalat voidaan sitoa yhteen, jolloin vainajan siirtelystä tulee helpompaa. Silmät painetaan kiinni ja luomien päälle saatetaan laittaa pumpulia, etteivät luomet avautuisi. Kasvoille voidaan asettaa kasvo-liina ja koko vainajan ylle laitetaan lakana. Vainajan alapuolelle laitetaan yleensä saniteettivaippa. Vainajan hakevat osastolta kylmiöön tavallisesti vahtimestarit tai huolto- ja laitoshenkilöt, jotka ovat saaneet toimipaikkakoulutuksen. (Grönlund & Huhtinen, 2011, 170-171.)

Potilaan kuoltua on mahdollisesti tarpeen järjestää vainajan läheisille ja omaisille mahdollisuus nähdä hänet. Potilaan uskonnosta riippuen voidaan kuoleman jälkeen järjestää kristillinen rukoushetki. Rukoushetken yhteydessä omaiset saavat sanoa jäähyväiset vainajalle. Se pidetään yleensä sairaalan tai saatto- tai vanhainkodin kappelissa, potilashuoneessa tai omassa kodissa. Saattohartauden voi pitää sairaalapastori tai muu seurakunnan työntekijä, hoitohenkilökunnan jäsen tai joku potilaan läheisistä. Saattohartaus on tärkeä hetki omaisten surutyön kannalta.

Saattohoito ei pääty kuolemaan tai hautajaisiin: siitä alkaa vainajan perheenjäsenten suruaika. On tärkeää, ettei ihminen jää surussaan yksin. (Aalto, 2004, 267.)

Kuoleman jälkeen alkavat tavallisesti hautajaisjärjestelyt, joissa lähiomaiset ovat keskeisessä ja vastuullisessa roolissa. Pääsääntöisesti hautajaiset järjestetään noin kolmen viikon kuluessa kuolemasta. Joillekin ihmisille hautajaisjärjestelyt toimivat suojakeinona ja auttavat realisoimaan menetyksen. Hautaustoimistoista ja kirkkoherranvirastosta saa apua ja tietoa hautajaisiin, muistotilaisuuteen ja muihin käytännön järjestelyihin liittyviin asioihin. Hautajaisten järjestelyssä on tärkeää ottaa huomioon vainajan vakaumus ja toiveet, joita hän on ennen kuolemaansa esittänyt. (Hänninen & Pajunen, 2006, 185.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- KYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää saattohoidon toteutumista eräässä pitkäaikaishoidon yksikössä. Tarkoituksena oli nostaa esiin hyvän saattohoidon merkitys hoitotyön kentällä. Suureen rooliin nousi myös opinnäytetyön tekijöiden halu perehtyä syvemmin saattohoidon kunnialliseen ja eettiseen toteuttamiseen pitkäaikaishoidossa ja kehittää omaa ammatillista osaamistaan.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kyseiseen pitkäaikaishoidon yksikköön tarpeellista tietoa saattohoidon toteutumisesta ja vastata kysymykseen, miten saattohoito yksikössä toteutuu. Vastauksien perusteella yksikkö voi edelleen kehittää saattohoitokäytäntöjään. Tutkimuskysymys opinnäytetyössä onkin: ”Miten saattohoito toteutuu yksikössä?”

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön tutkimuksen kohderyhmänä on pitkäaikaishoidon yksikön hoitohenkilökunta. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena, ja siinä käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla, jotka toimitettiin kyseiseen yksikköön huhtikuun lopulla 2018 ja hoitohenkilökunnalla oli useita viikkoja aikaa täyttää kyselylomakkeet. Kysymyslomake oli kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekijöiden itse kehittämä ja kysymykset esitettiin kymmenellä hoitoalan opiskelijalla. Lomakkeet haettiin yksiköstä henkilökohtaisesti toukokuussa analysoitavaksi ja auki kirjoitettavaksi. Raportointi tapahtuu esitysseminaarissa Vaasan ammattikorkeakoulussa ja Theseuksessa. Kohdeorganisaatioon lähetetään yhteenveto tutkimuksen tuloksista ja johtopäätöksistä.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa nousivat esiin tutkimuseettiset kysymykset. Näitä olivat esimerkiksi tutkimuksen tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyvät kysymykset sekä tutkijan vastuu tutkimustulosten asianmukaisesta hävittämisestä. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen kirjoittavat kirjassaan Tutkimus hoitotieteessä (2009, 172) tutkimuksen eettisyydestä ja korostavat muun muassa ihmisarvon kunnioittamista. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen tekeminen ei saa loukata ihmisarvoa yleisesti eikä kenenkään ihmisen tai ihmisryhmän moraalista arvoa. Lisäksi he korostavat tunnollisuuden vaatimusta: tutkijan on paneuduttava tunnollisesti alaansa, jotta hänen hankkimansa ja välittämänsä informaatio olisi niin luotettavaa kuin mahdollista.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa on otettu huomioon eettisyys. Pitkäaikaishoidon yksikön osastonhoitajan kanssa on sovittu, että yksikön nimi ei käy opinnäytetyöstä ilmi. Täytetyt vastauslomakkeet laitettiin kirjekuoreen, joka sinetöitiin yksikössä ja avattiin seuraavan kerran vasta, kun opinnäytetyön tekijät alkoivat analysoida niitä. Tämän jälkeen ne tuhottiin asianmukaisesti.

Tutkimuksen tekemiseen ei tarvittu muita resursseja kuin aikaa henkilökunnalle kyselyyn vastaamiseen. Heillä oli vastausaikaa useita viikkoja, minkä jälkeen opinnäytetyön tekijöille jäi runsaasti aikaa analysoida tuloksia ja kirjoittaa niitä selkeästi

lopulliseen opinnäytetyöhön. Muun muassa matka- ja kopiointikulut lasketaan opinnäytetyön tekijöiden omakustantamiksi.

Tutkimuksen valmisteluprosessi piti sisällään aiheen valinnan, yhteistyökumppanin etsimisen ja työn kokonaisuikataulun luonnostelun. Kun yhteistyökumppaniin otettiin yhteyttä, sovittiin, että opinnäytetyö tehdään heidän organisaatioonsa. Yhteistyökumppanin kanssa keskustellessa ilmeni, että opinnäytetyön aihetta käsittelevälle tutkimukselle oli yksikössä tarvetta. Kyselylomake siis luonnosteltiin nimenomaisesti kyseisen organisaation hoitohenkilökunnan tarpeita vastaamaan.

Opinnäytetyön tekijät toimittivat henkilökohtaisesti kyselylomakkeet yksikköön, ja hoitohenkilökunnalle annettiin useampi viikko aikaa lomakkeiden täyttöön. Yksiköstä ilmoitettiin vastauksia kertyneen hyvin ja kyselylomakkeet haettiin sopimuksen mukaisesti paikan päältä suljetuissa kirjekuorissa. Vastauslomakkeet sisältävät kirjekuoret avattiin hyvää etiikkaa ja salassapitovelvollisuutta noudattaen opinnäytetyön tekijöiden ollessa keskenään.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyönä tehtävää tutkimusta varten yksikköön toimitettiin 20 kyselylomaketta, joista palautettiin 12 vastauslomaketta. Vakituksia työntekijöitä yksikössä on 13, joten vastausprosentti on 92%. Strukturoidussa kyselylomakkeessa oli 24 kysymystä. Kyselylomakkeen alussa selvitettiin monivalinnalla vastaajan perustiedot, kuten sukupuoli ja työvuodet hoitoalalla sekä yksikössä. Likert-asteikolla vastaajat pystyivät arvioimaan oman kokemuksensa saattohoidon toteutumisesta yksikössä. Kaikkiaan kolmesta vastauslomakkeesta jouduttiin hylkäämään yhteensä neljä vastausta, sillä vastaajat eivät olleet noudattaneet kyselylomakkeen ohjeistusta.

5.1 Tulosten tarkastelu

Vastauslomakkeista käy ilmi, että kaikki 12 vastaajaa ovat naisia. Valtaosa, yhdeksän kahdestatoista vastanneesta on lähihoitajia, yksi sairaanhoitaja, yksi perushoitaja ja yksi ilmoitti olevansa joku muu. Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien työvuosia sekä yksikössä että hoitoalalla yhteensä taustatietojen kartuttamiseksi. Neljä vastaajaa kertoo työskennelleensä hoitoalalla yli 20 vuotta. Yksi vastaaja on ollut kohdeyksikössä töissä alle 3 vuotta ja kaksi vastaajaa on työskennellyt yksikössä yli 10 vuotta, mutta valtaosa vastaajista on työskennellyt yksikössä 3-5 vuotta. Yksi vastaus hylättiin, sillä vastaaja ei ollut noudattanut kyselylomakkeen ohjeistusta. (Liite 3).

Noin puolet vastaajista on sitä mieltä, että saattohoitopäätökselle varataan riittävästi aikaa. Tämän voi päätellä vastausvalinnoista ”jokseenkin samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä”. Neljäsosa ei osaa sanoa ja loput vastanneista olivat jokseenkin eri mieltä. Saattohoitopäätöksen tekijä on riittävän hyvin perehtynyt potilaan sairaushistoriaan suurimman osan mielestä, mutta kaksi vastaajaa on kuitenkin jokseenkin eri mieltä. Potilaan mielipiteiden ja toiveiden huomiointi jakaa vastaukset molempiin suuntiin; neljä vastaajaa on jokseenkin eri mieltä ja viisi jokseenkin samaa mieltä. (Liite 3).

Väittämän ”saattohoitopäätös näkyy selkeästi potilaskertomuksessa” kanssa vain kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä. Työyksikön selkeät saattohoito-ohjeet

ovat puutteelliset, sillä suuri osa vastaajista on valinnut joko väittämän täysin tai jokseenkin eri mieltä niistä kysyttäessä, eikä kukaan ole täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Yhtenäinen näkemys saattohoidon toteutumisesta yksikössä jakaa vastaukset kahtia. Viisi vastaajaa on jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa, neljä jokseenkin samaa mieltä ja kaksi täysin samaa mieltä. Potilastietoihin kirjaaminen selkeästi ja yksilöllisesti tapahtuu suuren osan mielestä hyvin, joskaan kaksi vastaajaa ei osaa sanoa ja kaksi on jokseenkin eri mieltä. (Liite 4).

Omaisten mielipiteet ja halu osallistua saattohoidon toteuttamiseen huomioidaan valtaosan mielestä hyvin. Vain yksi vastaaja on jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Saattohoitopotilaan hoidolle varataan riittävästi aikaa seitsemän vastaajan mielestä. Kuitenkin viisi vastaajaa on väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. (Liite 4). Saattohoitopotilaan kivunhoito on yhdenmukaista ja riittävää kymmenen vastaajan mielestä, yksi vastaaja ei ota kantaa ja yksi on jokseenkin eri mieltä. Puolet vastaajista on sitä mieltä, ettei yksikössä käytetä kivunhoidon eri arviointimenetelmiä, neljäsosa ei osaa sanoa ja neljäsosa on jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. (Liite 5).

Saattohoitopotilaan perushoito tapahtuu yksikössä hyvin –väittämän kanssa yksitoista vastaajaa on samaa mieltä ja yksi ei osaa sanoa. Lähes sama jakauma on hoidon oireenmukaisuudesta kysyttäessä: yksi vastaajista on sitä mieltä, ettei hoito ole oireenmukaista ja yksi ei osaa sanoa. Vastauksista nähdään suun hoidon hyvä huomiointi yksikössä. Saattohoitopotilaan vakaumusta ja hengellisiä tarpeita kunnioitetaan yksikössä hyvin, sillä vain yksi vastaaja oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. (Liite 5).

Neljäsosa vastaajista on jokseenkin eri mieltä saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen onnistumisesta. Kaksi ei osaa sanoa ja loput ovat jokseenkin ja täysin samaa mieltä. Psykkisen hyvinvoinnin huomioinnista kysyttäessä kaksi vastaajaa on joko täysin tai jokseenkin eri mieltä ja neljä ei osaa sanoa. Puolet vastaajista on kuitenkin jokseenkin tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa. (Liite 6).

Kymmenen vastausta hyväksyttiin kysyttäessä ”toteutuuko mielestänne saattohoito yksikössänne asianmukaisesti”. Niistä yhdeksän oli ”kyllä” ja yksi ”ei”. Yksitoista vastaajaa kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta saattohoidon toteuttamiseen. Opinnäytetyön kohdeyksikkö kuitenkin tarjoaa yhdeksän vastauksen perusteella lisäkoulutusta saattohoidosta. (Liite 6).

5.2 Johtopäätökset

Saattohoitopäätöksessä potilaan toiveiden ja mielipiteiden huomiointi jakaa vastaajia molempiin suuntiin: jopa neljä vastaajaa ovat väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä. Yksikössä tulisi saattohoitopäätöksen teon yhteydessä kiinnittää huomiota potilaan mielipiteisiin ja toiveisiin. Saattohoitopäätöksen kirjaaminen potilaskertomukseen tapahtuu vastausten perusteella selkeästi. Vastausten perusteella voidaan olettaa, että täysin selkeät saattohoito-ohjeet ovat yksikössä puutteelliset. Yhtenäinen näkemys saattohoidon toteutumisesta vastausten perusteella jakautui myös kahdella. Selkeiden saattohoito-ohjeiden avulla saattohoidon toteutuminen yhtenäistyisi ja myös selkeä ja yksilöllinen kirjaaminen voisi parantua.

Yksikössä omaisten halu osallistua huomioidaan vastausten perusteella esimerkiksi ja heidän mielipiteitään läheisensä hoidosta kuullaan. Lähes puolet vastaajista on sitä mieltä, että saattohoitopotilaan hoidolle ei nykyisellään varata riittävästi aikaa. Yksikössä tulisi kiinnittää huomiota hoitohenkilökunnan riittävään määrään silloin, kun siellä hoidetaan saattohoitopotilaita.

Kivunhoito yksikössä tapahtuu yhdenmukaisesti ja se on riittävää, vaikka puolet vastaajista onkin sitä mieltä, ettei erilaisia arviointimenetelmiä käytetä. Yksikössä on nykyisellään riittävästi kivunhoidon erilaisia arviointimenetelmiä, sillä kivunhoidon toteutuminen on riittävää ja yhdenmukaista. Saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tapahtuu yksikössä vaihtelevasti vastausten perusteella. Suurin osa kuitenkin kokee yksikössä kunnioitettavan saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta.

Koska neljä vastaajaa eivät osanneet sanoa mitään saattohoitopotilaan psyykkisen hyvinvoinnin huomioinnista, voidaan tulla siihen johtopäätökseen, että

henkilökunta voisi tarvita lisää tietoa saattohoitopotilaan psyykkisen hyvinvoinnin huomioimisen tärkeydestä. Vastausten perusteella saattohoito tapahtuu yksikössä asianmukaisesti. Siitä huolimatta henkilökunta kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheeseen liittyen. Työyksikkö mahdollistaa lisäkoulutuksen saannin henkilökunnalle yhdeksän vastaajan mukaan.

Yhteenvetona johtopäätöksistä voidaan nostaa esille, että saattohoito yksikössä tapahtuu asianmukaisesti, mutta henkilökunta kokee kuitenkin tarvetta kehittää omaa ammatillista osaamistaan saattohoitopotilaan hoidosta. Lisäksi saattohoitopotilaan psyykkisen hyvinvoinnin tärkeyttä tulee vastausten perusteella korostaa hoitotyössä aikaisempaa enemmän. Vastausten perusteella saattohoitopotilaan hoidolle tarvitaan lisää aikaa, mikä vaatii henkilökuntaresurssien lisäämistä tai henkilökunnan työtehtävien ja -määrän tarkastelua.

Yhtenäinen näkemys saattohoidon toteutumisesta vastausten perusteella on puutteellista. Opinnäytetyön kohdeyksikköön tulisi saada yhtenäiset saattohoito-ohjeet, jotka selkeyttäisivät ja yhtenäistäisivät hoitotyötä. Koska kirjaaminen potilaskertomukseen vastausten perusteella on hajanaista, voidaan miettiä, onko yksikössä käytössä rakenteellinen kirjaaminen. Mikäli ei, sen käyttöönottoa voisi yksikössä harjoittaa.

6 POHDINTA

Pohdinta-osiossa opinnäytetyön tekijät pohtivat omia oppimiskokemuksiaan, tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumaa, tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta, prosessia ja yleisyyttä. Lisäksi opinnäytetyön tekijät käsittelevät ja mahdollisia jatkotutkimusideoita, joita tutkimus jättää avoimeksi.

Opinnäytetyön tekijät avaavat teoriassa saattohoitopotilaan oirekuvaa, kuten kipua, psyykkisiä oireita, ruoansulatuskanavan oireita ja iho-oireita, koska niiden tunnistaminen ja hoitaminen saattohoitopotilaan hoitotyössä on tärkeää. Opinnäytetyön teoriaosuudessa tarkastellaan myös saattohoitopotilaan lääkehoitoa, sillä potilaan elämänlaatua ylläpidettäessä on keskeistä lääkkeellisesti hoitaa vaikeita oireita, joita ovat muun muassa kipu, pahoinvointi ja hengenahdistus. Opinnäytetyön kohdeorganisaatio tarjoaa pitkäaikaishoitoa, joten pitkäaikaishoidon yksikkö on määritelty työssä lyhyesti.

Kohdeyksikköön viedyssä kyselylomakkeessa on myös kysytty saattohoitopotilaan kivunhoitomenetelmistä sekä psyykkisten oireiden huomioinnista. Kyselylomakkeessa kysyttiin taustatietojen saamiseksi muun muassa ammattinimikkeestä ja työvuosista hoitoalalla. Vastaukset eivät kuitenkaan vaikuttaneet merkittävästi tuloksiin.

6.1 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyöprosessi opetti opinnäytetyön tekijöille ensisijaisesti yhteistyön tärkeyttä ja kommunikaatiota opettajan, organisaation yhteyshenkilön ja opinnäytetyön tekijöiden välillä sekä opinnäytetyön tekijöiden välistä työnjakoa tasapuolisesti, ja aikataulujen suunnittelua. Opinnäytetyö vaati lisäksi sopeutumiskykyä muutoksien varalta, täsmällisyyttä sekä tekijöidensä keskinäistä kunnioitusta. Lisäksi opinnäytetyön tekijät oppivat erilaisia tiedonhakumenetelmiä ja tietokantojen käyttämistä. Saattohoidon teoriaosuus tarjosi uutta tietoa myös opinnäytetyön tekijöille tutkimuksen lomassa.

6.2 Tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa pitkäaikaishoidon yksikössä, miten saattohoito toteutuu hoitajien näkökulmasta. Tarkoituksena oli nostaa esiin hyvän saattohoidon merkitys hoitotyössä. Vastauksia analysoimalla ja raportoimalla yksiköön henkilökunta voi edelleen kehittää linjauksiaan saattohoitopotilaan hoitolinjauksista.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda ilmi mahdolliset epäkohdat saattohoidon toteutumisessa, sekä tuottaa yksikölle tarpeellista ja ajankohtaista tietoa saattohoidon toteutumisesta pitkäaikaishoidon yksikössä.

Pamela van der Riet, Phillip Good, Isabel Higgins ja Ludmilla Sneesby tulevat tutkimuksessaan 2008 ”Palliative care professionals’ perceptions of nutrition and hydration at the end of life” siihen lopputulokseen, että suun hoito vähentää kärsimystä. Tutkimukseen osallistunut henkilökunta oli sitä mieltä, että heidän yksikkönsä potilaille tarjottiin hyvää suun hoitoa perushoidon ohella. Samoin opinnäytetyön kohdeyksikössä saattohoitopotilaiden suun hoidon voi olettaa toteutuvan hyvin, sillä kukaan ei ollut väittämän kanssa eri mieltä.

Hunnicuttt ym. toteavat tutkimuksessaan (2016), että saattohoitopäätöksen saaneilla potilailla on parempi elämänlaatu kuin potilailla, jotka eivät ole saaneet saattohoitopäätöstä, sillä saattohoitopäätöksen tekemisen jälkeen kivun hoitamiseen kiinnitetään tarkempaa huomiota. Kivunhoidon kannalta olisi hyvä, mikäli opinnäytetyön kohdeyksikköön luotaisiin selkeät saattohoito-ohjeet ja kirjaaminen potilasasiakirjoihin tapahtuu selkeästi.

Anttosen väitöskirja (2016) tukee opinnäytetyön tuloksia ja johtopäätöksiä. Sen mukaan hoitohenkilökunnan osaaminen on keskeisessä roolissa kuoleman vaikeuden lievittämisessä, ja opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa teetetyssä kyselyssä käy ilmi hoitohenkilökunnan halu kehittää ammatillista osaamistaan ja saada lisäkoulutusta saattohoitopotilaan hoitoa ja kohtaamista koskien. Anttonen kertoo väitöskirjassaan, että yksi hoitoyksiköiden kehittämisen edellytyksistä on mahdollistaa työntekijöiden lisäkoulutus. Opinnäytetyön tutkimustuloksista käy ilmi, että

hoitohenkilökunta kokee tarvitsevansa saattohoidon lisäkoulutusta. Anttosen mukaan saattohoito on ihmisten välistä toimintaa, jossa tulee tunnistaa potilaan tarpeet sekä kuulla potilaan ja hänen omaistensa toiveet ja mielipiteet hyvän hoidon takaamiseksi. Opinnäytetyön vastauslomakkeet vahvistavat, että saattohoitopotilaan toiveita ja mielipiteitä ei kaikkien hoitajien näkökulmasta huomioida, sillä vastaukset jakautuivat molempiin suuntiin. Tästä huolimatta vastauslomakkeista käy ilmi, että omaisten halu osallistua läheisensä hoitoon huomioidaan ja heidän mielipiteitään potilaan hoidosta kuullaan.

6.3 Jatkotutkimusideat

Opinnäytetyön tekijöille nousi mieleen erinäisiä jatkotutkimusehdotuksia aiheeseen liittyen. Esimerkiksi tulevaisuudessa olisi hyvä pohtia mahdollisen lisäkoulutuksen mukanaan tuomia hyötyjä yksikön hoitohenkilökunnalle vaikkapa räätälöidyllä kyselyllä tai haastattelulla. Siten voisi selvittää, kokeeko hoitohenkilökunta saaneensa hyötyä lisäkoulutuksesta. Lisäksi olisi mahdollista kartoittaa omaisten kokemusta saattohoidon toteutumisesta joko kyseisessä yksikössä tai koko organisaatiossa.

6.4 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyttä tukee se, että kyselylomakkeet olivat koko henkilöstön vapaasti saatavilla, eivätkä opinnäytetyön tekijät painostaneet ketään vastaamaan. Yhdyshenkilö vei kyselylomakkeet ja kannustavan saatekirjeen yksikköön henkilökohtaisesti. Jokaiselle vastauslomakkeelle oli oma suljettava kirjekuorensa, jotka kerättiin isompaan kuoreen säilytykseen. Kysymykset oli muotoiltu niin, että niissä säilyi vastaajan anonymiteetti. Kesken opinnäytetyöprosessin varmistettiin yhteistyöorganisaatiosta, saako yksikön nimi näkyä valmiissa opinnäytetyössä ja Theseuksessa. Yksikön toiveesta teksti muokattiin siten, ettei yksikön nimi käy ilmi. Muutokset tehtiin jälkikäteen myös opinnäytetyön liitteisiin, eli saatekirjeeseen sekä kyselylomakkeeseen. Tutkimuksen luotettavuutta lisää suuri otantajoukko: kaikkiaan 13:sta vakituisesta työntekijästä 12 palautti vastauslomakkeen. Luotettavuutta lisää myös teoriaosuuden englanninkielisen tutkimuksen oikeaoppinen kääntäminen.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen kirjoittavat teoksessaan Tutkimus hoitotieteessä (2013, 211) kahdeksasta eettisestä vaatimuksesta, jotka ovat tutkimuksen eettisyyden toteutumisen kannalta tärkeitä. Ensimmäinen vaatimus on, että opinnäytetyön tekijät ovat aidosti kiinnostuneita uuden informaation hankkimisesta. Opinnäytetyön tekijöitä aihe kiinnostaa tulevaisuuden vuoksi, sillä saattohoito ja elämän loppuvaiheen hoito tulevat koskettamaan opinnäytetyön tekijöitä henkilökohtaisella tasolla. Heitä myös motivoi omien ammatillisten taitojensa kehittäminen. Opinnäytetyön tekijöillä on hoitotyöstä eniten kokemusta vanhuspuolelta ja he ovat olleet itse toteuttamassa saattohoitoa työskennellessään erilaisissa yksiköissä.

Rehellisyyden vaatimus tarkoittaa, ettei tutkija syyllisty vilpin harjoittamiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 211). Opinnäytetyön tekijät ovat luotettavasti analysoineet vastauslomakkeet ja tarkistaneet saadut tutkimustulokset useasti. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää strukturoitu kyselylomake, eli kyselyyn osallistujan vastaukset pysyvät hänen vastaamassaan muodossa, jolloin tulosten tulokinnassa ei ilmene epäselvyyksiä.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen kirjoittavat teoksessaan (2013, 212) ihmisarvon kunnioittamisesta yhtenä eettisyyden vaatimuksista. Se tarkoittaa, ettei tutkimuksen tekeminen loukkaa ihmisarvoa eikä kenenkään yksilön tai ihmisryhmän moraalista arvoa. Opinnäytetyön tekijät tukevat ihmisarvon kunnioittamista tärkeällä aiheellaan. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui täysin nimettömästi, mikä tuki osallistujaa vastaamaan rehellisesti vailla pelkoa mahdollisista vastauksiensa seuraamuksista.

Viimeisenä opinnäytetyön tekijät nostavat esiin toisiinsa kohdistuvan kollegiaalisen arvostuksensa sekä molemminpuolisen kunnioituksen, joka vallitsi koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kollegiaalinen arvostus on yksi kahdeksasta eettisestä vaatimuksesta, eli tutkijoiden tulee suhtautua toisiinsa arvostavasti, ei vähättelevästi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 212).

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia tarkastelemalla. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on tutkittu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin tutkia. Reliabiliteetti taas viittaa

tulosten pysyvyyteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 189.) Opinnäytetyön tekijät ovat keskittyneet opinnäytetyössään selvittämään, toteutuuko saattohoito yhteistyöorganisaatiossa. Opinnäytetyön tekijät ovat itse luoneet kyselylomakkeen, jossa kysytään juuri niitä asioita, joita halutaankin selvittää ja tuoda esiin. Tutkimuksen reliabiliteetin kannalta olisi ollut parempi, jos opinnäytetyön tekijät olisivat olleet fyysisesti tavattavissa yksikössä, jotta kyselyyn vastaajat olisivat voineet esittää mahdollisia tarkentavia kysymyksiä kyselyyn liittyen. Vaikka opinnäytetyön tekijät tutkivat vain yhden yksikön saattohoidon toteutumisen tilannetta, kyselylomaketta voisi hyödyntää myös muissa samankaltaisissa yksiköissä.

6.5 Yleistettävyys

Tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää, eli ne eivät välttämättä päde muissa yksiköissä. Tutkimus kuitenkin tuottaa hyödyllistä tietoa yksikön hoitohenkilökunnalle kartoittamalla muun muassa saattohoidon lisäkoulutuksen tarvetta ja sen nykyistä tilannetta.

LÄHTEET

- Aalto, K. 2004. Sielunhoito saattokodeissa. Teoksessa Palliatiivinen hoitotyö, 263-268. Toim. Vainio, A. & Hietanen, P. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.
- Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen Yliopisto.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki. Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, H., Kannel, V., Latvala, E. & Saarni, M. (toim.) 2004. Saattohoito – haaste moniammatilliselle yhteistyölle.
- Hietanen, P. & Vainio, A. 2018. Vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt, 107-113. Toim. Hänninen, J., Vainio, A. & Antikainen, R. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.
- Hildén, H-M. & Hänninen, J. (toim.) 2006. Hoitotahto. Teoksessa Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Hunnicutt, J., Tjia, J. & Lapane, K. 2016. Hospice use and pain management in elderly nursing home residents with cancer. Pubmed-tietokanta Viitattu 1.11.2018. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28042063>
- Hänninen, J. & Anttonen, M.S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito, 23-33. Toim. Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Agge, E. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Hänninen, J. 2012. Eutanasia – Hyvä kuolema. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. 2004. Lääketiede, kärsimys ja kuolema. Teoksessa Palliatiivinen hoitotyö, 247-252. Toim. Vainio, A. & Hietanen, P. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. & Pajunen, T. 2006. Kuoleman kaari. Helsinki. Kirjapaja Oy.

Idman, I. 2018. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito. Teoksessa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt, 103-107. Toim. Hänninen, J., Vainio, A. & Antikainen, R. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Joanna Briggs Institute. 2017. Palliative care: Management of Depression. Best Practice Recommendations. 2.11.2017. Viitattu: 1.11.2018.
http://ovidsp.ovid.com/sp-3.31.1b/ovidweb.cgi?&S=AMAHPDKOLBHFEC-BGFNEKFEAGFPDEAA00&Link+Set=S.sh.43%7c4%7csl_190

Kalso, E., Pöyhä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. (toim.) 2014. Ajaako kova kipu eutanasiatoiveeseen? Teoksessa Lääkäri saattajana. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. SanomaPro Oy.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Verkkolehti 2013, 4. Viitattu 30.10.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>

Kynsilehto, E-A. 2014. Vanhuksen hyvä kuolema. Teoksessa Lääkäri saattajana, 86-94. Toim. Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Käypä hoito 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 2.1.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 22.1.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>

L 2.2.2001/101. Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 30.10.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010101>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 30.10.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P6>

Lindqvist, M. 2004. Vaikeasti sairaiden hoitaminen ja työntekijän uupumus. Teoksessa Palliatiivinen hoitotyö, 294-301. Toim. Vainio, A. & Hietanen, P. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Lääkäriliitto. Elämän loppu & saattohoito. Viitattu 19.9.2018. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/elaman-loppu/saattohoito/>

Mattila, K-P. 2017. Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. Viitattu 21.12.2018. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.puv.fi/pdf/2017/SLL142017-917.pdf>

Muurinen, S., Sipola, V. & Vainio, A. 2018. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Toim. Hänninen, J., Vainio, A. & Antikainen, R. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. 2018. Ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireet ja hoito. Teoksessa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Toim. Hänninen, J., Vainio, A. & Antikainen, R. Tallinna. Kustannus Oy Duodecim.

Nieminen, E-M., Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. (toim.) 2014. Henkeä ahdistaa ja happi loppuu. Teoksessa Lääkäri saattajana. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Pahlman, I. 2004. Kuolema juridisena käsitteenä. Teoksessa Palliatiivinen hoito, 349-351. Toim. Vainio, A. & Hietanen, P. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa Saattohoito kuolevan tukena, 11-23. Toim. Aalto, K. Helsinki, Kirjapaja Oy.

Pietarsaaren sosiaali- ja terveystoimisto. Pitkäaikaishoito. Viitattu 28.2.2019.

<https://www.sochv.jakobstad.fi/ikaantyneet/asuminen/pitkaaikaishoito/>

Pinomaa, A-L. 2000. Rakastava hoito. Teoksessa Saattohoito, 23-43. Toim. Aalto, K. Helsinki, kirjoittajat & Kirjapaja Oy.

Pirkanmaan hoitokoti. Omahoitajuus. Viitattu 28.2.2019. <https://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/osastohoito/henkilokunta/hoitohenkilokunta/omahoitajuus/>

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Saattohoitoon siirtyminen. Viitattu 19.9.2018. <http://www.pkssk.fi/saattohoitoon-siirtyminen>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri – Saattohoito-ohjeistus. Viitattu 27.1.2019. <https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Hoitoohje%20sisllytys/Saattohoito-ohjeistus.pdf>

Pöyhiä, R. 2002. Lämpilyöntikivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla. Finnest. Vol 35, nro 1, 27-30. Viitattu 13.2.2019. http://www.finnest.fi/files/a_poyhia.pdf

Saarto, T., Hamunen, K., Konttila, T., Laukkala, T., Lehto, J., Matila, A., Mustonen, P., Pöyhiä, R., Rahko, E., Räsänen, S., Sirkiä, K., Tohmo, H., Vuorinen, E. &

Väkevä, L. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 17.4.2018.

<http://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.puv.fi/api/pdf/duo14239>

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2018. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma 2016-2018. Viitattu 22.1.2019. http://www.satshp.fi/ammattilaisille/hoitotyho/hoitotyontavoite-ja-toimintaohjelma/Documents/SATSHP_Hoitoty%C3%B6n%20tavoite-%20ja%20toimintaohjelma_2016.pdf

Surakka, T. & Aalto, K. (toim.) 2013. Terveystuonon henkiloiston ja potilaan omaisten yhteistyö. Teoksessa Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki. Kirjapaja.

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Helsinki. Fioca Oy.

Tanskanen, J. & Saarni, M. (toim.) 2004. Saattohoito – Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Terveyskirjasto. 2018. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Potilaalle. Viitattu 30.10.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/khp/khp00072.pdf>

Terveyskylä. 2018. Masennus. Viitattu 13.11.2018. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/masennus>

Vaasan Keskussairaala – Saattohoito-ohjeistus. Viitattu 28.1.2019.

https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/primarvardsenheten/palliativ-verksamhetsmodell/finska-bilagor/19_saattohoito-ohjeistus.pdf

Vainio, A. (toim.), Saarto, T. & Hänninen, J. Hietanen, P. (toim.) 2004. Oireiden hoito. Teoksessa Palliatiivinen hoito. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Van der Riet, P., Good, P., Higgins, I. & Sneesby, L. 2008. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. Viitattu 16.1.2019. Teoksessa International Journal of Palliative nursing. Verkkoartikkeli. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=30f34c9c-158c-4dfe-90e3-76d09c863736%40sdc-v-sessmgr04>

LIITE 1

Hyvä pitkäaikaishoidon yksikön hoitohenkilökunta

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyön yhteistyössä pitkäaikaishoidon yksikkönne kanssa.

Pyydämme teitä ystävällisesti täyttämään kyselylomakkeen omien, rehellisten kokemuksienne pohjalta. Vastauksia käytetään opinnäytetyössä Vaasan ammattikorkeakoulussa. Työn tarkoitus on kuvata hoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta pitkäaikaishoidon yksikössä.

Kyselylomake on strukturoitu ja sisältää 24 kysymystä, joten vastaaminen vie vain muutaman minuutin. Vastaamisen jälkeen olkaa hyvät ja sulkekaa vastauslomakkeenne kirjekuoreen. Vastaukset analysoidaan hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen anonyymisti ja luottamuksellisesti. Lisäksi vastauslomakkeiden hävittäminen suoritetaan asianmukaisesti analysoinnin jälkeen.

Kiitämme suuresti vastauksistanne!

Terveisin, Maija Tamminen & Annika Kuusela
Vaasan ammattikorkeakoulu VAMK

LIITE 2

Saattohoidon toteutuminen pitkäaikaishoidon yksikössä

Kyselylomake

Rastittakaa jokaisesta kohdasta yksi vaihtoehto

1. Ammattinimike

- Sairaanhoitaja
- Lähihoitaja
- Perushoitaja
- Muu

2. Sukupuoli

- Nainen
- Mies

3. Työvuodet hoitoalalla

- alle 5 vuotta
- 5-10 vuotta
- 11-15 vuotta
- 15-20 vuotta
- yli 20 vuotta

4. Työvuodet tässä yksikössä

- alle 3 vuotta
- 3-5 vuotta
- 5-7 vuotta
- 7-9 vuotta
- 10 vuotta tai enemmän

LIITE 2

Ympyröikää mielestänne kuvaavin vaihtoehto jokaiselta riviltä

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. täysin eri mieltä | | | | | |
| 2. jokseenkin eri mieltä | | | | | |
| 3. en osaa sanoa | | | | | |
| 4. jokseenkin samaa mieltä | | | | | |
| 5. täysin samaa mieltä | | | | | |
|
 | | | | | |
| 5. Saattohoitopäätökselle varataan riittävästi aikaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Saattohoitopäätöksen tekijä on riittävän hyvin perehtynyt potilaan sairaushistoriaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Saattohoitopäätöksessä huomioidaan potilaan mielipiteet ja toiveet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Saattohoitopäätös kirjataan selkeästi potilaskertomukseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|
 | | | | | |
| 9. Työyksikössä on selkeät saattohoito-ohjeet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Hoitohenkilökunnalla on yhtenäinen näkemys saattohoidon toteutuksesta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Kirjaaminen potilaskertomukseen tapahtuu selkeästi ja yksilöllisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Omaisten mielipiteet ja halu osallistua saattohoitoon huomioidaan hyvin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|
 | | | | | |
| 13. Saattohoitopotilaan hoidolle on riittävästi aikaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Saattohoitopotilaan kivunhoito on yhdenmukaista ja riittävää | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Saattohoitopotilaan kivunhoidossa käytetään eri arviointimenetelmiä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Saattohoitopotilaan perushoidosta huolehditaan hyvin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Saattohoitopotilaan hoito on oireenmukaista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Saattohoitopotilaan suun hoito on huomioitu hyvin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Saattohoitopotilaan vakaumusta ja hengellisiä tarpeita kunnioitetaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Saattohoitopotilaan psyykkinen hyvinvointi huomioidaan hyvin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

LIITE 2

Rastittakaa jokaisesta kohdasta yksi vaihtoehto

22. Toteutuuko mielestänne saattohoito työyksikössänne asianmukaisesti?

- kyllä
- ei

23. Koetteko tarvitsevanne lisäkoulutusta saattohoidosta?

- kyllä
- ei

24. Tarjotaanko työyksikössänne lisäkoulutusta saattohoidosta?

- kyllä
- ei

Kiitos kyselyyn osallistumisesta!

LIITE 3

Taustamuuttujat ja väittämät	n	%
Ammattinimike		
Sairaanhoidtaja	1	8
Lähihoitaja	9	75
Perushoitaja	1	8
Muu	1	8
Sukupuoli		
Nainen	12	100
Mies	0	0
Työvuodet hoitoalalla		
Alle 5 vuotta	2	17
5-10 vuotta	3	25
11-15 vuotta	2	17
15-20 vuotta	1	8
Yli 20 vuotta	4	33
Työvuodet yksikössä		
Alle 3 vuotta	1	9
3-5 vuotta	4	36
5-7 vuotta	1	9
7-9 vuotta	3	27
10 vuotta tai enemmän	2	18
Saattohoitopäätökselle varataan riittävästi aikaa		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	3	25
En osaa sanoa	3	25
Jokseenkin samaa mieltä	5	42
Täysin samaa mieltä	1	8
Saattohoitopäätöksen tekijä on riittävän hyvin perehtynyt potilaan sairaushistoriaan		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	2	16
En osaa sanoa	1	8
Jokseenkin samaa mieltä	7	60
Täysin samaa mieltä	2	16
Saattohoitopäätöksessä huomioidaan potilaan mielipiteet ja toiveet		
Täysin eri mieltä	1	8
Jokseenkin eri mieltä	4	34
En osaa sanoa	0	0
Jokseenkin samaa mieltä	5	42
Täysin samaa mieltä	2	16

LIITE 4

Taustamuuttujat ja väittämät	n	%
Saattohoitopäätös kirjataan selkeästi potilaskertomukseen		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	2	16
En osaa sanoa	0	0
Jokseenkin samaa mieltä	5	42
Täysin samaa mieltä	5	42
Työyksikössä on selkeät saattohoito-ohjeet		
Täysin eri mieltä	3	25
Jokseenkin eri mieltä	4	34
En osaa sanoa	1	8
Jokseenkin samaa mieltä	4	34
Täysin samaa mieltä	0	0
Hoitohenkilökunnalla on yhtenäinen näkemys saattohoidon toteutuksesta		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	5	42
En osaa sanoa	1	8
Jokseenkin samaa mieltä	4	34
Täysin samaa mieltä	2	16
Kirjaaminen potilaskertomukseen tapahtuu selkeästi ja yksilöllisesti		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	2	16
En osaa sanoa	2	16
Jokseenkin samaa mieltä	5	43
Täysin samaa mieltä	3	25
Omaisten mielipiteet ja halu osallistua saattohoitoon huomioidaan hyvin		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	1	8
En osaa sanoa	1	8
Jokseenkin samaa mieltä	4	34
Täysin samaa mieltä	6	50
Saattohoitopotilaan hoidolle on riittävästi aikaa		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	5	42
En osaa sanoa	0	0
Jokseenkin samaa mieltä	5	42
Täysin samaa mieltä	2	16

LIITE 5

Taustamuuttajat ja väittämät	n	%
Saattohoitopotilaan kivunhoito on yhdenmukaista ja riittävää		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	1	8
En osaa sanoa	1	8
Jokseenkin samaa mieltä	8	68
Täysin samaa mieltä	2	16
Saattohoitopotilaan kivunhoidossa käytetään eri arviointimenetelmiä		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	6	50
En osaa sanoa	3	25
Jokseenkin samaa mieltä	3	25
Täysin samaa mieltä	0	0
Saattohoitopotilaan perushoidosta huolehditaan hyvin		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	0	0
En osaa sanoa	1	8
Jokseenkin samaa mieltä	2	16
Täysin samaa mieltä	9	75
Saattohoitopotilaan hoito on oireenmukaista		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	1	8
En osaa sanoa	1	8
Jokseenkin samaa mieltä	3	25
Täysin samaa mieltä	7	59
Saattohoitopotilaan suun hoito on huomioitu hyvin		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	0	0
En osaa sanoa	2	16
Jokseenkin samaa mieltä	6	50
Täysin samaa mieltä	4	34
Saattohoitopotilaan vakaumusta ja hengellisiä tarpeita kunnioitetaan hyvin		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	1	8
En osaa sanoa	1	8
Jokseenkin samaa mieltä	6	50
Täysin samaa mieltä	4	34

LIITE 6

Taustamuuttujat ja väittämät	n	%
Saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan		
Täysin eri mieltä	0	0
Jokseenkin eri mieltä	3	25
En osaa sanoa	2	16
Jokseenkin samaa mieltä	3	25
Täysin samaa mieltä	4	34
Saattohoitopotilaan psyykinen hyvinvointi huomioidaan hyvin		
Täysin eri mieltä	1	8
Jokseenkin eri mieltä	1	8
En osaa sanoa	4	34
Jokseenkin samaa mieltä	3	25
Täysin samaa mieltä	3	25
Totettuuko mielestänne saattohoito yksikössänne asianmukaisesti?		
Kyllä	9	90
Ei	1	10
Koetteko tarvitsevanne lisäkoulutusta saattohoidossa?		
Kyllä	11	92
Ei	1	8
Tarjotaanko työyksikössänne lisäkoulutusta saattohoidosta?		
Kyllä	9	75
Ei	3	25