

Anne Günther, Minna Herrala

MUISTISAIRAAN HYVÄ KUOLEMA

Saattohoidon opas hoitohenkilökunnalle
tehostetun palveluasumisen yksikköön

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja AMK

2021



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Sairaanhoidtaja AMK
Tekijä/Tekijät	Anne Günther, Minna Herrala
Työn nimi	Muistisairaahan hyvä kuolema. Saattohoidon opas hoitohenkilökunnalle tehostetun palveluasumisen yksikköön.
Toimeksiantaja	Attendo Oy
Vuosi	2021
Sivut	42 sivua, liitteitä 17 sivua
Työn ohjaaja(t)	Elisa Marttila, Sari Engelhardt

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi tehostetun palveluasumisen yksikkö Attendo Hovinsaari 3. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa saattohoidon opas Attendon Hovinsaari 3:n hoitohenkilökunnan käyttöön. Saattohoidon oppaan tavoitteena on mahdollistaa asukkaille laadukas saattohoito sekä helpottaa yhteisten toimintamallien tuomista käytäntöön ajantasaisen ja tutkimuksiin perustuvan tiedon avulla.

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistehtävänä. Kehittämistehtävään on sisällytetty tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus. Tutkimuskysymyksen avulla selvitettiin, millaisia asioita on huomioitava, jotta saattohoito tehostetussa palveluasumisessa on suositusten mukaista. Työhön valikoitui yhdeksän tutkimusta, joista neljä on englanninkielisiä ja viisi suomenkielisiä. Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysointiin käytettiin teemoittelua.

Tulosten perusteella ajoissa tehty hoitosuunnitelma ennaltaehkäisee turhia sairaalasiirtoja, kun pitkäaikaissairautta pystytään hoitamaan hoivakodin keinoin ja akuutteihin tilanteisiin on varauduttu. Huomio on kohdistettava myös hoidon laatuun hoivakodissa, jos asukasta ei lähetetä sairaalaan. Asukkaan oireita, kuten kipua, on osattava arvioida silloinkin, kun hän ei niitä sanallisesti pysty ilmaisemaan. Kipulääkitys tulee olla ajantasainen, hoitajan tulee osata ennakoida riittävä kipulääkitys esimerkiksi viikonloppujen ja pyhien varalle. Asukkaan yksilöllinen huomioiminen viestii, että hänet nähdään arvokkaana ihmisenä elämän loppuun asti.

Johtopäätöksenä voimme todeta, että opas on tarpeellinen hoitohenkilökunnan päätöksenteon tueksi sekä sijaisten ja uusien työntekijöiden perehdyttämiseksi. Opas on tavoitteiden mukaisesti selkeä ja helppokäyttöinen. Opas helpottaa yhteisten toimintamallien tuomista käytäntöön ja mahdollistaa laadukkaan saattohoidon yksikössä.

Asiasanat: muistisairas, saattohoito, hoitohenkilökunta, hoivakoti

Degree	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Anne Günther, Minna Herrala
Thesis title	Good death for a patient with memory disorder. A hospice care guide for nursing staff in the unit of enhanced service housing.
Commissioned by	Attendo Oy
Time	2021
Pages	42 pages, 17 pages of appendices
Supervisor	Elisa Marttila, Sari Engelhardt

ABSTRACT

The objective of the thesis was to produce a Hospice Care Guide for the nursing staff of intensified service housing unit Attendo Hovinsaari 3. The purpose of the Hospice Care Guide was to provide high-quality hospice care for the residents and to facilitate the implementation of common operating models with the help of up-to-date and evidence-based information.

The thesis was performed as a development task. A literature review was used as a research method. With the help of the research question, the issues were examined that make the hospice care in the intensified service housing to be in accordance with the recommendations. There were nine studies selected, of which three were in English and six were in Finnish. The results of the literature review were analysed by thematic classification.

According to the results, a timely treatment plan prevents unnecessary hospital transfers when long-term illnesses can be nursed by the means of the nursing home and the staff is prepared for the acute situations. Attention must be paid to the quality of care if the resident is not sent to the hospital. The staff must be able to assess the symptoms for example pain even though the resident is not able to verbalise them. The pain medication has to be real-time, and the nurse has to be able to anticipate the needed medication before weekends and holidays. The individual attention of the resident shows that he is seen as valuable for the rest of his life.

As a conclusion it can be noticed that the guide is useful to support the decision-making of the nursing staff and to introduce substitutes and new workers. The guide is clear and easy to use in line with its objectives. It facilitates the implementation of common operation models and provides high-quality hospice care for the residents.

Keywords: memory disorder, palliative care, end of life care, nursing home, intensified service housing unit, nursing staff.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS.....	7
3	YHTEISTYÖTAHON ESITTELY.....	8
4	MUISTISAIRAAN SAATTOHOITOA SÄÄTELEVÄT LAIT JA ASETUKSET.....	8
5	MUISTISAIRAAN PALLIATIIVINEN HOITO.....	9
6	MUISTISAIRAAN SAATTOHOITO.....	10
7	MUISTISAIRAAN OIREEN MUKAINEN HOITO SAATTOHOIDOSSA.....	12
7.1	Fyysiset muutokset.....	13
7.1.1	Ruokahaluttomuus.....	13
7.1.2	Tajunnan taso.....	14
7.1.3	Eritystoiminta.....	14
7.1.4	Kuumeilu.....	15
7.1.5	Kivunhoito.....	15
7.1.6	Hengityksen muutokset.....	16
7.2	Psyykkisen tilan huomioiminen.....	16
7.3	Sosiaaliset muutokset.....	17
7.4	Hengellisyyden huomioiminen.....	17
8	KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ.....	18
8.1	Omaisten tukeminen.....	18
8.2	Henkilökunnan tukeminen.....	18
8.3	Vainajan laittaminen.....	19
9	KEHITTÄMISTEHTÄVÄ.....	19
9.1	Kirjallisuuskatsaus oppaan laadinnan tukena.....	20
9.2	Tiedonhaku, aineiston valinta ja aineiston analysointi.....	20
9.3	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	25
9.3.1	Hoidon oikea-aikaisuus.....	25
9.3.2	Oireenmukainen hoito.....	27

9.3.3	Kivunhoito	28
9.3.4	Asukkaan tukeminen.....	29
9.3.5	Omaisten huomioiminen	31
9.3.6	Hoitohenkilökunnan tukeminen.....	32
10	OPPAAN KEHITTÄMISPROSESSI	34
10.1	Suunnitteluvaihe	34
10.2	Toteutusvaihe	34
11	POHDINTA	35
11.1	Luotettavuus ja eettisyys	37
11.2	Jatkotutkimusehdotukset	38
	LÄHTEET.....	39

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Valmis opas

1 JOHDANTO

Suomessa ohjeistettiin ensimmäisen kerran elämän loppuvaiheen hoitoa vuonna 1982. Tavoitteena oli, että saattohoitovaiheessa potilas voi elää haluaansa ympäristössä ja läheistensä seurassa ilman vaikeita oireita tai kipuja. Saattohoitosuosituksessa, jonka Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaisut vuonna 2010, korostuu inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus sekä potilaan ja kuolevan ihmisen ihmisarvo. (Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksereististä 2017, 9.)

Suomessa on arviolta noin 190 000 muistisairasta henkilöä ja noin 14 500 henkilön on arvioitu vuosittain sairastuvan muistisairauteen. Suurin osa sairastuneista on yli 80-vuotiaita. Kolme neljäsosaa ikääntyneistä, jotka ovat pitkäikäishoidossa, sairastavat muistisairautta. (Muistisairauksien yleisyys, 2020.) Tilastokeskuksen mukaan muistisairauskuolemat ovat nousseet kolmanneksi yleisimmäksi kuolinsyyksi Suomessa. Dementiaan ja alzheimeriin kuolee yli 75-vuotiaista 42 prosenttia enemmän kuin kymmenen vuotta sitten. Suomalaisen ikääntyminen on yksi syy tähän, sillä väestö elää nykyään pidempään. (Tavi & Lahtonen 2019, 177.)

Maakunnista Kymenlaaksossa on eniten yli 75-vuotiaita ympärivuorokautisessa hoiva-asumisessa. Vuoteen 2030 mennessä ikääntyneiden määrä kasvaa, minkä takia ympärivuorokautiset hoiva-asumiset tulevat täyttymään muistisairaista. Sosiaali- ja terveysministeriön järjestämissuunnitelman mukaisesti Kymenlaaksossa on valmisteltu palliatiivisen- ja saattohoidon toteuttamista. Hoitajien peruskoulutukseen tulisi kuulua valtakunnallisen suunnitelman mukaisesti palliatiivista- ja saattohoidon opetusta. Myös täydennyskoulutusta olisi suunniteltava jo työssä oleville. Kaikissa yksiköissä tulisi olla valmius toteuttaa perustason saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa. (Kymenlaakson maakunnallinen 2018, 7–9, 45.)

Ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä suurin asiakasryhmä ovat iäkkäät muistisairaajat asukkaat. Tavoitteena on, että asukkaat saavat asua mahdollisimman kodinomaisessa ympäristössä kuolemaansa asti, il-

man aiheettomia siirtoja päivystykseen tai osastohoitoon sairaalaan. Hoitohenkilökunnan riittävä osaaminen voi vähentää asukkaiden päivystyskäyntejä. (Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä 2017, 19.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttaminen hoiva-asumisessa vaatii hoitohenkilökunnalta asukkaan yksilöllistä huomioimista sekä selkeitä yhtenäisiä käytäntöjä elämän loppuvaiheen hoitotyön toteuttamisesta. Tutkittuun tietoon perustuvat yhtenäiset käytännöt auttavat tunnistamaan, mitkä hoitotoimenpiteet ovat saattohoidon näkökulmasta aiheellisia ja mitkä mahdollisesti aiheuttavat asukkaalle tarpeetonta kärsimystä tai vaivaa. (Rolling Ferrel & Paice 2019, 601.)

Kiinnostuimme opinnäytetyön aiheesta, koska työskentelemme ympärivuorokautisessa tehostetussa palveluasumisessa ja olemme huomanneet, että riittävä tieto saattohoidosta on tärkeää. Yksikössä, jossa asukkaat asuvat elämän loppuun asti, on hoitohenkilökunnalla oltava selkeät yhtenäiset ohjeet saattohoitoon ja asukkaan kuolemaan liittyvistä käytännöistä. Ohjeet tulee olla helposti saatavilla myös sijaisille ja uusille työntekijöille osana perehdyttämismateriaalia.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa saattohoidon opas Attendo Hovinsaari 3:n hoitohenkilökunnan käyttöön. Opasta tulee hyödyntämään toiminnassaan myös Attendo Hovinsaari 1 ja Haminan Attendo Marski.

Opinnäytetyön tavoitteena on mahdollistaa asukkaille laadukas saattohoito sekä helpottaa yhtenäisten toimintamallien tuomista käytäntöön ajantasaisen ja tutkimuksiin perustuvan tiedon avulla. Oppaan tavoitteena on selkeys ja helppokäyttöisyys. Opas tulee olla myös päivitettävissä tarpeen mukaan.

Tutkimuskysymyksemme on: millaisia asioita on huomioitava, jotta saattohoito on suositusten mukaista?

3 YHTEISTYÖTAHON ESITTELY

Attendo on perustettu Ruotsissa vuonna 1985. Yrityksen toiminta alkoi kotihoidon palveluilla. Vuonna 2000 perustettiin Suomessa terveystaloyritys MedOne neljän lääkärin toimesta. Attendon nykyinen pohjoismainen konserni rakentui vuonna 2007 MedOnen liityttyä osaksi Attendoa. Toiminta on myöhemmin laajentunut Norjaan ja Tanskaan. Attendo oy tuottaa hoiva-, kuntoutus- ja asumispalveluita kunnille ja kuntayhtymille. Palvelut ovat suunnattu ikäihmisille, mielenterveys- ja päihdekuntoutujille sekä kehitysvammaisille ja vammautuneille henkilöille. (Attendo.fi s.a.)

Hovinsaaren hoivakoti 3 on syksyllä 2012 avattu ikäihmisten ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen yksikkö Kotkassa. Yksikössä on neljä ryhmäkotia, joissa on yhteensä 61 asukapaikkaa ja mahdollisuus myös tarpeen mukaiseen väliaikaiseen hoiva-asumiseen. Samassa pihapiirissä sijaitsee myös Attendo Hovinsaari 1. Samankaltainen yksikkö on myös Haminan Attendo Marski. Attendolla on Suomessa noin 400 hoiva- ja palvelukotia, Kotkan ja Haminan yksiköt ovat osa tätä kokonaisuutta. (Attendo Hovinsaari 3.fi s.a.)

4 MUISTISAIRAAAN SAATTOHOITOA SÄÄTELEVÄT LAIT JA ASETUKSET

Elämän loppuvaiheen hoitoa säätelevät ja ohjaavat kansalliset lait ja asetukset sekä kansalliset ja kansainväliset suositukset. Ensimmäistä kuolevien potilaiden oirehoitoa koskevaa suositusta aloitettiin vuonna 2006 ja valmis suositus, Kuolevan potilaan oireiden lääkehoito, saatiin vuonna 2008. Tämän suosituksen valmistelun aikoihin oli saatavilla lääkehoitoon liittyvää tutkimusnäyttöä lähinnä vain kivunhoidosta. (Hänninen 2020, 113.)

Keskeisiä lakeja ja asetuksia ovat muun muassa laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, sosiaalihuoltolaki 1301/2014, terveydenhuoltolaki 1326/2010 sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 (Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa 2019). Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa kuvaavat terveydenhuollon

ja sosiaalihuollon palveluketjujen nykytilaa, tuo esille kehittämistarpeita ja esittää suosituksia palveluiden saatavuuden ja laadun parantamiseksi (Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden 2019, 14). Käypähoitosuositus palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta ohjaa aikuispotilaiden kuoleman läheisyydessä tapahtuvaa hoitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Suositus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä sekä osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle pohjautuu aikaisempiin suosituksiin vuodelta 2010, ja se pyrkii vahvistamaan tavoitteiden toteutumista (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017).

5 MUISTISAIRAAN PALLIATIIVINEN HOITO

Palliatiivinen hoito tarkoittaa kokonaisvaltaista ja oireenmukaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtavan tai henkeä uhkaavan sairauden kulkuun ei pystytäkään vaikuttamaan. Hoidolla pyritään vaalimaan elämänlaatua ja lievittämään kärsimystä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Palliatiivinen hoito on käsitteenä huomattavasti laajempi kuin saattohoito. Palliatiivista hoitoa ei ole ajallisesti määritelty kuoleman läheisyyteen, eikä hoidon kestoa ole rajattu. Saattohoitoon siirrytään, kun kuolemaan arvioidaan olevan päiviä tai viikkoja. (Ahlblad 2018, 21–22.)

Oireiden lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen ovat palliatiivisen hoidon tavoitteena. Tarkoituksena ei ole pitkittää kuolemaa. Tarkoituksena on hoitaa hyvin ja aktiivisesti oireita, jotka muistisairas kokee häiritseväksi. Muistisairaana hoidossa otetaan huomioon hänen elämänsä katsomukselliset ja henkiset tarpeensa. Elämästä pyritään tekemään mahdollisimman mielekäästä ja aktiivista kuolemaan saakka. Palliatiivisen hoidon suunnittelulla ennaltaehkäistään muistisairaana ja läheisten ahdistuneisuutta, joka vähentää sairaalahoidon tarvetta. (Hallikainen ym. 2019, 244–245.)

Hoitopaikkasiirtoja vältetään elämän loppuvaiheen hoidossa. Siirrot voivat altistaa turhille toimenpiteille ja tutkimuksille sekä lisätä muistisairaana sekaavuutta, esimerkiksi infektioiden lääkehoito voidaan toteuttaa muistisairaana pysyvässä hoitopaikassa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Ympäri vuorokautinen hoivan yksikkö on yleensä paras paikka kuolla. Voinnin äkillisesti

muuttuessa tulisi vanhuksella olla valmiiksi suunniteltuna saattohoitolääkitys. Näin voidaan antaa hoitolupaus hyvästä oirehoidosta. (Saarto ym. 2018, 240.)

6 MUISTISAIRAAN SAATTOHOITO

Saattohoidossa asiakasta ja hänen perhettään tuetaan ja hoidetaan kuoleman lähestyessä. Kuolemaan voi olla aikaa muutama päivä tai muutama viikko. Saattohoidossa asiakkaan kanssa säännöllinen kontakti ja vuorovaikutus ovat tärkeitä. Lähestyvään kuolemaan sopeutuminen, ahdistuneisuus, unihäiriöt ja emotionaaliset vaikeudet vaativat jatkuvaa seuranta. Mahdollisten ongelmien varhainen havaitseminen helpottaa niiden lievitystä ajoissa ja parantaa elämänlaatua. Nopea avunsaaminen ja turvallinen olo kuuluvat hyvään saattohoitoon. (Hänninen 2018, 100–102.)

Muistisairaan potilaan hoitolinjaukset tulevat ajankohtaiseksi viimeistään silloin, kun hän muuttaa hoivakotiin tai tarvitsee merkittävästi apua arjessa selviämiseen. Silloin tulee keskustella siitä, miten potilas haluaa itseään hoidettavan, kun hän ei enää tunnista läheisiään tai on vuoteenomana. Arvoja ja toiveita voi olla myöhemmin vaikea selvittää. (Ahlblad 2018, 27.)

Hoitoneuvottelu on tärkeä osa hoidon suunnittelua, neuvotteluun voivat osallistua myös omaiset asukkaan niin halutessa. Neuvottelussa tehtävään hoitosuunnitelmaan kirjataan jatkotoimet. Saattohoidossa korostuu hyvä perushoito ja henkinen tukeminen. Saattohoitopäätös tulisi tehdä mahdollisimman ajoissa, jolloin saattohoitoon siirtyminen ei viivästy. Saattohoitopäätöstä voidaan tarvittaessa myös muuttaa. (Anttila ym. 2017, 368.) Saattohoitopäätöksen viivästyminen haittaa omaisten ja myös asukkaan valmistautumista lähestyvään kuolemaan. (Valtakunnallinen terveydenhuollon 2003, 5).

Hoitotahto voi olla vapaamuotoinen kertomus tai lomake, jossa ilmaistaan yksityiskohtaiset hoitoon liittyvät toiveet (Ahlblad 2018, 29). Hoitotahto ilmaisee, miten asukas toivoo elämänsä viimeisessä vaiheessa meneteltävän. Hän voi kieltäytyä elvyttämisestä tai hoitotoimista, jotka pidentävät elämää keinotekoisesti (Anttila ym. 2017, 368.) Toiveissa voi tuoda esiin muitakin kuin hoitotoimenpiteisiin liittyviä asioita, esimerkiksi musiikkiin liittyviä toiveita (Ahlblad 2018, 29). Jos hoitotahtoa ei ole tehty, asukkaan kanssa tulee keskustella ja

selvittää hänen mielipiteensä. Joskus asukas ei itse kykene ilmaisemaan mielipidettään, jolloin voidaan keskustella asiasta omaisten kanssa. (Anttila ym. 2017, 368.)

Hoitotahto on laillinen asiakirja, joka sitoo lääkäriä toimimaan sen sisältämien ohjeiden mukaisesti. Hoitotahdon laatimiseen voi liittyä väärinymmärryksiä, päätöksistä keskustellaan mahdollisuuksien mukaan. Väärinymmärryksiä voi syntyä esimerkiksi hoitojen ennusteen suhteen. (Hänninen 2006, 31.) Jos hoitotahdon tekemisestä on pidempi aika, voi asukkaan mielipide olla muuttunut, sen vuoksi tulisi asukkaalta varmistaa hänen ajankohtainen mielipiteensä. Kaikki asiat hoitotahdosta kirjataan muistiin. (Anttila ym. 2017, 368.)

Hoitotahdon laatinut voi myös peruuttaa hoitotahdon tai muuttaa sen sisältöä, myös muutokset kirjataan ylös huolellisesti. Kaikkien hoitoon osallistuvien tulee olla tietoisia hoitotahdon sisällöstä ja noudattaa sitä. (Ahlblad 2018, 29.) Hoitotahdon sivuuttaminen on hyväksyttävää, jos lääkäriellä on painava syy epäillä, että tahdonilmaisu ei ole vakaa ja hänellä on pätevät perustelut tulkinalleen (Valtakunnallinen terveydenhuollon 2003, 9).

Sairauden etenemisen myötä siirtyminen palliatiiviseen hoitoon ja lopulta saattohoitoon ovat lääketieteellisiä päätöksiä (Anttila ym. 2017, 368). Päätöksen saattohoidon aloittamisesta tekee aina lääkäri ja DNR-päätös sisältyy saattohoitopäätökseen. Siihen kirjataan, mikä sairaus on johtanut päätökseen, miten sairaus etenee sekä mitkä ovat nykyiset oireet muistisairaalla ja mitä oireita voidaan vielä odottaa tulevan. Lääkäri kirjaa päätökseen muistisairaalla nykyiset ja tarvittaessa annettavat lääkkeet sekä näiden lääkkeiden haittavaikutukset. (Hallikainen ym. 2019, 245.)

Hoitojen jatkamisen tai aloittamisen lähtökohtana on se, että potilaalle on niistä hyötyä. Hyötynä voidaan pitää taudin hidastumista tai taudin etenemisen pysähtymistä. Kun suunnitellaan hoitoja, pitää myös arvioida, kuinka raskaita hoidot voivat olla. Päätös hoidon lopettamisesta tulee perustua aina lääketieteelliseen hyötyyn, lääkärin tulee voida perustella hoitopäätös. (Hänninen 2018, 103–104.)

Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR) olisi hyvä tehdä ennen saattohoitovaihetta ja hyvissä ajoin ennen kuin muistisairaus on edennyt loppuvaiheeseen. DNR lyhenne tulee sanoista Do Not Resuscitate, ei elvytetä. Päätöksen voi kirjata hoitotahtoon asukas itse, mutta myös lääkäri voi tehdä päätöksen lääketieteellisin perustein. Elvyttämättä jättäminen tarkoittaa päätöstä pidättäytyä elvyttämisestä, jos asukas menee elottomaksi. Elvyttämättä jättäminen on vaikeasti sairaan asukkaan luonnollisen kuoleman sallimista. Kuolemaa ei pitkitetä rasittavilla hoitotoimenpiteillä (paineluelvytys tai sydämen rytmin siirto). Päätöksenteon yhteydessä huomioidaan, millaisesta hoidosta potilas hyötyy, esimerkiksi leikkaukset ja tehohoito-asteinen hoito ovat edelleen mahdollisia, elvytys hoito rajataan näistä pois. Hoivaa annetaan ja kipua hoidetaan, mikä kuuluu jokaisen perusoikeuksiin. (Hallikainen ym. 2019, 245.) Päätös pidättäytyä elvytyksestä sisältyy saattohoitopäätökseen, mutta DNR-päätös itsessään ei tarkoita palliatiivista hoitolinjaa tai saattohoitoa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan saattohoitopotilaan lääkkeellistä tietoisuuden alentamista. Lääkkeiden annostus määräytyy potilaan tarpeen ja kärsimyksen mukaan. Tarkoituksena on lievittää kärsimystä ja saada oireet hallintaan. (Hänninen 2006, 94.) Ympäri vuorokautisen hoivan yksikön tehtävä, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaisissa laatukriteereissä, on tarjota perustason oirehoitoa. Erityistason palliatiivista hoitoa, mukaan lukien sedaatiovalmius, on mahdollista toteuttaa muun muassa sairaanhoitopiirin palliatiivisissa yksiköissä sekä palliatiivisen hoidon erityisyksiköissä. (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017, 29–30.) Valtakunnalliset saattohoito-ohjeet ohjaavat toimintaa, vaikka toimipaikoissa on omat tapansa. Lääkäri toteaa aina kuoleman. Omaisten kanssa sovitaan, kenelle omaiselle ilmoitetaan kuolemasta ja voiko ilmoittaa myös yöllä. (Anttila ym. 2017, 373.)

7 MUISTISAIRAAN OIREEN MUKAINEN HOITO SAATTOHOIDOSSA

Muistisairaus on etenevä ja parantumaton sairaus, joka heikentää toimintakykyä vähitellen ja heikentää elämänlaatua. Muistisairaan saattohoidon kesto on vaikea ennustaa, sillä taudin eteneminen on yksilöllistä. (Tavi & Lahtonen 2019, 180–182.)

Kuolemaa lähestyvän hoitoon kuuluu keskeisenä osana säännöllinen voinnin arviointi, oireiden seuranta, asentohoito sekä ihon kunnon seuranta ja hoito. Silloin, kun potilaan kyky ilmaista itseään on heikentynyt, vointia voidaan arvioida havainnoimalla esimerkiksi ilmeitä, eleitä tai ääntelyä. (Ahlblad 2018, 42.) Voinnin heiketessä on tärkeää kiireetön läsnäolo, jolla tuetaan turvallisuuden ja levollisuuden tunnetta. Tutut hoitajat, rauhallinen huone ja läheiset ihmiset lisäävät turvallista oloa kuoleman lähestyessä. (Hallikainen ym. 2019, 245–246.)

7.1 Fyysiset muutokset

Loppuvaiheessa muistisairas ei välttämättä pysty tai osaa ilmaista tuntemuksiinsa, se tuo erityisvaatimuksia hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta joutuu havainnoimalla arvioimaan asukkaan kivun tason, henkisen ahdistuksen sekä lähestyvän kuoleman merkit. Merkkejä lähestyvistä kuolemista ovat esimerkiksi toimintakyvyn muutokset, ruokahaluttomuus, erittämisen väheneminen, kuumeilu, kipulääkkeiden tarpeen kasvu ja hengityksen muutokset, kuten hengityskatkokset. (Hallikainen ym. 2019, 245.) Toimintakyvyltään merkittävästi heikentynyt potilas mielletään usein kuolevaksi potilaaksi. Heillä elintoiminnot ovat jo hiipuneet ja kuoleman merkit ovat jo nähtävissä. (Saarto ym. 2018, 8.)

7.1.1 Ruokahaluttomuus

Elämän loppuvaiheen merkkejä ovat usein syömisongelmat, joita esiintyy jopa 90 %:lla viimeisten 3–6 kuukauden aikana. Muistisairas voi elää pitkäänkin, vaikka ravinnon saanti on niukkaa. (Tavi & Lahtonen 2019, 183.) Nielemisvaikeudet ovat loppuvaiheessa yleisiä, ruuan tulisi olla helposti syötävää. Ruuan monipuolisuus ja terveellisyys eivät ole enää pääasia, vaan että ruoka maistuu. Ikääntyvien kohdalla usein riittää, että asukas syö sen verran, minkä hän kykenee nielemään. Raikasta juomista tulisi olla aina tarjolla, sillä kuivuminen on ongelmista tavallisin. (Anttila ym. 2017, 370.)

Makuaisti voi muuttua, asukkaalle ei enää maistu samat ruuat kuin aiemmin, muun muassa mausteet voivat tuntua suussa pahalta ja aiheuttaa pahoinvointia. Ruokavalio voi tällöin muodostua miedoista ja pehmeistä ruoista. Syömistä voidaan helpottaa hyvällä suun hoidolla, sillä suun kuivuminen ja kipu ovat yleisiä oireita elämän loppuvaiheessa. Suun puhdistaminen ja kostuttaminen

vähentävät epämiellyttävää tunnetta ja ehkäisevät infektioita. (Hänninen 2001, 112–113.)

7.1.2 Tajunnan taso

Tajunnan taso vaihtelee kuoleman lähestyessä. Kun ihmiseen ei saada kontaktia, eikä hän itse tiedosta ympäristöään eikä itseään, puhutaan tajuttomuudesta. Tajuttomuuden tasoja on monenlaisia. Vaikka ihminen ei kykenisi kommunikoimaan, hän voi ymmärtää puhetta. Tärkeintä kuoleman lähestyessä on se, miten ja millä tavalla ihmistä lähestytään ja kosketetaan sekä millaisella äänensävyllä hänelle puhutaan. (Anttila ym. 2017, 372.)

7.1.3 Eritystoiminta

Elämän loppuvaiheessa virtsan erityys voi vähentyä tai lakata kokonaan. Tämä tapahtuu yleensä luonnollisena osana kuolemisen prosessia, mutta taustalla voi myös olla hoitoa vaativa tila, varsinkin jos virtsan määrä vähenee verrattain varhaisessa vaiheessa. (Rolling Ferrel & Paice 2019, 231.) Hoitoa vaativa tila voi esimerkiksi olla virtsaumpi eli virtsaretentio, joka aiheuttaa vaikeutta virtsarakon tyhjentymisessä. Syitä virtsan kulun estymiseen voivat olla kasvaimet, munuaiskivet tai eturauhasen liikakasvu. Lääkitys voi myös vaikuttaa virtsaummen syntymiseen. Virtsanerityksen vähentyessä on ensin arvioitava riittävä nesteiden saanti, sillä virtsaaminen vähenee luonnollisesti juomisen niuktuessa. Virtsankarkailu on myös yleinen oire, mistä on tärkeää keskustella ja miettiä tilanteeseen asukkaan oloa helpottavia ratkaisuja. (Surakka ym. 2015, 56–57.)

Ummetus on yleinen epämiellyttävyyttä, kipua, levottomuutta, sekavuutta ja ahdistusta aiheuttava oire saattohoitovaiheessa. Syinä ummetukselle voi olla itse sairaus, vähäinen juominen, muutokset ruokailutottumuksissa, vähentynyt liikuminen tai lääkehoito. Ummetuksen lisäksi voi esiintyä ulostetukkeumaa ja ohivuotoripulia tai pidätyskyvyttömyyttä erityisesti silloin, jos asukas on suurimman osan ajasta vuoteessa. (Surakka ym. 2015, 54–55.)

7.1.4 Kuumeilu

Tulehdusarvojen ja kuumeen nousu elämän loppuvaiheessa voivat johtua muistakin syistä kuin bakteeri-infektioista. Kuoleman lähestyessä lämmönsäätelyjärjestelmä häiriintyy, ruumiinlämpö voi nousta. Tässä tapauksessa ei tarvita antibioottihoitoa, sillä siitä ei ole apua. Tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla voidaan tehokkaasti alentaa kuumetta tarvittaessa. (Palliativinen hoito, 2018.)

7.1.5 Kivunhoito

Toistuva kivun arviointi on laadukkaan kivunhoidon kulmakiviä. Kivunhoitoa suunniteltaessa on huomioitava kivun fyysiset syyt, tausta ja asukkaan oma kokemus. Muistisairaahan asukkaan voi olla vaikea kuvailla tai ilmaista kokeemaansa kipua sanallisesti. Tässä tapauksessa tärkeäksi asiaksi nousee hoitohenkilökunnan ammattitaito, asukkaan historian tunteminen, toimiva tiimityö hyvällä kommunikaatiolla ja raportoinnilla sekä kivun arviointiin käytettävät kipumittarit. Kipua arvioitaessa huomioidaan myös asukkaan liikkeet, eleet, ilmeet ja äänteet. Fyysisten oireiden puuttuminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että asukas olisi kivuton. Muistisairaus voi muuttaa henkilön kipukäyttäytymistä ja mahdollisesti jopa kivun kokemusta siten, että asukas ei enää tunnista tuntemustaan kivuksi. Asukas voi ilmaista kipua myös aggressiivisella tai muutoin hänelle ominaisesta käyttäytymisestä poikkeavalla toiminnalla. (Rolling Ferrell & Paice 2019, 101,110–111.)

Saattohoitovaiheessa käytetään usein kipulääkkeenä mikstuuroita, ihonalaisia injektioita sekä erilaisia kipulaastareita, koska nieleminen vaikeutuu ja tablettien nieleminen on vaikeaa (Tavi & Lahtonen 2019, 186–188). Kipupumppua voidaan käyttää hoidettavilla, joiden nieleminen on vaikeaa eikä suun kautta otettava kipulääkitys ole mahdollista (Varakas 2016, 15–16). Kovan kivun hoitoon käytetään opioideja (fentanyl, oksikodoni ja morfiini), joita on saatavana injektioina ihon alle pistettäväksi. Muistisairaiden ja iäkkäiden kohdalla on muistettava aloittaa lääkitys pienemmillä annoksilla kuin muilla saattohoitopotilailla, sillä he ovat herkempiä lääkkeille. (Tavi & Lahtonen 2019, 186–188.)

7.1.6 Hengityksen muutokset

Kuoleman lähestyessä tyypillisin oire hengittämiseen liittyen on hengenahdistus, joka usein heikentää elämänlaatua. Siihen liittyy usein myös ahdistuneisuutta, uupumusta, masentuneisuutta ja kipua. Ensisijaisesti tulisi huomioida, kuinka voimakasta hengenahdistus on ja minkä tyyppistä se on. Voimakkuuden arviointiin voidaan käyttää esim. VAS-asteikkoa. Tulee seurata, mikä on hengitystaajuus, miten käytetään hengityslihaksia ja millaisia ovat hengityssänet. (Saarto ym. 2018, 38.) Hengenahdistusta voidaan tarvittaessa lieventää lisähapella, jos se on mahdollista. Vaikeaan hengenahdistukseen voidaan antaa rauhoittavaa loratsepaamia sekä unta auttavaa midatsolaamia, jos tilanne on hankala. Näitä on joskus tarpeellista antaa, jos oireet ovat hankalat ja elin-aikaa arvioidaan olevan vähän. (Tavi & Lahtonen 2019, 188.)

7.2 Psyykkisen tilan huomioiminen

Sairauteen ja lähestyvään kuolemaan liittyy monenlaisia tunteita, kuolemanpelkoa ja toiveita. Kuolevan hoidossa ei voi keskittyä vain fyysisiin vaivoihin ja niiden hoitamiseen. Pitkän elämän elänyt ihminen voi tuntea, että hänen on jo aika lähteä. Hän voi puhua ajatuksistaan läheisilleen tai hoitajille, jolloin kuunteleminen ja keskustelu ovat tärkeitä. Näihin ajatuksiin voi liittyä oman elämän mielekkyyden pohdintaa, masennusta, toiveita kipujen ja kärsimyksen loppumisesta tai kokemusta siitä, että oma elämä on jo valmis ja täysi. (Vanhuuskuolema 2014.)

Ahdistuneisuuteen ja alakuloisuuteen on kiinnitettävä huomiota. Ahdistuneisuutta voi esiintyä luonnollisesti oireiden lisääntyessä ja kuoleman lähestyessä. Ahdistuneisuutta voivat aiheuttaa myös fyysiset oireet, kuten hengenahdistus ja kipu sekä lääkitysmuutokset. Tilanne on arvioitava yksilöllisesti. Turvallinen hoitoilmapiiri sallii tunteiden ilmaisun, mielialan ja tunteiden vaihtelut hyväksytään osaksi yksilöllistä lähestyvän kuoleman käsittelyä. Huomioitavaa kuitenkin on, että muutokset mielialassa voivat johtaa masennukseen ja jopa sekavuuteen. (Surakka ym. 2015, 58,60.) Kuolemaan liittyy paljon luopumista. Ihminen luopuu elämäänsä liittyvistä odotuksista ja rooleista sekä fyysisistä saavutuksista. Ajatus siitä, että läheiset ihmiset pärjäävät ja käytännön asiat ovat kunnossa, voi tuoda voimavaroja ja lohtua. Omaisten ja hoitohenkilökunnan

tehtävänä on kuunnella ja mahdollistaa keskustelu, vaikka se olisikin vaikeaa. (Ahlblad 2018, 64–65.)

7.3 Sosiaaliset muutokset

Saattohoitovaiheessa asukkaan elämässä on läsnä hänelle tärkeimmät ja läheisimmän ihmiset. Asukas määrittelee heidät ja heidän osuutensa hoitotyössä mahdollisuuksien mukaan itse. Jos asukas on asunut yksin tai hänellä ei ole läheisiä sukulaisia, saattaa läheinen henkilö olla naapuri tai tuttava yhteisöstä, johon hän on kuulunut. Myös lemmikkieläin voidaan kokea perheenjäsenenä. (Surakka ym. 2015, 30–31.)

Läheisiin liittyvä suru ja huoli aiheuttavat usein sosiaalisen kärsimyksen kuolevalle. Hän usein miettii, miten läheiset pärjäävät ja selviytyvät hänen kuolemansa jälkeen. Kuolevan asukkaan hyvinvointi on keskipisteessä, mutta asukasta lohduttaa, että perheenjäsenet saavat tietoa ja tukea tarvittaessa. (Aalto 2013, 19.)

7.4 Hengellisyden huomioiminen

Hengelliset tarpeet ovat yksilöllisiä ja tarpeiden kuvaaminen voi olla vaikeaa. Hengellisyys voi olla kokemus siitä, että näkyvän maailman lisäksi on jotain hyvää, jota ei mahdollisesti aikaisemmin ole arjessa osannut kaivata. Kuoleman lähestyminen herättää hengellisiä tarpeita. Ihminen voi kaivata rauhaa, turvallisuuden tunnetta sekä tarvetta päästää irti elämän varrella syntyneistä syyllisyyden tunteista, vihasta tai muista raskaista tunteista. (Surakka ym. 2015, 116–118.)

Hengellinen tukeminen parhaimmillaan vahvistaa asukkaan kaipaamaa kokemusta ja luottamusta hengellisyydestä ja hengellisestä voimasta (Surakka ym. 2015, 119). Hengellisen hoidon tavoitteena kuolevan hoidossa voivat olla pelkotilojen käsittely, mielenrauhaan pyrkiminen ja toiveet lähestyvään kuolemaan liittyen. Hoito perustuu asukkaan toiveisiin. Ehdottaa voi esimerkiksi mielimusiikin kuuntelua tai olla vain hiljaa, koska monelle se tuo jo lohdutusta. Asukkaasta riippuen voi tarjota radiosta/televisiosta jumalanpalveluksen seuraamista tai mahdollisesti tarjota luettavaksi hengellistä kirjallisuutta. (Grönlund ym. 2008, 114–115.)

8 KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ

Lähestyvään kuolemaan liittyy kiireettömyys. Kuoleman merkkien tunnistaminen on tärkeää, jotta hoitohenkilökunta ja omaiset voivat keskittyä läsnäoloon. (Surakka ym. 2015, 80.) Vainajan arvostava kohtelu kuoleman jälkeen on merkittävä osa hyvää saattohoitoa. Vainaja muistuttaa edelleen henkilöstä, joka hän on ollut. Omaiset voivat tunnetasolla ajatella, että vainaja tuntee edelleen kipua tai häpeää häneen kohdistuvista hoitotoimista. (Hänninen 2018, 169.) Jäähyväisten hetki on omaisille intiimi. Hoitohenkilökunta huolehtii hetken kiireettömyydestä ja rauhallisuudesta (Surakka ym. 2015, 81.)

8.1 Omaisten tukeminen

Hoitotyö on usein yksilökeskeistä ja läheiset jäävät taustalle. Hyvässä kokonaisvaltaisessa hoitamisessa huomioidaan myös läheiset ja heidän merkityksensä asukkaalle. Läheiset ovat usein tärkeä voimavara kuoleman lähestyessä. Läheinen voi toivoa mahdollisuutta osallistua hoitamiseen tai olla vain seurana. Tämä sallitaan tilanteen mukaan. (Surakka ym. 2015, 30–32.)

Saattohoitovaihe valmisteleo omaisia luopumiseen ja suruun. Kuoleman jälkeen menetyksestä tulee todellista. Surun kokeminen ja tilanteeseen sopeutuminen on yksilöllistä. (Ahlblad 2018, 102.)

8.2 Henkilökunnan tukeminen

Uupumusta hoitohenkilöstössä aiheuttaa jatkuva menetyksen ja surun kokeminen. Myös se, että ei tunnista omia rajojaan, altistaa uupumukselle. Jos hoitaja ei pysty säätelemään itse rajojaan, muuttuu työ usein rasittavaksi. Hoitohenkilökunta oppii käsittelemään surua ammatillisesti, koska se on saattohoidossa mukana oleva asia. Kun kohtaa surun, se helpottaa jaksamista. (Saarto ym. 2015, 299–300.)

Henkilöstölle turvaa ja varmuutta tuovat saattohoidon vahva osaaminen ja ymmärtäminen saattohoito kokonaisuudessaan. Hoitohenkilöstölle on tarjolla erikoisopintoja saattohoidosta ja palliativisesta hoidosta. Kun henkilöstö voi hyvin ja on ammattitaitoista, he kykenevät hoitamaan potilasta ja huomioimaan läheiset. (Aalto 2013, 21–23.)

8.3 Vainajan laittaminen

Valtakunnalliset saattohoito-ohjeet ohjaavat toimipaikan toimintaa. Lääkäri toteaa kuoleman. Asukkaan kuollessa hoitohenkilökunta viilentää asukkaan huonetta. Vainajaa ei siirretä kahteen tuntiin, jolloin myös omaisilla on mahdollisuus tavata asukas viimeisen kerran. Hoivakodissa asukas asetetaan luonnolliseen asentoon ja poistetaan mahdolliset letkut tai dreenit ennen pesua. Vainajan silmät suljetaan ja hiukset kammataan, myös hammasproteesit laitetaan suuhun, jos sellaiset on. Miehiltä ajetaan parta. Hänen silmilleen laitetaan kosteat vanutyyny ja alaleuka sidotaan, jotta se ei painu alas. Vainajalle puetaan paita, tunnistusnauha ja nilkkaan vainajakortti. Hänen päälleen asetellaan lakana ja lakanan päälle voi laittaa kukkia, jos niitä on saatavilla. Vainaja kuljetetaan ruumishuoneelle. (Anttila ym. 2017, 373–374.)

9 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Kehittämistehtävällä pyritään käytännössä muutokseen eli parantamaan jotakin asiaa tai ongelmaa. Tämä tarkoittaa, että tutkimusongelmaa tulee täsmentää tai sille on löydettävä todellinen ongelma. Ongelmaa lähdetään ratkomaan perehtymällä aiheita sivuaviin aiempiin tutkimuksiin. (Kananen 2015, 11–13.)

Kehittämistehtävä on lähes aina työelämälähtöinen. Yritykset ja organisaatiot parantavat ja kehittävät tuotteitaan, toimintaansa ja palveluitaan jatkuvasti. Tällainen kehittämistyö tuli saada näkyvämmäksi. Kehittämistehtävä on joukko erilaisia tutkimusmenetelmiä, joihin yhdistyvät laadulliset ja määrälliset tutkimusmenetelmät. Kehittämistyöhön liitetään tutkimus, tutkimusprosessi sekä tulosten raportointi. (Kananen 2015, 33.)

Kehittämistehtävään kuuluu ongelman poistaminen ja se alkaa, kun perinteinen tutkimus päättyy. Opinnäytetyön tekeminen kehittämistehtävänä on haasteellista, koska muutos vie aikaa, eikä kehitysehdotusta ehditä toteuttaa käytännössä. (Kananen 2019, 81–82.)

9.1 Kirjallisuuskatsaus oppaan laadinnan tukena

Muodostettaessa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta tai aihealueesta käytetään keskeisenä menetelmänä kirjallisuuskatsausta. Tutkimustyön välineenä kirjallisuuskatsausten merkitys on kiistaton. Erilaisiin tarkoituksiin on olemassa erityyppisiä katsauksia. Ne voidaan jakaa kolmeen eri päätyyppiin: kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrälliset meta-analyysit ja laadulliset metasynteetit, jotka kohdistuvat määrällisiin ja laadullisiin tutkimuksiin. (Stolt ym. 2016, 7–8.)

Kirjallisuuskatsaus keskittyy olennaiseen kirjallisuuteen: tutkimuselosteisiin ja julkaisuihin, jotka ovat keskeisiä. Tarkoituksena on tuoda esille, miten ja mistä näkökulmasta aihetta on aiemmin tutkittu. Lukija voi lähdeviitteiden perusteella tarkistaa kirjoituksen alkuperän ja arvioida, miten niitä on käytetty tutkimuksessa sekä seurata, miten tutkija on rakentanut uutta tietoa lähteiden pohjalta. (Stolt ym. 2016, 121.)

Omassa opinnäytetyössämme käytimme narratiivista kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Kuvailevaavaa kirjallisuuskatsausta on kahta eri tyyppiä: narratiivinen ja integroiva katsaus. Narratiivisella kirjallisuuskatsauksella pyritään antamaan käsiteltävästä aiheesta laaja kuvaus. (Salminen 2011, 6–7.)

Kirjallisuuskatsauksella etsittiin vastausta tutkimuskysymykseen: millaisia asioita on huomioitava, jotta saattohoito on suositusten mukaista?

9.2 Tiedonhaku, aineiston valinta ja aineiston analysointi

Aineistoa kerättiin kirjallisuudesta, internetlähteistä ja -tietokannoista. Tiedonhakuja tehtiin syksyllä 2020. Tietokantoina olivat Cinahl, Pubmed, Medic sekä Finna.

Cinahl

Cinahl, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature on keskeisin tietokanta, kun tehdään hakuja hoitotieteeseen tai siihen liittyvien alojen, kuten fysioterapiaan tai toimintaterapiaan liittyen. Artikkeliviitteitä löytyy vuodesta

1982 lähtien. Cinahlissa on erilaiset asiasanat ja eri asiasanasto kuin esimerkiksi PubMedissä. Käytettävissä oleva asiasanasto on CINAHL Headings. (Stolt ym. 2016. 45.)

Pubmed

MEDLINE-tietokannan ylläpitäjän U.S. National Library of Medicinen käyttöliittymä. Aineistoa tietokannassa on vuodesta 1946 lähtien. PubMedissä on toimintoja, jotka ovat tyypillisiä vain tälle tietokannalle, kuten automatic term mapping, jonka avulla tietokanta pyrkii tulkitsemaan hakua ja yhdistämään hakusanoja. Tietokannassa on käytettävissä Mesh-asiasanasto, joka auttaa haun kohdistamisessa asiasanakenttiin. Hakua rajatessa on huomioitava, että tietokannassa on myös asiasanoittamattomia artikkeleita. (Stolt ym. 2016, 44–45.)

Medic

Medic on kotimainen tietokanta, jota on ylläpidetty vuodesta 1978 lähtien. Tietokannassa on käytettävissä Mesh-asiasanasto sekä suomenkielinen versio FinnMesh. Medic on tietokantana verrattain pieni ja saattaa vaatia laajempaa hakua kuin kansainväliset tietokannat. (Stolt ym. 2016, 46.)

Finna

Finna on hakupalvelu, josta löytyy aineistoja monilta eri toimijoilta. Se tarjoaa monipuolista aineistoa, joka on saatavilla verkossa. Monipuolisemmin voi käyttää Finnaa, jos on oma käyttäjätunnus. Palveluun voi kirjautua Finna-tunnuksella, jonka voivat luoda kaikki käyttäjät, korkeakoulun HAKA-tunnuksella, joka on tarkoitettu henkilökunnalle sekä opiskelijoille. Vaihtoehtoisesti voi kirjautua kirjastokortilla. (Finna.fi s.a.)

Tiedonhaussa käytetyt hakusanat

Cinahlissa ja Pubmedissä käytettiin hakusanoina (palliative care OR end of life care OR palliative nurs*) AND (nursing home OR care home) AND (alzheimer OR dementia OR memory disorder) AND (guide OR guidelines).

Medicissä ja Finnassa tehtiin hakuja samoilla hakusanoilla suomen kieleksi käännettynä, mutta niillä ei löytynyt yhtään osumaa. Tämän takia otettiin käyttöön vain osa sanoista, silloin osumia löytyi. Hakusanoiksi valikoitui “palliativinen hoito” OR saattohoito OR “palliativinen hoi*” sekä alzheimer OR demensia OR muistisairaus. Taulukossa 1 on selvennetty tiedonhaussa käytetyt hakusanat, rajaukset, tulokset sekä valitut tutkimukset.

Taulukko 1. Tiedonhakupöytä

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Otsikon perusteella valitut	Sisällön perusteella valitut
Cinahl	(palliative care OR end of life care OR palliative nurs*) AND (nursing home OR care home) AND (alzheimer OR dementia OR memory disorder) AND (guide OR guidelines)	2015–2021 Kieli englantia	38	17	2
Pubmed	("palliative care" OR "end of life care" OR "palliative nurs*") AND ("nursing home" OR "care home") AND	2015–2021	18	11	2

	(alzheimer OR dementia OR "memory disorder") AND (guide OR guidelines)				
Medic	"palliativinen hoito" OR saattohoito OR "palliativinen hoi**"	2015–2021	8	3	1
Medic	alzheimer OR dementia OR muistisairaus	2015–2021	80	2	0
Finna	"palliativinen hoito" OR saattohoito OR "palliativinen hoi**"	2015–2021	101	20	3
Finna	alzheimer OR dementia OR muistisairaus	2015–2021	462	18	1

Nämä hakusanat valittiin, sillä ne vastaavat opinnäytetyön sisältöä. Tuloksista valikoitui sekä englanninkielisiä että suomenkielisiä tutkimuksia (liite1.) Englanninkielisiä tutkimuksia olisi ollut otsikon perusteella arvioituna enemmänkin, mutta osaa niistä ei pystynyt aukaisemaan/käyttämään tai ne olisivat olleet maksullisia.

Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Aineistonhaussa tehtiin rajauksia sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla (taulukko 2.) Hyväksyimme mukaan pro gradu- tutkimukset, väitöskirjat sekä ylemmän amk:n opinnäytetyöt. Amk-opinnäytetyöt suljettiin hakujen ulkopuolelle. Lisäksi rajasimme pois tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Valitsimme mukaan suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia, muut kielet jätettiin hakujen ulkopuolelle. Tiedonhaussa käytettiin vain maksuttomia aineistoja ja maksulliset suljettiin pois.

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Alle 10 vuotta vanhat suomenkielissä. Alle 6 vuotta vanhat englanninkielisissä	Yli 10 vuotta vanhat suomenkieliset ja yli 6 vuotta vanhat englanninkieliset
Kielet: Suomi, Englanti	Muut kielet
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Tieteelliset tutkimukset, Pro Gradut, Väitöskirja	Opinnäytetyöt
Ilmaiset lähteet	Maksulliset lähteet

Teemoittelu

Teemoittelua tai luokittelua tehtäessä valittuja tutkimuksia käydään läpi osissa ja läpikäyntiprosessissa toistaen. Tutkimuksista luetaan erityisen tarkasti tutkimustulokset ja johtopäätökset. Näiden pohjalta tehdään havaintoja, joiden avulla muodostetaan luokkia tai teemoja. Tarkoituksena on etsiä tutkimuksista yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia sekä ryhmitellä ja vertailla niitä. Samankaltaiset merkinnät yhdistetään, niille annetaan sisältöä kuvaava nimi. (Stolt ym. 2016, 31.) Pelkistetyt ilmaukset sekä teemat esitellään taulukossa 3.

Taulukko 3. Teemoittelutaulukko

Hoitosuunnitelma, hoitotahto, saattohoitopäätös, sairaalahoidon minimointi.	Hoidon oikea-aikaisuus
Fyysiset muutokset: Ruokahaluttomuus, väsymys, hengenahdistus, pahoinvointi, iho ongelmat, suun ongelmat.	Oireenmukainen hoito
Lääkehoito, lääkkeetön hoito, kivun tunnistaminen.	Kivunhoito
Ahdistuneisuus, pelko, hoitoympäristön viihtyvyys, keskustelun tarve, henkinen tukeminen.	Asukkaan tukeminen
Riittävä tiedonanto, kommunikointi, yöpymismahdollisuus, saattohoitoprosessin tietäminen, ”osallistaminen”	Omaisten huomioiminen
Koulutuksen tarve, konsultaatiotuki, moniammatillinen yhteistyö, työssäjaksaminen	Hoitohenkilökunnan tukeminen

9.3 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Tulokset esitellään teemojen mukaan. Tulosten raportointi on toteutettava siten, että tutkimus olisi toistettavissa ja tulosten luotettavuus on arvioitavissa (Stolt ym. 2016, 32).

9.3.1 Hoidon oikea-aikaisuus

Hoitoneuvotteluissa selkeytetään yhteistyötä omaisten kanssa, helpotetaan asukkaan jokapäiväistä hoitoa ja mahdollistetaan laadukas hoito myös elämän loppuvaiheessa. Hoitoneuvottelussa sovitaan yhteiset pelisäännöt ja toimintatavat sekä keskustellaan asukkaan ja omaisen toiveista loppuvaiheen hoitoon liittyen. Sairaanhoitajat kokevat tärkeäksi, että saattohoidosta puhutaan heti

asukkaan muuttaessa hoivayksikköön. Hoitajat toivoivat ennakoivien hoitosuunnitelmien ajoittamista palliatiivisen hoidon vaiheeseen, asukas saisi mahdollisimman hyvän oireenmukaisen hoidon ja pitkäaikaissairautta pystyttäisiin paremmin hallitsemaan hoivakodin keinoin. Hoitajat kokivat, että ennakoivien hoitosuunnitelmien teko on nopeutunut ja lisääntynyt, vaikkakin korona aika oli niitä sotkenut. (Pohjankukka 2021, 37–42; Soini 2019, 19–21).

Hoitosuunnitelmat, hoitotahto ja hoidon linjaukset, kuten DNR päätös, ovat hyödyllisiä asukkaan toiveiden selventämisen ja keskustelun herättämisen näkökulmasta. Hoitotahdon ajantasaisuudesta on huolehdittava, sillä hoidettavan näkemys hoitotahdosta ja päätöksistä voi muuttua. Siirryttäessä palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon tehdään usein myös hoidonrajauksia huomioiden ravitsemus ja lääkehoito, siirrot muihin yksiköihin sekä infektioiden hoito. Rajaukset tehdään yksilökohtaisesti. Keskustelulla omaisen kanssa voidaan luoda perustan hoitosuunnitelmalle akuuttien tilanteiden varalle, ennen kuin akuutti tilanne on edessä. (Lopez ym. 2017, 1205–1208; Lee ym. 2017, 5–9; Lesonen 2019, 18–19).

Saattohoitopäätökset voivat viivästyä ja hoidon ennakointi voi olla puutteellista, jos potilaan vointi heikkenee yllättäen. Viivästyminen koettiin ennen kaikkea lääkityksen aloittamisen ja tehostamisen osalta. Saattohoitopäätös voi viivästyä myös, jos omaisille ei ole perusteltu saattohoidon tarpeellisuutta riittävän hyvin ja omaiset eivät ole ymmärtäneet tilannetta tai tilanne on tullut heille äkkiä. Omaiset voivat esimerkiksi toivoa nesteytyksen aloittamista tai siirtoa vuodeosastolle hoivakodeista. (Pohjankukka 2021, 37–42; Lesonen 2019, 18–19).

Tuttu hoitoympäristö, tutut hoitajat ja yhtenäinen hoitolinja ovat hyvän saattohoidon perusta. Omahaohitajan rooli koettiin tärkeänä etenkin hoidon ennakoinnin osalta, sillä omahoitaja on perehtynyt hoidettavan asioihin huolella. Hoitajien vaihtuvuus hoivayksiköissä vaikeutti palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa, koska hoidettavaa ei tunneta riittävän hyvin. Hoitoa hoivayksiköissä vaikeutti myös, jos saattohoitotilanteessa hoitava lääkäri ei tunne hoidettavaa. (Pohjankukka 2021, 37–42; Lee ym. 2017, 5–9).

Sairaanhoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa turhiin sairaalasiirtoihin aktiivisuudellaan ja aloitteellisuudellaan. Hoitolinjaukset auttavat sairaanhoitajien vastuuta, jos sairaalasiirtoa ei tehdä. Päätökseen sairaalaan lähettämistä vaikuttaa kyky toteuttaa hoitoa hoivakodissa akuutissa tilanteessa, hoitosuunnitelma ja omaisen mielipide. Elämän loppuvaiheessa sairaalasiirrot voivat olla tarpeettoman raskaita hoidettavalle ja omaiselle sekä aiheuttavat ylimääräisiä kuluja terveydenhuollolle. Siirrot voivat altistaa raskaille hoitotoimenpiteille, joista ei koeta varsinaisesti hyötyä. Muistisairaahan lähettäminen sairaalahoitoon voi aiheuttaa hoidettavassa ahdistusta ja sekavuutta. Sairaalahoitoon lähettäminen voi altistaa myös makuuhaavoille ja infektioille. (Soini ym. 2019, 19–21; Lopez ym. 2017, 1205–1208).

Sairaalaa ei koeta sopivaksi hoitopaikaksi saattohoitopotilaalle kuin tietyissä tilanteissa, kuten kaatumisen jälkeen tarvittavassa hoidossa. Hoivakoti on paras hoitopaikka silloin, kun oireiden tunnistaminen ja hoito ovat asianmukaisia. Silloin kun, huomio kohdistetaan sairaalasiirtojen vähentämiseen, huomio tulee yhtä lailla kohdistaa hoidon laatuun hoivakodissa, jos hoidettavaa ei lähetetä sairaalaan. Sairaalasiirtojen välttäminen aiheuttaa haasteita, jotka ovat lääkehoidon turvaaminen, tuki ja konsultointimahdollisuus virka-ajan ulkopuolella, omaisten toiveiden huomioiminen, hoitopäätösten tai hoitotahdon epäselvyys sekä hoitohenkilökunnan ammatillinen varmuus päätöksenteossa. (Lopez ym. 2017, 1205–1208; Lee ym. 2017, 5–9).

9.3.2 Oireenmukainen hoito

Oireenmukainen hoito hoitajien kokemana liittyi oireiden tunnistamiseen, arviointiin ja hoitoon, kuten kipu, pahoinvointi, ripulointi, ahdistuneisuus, iho-ongelmat ja hengitysongelmat. Perushoidollisiin hoitotoimenpiteisiin palliatiivisessa hoidossa tai saattohoidossa kuuluvat hoitotoimet, jotka lähtevät hoidettavan omista tarpeista sekä tuovat hyvän olon. Hoitajien tulee tunnistaa asukkaan sanaton tulkinta, huomata muutokset asukkaan voinnissa ja suunnitella hoito sen mukaan. Hoitajien tulee osata valita oikea hoitomenetelmä sekä arvioida menetelmän vaikutusta. Vuodepotilaan ihonhoito ja suunhoito ovat tärkeitä potilaan voinnista riippumatta. Oireenmukaisessa hoidossa nähtiin tär-

keänä lääkkeetön hoito lääkkeellisen hoidon ohessa, kuten asentohoito, ikkunan avaaminen hengitysvaikeudessa sekä psykososiaaliset keinot. Saattohoidossa erityisen tärkeäksi nousee kokemus myötätunnosta, tuttu hoitoympäristö, kivunhoito sekä nestetasapainosta ja kudoseheydestä huolehtiminen. (Pohjankukka 2021, 36; Flinkkilä 2019, 26–28; Lee 2017, 18).

Hoitajat nimesivät useimmiten saattohoitoon johtaviksi syiksi erilaiset muistisairaudet, sydämen- ja munuaisten vajaatoiminta sekä keuhkosairaudet. Myös monisairaita vanhuksia päätyi usein saattohoitoon voinnin heikkenemisen tai erilaisten infektioiden takia. Yleisimmät oireet ennen kuolemaa olivat väsymys ja ruokahaluttomuus. Lääkehoidolla voitiin lievittää ahdistavia oireita kuoleman lähestyessä. Suuri osa oireista, mukaan lukien kipu ja hengenahdistus, olivat kuitenkin edelleen yleisiä. Hoivakodeissa hoitohenkilökunnan voi olla vaikea tunnistaa potilaan oireita tai erottaa esimerkiksi hengenahdistus lähestyvään kuolemaan tai keuhkokuumeeseen liittyväksi. Kuoleman merkkien tunnistaminen vaatii sekä teknisiä taitoja, että kykyä tunnistaa hienovaraisia muutoksia potilaassa. Näiden muutosten huomioiminen on todennäköisempää, jos potilas on hoitajalle tuttu. Myös lääkehoidon aiheuttamia sivuvaikutuksia, kuten pahoinvointia, voi olla vaikea tunnistaa potilailla, jotka eivät enää kykene ilmaistamaan tuntemuksiaan. Viimeisinä päivinä ennen kuolemaa opioidien, midatsoolaamin ja antikolinergien käyttö lisääntyi merkittävästi liittyen oireiden lievitykseen, kuten kipuun, ahdistukseen ja masennukseen. (Sandvik ym. 2016, 825–826; Lee 2017, 18).

Hoitohenkilökunnalla on oltava keinoja, joilla potilaan ravitsemuksesta voidaan huolehtia. On myös hyväksyttävä sekä tunnistettava hetki, jolloin potilas ei pysty enää syömään. Hoidettavan mieliruokien huomioiminen ja hyvä suunhoito ovat huomioitava. Hoitohenkilökunnan tulee osata rauhoittaa omaisia, kun potilas ei pysty syömään eikä nestehoidolla katsota enää olevan hyötyä. (Flinkkilä 2019, 26–28).

9.3.3 Kivunhoito

Kivunhoidossa tärkeää on kivun arviointi, oikea lääketasapaino ja oikean kipulääkityksen ylläpitäminen pitkäaikaisesti. Hoitajan tulee tunnistaa ja arvioida

hoidettavan oireet, toteuttaa lääkehoitoa sekä arvioida lääkkeen vaikutus. Kipulääkkeitä pitäisi uskaltaa antaa riittävästi, mutta kuitenkin välttää liikalääkitystä. Lääkehoidon tarpeen arviointiin käytettiin kipumittaria ja hoidettavan olemuksen seuraamista. (Flinkkilä 2019, 28–29).

Lääkehoidon ennakointi on tärkeää, jotta osataan ennakoida riittävä lääkitys esimerkiksi viikonlopun varalle, heikkenevän voinnin tai limaisuuden takia. Osa hoitajista koki tämän haastavaksi, koska lääkehoitoa oli ajoittain vaikea hoitaa päivystävän lääkärin kanssa. Hoitajat arvioivat kipulääkkeen tarvetta, lääkäri kirjaa ennakoivasti tarvittavat lääkkeet ja peruskipulääkkeen lisäyksen potilaan lääkelistaan. Sairaanhoidajan tulee huolehtia ja muistuttaa lääkäriä arvioimaan asukkaan lääkitystä ja kertoa havainnoista lääkityksen vaikutuksista. Sairaanhoidajan vastuu on myös tiedottaa lääkäriä voinnin muutoksista. (Flinkkilä 2019, 28–29; Soini ym. 2019, 16; Lesonen 2019, 22–25).

Erilaisia lääkemuotoja ovat: suun kautta annettavat lääkkeet, lääkelaastarit, lääkainfuusiot, nenäsumutteet sekä injektiot ihon alle ja laskimoon. Hoitajien tulee tuntee yleisimmät kipulääkevalmisteet, erilaisten lääkkeiden vaikutusajat sekä lääkkeiden erilaiset sivuvaikutukset. Aseptiikka kuuluu myös lääkehoidon osaamiseen. Hoitajien mielestä lääkkeettömään kivunhoitoon kuului hyvä perushoito, asentohoito, ihon kunto, rauhallinen läsnäolo, huoneen tuulettaminen ja musiikki. Kivunhoito on moninaista hoitoa. (Flinkkilä 2019, 28–29; Pyykkönen 2019, 24–26; Lesonen 2019, 22–25).

Omaisten ohjaus lääkehoidon toteutuksessa oli tärkeää. Lääkehoidon ohjaus tuli olla selkeää, jotta omaiset sekä potilas ymmärtävät lääkehoidon tärkeyden. Hyvällä ohjauksella poistetaan vääränlainen mielikuva lääkkeiden päihdyttävästä vaikutuksesta ja rohkaistaan turvalliseen lääkehoitoon. Hoitajat kokivat tässä asiassa suurta vastuuta. (Flinkkilä 2019, 28–29).

9.3.4 Asukkaan tukeminen

Elämänlaadun tukeminen on tärkeä osa palliativista hoitoa. Tämä varmistetaan tuomalla yksilöllistä hyvää oloa asukkaalle ja tuomalla asukkaan päiviin elämänsisältöä sekä huomioimalla asukkaat kokonaisvaltaisesti. Tutkimuk-

sista käy myös ilmi, että hoitoympäristön huomioiminen on tärkeää saattohoidossa. Miellyttävän hoitoympäristön luominen voidaan luoda valaistuksella ja tuoreilla kukilla, jos mahdollista. Myös musiikilla on vaikutusta hoitoympäristöön. Osa asukkaista oli tyytyväisiä hoivakotiympäristöön ja osa on tyytymättömiä. Sosiaaliset kontaktit toivat tyytyväisyyttä hoivakodissa muun muassa yhteisten aterioiden muodossa. Tyytymättömyyttä toi osalle asukkaita hoivakotiympäristö, mutta he kokivat merkityksellisiksi hetket omaisten kanssa sekä lyhyet ulkoilumahdollisuudet. (Pohjankukka 2021, 35–37; Lee 2017, 10; Tjernberg ja Bökberg 2020, 4–7).

Asukkaan tarpeiden tunnistaminen sekä yksilöllinen huomiointi korostuivat hoitajien vastauksissa. Tämä vaatii hoitajilta halua nähdä ja pysähtyä tunnistamaan voinnin muutokset asukkaassa. Hoitajat tuovat esille, että ajan antaminen saattohoidettavalle ja läheiselle on hyvää saattohoitoa. Tärkeäksi hoitajat kokivat vuorovaikutuksen, hetkeen tarttumisen, taidon olla läsnä ja asettumisen asukkaan asemaan. Asukkaalle pyritään takaamaan paras mahdollinen olo ja hänet pitää nähdä arvokkaana ihmisenä elämän loppuun asti. (Pohjankukka 2021, 35–37; Pyykkönen 2019, 24–31).

Tutkimukseen osallistuneiden asukkaiden kokemusten mukaan hoitohenkilökunta ei keskustele kuolemasta riittävästi. Tämä johtuu mahdollisesti siitä, että hoitajilla ei ole riittävästi tietoa tai varmuutta siitä, miten ja millaisista asioista asukkaiden kanssa voi keskustella. Keskustelut kuitenkin tarjoavat mahdollisuuden saada lisätietoa asukkaiden toiveista ja ajatuksista kuolemaan liittyen. Suuri osa hoivakodin asukkaista piti kuolemaa luonnollisena asiana, mitä ei tarvitse pelätä. Syyt, miksi asukkaat eivät pelänneet kuolemaa vaihtelivat. Osalla oli ollut kuolemaa lähellä olevia kokemuksia, osalle vanhan ihmisen kuolema on luonnollinen tapahtuma ja osa piti kuolemaa helpotuksena omaan tilanteeseensa. Asukkaat, joilla oli pelkoja kuolemaan liittyen, kokivat, että henkilökunnan tuki lievittää pelkoja. Asukkaat kuvailivat ikääntymistä luopumisen kautta, kun ei enää pysty suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti. Tämä koettiin turhautumittavana mutta luonnollisena osana ikääntymistä. Osa toivoi voivansa hallita kuolemaa ja kuoleman ajankohtaa. Asukkaat toivoivat voivansa hyvästellä lähimmäisensä ennen kuolemaa ja mahdolli-

suutta valmistautua siihen. Ajatusta siitä, että kuoleman ajankohta olisi mahdollista etukäteen, pidettiin kuitenkin ahdistavana. (Tjernberg ja Bökberg 2020, 4–7.)

Hoivakodin asukkailla on vahva tahto vaikuttaa päätöksentekoon kuolemaansa liittyen vielä silloin, kun he ovat kykeneviä siihen. Myös kuoleman jälkeisiin tapahtumiin oli halukkuutta vaikuttaa, kuten ruumiin kuljettaminen ja säilyttäminen, sekä hautajaiset ja hautapaikka. Osalla asukkaista oli edesmenneitä omaisia tai puoliso, jonka viereen he toivoivat tulevansa haudatuksi. (Tjernberg & Bökberg 2020, 6.)

9.3.5 Omaisten huomioiminen

Vuorovaikutus läheisten ja potilaan kanssa ovat tärkeitä elämän loppuvaiheen hoidossa. Hyödylliseksi koettiin, että läheisen suhteen omaava hoitaja ottaa asioita puheeksi. Keskustelu aloitetaan omaisen kanssa, joka on keskustelulle vastaanottavainen, kuten lapsi mieluummin kuin puoliso. Hoitajien tulee tarjota psyykkistä, henkistä ja emotionaalista tukea potilaalle sekä omaiselle. Muistisairaus omalla läheisellä on omaisen vaikea ymmärtää, silloin läheiselle on annettava mahdollisuus keskustella asiasta. Kommunikointi korostui loppuvaiheen hoidossa, hoitajien tulisi puhua asioista suoraan niiden oikeilla nimillä, mikä voi lievittää läheisten ja potilaan pelkoja ja ahdistusta. Keskustelu asukkaan omaisten kanssa asukkaan muuttaessa hoivakotiin edistivät luottamusta omaisten ja hoitohenkilökunnan välille, omaisen on helpompi luottaa hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja päätöksentekoon. Turvallisuuden tunnetta omaiset kokivat siitä, että hoitaja on rauhallinen, avoin, ammattitaitoinen ja vastaa potilaan sekä läheisten kysymyksiin. (Flinkkilä 2019, 31–33; Lopez ym. 2017, 1206–1207; Soini 2019, 18; Lee 2017, 6–11).

Hoitajat kuvaavat hoitojen lopettamiseen ja elvytykseen pidättäytymiseen liittyvät asiat vaikeina asioina keskustella omaisten kanssa. Hoitajat toivoivat keskustelua omaisten kanssa siitä, mitä on oireenmukainen hoito ja millaista hoitoa hoitokodissa on mahdollisuus järjestää. Tärkeäksi koettiin, että omaiset pidetään ajan tasalla voinnin muutoksista ja tieto on riittävää. Tämä toteutettiin esimerkiksi säännöllisillä puheluilla tai omaisten vierailuilla. Omaiset huomioi-

tiin mahdollisuuksien mukaan. Heitä kuunneltiin ja heitä ohjattiin lähiruoka-paikoihin tai tarjottiin syötävää mahdollisuuksien mukaan. Haastavimmiksi koettiin omaisten huomioiminen, koska useimmiten omaiset vaativat enemmän huomiota ja tukea kuin itse saattohoidettava. (Flinkkilä 2019, 31–33; Pohjankukka 2021, 43; Lee 2017, 6–11; Lesonen 2019, 20–29).

Omaisten osallisuus päätöksentekoon on tärkeää, mutta tässä on huomioitava hienovaraisuus. Keskustelua lähestyvistä kuolemista tulisi herätellä vähän kerrallaan. Sairaudesta ja saattohoidosta puheeksi ottaminen omaisten kanssa tulisi ottaa ajoissa esille, jotta ihminen ehtisi sopeutua ajatuksen paremmin. Myös asioiden oikeilla nimillä puhuminen on tärkeää, jotta asiat ymmärretään oikein. Keskeisenä tekijänä keskustelussa tulee olla asukkaan hyvinvointi ja elämänlaatu. Kun työyhteisöllä on sama hoitolinjaus, läheisille puhuminen on samanlaista, eikä asioista puhuta eri tavalla. Omaiset tulee myös huomioida kokonaisvaltaisesti, heitä tulee tukea ja kannustaa hoitoon mukaan. Sairaanhoitajan tulee antaa omaisille keinoja, jotta he voivat osallistua läheisensä hoitoon halutessaan. Yhteistyö ja yhteisymmärrys omaisten kanssa kuuluu saattohoitoon. (Lee 2017, 6–11; Lesonen 2019, 20–29; Pyykkönen 2019, 24–29; Soini 2019, 18).

9.3.6 Hoitohenkilökunnan tukeminen

Hoitajien tulee ymmärtää yleisimmin käytetyt saattohoidon käsitteet ja olla tietoisia suosituksista ja ohjeistuksista. Sekä palliatiivisen että saattohoidon perusteet tulee olla hyvin mielessä. Suositusten avulla hoitajat pystyvät ymmärtämään saattohoidon näkökulman hoitamiseen. Suosituksista tärkeimmäksi mainittiin Käypähoitosuositus sekä Suomen terveysministeriön ohjeistus saattohoidon tilasta. Myös laki potilaan oikeuksista koettiin tärkeänä. (Flinkkilä 2019, 24–25).

Lisäkoulutusta hoitajat kokivat tarvitsevansa kipulääkityksestä. Esille nousi kivun erottaminen ahdistuksesta sekä tieto uusimmista kipulääkkeistä ja niiden vaikutusmekanismeista. Myös lääkkeetön hoito koettiin tärkeänä. Hoitajien pitää tuntea sairauksia, saattohoitolääkkeet sekä saattohoitoprosessi, mutta kehittämistä tarvittiin ammattitaidon ylläpitämisessä. Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta siitä, miten saattohoidosta ja kuolemasta voi asukkaiden

ja omaisten kanssa keskustella. Osa hoitajista oli saanut jo koulutusta aiheesta ja he kokivat, että lisäkoulutuksesta sai varmuutta kohdata potilas ja läheinen saattohoidossa. Hoitajat kokivat lisäkoulutukset hyödyllisiksi ja he jakoivat kokemuksia muiden hoitajien kesken. Perehdytysuunnitelma koetaan hyväksi, koska se helpottaa tärkeimpien asioiden läpikäymistä ja panostamaan uuden työntekijän perehdyttämiseen. (Flinkkilä 2019, 47–50; Pohjankukka 2021, 22; Pyykkönen 2019, 23–31; Tjernberg ja Bökberg 2020, 7).

Ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa päätöksen- ja konsultaatioteon osaamista tarvitaan. Hoitajien tulee osata pyytää neuvoa mihin vuorokauden aikaan tahansa, hoitajien oma rajallisuus päätöksenteossa tulisi tunnistaa. Hoitajat toivoivat selkeämpiä ohjeita palliatiivisen hoidon suhteen, jotta he tietäisivät, milloin olla yhteydessä päivystävään lääkäriin ja milloin kotisairaalaan. Saattohoito koettiin ajoittain haastavaksi, koska akuutit tilanteet ja konsultointitarve virka-ajan ulkopuolella, erityisesti yöllä ja pyhinä, olivat ajoittain hankalia. Hoitajat kokivat, että kotisairaalaan sai tukea matalalla kynnyksellä ympäri vuorokautisesti, myös ilta-, yö- ja viikonlopun aikana. Kotisairaalaan hoitajat kokivat saavansa neuvoja ja pystyivät jakamaan vastuuta toisen hoitajan kanssa. Kotisairaalaan saatiin mahdollisesti asukkaalle kipupumppu tai muuta lääkettä. Tukea saatiin seurakunnalta, josta saatiin keskusteluapua ja mahdollistettiin asukkaalle ehtoollinen. Fysioterapeutilta neuvoja sai oireenmukaisesti hoidettavien asukkaiden siirtoihin ja asentohoitoon. Moniammatillista yhteistyötä pidettiin tärkeänä, voidaan vähentää tarpeettomia sairaalasiirtoja, jakaa ammattitaitoa, luoda tukiverkostoja ja edesauttaa palveluihin pääsyä. (Pohjankukka 2021, 47–50; Lee 2017, 6–12).

Työssä jaksamiseen työntekijät toivoivat tukea, tämä voisi vaikuttaa työntekijöiden vaihtuvuuteen ja vastuun jakautumiseen tasaisemmin. Hoitohenkilöstö koki, että perehdyttämiseen käytettäisiin enemmän aikaa, asukkaan elämänlaatua tukeva hoito mahdollistuisi paremmin. Myös työnohjausta toivottiin, etenkin vaativien saattohoitotilanteiden jälkeen. Henkilökuntaa tukee myös se, että käytäisiin keskusteluja tai palavereita. Palavereissa käydään läpi toteutunutta saattohoitoa, mikä meni hyvin ja missä olisi kehitettävää. Työntekijät kokivat saavansa eniten tukea työkavereiltaan. Hänen kanssaan voi jakaa aja-

tuksia ja puhua tunteista, jotka heräävät saattohoitotilanteessa. Hoitajat kertovat, että kaikista hoitajista ei ole saattohoitoon hoitajaksi. (Pohjankukka 2021, 47–50; Lee 2017, 6–12; Pyykkönen 2019, 23–31).

10 OPPAAN KEHITTÄMISPROSESSI

Tämän kehittämistehtävän tuotoksena syntyi saattohoidon opas Attendolle. (liite 2.)

10.1 Suunnitteluvaihe

Molemmat opinnäytetyöntekijät työskentelevät ympärivuorokautisessa hoiva-asumisessa, jossa asukkaat asuvat elämän loppuun asti. Idea saattohoidon oppaaseen syntyi mielenkiinnosta aiheeseen ja kokemuksesta, että saattohoidosta ei ole riittävästi ajantasaista tietoa tai tietoa ei ole helposti saatavilla. Asia otettiin puheeksi talon esimiehen ja vastaavan sairaanhoitajan kanssa. He kiinnostuivat aiheesta ja kokivat oppaan tarpeelliseksi hoitohenkilökunnalle. Yksikössä oli tietoa asiasta ja osastoilta löytyi saattohoitokansiot, mutta materiaali kansioissa ei ollut ajantasaista tai helposti saatavilla olevaa.

Tapasimme yksikön johtajan ja vastaavan sairaanhoitajan alkuvuodesta 2020, esittelimme ehdotuksemme oppaasta. Tämä jälkeen totesimme yhdessä ohjaavan opettajan kanssa aiheemme olevan turhan laaja, joten supistimme aiheitamme hieman. Tämä tarkoittaa sitä, että jätimme suunnitelmasta pois omaisille tarkoitetun erillisen oppaan sekä luovuimme ajatuksesta toteuttaa kysely yksikön hoitajille. Tämän jälkeen aloimme työstämään kirjallista työtä.

Kirjallinen versio opinnäytetyöstä on lähetetty luettavaksi tilaajalle ennen idea- ja toteutusseminaareja.

10.2 Toteutusvaihe

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella suunnittelimme saattohoito-oppaan otsikointia ja sisältöä. Tapasimme lokakuun puolessa välissä yksikön johtajan ja vastaavan sairaanhoitajan saattohoito-oppaan sisällön tiimoilta, esittelimme saattohoito-oppaan raakaversio. Yhdessä suunnittelimme oppaan rakennetta

ja pohdimme, miten saamme oppaasta mahdollisimman selkeän ja helppokäyttöisen jokapäiväisessä hoitotyössä. Toiveena oli, että oppaaseen sisällytettäisiin kuvia, tekstiä olisi sivuilla maltillisesti.

Totesimme, että opinnäytetyö oli selkeä ja opas muokattiin heidän tarpeidensa mukaisesti. Oppaassa oli jo tärkeimmät asiat nostettu esille, mutta tarkennuksia tarvitsi tehdä vainajan laittamiseen ja kivunhoitoon.

Opas suunniteltiin Attendon asiakirjapohjille siten, että yhteystieto- ja vainajanlaitto-osiot ovat erillisiä, jolloin niitä pystytään muokkaamaan ohjeiden muuttuessa. Asiakirjapohjat ja yhteystiedot saimme sähköpostitse yksikön johtajalta.

Vainajan laitto-ohjeistukset oppaassa poikkeavat hieman opinnäytetyön kirjallisesta versiosta, koska se on muokattu Attendon tarpeiden mukaisesti. Siihen saatiin sähköpostilla ohjeistusta Kymsotelta.

11 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa saattohoidon opas tehostetun palveluasumisen yksikön henkilökunnalle. Tavoitteena oli helpottaa yhteisten toimintamallien tuomista käytäntöön ja mahdollistaa laadukas saattohoito yksikön asukkaille. Valitsimme tämän aiheen, koska olemme työskennelleet tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja huomanneet, että selkeää ja ajantasaista ohjeistusta saattohoitoon ja vainajan laittoon liittyviin käytäntöihin tarvitaan.

Opinnäytetyöprosessimme alkoi syksyllä 2020, saimme aiheen ja teimme sopimuksen opinnäytetyöstä tilaajan kanssa. Meillä oli tarkoitus tehdä kysely hoitajille sekä omaisille oma opas, mutta ohjaajamme toppuutteli, koska se olisi ollut aivan liian laaja aihe yhteen opinnäytetyöhön, joten jouduimme jonkin verran muokkaamaan alkuperäistä suunnitelmaa.

Lopputulos on meidän ja tilaajan mielestä tavoitteen mukainen. Oppaan tekemiseen hyödynsimme teoriapohjaa ja kirjallisuuskatsauksen tuotoksia. Opas on tehty selkokieliseksi, eikä ammattisanastoa ole juurikaan käytetty, koska opasta voi käyttää työyhteisössä myös esim. hoiva-avustajat.

Oppaan sisältö on muodostunut kirjallisuuskatsauksen ja tutkimusten pohjalta. Aineisto on analysoitu teemoittelun avulla. Pääotsikoiksi muodostui hoidon oikea-aikaisuus, oireenmukainen hoito, kivunhoito, asukkaan tukeminen, omaisten huomioiminen ja henkilökunnan tukeminen. Kivunhoito on nostettu yhdeksi erilliseksi pääotsikoksi, sillä se nousi erityisen paljon esiin tutkimuksissa. Opas on suunniteltu tilaajan käyttämälle pohjalle ja yhteystiedoissa on heille tärkeitä numeroita ja yhteyshenkilöitä, jotta asiat löytyvät helposti yhden oppaan sisältä.

Tutkimuksista saadut tuotokset vastasivat hyvin tutkimuskysymykseen. Sairaanhoidajat kokivat, että saattohoito kannattaa ottaa omaisten ja asukkaan kanssa puheeksi jo ensimmäisissä hoitoneuvotteluissa, kun asukas muuttaa hoivayksikköön. Mielestämme tämä helpottaa asian esille ottamista myöhemmin ja alussa asukas voi ilmaista oman mielipiteensä esimerkiksi sairaalasiirroista. Hoitosuunnitelmaa ja asukkaan hoitotahtoa on pidettävä ajan tasalla säännöllisillä keskusteluilla. Mielestämme hoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa turhiin sairaalasiirtoihin huolehtimalla, että hoitosuunnitelma on ajantasainen, omaiset ovat tietoisia asukkaan voinnista sekä panostamalla hoidon laatuun hoivakodissa. Sairaalahoidosta ei saattohoitovaiheessa useinkaan ole vastavaa hoidollista hyötyä, sairaalasiirrot voivat olla tarpeettoman raskaita asukkaalle.

Oireenmukaisessa hoidossa saattohoitovaiheessa on mielestämme huomioitava erityisesti asukkaan vointi ja toteuttamalla hoitotoimenpiteet sen mukaisesti. Hoidossa huomioitava, että esimerkiksi ihon kunnosta ja suunhoidosta on huolehdittava asukkaan voinnista riippumatta. Hoitajan on kyettävä tulkitsemaan asukkaan sanatonta viestintää esimerkiksi kipuun tai epämukavuuteen liittyen. Asukkaan ollessa hoitajalle tuttu sanatonta viestintää ja voinnissa tapahtuvia muutoksia on helpompi huomioida. Yksi oleellinen vointiin liittyvä muutos on ruokahalun heikkeneminen. Hoitajan on tunnistettava, milloin asukas ei pysty enää syömään ja kerrottava omaisille, että ruokahalun heikkeneminen on luonnollinen osa saattohoitovaihetta.

Kivunhoito on yksi tärkeimpiä saattohoidon osa-alueita. Siihen liittyy kivun tunnistaminen sekä lääkehoidon toteutuksen ja vaikutuksen seuranta. Asukkaan

oireita ja kipua arvioidaan jatkuvasti. Mielestämme myös lääkkeettömään ki-vunhoitoon on panostettava, kuten asentohoitoon, läsnäoloon ja ympäristön rauhoittamiseen. Lääkehoitoa toteutetaan lääkärin määräyksen mukaan. Hoi-tajan vastuulla on arvioida asukkaan tilannetta ja ottaa tarvittaessa yhteyttä hoitavaan lääkäriin asukkaan voinnin muuttuessa. Koemme, että haasteena on riittävän lääkehoidon turvaaminen viikonloppujen ja pyhien aikana. Hoitava lääkäri ei ole välttämättä tavattavissa virka-ajan ulkopuolella ja päivystävä lää-käri ei tunne asukkaita. Myös tutkimustulokset viittasivat tähän. Nykyään Kot-kassa tilannetta on helpottanut yhteistyö Arvi-hoitajan kanssa, joka on tavoitet-tavissa ympäri vuorokauden.

Tutkimustulokset tukivat ajatustamme siitä, että hoitohenkilökunta tarvitsee li-säkoulutusta ja tukea saattohoito asioissa. Erityisesti lääkehoito ja saattohoi-don puheeksi ottaminen omaisten kanssa ovat koettu haastaviksi. Moniamma-tillinen yhteistyö edesauttaa asukkaiden hoitamista hoivakodin keinoin elämän loppuun asti.

11.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta on arvioitava koko tutkimusprosessin ajan suh-teessa teoriaan, analyysitapaan, tulosten tulkintaan ja johtopäätösten muo-dostamiseen. Tutkijan tulee perustella valintojaan, kuvata ratkaisujaan sekä arvioida ratkaisujen toimivuutta suhteessa tavoitteisiin. (Vilkkä 2021, 196–197.)

Hyvät tieteelliset käytännöt takaavat tutkimuksen uskottavuutta ja luotetta-vuutta. Hyvään käytäntöön kuuluu yleisesti tunnustettuja toimintatapoja, kuten rehellisyys ja huolellisuus tutkimustulosten tallentamisessa, arvioinnissa ja esittämisessä. Muiden tutkijoiden työn huomioon ottaminen ja arvostaminen omassa tutkimuksessa sekä tulosten julkistamisessa ovat osa eettisesti kestä-vää toimintaa. (Kuula 2006, 34–35.)

Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää tekijöiden kokemattomuus tutkimuk-sen tekijöinä. Luotettavuutta vastaavasti lisää se, että tutkimuksen tekijöitä on ollut kaksi. Aineisto on analysoitu kahden henkilön toimesta ja päädytty samoi-hin johtopäätöksiin.

11.2 Jatkotutkimusehdotukset

Kulttuuri ja uskonto vaikuttavat kuoleman kokemukseen. Kipukäyttäytyminen, surun ilmaiseminen ja kuolemasta puhuminen ovat kulttuurisidonnaisia. (Hänninen 2001, 134.) Olemme rajanneet kulttuuriset ja uskonnolliset erot saattohoidossa tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Nämä ovat kuitenkin yhä tärkeämpi osa hyvää, potilaslähtöistä saattohoitoa. Mielenkiintoinen aihe jatkotutkimukselle.

Jatkotutkimusehdotuksena on myös omaisille suunnattu opas saattohoidosta. Omaisille ja läheisille kohdennettu saattohoidon opas tai tietopaketti helpottaisivat saattohoidon puheeksi ottamista ja tarjoaisi omaisille tasapuolisesti luotettavaa tietoa saattohoidosta ja yksikön käytännöistä.

LÄHTEET

Aalto, K. 2013. Saattohoito kuolevan tukena. Kirjapaja. Helsinki.

Ahlblad, J. 2018. Miten kohdata kuolema. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.L. & Vihunen, R. 2017. Hoitamalla hyvää oloa. Sanoma Pro. Helsinki.

Attendo.fi s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.attendo.fi/> [viitattu 15.7.2021]

Attendo Hovinsaari 3 s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.attendo.fi/yksikot/attendo-hovinsaari-3/> [viitattu 15.7.2021]

Finna.fi s.a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://finna.fi/> [viitattu 31.8.2021]

Flinkkilä, M-L. 2019. Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. Pro gradu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20190995> [viitattu 3.8.2021]

Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki S. & Agge E. 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Silverprint Oy. Sipoo.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. 2019. Muistisairaan hoito. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

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

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Duodecim. Helsinki.

Hänninen, J. 2018. Kuolemme vain kerran. Kustannusyhtiö Otava. Helsinki.

Hänninen, J. 2020 Työnä kuolema. Kirjoituksia saattohoidosta ja sen liepeiltä 1993–2020. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. 2019. THL. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa> [viitattu 14.3.2021]

- Pyykkönen, H. 2019. "Raskasta, mutta silti palkitsevaa" Saattohoito hoitotyön ammattilaisten kuvaamana. YAMK. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019060615364> [viitattu 5.8.2021]
- Rolling Ferrell. B. & Paice, J. 2019. Oxford Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim. Helsinki
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisu. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 13.5.2021]
- Sandvik, R., Selbaek, G., Bergh, S., Aarsland, D., Husebo, B. 2016. Signs of imminent dying and change in symptom intensity during pharmacological treatment in dying nursing home patients: A prospective trajectory study. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321869/> [viitattu 4.8.2021]
- Soini, S. 2019. Sairaanhoidajan tehtävät muistisairaana vanhuksen elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Pro gradu. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-201909093219> [viitattu 5.8.2021]
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2.korjattu painos. Turku: Turun yliopisto.
- Surakka T., Mattila K-P., Åstedt-Kurki P., Kylmä J. & Kaunonen M. 2015. Palliativinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Fioca Oy. Helsinki.
- Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. 2019. STM. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946> [viitattu 14.3.2021]
- Tavi, V. & Lahtonen, R. 2019. Muistisairaana selviytymisopas. Docendo Oy. Jyväskylä.
- Tjernberg, J. & Bökberg, C. 2020. Older person`s thoughts about death and dying and their experiences of care in the end of life: a qualitative study. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33327960/> [viitattu 5.8.2021]
- Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. 2017. STM. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160392> [viitattu 14.3.2021]
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE. 2003. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan

muistio. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf>

[viitattu 30.3.2021]

Vanhuuskuolema 2014. Konsensuslausuma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2014/5/duo11523> [viitattu 10.1.2021]

Varakas, S. 2016. Saattohoitopotilaan kivunhoito ennen kipupumppuhoitoa ja se jälkeen. Opinnäytetyö (AMK) Sairaanhoidajakoulutus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201702072101> [viitattu 18.10.2021]

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. PS- kustannus. Jyväskylä.

TUTKIMUSTAULUKKO

Tekijä, vuosi, nimi	Tausta, tarkoitus	Aineisto, menetelmä	Keskeiset tulokset
Flinkkilä Miina-Liisa, Pro Gradu, Kesäkuu 2019, Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa.	Osaaminen erityistason saattohoidossa, mitä koulutusta he ovat saaneet ja mihin tarvitsisi lisäkoulutusta.	Aineisto analysoitu induktiivisella sisällön analyysillä. Laadullinen menetelmä. Tutkimus kerätty puhelinhaastatteluilla. Osallistui sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia	Osaaminen laaja-alaista, pitää sisällään hoito-, vuorovaikutus-, ammatillista, organisointi- ja ohjausosaamista. Koulutustarve kliininen osaaminen, elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen, vuorovaikutus potilaan, läheisten ja ammattihenkilöiden välillä, oman ammatillisuuden kehittäminen ja työssä jaksamisen arviointi.
Lesonen Mervi, Pro Gradu Marraskuu 2019 Hoitajien kuvauksia saattohoidosta	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata saattohoitoa hoitajien näkökulmasta ja miten saattohoitoa tulisi kehittää. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää saattohoidon kehittämisessä ja koulutuksessa	Laadullinen tutkimus, yksilöhaastateltu 8 hoitajaa, jotka työskentelevät saattohoidon parissa. Analysoitu induktiivisella sisällönanalyysillä	Saattohoito toteutui tyydyttävästi. Kivunhoito toteutui pääsääntöisesti hyvin. Lisää toivottiin koulutusta yhteisesti lääkärit/hoitajat, tehokkaampaa ennakoivan hoidon suunnittelua, saattohoitovaiheessa lisää resursseja, koulutusta lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä.
Soini Sanna, Pro Gradu Syyskuu 2019. Sairaanhoitajan tehtävät muistisairaana vanhuksen elämän lop-	Tarkoituksena on kuvata muistisairaana vanhuksen elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelua ja toteutusta sai-	Laadullinen tutkimus, tutkimusmenetelmä: avoin yksilöhaastattelu, haastateltu 8 sairaanhoitajaa.	Sairaanhoitajat osallistuvat kokonaisvaltaisesti asukkaan hoitoon. Lääkehoito/sairaanhoito yhdessä lääkärin kanssa, tukevat asukkaan

<p>puvaiheen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa.</p>	<p>raanhoitajan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on selkiyttää sairaanhoitajien tehtäviä muistisairaiden hoidon linjaamisen prosessissa ja sitä kautta helpottaa prosessien kehittämistä.</p>	<p>Analysoitu aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.</p>	<p>läheisiä, ovat mukana loppuvaiheen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, tukee työtiimiä työssään. Koordinoi muita tahoja.</p>
<p>Richard Phillip Lee ym. 2017. End of life care for people with dementia: The views of health professionals, social care service managers and frontline staff on key requirements for good practise.</p>	<p>Taustatiedoissa tuodaan esille, että muistisairaiden potilaiden saattohoito ei toteudu optimaalisesti verrattuna syöpää sairastavien hoitoon. Saattohoitoa toteuttavien hoitajien näkökulman ymmärtäminen on välttämätöntä, jotta myös muistisairaiden saattohoitoa voidaan kehittää.</p>	<p>Haastattelututkimus, haastattelut vuosina 2013–2015.</p> <p>Haastateltavia oli 33 palvelupäällikköä ja 54 hoitohenkilökunnan jäsentä, kuten lääkäreitä, hoitajia, hoitoavustajia, tiiminvetäjiä.</p> <p>Analyysimenetelmänä teemoittelu.</p>	<p>Laadukas muistisairaahan saattohoito edellyttää moniammatillisen osaamisen tunnistamista ja hyödyntämistä. Potilaan ja hänen läheisten kanssa kommunikointia ja tukemista, sekä auttamista ymmärtämään saattohoitoprosessin etenevää kehityskaarta. Tutkimus tukee olemassa olevaa tietoa ja tuloksia voidaan hyödyntää saattohoidon kehittämisessä.</p>
<p>Reikun K Sandvik ym. 2016. Signs of imminent dying and change in symptom intensity during pharmacological treatment in dying nursing home patients: A prospective trajectory study.</p>	<p>Tarkoitus tutkia mahdollisuutta määrittää lähestyvän kuoleman merkkejä tai kivun/oireiden muutoksia kuoleman lähestyessä. Sekä lääkehoidon vaikutusta oireiden havainnointiin.</p>	<p>Tutkimuksessa mukana 47 hoivakotia 35:n kunnan alueella Norjassa. Kaikkiaan 691 hoivakodin asukasta mukana tutkimuksessa heidän ensimmäisen hoivakotivuoden ajan. Asukkaista 152:a seurattiin heidän viimeisten päivien aikana.</p>	<p>Ensimmäisen hoivakotivuotensa aikana kuoli 25 prosenttia tutkimuksessa mukana olleista asukkaista. Ensimmäisinä kuolemanmerkeinä havaittiin lisääntyneitä voimattomuutta ja syömättömyyttä 61 prosentilla asukkaista. Lääkehoito helpotti oireita, kuten kipua. Tästä huoli-</p>

		Erilaisilla mittareilla arvioitiin muun muassa kipua, fyysisiä toimintoja ja muistisairautta.	matta kuolinpäivänä havaittiin mm. lisääntyneitä hangenahdistusta, jota ei arvioitu lääkehoidon aiheuttamaksi. Loppupäätelmänä: Hoitohenkilökunnan koulutukseen ja hoitotyön suositusten noudattamiseen on panostettava entistä enemmän.
Pohjankukka Hanna. YAMK 2021. Palliatiivinen hoito ympärivuorokautisessa palveluasumisessa: henkilöstön tuki- verkostomallin kehittäminen.	Tavoitteena parantaa perustason palliatiivisen hoidon toteutumista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa.	Ensimmäinen vaihe: Kuvailuva kirjallisuuskatsaus Toinen vaihe: Tarkoitus selvittää hoitajien kokemuksia, miten perustason saattohoito järjestyy, millaista tukea he ovat saaneet työhön ja tarvitsevatko lisää tukea. Aineisto kerätty ryhmähaastattelulla (N13) ja aineisto analysoitu aineistolähtöisesti.	Palliatiivinen ja saattohoito koettiin luontevaksi osaksi hoitoa. Hoitajat olivat saaneet riittävästi tukea, erityisesti kotisairaalaan. Lisää tukea kaivattiin hoidon suunnitteluun ja ennakoitiin.
Pyykkönen Heidi YAMK Toukokuu 2019. "Raskasta, mutta silti palkitsevaa" Saattohoito hoitotyön ammattilaisten kuvamana.	Tavoitteena saada tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa. Tarkoituksena selvittää millaisena ammattilaiset kokevat saattohoidon perusterveyshuollon sairaalan osastolla ja millaisia asioita kuuluu saattohoito-osaami-	Laadullinen tutkimus, Teema- haastattelu (N6) menetelmänä. Aineisto analysoitu teoriaohjautuvalla sisälönanalyysillä.	Saattohoito-osaaminen on moninaista ja laaja-alaista. Tukea saa parhaiten työparilta. Jaksamiseen auttaa avoin keskustelu ja yhteisymmärryksessä työskentely. Hyvään saattohoitoon kuuluu: ajan antaminen, läsnäolo, hyvä yhteistyö läheisten kanssa.

	seen sekä mil-laista on hyvä saattohoito.		Lisää koulutusta kaivataan.
Ruth Palan Lopez ym. Journal of Palliative Medicine. 2017 Preventing Burdensome Transitions on nursing home residents with advanced dementia: It's more than advance directives.	Tutkimuksen tavoitteena on tutkia miten hoivakodeissa tehdään päätös muistisairaana lähettämisestä sairaalaan. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta.	Kvalitatiivinen, kuvaileva menetelmä. Puolistrukturoidut haastattelut 20:lle hoitohenkilökunnan jäsenelle. Mukana yhdeksän hoivakotia.	Päätöksenteon pohjalla on ensisijaisesti oltava yksilöllinen hoitosuunnitelma. Jokaisen akuutin tilanteen kohdalla on pohdittava erikseen, onko asukkaan sairaalaan lähettäminen hoitotavoitteiden tai hoitotahdon mukainen päätös.
Johanna Tjernberg, Christina Bökberg. 2020. Older person's thoughts about death and dying and their experiences of care in the end of life: a qualitative study.	Tutkimuksia iäkkäiden ihmisten ajatuksista kuolemaa ja elämän loppuvaiheen hoitoa kohtaan on rajallisesti. Tarkoituksena tutkia näitä ajatuksia ja kokemuksia hoivakotien asukkaiden kohdalla.	Laadullinen tutkimus. Yksilölliset haastattelut, joissa mukana 36 hoivakodissa asuvaa ikäihmistä Ruotsissa.	Tuloksista kävi ilmi ikäihmisten tarve puhua kuolemasta ja elämän loppuvaiheen mietteistä. Osastoilla, joilla oli erikuntoisia asukkaita, asukkaat kokivat, että hoitajien aika kuluu enemmän hoitoa vaativien asukkaiden hoitamiseen, jolloin keskustelulle ei jää aikaa.

Saattohoidon opas

hoitohenkilökunnalle



Lukijalle

Tämä opas on suunnattu Attendo Hovinsaari 3:n hoitohenkilökunnalle. Oppaan tavoitteena on helpottaa yhteisten toimintamallien tuomista käytäntöön ja mahdollistaa asukkaille laadukas saattohoito.

Opas sisältää tietoa hoitotahdosta, saattohoidosta ja oireenmukaisesta hoidosta. Myös psyykkinen ja hengellinen näkökulma on tuotu esille unohtamatta omaisten huomioimista.

Lopussa on toimita ohjeita muun muassa vainajan laitosta, sekä yhteystietoja. Opas on tuotettu Kaakkois-suomen ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä. Oppaan ovat laatineet Anne Günther ja Minna Herrala



Sisällysluettelo

1. HOITOTAHTO.....	50
2. SAATTOHOITO.....	50
3. FYYSISET MUUTOKSET.....	51
3.1 Ruokahaluttomuus.....	51
3.2 Kivunhoito.....	51
3.3. Tajunnantaso.....	53
3.4 Hengityksen muutokset.....	53
3.5 Eritystoiminta.....	54
3.6 Kuumeilu.....	54
4. PSYYKKISEN TILAN HUOMIOIMINEN.....	55
5. HENGELLISYYDEN HUOMIOIMINEN.....	55
6. OMAISTEN TUKEMINEN.....	56
7. OHJEITA HENKILÖKUNNALLE.....	57
7.1 Vainajan laitto.....	57
7.2 Yhteystietoja.....	58
LÄHTEET.....	59

1. Hoitotahto

Hoitotahto voi olla vapaamuotoinen kertomus tai lomake, jossa ilmaistaan yksityiskohtaiset hoitoon liittyvät toiveet. Hoitotahto ilmaisee, miten asukas toivoo elämänsä viimeisessä vaiheessa meneteltävän. Hän voi kieltäytyä elvyttämisestä tai hoitotoimista, jotka pidentävät elämää keinotekoisesti. Toiveissa voi tuoda esiin muitakin kuin hoitotoimenpiteisiin liittyviä asioita, esimerkiksi musiikkiin liittyviä toiveita. Jos hoitotahtoa ei ole tehty, asiasta tulee keskustella asukkaan kanssa ja selvittää hänen mielipiteensä. Joskus asukas ei kykene ilmaisemaan mielipidettään, jolloin voidaan keskustella omaisten kanssa. Hoitotahdon laatinut voi myös peruuttaa hoitotahdon tai muuttaa sen sisältöä, myös muutokset kirjataan ylös huolellisesti. Kaikkien hoitoon osallistuvien tulee olla tietoisia hoitotahdon sisällöstä ja noudattaa sitä.

2. Saattohoito

Saattohoidossa asiakasta ja hänen perhettään tuetaan ja hoidetaan kuoleman lähestyessä. Kuolemaan voi olla aikaa muutama päivä tai muutama viikko. Saattohoidossa säännöllinen kontakti ja vuorovaikutus ovat tärkeitä. Lähestyvään kuolemaan sopeutuminen, ahdistuneisuus, unihäiriöt ja emotionaaliset vaikeudet vaativat jatkuvaa seurantaa. Mahdollisten ongelmien varhainen havaitseminen helpottaa niiden lievitystä ajoissa ja parantaa elämänlaatua. Nopea avunsaaminen ja turvallinen olo kuuluvat hyvään saattohoitoon.

Sairauden etenemisen myötä siirtyminen oireenmukaiseen hoitoon ja lopulta saattohoitoon ovat lääketieteellisiä päätöksiä. Päätöksen saattohoidon aloittamisesta tekee aina lääkäri. Siihen kirjataan mikä sairaus on johtanut päätökseen, miten sairaus etenee sekä mitkä ovat nykyiset oireet muistisairaalla ja mitä oireita voidaan vielä odottaa tulevan. Lääkäri kirjaa päätökseen muistisairaalle nykyiset ja tarvittaessa annettavat lääkkeet sekä näiden lääkkeiden haittavaikutukset. DNR-päätös eli elvytyskielto sisältyy saattohoitopäätökseen.

3. Fyysiset muutokset

Loppuvaiheessa muistisairas ei välttämättä pysty tai osaa ilmaista tuntemuksiinsa, se tuo erityisvaatimuksia hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta joutuu havainnoimalla arvioimaan asukkaan kivun tason, henkisen ahdistuksen sekä lähestyvän kuoleman merkit. Merkkejä lähestyvistä kuolemasta ovat esimerkiksi toimintakyvyn muutokset, ruokahaluttomuus, erittämisen väheneminen, kuumeilu, kipulääkkeiden tarpeen kasvu ja hengityksen muutokset, kuten hengityskatkokset.

3.1 Ruokahaluttomuus

Elämän loppuvaiheen merkkejä ovat usein syömisongelmat, joita esiintyy jopa 90 %:lla viimeisten 3–6 kuukauden aikana. Muistisairas voi elää pitkäänkin, vaikka ravinnon saanti on niukkaa. Nielemisvaikeudet ovat loppuvaiheessa yleisiä, ruuan tulisi olla helposti syötävää. Ruuan monipuolisuus ja terveellisyys eivät ole enää pääasia, vaan että ruoka maistuu. Ikääntyvien kohdalla usein riittää, että asukas syö sen verran, minkä hän kykenee nielemään. Raikasta juomista tulisi olla aina tarjolla, sillä kuivuminen on ongelmista tavallisin.

Makuaisti voi muuttua, asukkaalle ei enää maistu samat ruuat kuin aiemmin, muun muassa mausteet voivat tuntua suussa pahalta ja aiheuttaa pahoinvointia. Ruokavalio voi tällöin muodostua miedoista ja pehmeistä ruoista. Syömistä voidaan helpottaa hyvällä suun hoidolla, sillä suun kuivuminen ja kipu ovat yleisiä oireita elämän loppuvaiheessa. Suun puhdistaminen ja kostuttaminen vähentävät epämukavaa tunnetta ja ehkäisevät infektoita.



3.2 Kivunhoito

Toistuva kivun arviointi on laadukkaan kivunhoidon kulmakiviä. Kivunhoitoa suunniteltaessa on huomioitava kivun fyysiset syyt, tausta ja asukkaan oma kokemus. Muistisairaahan asukkaan voi olla vaikea kuvailla tai ilmaista kokeemaansa kipua sanallisesti. Tässä tapauksessa tärkeäksi asiaksi nousee hoito-henkilökunnan ammattitaito, asukkaan historian tunteminen, toimiva tiimityö hyvällä kommunikaatiolla ja raportoinnilla sekä kivun arviointiin käytettävät kipumittarit. Kipua arvioitaessa huomioidaan myös asukkaan liikkeet, eleet, ilmeet ja äänteet. Fyysisten oireiden puuttuminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että asukas olisi kivuton. Muistisairaus voi muuttaa henkilön kipukäyttäytymistä ja mahdollisesti jopa kivun kokemusta siten, että asukas ei enää tunnista tuntemustaan kivuksi. Asukas voi ilmaista kipua myös aggressiivisella tai muutoin hänelle ominaisesta käyttäytymisestä poikkeavalla toiminnalla.

Saattohoitovaiheessa käytetään usein kipulääkkeenä mikstuuroita, ihonalaisia injektioita sekä erilaisia kipulaastareita, koska nieleminen vaikeutuu ja tablettien nieleminen on vaikeaa. Kipupumppua voidaan käyttää hoidettavilla, joiden nieleminen on vaikeaa eikä suun kautta otettava kipulääkitys ole mahdollista. Kovan kivun hoitoon käytetään opioideja (fentanyyli, oksikodoni ja morfiini), joita on saatavana injektioina ihon alle pistettäväksi. Muistisairaiden ja iäkkäiden kohdalla on muistettava aloittaa lääkitys pienemmillä annoksilla, kuin muilla saattohoitopotilailla, sillä he ovat herkempiä lääkkeille.

3.3. Tajunnantaso

Tajunnan taso vaihtelee kuoleman lähestyessä. Kun ihmiseen ei saada kontaktia eikä hän itse tiedosta ympäristöään eikä itseään, puhutaan tajuttomuudesta. Tajuttomuuden tasoja on monenlaisia. Vaikka ihminen ei kykenisi kommunikoimaan, hän voi ymmärtää puhetta. Tärkeintä kuoleman lähestyessä on se, miten ja millä tavalla ihmistä lähestytään ja kosketetaan sekä millaisella äänensävyllä puhutaan.

3.4 Hengityksen muutokset

Kuoleman lähestyessä tyypillisin oire hengittämiseen liittyen on hengenahdistus, joka usein heikentää elämänlaatua. Siihen liittyy usein myös ahdistuneisuutta, uupumusta, masentuneisuutta ja kipua. Ensisijaisesti tulisi huomioida, kuinka voimakasta hengenahdistus on ja minkä tyyppistä se on. Voimakkuuden arviointiin voidaan käyttää esim. VAS- asteikkoa. Tulee seurata, mikä on hengitystaajuus, miten käytetään hengitysilhaksia ja millaisia ovat hengityssäänet. Hengenahdistusta voidaan tarvittaessa lievittää lisähapella, jos mahdollista. Vaikeaan hengenahdistukseen voidaan antaa rauhoittavaa loratsepaamia sekä unta antavaa midatsolaamia, jos tilanne on hankala. Näitä on tarpeellista antaa, jos oireet ovat hankalat ja elinaikaa arvioidaan olevan vähän.



3.5 Eritystoiminta

Elämän loppuvaiheessa virtsan erityys voi vähentyä tai lakata kokonaan. Tämä tapahtuu yleensä luonnollisena osana kuoleminen prosessia, mutta taustalla voi myös olla hoitoa vaativa tila, varsinkin jos virtsan määrä vähenee verrattain varhaisessa vaiheessa. Hoitoa vaativa tila voi esimerkiksi olla virtsaumpi eli virtsaretentio, joka aiheuttaa vaikeutta virtsarakon tyhjentymisessä. Syitä virtsan kulun estymiseen voivat olla kasvaimet, munuaiskivet tai eturauhasen liikakasvu. Lääkitys voi myös vaikuttaa virtsaummen syntymiseen. Virtsanerityksen vähentyessä on ensin arvioitava riittävä nesteiden saanti, sillä virtsaaminen vähenee luonnollisesti juomisen niukentuessa. Virtsankarkailu on myös yleinen oire, josta on tärkeää keskustella ja miettiä tilanteeseen asukkaan oloa helpottavia ratkaisuja.

Ummetus on yleinen epämukavuutta, kipua, levottomuutta, sekavuutta ja ahdistusta aiheuttava oire saattohoitovaiheessa. Syinä ummetukselle voi olla itse sairaus, vähäinen juominen, muutokset ruokailutottumuksissa, vähentynyt liikuminen tai lääkehoito. Ummetuksen lisäksi voi esiintyä ulostetukkeumaa ja ohivuotoripulia tai pidätyskyvyttömyyttä erityisesti silloin, jos asukas on suurimman osan ajasta vuoteessa.

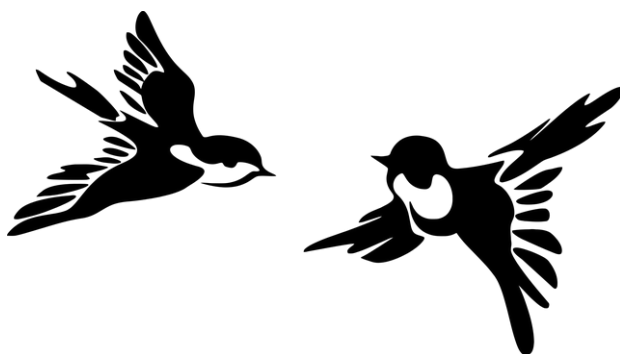
3.6 Kuumeilu

Tulehdusarvojen nousu ja kuume elämän loppuvaiheessa voivat johtua muis-takin syistä, kuin bakteeri-infektioista. Kuoleman lähestyessä lämmönsäätely-järjestelmä häiriintyy, ruumiinlämpö voi nousta. Tässä tapauksessa ei tarvita antibioottihoitoa, sillä siitä ei ole apua. Tulehduskipulääkkeillä ja parasetamolilla voidaan tehokkaasti alentaa kuumetta tarvittaessa.

4. Psyykkisen tilan huomioiminen

Sairauteen ja lähestyvään kuolemaan liittyy monenlaisia tunteita, kuolemanpelkoa ja toiveita. Kuolevan hoidossa ei voi keskittyä vain fyysisiin vaivoihin ja niiden hoitamiseen. Pitkän elämän elänyt ihminen voi tuntea, että hänen on jo aika lähteä. Hän voi puhua ajatuksistaan läheisilleen tai hoitajille, jolloin kuunteleminen ja keskustelu ovat tärkeitä. Näihin ajatuksiin voi liittyä oman elämän mielekkyyden pohdintaa, masennusta, toiveita kipujen ja kärsimyksen loppumisesta tai kokemusta siitä, että oma elämä on jo valmis ja täysi.

Ahdistuneisuuteen ja alakuloisuuteen on kiinnitettävä huomiota. Ahdistuneisuutta voi esiintyä luonnollisesti oireiden lisääntyessä ja kuoleman lähestyessä. Ahdistuneisuutta voivat aiheuttaa myös fyysiset oireet, kuten hengenahdistus ja kipu sekä lääkitysmuutokset. Tilanne on arvioitava yksilöllisesti. Turvallinen hoitoilmapiiri sallii tunteiden ilmaisun, mielialan ja tunteiden vaihtelut hyväksytään osaksi yksilöllistä lähestyvän kuoleman käsittelyä. Huomioitavaa kuitenkin on, että muutokset mielialassa voivat johtaa masennukseen ja jopa sekavuuteen. Kuolemaan liittyy paljon luopumista. Ihminen luopuu elämään liittyvistä odotuksista ja rooleista sekä fyysisistä saavutuksista. Ajatus siitä, että läheiset ihmiset pärjäävät ja käytännön asiat ovat kunnossa, voi tuoda voimavaroja ja lohtua. Omaisten ja hoitohenkilökunnan tehtävänä on kuunnella ja mahdollistaa keskustelu, vaikka se vaikeaa olisikin.



5. Hengellisyiden huomioiminen

Hengelliset tarpeet ovat yksilöllisiä ja tarpeiden kuvaaminen voi olla vaikeaa. Hengellisyys voi olla kokemus siitä, että näkyvän maailman lisäksi on jotain hyvää, jota ei mahdollisesti aikaisemmin ole arjessa osannut kaivata. Kuoleman lähestyminen herättää hengellisiä tarpeita. Ihminen voi kaivata rauhaa, turvallisuuden tunnetta, sekä tarvetta päästä irti elämän varrella syntyneistä syyllisyyden tunteista, vihasta tai muista raskaista tunteista.

Hengellinen tukeminen parhaimmillaan vahvistaa asukkaan kaipaamaa kokemusta ja luottamusta hengellisyydestä ja hengellisestä voimasta. Hengellisen hoidon tavoitteena kuolevan hoidossa voivat olla pelkotilojen käsittely, mielenrauhaan pyrkiminen ja toiveet lähestyvään kuolemaan liittyen. Hoito perustuu asukkaan toiveisiin. Ehdottaa voi esimerkiksi mielimusiikin kuuntelua tai olla vain hiljaa, koska monelle se tuo jo lohdutusta. Asukkaasta riippuen voi tarjota radiosta/televisiosta jumalanpalveluksen seuraamista tai mahdollisesti tarjota luettavaksi hengellistä kirjallisuutta.

6. Omaisten tukeminen

Hoitotyö on usein yksilökeskeistä ja läheiset jäävät taustalle. Hyvässä kokonaisvaltaisessa hoitamisessa huomioidaan myös läheiset ja heidän merkityksensä asukkaalle. Läheiset ovat usein tärkeä voimavara kuoleman lähestyessä. Läheinen voi toivoa mahdollisuutta osallistua hoitamiseen tai olla vain seurana. Tämä sallitaan tilanteen mukaan. Saattohoitovaihe valmistee omaisia luopumiseen ja suruun. Kuoleman jälkeen menetyksestä tulee todellista. Surun kokeminen ja tilanteeseen sopeutuminen on yksilöllistä.

7. Ohjeita henkilökunnalle

7.1 Vainajan laitto

Valtakunnalliset saattohoito-ohjeet ohjaavat toimipaikan toimintaa. Asumispalveluissa ennalta odotettavissa kuolemissa vainaja siirretään sairaalaan /päivystykseen, jossa lääkäri voi todeta kuoleman. Hoitaja kirjaa asiakkaan menehtymistä edeltävät oireet ja kuoleman tapahtuman sille potilastietojärjestelmälle, jota hoitopaikassa käytetään. Asukasta ei merkitä potilastietojärjestelmään kuolleeksi, ennen kuin lääkäri on sen todennut.

Asukkaan kuollessa hoitohenkilökunta viilentää asukkaan huonetta. Vainajaa ei siirretä kahteen tuntiin, jolloin myös omaisilla on mahdollisuus tavata asukas viimeisen kerran. Vainajaa käsitellään hyviä tapoja noudattaen ja arvokkaasti. Myös omaisilla on mahdollisuus osallistua vainajan laittamiseen. Hoivakodissa asukas asetetaan luonnolliseen asentoon ja poistetaan mahdolliset letkut tai dreenit ennen pesua. Sänky tulee muistaa asettaa vaakatasoon. Vainajan silmät suljetaan ja hiukset kammataan, myös hammasproteesit laitetaan suuhun, jos sellaiset on, eritteet pestään ja laitetaan suojaksi vaippa. Miehiltä ajetaan parta. Silmille laitetaan kosteat vanutyyny ja niskan alle voidaan laittaa vaikka pyyherullan, jotta alaleuka jää nättiin asentoon. Vainajalle puetaan paita, tunnustusnauha ja nilkkaan vainajakortti. Kortista tulee esille vainajan nimi, henkilötunnus, kuolinaika, kotipaikka, hoivakodin nimi. Päälle asetellaan lakana ja lakanan päälle voi laittaa kukkia tai vihreän oksan, jos niitä on saatavilla.

Omaisten on mahdollisuus hyvästellä vainaja hoivapaikassa tai myöhemmin vainajan arkkuun laiton yhteydessä. Omaisille tulee järjestää rauhallinen tila, jossa he voivat jättää hyvästit läheiselleen. Omaisilla on myös mahdollisuus pukea arkkuun laittamisen yhteydessä vainajalle omat vaatteet. Myös eri uskonnot ja kulttuurit tulee ottaa huomioon kuolemaan liittyvissä toimintavoissa.

7.2 Yhteystietoja

ArVi Liikkuva Arviointihoitaja
puhelinnumero:

Sairaalasielunhoito
Hanna Hietanen sairaalapastori
sähköposti:
puhelinnumero:

Kuljetus Joutsen Oy 24/7 Pyhtää / myös Kotka ja Hamina
puhelinnumero:

Kuljetus Pennanen Oy 24/7
Asiakaspalvelu:

Tilauskuljetus P.
puhelinnumero:

Hautaustoimisto Nieminen
Kotka:
Karhula:
Päivystys:

Hautaustoimisto Pulliainen
Kotka:
Karhula:
Päivystys:

Kotkan Hautaus- ja kukkapalvelu Oy
puhelinnumero:



Lähteet

Ahlblad, J. 2018. Miten kohdata kuolema. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.L. & Vihunen, R. 2017. Hoitamalla hyvää oloa. Sanoma Pro. Helsinki.

Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki S. & Agge E. 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Silverprint Oy. Sipoo.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihlakari, P. 2019. Muistisairaahan hoito. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

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

Hänninen, J. 2018. Kuolemme vain kerran. Kustannusyhtiö Otava. Helsinki.

Kymsotelta saatu sähköposti, vainajan laitto ohjeistus [viitattu 23.10.2021]

Lee, R., Bamford, C., Poole, M., Mc Lellan, E., Exley, C., Robinson, L. 2017. End of life care for people with dementia: The views of health professionals, social care service managers and frontline staff on key requirements for good practise. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/28622379/> [viitattu 4.8.2021]

Palliatiivinen hoito. 2018. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Saatavissa: [Antibiottihoito saattohoidossa | Palliatiivinentalo.fi | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](https://antibiottihoito.saattohoidossa.fi) [viitattu 14.3.2021]

Rolling Ferrell, B. & Paice, J. 2019. Oxford Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Duodecim. Helsinki

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

Tavi, V. & Lahtonen, R. 2019. Muistisairaahan selviytymisopas. Docendo Oy. Jyväskylä.

Vanhuuskuolema 2014. Konsensuslausuma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2014/5/duo11523> [viitattu 10.1.2021]

Varakas, S. 2016. Saattohoitopotilaan kivunhoito ennen kipupumppuhoitoa ja se jälkeen. Opinnäytetyö (AMK) Sairaanhoidtajakoulutus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201702072101> [viitattu 18.10.2021]

