

SAATTAJANA

Saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma
Kitinkodin henkilökunnalle

Rinne Vilma

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2022

Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Vilma Rinne	Vuosi	2022
Ohjaaja(t)	Anniina Tohmola		
Toimeksiantaja	Kitinkannus ry		
Työn nimi	Saattajana, Saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma Kitinkodin henkilökunnalle		
Sivu- ja liitesivumäärä	55 + 22		

Maailman terveysjärjestön mukaan maailmanlaajuisesti vain joka kymmenes palliatiivista hoitoa tarvitseva ihminen saa asianmukaista hoitoa. Suomessa kuolee vuosittain n. 54 000 ihmistä ja näistä vajaa kolmasosa tarvitsee saattohoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Haasteita laadukkaaseen saattohoidon toteutumiseen aiheuttavat palvelujen puutteellinen integrointi terveystalouden ja kehittämissuunnitelman systemaattinen koulutuksen ja kehittämissuunnitelman puute.

Jokaisella ihmisellä on oikeus laadukkaaseen ja omien arvojen mukaiseen elämän loppuvaiheen hoitoon. Kansalliset ja kansainväliset lait, sopimukset ja suositukset ohjaavat ja säätelevät elämän loppuvaiheen hoitoa. Lakien, sopimusten ja suositusten perustana toimivat perusoikeudet, itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen.

Tämä opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma Kitinkodin tehostetun palveluasumisen henkilöstölle. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää henkilöstön saattohoidon osaamista ja hoitotyön laatua Kitinkodissa.

Opinnäytetyö toteutui työelämälähtöisenä projektina. Opinnäytetyössä on käytetty laadullista aineistonkeruumenetelmää ja aineistoanalyysimenetelmänä teemoittelua. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi kehittämissuunnitelma sekä käytännöllinen henkilöstön työtä tukeva saattohoito-opas. Kehittämissuunnitelmaa ja saattohoito-opasta voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä vanhojen työntekijöiden osaamisen tukena ja osaamisen kehittämisessä. Valmiit tuotokset on esiteltävä toimeksiantajalla, ja ne ovat tarkoituksenmukaisia ja tulevat käyttöön sellaisenaan. Tuotokset ovat hyödynnettävissä myös organisaation muissa yksiköissä.

Avainsanat	palliatiivinen hoito, saattohoito, osaamisen kehittäminen
Muita tietoja	Opinnäytetyö sisältää oppaan ja kehittämissuunnitelman

School of Northern Well-being and
Services
Degree Programme in Nursing and
Health Care
Bachelor of Health Care

Author	Vilma Rinne	Year	2022
Supervisor	Anniina Tohmola		
Commissioned by	Kitinkannus ry		
Subject of thesis	Hospice Care Competence Development Plan for the Kitinkoti Staff – Working as A Care Escort		
Number of pages	55 + 22		

The purpose of this thesis was to draw up a Hospice Care Competence Development Plan of for the Kitinkoti Staff. The aim of the thesis was to develop the staff's hospice care skills and the quality of nursing work in Kitinkoti.

The thesis was implemented as a working life based project. Qualitative data collection methods were used in the thesis and theme design method was used as the data analysis method. The output of the thesis is a development plan and a practical care escort guide to support the work of the staff in the commissioner organisation. The development plan and the end-of-life care guide can potentially be utilized in the orientation of new employees as well as in fostering the competence of the old employees. Furthermore, it can potentially be used to further develop the competence of the staff members.

The development plan and the end-of-life care guide has been tested by the commissioner. According to the commissioner the outputs are as expected, necessary and it will be used like that. The output may also be utilized in other units of the organization.

Key words	palliative treatment, hospice care, end-of-life care, competence development
Special remarks	The thesis includes hospice care guide and development plan

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON JÄRJESTÄMINEN	8
2.1	Palliatiivinen hoito	8
2.2	Hoitolinjat	9
2.3	Saattohoito ja saattohoitopäätös.....	10
2.4	Saattohoito Suomessa	10
2.5	Palliatiivisen ja saattohoidon koulutus ja kehittäminen	11
3	SAATTOHOITOVAIHEEN HOITOTYÖ	15
3.1	Oireenmukainen lääkehoito	15
3.2	Ruoansulatuskanavan oireet ja erittäminen	15
3.2.1	Ravitsemus ja nestehoito	15
3.2.2	Pahoinvointi ja oksentelu.....	17
3.2.3	Suun ja limakalvojen hoito.....	17
3.2.4	Erittäminen	18
3.3	Hengitystieoireiden hoito.....	18
3.4	Ihon hoito ja turvotukset.....	20
3.5	Deliriumin hoito	21
3.6	Psykososiaaliset tarpeet ja niiden tukeminen	21
3.6.1	Eksistentiaalinen kärsimys	21
3.6.2	Hengelliset tarpeet	22
3.6.3	Omaisten tukeminen	23
4	KIVUNHOITO OSANA KOKONAISVALTAISTA SAATTOHOITOA.....	25
4.1	Kivun määritelmä	25
4.2	Kivun arviointi	26
4.3	Lääkkeetön kivunhoito	27
4.4	Lääkkeellinen kivunhoito.....	28
4.4.1	Opioidit.....	28
4.4.2	Palliatiivinen sedaatio.....	29
5	HENKILÖKUNNAN JAKSAMINEN SAATTOHOITOTYÖSSÄ.....	31
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	32

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	33
7.1 Organisaatio, kohderyhmä ja aiheen rajaus.....	33
7.2 Projektina toiminnallinen opinnäytetyö.....	33
7.3 Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu	35
7.4 Aineistoanalyysinä teemoittelu.....	37
8 TULOKSET.....	39
8.1 Teemoittelun tulokset.....	39
8.2 Saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma	39
8.3 Saattohoito-opas Kitinkodin henkilökunnalle.....	42
9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	44
10POHDINTA.....	46
LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Ihmisen keskimääräinen elinajanodote pitenee jatkuvasti. Lääketieteen kehittyminen on vaikuttanut myönteisesti elinajanodotteeseen 1970-luvulta lähtien. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan ennenaikaiseksi kuolemaksi määritellään kuolema, joka tapahtuu ennen 70. ikävuotta. Suomessa elinajanodotteen ennustetaan nousevan vuoteen 2080 mennessä, naisilla 91 vuoteen ja miehillä 87 vuoteen. Tilastollinen elinajanodote ei kuitenkaan kerro yksittäisen ihmisen todellisista odotettavissa olevista elinvuosista. Valtaosa suomalaisista kuolee sairauksiin ja vain pieni osa kuolee äkillisesti ei-luonnollisista syistä eli onnettomuuden, itsemurhan tai väkivallan seurauksena. (Ahlblad 2019, 9–16; WHO, Palliative Care 2019.)

Ikääntymiseen liittyvien sairauksien kehitymisjärjestykseen ja aikatauluun vaikuttavat henkilön perintötekijät, elinympäristö ja elintavat. Ikääntyvät kudokset ovat alttiimpia vanhuuteen liittyville kroonisille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonitaudeille, syöväälle ja dementialle. Sydän- ja verisuonisairauksien osuus kuolinsyistä kasvaa iän myötä, kun taas kasvainten osuus pienenee 70 ikävuodesta eteenpäin. (Ahlblad 2019, 16.) Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2020 joka kolmas suomalainen kuoli sydän- ja verisuonisairauksiin. Syöpäsairauksien osuus kuolemista oli 23 prosenttia ja dementiaan kuolleiden osuus 19 prosenttia kaikista kuolemista vuonna 2020. (Tilastokeskus, kuolinsyyt 2021.)

Palliativinen hoito on parantumattomasti sairaan ihmisen ja hänen omaistensa aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on kärsimyksen lieventäminen ja elämänlaadun vaaliminen (WHO, Palliative Care 2019). Palliativinen eli oireenmukainen hoito voi kestää vuosia. Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen vaihe, joka ajoittuu lähelle kuoleman todennäköistä ajankohtaa, jolloin elinaikaa ennustetaan olevan yleensä viikkoja tai kuukausia. (Antikainen 2015, 9–10.) Saattohoitoa ohjaavia eettisiä arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus ja oikeus hyvään hoitoon. Saattohoito pitää sisällään myös kuolevan läheisten huomioimisen ja tukemisen. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Suomessa kuolee n. 54 000 ihmistä vuosittain (Tilastokeskus, kuolinsyyt 2021) ja n. 15 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa hoitoa elämänsä loppuvaiheessa (Mäkelin 2018, 94). Maailman terveysjärjestön mukaan maailmanlaajuisesti vain joka kymmenes palliatiivista hoitoa tarvitseva ihminen saa asianmukaista hoitoa (WHO, Palliative Care 2019). Suomessa jokaisella pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairauden hoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:3 §).

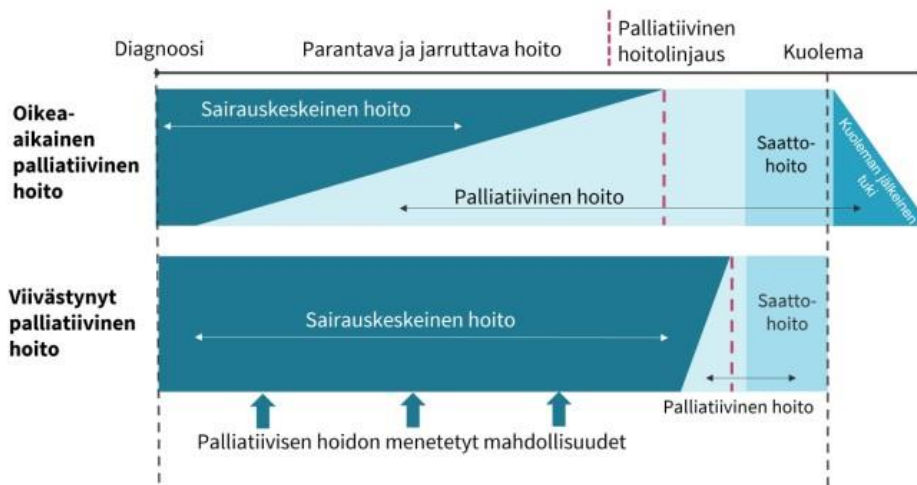
Palliatiivisen hoidon palveluissa on alueellisia eroja myös Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on laatinut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatusuosituksen (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus 2022) laadukkaana ja tasa-arvoisen saattohoidon toteutumisen edistämiseksi. Suosituksessa on tunnistettu useita kehitettäviä laatualueita kokonaisvaltaisen ja laadukkaana palliatiivisen hoidon järjestämiseksi ja tuottamiseksi. Laatualueille on määriteltä omat laatukriteerit, joiden tulee toteutua hoidon laadun takaamiseksi. Suosituksessa korostetaan, että kaikissa elämän loppuvaiheen hoitoa toteuttavissa yksiköissä tulee olla perusosaaminen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Tällä hetkellä osaamisen puute on yksi merkittävimmistä palliatiivisen ja saattohoidon ongelmista, ja se koskee kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Osaamisen ja ymmärryksen puute palliatiivisen hoidon merkityksestä parantumattomasti sairaalle ja hänen omaisilleen haittaa laadukkaana hoidon toteutumista. (Saarto ym. 2022, 11.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma tehostetun palveluasumisen yksikkö Kitinkotiin. Kehittämissuunnitelman tavoitteena on kehittää henkilöstön osaamista laadukkaana ja tasa-arvoisen saattohoidon toteutumiseksi. Opinnäytetyö on rajattu kohdennetusti monisairaiden ikääntyneiden saattohoitovaiheen oirehoitoon. Opinnäytetyö on toiminnallinen, sisältäen tutkimuksellisen osaamisen tarpeen kartoituksen. Kehittämissuunnitelman teemat on koottu henkilökunnalle tehdyn kyselyn vastauksista.

2 PALLIATIIVISEN JA SAATTOHOIDON JÄRJESTÄMINEN

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisessa hoidossa kuolema ymmärretään elämän luonnollisena pääpisteenä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Maailman terveysjärjestön mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille iästä ja diagnoosista riippumatta (WHO, Palliative Care 2022). Riittävän varhain aloitettu palliatiivinen hoito (Kuvio 1) parantaa asukkaan ja hänen omaistensa elämänlaatua sekä rajaa pois epätarkoituksen mukaiset hoidot sekä vähentää sairaalajaksoja elämän loppuvaiheessa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Varhainen oireenmukaiseen hoitoon siirtyminen takaa laadukkaan elämänloppuvaiheen hoidon (Saarto ym. 2022, 18). Palliatiivisen hoidon keskeisiä tavoitteita ovat fyysisen, psykososiaalisen, eksistentiaalisen kärsimyksen lieventäminen ja elämänlaadun vaaliminen (Grönlund & Huhtinen 2011, 77).



Kuvio 1. Oikea-aikainen ja viivästynyt palliatiivinen hoito (Saarto ym. 2022, 15).

Siirryttäessä palliatiiviseen hoitoon, asukasta hoitava lääkäri, asukas ja hänen omaisensa laativat ennakoivan hoitosuunnitelman. Ennakoiva hoitosuunnitelmaan kirjataan asukkaan ja omaisen kanssa käydyt keskustelut sairauden vaiheista ja hoitomenetelmistä sekä hoitolinjauksista ja hoidon rajauksista. Hoitosuunnitelmaan kirjataan myös asukkaan toiveet ja pelot liittyen sairauden eteneeseen ja kuoleman lähestymiseen. Ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen riittävän ajoissa takaa sen, että asukkaan oma tahto ja mielipide tulee kuulluksi. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

DNR (do not resuscitate) eli päätös elvyttämättä jättämisestä on yksi hoidon rajauksista ja se tehdään lääketieteellisin perustein. DNR-päätös tehdään tilanteessa, jossa asukkaan sairaudet arvioidaan niin vaikeiksi, ettei hänen tilansa todennäköisesti palautuisi sydänpysähdyksestä elvyttämisen jälkeen tai elvytyksen mahdollinen hyöty olisi olematon kärsimyksen lisäämisen ja haittojen rinnalla. DNR-päätös ei rajaa muita hoitomuotoja pois, vaan mahdolliset hoidon rajaukset tehdään erikseen. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 12.)

Hoidon rajauksella tarkoitetaan lääkärin tekemää lääketieteellistä arvioita siitä, mitkä tutkimukset ja hoidot ovat tarpeellisia, ja mitkä tarpeettomia. Arvioita tehdessään lääkärin tulee punnita tutkimusten ja hoitojen hyödyt sekä haitat. (Saarto ym. 2015, 608.) Lääketieteellisesti perusteetonta hoitoa ei tule antaa (Oikkola ym. 2021, 64). Edellytyksenä hoidon rajaamiselle on aina hoitolinjan kokonaistilanteen arvio (Saarto ym. 2015, 12). Hoidon rajauksissa tulee huomioida myös asukkaan itsemääräämisoikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:6 §) ja mahdollinen hoitotahto, joka voi olla kirjallinen tai suullinen tahdon ilmaisu, jossa asukas voi esimerkiksi kieltäytyä tutkimuksista ja hoidosta (Saarto ym. 2015, 12).

2.2 Hoitolinjat

Hoitoneuvottelussa sovitaan yleensä hoitolinjasta. Hoitolinjaus määrittelee hoidon tavoitteen, mihin sairauden hoidolla on realistista pyrkiä. Hoitolinjalla on vaikutusta myös yksittäisten hoitotoimenpiteiden valintaan. (Saarto ym. 2015, 11–13.) Hoitolinjaus turvaa asukkaan arvojen ja toiveiden mukaisen, mutta lääketieteellisesti perustellun parhaan mahdollisen hoidon (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

Hoitolinjauksien neliportaiseen malliin kuuluvat parantava, jarruttava, palliativinen sekä saattohoitolinja. Palliativista hoitoa annetaan hoitolinjauksesta riippumatta. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 9.) Kuratiivisen eli parantavan hoitolinjauksen tavoitteena on sairauden pysyvä parantaminen. Jarruttavan hoitolinjauksen tavoitteena on laadukkaan elinajan pidentäminen hidastamalla sairauden etenemistä tai estämällä sen pahenemista. Tilanteessa, jossa sairauden etenemistä ei voida jarruttaa lääketieteellisin keinoin tai sairaudesta aiheutuu

asukkaalle kärsimystä, siirrytään palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon. (Saarto ym. 2015, 11–12.) Saattohoitopäätöksellä ilmaistaan palliatiivisen hoitolinjan viimeinen vaihe, jolloin hoidetaan kuolevaa ihmistä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

2.3 Saattohoito ja saattohoitopäätös

Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe ja se ajoittuu lähelle kuoleman todennäköistä ajankohtaa (Antikainen 2015, 10). Saattohoidon tavoitteena on asukkaan ja hänen omaistensa paras mahdollinen hoito (Saarto ym. 2015, 256). Prosessina saattohoito on enemmän kuin pelkkää oirehoitoa. Se on monitahoinen ja kokonaisvaltainen vuorovaikutusprosessi potilaan, omaisten ja hoitohenkilöstön kesken. (Styrman & Tornainen 2018, 142.)

Saattohoidon tarpeen tunnistaminen riittävän varhain vähentää inhimillistä kärsimystä ja mahdollistaa arvokkaan kuoleman. Tiedossa oleva lähestyvä kuolema mahdollistaa asukkaalle ja hänen läheisilleen tarvittavan avun ja tuen järjestämisen. Jäljellä oleva aika mahdollistaa myös tarvittavien asioiden järjestämisen sekä jäähyväisten jättämisen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78.)

Saattohoitoon siirryttäessä lääkäri tekee saattohoitopäätöksen yhdessä asukkaan ja hänen omaistensa kanssa (Saarto ym. 2015, 14). Viime kädessä lääkäri päättää hoidosta asukkaan parasta korostaen ja omaisia kuunnellen (Mäkelin 2018, 92). Saattohoitopäätös on lääketieteeseen perustuva hoitopäätös, joka pitää sisällään elvyttämättäjättämispäätöksen (DNR-päätös). Saattohoidon tarkoituksena ei ole jouduttaa eikä pitkittää kuoleman ajankohtaa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

2.4 Saattohoito Suomessa

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat ja säätelevät kansalliset ja kansainväliset lait, sopimukset ja suositukset. Lakien, sopimusten ja suositusten perustana toimivat perusoikeudet, itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. (THL, ikääntyminen 2021a.)

Kansallinen tavoite on, että jokainen ikääntynyt ihminen voisi asua mahdollisimman pitkään kotona. Tavoitteena on se, että jokainen voi saada kaikki tarvitsemansa palvelut sekä hoidon elämänsä loppuun asti asumispaikasta riippumatta. Ympäri vuorokautista hoivaa tarjoavissa asumispalvelujen yksiköissä asuu pääsääntöisesti ikääntyneitä monisairaita ja monilääkittyjä asiakkaita. (Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti 2019, 17.) Suurin osa ikääntyneiden palveluasumisen asukkaista ovat muistisairaita. Hoivakoti tai palveluasuminen sopii hyvin muistisairaana saattohoitoon, kunhan siellä on riittävästi palliatiivisen hoidon asiantuntemusta. (Tavi & Lahtonen 2019, 193.)

Suomessa saattohoidon järjestämisestä vastaavat sairaanhoitopiirit sekä paikalliset terveyskeskukset (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 30.12.2010/1326 1:2 §). Haasteena kuitenkin on palvelujen integrointi terveyspalvelujärjestelmään sekä systemaattinen koulutuksen ja kehittämisen puute (Saarto ym. 2022, 18, 32).

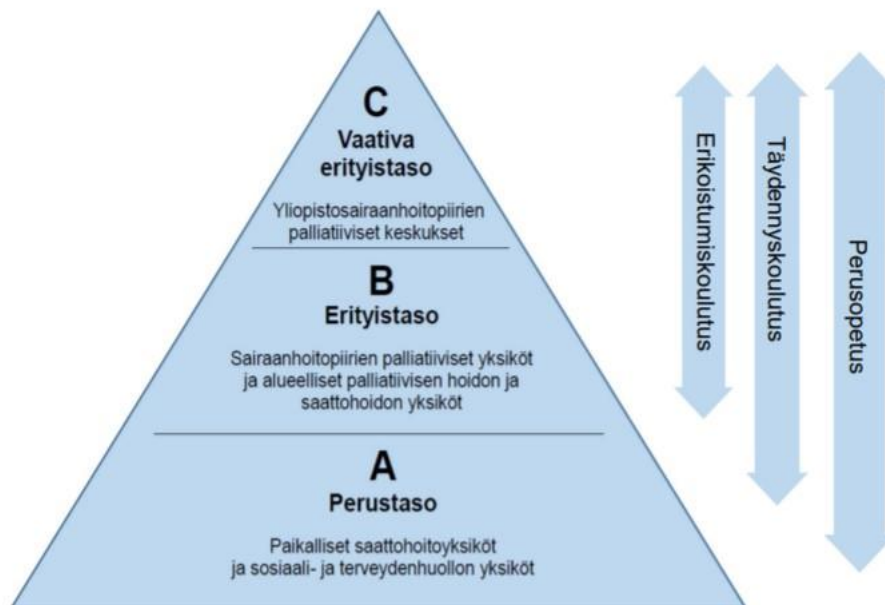
2.5 Palliatiivisen ja saattohoidon koulutus ja kehittäminen

Ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoitoa on vertailtu tutkimus- ja kehittämishankkeessa (Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe, PACE) vuosina 2014–2019. Tutkimus- ja kehittämishankkeen yhteenvedon on todettu tarve iäkkäiden ihmisten pitkäaikaishoidon yhteisille ohjeistuksille ja seurannalle koskien elämän loppuvaiheen laadukasta hoitoa. PACE-hankkeessa on kehitetty kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma, joka on tarkoitettu elämän loppuvaiheen tueksi iäkkäiden pitkäaikaishoidon työntekijöille. Koulutusohjelmasta on muodostettu PACE-toimintamalli palliatiivisen hoidon kehittämisen tueksi. (THL 2018, PACE.)

Palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen ja työelämälähtöinen kehittäminen (EduPal) -hankkeesta vuosina 2018–2021 syntyi valtakunnallinen palliatiivisen hoitotyön opetussuunnitelmasuositus ammattikorkeakouluille. Suositus pitää sisällään palliatiivisen hoitotyön osaamiskuvauksen, joka kuvaa mitä jokaisen sairaanhoitajan tulee osata palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Palliatiivisen hoidon osaamisen yhdenmukaistamiseksi olisi olennaista, että kaikki ammattikorkeakoulut ottaisivat käyttöön uuden

opetussuunnitelmasuosituksen. (Hökkä & Lehto 2021, 3–4.) Kyseessä on kuitenkin suositus, ei velvoite.

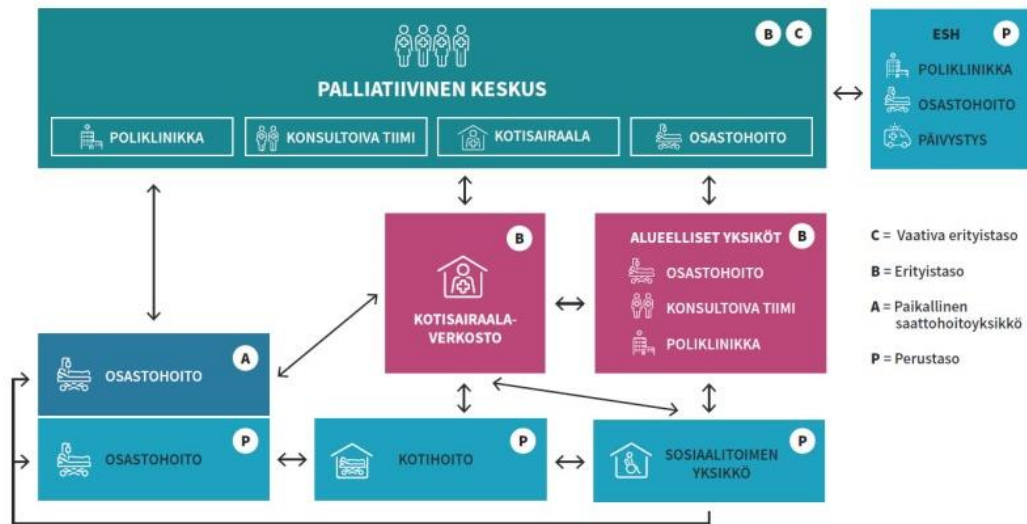
Suomessa on käytössä palliatiivisen hoidon kolmiportainen järjestämisen malli (Kuvio 2). Kolmiportaisessa mallissa palliatiivisen hoidon tasot on määritelty hoidon vaativuuden mukaan. Perustason palveluihin kuuluvat esimerkiksi kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen yksiköt sekä muut ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat yksiköt, joissa asukkaita hoidetaan heidän elämänsä loppuun saakka. Eri-tyistason palliatiivista hoitoa tarjoavat palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt kuten palliatiiviset poliklinikat, saattohoito-osastot ja saattohoitokodit. Vaativan erityistason palliatiivinen hoito toteutuu yliopistosairaaloiden keskuksissa. Vaativan erityistason keskuksat vastaavat muun muassa lasten ja nuorten palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Yliopistosairaalat vastaavat myös hoidon kehittämisestä ja tutkimuksesta. (Pesonen, Kesänen & Hökkä 2020, 36–38.)



Kuvio 2. Suositus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä (Saarto & Lehto 2019).

Palliatiivisen hoidon yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi on kaavailtu palveluketjuja (Kuvio 3), joissa eritasoiset palvelut olisivat kaikkien saatavilla tarvelähtöisesti. Palveluketjumallin mukaan palveluketjut on suunniteltu sairaanhoitopiireittäin ja niiden toimintaa ohjaa sairaanhoitopiirin palliatiivinen keskus.

(Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti 2019, 17.)



Kuvio 3. Palliatiivisen hoidon palveluketjumalli (Saarto ym. 2022, 15).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen suosituksen mukaan palliatiivisen hoidon osaamisen varmistamiseksi tarvitaan järjestelmällistä lisä- ja täydennyskoulutusta (Saarto ym. 2022, 32). Tällä hetkellä vain lähihoitajakoulutuksen opetussuunnitelma pitää sisällään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opintoja. Sairaanhoidajakoulutuksessa palliatiivisen hoidon opetuksen määrä vaihtelee riippuen ammattikorkeakoulusta. Lisäksi ammattikorkeakouluissa tarjotaan 30 opintopisteen laajuista palliatiivisen hoidon asiantuntijan erikoitumiskoulutusta ja ylemmässä ammattikorkeakoulussa Kliinisen asiantuntijuuden koulutuksessa on mahdollisuus suuntautua palliatiiviseen hoitoon. (Sunikka ym. 2021, 47–50.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt Saattohoitopassi-täydennyskoulutusverkkokurssin, jonka tavoitteena on vahvistaa palliatiivisen hoidon perustalla työskentelevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista. Kurssi on palliatiivisen hoidon suositusten mukainen täydennyskoulutus ja sen tavoitteena on mahdollistaa osaamisen varmistaminen valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla. Verkkokurssin laajuus on yksi opintopiste, joka vastaa 27 työtuntia. (THL, ikääntyminen 2021b.)

Avoimessa ammattikorkeakoulussa on mahdollista opiskella pääasiassa verkossa erilaisilla oppimisalustoilla muutaman opintopisteen laajuisia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opintojaksoja. Avoimien ammattikorkeakoulujen opintojaksotarjonta on esillä Suomen ammattikorkeakoulujen yhteisessä digitaalisessa opintotarjontaportalissa Campusonline:ssa. (Campusonline 2022.) Saattohoitokoulutuspäiviä järjestävät myös kansanopistot (Kpedu, saattohoitokoulutus 2022) ja ammattiliitot (Super, saattohoitokoulutus 2021).

3 SAATTOHOITOVAIHEEN HOITOTYÖ

3.1 Oireenmukainen lääkehoito

Saattohoitoon siirryttäessä kaikki välttämätön pitkäaikaislääkitys lopetetaan. Lääkehoidon tarpeellisuutta arvioidaan yksilöllisesti. Saattohoitovaiheessa ei ole syytä tutkia ja hoitaa laboratorioarvoja elleivät ne toimi tärkeinä oirehoidon mittareina. Kokonaisvaltaista oirearvioita tehdään tarkkailun ja havainnoinnin keinoin vähintään neljän tunnin välein. (Saarto ym. 2015, 260.)

Lääkehoidon tavoitteena kuoleman lähestyessä on pahoinvoinnin, kivun ja rauhottomuuden lievittäminen (Hänninen 2021, 30–31). Muita hoidettavia indikaatioita ovat limaisuus, kuume, kouristukset, kutina ja silmien kuivuminen (Saarto ym. 2018, 239). Lääkitseminen tapahtuu ensisijaisesti suun kautta niin kauan kuin sen on mahdollista (Korhonen 2005).

Antibioottihoito kuoleman lähestyessä on perusteltua silloin, kun sen tarkoituksena on lievittää kipua ja oireilua. Antibiootteja käytetään esimerkiksi keuhkokuumeen hoidossa helpottamaan hengitystä sekä virtsatieinfektion hoidossa lievittämään kipua. (Hänninen 2021, 31.)

Kuumeilua voivat aiheuttaa bakteeri-infektiot, kasvaimet ja lämmönsäätelyjärjestelmän häiriintyminen. Lämmönsäätelyjärjestelmän häiriintymisen takia viimeisinä elinpäivinä kuumepiikit ovat tyypillisiä. (Strickland & Stovsky 2015.) Kuumetta hoidetaan ensisijaisesti parasetamolilla (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

3.2 Ruoansulatuskanavan oireet ja erittäminen

3.2.1 Ravitsemus ja nestehoito

Saattohoitovaiheessa ravitsemushoito tapahtuu ensisijaisesti suun kautta. Asukas voi syödä ja juoda niin pitkään, kun pystyy ja se on turvallista. Lähestyvään kuolemaan liittyy ruokahaluttomuus, joka johtuu pääsääntöisesti perussairaudesta. Asukkaan lopettaessa syömisen ja juomisen, häntä ei pidä pakkosyöttää. (Hänninen & Rahko 2013.) Asukas ei kuole siksi ettei syö, vaan ei syö koska on

kuolemassa. Elimistön kuivuminen on luonnollinen seuraus kuoleman lähestyessä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Elämän loppuvaiheessa on tärkeää tarjota asukkaalle mieleisiä ruokia ruokarajoituksista välittämättä. Ravitsemusta voidaan tukea tarjoamalla pieniä annoksia kerralla. On tärkeää, että ruokaa tarjotaan ja ruokailussa avustetaan niin kauan, kun asukas pystyy syömään ja se on turvallista. Viileät syötävät voivat maistua lämpimiä paremmin. Nielemistä voidaan helpottaa sakeuttamalla juomia apteekista saatavilla sakeuttamisvalmisteilla. Nokkamukin käyttöä tulee välttää nielemisvaikeuksista kärsivällä asukkaalla, sillä se lisää aspiraatoriskiä. Juottaminen tapahtuu normaalista mukista tai vaihtoehtoisesti lusikalla. (Chen ym. 2016, 699–707.)

Nielemisvaikeus on varsin tyypillinen oire elämän loppuvaiheessa. Nieleminen edellyttää toimivia anatomisia rakenteita, terveitä limakalvoja ja keskushermoston nielemistä koordinoivaa toimintaa. Heikentynyt nielemisrefleksi altistaa aspiraatiolle, joka aiheuttaa usein keuhkokuumeen. Aspiraatorisikin vuoksi, tajunnanlasku sekä nielemisen vaikeutuminen ovat vasta-aiheita suun kautta tapahtuvalle ravitsemukselle. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Saattohoitovaiheessa ei pääasiallisesti ole tarvetta parenteraaliselle ravitsemukselle tai suonensisäiselle nesteytykselle, sillä neste- ja ravitsemushoidolla ei juurikaan voida vaikuttaa asukkaan elinajanennusteeseen. Liiallinen nesteytys voi lisätä turvotuksia, sekä askites- ja pleuranesteilyä. Lisäksi laskimokanyylit ja niihin liittyvät komplikaatiot aiheuttavat tarpeetonta kärsimystä. Tilanteissa, jossa enteraalisen ravitsemuksen estää mekaaninen este kuten ruokatorven kasvain, tällöin voidaan harkita parenteraalista ravitsemusta. (Saarto ym. 2015, 161; Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2016, 482.)

Omaisilla on usein käsitys, että asukkaan yleistila paranee ravitsemusta korjaamalla esimerkiksi suonensisäisesti. Näissä tilanteissa hoitajan on tärkeää uskaltaa oikaista virheelliset käsitykset ja odotukset, ja kääntää huomio ruokahaluttomuudesta muihin elämänlaatua lisääviin asioihin. (Saarto ym. 2015, 165–166.)

3.2.2 Pahoinvointi ja oksentelu

Pahoinvoinnilla tarkoitetaan epämiellyttävää tunnetta, johon voi liittyä oksentelua. Tutkimusten mukaan, jopa 31 – 70 % saattohoidettavista kärsii pahoinvoinnista. Pahoinvointi ja oksentelu heikentää saattohoidettavan elämänlaatua. (Saarto ym. 2015, 132–133.)

Pahoinvointia voivat aiheuttaa esimerkiksi suolistovaivat, kasvaimet, liman erityksen lisääntyminen, aivopaineen nousu, korkea kaliumpitoisuus ja kipulääkkeet. Pahoinvointia voidaan hillitä säännöllisellä syömisellä, välttämällä rasvaisia ja huonosti sulavia ruokia ja tarjoilemalla hienojakoista ruokaa. Pahoinvointia voidaan helpottaa myös siihen tarkoitetuilla lääkkeillä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

3.2.3 Suun ja limakalvojen hoito

Saattohoidossa olevat ovat erityisen alttiita suun alueen ongelmille. Suun kuivuus ja syljen puute altistaa hampaat kariekselle sekä suun limakalvot tulehduksille ja sieni-infektioille. Kuiva suu on yhteydessä nielemis- ja puhevaikeuksiin, sekä aiheuttaa pahaa makua ja hajua suussa. (Scottish Palliative Care Guidelines, Mouth Care 2020.)

Päivittäisellä suun hoidolla voidaan parantaa asukkaan elämänlaatua sekä välttää turhia infektioita ja niistä aiheutuvaa kipua (Scottish Palliative Care Guidelines, Mouth Care 2020). Suu puhdistetaan kaksi kertaa päivässä fysiologiseen keittosuolaliuokseen kastetulla harsotaitoksella, lisäksi suuta tulisi kostuttaa vähintään kahden tunnin välein. Nielemisrefleksin heiketessä suuta voidaan kostuttaa nesteeseen tai ruokaöljyyn kastetulla pumpulitikulla. Suun kostuttamiseen on saatavilla apteekista erilaisia suusuihke- ja geelivalmisteita. Alkoholipitoisia suun hoitotuotteita tulee välttää niiden kuivattavan vaikutuksen vuoksi. (Saarto ym. 2015, 119, 132.) Huulten kuivumista voidaan ehkäistä ja hoitaa rasvaamalla huulia säännöllisesti esimerkiksi Bepanthen-voiteella (Tilvis ym. 2016, 482).

3.2.4 Erittäminen

Ummetus on tavallisimpia vaivoja kuoleman lähestyessä ja hoitamattomana se lisää kuolevan kärsimystä. Tavallisimpia ummetukseen johtavia syitä ovat monet lääkitykset, heikentynyt ravinnonsaanti, liikkumattomuus ja suolen peristaltiikan heikkeneminen. Ummetusta hoidetaan useimmiten pehmittävän laksatiivin ja suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmänä. Ummetuksen hoidossa pyritään siihen, että suoli saataisiin tyhjenemään vähintään kolmen vuorokauden välein. Viimeisinä elinpäivinä suolen toiminta heikkenee, eikä ole enää tarpeellista antaa laksatiiveja. (Saarto ym. 2015, 265.)

Saattohoitovaiheessa ripuli on harvinaisempaa kuin ummetus. Ripuloinnin syynä on yleensä ohivirtausripuli, joka johtuu jonkin asteisesta suolen tukkeutumisesta. Ripulointia hoidettaessa tulisi löytää hoidettava syy, kuten esimerkiksi liiallinen laksatiivien käyttö tai ummetus. Ripulointia voidaan hoitaa lääkkeillä esimerkiksi loperamidilla. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Virtsarakko voi olla yliaktiivinen ja ärsyyntynyt monesta eri syystä. Rakkotulehdukset, kasvaimet ja kivet aiheuttavat rakon ärsytystä. Rakon pieni tilavuus voi ilmetä tihentyneenä virtsaamisen tarpeena. Virtsaamista voidaan tukea tarjoamalla vuoteeseen hoidettavalle asukkaalle virtsapulloa tai alusastiaa. Puoli-istuva asento ja alavatsan kevyt painaminen voi helpottaa virtsarakon tyhjentymistä, myös lämpimästä hauteesta alavatsalla voi olla apua. Mikäli edellä mainituilla keinoilla ei virtsaa saada tulemaan, tulee tarvittaessa suorittaa kertakatetrointi. Kestokateria ei suositella ellei sen laittaminen ole välttämätöntä. (Saarto ym. 2015, 150–153.)

Virtsaretentio eli virtsaumpi aiheuttaa pakottavaa virtsaamisen tarvetta ja kovaa alavatsakipua. Virtsaumpi voi olla krooninen tai akuutti ja sen taustalla on rakenteellinen tai toiminnallinen syy. Ensisijainen hoito virtsaumpeen on kertakatetrointi. (Saarto ym. 2015, 150–151.)

3.3 Hengitystieoireiden hoito

Hengenahdistus on hengittämiseen liittyvä epämiellyttävä tunne, jota esiintyy yli puolella saattohoidossa olevista ihmisistä. Hengenahdistus vaikuttaa

merkittävästi elämänlaatuun, toimintakykyyn ja uneen. Hengenahdistukseen vaikuttavia tekijöitä ovat fyysisten syiden lisäksi psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tekijät. (Saarto ym. 2015, 94.) Useimmiten hengenahdistus ei johdu hapenpuutteesta vaan hengityslihasten väsymisestä (Hänninen 2021, 26). Hengenahdistusoireita voidaan arvioida esimerkiksi VAS-kipujanaa tai NRS-asteikkoa käyttäen, laskemalla hengitystaajuutta, seuraamalla hengityslihasten käyttöä ja kuuntelemalla hengitysääniä (Saarto ym. 2018, 39).

Hengenahdistusta hoidettaessa selvitetään hengenahdistuksen syy, sillä määrätävä lääkitys määräytyy sen mukaan. Hengenahdistuksen tunnetta voi helpottaa esimerkiksi pieni annos oksikodonia tai morfiinia. Opiattien käytössä on syytä erityiseen huolellisuuteen sillä liian suuri annos voi johtaa hengityslamaan. (Hänninen 2021, 31.) Lääkehoito on yksinään riittämätön helpottamaan hengenahdistusta, ja hoitoon liittyy oleellisena osana asentohoito (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

Hengitystyötä voidaan keventää puoli-istuvalla asennolla, ohjaamalla huulirakohengitystä ja pulloon puhalluksia. Mikäli hengenahdistuksen syy ei ole hapenpuute, lisähapesta on tällöin harvemmin hyötyä. Ilmavirta tuulettimesta tai ikkunasta voi helpottaa hengenahdistuksen tunnetta. Amyotrofista lateraaliskleroosia (ALS) ja keuhkohtaumatautia sairastavat hyötyvät useimmiten sairauden loppuvaiheessa noninvasiivisesta ventilaatiosta (NIV). (Saarto ym. 2018, 265.) NIV-hoidosta tulee luopua asukkaan toiveesta ja mikäli se pitkittää kuolinprosessia tarpeettomasti. Pitkäaikaiseen NIV-hoitoon tottunut voi kuitenkin käyttää laitetta kuolemaansa saakka. (Saarto ym. 2015, 101.)

Kuoleman lähestyessä hengitysääni muuttuu rohisevaksi hengitysteistä irtoavan liman ja syljen vuoksi. Rohiseva hengitys ei yleensä häiritse itse kuolevaa. Limaa voidaan tarvittaessa imeä imukatetrin avulla suun ja ylänielun alueelta, mutta imua tulee kuitenkin käyttää harkiten, sillä toimenpide on useimmille epämiellyttävä ja voi vaurioittaa limakalvoja. (Tilvis ym. 2016, 482–483.)

3.4 Ihon hoito ja turvotukset

Yleisimpiä iho-oireita ovat ihon kuivuus, kutina ja painehaavat. Säännöllinen ihonhoito ehkäisee ihorikkoja ja -infektioita. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 38–39.)

Kutinaa voivat aiheuttaa ihon kuivuus, ihottumat ja hikoilu. Sairauksista syöpä, sappiteiden tukkeutuminen ja vaikea munuaisten vajaatoiminta voivat myös aiheuttaa kutinaa. Sisäsyntyisten tekijöiden aiheuttama kutina on harvoin histamiinivälitteistä, joten antihistamiineista on varsin vähän hyötyä kutinan helpottamiseen. (Hänninen & Rahko 2013.) Kutina itsessään ei ole henkeä uhkaava oire, mutta se on epämiellyttävä tunne ja voi johtaa heikentyneeseen elämänlaatuun. Kuivan ihon aiheuttamaa kutinaa voidaan helpottaa vesipesujen vähentämisellä ja hyvällä perusrasvauksella. Perusrasvoja voidaan säilyttää jääkaapissa, sillä kylmä rasva vähentää kutinaa viilentämällä ihoa. (Saarto ym. 2015, 265.) Tarvittaessa kutinaan voidaan käyttää myös kortisonivoiteita. Rikkoutuneen ihon kutinaa voidaan helpottaa keittosuolaan kostutetuilla kääreillä. Kynsien pitäminen lyhyenä ehkäisee ihon rikki raapimista, yöllä voidaan käyttää tarvittaessa puuvillahanskoja. Ihoa ärsyttäviä ja kutittavia vaatteita tulisi välttää. (Airola 2020.)

Painehaavat ovat lähtökohtaisesti aina ennaltaehkäistävässä. Painehaavoille altistavat huono hygienia, puutteellinen verenkierto, pitkäaikainen vuodelepo, kudosten turvotus, ihon oheneminen ja laihtuminen. Erityisiä riskipaikkoja painehaavoille ovat takaraivo ja korvat, olka- ja kyynärpäät, kantapää ja ristiluun seutu. (Lumio 2017.) Painehaavoja voidaan ehkäistä riittävän tiheällä asentohoidolla, antidecubituspatjoilla sekä asentoa tukevilla tyynyillä (Saarto ym. 2015, 182). Vuoteen päädyn kohottaminen pitkäaikaisesti yli 30 astetta lisää ristiluuhun kohdistuvaa painetta ja kasvattaa painehaavariskiä (Juutilainen & Hietanen 2012, 319). Vuodepotilailla voidaan käyttää ristiluun alueen painehaavojen ennaltaehkäisyssä sakraalialueen vaahtosidosta. Siirtovaiheissa tulee kiinnittää huomiota, ettei aiheuteta ylimääräistä kitkaa tai venytystä iholle. (Surakka ym. 2015, 40.) Asentohoitoa vuoteessa tulisi toteuttaa vähintään kahden tunnin välein. Syntyneitä painehaavoja hoidetaan paineen keventämisellä sekä haavojen paikallishoidolla. (Isoherranen 2015, 182.) Pitkälle edetessään hoitamaton painehaava voi infektoitua ja johtaa pahimmillaan verenmyrkytykseen (Lumio 2017).

3.5 Deliriumin hoito

Delirium eli sekavuus on hyvin tavallinen oire kuoleman lähestyessä ja se lisääntyy usein viimeisinä elinpäivinä. Sekavuutta voivat aiheuttaa niin lääkkeet, kipu kuin aivotoiminnan muutokset. Sairauksista erityisesti pitkälle edenneen syövän ja Alzheimerin taudin loppuvaiheeseen liittyy usein parantumaton delirium. Deliriumin yleishoitoon kuuluu asukkaan perustarpeista ja turvallisuudesta huolehtiminen. (Tilvis ym. 2016, 382–387.)

Sekavuutta, ahdistuneisuutta ja rauhattomuutta voidaan tilapäisesti lääkittää rauhoittavilla lääkkeillä. Pääsääntöisesti saattohoitovaiheessa kuitenkin pyritään välttämään vahvojen psyykelaakkeiden käyttöä. Rauhoittava lääkitys lisää väsymystä ja heikentää ajattelukykyä. Deliriumin ollessa hallitsematon, voidaan harvinaisissa tapauksissa käyttää palliatiivista sedaatiota. (Hänninen 2021, 30.)

3.6 Psykososiaaliset tarpeet ja niiden tukeminen

3.6.1 Eksistentiaalinen kärsimys

Parantumaton sairaus ja lähestyvä kuolema vaativat ihmiseltä emotionaalista sopeutumista. Eksistentiaalinen kärsimys on olemassaolon luopumiseen liittyvää ahdistusta, joka nousee ihmisen tietoisuudesta maanpäällisen elämän rajallisuudesta ja sen päättymisestä. Eksistentiaalista ahdistusta tuo se, että tulevaisuus on ennustamaton ja siitä ettei kärsimys lopu. Kuolemaan liittyvän ahdistuksen ajatellaan syntyvän siitä pelosta, että ei tiedetä siitä mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Eksistentiaaliset pelot liittyvät usein kuoleman jälkeiseen aikaan tai siihen ettei sellaista ole. (Hänninen 2006, 39; Saarto ym. 2018, 140; Ahlblad 2019, 39–65.)

Ihmiselle on tärkeää nähdä elämänsä merkitys, hallita elämäänsä ja säilyttää arvokkuus elämän loppuun saakka. Merkityksellisyyden tunnetta voidaan lisätä sekä kärsimystä lieventää ennakoivalla hoitosuunnitelmalla ja huomioimalla asukkaan tahto. (Saarto ym. 2018, 140; Ahlblad 2019, 65.)

Asukkaalla on oikeus tietää parantumattomasta sairaudesta ja lähestyvistä kuolemista. Ihminen tarvitsee totuudenmukaista tietoa sairaudestaan ja jokaisella

tulee olla riittävästi mahdollisuuksia keskustella lähestyvistä kuolemasta. Kuolemasta puhumisen välttely voi lisätä kuolevan ahdistusta ja tunnetta siitä, ettei puhuminen ole luvallista. Huomioitavaa kuitenkin on etteivät kaikki halua puhua kuolemasta, vaan kuolemasta puhutaan sen mukaan, kun kuoleva sitä haluaa. (Hänninen 2006, 40–41; Hänninen 2021, 21). Hoitaja voi käyttää keskustelun tukena esimerkiksi Puhetta elämästä -kortteja (Terveyskylä 2021).

On luonnollista, että kuolevan asukkaan hoitaminen muistuttaa hoitohenkilökuntaa myös oman elämän rajallisuudesta ja kuoleman vääjäämättömyydestä. Tällöin hoitaja voi ajautua välttelemään kuolemasta puhumista eteenkin kuolevan asukkaan kanssa. Hoitohenkilökunnan jäsenet voivat tuntea riittämättömyyttä ja avuttomuutta, sekä kiusaantumista tilanteissa, joissa heillä ei ole vastauksia asukkaiden kysymyksiin. Asukkaan ahdistuksen kohtaamista voidaan ajautua välttelemään sitä lääkitsemällä. Hoitohenkilökunnan yksi tärkeimmistä ja vaikeimmista tehtävistä on kuitenkin kulkea asukkaan rinnalla osaamatta vastata elämän rajallisuutta koskeviin kysymyksiin. (Hänninen 2006, 41–42.)

3.6.2 Hengelliset tarpeet

Saattohoitoon kuuluu kuolevan hengellisten tarpeiden tunnistaminen. Hengellisyteen liittyy uskonnon lisäksi myös henkisyys. Hengelliset ja henkiset tarpeet ovat erilaisia, eikä ihminen osaa välttämättä sanallisesti kuvata, mitä hän tarvitsee. Lähestyvä kuolema voi nostaa pintaan uskonnollisia kysymyksiä. Hoitajilla tulee olla valmiudet keskustella hengellisistä asioista kuolevan ja hänen omaistensa kanssa omista uskonnollisista käsityksistään riippumatta. (Surakka ym. 2015, 116–117.)

Hengellisiin tarpeisiin vastaaminen vaatii hoitajalta kunnioittavaa asennetta sekä ihmisen elämänarvojen ja hengellisyyden arvostamista. Yksinkertaisimmillaan hengellisyyttä voidaan harjoittaa kuuntelemalla ja laulamalla hengellisiä lauluja sekä rukoilemalla yhdessä kuolevan kanssa. Muita hengellisen ja henkisen hoidon keinoja ovat läsnäolo ja yhteyksien luominen, kuunteleminen ja keskustelu, lukeminen ja musiikin kuuntelu. Pappi voidaan kutsua paikalle asukkaan tai omaisten niin halutessa. Lisäksi voidaan järjestää hartaus ja ehtoollinen. (Saarto ym. 2018, 140–141.)

3.6.3 Omaisten tukeminen

Omahoitajuus toimii luottamuksellisen hoitosuhteen perustana sellaisissa hoitopaikoissa, joissa yksilökeskeinen hoitotyö ymmärretään ja sitä toteutetaan (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 51). Kitinkodissa jokaiselle asukkaalle on nimetty omahoitaja. Omahoitaja osallistuu asukasta koskeviin hoitoneuvotteluihin ja hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoon, tekee hoito- ja toimintakyvyn tarpeen arviointia sekä arvioi hoitotyön tavoitteiden saavuttamista. Omahoitajan tehtäviin kuuluu aktiivinen yhteydenpito asukkaan omaisiin. Saattohoitovaiheessa omahoitajuuden rooli korostuu entisestään.

Kuoleva ja hänen omaisensa tarkkailevat ja tulkitsevat yksikön ilmapiiriä ja hoitajien käytöstä. On hyvä muistaa, että jokaisella kohtaamisella on merkitystä. Asiallinen käytös, ystävällisyys, kärsivällisyys sekä aito ja rehellinen läsnäolo ovat avainasemassa kaikissa kohtaamisissa. Sanat ja sanattomuus, ilmeet ja eleet voivat olla monimerkityksellisiä. Omaisille jää muisto siitä, millaisessa ympäristössä heidän läheisensä kuoli, missä jäähyväiset jätettiin ja millainen tunnelma ympärillä vallitsi. (Grönlund ym. 2008, 53.)

Hoitajan on hyvä muistaa ettei kuolemasta puhuminen tuo kuolemaa lähemmäksi eikä asiasta mainitseminen tee siitä sen todennäköisempää (Hänninen 2021, 20). Ikääntyneiden parissa työskenneltäessä hoitajat näkevät väistämättä paljon kuolemia (Mäkelin 2018, 117). Kuolema on ihmisen fyysisen olemisen loppumista ja se koskettaa samanaikaisesti kuolevan itsensä lisäksi koko hänen lähipiiriään (Hänninen 2021, 23). Jokaisen kuoleman kohdalla tuleekin huomioida, että kuolema on aina omaisille ainutlaatuinen (Mäkelin 2018, 117).

Kitinkodissa saattohoidossa olevan asukkaan omaiset voivat vieraillla yksikössä myös vierailuaikojen ulkopuolella. Omaisille järjestetään tarvittaessa ruokailu- ja yöpymismahdollisuus. Omaisilla on myös mahdollisuus olla läsnä ja osallistua vainajanlaittoon niin halutessaan. Kuoleman jälkeen omaisille olisi tärkeää mahdollistaa rauhallinen hetki keskusteluun ja ohjata heitä jatkotoimiin (Grönlund ym. 2008, 54). Omaisille annetaan mukaan kirjallinen materiaali hautajaisjärjestelyitä varten.

Kitinkodissa vainajalle järjestetään ulosveisuu, johon osallistuvat vainajan omaiset, Kitinkodin hoitajat ja yksikön asukkaat niin halutessaan. Suruliputuksesta ja ulosveisuusta sovitaan vainajan omaisten kanssa ja kunnioitetaan heidän toiveitaan.

4 KIVUNHOITO OSANA KOKONAISVALTAISTA SAATTOHOITOA

4.1 Kivun määritelmä

Kipu on yksi eniten pelätyistä ja yleisimmistä oireista kuolemaan johtavaa sairautta sairastavilla ihmisillä (Saarto ym. 2015, 45). Saattohoitovaiheen kipu on nykyisin varsin hyvin tiedostettu (Saarto ym. 2015, 45), mutta osa kipupotilaista on edelleen alihoidettua ja kivun lääkkeettömät hoidot ovat alikäytettyjä (Tilvis ym. 2016, 480).

Kivun aistiminen on kemiallisten ja sähköisten tapahtumien ketju, jossa kipuhermopäätteiden aktivoituminen kudoksissa saa aikaan kipuaistimuksen aivoissa (Saarto ym. 2015, 48). Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys (International Association for the Study of Pain, IASP) on määritellyt kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudოსvaurio. Kyvyttömyys ilmaista kipua, ei tarkoita ettei kipua olisi. (Saarto ym. 2015, 47.)

Kiputyypit jaotellaan nosiseptiivisiin eli kudოსvaurioikipuihin, neuropaattisiin eli hermovauriokipuihin sekä näiden sekoitukseen. Nosiseptiivinen ja neuropaattinen kipu esiintyvät yleensä yhdessä, jolloin syynmukainen kivunhoito on ensisijaisen tärkeää. (Saarto ym. 2018, 22-29.)

Kipu on subjektiivinen kokemus, johon liittyy fysiologisten tekijöiden lisäksi lukuisa joukko muita tekijöitä (Tilvis ym. 2016, 480). Koettuun kipuun vaikuttavat muun muassa se, millainen käsitys ihmisellä on omasta hyvinvoinnistaan ja millainen mieliala hänellä on (Hänninen 2015). Somaattisen kivun hoidon lisäksi tulee huomioida muut kipuun vaikuttavat tekijät kuten masennus ja ahdistuneisuus, joita tulee hoitaa samanaikaisesti kuin kipua (Saarto ym. 2015, 47). Hoitamattomana kipu voimistaa myös muita fyysisiä oireita, jotka omalta osaltaan voivat lisätä kipua (Grönlund & Huhtinen 2011, 58).

4.2 Kivun arviointi

Hyvän ja onnistuneen kivunhoidon edellytyksenä on, että kipua arvioidaan säännöllisesti (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Kivunhoidon peruseräite on subjektiivisten oireiden riittävä hoito diagnoosista riippumatta (Tilvis ym. 2016, 480). Kivunhoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, niin ettei asukkaan olo ehtisi missään vaiheessa käydä sietämättömäksi. Kipua tulee arvioida sekä liikkeessä että levossa. Liikekipulla tarkoitetaan liikkeelläolon aikana ilmenevän kivun lisäksi esimerkiksi kipua, joka aiheutuu yskimisestä. (Saarto ym. 2015, 52.)

Hyvän kivunhoito perustuu kivun säännölliseen arviointiin ja tarkkaan kirjaamiseen. Kivun arviointia tulee tehdä säännöllisesti ja tarpeen mukaan. Kipua arvioidaan ennen kipulääkkeen antoa ja lääkkeenannon jälkeen, jotta lääkitysvaste selviää. Samalla tulee seurata ja reagoida kipulääkkeiden mahdollisiin haittavaikutuksiin. Riittävää kipulääkitystä voidaan arvioida seuraamalla kivun voimakkuutta sekä kipulääkkeiden kulutusta vuorokausittain. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Asukas on aina itse oman kipunsa asiantuntija, hoitajan on osattava kuunnella ja havainnoida asukasta. Kivun voimakkuuden arvioinnissa voidaan hyödyntää erilaisia mittareita kuten sanalliset mittarit, VAS (visual analog scale) -kipujanaa, NRS (numeral rating scale) -numeraalista asteikkoa ja kasvoasteikkoa (FPS). (Hawker, Miam, Kendzerska & French 2011; Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen & Vainio 2018, 538.) Muistisairauden edetessä vähenevä muisti sekä puhekyvyn heikkeneminen vaikuttavat kivun sanalliseen ilmaisuun. Kivusta voivat kieliä erilaiset käytösmuutokset, kuten motorinen levottomuus, kasvojen ilmeet ja pelokkuuden ilmaisu. Muistisairaiden kivun arviointiin on kehitetty PAINAD -mittari (Pain Assessment IN Advanced Dementia Scale), jolla voidaan havainnoida kasvojen ilmeitä, kehonkieltä, ääntelyä, toiminta- ja kohtaamiskykyä sekä psyykkistä tasapainoa (Taulukko 1). (Tilvis ym. 2016, 480–481.)

Taulukko 1. Muistisairaiden kivunhoidossa käytettävä PAINAD -mittari (Tilvis ym. 2016, 342).

	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Ajoittainen työläs hengitys tai lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Äänekäs tai työläs hengitys, pitkiä hyperventilaatiojaksoja tai Cheyne–Stokes-tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä tai tyytyväinen ääntely	Ajoittainen valitus tai vaimea negatiivis-sävytteinen puhe	Toistuva huutelu, äänekäs valitus tai itkeminen
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas tai huolestunut	Irvistys
Kehonkieli	Rentoutunut	Kireä, jännittynyt tai levotonta liikehdintää	Jäykkyys, käsien nyrkistely, polvien ylös vetäminen, välttely tai estely, tarttuminen, lyöminen tai potkiminen jne.
Lohdutettavuus	Ei tarvitse lohduttelua	Kosketuksen tai puhuttelun seurauksena poikkeava käytös keskeytyy ja potilas rauhoittuu	Koskettelulla tai puhuttelulla ei vaikutusta poikkeavaan toimintaan, eikä potilasta saada rauhoittumaan

4.3 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömiä kivunhoidon kulmakiviä ovat hyvä perushoito ja säännöllinen asentohoito. Kivun lievitykseen voidaan käyttää erilaisia kylmä- ja lämpöpakkauksia, musiikkia, muistelua ja valokuvia. Ahdistuksesta ja levottomuudesta aiheutuvaan kipuun auttaa parhaiten omaisten ja hoitohenkilökunnan läsnäolo. (Tasmuth 2019.)

Kosketus ja hieronta voivat myös toimia lääkkeettöminä kivunhoidon menetelminä. Rentoutushoitojen on todettu lievittävän kipua, vähentävän jäykkyyttä ja levottomuutta. Nykyisin myös fysioterapiaa käytetään elämän loppuvaiheen kivunhoidossa. Myönteiset kokemukset toimintakyvyn ylläpitämisestä ovat tärkeitä elämän viimeisinä hetkinä. (Styrman & Torniainen 2018, 145–147.)

Hoitoympäristön esteettisyyteen ja viihtyisyyteen on tärkeää kiinnittää huomiota. Kaunis ympäristö, erilaiset värit, viherkasvit ja kalusteet luovat rauhallista ja lämmintä tunnelmaa. (Grönlund ym. 2008, 53.)

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät auttavat asukasta rentoutumaan, rauhoittumaan ja siirtämään ajatuksia pois kivusta. Saattohoitovaiheessa kivut ovat usein kuitenkin niin kovia etteivät niihin yksistään lääkkeettömän menetelmät tehoa. Lääkkeettömät menetelmät voivat kuitenkin ennaltaehkäistä kipua ja tukea lääkkeellistä kivunhoitoa. Kivunhoidosta kirjattaessa tulee dokumentoida myös lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytöstä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

4.4 Lääkkeellinen kivunhoito

Tyypillisimmin saattohoidossa käytettäviä kipulääkkeitä ovat opioidit, parasetamoli, tulehduskipulääkkeet, sekä epilepsia- ja masennuslääkkeet (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Ikääntyneiden ensisijainen kipulääke lievään kipuun on parasetamoli. Turvallinen parasetamoliannos on korkeintaan 2 g/vrk. Tulehduskipulääkkeitä on hyvä pyrkiä välttämään mahdollisuuksien mukaan, sillä niiden haittavaikutusten riski vatsan limakalvoon, verihutaleiden toimintaan ja munuaisten verenkiertoon on moninkertainen. (Tilvis ym. 2016, 480; Tasmuth 2019.)

Lääkkeet annostellaan ensisijaisesti suun kautta ja eteenkin pistoksia vältetään niistä aiheutuvan kivun vuoksi (Korhonen 2005). Kipulääkitystä voidaan hoitaa myös kipupumpun avulla (Saarto ym. 2015, 260).

Mikäli asukkaalla on saattohoitoon siirryttäessä kivut hallinnassa pitävä säännöllinen kipulääkitys, lääkitystä jatketaan samalla annoksella. Lääkäri vastaa siitä, että hoitosuunnitelmaan on kirjattu kaikki tarvittavat lääkkeet, joita asukkaalle voidaan antaa kipujen yltyessä. (Tavi & Lahtonen 2019, 186.)

4.4.1 Opioidit

Opioidit ovat tehokkaita kohtalaisen ja vaikean kivun hoidossa. Tyypillisimpiä vaikean kivun hoidossa käytettäviä opioideja ovat oksikodoni, fentanyl ja morfiini. Oksikodonia on saatavilla pitkä- ja lyhytvaikutteisena. Pitkävaikutteisella opioidilla pyritään pitämään asukas kivuttomana. Pitkävaikutteisen opioidin rinnalla annetaan aina lyhytvaikutteista (nopeavaikutteinen) opioidia äkillisen kovan kivun hoitoon. Lyhytvaikutteisen opioidin vaikutus alkaa noin puolessa tunnissa ja

kestää neljästä viiteen tuntiin. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Opioidien säännöllisenä annosvälinä pidetään 3–6 tuntia, mutta saattohoidossa annos voidaan tarvittaessa uusia puolen tunnin välein. Elämän loppuvaiheen opioidille ei ole annosylärajaa, vaan lääkitystä tehostetaan tarpeen mukaan. Mikäli lyhytvaikutteisen kipulääkkeen tarve on yli kolme kertaa vuorokaudessa, tällöin asukas todennäköisesti hyötyy pitkävaikutteisen lääkityksen annoksen suurentamisesta. (Rahko & Rajala 2020.) Lääkelistan on oltava ajantasainen riippumatta kuoleman ajattelusta ajankohdasta (Tavi & Lahtonen 2019, 186).

Opioideja voidaan annostella suun kautta kapseleina, tabletteina tai nestemäisenä sekä tarvittaessa ihon alle. Nielemisrefleksin lakatessa oksikodonia voidaan annostella suun limakalvolle nestemäisenä mikstuurana, kipulääkitystä voidaan hoitaa myös kipupumpun avulla. Kipupumpun etuja ovat säännöllinen tehokas kipulääkkeen annostelu, kipupumpusta voidaan antaa ylimääräisiä annoksia kovaan kipuun sekä kipupumppu mahdollistaa useiden lääkkeiden samanaikaisen antamisen. (Saarto ym. 2015, 65, 260.)

Opioidien haittavaikutukset ovat yleisiä ja ne korostuvat etenkin ikääntyneillä muistisairailta (Tavi & Lahtonen 2019, 188). Haittavaikutukset eivät kuitenkaan saa estää riittävää kivunhoidon toteutumista ja niitä voidaan hoitaa lääkkeellisesti (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi, suun kuivuminen ja sekavuus. Keskushermostolääkkeille ominaista on myös väsymysoireyhtymän kehittyminen. Mikäli haittavaikutukset ovat hoidettunakin hyötyä isommat, voidaan käytettävä opioidi vaihtaa toiseen. Opioidien tarvetta voidaan myös vähentää ja vaikutusta tehostaa käyttämällä rinnalla esimerkiksi parasetamolia tai tulehduskipulääkettä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

4.4.2 Palliativinen sedaatio

Palliativisella sedaatiolla tarkoitetaan tajunnantason alentamista lääkkeillä. Sedaation harkinta tulee kyseeseen, mikäli asukkaalla ilmenee sietämättömiä oireita ja kaikki muut keinot oireiden hallitsemiseksi on käytetty. (Cherny 2021.) Sedaation aiheita voivat olla hallitsematon delirium, hengenahdistus, psyykinen

ahdistuneisuus ja kipu. Sedaatioon voidaan päätyä myös tilanteissa, joissa tukehtumiskuolema tai akuutti verisyöksy on hyvin todennäköinen. (Hänninen 2007.) Kipulääkitys jatkuu sedaation aikana lääkärin ohjeen mukaan (Saarto ym. 2018, 117).

Sedaatio ei jouduta kuolemaa, vaan helpottaa kuolevan sietämättömiä oireita (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Sedaation aloittamisesta päättää hoitava lääkäri. Ennen sedaatiopäätöstä lääkärin tulee kuulla asukasta itseään, mutta mikäli asukas ei enää pysty ilmaisemaan omaa tahtoa, tulee hoitavan lääkärin keskustella asukkaan omaisten kanssa ennen sedaation aloittamista. Omaisille sedaatiopäätös voi olla helpotus, jos saattohoidossa olevan oireet ovat olleet vaikeat, mutta siihen voi liittyä myös suurta luopumisen surua. (Ahlblad 2019, 56–57).

Kevyessä sedaatiossa asukas on heräteltävissä puhumalla, syvemmissä sedaatioissa hän on jatkuvassa unessa. Sedaatio voidaan aina keskeyttää ja purkaa. Jatkuvan syvä sedaatio on perusteltua vain tilanteissa, joissa sedatoidun asukkaan elinajanodote on tunteja tai vuorokausia. (Ahlblad 2019, 56.)

5 HENKILÖKUNNAN JAKSAMINEN SAATTOHOITOTYÖSSÄ

Saattohoidossa keskiössä ovat aina kuoleva asukas sekä hänen läheisensä, mutta on kuitenkin tärkeää tunnistaa myös hoitajien suru. Saattohoito ja kuolema voivat herättää monenlaisia tunteita hoitohenkilökunnassa. On normaali reaktio, että kuolema sekä ajatukset elämän rajallisuudesta pysäyttävät. Saattohoidon parissa työskenneltäessä kuolema tulisi pystyä hyväksymään elämän luonnollisena päätepisteenä, sillä hyvä hoito ei voi toteutua, mikäli kuolema nähdään ammatillisena epäonnistumisena. Hankalimmillaan kuitenkin jatkuva kärsimyksen, surun ja kuoleman kohtaaminen voi aiheuttaa tunteen omasta riittämättömyydestä sekä työn merkityksettömyydestä. (Grönlund ym. 2008, 54–55; Mäkelin 2018, 116–117.)

On ensiarvoisen tärkeää, että esimies toimii alaistensa kannustajana ja tukena sekä on aidosti kiinnostunut hoitohenkilökunnan jaksamisesta ja pärjäämisestä. Jokainen saatto tulisi käydä jollakin tavalla läpi. Useimmiten läpikäyntiin ei tarvita pitkiä istuntoja tai työnohjausta, vaan lyhytkin keskustelu voi palvella tätä tarkoitusta. Joskus saattohoitoon ja kuolemaan voi liittyä vaikeita tunteita ja asioita, jolloin hoitajilla tulee olla mahdollisuus käydä kokemuksiaan perusteellisemmin läpi. Tunteiden käsittely, kokemukset ja niiden prosessointi toimivat ammatillisen kasvun mahdollistajana. Asiantuntijuus kasvaa kokemuksista ja niiden prosessoinnista, mutta taustalle tarvitaan myös vahva teoriaperusta. (Grönlund ym. 2008, 55.)

Saattohoitotyön tukena voidaan käyttää tarvittaessa työnohjausta. Työnohjauksen keskeinen tavoite on pitää huolta hoitohenkilökunnan jaksamisesta ja kannatella heitä työssään monipuolisesti. Työnohjaus mahdollistaa ammatillisen kehityksen ja tukee oman ammatti-identiteetin rakentumista. Työnohjaajan tehtävänä on luoda olosuhteet ja edellytykset hoitajan oman toiminnan ja työnsä havainnoimiselle ja tutkimiselle. (Grönlund ym. 2008, 86–89.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma Kitinkodin tehostetun palveluasumisen henkilöstölle.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää henkilöstön saattohoito-osaamista ja hoitotyön laatua Kitinkodissa. Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin kehittämissuunnitelma sekä käytännöllinen henkilöstön työtä tukeva saattohoito-opas. Opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen osiossa kartoitettiin vastauksia alla oleviin kysymyksiin. Tutkimustulosten pohjalta työstettiin kohdennettu osaamisen vaatimuksia vastaava kehittämissuunnitelma laadukkaan ja tasa-arvoisen saattohoidon toteutumisen edistämiseksi.

1. Millaista saattohoidon osaamista henkilökunnan näkökulmasta Kitinkodissa tarvitaan?
2. Millaisin menetelmin saattohoidon osaamista voidaan kehittää Kitinkodissa?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Organisaatio, kohderyhmä ja aiheen rajaus

Opinnäytetyön on toteutettu yhteistyössä Kitinkannuksen kanssa. Kitinkannus kuntouttaa sekä avo- että laituskuntoutusasukkaita ja tarjoaa ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista. Kitinkannus on käynnistänyt erillisen tehostetun palveluasumisen Kitinkodissa helmikuussa 2021. (Kitinkannus 2022.)

Työelämälähtöisen opinnäytetyön kohderyhmäksi valikoitui Kitinkodin henkilökunta. Kohderyhmään kuuluvat sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä sosiaali- ja terveysalan opiskelijat.

Opinnäytetyö on rajattu kohdennetusti monisairaiden ikääntyneiden oirehoitoon saattovaiheessa. Kehittämissuunnitelmassa sekä saattohoito-oppaassa on painotettu niitä asioita, joista henkilökunta on osoittanut kaipaavansa lisätietämystä. Kehittämissuunnitelmassa on pyritty ottamaan esille niitä asioita, joiden avulla henkilökunnan saattohoidon osaamista ja hoitotyön laatua voitaisiin jatkossa Kitinkodissa kehittää.

7.2 Projektina toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyön toteutustapa on toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuotokseen tähtäävä työn kehittäminen (Salonen 2013, 6). Opinnäytetyön tuotoksena valmistui saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma sekä saattohoito-opas. Opinnäytetyö toteutui työelämälähtöisenä projektina.

Projekti on työskentelymalli, jossa työn tavoite, kesto ja resurssit ovat ennalta suunniteltuja (Jalava & Keinonen 2008, 6). Projektin kunniallinen läpivieminen vaatii projektinhallintataitoja, itseuria ja itseohjautuvuutta (Kananen 2017, 30). Projektilla on alkamis- ja päättymisajankohta, jotka muodostavat projektin keston. Projekti jakautuu useisiin eri vaiheisiin, jotka eroavat toisistaan esimerkiksi toimintoiltaan, ominaisuuksiltaan ja työskentelytavoiltaan. Projektin tärkeimpiä vaiheita ovat valmistelu-, suunnittelu- ja toteuttamisvaihe sekä projektin päättäminen. (Mäntyneva 2016, 17–18.)

Projektin käynnistämisen taustalla on aina jokin tarve, joka rajaa projektin kohdistamisen ja laajuuden. Huolellinen valmisteluvaihe helpottaa projektin suunnitteluun siirtymistä. (Mäntyneva 2016, 18.) Tämän opinnäytetyön taustalla on työelämälähtöinen tarve. Opinnäytetyön aihetta ehdotettiin Kitinkodin esimiehelle ja tähän saatiin heti myöntävän vastaus sekä toimeksiantajan täysi tuki projektin totuttamiseksi. Ideapaperi valmisteltiin ja esitettiin syksyllä 2021 opettajille. Ideapaperin hyväksymisen jälkeen siirryttiin suunnitteluvaiheeseen.

Suunnitteluvaiheessa määritellään projektin laajuus, kattavuus sekä tarkemmat yksityiskohtaiset tavoitteet. Suunnitteluvaiheeseen kuuluu vaihtoehtoisten ratkaisujen selvittäminen, riskien ja ongelmakohtien tunnistaminen sekä aikataulun ja resurssien kriittinen tarkastelu. (Mäntyneva 2016, 19.) Suunnitteluvaiheessa laadittiin Lapin ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukainen tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelman tekoon vierähti enemmän aikaa, kun oli ajateltu. Valmis tutkimussuunnitelma toimi kuitenkin hyvänä pohjana varsinaisen opinnäytetyön raportin aloittamiselle. Suunnitelmaa kirjoittaessa tuli kerrattua hyvin viittaamista ja lähteiden käyttöä. Tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen siirryttiin toteutusvaiheeseen.

Toteutusvaiheessa edetään tutkimussuunnitelman mukaisesti. Toteutusvaiheessa tarkastellaan projektin etenemistä ja sen mahdollisia valmistumista haittaavia tekijöitä. Alkuperäiseen suunnitelmaan voidaan tehdä muutoksia vielä toteutusvaiheessa. Projektin lopputuotoksen saavuttamiseen liittyy aina riskejä ja muuttujia. (Mäntyneva 2016, 13, 19.) Toteutusvaihe oli tiivis paketti ja aikataulullisesti haastava. Toteutusvaiheen alussa kartoitettiin kyselyllä Kitinkodin saattohoidon osaamisen tarvetta ja sen kehittämismenetelmiä. Opinnäytetyötä kirjoitettiin aktiivisesti keväällä 2022 ja raakaversioita palautettiin WIHlin, josta ne palautuivat ohjaavan opettajan kommenttien kanssa. Projektin etenemistä seurattiin ja arvioitiin opinnäytetyön ohjaus tapaamisissa. Toteutusvaiheen loppupuolella tuotokset lähetettiin toimeksiantajalle esitestaukseen. Viimeistelyä vaille valmis opinnäytetyö palautettiin WIHlin huhtikuussa 2022 esitarkastukseen.

Tuotoksen ja loppuraportin valmistuessa tulee ajankohtaiseksi projektin päättäminen. Projektin päättämisen yhteydessä tehdään raportti, jossa arvioidaan projektin tuotosta sekä sen onnistumista. Projektin päättämisen vaiheessa

viimeistellään kaikki projektiin liittyvät aktiviteetit, jotta projekti voidaan virallisesti päättää. Valmistunut projekti luovutetaan vastaanottajalle. Projektin keskeinen onnistumiskriteeri on, että projektin toimeksiantaja hyväksyy projektin tuotoksen ja lopputuloksen. (Mäntyneva 2016, 17-20, 145.) Projekti päättyi opinnäytetyön valmistumiseen toukokuussa 2022. Opinnäytetyö esitettiin toukokuussa opinnäytetyön seminaarissa, jonka jälkeen valmistuneet tuotokset luovutettiin toimeksiantajalle.

Toimeksiantajan arvioinnin mukaan kehittämissuunnitelma vastasi sille asetettuja odotuksia ja saattohoito-oppaasta tuli käytännöllinen työkalu hoitotyön tueksi. Molemmat tuotokset ovat onnistuneita ja käyttökelpoisia sellaisenaan. Projektia voidaan siis pitää onnistuneena.

7.3 Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu

Aineistonkeruumenetelmää käytetään opinnäytetyön tutkimusaineiston keräämiseen. Keruumenetelmän valintaan vaikuttaa se, onko kyseessä laadullinen vai kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. (Kananen 2015, 81.) Aineistonkeruumenetelmät jaetaan sekundääri- ja primääriaineistoihin. Sekundääriaineisto tarkoittaa jo olemassa olevaa aineistoa, jota voidaan käyttää sellaisenaan. Sekundääriaineistoon lukeutuvat erilaiset dokumentit, kuten kirjat, tilastot ja olemassa olevat tutkimukset. Tutkimusongelmaa varten kerättyä aineistoa kutsutaan primääriaineistoksi. Primääriaineistoa voidaan kerätä havainnoinnin, haastattelujen ja kyselyjen avulla. (Kananen 2017, 83.)

Opinnäytetyössä on käytetty aineistonkeruumenetelmänä kyselyä. Aineistonkeruu opinnäytetyöhön tapahtui paperikyselyllä. Kysely kuuluu kvantitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmiin (Kananen 2017, 88). Kysely sisälsi laadullisia avoimia kysymyksiä ja strukturoituja määrällisiä kysymyksiä. Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa Kitinkodin saattohoidon osaamisen tarvetta ja sen kehittämismenetelmiä.

Kyselyssä käytettiin avoimia kysymyksiä ja strukturoituja kysymyksiä, joissa vastausvaihtoehdot olivat valmiina. Avoimet kysymykset mahdollistavat vastaajan omien mielipiteiden ja ajatusten esille tuomisen. Strukturoidut monivalintakysymykset tuottavat täsmällisiä vastauksia, joita on helppo vertailla. (Hirsjärvi,

Remes & Sajavaara 2016, 199–201.) Strukturoitujen kysymyksien käyttö edellyttää tutkijalta aihealueen tuntemista ja sen teorian hallintaa. Kysymysten asettelu vaikuttaa kerätyn tiedon määrään, laatuun ja syvyyteen. Kysymysten tulee olla yksiselitteisiä, eivätkä ne saa olla johdattelevia. (Valli 2018, 81.) Dikotomiset kysymykset eli kysymykset, joiden vastaukset jakavat kohteet kahtia kuten vastausvaihtoehdot kyllä tai ei, johtavat aina suppeaan aineistoon, jota on liki mahdotonta analysoida. Avoimet dikotomiset kysymykset tuottavat usein lyhyitä ja yksipuolisia vastauksia, minkä vuoksi ne soveltuvat huonosti laadulliseen tiedonkeruuseen. (Kananen 2017, 92–93.)

Kysely on tehokas tapa kerätä laajatutkimusaineisto halutulta kohdejoukolta. Huolellisesti suunniteltu ja toteutettu kysely säästää tutkijan aikaa ja vaivaa. (Hirsjärvi ym. 2016, 195.) Kyselylomakkeen etu on anonymiteetti eli vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Kyselyyn vastaaminen perustuu vapaaehtoisuuteen, jonka riskinä on tutkimusaineiston kato eli kyselyyn vastaamattomuus. Toteutunut otos arvioidaan suhteessa perusjoukkoon ja arvioidaan, onko toteutunut otos riittävä suhteessa tutkimusongelmaan. Tarvittaessa aineiston keräys voidaan uusia osittain tai kokonaan. (Vilkkä 2015, 94–100.)

Kyselylomaketta laadittaessa huomioitiin, että lomakkeen ulkonäkö oli moitteeton ja se näytti helposti täytettävältä. Kyselyä laatiessa huomioitiin myös ajalliset resurssit niin, että lomake oli täytettävissä lyhyessä ajassa, mutta sillä saatiin kerättyä haluttu informaatio. Kysymysten muoto aiheuttaa eniten virheitä tutkimustuloksiin ja vaarana on, ettei vastaaja ajattele samalla tavalla kuin tutkija on kysymyksen tarkoittanut (Valli 2018, 81). Kysymysten asettelussa kiinnitettiin huomiota siihen, että kysymykset olivat selkeitä ja lyhyitä, sekä niiden määrä ja järjestys oli harkittu. Kyselylomakkeelle päätyneet kysymykset valittiin olemassa olevaan teoriaan perustuen.

Kyselylomaketta valmisteltaessa on välttämätöntä testata lomakkeen toimivuutta ennen varsinaista tiedonkeruun toteuttamista, tätä kutsutaan esitestaamiseksi. Kysely hyväksytettiin opinnäytetyön ohjaavalla opettajalla, minkä jälkeen kysely lähetettiin Kitinkodin esimiehelle tarkasteltavaksi. Esimiehen hyväksynnän jälkeen lomakkeen ulkonäkö hiottiin kuntoon ja kysely toimitettiin Kitinkotiin saatekirjeen kanssa. Saatekirjeen tarkoitus on rohkaista vastaamaan kyselyyn sekä

kertoa kyselyn merkityksestä vastaajalle. Saatekirjeessä (Liite 1) kerrottiin tutkijan tiedot, kyselyn tarkoituksesta ja tavoitteista sekä vastausten käsittelystä hyvästä tutkimusetiikasta noudattaen, kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta ja anonymiteetistä. (Hirsjärvi ym. 2016, 204.)

Kysely (Liite 2) toteutettiin Kitinkodin henkilökunnalle paperilomakekyselynä maaliskuussa 2022. Kyselyn vastausaika oli rajattu kahteen viikkoon, viimeinen palautuspäivä oli mainittu saatekirjeessä. Kyselyyn vastasi seitsemän työntekijää. Toteutunut otos oli odotettua pienempi. Vastattujen kyselyjen määrä ei riittänyt toteutuneen otoksen arviointiin, vaan seuraava arvioinnin kohde on, millä tavalla kyselyyn on vastattu. Puutteellisesti vastatut kyselyt voidaan hyödyntää vain niiltä osin, kun niihin on vastattu asianmukaisesti. (Vilka 2015, 100–101.) Toteutuneella otoksella saatiin kerättyä riittävä aineisto saattohoidon kehittämissuunnitelmaa ja saattohoito-opasta varten, sillä kaikkiin kyselyihin oli vastattu asianmukaisesti ja niillä saatiin kerättyä riittävä aineisto suhteessa tutkimusongelmaan.

7.4 Aineistoanalyysinä teemoittelu

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoanalyysi tapahtuu samanaikaisesti aineistonkeruun kanssa. Aineiston kerääminen päättyy, kun aineistoa on niin paljon, että ongelma saadaan ratkaistua. Tätä kutsutaan aineiston saturoitumiseksi. (Kananen 2017,88.) Strukturoiduilla lomakkeilla kerätyn aineiston analyysi voidaan tehdä sen jälkeen, kun aineiston on kerätty ja järjestetty. Aineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2016, 223.)

Aloitin aineiston käsittelyn ja analysoinnin heti keruuvaiheen jälkeen. Aineistoanalyysin menetelmänä olen käyttänyt teemoittelua. Teemoittelun avulla voidaan poimia käytännöllisen tutkimusongelman kannalta olennaista tietoa. Analyyseistä muodostetut teemat perustuvat tutkijan tulkintoihin saaduista vastauksista. Monivalintakysymyksistä tarkasteltiin vastausten lukumääriä ja prosentteja, ja valittiin eniten vastauksia saaneet vaihtoehdot. Näistä vastauksista muodostuivat kehittämissuunnitelman ja saattohoito-oppaan teemat. Tutkimus ei ole valmis aineiston analyysin jälkeen, vaan tuloksia tulisi selvittää ja tulkita lukijalle. Tulokinnalla

tarkoitetaan sitä, että analyysin tuloksia pohditaan ja niistä tehdään omia johtopäätöksiä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 173; Hirsijärvi ym. 2016, 229).

Opinnäytetyön teemat ovat muodostuneet analyysin tuloksena. Aineistoa läpikäydessä havainnoin, mitkä seikat aineistoissa olivat keskeisiä ja nimesin näille yhteisiä nimittäjiä eli teemoja. Teemat on nimetty opinnäytetyön pää- ja alaotsikoissa. Olen kerännyt jokaisen teeman alle aineistosta nousseita asioita. (Eskola & Suoranta 2000, 176.)

8 TULOKSET

8.1 Teemoittelun tulokset

Henkilökunnalle tehdyn kyselyn perusteella keskeisiä teemoja ovat saattohoito, kivunhoito elämän loppuvaiheessa ja osaamisen kehittäminen. Aineistoanalyysin pohjalta nousseet johtopäätökset toimivat pohjana saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelman ja saattohoito-oppaan tekemiselle.

Kitinkodin henkilökunnan voimavaroja saattohoitotyössä ovat kuoleman ymmärtäminen luonnollisena tapahtumana, oma mutkaton suhtautuminen kuolemaan sekä työyhteisön tuki. Saattohoitotyön merkityksellisyyttä tukee ajatus siitä, että asukkaille voidaan turvata arvokas, kivuton ja itsensä näköinen elämänloppuvaihe. Hoitajat pitävät tärkeänä, että saattohoito on laadukasta ja sitä toteuttaa ammattitaitoinen, koulutettu henkilökunta. Ajoittaista turhautumista hoitajissa aiheuttaa se ettei saattohoitoa ole mahdollisuus toteuttaa niin kiireettömästi kuin he kokisivat sen olevan tarpeen.

8.2 Saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma

Saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelman (Liite 3) tavoitteena on kehittää henkilökunnan saattohoito-osaamista ja hoitotyön laatua Kitinkodissa. Kehittämissuunnitelman pohjana toimii elämän loppuvaiheen hoitoa koskevat lait ja suositukset sekä toimeksiantajan näkemykset siitä, miten saattohoidon osaamista ollaan valmiita kehittämään.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä sekä esimiehiä arvioimaan oman toiminnan laatua ja määrittelemään minkälaista hoidon tasoa on aiheellista tavoitella. Laatusuositus korostaa niitä asioita joihin yksikön toiminnassa on syytä kiinnittää erityistä huomiota ja mihin suuntaan toimintaa tulisi kehittää. (Saarto ym. 2022, 3.)

Esimies on avainasemassa puhuttaessa yksikön toiminnan laadusta ja kehittämisestä (Grönlund ym. 2008, 50). Esimies vastaa siitä, että yksikön osaaminen vastaa sille asetettuja säädöksiä ja osaamista kehitetään hoitosuosituksen ja muiden ammatillisten standardien mukaisesti (Laki sosiaalihuollon

ammattihenkilöistä 817/2005 1:1,5 §). Yksikön tilat ja luonne sekä toimintalinjat ohjaavat sitä, millaista saattohoitoa yksikössä on mahdollista toteuttaa. Hoitohenkilökunnan kanssa yhdessä sovitut linjaukset ovat tärkeitä, jotta henkilökunta pystyy vastaamaan asukkaiden ja omaisten toiveisiin. (Grönlund ym. 2008, 50–52.)

Alkuperäinen tavoite oli saada kehittämissuunnitelmasta yksinkertainen ja napakka, korkeintaan yksi A4-kokoinen sivu, joka pitää sisällään Kitinkodin yhteisen saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelman. Aineistonkeruun yhteydessä henkilöstölle osoitetussa kyselyssä ilmeni, että henkilökunta on hyvin motivoitunutta lisäkouluttautumiseen seuraavan kolmen vuoden aikana. Lopulta aineistanalyysin pohjalta syntyi kaksiosainen kehittämissuunnitelma, joka pitää sisällään myös työntekijälle suunnatun henkilökohtaisen osaamisen kehittämissuunnitelman (Liite 4).

Kehittämissuunnitelman teoreettisena taustana on käytetty olemassa olevaa teoriaa henkilöstöjohtamisesta ja henkilöstön osaamisen kehittämisestä. Esimies voi toiminnallaan ohjata yksilön kehittymistä, näyttää suuntaa osaamisen kehittämiselle sekä luoda käytännön mahdollisuuksia ja vahvistaa oppimismotivaatiota tarjoamalla esimerkiksi lisäkoulutusta. Yksilö on kuitenkin vastuussa omasta oppimisestaan, sillä uuden oppiminen edellyttää motivaatiota. (Kirjavainen, Laakso-Manninen, Manka & Troberg 2013, 33.)

Kitinkodin saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelmassa on esitetty omilla riveillään työnantajalle ja työntekijälle kuuluvat velvollisuudet ja tehtävät. Työnantajalle kuuluu uuden työntekijän perehdyttäminen, osaamisen kartoittaminen sekä tarvittavan lisä- ja täydennyskoulutuksen järjestäminen. Työntekijälle kuuluu työnantajan osoittamaan perehdytysmateriaaliin tutustuminen ja oman ammattitaidon ylläpidosta ja kehittämisestä vastaaminen (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2005 1:5 §). Kehittämissuunnitelmassa on myös otettu esille omina osioinaan jatkuva oppiminen, jota tapahtuu kokoajan sekä huomaamatta että tavoitteellisesti sekä hoitotyön laadun kehittäminen.

Työnantaja vastaa siitä, että uusi työntekijä saa työhönsä tarvittavan perehdytyksen (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2005 1:5 §; Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738 2:14 §). Saattohoidon kehittämissuunnitelman mukaan

työntekijän perehdytykseen kuuluu yksikön saattohoito-oppaaseen tutustuminen, Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suositukseen tutustuminen sekä saattohoitopassin suorittaminen.

Osaamiskartoitus on tapahtumasarja, jossa selvitetään työntekijän nykyinen osaaminen ja verrataan sitä siihen tavoitetasoon, jota työssä tavoitellaan. Osaamiskartoituksen pohjana toimii yleensä työntekijän itsearviointi omasta osaamisestaan. Itsearviointia pidetään luotettavana työkaluna, vaikka vaarana on oman osaamisen ali- tai yliarviointi. Tyypillisempää on yliarvioida oma tietämys ja osaaminen. Useimmiten osaamisenkartoitus esimiehen kanssa tapahtuu kehityskeskustelun avuin. Hyvä kehityskeskustelu tukee työntekijän työssäjaksamista ja motivoi työn tekemiseen. (Kirjavainen ym. 2013, 38.) Yhteisesti henkilöstön osaamista voidaan vahvistaa järjestämällä henkilöstökoulutuksia esimerkiksi luento-tyyppisinä koulutuspäivinä.

Työntekijän henkilökohtainen saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma on laadittu tarkistuslista tyyppiseksi ohjeistukseksi siitä, mitä asioita jokaisen työntekijän tulisi käydä läpi, jotta saattohoidon laatu vastaa kansallista laatusuositusta. Kehittämissuunnitelmassa on mahdollisuus myös avoimelle sanalle siitä, miten työntekijä haluaisi omaa osaamistaan kehittää. Työntekijällä on velvollisuus kehittää ja ylläpitää ammattitaitoaan, sekä oikeus osallistua ammattitaitonsa kehittämiseksi tarpeelliseen lisäkoulutukseen (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2005 1:5 §). Henkilökohtainen saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma voidaan liittää osaksi uuden työntekijän perehdytysuunnitelmaa.

Jatkuvaa oppimista pidetään työelämän tärkeimpänä taitona. Oppiminen ei ole sidottu tiettyyn aikaan, paikkaan tai tilanteeseen, vaan oppimista tapahtuu jatkuvasti, kaikkialla ja huomaamatta. Työn tekeminen on luonnollinen paikka oppimiselle, mutta työssä tapahtuva oppiminen ei useimmiten ole tavoitteellista. Mahdollisuus oman osaamisen systemaattiseen kehittämiseen tukee työntekijän työhyvinvointia ja työssä viihtyvyyttä. Osaava ja motivoitunut henkilökunta on organisaation keskeisin voimavara. (Kallonen & Kuhmonen 2021.)

Kehittämissuunnitelman mukaan perehdytetyllä työntekijällä on perehdytyksen jälkeen vankka teoreettinen pohja laadukkaan saattohoitotyön toteuttamiseksi. Käytännön ja kädentaitojen oppiminen tapahtuu työn ohessa. Uusien ja

kokoneiden työntekijöiden välillä siirtyy niin sanottua hiljaista tietoa, joka on karttunut kokemusten kautta. Tämä kokemusten kautta karttunut tieto syventää ja laajentaa osaamista sekä toimii tärkeänä työyhteisön voimavarana. (Kirjavainen ym. 2013, 35.)

Kitinkodissa henkilökunnalle on jaettu erityisvastuualueita osaamisen ja henkilökohtaisen kiinnostuksen mukaan. Saattohoidon osaamisen ja sen laadun kehittämiseksi yksikköön voitaisiin jatkossa nimetä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vastuuhenkilö. Vastuuhenkilön asiantuntijuusalueeseen voisi kuulua esimerkiksi henkilökunnan osaamisen vahvistaminen järjestämällä esimerkiksi koulutuspäiviä.

Kehittämissuunnitelma on esitettävä ennen sen käyttöönottoa, jotta siitä on saatu hiottua tarkoituksenmukainen ja hyödyllinen. Valmiit kehittämissuunnitelmat ovat toimeksiantajan palautteen perusteella tarkoituksenmukaisia ja tulevat käyttöön sellaisenaan.

8.3 Saattohoito-opas Kitinkodin henkilökunnalle

Saattohoito-oppaan (Liite 5) tekemisessä on noudatettu hyvän oppaan kirjoituskriteereitä. Oppaan kielessä ja kokoamisessa on huomioitu, että kohderyhmänä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Käytetty kieli on helposti ymmärrettävää, sisällöltään kattavaa ja kannustaa toimimaan annettujen ohjeiden mukaan. (Hyvärinen 2005.) Oppaaseen valitut teemat ovat nousseet aineistoanalyysin pohjalta ja ne ovat järjestetty loogiseen aihejärjestykseen. Oppaan ulkonäössä on huomioitu Kitinkannuksen tunnusvärit, oranssi ja vihreä.

Saattohoito-oppaasta tuli A5-kokoinen paperinen opas. Oppaan käytännönläheisyyttä tukemaan tulostettiin ja päällystettiin kontaktimuovilla Puhetta elämästä -kortit. Oppaan mukana tulevat myös Suomen haavanhoitoyhdistyksen paperiset avoimen haavan ja painehaavojen helpperit sekä Orionilta VAS -kipujana. Oppaan viimeiselle sivulle on koottu QR-koodeja, joiden avulla päästään esimerkiksi suoraan ajankohtaiseen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatusuositukseen ja Käypä hoito -ohjeisiin. Saattohoito-oppaan digitaalinen versio luovutetaan toimeksiantajan käyttöön, jotta opasta voidaan päivittää ajantasaisten laatusuositusten mukaiseksi.

Oppaan sisältö koostuu näyttöön perustuvasta teoriasta, sekä vinkkilaatikoista ja kuvista. Useiden teemojen alle on koottu erillisiin laatikoihin ohjeita, kuinka saattohoidossa olevaa asukasta voidaan tukea eri toiminnoissa. Oppaassa on painotettu erityisesti saattohoidossa olevien kipua ja kivunhoitoa, sillä aineistoanalyysin perusteella se nousi isoimmaksi osa-alueeksi, jossa henkilökunta koki olevan puutteita.

Saattohoito-opas on esitettävä ennen sen käyttöönottoa, jotta se palvelee tarkoitusta. Toimeksiantajalle luovutettava saattohoito-opas on tarkoituksenmukainen ja hyödyllinen apuväline saattohoitotyön tueksi. Opas tulee käyttöön sellaisenaan.

9 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön eettisyys perustuu hyvään tieteelliseen käytäntöön, joka pitää sisällään rehellisyyden, tarkkuuden ja luotettavuuden. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkimuksessa käytetään tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä. Eettisyys koskee myös tutkimuksen aihevalintaa ja tutkimuksen laatua. Opinnäytetyön tarkoitus sisältää aihevalinnan perusteet. Tutkimussuunnitelmaa laadittaessa huomioitiin, että se on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi on tehty perusteellisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127; Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012; Kananen 2017, 189.)

Opinnäytetyötä tehtäessä huomioitiin toimeksiantajan kunnioittaminen. Toimeksiantajan kanssa kirjoitettiin opinnäytetyösopimus ja tutkimuslupa. Osapuolten asemat, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet huomioitiin ennen laadullisen tiedonkeruun aloittamista. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012; Kananen 2017, 191.)

Laadullinen aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella. Huolellisesti suunniteltu kysely on tehokas tiedonkeruun menetelmä. Kysymysten tarkalla suunnittelulla ja lomakkeen laadinnalla pyrittiin tehostamaan täsmällisen tiedonkeruun onnistumista. Henkilöstölle suunnatun kyselyn yhteyteen liitettiin saatekirje. Saatekirjeessä kerrottiin tutkijan tiedot, kyselyn tarkoitus ja tavoitteet, kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta, aineiston käsittelystä ja anonymiteetistä. Aineistonkeruu tapahtui paperilomakkeilla, joista vastaajaa ei voitu tunnistaa. Aineistoanalyysiä tehdessä huomioitiin, että esitetyt tulokset eli kehittämissuunnitelman ja saattohoito-oppaan teemat pohjautuivat kyselyssä saatuihin vastauksiin ja ovat totuudenmukaisia. Luotettavuutta tukee se, että kohderyhmä eli vastaajat eivät olleet sattuman varaisesti valittuja. Haasteita kyselytulosten luotettavuuden arviointiin tuo se, ettei tiedetä kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet heille osoitettuun kyselyyn ja ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymyksen niin kuin tutkija on sen tarkoittanut, kuinka paljon vastaajilla on ollut aikaa vastata kyselyyn sekä kyselyyn vastaamattomuus. Vastattuja kyselyjä oli yhteensä seitsemän.

(Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012; Hirsjärvi ym. 2016, 195–204.)

Tutkimusta tehdessä tarvitaan aina tieteenalan teorialuntemusta sekä muiden tutkijoiden tutkimustuloksia. Ilman asianmukaisia viittauksia ja lähdemerkintöjä tutkija syyllistyy plagiointiin. (Kananen 2017, 190–191.) Eri lähteitä käytettäessä kiinnitettiin huomiota asianmukaisiin viittauksiin ja lähdemerkintöihin. Näin on osoitettu muiden tutkijoiden tuotosten kunnioittamista ja annettu niille kuuluva arvo.

Luotettavuuden vahvistamiseksi opinnäytetyössä on käytetty monipuolisesti tuoreinta tutkimustietoa ja ajantasaisia lähteitä. Aineiston valinnassa on käytetty lähdekriittisyyttä ja näyttöön perustuvaa tietoa. Näyttöön perustuvan tiedon velvoite perustuu terveydenhuollon ammattihenkilöstöä sitovaan lainsäädäntöön ja eettisiin ohjeisiin. Aineisto pitää sisällään sekä kansallisia että kansainvälisiä lähteitä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012; Hotus 2022.)

Luotettavuutta on parannettu myös henkilöstölle suunnatun kyselyn ja kehittämissuunnitelman sekä saattohoito-oppaan esitestaamisella. Esitestaamisen tarkoituksena on arvioida tuotosta kriittisesti, jotta siitä saadaan tarkoituksenmukainen ja hyödyllinen (Vilka 2015, 105).

10 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää henkilöstön saattohoidon osaamista ja hoitotyön laatua Kitinkodissa. Opinnäytetyön aihe nousi työelämälähtöisestä tarpeesta ja tekijän kiinnostuksesta saattohoitoa kohtaan. Kiinnostava aihe, aiheen yhteiskunnallinen merkitys ja ajankohtaisuus teki opinnäytetyön tekemisestä mielekästä. Näyttöön perustuvaa tietoa ja laadukkaita lähteitä oli hyvin käytettävissä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi uusimman palliatiivista ja saattohoitoa koskevan laatusuosituksen (2022) opinnäytetyön viimeistelyvaiheessa huhtikuussa 2022. Aikataulullisesti laatusuosituksen julkaisu toi haasteita, mutta työssä haluttiin käyttää tuoreinta, laadukkainta ja näyttöön perustuvaa tietoa, joten suositukseen perehdyttiin tarkasti ja sitä käytettiin yhtenä lähteenä opinnäytetyön luotettavuuden vahvistamiseksi.

Opinnäytetyön aihe on merkityksellinen, sillä kolmasosa Suomessa vuosittain kuolevista ihmisistä tarvitsee saattohoitoa ja jokaisella on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaudenhoitoon. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen laatusuosituksessa (2022) sekä Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön suosituksessa (2019) palliatiivisen hoidon laadusta korostetaan ammattihenkilöstön osaamisen tarpeellisuutta laadukkaaseen hoidon toteutumiseksi. Laatusuositukset toimivat yhtenä tärkeimmistä lähteistä kehittämissuunnitelman laatimisessa. Laatusuositukset antoivat pohjaa sille, millaista osaamisentasoa tulisi tavoitella yksikössä, jossa toteutetaan palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa.

Henkilöstön osaamisen kartoittamisessa käytettiin kyselyä, jonka tavoitteena oli selvittää, millaista saattohoidon osaamista henkilökunnan näkökulmasta Kitinkodissa tarvitaan ja millaisin menetelmin osaamista voidaan kehittää. Kyselylomakkeelle päätyneet kysymykset valittiin olemassa olevaan teoriaan perustuen. Tässä vaiheessa aihetta jouduttiin vielä rajaamaan täsmennetyksi oirehoitoon ja henkilökunnan tukemiseen saattohoitotyössä. Aiherajauksen ulkopuolelle jäivät esimerkiksi erilaiset hoitoympäristöt (esimerkiksi fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, symbolinen), uskonnot ja kulttuurit, vainajan laittaminen ja toimintaohjeet asukkaan kuollessa. Tässä aiherajauksessa helpotti se, että Kitinkodista löytyy jo olemassa oleva ohjeistus vainajan laittoon ja toimintaohjeet asukkaan kuollessa. Kyselyyn suorittamisen jälkeen tehtiin aineistoanalyysi teemoittelua

käyttäen. Kehittämissuunnitelman ja saattohoito-oppaan teemat muodostuivat aiheistoanalyysin tuloksena.

Ennen kyselylomakkeen laatimista perehdyttiin laajasti palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kansallisia ja kansainvälisiä lähteitä käyttäen. Selvitettiin, mitä on hoitotyön laatu ja laatuksiteerit, millaista osaamista hoitohenkilökunnalla tulee olla, jotta voidaan tarjota laadukasta ja parasta mahdollista elämän loppuvaiheen hoitoa, mitä on osaamisen kehittäminen ja miten osaamista kehitetään, ja millaisia ominaisuuksia hyvältä oppaalta vaaditaan. Tietoa haettiin erilaista lisä-, täydennys- ja erikoistumiskoulutuksista koskien palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Raportissa tuotiin esille eri tasoisia koulutuksia yksikön osaamisen kehittämiseksi.

Organisaatiotasolla laadukkaan saattohoidon toteuttaminen vaatii työnantajalta resursseja sekä henkilökunnalta riittävästi palliatiivisen hoidon asiantuntemusta. Kitinkodissa fyysisesti tapahtuva lääkärintkierto on muutaman kerran vuodessa, muuten viikoittainen lääkärintkierto tapahtuu puhelimitse. Tällaisissa yksiköissä, joissa lääkäri on harvoin fyysisesti paikalla, hoitohenkilökunnan palliatiivisen hoidon asiantuntemus korostuu. Ensiarvoisen tärkeää on, että hoitohenkilökunta tunnistaa palliatiivisen hoidon tarpeen ajoissa sekä kykenee vastaamaan muuttuviin hoidon tarpeisiin ennakoivan hoitosuunnitelman mukaisesti. Haasteita laadukkaan saattohoidon toteuttamiseen tuo se, että kaikki eivät välttämättä ole saaneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutusta tai siitä on pitkä aika. Kehittämissuunnitelmassa on esitetty vähimmäisvaatimus, mitä kaikkien työntekijöiden tulisi käydä läpi saadakseen tarpeeksi laajan tietoperustan laadukkaan saattohoidon toteuttamiseksi. Saattohoito-opasta suunniteltaessa on pyritty siihen, että siinä kerrottu tieto on käytännönläheistä ja helposti ymmärrettävää.

Henkilöstölle osoitetun kyselyn vastausten perusteella ilmennyt koulutus- ja kehittämismyönteisyys yllätti positiivisesti. Kysely osoitti sen, että Kitinkodissa on henkilöstölähtöistä halua ja innokkuutta saattohoidon osaamisen kehittämiseksi. Suurimman kannatuksen saivat yksikköön järjestettävä luentotyypinen koulutuspäivä ja THL:n saattohoitopassi. Kiinnostusta oli myös YAMK-tasoiseen erikoistumiskoulutukseen. Saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma ohjaa esimiestä ja henkilöstöä jatkossa osaamisen kehittämiseen. Tässä vaiheessa

kuitenkin esimiehen vastuulle jää henkilöstön todellisen osaamisen tarpeen tunnistaminen ja selvittäminen sekä tarvittavan lisäkoulutuksen järjestäminen. Jatkossa mahdollinen palliatiivisen ja saattohoidon vastuuhenkilö voisi olla se, joka etsii ja järjestää lisäkoulutusta muulle henkilöstölle.

Opinnäytetyön työstäminen on ollut ajoittain haastava, mutta sitäkin opettavampi kokemus. Projektin aikana opittiin uutta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, tutkimusmenetelmistä, lähdekriittisyydestä ja tiedonhausta. Opinnäytetyön tekeminen on toiminut ammatillisen kasvun mahdollistajana ja tukenut saattohoidon asiantuntijuuden kehittymistä.

Tutkimussuunnitelman työstäminen aloitettiin syksyllä 2021. Tutkimussuunnitelman työstämiseen meni useampi kuukausi, mutta hyvin tehty suunnitelma vauhditti varsinaisen opinnäytetyön tekemistä. Opinnäytetyön aktiivinen tekeminen ajoittui keväälle 2022. Suunniteltu aikataulu oli tiukka, mutta realistinen. Suurimaksi haasteeksi osoittautui kokoaikaisen työn ja suuntaavien opintojen tekeminen samanaikaisesti opinnäytetyön kanssa sekä se, että opinnäytetyö tehtiin yksin. Välillä projektin eri vaiheissa on kaivattu aiheeseen perehtynyttä paria aiheiden rajaamiseen, eri näkökulmien etsimiseen ja eteenpäin potkimiseen. Opinnäytetyö ei olisi valmistunut ilman toimeksiantajan, esimiehen, läheisten ja ohjaavan opettajan tukea. Ohjaava opettaja on ollut koko projektin ajan kannustava ja yhteistyö hänen kanssaan on ollut joustavaa. Ohjaavan opettajan innostus ja kiinnostus opinnäytetyön aiheesta on auttanut niinä hetkinä, kun opinnäytetyöstä selviytyminen on tuntunut mahdottomalta.

Kaiken kaikkiaan projekti on edennyt suunnitellussa aikataulussa ja valmiit tuotokset vastasivat toimeksiantajan odotuksia ja niitä pystytään hyödyntämään sellaisenaan. Toimeksiantaja on pyytänyt lupaa käyttää tuotoksia myös organisaation toisessa yksikössä. Se että tuotokset ovat hyödynnettävissä myös muissa yksiköissä, tuntuu onnistuneen projektin merkiltä. Onnistunut lopputulos tuntuu palkitsevalta ja motivoi kehittämään lisää omaa osaamista sekä asettamaan uusia tavoitteita asiantuntijuuden kehittämiseksi.

Jatkotutkimusta voisi tehdä saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelman käyttöönotosta ja sen toimivuudesta käytännössä. Aineistoanalyysin perusteella

muita jatkotutkimusaiheita voisivat olla hoitovastaisen ja aggressiivisen asukkaan saattohoito sekä saattohoito-opas Kitinkodin asukkaiden omaisille.

LÄHTEET

Ahlblad, J. 2019. Miten kohdata kuolema. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Airola, K. Kutina. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 19.2.2020. Viitattu 14.4.2022
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00248>.

Campusonline 2022. Suomen ammattikorkeakoulujen yhteinen digitaalinen opintotarjontaportaali. Viitattu 10.4.2022
<https://campusonline.fi/>.

Antikainen, R. 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.

Chen, L., Li, H., Lin, R., Zheng, J-H., Wei, Y-P., Li, J., Chen, P. & Chen, H. 2016. Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. *Journal of Clinical Nursing*. Mar2016; 25 (5-6): 699-707. Viitattu 4.4.2022
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13013>.

Cherny, N. 2021. Palliative sedation. Viitattu 14.4.2022
<https://www.uptodate.com/contents/palliative-sedation>.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hawker, G., Miam, S., Kendzerska, T. & French, M. 2011. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 11:2011. Viitattu 19.4.2022
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/acr.20543>.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Jyväskylä: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hotus (Hoitotyön tutkimussäätiö) 2022. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 3.3.2022
<https://www.hotus.fi/>.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Viitattu 10.4.2022
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95167&p_haku=toimiva potilasohje](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo95167&p_haku=toimiva_potilasohje).

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 10.1.2022
https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

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

Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio - viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 123(18). 2207-2213. Viitattu 14.4.2022
<https://www.duodecimlehti.fi/duo96746>.

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheissa. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 129(4). 433-439. Viitattu 10.2.2022
<https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>.

Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. Sic! 4/2015. Viitattu 2.3.2022
https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu.

Hänninen, J. 2021. Saattajana. Ennakoiva saattohoito-opas omaishoitajan tueksi. Joensuu: PunaMusta Oy.

Hökkä, M. & Lehto, J. 2021. Koulutusta kehittämällä parampaa palliatiivista hoitoa 2021. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu. Jukaisusarja B. Viitattu: 12.12.2021
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/505019/EduPal%20-%20koulutusta%20kehitt%c3%a4m%c3%a4ll%c3%a4ll%c3%a4%20parempaa%20palliatiivista%20hoitoa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Isoherranen, K. 2015. Palliatiivinen hoito. Haavat. Helsinki: Duodecim.

Jalava, U. & Keinonen, K. 2008. Projektin suunnittelu: Tie tuloksiin. Turku: Heimo-Koru Oy.

Juutilainen, V. & Hietanen, J. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kallonen, T. & Kuhmonen, A. 2021. Jatkuva oppiminen – työelämän tärkein taito. Helsinki: Kauppakamari.

Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. 4., uudistettu painos. Keuruu: Duodecim.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kitinkannus 2022. Kitinkodissa asuminen. Viitattu 4.5.2022
<https://www.kitinkannus.fi/kitinkodissa-asuminen.html>.

Korhonen, T. 2005. Onnistuuko oireiden hoito suun kautta otettavien lääkkein? Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 121(2). 217-221. Viitattu 14.4.2022
<https://www.duodecimlehti.fi/duo94748>.

Kpedu 2022. Saattohoito-koulutus. Viitattu 10.4.2022
[https://www.kpedu.fi/hakijalle/koulutustarjonta/koulutus/saattohoito--koulutus_\(a96619\)](https://www.kpedu.fi/hakijalle/koulutustarjonta/koulutus/saattohoito--koulutus_(a96619)).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 20.1.2022
<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2005. Viitattu 18.1.2022
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150817>.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Viitattu 20.1.2022
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.

Lumio, J. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 20.11.2019. Viitattu 14.4.2022
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313>.

Mäkelin, H. 2018. Kuolema. Kaikki mitä olet aina halunnut tietää. Helsinki: Kustantamo S&S.

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti. Helsinki: Helsingin Kamari Oy.

Olkkola, K., Kiviluoma, K., Saari, T., Tallgren, M., Uusaro, A. & Yli-Hankala, A. 2021. Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito. 4., painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.9.2021
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.

Pesonen H-M, Kesänen, J. & Hölkkä, M. 2020. Palliativisen hoidon kehittäminen edellyttää ammattihenkilöiden osaamisen varmistamista. Tutkiva Hoitotyö 18(4), 36–38.

Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 136(13). 1605-1613. Viitattu 1.4.2022
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15685>.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliativinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 135(6). 535-541. Viitattu 15.5.2022
<https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Viitattu 10.4.2022
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Tampere: Suomen yliopistopaino-Juvenes Print Oy.

Scottish Palliative Care Guidelines - Mouth Care 2022. Viitattu 4.4.2022
<https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/mouth-care.aspx>.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 2.3.2022
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301?msclkid=c270529ed0fe11ec8bfb4e7b571fd6f0>

Strickland, M. & Stovsky, E. 2015. Fever Near the End-of-Life. Viitattu 14.4.2022
<https://www.mypcnow.org/fast-fact/fever-near-the-end-of-life/>.

Styrman, T. & Tornainen, M. 2018. Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Ammatillinen hoitokohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sunikka, T., Kaakinen, P., Kesänen, J., Leinonen, R., Mikkonen, H., Muurinen, K., Niemelä, E., Suikkala, A., Tuomi, S., Öhberg, I., Ylinen, E-R. & Sulosaari Virpi. 2021. Koulutusta kehittämällä parampaa palliatiivista hoitoa 2021. Kaajaani: Ka-jaanin ammattikorkeakoulu. Jukaisusarja B. Viitattu: 12.12.2021
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/505019/EduPal%20-%20koulutusta%20kehitt%c3%a4m%c3%a4ll%c3%a4%20parempaa%20palliatiivista%20hoitoa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto (SuPer) 2022. Ammatillinen koulutus. Saattohoitokoulutus. Viitattu 8.4.2022
<https://ao229.superliitto.fi/toiminta/ajankohtaista-1/saattohoitokoulutus-31.3-1.4.2022/>.

Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti 2019. Verkkojulkaisu. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Viitattu 20.9.2021

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

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

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärilehti 2019, 74 (9), 540-544.

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

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010. Viitattu 2.3.2022
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveyskylä 2021. Palliatiivinen talo. Puhetta elämästä – kortit. Viitattu 15.4.2022
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/pohdi-ja-testaa/puhetta-el%C3%A4m%C3%A4st%C3%A4-kortit>.

THL 2018. Palliative Care for Older People in care and nursing homes in Europe (PACE). Viitattu 10.11.2021
https://thl.fi/documents/10531/2018104/PACE_eng.pdf/874ef4dc-7f8c-47d0-a5ad-9cab8d76e9bb.

THL 2021a. Ikääntyminen. Elämän loppuvaiheen hoito. Lait ja suositukset. Viitattu 28.2.2022
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>.

THL 2021b. Ikääntyminen. Saattohoitopassi-verkkokurssi. Viitattu 22.12.2021
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoidon-kehittaminen-tutkimus-ja-koulutus/saattohoitopassi-verkkokurssi>.

THL 2018. Palliative Care for Older People in care and nursing homes in Europe (PACE). Viitattu 10.11.2021
https://thl.fi/documents/10531/2018104/PACE_eng.pdf/874ef4dc-7f8c-47d0-a5ad-9cab8d76e9bb.

Tilastokeskus 2021. Kuolinsyyt. Viitattu 22.3.2022
https://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_tau_001_fi.html.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Viitattu 28.3.2022
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

Valli, R. 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Aineistonkeruu kyselylomakkeella. 5., painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., painos. Juva: Bookwell Oy.

WHO 2019. Palliative Care. Viitattu 4.1.2022
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3).

WHO 2022. Palliative Care. Viitattu 10.3.2022
<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Kysely
- Liite 3. Kitinkodin saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma
- Liite 4. Henkilökohtainen saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma
- Liite 5. Saattohoito-opas

Liite 1

Hei,

Olen valmistuva sairaanhoitajaopiskelija Lapin ammattikorkeakoulusta. Opintoihini sisältyy 15 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö. Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Kitinkannuksen kanssa.

Opinnäytetyöni *Saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma Kitinkodin henkilöstölle* sisältää laadullisen tiedonkeruun osion. Laadullista tiedonkeruun menetelmää käytetään henkilöstön osaamisen kartoittamiseen ja kehittämistarpeiden selvittämiseen. Ohessa olevalla kyselyllä kartoitetaan, millaista saattohoidon osaamista Kitinkodissa on ja millaisin menetelmin sitä voitaisiin kehittää.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää henkilöstön saattohoito-osaamista ja hoitotyön laatua Kitinkodissa. Tutkimustulosten pohjalta työestetään kohdennettu osaamisen vaatimuksia vastaava kehittämissuunnitelma laadukkaan ja tasa-arvoisen saattohoidon toteutumisen edistämiseksi.

Kerättyä aineistoa käsitellään ja tulokset esitetään hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen. Henkilöstölle osoitettuun kyselyyn osallistuminen on **vapaaehtoista**, aineistoa käytetään siten, ettei yksittäisen henkilön vastauksia voida tunnistaa.

Täytetyn lomakkeen voitte jättää ohessa olevan kirjekuoreen **24.3.2022 mennessä**.

Kiittäen, Vilma Rinne



Liite 2 1(2)

SAATTOHOITO JA SAATTOHOIDON OSAAMINEN

Millaista on hyvä saattohoito?

KIVUN HOITO

Millä tavoin arvioit kipua?

Kivun hoidon arvioinnin menetelmistä tuttuja ovat

- VAS-kipujana
- NRS
- PAINAD-mittari
- FPS (kasvoasteikko)

Koetko epävarmuutta opioidien käytössä saattohoidossa?

- Kyllä
- En

Jos vastasit edelliseen KYLLÄ, mihin epävarmuus liittyy

- Kivun arviointiin
- Lääkevasteen arviointiin
- Kuinka usein voin lääkitä asukasta
- Kuinka paljon voin lääkitä asukasta
- Haittavaikutuksiin
- Muuhun, mihin?

Millaisia lääkkeettömiä kivun hoidon menetelmiä olet käyttänyt?

Liite 2 2(2)

OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Haluaisin saada lisätietoa saattohoidossa olevan henkilön

- Iho-oireista ja ihon hoidosta
- Hengitysteiden hoidosta
- Ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireista ja hoidosta
- Kivusta ja kivunhoitomenetelmistä
- Psykososiaalisesta tuesta
- Vuorovaikutuksesta
- Omaisten kohtaamisesta

Mistä muusta haluaisit oppia lisää, jos sitä ei tässä kyselyssä mainittu?

Millaisin menetelmin haluaisit kehittää omaa osaamistasi?

*Yksi opintopiste vastaa noin 27 tunnin työmäärää.

- Luentotyyppisesti (esim. koulutuspäivä)
- Verkkokurssi (esim. THL saattohoitopassi 1op)
- Avoin AMK verkko-opinnot (5op)
- YAMK (Palliativisen hoidon asiantuntija – erikoistumiskoulutus 30op)
- Muulla tavoin:

TYÖNANTAJAN TUKI

Missä ajassa haluaisit lisäkouluttautua?

- seuraavan puolen vuoden aikana
- seuraavan vuoden aikana
- seuraavan kolmen vuoden aikana
- seuraavan viiden vuoden aikana

Olisin valmis lisäkouluttautumaan

- omalla ajalla
- omalla ajalla ja työajalla
- vain työajalla

Mikä auttaa jaksamaan saattohoitotyössä?

Sydämellinen kiitos, että vastasit!

Liite 3

SAATTOHOIDON OSAAMISEN KEHITTÄMISSUUNNITELMA



Liite 4

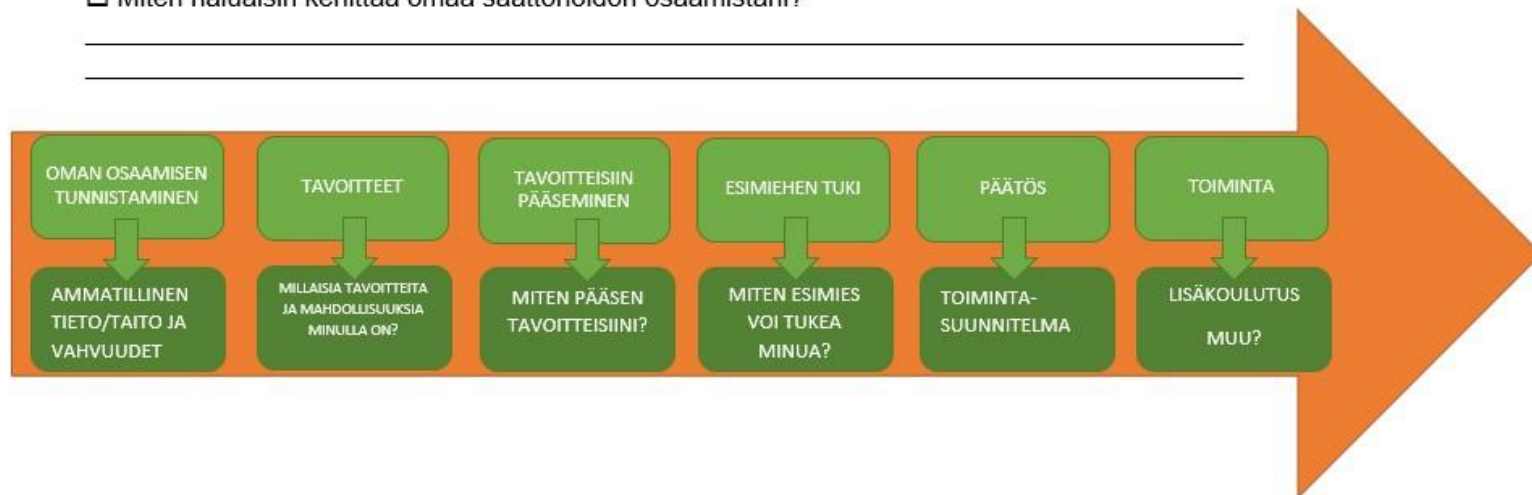
HENKILÖKOHTAINEN SAATTOHOIDON OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Jokaisella työntekijällä, joka saattohoitoa toteuttaa, tulee olla riittävä asiantuntemus ja perusosaaminen laadukkaan saattohoidon toteutumiseksi. Saattohoidon osaamisen varmistamiseksi Kitinkotiin on laadittu yhteinen saattohoidon osaamisen kehittämissuunnitelma, sekä jokaiselle työntekijälle henkilökohtainen osaamisen kehittämissuunnitelma.

Nimi:

On käynyt käynyt läpi/suorittanut:

- Yksikön saattohoito-opas
- Käypä hoito -suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito
- THL: Saattohoitopassi
- Miten haluaisin kehittää omaa saattohoidon osaamistani?



TAKAKANSI

*"Sain nähdä, kuinka järvi hohtaa purppuraa,
ja päivä hiljaa painuu jo taivaanrannan taa.
Niin lähellä on alku ja matkan määränpää,
vain tuuli ylle vetten hiljaa soimaan jää."*

ETUKANSI

SAATTAJANA

SAATTOHOITO-OPAS
KITINKODIN HENKILÖKUNNALLE



Liite 5 2(16)

Lukijalle

Tämän käytännönläheisen saattohoito-oppaan tarkoituksena on tukea Kitinkodin henkilökuntaa saattohoitotyössä sekä toimia saattohoidon perehdytysoppaana uusille työntekijöille ja opiskelijoille.

Opas pitää sisällään tärkeimmät saattohoitoa koskevat päätökset sekä tietoa tavallisimmista oireista, oirehoidosta ja kivunhoidosta saattohoidon aikana.

Oppaan lähteinä on käytetty näyttöön perustuvaa tietoa ja ajankohtaisia hoitosuosituksia.

Opas on tuotettu Lapin ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä.

Tekijä

Vilma Rinne
Kevät 2022

Sisällys

LUKIJALLE.....	2
SAATTOHOITOA KOSKEVAT PÄÄTÖKSET.....	3
RAVITSEMUS JA NESTEHOITO.....	4
SUUN JA LIMAKALVOJEN HOITO	5
HENGITYSOIREIDEN HOITO	5
IHON HOITO JA TURVOTUKSET	6
ERITTÄMINEN	7
PAHOINVOINTI.....	7
VÄSYMYS	7
DELIRIUM	7
OIREENMUKAINEN HOITO	8
KIVUNHOITO.....	9
EKSISTENTIAALINEN KÄRSIMYS.....	12
HENGELLISET TARPEET	12
KUOLEMAA ENNAKOIVIA MUUTOKSIA	13
OMAISTEN TUKEMINEN	14
HENKILÖKUNNAN JAKSAMINEN	15

Liite 5 3(16)

Saattohoitoa koskevat päätökset

Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe ja se ajoittuu lähelle kuoleman todennäköistä ajankohtaa. Saattohoidon tavoitteena on asukkaän ja hänen omaistensa paras mahdollinen hoito. Saattohoidon tarkoituksena ei ole jouduttaa eikä pitkittää kuoleman ajankohtaa. Saattohoito pitää sisällään myös kuolevan läheisten huomioimisen ja tukemisen.

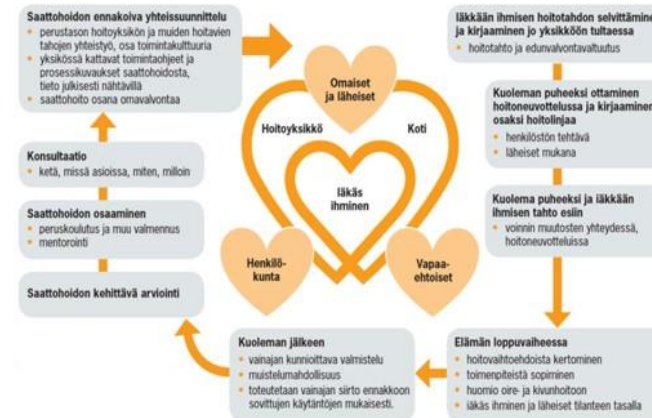


Saattohoitopäätös on lääketieteeseen perustuva hoitopäätös, joka pitää sisällään elvyttämättäjäätämispäätöksen (DNR-päätös). Saattohoitoon siirryttäessä lääkäri tekee saattohoitopäätöksen yhdessä asukkaän ja hänen omaistensa kanssa. Viime kädessä lääkäri päättää hoidosta asukkaän parasta korostaen ja omaisia kuunnellen. Saattohoitopäätös kirjataan potilasasiakirjoihin ja asukkaalle tehdään ennakoiva hoitosuunnitelma.

Hoidon rajauksella tarkoitetaan lääkärin suorittamaa lääketieteellistä arviota siitä, millaisista tutkimuksista ja hoidoista henkilölle on hyötyä ja millaisista koituisi enemmän rasitusta ja haittaa kuin hyötyä. Lääketieteellisesti perusteetonta hoitoa ei tule antaa. Edellytyksenä hoidon rajaamiselle on aina hoitolinjan kokonaistilanteen arvio. Jokaisella on myös oikeus kieltäytyä tarjotuista tutkimuksista ja hoidoista.

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat ja säätelevät kansalliset ja kansainväliset lait, sopimukset ja suositukset. Niiden perustana ovat perusoikeudet, itsemääräämisoikeus sekä yksilön kokemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen.

Saattohoidon tarpeen tunnistaminen riittävän varhain vähentää inhimillistä kärsimystä ja mahdollistaa arvokkaan kuoleman. Tiedossa oleva lähestyvä kuolema mahdollistaa asukkaalle ja hänen läheisilleen tarvittavan avun ja tuen järjestämisen. Jäljellä oleva aika mahdollistaa tarvittavien asioiden järjestämisen sekä jäähyväisten jättämisen.



Hyvän saattohoidon muistilista (Vanhustyön keskusliitto)

*”Jonakin päivänä olen puu,
ja tuuli laulaa oksissani
ja aurinko tanssii lehdilläni
ja olen vahva ja kaunis
kaikkina vuodenaikoina.*

*Sillä elämä ei mene taaksepäin
eikä viivy mennessä päivässä.”*

Kahlil Gibran

Ravitseminen ja nestehoito

Lähestyvään kuolemaan liittyy ruokahaluttomuus, joka johtuu pääsääntöisesti perussairaudesta. Asukas ei siis kuole siksi ettei syö, vaan ei syö koska on kuolemassa. Elimistön kuivuminen on luonnollinen seuraus kuoleman lähestyessä.

Saattohoitovaiheessa ravitsemushoito tapahtuu ensisijaisesti suun kautta. Nielemisvaikeus on varsin tyypillinen oire elämän loppuvaiheessa. Heikentynyt nielemisrefleksi altistaa aspiraatiolle, joka aiheuttaa usein keuhkokuumeen. Aspiraatoriskin vuoksi, tajunnantason lasku sekä nielemisen vaikeutuminen ovat vasta-aiheita suun kautta tapahtuvalle ravitsemukselle.

Saattohoitovaiheessa ei pääasiallisesti ole tarvetta parenteraaliselle ravitsemukselle tai suonensisäiselle nesteytykselle, sillä neste- ja ravitsemushoidolla ei juurikaan voida vaikuttaa asukkaan elinajanennusteeseen. Liiallinen nesteytyys voi lisätä turvotuksia, sekä askites- ja pleuranesteilyä. Lisäksi laskimokanyylit ja niihin liittyvät komplikaatiot aiheuttavat tarpeetonta kärsimystä.

RAVITSEMUKSEN TUEKSI

- o Tarjotaan mieleisiä ruokia ruokarajoituksista välittämättä
- o Viileät syötävät voivat maistua paremmin
- o Tarjotaan pieniä annoksia
- o Tarjotaan ja avustetaan ruokailussa niin kauan kun asukas pystyy syömään ja syöminen on turvallista
- o Nielemistä voidaan helpottaa juomien sakeuttamisella
- o Juotetaan tavallisesta mukista, Ei käytetä nokkamukia aspiraatoriskin välttämiseksi

Liite 5 5(16)

Suun ja limakalvojen hoito

Saattohoidossa olevat ovat erityisen alttiita suun alueen ongelmille. Suun kuivuus ja syljen puute altistaa hampaat kariekselle sekä suun limakalvot tulehduksille ja sieni-infektioille. Kuiva suu on yhteydessä nielemis- ja puhevaikeuksiin, sekä aiheuttaa pahaa makua ja hajua suussa.

SUUN HOIDON TUEKSI

- o Suu puhdistetaan kaksi kertaa päivässä fysiologiseen keittosuolaliuokseen kastetulla harsotaitoksella
- o Suuta kostutus vähintään kahden tunnin välein
- o Nielemisrefleksin heiketessä suuta voidaan kostuttaa nesteeseen tai ruokaöljyyn kastetulla pumpulitikulla
- o Suun kostuttamiseen on saatavilla apteekista erilaisia suusuihke- ja geelivalmisteita sekä sitruunatikkuja
- o Alkoholipitoisia suun hoitotuotteita tulee välttää niiden kuivattavan vaikutuksen vuoksi
- o Limaa voidaan imeä imukatetrin avulla suun ja ylänielun alueelta, imua tulee kuitenkin käyttää harkiten, sillä toimenpide on useimmille epämiellyttävä ja voi vaurioittaa limakalvoja
- o Huulten kuivumista voidaan ehkäistä ja hoitaa rasvaamalla huulia säännöllisesti esimerkiksi Bepanthen-voiteella

Hengitysoireiden hoito

Hengenahdistus on hengittämiseen liittyvä epämiellyttävä tunne, joka vaikuttaa merkittävästi elämänlaatuun, toimintakykyyn ja uneen. Hengenahdistukseen vaikuttavia tekijöitä ovat fyysisten syiden lisäksi psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tekijät. Hengenahdistuksen syynä on harvoin hapenpuute, useimmiten se johtuu hengityslihasten väsymisestä. Hengenahdistusoireita voidaan arvioida esimerkiksi VAS tai NRS -asteikkoa käyttäen, laskemalla hengitys taajuutta, seuraamalla hengityslihasten käyttöä ja kuuntelemalla hengitystä.

Hengenahdistusta hoidettaessa selvitetään hengenahdistuksen syy, sillä määrättävä lääke määrätty sen mukaan. Hengenahdistuksen tunnetta voi helpottaa esimerkiksi pieni annos oksikodonia tai morfiinia. Opiaattien käytössä on syytä erityiseen huolellisuuteen sillä liian suuri annos voi johtaa hengityslamaan. Lääkehoito yksinään on riittämätön, hengenahdistuksen hoitoon liittyy oleellisenä osana asentohoito.

Kuoleman lähestyessä hengitysäni muuttuu rohisevaksi hengitysteistä irtoavan liman ja syljen vuoksi. Muista kertoa omaisille, että hengityksen rohina ei yleensä häiritse asukasta, vaikka se voi kuulostaa pelottavalta.

HENGITYKSEN TUEKSI

- o Hengitystyötä voidaan keventää puoli-istuvalla asennolla, ohjaamalla huulirakohengitystä ja pulloon puhalluksilla.
- o Lisähapesta on harvoin hyötyä. Ilmavirta tuulettimesta tai ikkunasta voi helpottaa hengenahdistuksen tunnetta.
- o Läsnäolo ja mieleinen ajanviete voivat myös helpottaa hengenahdistusta.

Liite 5 6(16)

Ihon hoito ja turvotukset

Yleisimpiä iho-oireita ovat ihon kuivuus, kutina ja painehaavat. Säännöllinen ihonhoito ehkäisee ihorikkoja ja ihoinfektioita.

Kutinaa voivat aiheuttaa ihon kuivuus, ihottumat ja hikoilu. Sairauksista syöpä, sappiteiden tukkeutuminen ja vaikea munuaisten vajaatoiminta voivat myös aiheuttaa kutinaa. Sisäsyntyisten tekijöiden aiheuttama kutina on harvoin histamiinivälitteistä, joten antihistamiineista on varsin vähän hyötyä kutinan helpottamiseen. Kutina itsessään ei ole henkeä uhkaava oire, mutta se on epämiellyttävä tunne ja voi johtaa heikentyneeseen elämänlaatuun.

Painehaavat ovat lähtökohtaisesti aina ennaltaehkäistävissä. Painehaavoille altistaa huono hygienia, pitkäaikainen vuodelepo, kudosten turvotus, ihon oheneminen ja laihtuminen. Erityisiä riskipaikkoja painehaavoille ovat takaraivo ja korvat, olka- ja kyynärpäät, kantapäät ja ristiluun seutu. Painehaavoja voidaan ehkäistä riittävän tiheällä asentohoidolla, antidecubituspatjoilla sekä asentoa tukevilla tyynyillä.

KUTINAN EHKÄISY JA HOITO

- o vesipesujen vähentäminen
- o perusrasvaus kylmillä rasvoilla
- o kortisonivoiteet
- o keittosuolakääreet
- o kynsien pitäminen lyhyenä
- o puuvillahanskat

PAINHAAVOJEN EHKÄISY JA HOITO

- o sakraalialueensidokset
- o ihon kitkan ja venytyksen välttäminen siirroissa
- o asentohoito kahden tunnin välein
- o paineen keventäminen ja haavojen paikallishoito
- o vältetään yli 30-asteen puolistuva asentoa vuoteessa

PAINHAAVAHELPPERI

©NPUAP – EPUAP painehaavojen syytysluokitus I–IV

Painehaava on paikallinen ihon ja/tai sen alla olevan kudoksen vaurio. Se sijaitsee tavallisesti luisen ulokkeen kohdalla ja sen aiheuttaja on paine tai paine ja venytys yhdessä.

I aste

Vaalennematon punoitus

Ehjä iho, jossa on vaalenematonta punoitusta (eryteema) paikallisesti, yleensä luisen ulokkeen kohdalla. Vaalenematon punoitus voi olla merkki potilaan painehaavariskistä. Älä hiero punoittavaa aluetta.



II aste

Ihon pinnallinen vaurio

Verinahan (dermiksen) osittainen vaurio, joka ilmenee pinnallisena avoimena haavana. Voi olla myös ehjä tai rikkoutunut rakkula, muttei ihon repeämä, teipin aiheuttama ihorikko, inkontinenssiin liittyvä ihotulehdus (dermatiitti), vetyminen (museraatio) tai hiertymä (ekskoriaatio), joissa verinaha on paljastunut.



III aste

Koko ihon vaurio

Koko ihon läpäisevä kudosaivuri, jossa ihonalainen (subkutaaninen) rasva voi olla näkyvä, mutta lihas, jänne tai luu eivät ole paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä saattaa olla taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syytys vaihtelee haavan anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



IV aste

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio

Koko ihon ja ihonalaiskudoksen vaurio, jossa luu, jänne tai lihas on paljaana. Haavassa voi olla katetta tai nekroosia. Siinä on usein taskumaisia kohtia ja onkaloitumista. Syytys vaihtelee niiden anatomisen sijainnin mukaan. Konsultoi lääkäriä.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan painehaavassa olevan kudostyyppin, syytyn ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja painehaavan reunat kosteudelta.

POISTA PAINIA JA ESTÄ IHON VENTYMINEN

Painehaavahelpperi (Suomen haavanhoitoyhdistys)

Liite 5 7(16)

Erittäminen

Ummetus on tavallisimpia vaivoja kuoleman lähestyessä ja hoitamattomana se lisää kuolevan kärsimystä. Ummetusta aiheuttavat lääkitykset, heikentynyt ravinnonsaanti, liikkumattomuus ja suolen peristaltiikan heikkeneminen. Ummetusta hoidetaan useimmiten pehmittävän laksatiivin ja suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmänä. Ummetuksen hoidossa pyritään siihen, että suoli saataisiin tyhjenemään vähintään kolmen vuorokauden välein. Viimeisinä elinpäivinä suolen toiminta heikkenee, tällöin ei ole enää tarpeellista antaa laksatiiveja.

Saattohoitovaiheessa ripuli on harvinaisempaa kuin ummetus. Ripuloinnin syynä on yleensä ohivirtausripuli, joka johtuu jonkin asteisesta suolen tukkeutumisesta. Ripulointia hoidettaessa tulisi löytää hoidettava syy (liiallinen laksatiivien käyttö, ummetus). Ripulointia voidaan hoitaa lääkkeitse.

Virtsarakko voi olla yliaktiivinen ja ärsyntyneenä monesta eri syystä. Rakkotulehdukset, kasvaimet ja kivet aiheuttavat rakon ärsytystä. Rakon pieni tilavuus voi ilmetä tihentyneenä virtsaamisen tarpeena.

Virtsaamista voidaan tukea tarjoamalla vuoteeseen hoidettavalle asukkaalle virtsapulloa tai alusastiaa. Puoli-istuva asento ja alavatsan kevyt painaminen voi helpottaa virtsarakon tyhjentymistä, myös lämpimästä hauteesta alavatsalla voi olla apua. Mikäli edellä mainituilla keinoilla ei virtsaa saada tulemaan, tulee tarvittaessa suorittaa kertakatetrointi. Kestokateria ei suositella ellei sen laittaminen ole välttämätöntä.

Virtsaretentio eli virtsaumpi aiheuttaa pakottavaa virtsaamisen tarvetta ja kovaa alavatsakipua. Virtsaumpi voi olla krooninen tai akuutti ja sen taustalla on rakenteellinen tai toiminnallinen syy. Ensisijainen hoito virtsaumpeen on kertakatetrointi.

Pahoinvointi

Pahoinvointia voivat aiheuttaa esimerkiksi suolistovaivat, kasvaimet, liman erityksen lisääntyminen, aivopaineen nousu, korkea kaliumpitoisuus ja kipulääkkeet. Pahoinvointia voidaan hillitä säännöllisellä syömisellä, välttämällä rasvaisia ja huonosti sulavia ruokia ja tarjoilemalla hienojakoista ruokaa. Pahoinvointia voidaan helpottaa siihen tarkoitetuilla lääkkeillä. Psykkistä pahoinvointia voidaan helpottaa luomalla turvallisuuden tunnetta, olemalla läsnä ja keskustelemassa asukkaan kanssa. Hoitaja voi käyttää keskustelun tukena esimerkiksi Puhetta elämästä -kortteja.

Väsymys

Saattohoitovaiheessa tietoisuuden ja voimien heikkeneminen sekä väsymys ovat varsin yleisiä oireita ja kuuluvat luonnollisena osana kuolinprosessiin. Väsymystä voivat aiheuttaa edenneet sairaudet, lääkitys, tulehdukset ja nestevajaus. Väsymystä hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömästi leväten ja asukkaan voimavarojen mukaan toimien.

Delirium

Sekavuus (delirium) on varsin tavallinen oire kuoleman lähestyessä. Sekavuus lisääntyy usein viimeisinä elinpäivinä. Sekavuutta voivat aiheuttaa niin lääkkeet, kipu kuin aivotoiminnan muutokset. Sekavuutta, ahdistuneisuutta ja rauhattomuutta voidaan tilapäisesti lääkittää rauhoittavilla lääkkeillä. Pääsääntöisesti saattohoitovaiheessa pyritään kuitenkin välttämään vahvojen psykeelääkkeiden käyttöä. Rauhoittava lääkitys lisää väsymystä ja heikentää ajattelukykyä. Mikäli asukkaalla on hallitsematon delirium, voidaan harkita palliatiivista sedaatiota. Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan tajunnantason alentamista lääkkeillä.

Liite 5 8(16)

Oireenmukainen hoito

Saattohoitoon siirryttäessä kaikki välttämätön pitkäaikaislääkitys lopetetaan. Lääkehoidon tarpeellisuutta arvioidaan yksilöllisesti. Saattohoitovaiheessa ei ole syytä tutkia ja hoitaa laboratorioarvoja elleivät ne toimi tärkeinä oirehoidon mittareina.

Kokonaisvaltaista oirearvioita tehdään tarkkailun ja havainnoinnin keinoin vähintään neljän tunnin välein

Lääkehoidon ensisijainen tavoite on asukkaan elämänlaadun parantaminen. Lääkehoidolla pyritään kuoleman lähestyessä pahoinvoinnin, kivun ja rauhattomuuden lievittämiseen. Muita hoidettavia indikaatioita ovat limaisuus, kuume, kouristukset, kutina ja silmien kuivuminen. Lääkitseminen tapahtuu ensisijaisesti suun kautta niin kauan kuin sen on mahdollista.

Antibiottihoido kuoleman lähestyessä on perusteltua silloin, kun sen tarkoituksena on helpottaa kipua ja oireilua. Antibiootteja käytetään esimerkiksi keuhkokuumeen hoidossa helpottamaan hengitystä sekä virtsatieinfektioiden hoidossa kivun lievitykseen.

Kuumeilua voivat aiheuttaa bakteeri-infektiot, kasvaimet ja lämmönsäätelyjärjestelmän häiriintyminen. Kuumetta hoidetaan ensisijaisesti parasetamolilla.

*“Toivoa me tarvitsemme jokainen,
vaikka pieninkin annoksen.
Ellei hukuta haaveitaan,
eikä upota unelmiaan,
vaan on valmis karikotkin kohtaamaan,
saapuu hymyillen satamaan.”*

Nina Ramstadius

Liite 5 9(16)

Kivunhoito

Kipu on yksi eniten pelätystä ja yleisimmistä oireista kuolemaan johtavaa sairautta sairastavilla potilailla.

Kipu on subjektiivinen kokemus, johon liittyvät fysiologisten tekijöiden lisäksi lukuisa joukko muita tekijöitä. Koettuun kipuun vaikuttavat muun muassa se, millainen käsitys potilaalla on omasta hyvinvoinnistaan ja millainen mieliala hänellä on. Somaattisen kivun hoidon lisäksi tulee huomioida muut kipuun vaikuttavat tekijät kuten masennus ja ahdistuneisuus, joita tulee hoitaa samanaikaisesti kuin kipua. Hoitamattomana kipu voimistaa myös muita fyysisiä oireita, jotka omalta osaltaan voivat lisätä kipua.

Tyypillisimmin saattohoidossa käytettäviä kipulääkkeitä ovat opioidit, tulehduskipulääkkeet, sekä epilepsia- ja masennuslääkkeet. Lääkkeet annostellaan ensisijaisesti suun kautta ja eteenkin pistoksia vältetään niistä aiheutuvan kivun vuoksi. Kipulääkitystä voidaan hoitaa myös kipupumpun avulla.



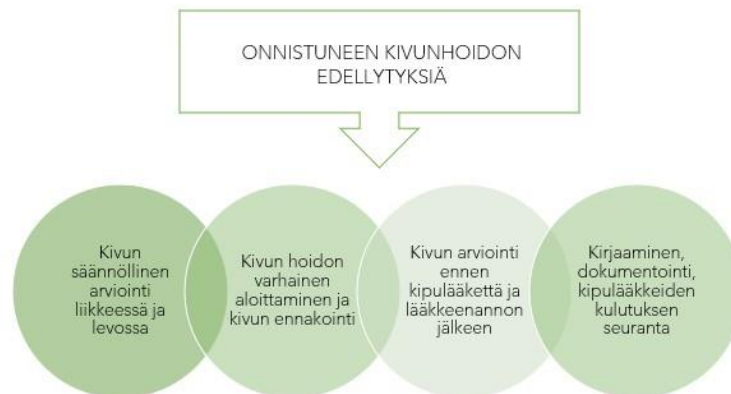
WHO kivunhoidon portaat (Terveyskylä, kivunhallintatalo)

Tyypillisimpiä vaikean kivun hoidossa käytettäviä opioideja ovat oksikodoni, fentanyl ja morfiini. Oksikodonia on saatavilla pitkä- ja lyhytvaikutteisena. Pitkävaikutteisella opioidilla pyritään pitämään asukas kivuttomana. Pitkävaikutteisen opioidin rinnalla annetaan aina nopeavaikutteista (lyhytvaikutteinen) opioidia äkillisen kovan kivun hoitoon. Mikäli lyhytvaikutteisen kipulääkkeen tarve on yli kolme kertaa vuorokaudessa, tällöin asukas todennäköisesti hyötyy pitkävaikutteisen lääkityksen annoksen suurentamisesta.



Liite 5 10(16)

Kipulääkkeiden haittavaikutukset ovat yleisiä ja ne korostuvat eteenkin ikääntyneillä muistisairailla. Haittavaikutukset eivät kuitenkaan saa estää riittävää kivunhoidon toteutumista ja niitä voidaan hoitaa lääkkeellisesti. Mikäli haittavaikutukset ovat hoidettunakin hyötyä isommat, voidaan käytössä oleva opioidi vaihtaa toiseen. Opioidien tarvetta voidaan myös vähentää ja vaikutusta tehostaa käyttämällä rinnalla esimerkiksi parasetamolia tai tulehduskipulääkettä.



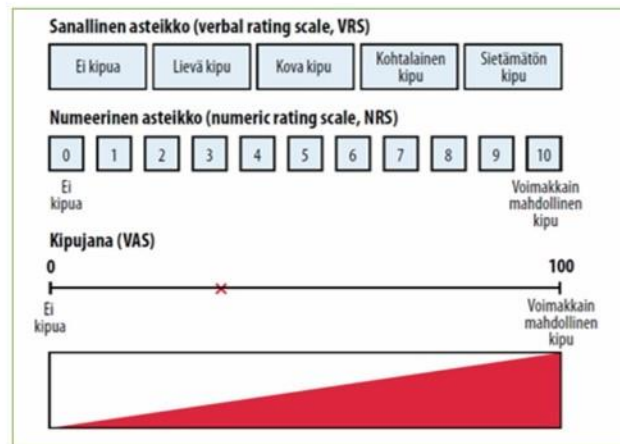
Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät auttavat asukasta rentoutumaan, rauhoittumaan ja siirtämään ajatuksia pois kivusta. Saattohoitovaiheessa kivut ovat usein kuitenkin, niin kovia etteivät niihin yksistään lääkkeettömän menetelmät tehoa. Lääkkeettömät menetelmät voivat kuitenkin ennaltaehkäistä kipua ja tukea lääkkeellistä kivunhoitoa.

LÄÄKKEETTÖMIÄ KIVUNHOIDON MENETELMIÄ

- o asentohoito
- o hyvä perushoito
- o kylmä- ja lämpöpakkaukset
- o musiikki
- o valokuvat
- o mielekäs tekeminen
- o esteettinen ja turvallinen ympäristö
- o kosketus, hieronta
- o läsnäolo
- o keskustelu, muistelu

Liite 5 11(16)

Kivun voimakkuuden arvioinnissa voidaan hyödyntää erilaisia mittareita kuten sanalliset mittarit VAS -kipujanaa, NRS -numeraalista asteikkoa ja FPS -kasvoasteikkoa. Muistisairauden edetessä potilaan vähenevä muisti sekä puhekyvyn heikkeneminen vaikuttavat kivun sanalliseen ilmaisuun. Kivusta voivat kieliä erilaiset käytösmuutokset, kuten motorinen levottomuus, kasvojen ilmeet ja pelokkuuden ilmaisu. Muistisairaiden kivun arviointiin on kehitetty PAINAD-mittari, jolla voidaan havainnoida kasvojen ilmeitä, kehonkieltä, ääntelyä, toiminta- ja kohtaamiskykyä sekä psyykkistä tasapainoa



PAINAD-mittari	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Ajoittainen työläs hengitys tai lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Äänekäs tai työläs hengitys, pitkiä hyperventilaatiojaksoja tai Cheyne–Stokes-tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä tai tyytyväinen ääntely	Ajoittainen valitus tai vaimea negatiivis-sävytteinen puhe	Toistuva huutelu, äänekäs valitus tai itkeminen
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton	Surullinen, pelokas tai huolestunut	Irvistys
Kehonkieli	Rentoutunut	Kireä, jännittynyt tai levotonta liikehdintää	Jäykkyys, käsien nyrkistely, polvien ylös vetäminen, välttely tai estely, tarttuminen, lyöminen tai potkiminen jne.
Lohdutettavuus	Ei tarvitse lohduttelua	Kosketuksen tai puhuttelun seurauksena poikkeava käytös keskeytyy ja potilas rauhoittuu	Koskettelulla tai puhuttelulla ei vaikutusta poikkeavaan toimintaan, eikä potilasta saada rauhoittumaan

PAINAD-mittaria käytettäessä asukasta havainnoidaan 5 minuuttia. Kaikki viisi osiota pisteytetään. Kokonaispistemäärä on 0-10 pistettä. 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipua.



Liite 5 12(16)

Eksistentiaalinen kärsimys

Eksistentiaalinen kärsimys on olemassaolon luopumiseen liittyvää ahdistusta, joka nousee ihmisen tietoisuudesta maanpäällisen elämän rajallisuudesta ja sen päättymisestä. Eksistentiaalista ahdistusta tuo se, että tulevaisuus on ennustamaton ja pelko siitä ettei kärsimys lopu. Eksistentiaaliset pelot liittyvät usein kuoleman jälkeiseen aikaan tai siihen ettei sellaista ole.

Ihmiselle on tärkeää nähdä elämänsä merkitys, hallita elämäänsä ja säilyttää arvokkuus elämänsä loppuun saakka. Merkityksellisyyden tunnetta voidaan lisätä sekä kärsimystä lieventää ennakoivalla hoitosuunnitelmalla ja huomioimalla asukkaan oma tahto.

Asukkaalla on oikeus tietää parantumattomasta sairaudesta ja lähestyvistä kuolemasta. Kuolemasta puhumisen välttely voi lisätä ahdistusta ja tunnetta siitä, ettei puhuminen ole luvallista. Huomioitavaa kuitenkin on etteivät kaikki halua puhua kuolemasta, kuolemasta puhutaan sen mukaan, kun kuoleva sitä haluaa.

On luonnollista, että kuolevan asukkaan hoitaminen muistuttaa hoitohenkilökuntaa myös oman elämän rajallisuudesta ja kuoleman vääjäämättömyydestä. Tällöin hoitaja voi ajautua välttelemään kuolemasta puhumista eteenkin kuolevan asukkaan kanssa. Hoitohenkilökunta voi tuntea riittämättömyyttä ja avuttomuutta, sekä kiusaantumista tilanteissa, joissa heillä ei ole vastauksia asukkaiden kysymyksiin. Hoitohenkilökunnan yksi tärkeimmistä ja vaikeimmista tehtävistä on kuitenkin kulkea asukkaan rinnalla osaamatta vastata elämän rajallisuutta koskeviin kysymyksiin.

Hengelliset tarpeet

Saattohoitoon kuuluu kuolevan hengellisten tarpeiden tunnistaminen. Hengellisyyteen liittyy uskonnon lisäksi myös henkisyys. Hengelliset ja henkiset tarpeet ovat erilaisia, eikä ihminen osaa välttämättä sanallisesti kuvata, mitä hän tarvitsee. Lähestyvä kuolema voi nostaa pintaan uskonnollisia kysymyksiä. Hoitajilla tulee olla valmiudet keskustella hengellisistä asioista kuolevan ja hänen omaistensa kanssa omista uskonnollisista käsityksistään riippumatta.

Hengellisiin tarpeisiin vastaaminen vaatii hoitajalta kunnioittavaa asennetta sekä ihmisen elämänarvojen ja hengellisyyden arvostamista. Yksinkertaisimmillaan hengellisyyttä voidaan harjoittaa kuuntelemalla ja laulamalla hengellisiä lauluja sekä rukoilemalla yhdessä kuolevan kanssa. Muita hengellisen ja henkisen hoidon keinoja ovat läsnäolo ja yhteyksien luominen, kuunteleminen ja keskustelu, lukeminen ja musiikin kuuntelu. Pappi voidaan kutsua paikalle asukkaan tai omaisten niin halutessa. Lisäksi voidaan järjestää hartaus ja ehtoollinen.

Kuolemaa ennakoivia muutoksia

- o Väsymyksen lisääntyminen
- o Sekavuus
- o Levottomuus
- o Tajunnantason aleneminen
- o Limakalvojen kuivuminen
- o Kasvon piirteiden terävöityminen
- o Verenkierron ja sykkeen heikkeneminen
- o Periferian viileneminen
- o Lautumat
- o Ruokahaluttomuus
- o Nielemisfrekvenssin lamaaneminen
- o Hengityksen muuttuminen pinnalliseksi
- o Hengityskatkot
- o Hengityksen rohina ja limaisuus
- o Virtsaamisen ja suolentoiminnon hiipuminen
- o Turvotukset
- o Kuumeepiikit

*"Lohduttaminen ei tarvitse suuria sanoja,
ei valmiita vastauksia.
Tärkeintä on vaan mennä lähelle ja välittää.
Minulla on aikaa ja minua koskettaa se, mitä sinulle kuuluu."*

Hilja Aaltonen

Liite 5 14(16)


Omaisten tukeminen

Kuoleva ja hänen omaisensa tarkkailevat ja tulkitsevat yksikön ilmapiiriä ja hoitajien käytöstä. On hyvä muistaa, että jokaisella kohtaamisella on merkitystä. Asiallinen käytös, ystävällisyys, kärsivällisyys sekä aito ja rehellinen läsnäolo ovat avainasemassa kaikissa kohtaamisissa. Sanat ja sanattomuus, ilmeet ja eleet voivat olla monimerkityksellisiä.


Omaisille jää muisto siitä, millaisessa ympäristössä heidän läheisensä kuoli, missä jäähyväiset jätettiin ja millainen tunnelma ympärillä vallitsi. Omaisen kuolema on aina läheisille ainutlaatuinen.

Saattohoidossa olevan omaiset voivat vierailla yksikössä myös vierailuajkojen ulkopuolella. Omaisille järjestetään tarvittaessa ruokailu- ja yöpymismahdollisuus. Omaisilla on myös mahdollisuus olla läsnä ja osallistua vainajanlaittoon niin halutessaan. Kuoleman jälkeen omaisille olisi tärkeää mahdollistaa rauhallinen hetki keskusteluun ja ohjata heitä jatkotoimiin. Omaisille annetaan mukaan kirjallinen materiaali hautajaisjärjestelyitä varten.

Vainajalle järjestetään ulosveisuu, johon osallistuvat vainajan omaiset, hoitajat ja yksikön asukkaat niin halutessaan. Suruliputuksesta ja ulosveisuusta sovitaan vainajan omaisten kanssa ja kunnioitetaan heidän toiveitaan.



Kuolemasta puhuminen
ei tuo kuolemaa
läemmäksi eikä asiasta
mainitseminen tee siitä
sen todennäköisempää

- 
- o Kerro omaisille mahdollisuudesta yöpyä asukkaan luona
 - o Kerro omaisille joustavista vierailuajoista
 - o Sovi ja kirjaa, jos asukas kuolee yöllä, ilmoitetaanko omaisille heti vai vasta seuraavana aamuna
 - o Pidä omaiset ajan tasalla asukkaan voinnin muutoksista

Hyvällä informoinnilla voidaan välttää tiedon puutteesta johtuvia hoitovirhe-epäilyjä!

Liite 5 15(16)

Henkilökunnan jaksaminen

Saattohoito ja kuolema voivat herättää monenlaisia tunteita. On luonnollinen reaktio, että kuolema sekä ajatukset elämän rajallisuudesta pysäyttävät. Vaikka saattohoidossa keskiössä on aina kuoleva asukas sekä hänen läheisensä, on tärkeää tunnistaa myös hoitajien suru.

On ensiarvoisen tärkeää, että esimies toimii alaistensa kannustajana ja tukena sekä on aidosti kiinnostunut hoitohenkilökunnan jaksamisesta ja pärjäämisestä. Jokainen saatto tulisi käydä jollakin tavalla läpi. Useimmiten läpikäyntiin ei tarvita pitkiä istuntoja tai työnohjausta, vaan lyhytkin keskustelu voi palvella tätä tarkoitusta. Joskus saattohoitoon ja kuolemaan voi liittyä vaikeita tunteita ja asioita, jolloin hoitajilla tulee olla mahdollisuus käydä kokemuksiaan perusteellisemmin läpi. Tunteiden käsittely, kokemukset ja niiden prosessointi toimivat ammatillisen kasvun mahdollistajana.

TYÖSSÄJAKSAMISTA TUKEE

- o Kuoleman ymmärtäminen elämän luonnollisena päätepisteenä
- o Työyhteisön tuki
- o Saattohoidon ja kuoleman herättämistä tunteista puhuminen
- o Ohjeistus laadukkaaseen saattohoidon toteuttamiseksi
- o Mahdollisuus toteuttaa laadukasta saattohoitoa
- o Esimiehen tuki
- o Työnohjaus
- o Lisäkoulutus

*”Elämä ei koostu niistä päivistä,
jotka ovat menneet,
vaan niistä, jotka jäävät muistiin.”*

Pjotr Pavlenko

Liite 5 16(16)



Palliativinen hoito ja saattohoito
Käypä hoito -suositus



THL Saattohoitopassi



Puhetta elämästä
-kortit



Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus



HOCUS valmisteilla olevat hoitosuosituksen

LÄHTEET

- Ahlblad, J. 2019. Miten kohdata kuolema. EU: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Airola, K. 2020. Kutina. Lääkärikirja Duodecim.
- Antikainen, R. 2015. Palliativinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Cherny, N. 2021. Palliative sedation.
- Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. 2008. Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidtajaliitto ry.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Duodecim.
- Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. Sic! 4/2015.
- Hänninen, J. 2007. Palliativinen sedaatio - viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.
- Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheissa. Duodecimlehti. 2013:4
- Isoherranen, K. 2015. Palliativinen hoito. Haavat. Helsinki: Duodecim.
- Juutilainen, V. & Hietanen, J. 2012. Haavanhoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. 2018. Kipu. Keuruu: Duodecim.
- Korhonen, T. 2005. Onnistuuko oireiden hoito suun kautta otettavien lääkkein? Duodecimlehti 2005:2.
- Lumio, J. 2017. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim.
- Mäkelin, H. 2018. Kuolema. Kaikki mitä olet aina halunnut tietää. Helsinki: Kustantamo S&S.
- Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliativinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim.
- Scottish Palliative Care Guidelines - Mouth Care 2022.
- Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliativinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Terveyskylä 2021. Palliativinen talo. Puhetta elämästä - kortit.
- THL 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- WHO 2022. Palliative Care.