



Janina Korpioksa
Riia Mantere

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinto
Sosionomi (AMK)
Sosionomi (AMK), diakoniatyö
Opinnäytetyö, 2022

VIERELLÄ LOPPUUN ASTI

Perehdytyskansio elämän loppuvaiheen hyvään hoitoon

TIIVISTELMÄ

Janina Korpioksa ja Riia Mantere

Vierellä loppuun asti – Perehdytyskansio elämän loppuvaiheen hyvään hoitoon

39 sivua, 2 liitettä

Syksy, 2022

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinto

Sosionomi (AMK), Sosionomi (AMK) diakoniatyö

Tämän kehittämispainotteisen opinnäytetyön tavoitteena oli yhtenäistää työelämätahon toimintamalleja kokonaisvaltaisessa elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamisessa. Tarkoituksena oli luoda perehdytyskansio Hoivakoti Pietarin työntekijöille eli sairaanhoitajille, lähihoitajille ja hoiva-avustajille. Kansio sisältää olennaisimmat tiedot saattohoidosta ja sen toteuttamisesta. Perehdytyskansio sisältää osiot ennen kuolemaa, kuoleman hetkellä sekä kuoleman jälkeen, joissa aiheita käsiteltiin kokonaisvaltaisesti huomioiden niin saattohoidossa oleva asukas, omaiset, hoitohenkilökunta kuin muut asukkaatkin.

Perehdytyskansiota lähdettiin suunnittelemaan hoivakodin toiveita ja tarpeita vastaavaksi. Opinnäytetyön työstämiseksi perehdyttiin aiheeseen aiemmin saadun tutkimustiedon, lainsäädännön ja oppikirjamateriaalin avulla. Perehdytyskansiossa tarkasteltiin saattohoitoa myös terveydenhuollon näkökulmasta, jotta se palvelisi Hoivakoti Pietarin työntekijöitä parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä näkökulma huomioiden kansio oli aseteltu tulostettavaan muotoon, mutta hoivakodille kansio luovutettiin sähköisenä tiedostona, jotta se olisi helposti muokattavissa mahdollista päivittämistä ajatellen.

Kuolevan ihmisen kärsimyksen kokeminen on yksilöllistä, minkä vuoksi on erityisen tärkeää kohdata jokainen yksilönä ja tunnistaa avun sekä tuen tarpeet. Lähestyvän kuoleman aiheuttamat ajatukset ja kärsimys ovat kokonaisvaltaisia ja niihin liittyy fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia, henkisiä ja hengellisiä sekä eksistentiaalisia ulottuvuuksia. Tässä opinnäytetyössä saattohoitoa tarkasteltiin sosiaalialan ja diakoniatyön näkökulmasta ja tämän vuoksi termin 'saattohoito' sijaan puhuttiin 'elämän loppuvaiheen hoidosta'.

Asiasanat: perehdytyskansio, psykososiaalinen tuki, saattohoito

ABSTRACT

Janina Korpioksa and Riia Mantere

Alongside until the end – Orientation manual for good end-of-life care

39 p., 2 appendices

Autumn, 2022

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree in Social Services

Bachelor of Social Services, Diaconal Work

The objective of this development-oriented thesis was to unify operating models of the working life sector in implementing overall end-of-life care. The purpose of the project was to create an orientation manual for employees in the Nursing Home Pietari. The orientation manual includes relevant information of palliative care and its implementation. Each part of the manual (before death, at the moment of death and after death), takes into account the patient, their loved ones, the care staff and the other residents.

The orientation manual was designed to respond to the wishes and needs of nursing home. Research data, legislation and textbooks were used as background material. In the orientation manual, palliative care is considered also from the point of view of health care, so that it would serve employees in the best possible way. For this reason, the layout of the manual was designed into a printable form. The manual was sent to the nursing home in electronic format, so that the text is easier to edit when needed.

To experiences of suffering of people who are dying vary. That is why it is important to meet everyone as an individual person and recognize what kind of help and support each person needs. Suffering and thoughts of impending death can have physical, social, mental, spiritual and existential dimensions. In this thesis, palliative care was considered from the point of view of the social sector and diaconal work. Because of this, the term 'end-of-life care' was used instead of 'palliative care'.

Keywords: orientation manual, palliative care, psychosocial support

SISÄLLYS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 JOHDANTO | 4 |
| 2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA YHTEISTYÖTAHO | 5 |
| 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET..... | 8 |
| 4 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HYVÄ HOITO | 9 |
| 4.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito | 9 |
| 4.1.1 Lääkkeellinen oireiden hoito..... | 12 |
| 4.1.2 Lääkkeetön oireiden hoito | 13 |
| 4.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma | 14 |
| 4.3 Hoitotahto..... | 15 |
| 4.4 Hoitolinjaukset ja -rajaukset | 17 |
| 5 TUEN TARVE KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ JA SEN JÄLKEEN | 19 |
| 5.1 Psykososiaalisen tuen tarve kuoleman lähestyessä | 19 |
| 5.1.1 Osallistavat kokemukset kuoleman lähestyessä | 20 |
| 5.1.2 Sielunhoito ja sairaalasielunhoito..... | 22 |
| 5.1.3 Saattohoidon vapaaehtoiset tukihenkilöt..... | 24 |
| 5.2 Omaisena kuolevan henkilön vierellä..... | 25 |
| 6 KEHITTÄMISTYÖ: PEREHDYTYSKANSIO | 26 |
| 6.1 Perehdytyskansion suunnittelu | 26 |
| 6.2 Perehdytyskansion toteutus..... | 27 |
| 6.3 Palaute perehdytyskansioista | 29 |
| 7 POHDINTA | 31 |
| 7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus | 31 |
| 7.2 Omat kokemukset opinnäytetyön prosessista..... | 31 |
| LÄHTEET | 36 |
| LIITE 1. Saattohoidon perehdytyskansio Hoivakoti Pietarin työntekijöille | 40 |
| LIITE 2. PAINAD-mittari | 54 |

1 JOHDANTO

Suomessa kuoli 55 498 henkilöä vuonna 2020. Eniten kuolemia aiheuttaa verenkiertoelimiin, kasvaimiin ja muistiin liittyvät sairaudet. (Tilastokeskus, 2021.) Palliatiivista eli oireiden mukaista hoitoa tarvitsee WHO:n arvion mukaan vuodessa 30 000 henkilöä. Palliatiivinen hoito tarkoittaa oireita lievittävää sekä elämänlaatua tukevaa hoitoa tilanteessa, jossa sairautta ei voida parantaa eikä sairauden etenemistä hidastaa aktiivisella hoidolla. Oikea-aikaisella hoidolla mahdollistetaan mahdollisimman vähäoireinen sekä potilaan voinnin ja halun mukainen aktiivinen elämä viimeiseen asti. Potilas voi tekemällään hoitotahdolla vaikuttaa hoidon tavoitteisiin, keinoihin ja rajauksiin yhdessä lääkärin ja hoitavan tiimin kanssa. (Saarto ym., 2017, s. 7.)

Yhteiskunnassamme kuoleman prosessi koetaan usein vieraana ja arjesta kaukaiseksi, ja näin ollen myös kuolemasta puhuminen voi tuntua haasteelliselta. Jokainen kuitenkin kohtaa kuoleman jossakin vaiheessa joko sairastumisen tai tapaturman seurauksena tai ikääntymisen myötä. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevista potilaista suurin osa hoidetaan perusterveydenhuollon yksiköissä, ympärivuorokautisissa hoivakodeissa tai asumisyksiköissä (Saarto ym., 2017, s. 18). Jokaisen ihmisen elämä on yksilöllinen, ja näin ollen myös jokainen kuolema. Jokaiselle tulisi mahdollistaa arvokas, kunnioittava ja yksilöllinen elämän loppuun saattaminen.

Tämän kehittämispainotteisen opinnäytetyön aiheena on saattohoito sosiaalialan ja diakoniatyön näkökulmasta. Tämän näkökulman vuoksi opinnäytetyössä käytetään saattohoito-termin sijaan käsitettä elämän loppuvaiheen hoito. Tämä käsite kattaa laajemmin asukkaan loppuelämän kokonaisvaltaisen hoidon ja hyvinvoinnin eikä keskity pelkästään terveydenhoidolliseen puoleen. Olemme molemmat taustaltamme lähihoitajia ja kumpikin meistä on työskennellyt pitkään vanhustyössä. Olemme nähneet monenlaisia tapoja toteuttaa elämän loppuvaiheen hoitoa sekä monia erilaisia toimintamenetelmiä siinä ja sen käytännöissä.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA YHTEISTYÖTAHO

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavia lakeja on useampia ja siitä on sekä kansallisia että kansainvälisiä suosituksia. Lähtökohdat löytyvät Suomen perustuslaista, joka oikeuttaa jokaiselle ihmisarvoa kunnioittavan kohtaamisen, henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden (L 731/1999). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista potilaan oikeuksiksi katsotaan kuuluvan laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon saaminen. Hoito on järjestettävä ihmisarvoa loukaamatta sekä vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen. (L 785/1992.) Tuoreessa kansallisessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suosituksessa kuvataan, millaisella laadullisella tasolla voidaan edellyttää elämän loppuvaiheen hoidon olevan, jotta jokaisella on yhdenvertaiset oikeudet sen saamiseksi. Laatusuositusten avulla toimintaa voidaan kehittää tarvittavaan suuntaan. (Saarto ym., 2022, s. 10.) Myös terveydenhuoltolaki velvoittaa, että toiminta on näyttöön perustuvaa ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin pohjautuvaa. Terveydenhuollon toimintayksiköllä on oltava laadittuna suunnitelma niin laadunhallinnasta kuin potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. (L 1326/2010.)

Suomessa on viime vuosien aikana toteutettu ja toteutetaan myös parhailaan saattohoitoa edistäviä valtakunnallisia hankkeita, esimerkiksi Edupal-hanke sekä SAAVA-hanke, joissa myös Suomen evankelis-luterilainen kirkko (jatkossa kirkko) on mukana. Saattohoidon yhdeksi valtakunnalliseksi kehittämiskohteeksi onkin nostettu potilaan psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaminen. Yhtä aikaa on todettu, että terveydenhuollon henkilökunnalta puuttuu suurilta osin osaaminen psykososiaalisen tuen antamisessa. Psykososiaalinen tuki kattaa niin henkisen kuin hengellisenkin tuen. Asianmukaisesta hoidosta päätettäessä on olennaista tietää, mikä ihmiselle on tärkeää ja mikä tekee heidän elämästään merkityksellistä. (Suomen ev.lut. kirkko, i.a., -d.)

Omien hoitoalalta saatujen kokemusiemme lisäksi tutustumiemme tutkimusten tulokset viittaavat siihen, että elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamiseksi on käytössä erilaisia tapoja. *Valmius vastata potilaiden henkisiin ja hengellisiin terveystarpeisiin* -pilottitutkimus selvitti hoitohenkilökunnan omia kokemuksia

henkisen ja hengellisen tuen antamisesta osana elämän loppuvaiheen hoitoa. Tutkimukseen osallistui 44 henkilöä, jotka toimivat potilastyötä tekevinä hoitajina kahdella eri sairaalan osastolla. Potilaiden henkisiä ja hengellisiä terveystarpeita tiedostettiin hyvin, mutta omasta tiedollisesta osaamisesta oltiin epävarmempia. Karvinen (2016) osoitti, että hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta henkisen ja hengellisen tuen antamisessa. Tutkimuksen perusteella asiaa ei voida kuitenkaan yleistää kaikkiin hoitajiin, mutta se antaa viitteitä siitä, että asian kanssa työskentely aiheuttaa epävarmuutta osassa hoitajia.

Toimeksianto tähän opinnäytetyöhön saatiin Turussa sijaitsevan Esperin Hoivakoti Pietarin yksikönjohtajalta. Hoivakoti tarjoaa tehostettua palveluasumista ikäihmisille ja siellä on mahdollisuus myös lyhytaikaiseen asumiseen. Hoivakodissa on neljä ryhmäkotia: Kuninkaan Tupa, Kuninkaan Toivo, Kuninkaan Taika ja Kuninkaan Tähti. Asukaspaiikkoja hoivakodissa on yhteensä 66. Suuri osa hoivakodin asukkaista sairastaa jonkin asteista, etenevää muistisairautta. Asukkaaksi kyseiseen hoivakotiin on mahdollista päästä joko kunnan ostopalveluasiakkaana, palvelusetelin kanssa tai itse kustantaen. (Esperi, i.a.)

Hoivakodin asukkaat ovat pääsääntöisesti kolmesta eri kunnasta: Turusta, Kaarinasta ja Raisiosta. On tiedossa, että hoivakodissa on eri lääkärit eri kunnan asukkaille: Terveystalon lääkäri hoitaa turkulaisia asukkaita ja Esperin omalääkäri hoitaa ei-turkulaisia. Osa asukkaista ei välttämättä ole ostanut lääkäripalveluja ollenkaan hoivakodin kautta, vaan ovat siten oman kuntansa terveyskeskuksen asiakkaita. (Tanja Hyden, Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.)

Hoivakoti Pietarissa on yksikönjohtaja, noin 30 kuukausipalkkaista ja noin 20 tuntiöntyöntekijää sekä useampi keikkatyötä tekevä hoitaja. Hoivakodissa työskentelee niin sairaanhoitajia, lähihoitajia kuin hoiva-avustajia sekä hoitoalan opiskelijoita. Heinäkuun 2021 ja heinäkuun 2022 välisenä aikana hoivakodissa kuoli noin 30 asukasta. (Veera Kinnunen, Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.)

Kuolemasta tulee ilmoittaa viipymättä joko poliisille tai lääkärille. Kotona tapahtuneesta kuolemasta (johon Hoivakoti Pietari on verrannollinen) ilmoitetaan aina ensisijaisesti lääkärille. Ennen kuin kuolemansyy selvittämistä aletaan suorittaa, henkilö on todettava kuolleeksi. Kuoleman voi todeta ainoastaan lääkäri. (Valvira, 2022.) Turussa sijaitsevien yksityisten palvelutalojen osalta kuolemat todetaan yleensä virka-aikana ja tällöin se tapahtuu Mäntymäen terveysasemalla, mikäli hoivakodin oma lääkäri ei ole käytettävissä. Terveysasemalla lääkäri tekee kuoleman toteamisesta merkinnän kirjaustietojärjestelmään sekä täyttää lomakkeen "Ilmoitus kuoleman toteamisesta ja kuolinsyy selvittämisestä". Lääkärin tehtävänä on lähettää kyseinen lomake eteenpäin. Kuoleman todennut lääkäri tekee ilmoituksen myös Digi- ja väestötietovirastolle kuolemasta ja lähettää sen eteenpäin kirjallisesti joko suojatulla sähköpostilla tai kirjepostilla. Virka-ajan ulkopuolella vainajan kuljetuksesta vastaavat osaavat kertoa, minne vainaja viedään. (Veera Kinnunen, Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.)

Tämän jälkeen hoivakodin lääkäri tekee hautausluvan, kuolintodistuksen sekä tarvittaessa obduktio- eli ruumiinavauslähetteen. Kaikki kirjaukset ja lähetteet tehdään käyttäen kirjausjärjestelmä Pegasosta. Kuolintodistukset sekä hautausluvut lähetetään avoterveydenhuollon hallintoon. (Veera Kinnunen, Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.) Hoivakoti Pietarissa omaisille annetaan mahdollisuus päättää, haluavatko he vainajalle tehtävän ruumiinavauksen. Useimmiten omaiset eivät tätä halua, sillä kuoleman syy on lähes aina varsin selvä. Toisinaan kuitenkin poikkeuksia on. Kuoleman sattuessa hoivakodista soimitaan aina hautaustoimistoon, joka kuljettaa vainajan terveysasemalle, jossa kuolema todetaan. On harvinaista, että kuolemat sattuisivat juuri lääkärinkierron ajankohdalle, jolloin lääkäri olisi hoivakodissa paikalla. Tällöin toki paikalla oleva lääkäri voi todeta kuoleman. (Julia Walle, Hoivakoti Pietarin tiiminvetäjä, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.) Asukkaan omaisella on oikeus valita hautaustoimistoksi myös jokin muu hautaustoimisto kuin se, jonka kanssa Hoivakoti Pietarilla on voimassa oleva sopimus vainajan kuljetusta koskien (Veera Kinnunen, Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän kehittämispainotteisen opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää työelämätahon toimintamalleja kokonaisvaltaisessa elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamisessa. Työelämätaholta saadun tiedon mukaan hoivakodissa ei ole ollut selkeää, yhtenäistä kansiota tai vastaavaa, josta kaikki tiedot elämän loppuvaiheen hoidosta löytyisi helposti. Hoivakodin yksikönjohtajan toiveena oli niin kutsuttu perehdytyskansio Pietarin työntekijöille: sairaanhoitajille, lähihoitajille ja hoiva-avustajille. Ilman selkeitä ohjeita tulee helposti tietokatkoja työntekijöiden välillä. Yhtenäisen kansion tarkoituksena on siis vähentää tietokatkoja ja riskejä virheiden mahdollisuuksille.

Tarkoituksena on, että perehdytyskansio sisältää olennaisimmat tiedot elämän loppuvaiheen hoidosta ja miten sitä Hoivakoti Pietarissa toteutetaan. Kansiossa asiat ovat selkeästi kirjattuna, jotta sieltä on helppo etsiä tarvittava tieto. Uuden työntekijän on helppo katsoa perehdytyskansioista hoivakodin toimintatavat ja myös vanhat työntekijät voivat tarkistaa, jos ovat epävarmoja jostakin asiasta.

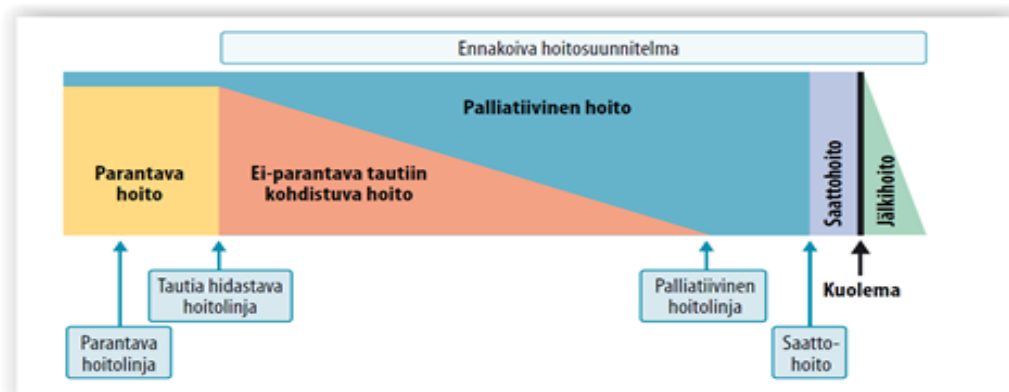
Perehdytyskansion tavoitteena on antaa työntekijöille toimintamalleja elämän loppuvaiheen hyvästä hoidosta. Toimintamallien avulla jokainen hoivakodin asukas saa tasavertaista ja laadukasta tukea ja hoitoa. Asukkaan toiveet huomioon ottaen mahdollistetaan yksilöllinen, kunnioittava ja arvokas elämän loppuun saattaminen.

4 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HYVÄ HOITO

4.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille ja kaikenikäisille kuolemaan johtavaa sairautta sairastaville. Palliatiiviselle hoidolle ei ole diagnoosirajauksia. Palliatiivinen hoito on WHO:n määrittelemää ja se on moniammatillista toimintaa, johon kuuluu eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä sekä esimerkiksi seurakunnan työntekijöitä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.) Palliatiivisen hoidon tavoitteena on oireiden lievittäminen sekä elämänlaadun ylläpitäminen sairaudesta huolimatta. Hyvä palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitamista. Siinä huomioidaan niin fyysiset oireet, psyykkiset tarpeet, ihmissuhteet kuin olemassaoloon ja elämän merkityksiin liittyvät kysymykset. Käytännössä palliatiivinen hoito voi olla esimerkiksi kivun tai pahoinvoinnin lievittämistä lääkkeiden avulla, fysioterapiaa tai keskustelua. Potilaan tarpeiden lisäksi palliatiivisessa hoidossa on tärkeää huomioida potilaan läheiset ja tukea heitä tilanteessa. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2022.)

Etenevissä sairauksissa palliatiivinen hoito olisi tärkeää saada osaksi sairauden hoitoa tarpeeksi ajoissa, ihanteellisessa tilanteessa palliatiivinen hoito kulkee sairauden aktiivisen hoidon rinnalla alusta asti. Sairauden edetessä ja toimintakyvyn heiketessä palliatiivisen hoidon tarve lisääntyy ja muotoutuu pääasialliseksi hoitolinjaksi. Alla olevasta kuvioista (kuva 1) poiketen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon rajapinta ei aina ole näin suoraviivainen, sillä jäljellä olevan eliniän ennustaminen on vaikeaa. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2022.)



Kuva 1. Hoitolinjaukset sairauden eri vaiheissa (Lehto ym., 2019)

Saattohoito on osa palliativista hoitoa. Sillä kuvataan palliativisen hoitolinjan viimeistä vaihetta, jolloin on odotettavissa, että oletettu kuolinhetki on päivien tai viikkojen päässä. Saattohoitopäätös ilmaisee näin ollen, että nyt hoidetaan kuolevaa potilasta. Saattohoitopäätös sisältää päätöksen siitä, ettei enää tehdä elvytysyrityksiä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.) Päätöksen saattohoitoon asettamisesta tekee aina lääkäri. (Saattohoitotyöryhmä, Esperi, henkilökohtainen tiedonanto, 27.1.2021; Valvira, 2020).

Lääketieteen lisensiaatin ja Terhokodin entisen ylilääkärin Juha Hännisen johdolla Esperi on kouluttanut yli sataan ikäihmisten hoivakotiinsa 270 saattohoitovastaavaa. Saattohoitovastaavilla on tärkeä tehtävä olla varmistamassa, että hoivakotien saattohoito on yhtenäistä ja jokainen elämän loppuvaiheen hoidossa oleva saa arvokkaan lopun. Entistä enemmän tulisi jo hoitoalan koulutuksessa panostaa opetukseen surevien omaisten kohtaamisesta sekä tukemisesta. (Esperi, 2.2.2022.) Esimerkiksi Diakissa sairaanhoitajien (AMK) opetussuunnitelmassa (OPS2020) on palliativisen ja hengellisen hoitotyön opintojakso. Opintojakson osaamistavoitteena on saattohoidon periaatteet sekä niin potilaan kuin hänen läheistensäkin henkisten, eksistentiaalisten ja hengellisten tarpeiden tunnistaminen erilaisissa elämäntilanteissa sekä sielunhoidollisten auttamismenetelmien soveltaminen. Opintojaksoon sisältyy esimerkiksi teoriaa läheisten selviytymisen tukemisesta. (Opinto-opas, Diak, 2020.)

Hoivatyössä jokainen joutuu jossakin vaiheessa kohtaamaan saattohoidossa olevan henkilön, omaiset sekä kuoleman. Ympäri vuorokautiseen hoivaan tullessa ihmisellä on keskimäärin alle 2 vuotta elinaikaa. Usein hoitajat luovat hoidettaviinsa ihmissuhteen ja myös siinä kuolema on luopumista. (Hänninen, 2021.) Hoivakoti Pietarissa on jokaiselle asukkaalle nimetyt omahoitajat, jotka ovat päävastuussa esimerkiksi hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien päivytyksestä ja omaisyhteistyöstä. Tällöin työntekijän ja asukkaan sekä omaisten suhteesta tulee erityinen. (Julia Walle, Hoivakoti Pietarin tiiminvetäjä, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.)

Asukkaaseen ja omaiseen luodaan turvallinen ja luottamuksellinen suhde jo heti asukkaan muuttaessa hoivakotiin. Siihen, miten omaiset suhtautuvat elämän loppuvaiheen hoitoon, voi jokainen työntekijä vaikuttaa omalla persoonallaan, kokemuksellaan sekä työn laadulla. Elämän loppuvaiheen hoito vaatii empatiaa sekä asukasta, että omaisia kohtaan. Kuunteleminen sekä hiljaa oleminen ovat tärkeitä taitoja elämän loppuvaiheen hoidossa. On tärkeää muistaa, että elämän loppuvaiheen hoidossa oleva on edelleen arvokas ja hänen loppuelämänsä on arvokas. (Esperi, 2.2.2022.)

Keskustelu saattohoidosta ja siihen määräämisestä tulisi käydä yhdessä asukkaan, lääkärin, hoitajien ja omaisten kanssa. Keskustelu on hyvä hetki ohjaukseen, jolloin omaiset saavat tietoa saattohoidosta ja samalla otetaan huomioon yksilölliset tarpeet ja toiveet. Huomioon otetaan myös asukkaan psyykkisen tuen tarve. Saattohoitokeskustelussa selvitetään vähintään seuraavat asiat: omaisten halukkuus osallistua saattohoitoon ja halukkuus olla läsnä kuoleman hetkellä, saako omaisille soittaa myös yöaikaan ja kuka on ensisijainen omaiskontakti, toive hautaustoimistosta, asukkaan tai läheisen hengelliset tarpeet sekä toiveet ja muut saattohoitoon liittyvät toiveet. (Mustonen, i.a., s. 5.)

4.1.1 Lääkkeellinen oireiden hoito

Kipu on yleisin oire monissa etenevissä sairauksissa. Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovatkin hyvän elämän loppuvaiheen hoidon perusedellytys. Kivuista on hyvä kirjata muun muassa sen voimakkuus, vaikutus toimintakykyyn, mielialaan, liikkumiseen sekä nukkumiseen. Muistisairaille voidaan käyttää kivun arvioinnissa esimerkiksi PAINAD-asteikkoa (Liite 2). (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

Kipulääkitys tulee valita kivun voimakkuuden mukaan. Annos määritetään aina yksilöllisesti ja määrityksen tekee lääkäri. Pitkäaikaisessa kivussa on tärkeää, että lääkitystä annetaan säännöllisesti. Kipulääkettä voidaan antaa suun kautta joko tablettina tai nestemäisenä. Jos potilaalla on vaikeuksia nielemisen kanssa, voidaan lääkitystä antaa myös ihon alle, lihakseen tai suoneen. (Tarnanen ym., 2019.) Hoivakodeissa yleisimpiä ovat kipulääkelaastarit, suun kautta annettavat liuokset ja supot. Kotisairaalan hoitaja voi käydä lääkärin määräämänä asentamassa ihonalaisen kanyylin, jonka kautta kipulääke annostellaan. Ihonalainen lääkkeenanto on mahdollista myös annostelijan avulla. (Mustonen, i.a., s. 7.) Fysiologisten muutosten myötä iäkkäät ovat herkempiä monille kipulääkkeille, jonka vuoksi kipulääkeannos on usein pienempi, kuin muilla aikuisilla. Muut pitkäaikais-sairaudet ja niiden lääkehoidot voivat suurentaa lääkkeiden haittavaikutusten todennäköisyyttä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2017.)

Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, joissa toteutetaan lääkehoitoa, on oltava toimintayksikkökohtainen lääkehoitosuunnitelma, joka ohjaa käytännön lääkehoidon toteuttamista. Lähtökohtana on, että lääkehoitoa toteuttavat siihen koulutetut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lääkehoitosuunnitelmassa määritellään yksikön ammattihenkilöiden rooli ja vastuu lääkehoidon toteuttamisessa. Työnantajan tulee huolehtia siitä, että työntekijöillä on kaikki tarvittavat tiedot ja taidot tehdä työnsä turvallisesti. Teoreettinen osaaminen varmistetaan kirjallisella kokeella ja käytännön osaaminen todistetaan näytöillä.

Työntekijä, joka osallistuu lääkehoitoon, on vastuussa siitä, että toimii lääkehoitosuunnitelman mukaisesti. (Valvira, 2021.)

4.1.2 Lääkkeetön oireiden hoito

Lääkelistalta usein karsitaan ne lääkkeet, joiden avulla ei saavuteta välitöntä oireiden lievitystä. Karsimisen tekee aina lääkäri. (Rahko & Rajala, 2020.) Lääkehoidon kanssa käsi-kädessä kulkevatkin lääkkeettömät kivunhallintakeinot. Lääkkeettömillä hoidoilla voidaan helpottaa kivun lisäksi muun muassa kuolevan ahdistus- ja masennusoireita. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019.)

Kuoleman lähestyessä hoivakodin asukkaan oloa voidaan helpottaa monilla eri tavoilla. Hoitajan tai läheisten läsnäolo, juttelu ja koskettaminen ovat tärkeitä keinoja ahdistuksen lievittämiseen. Niin kauan kuin syöminen ja juominen onnistuu, niin on hyvä tarjota pieniä, mieluisia ruoka- ja juoma-annoksia. Kun nieleminen vaikeutuu, on suun kostuttaminen tärkeää. Suuta voi kostuttaa esimerkiksi veteen, mehuun tai öljyyn kastetulla pumpulipuikolla tai apteekista ostettavilla suuta kosteuttavilla hoitogeleeillä. (Mustonen, i.a., s. 6.)

Lääkkeetöntä oireen hoitoa on myös esimerkiksi asento- ja liikehoito (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019). Sängyn päädyn nostaminen, tukityyny ja painehaavaumia ehkäisevä patja ovat hyviä keinoja olon helpotukseen. On tärkeää seurata myös eritustoimintaa. Esimerkiksi hikoilu voi olla runsastakin, jolloin kostealla pyyhkiminen sekä vaatteiden ja lakanoiden vaihto voi olla tarpeen. Asukkaalla olisi hyvä olla väljät, mukavat vaatteet sekä kevyt peite päällään. (Mustonen, i.a., s. 6.)

Hoitosuunnitelmaan on kirjattuna asukkaan toivomukset ja mieltymykset, joita kuoleman lähestyessä on tärkeää toteuttaa. Esimerkiksi musiikki tai lukeminen voivat helpottaa kuolevan asukkaan ahdistusta. On tärkeää huomioida myös asukkaan vakaumus sekä hengelliset tarpeet. Musiikki voi olla esimerkiksi virsiä tai lukeminen Raamattua, jos se on asukkaan arvojen mukaista. Myös papin voi

kutsua paikalle, jos se on asukkaan toive. (Mustonen, i.a., s. 6.) Hengellistä hoitotahtoa on mahdollista ilmaista esimerkiksi kirkon ja seurakuntien käyttämällä sielunhoitokortilla. Sielunhoitokortilla asukas pystyy ilmaisemaan vapaamuotoisesti toiveitaan esimerkiksi hartaushetkeen, seurakunnan työntekijän vierailuun tai ehtoollisen vastaanottamiseen liittyen. Korttiin voi kirjata lisäksi lempivirren ja kotiseurakunnan, jotta voidaan olla yhteydessä mahdollisesti tuttuihin työntekijöihin. (Suomen ev.lut. kirkko, i.a. -f.) Vakaumuksen ja hengellisten tarpeiden lisäksi on tärkeää huomioida kulttuuriset eroavaisuudet, sillä enenevässä määrin asukaina on myös eri kulttuuritaustan omaavia henkilöitä.

4.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma

Suurimmalla osalla suomalaisista kuolinsyynä on jokin etenevä sairaus. Vaikka tautikohtaisia hoitoja on tarjolla koko ajan enemmän ja enemmän, niin aina ne eivät palvele ihmisen parasta elämän loppuvaiheessa. Usein sairastuneella ja hänen läheisillään on ollut jo pitkään huolta ja epävarmuutta sairastumisesta, jolloin hoitosuunnitelmasta sopiminen on helpottavaa ja saattaa samalla lisätä myös luottamusta hoitoon. (Lehto ym., 2019.)

Kansainvälisessä kirjallisuudessa ja tutkimuksissa käytetään termiä *advance care planning (ACP)* eli ennakoiva hoitosuunnitelma ja sillä tarkoitetaan potilaan, hänen läheistensä ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä käytyjä keskusteluja potilaan toiveista ja tavoitteista tulevaisuuden hoidon suhteen sekä niiden kirjaamista ylös. Nämä keskustelut ovat käytännössä kohdennettu niihin, joiden sairaus on jo pitkälle edennyt ja niihin, jotka voivat sairautensa vuoksi menettää kommunikaatiokykynsä. Muistisairaita kannustetaan keskusteluun jo hyvin varhaisessa vaiheessa, kun potilaan kognitio vielä riittää hoitotahdon muodostamiseen. ACP-keskusteluista on nostettu esille useampi hyöty: lisääntynyt hoitotyytyväisyys ja palliatiivinen hoito sekä läheisten vähentynyt ahdistuneisuus. Esimerkiksi terveyskeskusten näkökulmasta nämä keskustelut ovat lisänneet hoitotahtojen kirjaamista sekä vähentäneet tehohoitojaksoja ja siirtoja sairaalaan. (Lehto ym., 2019.)

Elämän loppuvaiheen hoidosta käytävä keskustelu voi olla hyödyllinen missä sairauden vaiheessa tahansa, mutta erityisesti pitkälle edenneessä sairaustilanteessa. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma on tarpeen viimeistään silloin, kun sairauden etenemiseen ei kyetä enää merkittävästi vaikuttamaan. Ajoissa tehty suunnitelma on erityisen tärkeä esimerkiksi muistisairaille. Hoitosuunnitelma sisältää keskustelut sairauden luonteesta, hoitomenetelmistä, hoidon tavoitteista, jotka pitävät sisällään hoitolinjaukset, hoidon rajauksista sekä potilaan toiveet ja pelot sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Näiden keskustelujen pohjalta pyritään luomaan konkreettinen hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheeseen. Suunnitelmassa ennakoidaan muun muassa potilaan kivun sekä muiden fyysisten oireiden hoito, potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Keskusteluja olisi hyvä käydä useamman kerran taudin edetessä. Suunnitelman teon yhteydessä potilas voi laatia hoitotahtonsa ja määrittää esimerkiksi sen, kuka on se henkilö, jonka toivoo edustavansa itseään, jos ja kun oma kommunikaatiokyky heikkenee, kuten esimerkiksi muistisairauden edetessä usein käy. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma hoitolinjauksineen sekä -rajauksineen pitää kirjata asiakassuunnitelmaan, jos potilaalla sellainen on. (Lehto ym., 2019.)

Elämän loppuvaiheen hoitoa ja hoidon toteuttamista ohjaavat lait sekä suositukset. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään potilaan oikeudesta saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa, jota on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Jos potilas ei itse ole kykene tekemään päätöksiä hoitonsa suhteen, tulee kunnioittaa aiemmin tehtyä hoitotahtoa. (L 785/1992.)

4.3 Hoitotahto

Hoitotahto on asukkaan hoitoa koskeva tahdonilmaisu sen varalle, ettei asukas pysty enää osallistumaan itseään koskeviin päätöksiin esimerkiksi muistisairauden tai yleisen vanhuuden heikkouden vuoksi. Hoitotahtoon voidaan kirjata hoitoa koskevia ohjeita ja toiveita, esimerkiksi kieltäytyminen tietyistä hoitotoimenpiteistä ja sairaalasiirroista. Hoitotahto helpottaa sekä läheisten että hoitoon osallistuvien toimintaa. (Valvira, 2020.) Hoitotahdon puuttuessa kuullaan laillista

edustajaa tai lähiomaista. Hoidon tulee kuitenkin aina olla potilaan edun mukaista. (L 785/1992.)

Muistisairaalle elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma tulee tehdä riittävän varhaisessa vaiheessa muistisairautta juuri siksi, että asukas on vielä kykeneväinen ilmaisemaan omankin kantansa esimerkiksi antibioottihoitoihin ja ravitsemukseen liittyviin kysymyksiin sekä sairaalasiirtoihin (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019). Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tulisi sisältää muun muassa tiedot hoitolinjauksista, hoidonrajauksista sekä hoitotahto, yksilölliset toiveet saattohoidosta, suunnitelma akuuttitilanteita varten, hoidosta vastaava taho, konsultoitava erityistason yksikkö ja tarvittava lääkitys (Mustonen, i.a., s.5).

Hoitotahto tehdään yleensä kirjallisesti, jolloin siinä näkyy tekijän omakätinen allekirjoitus ja päivämäärä. Hoitotahto on voimassa myös ilman todistajia, mutta suosituksena kuitenkin on, että siinä olisi käytetty kahta perheeseen tai lähisukuun kuulumatonta todistajaa. Kirjallinen hoitotahto voidaan liittää sairaskertomuksen liitteeksi tai se voi kulkea myös asiakkaan mukana, tällöin sairaskertomuksessa tulee kuitenkin olla merkintä hoitotahdon olemassaolosta. Nykyään hoitotahto voidaan tallentaa myös Kelan hallinnoimaan Kanta.fi-palveluun. Tämä on myös suositeltava tapa, sillä sieltä se on tarpeen tullen löydettävissä. Oma-kanta-tietokannassa jokainen pääsee itse muokkaamaan hoitotahtoaan tarvittaessa ja varmistamaan sen ajantasaisuuden. Hoitotahdon voi lain mukaan ilmaista myös suullisesti. Tällöin se on kirjattava potilas- ja asiakastietoihin. Mahdollisuuksien mukaan siihen tulisi kuitenkin pyytää allekirjoitus tai muulla vaihtoehtoisella tavalla todentaa sen oikeellisuus. Sähköiseen sairaskertomukseen suullinen hoitotahto voidaan kirjata esimerkiksi kahden todistajan varmentamana. (Halila, ym., 2022.)

Ennen muuttoa Hoivakoti Pietariin asukas on jo usein omaisensa kanssa laatinut jonkinlaisen hoitosuunnitelman ja hoitotahdon, sillä useissa tapauksissa hoivakotiin muutettaessa asukkaan muistisairaus on jo niin pitkällä, ettei hän enää itse, yksinään, kykenisi näitä tekemään. Pian muuton jälkeen pyritään pitämään hoitokokous, kunhan asukas on kotiutunut hoivakotiin. Hoitokokoukseen

osallistuu asukas, lähiomainen ja nimetty omahoitaja sekä tiiminvetäjä. Hoitokokouksessa keskustellaan asukkaan elämästä ja toiveista tulevaa ajatellen itse laaditun hoitotahdon pohjalta. Myös kuolema on hyvä ottaa luontevasti osaksi keskustelua ja tuoda esille, että siitä keskustelu on keskeinen osa jossakin vaiheessa eteen tulevaa saattohoitoa. Hoitokokouksessa keskusteltuja asioita voidaan kirjoittaa osaksi hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa. Kirjausjärjestelmä Doma Careen päivitetään puolivuositain, tai tarpeen vaatiessa useammin, asukkaan hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Suunnitelman laatimiseen voi osallistua myös asukas ja/taiomainen, hoitajien lisäksi. (Tanja Hyden, Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.)

4.4 Hoitolinjaukset ja -rajaukset

Hoitolinjaus määrittelee hoidon ensisijaisen tavoitteen. Tämän tulee olla lääketieteellisesti perusteltu ja samaan aikaan noudattaa potilaan arvoja ja toiveita. Kokonaistavoitetta määriteltessä tulee pohtia, hyötyykö potilas jostakin yksittäisestä hoidosta tai tutkimuksesta. Hoitolinjaukseen kuuluukin hyödyttömien tai pelkättään kärsimystä lisäävien hoitojen välttäminen eli hoidon rajaaminen, mutta toisaalta myös linjausten mukaisen hoidon tarjoaminen. Kuten hoitosuunnitelmaa, myös hoidon linjauksia voidaan tarkastella sairauden edetessä. Suurin osa pitkäaikaissairauksien hoidosta hidastaa tai vakauttaa taudin etenemistä. Näin ollen elinajan pidentämisen rinnalla tavoitteena on myös toimintakyvyn sekä elämänlaadun ylläpitäminen. Palliatiivista hoitoa voidaan antaa hoitolinjasta riippumatta. (Lehto ym., 2019.) Hoitolinjauksen tekee hoitava lääkäri yhdessä hoidettavan, omaisten sekä hoitajien kanssa (Mustonen, i.a., s. 4).

Palliatiivinen hoitolinjaus on ajankohtainen silloin, kun sairauden etenemiseen ja jäljellä olevan elämän pituuteen ei voida enää hoidolla vaikuttaa. Tällöin hoidon tavoite onkin oireiden lievittäminen sekä elämänlaadun vaaliminen. Saattohoidosta tämä hoitolinjaus erottuu siten, että palliatiivinen hoitolinja ei ole sidottu millään tavalla elinaikaennusteeseen. Palliatiivisen hoitolinjan vaiheessa voi elää vielä useiden kuukausien tai jopa vuosien ajan. (Lehto ym. 2019.)

Saattohoitopäätöksellä tai –linjauksella ilmaistaan sitä palliatiivisen hoitolinjan vaihetta, jossa kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai –viikkojen aikana. Tällöin hoito tulee kohdentaa kuolevan kannalta merkityksellisiin asioihin, kuten välittömään oirelievitykseen, jäähyväisiin sekä henkiseen tukeen. Saattohoitopäätös on myös merkityksellinen läheisten valmistautumisen kannalta. Se ohjaa myös hoitohenkilökuntaa antamaan kuolevalle tämän tarvitsevan erityishuomion. (Lehto ym., 2019.)

Hoidon rajauksilla määritellään ne hoitomuodot, joista on päätetty pidättäytyä. Yleisin hoidon rajaus on elvytyskielto eli DNR-kielto (Lehto ym., 2019). Tällöin ei enää yritetä elvyttää, jos hengitys tai sydämen toiminta pysähtyy. Elvytyksellä ei olisi enää toivottavia vaikutuksia pelastuksen kannalta tai hyvän elämänlaadun palauttamiseksi, usein juuri päinvastoin. (Mustonen, i.a., s. 4.)

Useimmilla asukkailla on jo muuttaessaan esimerkiksi elvytys- eli DNR-kielto (do-not-resuscitate), joko omasta tahdosta (aiemmin kirjattuna hoitotahtoon) tai lääkärin päätöksellä diagnooseihin ja kokonaisvaltaiseen tilanteeseen peilaten. (Tanja Hyden, hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.) Hoidon toteuttamisesta tehdyn suunnitelman tekemisestä on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992).

Myös hoitopaikkasiirtoihin on tärkeää ottaa kantaa hoitosuunnitelmassa erityisesti muistisairaiden osalta, sillä heidän tarpeettomia siirtojaan tulisi välttää. Hoitopaikkasiirrot ovat osa hoitorajauksia. Hoitopaikan vaihtuminen voi herkästi aiheuttaa muistisairaalle sekavuutta ja toimintakyvyn heikkenemistä sekä altistaa muistisairaana tarpeettomasti kuormittaviin tutkimuksiin ja hoitoihin. Tämä rajauspäätös edellyttää suunnitelmaa hoidon toteuttamiseksi omassa hoitopaikassa. Suunnitelmassa tulee olla esimerkiksi lääkärin konsultointimahdollisuus, oirehoidon osaaminen sekä yksin varustautuminen oirelääkkein. (Lehto ym., 2019.)

5 TUEN TARVE KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ JA SEN JÄLKEEN

5.1 Psykososiaalisen tuen tarve kuoleman lähestyessä

Kuolevan ihmisen kärsimys on kokonaisvaltaista. Fyysisiin oireisiin lukeutuvien esimerkiksi kivun, pahoinvoinnin, väsymyksen ja liikuntakyvyn heikkenemisen lisäksi ihminen saattaa kokea psyykkistä, sosiaalista sekä henkistä tai hengellistä kärsimystä. Psyykkiseen kärsimykseen saattaa liittyä esimerkiksi masennusta, alakuloa ja toivottomuuden tunnetta sekä pelkoa kuolemaan liittyvistä oireista ja kärsimyksestä. Sosiaalista kärsimystä voivat aiheuttaa esimerkiksi huoli läheisistä tai taloudellisista asioista, oman roolin muuttuminen tai ajatukset yksin kuolemista. Henkisen ja hengellisen kärsimyksen ulottuvuuksia voivat olla synnintuntoa, vihaa Jumalaa kohtaan tai erilaisia pelkoja. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2022.)

Lähestyvän kuoleman aiheuttamat pelot voivat liittyä esimerkiksi kipuun, oman persoonan hajoamiseen tai elämästä luopumiseen. Ihmisen nähdessä ja koessa oman kehonsa heikkenemisen sekä sairauden etenemisen, voi oleminen tuntua jopa merkityksettömältä. Kuoleva ihminen voi kokea tuskaa ja ahdistusta myös pohtiessaan henkisiä ja hengellisiä kysymyksiä. Eksistentiaaliset eli olemassaoloa koskevat pohdinnat ovat osa prosessia, jota ihminen käy läpi ennen kuolemaansa, pohtiessaan esimerkiksi elettyä elämäänsä, lähestyvää kuolemaa tai kuoleman jälkeistä aikaa. Tämän kaltaisella pohdinnalla ihminen pyrkii löytämään sisäisen rauhan sekä toivoa ja voimaa sietää eksistentiaalista kärsimystä. Kanssakeskustelijan tärkeimpiä työkaluja kuolevan ihmisen kärsimyksen helpottamiseksi ovat herkkyys, empatia ja kyky kuunnella. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2022.)

Kärsimyksen kokeminen on yksilöllistä, jonka vuoksi on erityisen tärkeää kohdata jokainen yksilönä ja tunnistaa avun ja tuen tarpeet. Jo myötätuntoisella kohtamisella sekä avun saamisen kokemuksella ihmisen kärsimys voi lievittyä. Tilanteissa, joissa ihmisen kyky kielelliseen kommunikaatioon on selkeästi heikentynyt, on ammattilaisten tehtävä havainnoimalla selvittää kärsimyksen laatua ja sen

mukaan lievittää sitä. Haastetta tähän tuo kokonaisvaltainen kärsimyksen kokeminen, sillä esimerkiksi henkinen ahdistus saattaa tuntua fyysisinä oireina ihmisen kehossa. Toisaalta tämä mahdollistaa myös sen, että kärsimyksen lievittämiseksi voidaan hyödyntää useampia keinoja, kuten fyysistä kipua voidaan lääkkeellisen oireiden hoidon lisäksi helpottaa luomalla ihmiselle turvallisuuden tunnetta. (Terveyskylä, 2021c; Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2022.)

Opinnäytetyötä varten tutustuttiin myös tutkimukseen, joka toteutettiin 45-paikkaisessa syöpäsairaalassa Pakistanin Karachissa. Tutkimuksessa käsiteltyjä teemoja olivat esimerkiksi hengellisyys osana ihmisyyttä, yhteenkuuluvuus, myötätunnon saaminen, ihmisarvoinen ja yksilöllinen kohtaaminen, kulttuurin ja uskonnollisen vakaumuksen kunnioittaminen sekä hengellisen hoidon toteuttaminen. Tutkimuksen tuloksissa painottui, ettei hengellinen hoito ole ongelmien tunnistamista ja hoitamisesta, vaan sen sijaan läsnäoloa ja kärsimysten ymmärtämistä sekä potilaan ja hänen läheisten yhdessä olon mahdollistamista ja auttamista koko sydämellä. (Lalani ym., 2021.) Pakistanissa valtaväestö on muslimeja ja tutkimuksessa kävikin ilmi, että ihmisten tarpeet ovat elämän loppuvaiheessa samankaltaisia uskonnosta tai kulttuurista riippumatta. Koemme, että se on tärkeä näkökulma tähän opinnäytetyöhön, sillä maahanmuuttajataustaisia ikääntyneitä tulee olemaan lisääntyvissä määrin. Asiakkaina voi olla hyvin erilaisia taustoja omaavia henkilöitä ja näin ollen heidän tarpeisiinsa tulee osata vastata. Kantasuomalaisena tulisi nähdä myös eri kulttuuriperinnön omaavien rikkaus, suhteessa elämään ja kuolemaan liittyvissä ajatuksissa.

5.1.1 Osallistavat kokemukset kuoleman lähestyessä

Kuoleman lähestyessä sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen kuormittavat asukkaan hyvinvointia. Tällöin korostuu sosiaalisten suhteiden merkitys. Merkityksellisimmistä perhe- ja ystävyys-suhteista etäännyminen vaikuttaa eniten asukkaan kokemaan hyvinvointiin. Ongelmalliset ihmissuhteet eivät kuitenkaan korjaannu kuin itsestään kuoleman lähestyessä, vaikka näin usein ajatellaan. Jos asukkaalla ei ole läheisiä ihmissuhteita, olisi erityisen tärkeää hoitajien huomioida tämä asia antamalla enemmän aikaa ja läsnäoloa. Toisaalta asukkaan toivetta

yksin olemisesta on kunnioitettava. Sosiaalisten suhteiden merkitystä onkin hyvä tarkastella asukkaan eletyn elämän näkökulmasta. (Seppänen ym., 2020.)

Tarpeiden peilaaminen elettyyn elämään ei kaikissa tapauksissa ole kuitenkaan täysin luotettavaa, sillä ikääntymisen myötä esimerkiksi merkityksen etsiminen ja eksistentiaalisen tuen tarve vaihtelee yksilöllisesti. Henkisyys- ja hengellisyyteen liittyviä tarpeita tunnistetaan heikosti, vaikka eksistentiaalisen tuen saaminen kuuluu perusoikeuksiin. Tämä saattaa juontaa juurensa osittain siitä, että Suomessa henkisyys- ja hengellisyyteen liittyvien kysymysten monesti ajatellaan olevan yksityisasioita. (Seppänen ym., 2020.)

Inhimillisen kohtaamisen lisäksi elämän loppuvaiheen hoidossa on olennaista kiinnittää huomiota ympäristöön. Osa ihmisistä saa lohtua luonnosta, toiset taiteesta tai musiikista. Ihanteellisessa tilanteessa kuolevalla on halutessaan mahdollisuus päästä ulos luonnon ääreen. Hyvin suunnitelluissa hoivakodin huoneissa on vähintään mahdollisuus ikkunoista katsella luontoa. (Butters, 2021.) Ihmisen aisteista kuuloaisti lakkaa viimeisenä toimimasta kuoleman kohdatessa (Niemeläinen, 2013, s. 7). Tämä on hyvä myös kuolevan vierellä viimeiset hetket viettävän henkilön tiedostaa, oli kyseessä sitten työntekijä, omainen tai saattohoidon tukihenkilö. Mieluisalla musiikilla on monia vaikutuksia ihmismieleen; se saattaa rentouttaa tai virkistää, tuoda mieleen muistoja tai herättää ajankohtaisesti ajatuksia. Tuttu musiikki menneisyydestä voi luoda ihmiselle turvallisuuden tunnetta ja siten helpottaa vaikeistakin asioista puhumista. Musiikki on näin ollen oiva väline vuorovaikutukseen ja sitä voidaan hyödyntää erilaisissa tilanteissa elämän loppuvaiheessa. (Lilja-Viherlampi, musiikkiterapeutti, henkilökohtainen tiedonanto, 6.4.2022.) Vuorovaikutus voi lisäksi olla esimerkiksi sanatonta viestintää tai kosketuksen avulla viestimistä. Passiiviset musiikkikokemukset, lähinnä musiikin kuunteluun perustuen, voivat muun muassa vähentää ihmisen kipua ja levottomuutta sekä viedä ajatuksia pois sairaudesta ja kuolemasta (Niemeläinen, 2021).

5.1.2 Sielunhoito ja sairaalasielunhoito

Henkinen ja hengellinen hyvinvointi sekä sen edistäminen osana hoitotyötä on moninaista toimintaa. Jokainen ihminen kokee elämänsä loppuvaiheessa tarvetta keskustella mietteistään, kokea elämän mielekkyyttä sekä pohtia vakaumukseensa liittyviä asioita, riippumatta siitä onko kyseessä uskonnollinen tai uskonnoton ihminen. (Lipponen ym., 2018.) Elämän loppuvaihetta voidaan pitää aikuisiän merkityksellisimpänä psyykkisen muutoksen aikana. Omat aiemmin arvossa pidetyt asiat saattavat menettää merkitystään ja toisenlaiset asiat nousta tärkeämpään arvoon. (Terveyskylä, 2021b.)

Eksistentiaalisen kärsimyksen helpottamiseksi voidaan hyödyntää esimerkiksi sielunhoitoa. Tutummillaan sielunhoito on auttavaa keskustelua. Tapaamisen voi sopia omasta seurakunnasta löytyvän papin tai diakoniatyöntekijän kanssa, tällöin voi jutella siitä, mikä painaa mieltä. Keskustelut papin tai diakoniatyöntekijän kanssa ovat aina luottamuksellisia. Seurakunnissa on monia sielunhoidon ammattilaisia. (Suomen ev.lut. kirkko, i.a., -a.) Hoivakoti Pietari sijaitsee Turussa ja siellä onkin useampia seurakuntia, joihin kuulumisen määrittäytyä asuinalueen (tai virallisen osoitteen) mukaan. Jokaisessa seurakunnassa on jonkinlaista keskusteluapua tarjolla. Kaarinan seurakunnassa taas on kaksi nimettyä pappia, jotka tarjoavat sielunhoitoa (Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä, i.a.-a). Raision seurakunnassa on nimetty sielunhoitoterapeutti, joka tarjoaa keskusteluapua (Raision seurakunta, i.a.).

Sairaalasielunhoitoa kutsutaan vakaumuksen mukaiseksi eksistentiaalisiksi tueksi. Lyhyesti se tarkoittaa ihmisen auttamista, tukemista ja lohduttamista elämän suurimmissa muutoksissa, esimerkiksi vakavassa sairastumisessa ja kuolemassa. Yhteensä 115 sairaalapappia työskentelee sosiaali- ja terveydenhuollossa. Heidän tehtäviinsä kuuluu muun muassa tukea potilasta ja hänen läheisiään sairauden ja luopumisen kriiseissä. Sairaalasielunhoitajat työskentelevät osana moniammatillista tiimiä. (Suomen ev.lut. kirkko, i.a.-b.) Sairaalasielunhoito ankkuroituu kirkon perustehtävään sekä kirkon ja terveydenhuollon yhteisiin päätöksiin ja suosituksiin. Sairaalasielunhoitaja toimii seurakuntien palkkaamana terveydenhuollossa. (Kirkkohallitus, 2011.)

Kirkon strategiassa nousee esille neljä arvoa, jotka ovat pyhän kunnioitus, oikeudenmukaisuus, vastuullisuus ja totuudellisuus. Sielunhoitajan tehtävä on kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, vakautta ja koskemattomuutta. Myös sielunhoidossa ihminen nähdään kokonaisuutena, jolloin huomioidaan niin fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset kuin hengellisetkin tarpeet. Sairaalasielunhoitajan konkreettinen tehtävä on palvella potilaita, heidän omaisiaan sekä myös henkilökuntaa. Hän on asiantuntija sairauden herättämien elämänarvojen ja elämänkatsomusta koskevissa kysymyksissä. Hengellinen ja henkinen tuki saattohoidossa ja surevien omaisten tukeminen vaatii ammattitaitoa. Sairaalasielunhoitaja tarvitsee kirkon hyväksymän erikoiskoulutuksen toimiakseen tehtävässään. (Kirkkohallitus, 2011.)

Hoivalaitokseen voi kutsua kirkon työntekijän vierailulle. Hoivalaitosyhteistyöstä tulee sopia aina hoivalaitoksen edustajan kanssa. Laitosvierailut olisi hyvä järjestää siten, että seurakunnassa olisi nimetty työntekijä, jonka vastuulla hoivalaitosyhteistyö on, sillä erityisesti ikääntyneiden kohdalla tuttuus ja jatkuvuus ovat tärkeitä. Jos hoivalaitoksen asukas on pyytänyt henkilökohtaista keskusteluaikaa papin kanssa, tulee sille varata aikaa ja löytää rauhallinen tila, esimerkiksi asukkaan oma huone. (Suomen ev.lut. kirkko, i.a.-c.)

Vuonna 2021 sairaalapapit kirjasivat 43 551 yksilön kohtaamista, joka on reilut kymmenentuhatta vähemmän kuin vuonna 2020. Koronaepidemian vaikutus näkyy tilastoissa selvästi, sillä esimerkiksi vuonna 2017 sairaalapapit kirjasivat yli 54 500 kohtaamista. Vuonna 2021 lähes 24 000 kohtaamista oli potilaan tai asiakkaan kanssa, läheisten tai perheenjäsenten kanssa oli reilu 7000 kohtaamista ja terveydenhuollon ammattilaisia sairaalapapit tapasivat 9074 kertaa. Yleisimmät teemat sairaalapapin tapaamiselle olivat terveys ja sairaus, kuolema ja suru sekä hengelliset asiat. (Suomen ev.lut. Kirkko, i.a.-e.)

Ennen koronaa Hoivakoti Pietarissa kävi pappi sekä kanttori joka kuukauden ensimmäinen maanantai pitämässä asukkaille hartaushetken. Koronan myötä käynnit jäivät, eivätkä ole enää jatkuneet. Hoivakodissa ei ole tullut vastaan tilanteita, joissa asukas tai omaiset olisivat kaivanneet pappia kuoleman lähestyessä.

(Veera Kinnunen, Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.)

5.1.3 Saattohoidon vapaaehtoiset tukihenkilöt

Saattohoidon tukihenkilötoiminnalla täydennetään työntekijöiden antamaa kokonaisvaltaista hoitoa. Tukihenkilön rooli riippuu asukkaasta ja hänen läheistensä toiveista ja tarpeista, vapaaehtoisen omista mahdollisuuksista sekä vapaaehtoistyötä organisoivan että hoitoa antavan tahon toimintaperiaatteista. Tukihenkilö voi olla asukkaalle tai omaiselle esimerkiksi kuuntelijana, keskustelijana, seurana tai avustaa pienissä ei-hoidollisissa toimenpiteissä. (Terveyskylä, 2021b.) Yksi tärkeimmistä asioista, joita saattohoidon tukihenkilö voi kuolevalle ihmiselle antaa, on kiireetön läsnäolo (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2022).

Saattohoidon tukihenkilöitä on Suomessa koulutettu pitkään ja useampien eri tahojen toimesta. Ajankohtaisesti esimerkiksi Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistyksellä on käynnissä kolmevuotinen saattohoidon vapaaehtoistoiminnan kehittämishanke SAAVA. Hankkeen tavoitteena on tulevaisuudessa helpottaa vapaaehtoistoiminnan aloittamista saattohoidon yksiköissä. SAAVA-kehittämishankkeen puitteissa koulutetaan vapaaehtoisia toimimaan saattohoidon tukihenkilöinä. Koulutus antaa tarvittavaa tietoa ja taitoa erityisesti kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä kohtaamiseen ja tukemiseen. Koulutuksen aikana vapaaehtoiset pohtivat omia voimavaroja ja motivaatiotaan sekä pääsee keskustelujen kautta vaihtamaan näkökulmia muiden koulutukseen osallistujien kanssa. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2022.)

Saattohoidon tukihenkilötoiminta on vapaaehtoistyön muoto, jota Turussa organisoivat esimerkiksi Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymät. Saattohoidon vapaaehtoisena tukihenkilönä toimiminen edellyttää peruskurssin suorittamista sekä toimintaan sitoutumista. (Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä, i.a.-b.) Pelkkä vapaaehtoisen sitoutuminen toimintaan ei kuitenkaan riitä, vaan myös saattohoitoa tarjoavien yksiköiden on sitouduttava vapaaehtoisiin (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry, 2022). Ennen koulutusta vapaaehtoiset haastatellaan, jolla varmistetaan soveltuminen tehtävään. Jokaisen vapaaehtoisen kanssa tehdään

kirjallinen sopimus vapaaehtoisena toimimisesta sekä asioiden salassapidosta. Vapaaehtoisille järjestetään organisoivan tahon puolesta toiminnanohjausta, missä pääsee jakamaan kokemuksiaan ja saamaan vertaistukea haasteellisiin tilanteisiin. (Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä, i.a.-b.) Ajankohtaisesti Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymän saattohoidon vapaaehtoisia tukihenkilöitä on määrällisesti vähäisesti, joten he toimivat Turun kaupungin omissa suuremmissa hoivakodeissa (Anne Alkio, diakoniatyöntekijä, henkilökohtainen tiedonanto, 2022).

5.2 Omaisena kuolevan henkilön vierellä

Hyvässä saattohoidossa tulee kuolevan ihmisen lisäksi huomioida hänen omaisensa. Tärkeään rooliin nousee henkilökunnan osaaminen yksilölliseen kohtamiseen. (Seppänen ym., 2020.) Omaisille tieto läheisensä kuoleman lähestymisestä voi tulla yllätyksenä ja vaatii sopeutumista. Omaisia on tärkeää informoida muistisairaudesta ja elämän loppuvaiheeseen liittyvistä mahdollisista komplikaatioista (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä, 2019). Omaisten pohtiessa, miten tukea läheistään parhaiten tai miten tilanteessa tulisi ylipäättään toimia, on hyvä huomioida, ettei yhtä ja ainoaa oikeaa tapaa ole. Siihen vaikuttaa muun muassa kuolevan läheisen tämänhetkiset voimavarat, aiemmat tavat sekä suhteen läheisyys omaiseen. (Terveyskylä, 2021a.)

Toisinaan omaiset saattavat toivoa, että hoitaja on koko ajan läsnä huoneessa ja siihen tietysti pyritään, hoitajamitoituksen sallimissa puitteissa. Toiset omaiset taas toivovat rauhaa kuolevan viimeisillä ajoilla. On tärkeä taito tietää, milloin on oikea hetki lähteä pois huoneesta ja antaa omaisten olla rauhassa. Jokaisen hoitajan tulisi tiedostaa, että yksin ei tarvitse olla ja kokeneemman hoitajan voi pyytää avuksi. (Tanja Hyden, Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja, henkilökohtainen tiedonanto, 2022.)

Läheisensä menettämisen jälkeen omaisen mielen valtaa useimmiten suru. Surun kokemukset ovat henkilökohtaisia ja siihen voi liittyä erilaisia tunteita. (Mieli

ry, 2021.) Omaiset ovat voineet valmistautua läheisensä kuolemaan ja tehdä luopumista jo sairauden edetessä, mutta kuoleman kohdatessa tilanne saattaa kaikesta huolimatta aiheuttaa hyvinkin voimakkaita reaktioita (Esperin saattohoitotyöryhmä, henkilökohtainen tiedonanto, 27.1.2021). Onkin hyvä muistaa, ettei omaisten tukeminen pääty läheisen kuolemaan. Hoitohenkilökunnan olisi tärkeää mahdollistaa omaisille aikaa keskustelulle ja asioiden läpi käymiselle heidän tarpeidensa mukaisesti, esimerkiksi hautaamisjärjestelyjen miettiminen saattaa tuntua kovin vaikealta. Tarvittaessa omaiset voidaan ohjata esimerkiksi seurakunnan vertaistukiryhmään läheisensä menettämisestä heränneiden ajatustensa käsittelemiseksi. Hengellistä ja henkistä tukea vertaistukiryhmän lisäksi voi hakea sairaalapapeilta, esimerkiksi Turun yliopistollisessa keskussairaalan hiljaisessa huoneessa voi tavata sairaalapapin. Omaisen voi ohjata myös ottamaan yhteyttä kriisikeskukseen tai valtakunnalliseen kriisipuhelimeen, joka päivystää viikon jokaisena päivänä vuorokauden ympäri. (Turun yliopistollinen keskussairaala, i.a.) Lisäksi kirkko tarjoaa keskusteluapua palvelevan puhelimen muodossa, joka on avoinna klo 18–24 vuoden jokaisena päivänä. Päivystäjinä toimii koulutetut vapaaehtoiset sekä kirkon työntekijät. (Suomen ev.lut. kirkko, i.a.-g.)

6 KEHITTÄMISTYÖ: PEREHDYTYSKANSIO

6.1 Perehdytyskansion suunnittelu

Aloimme vuonna 2021 alkusyksystä pohtimaan opinnäytetyömme aihetta. Olimme nopeasti yhtä mieltä aiheesta: molempien kiinnostus saattohoitoa kohtaan ja kokemus vanhustyöstä helpottivat aihevalintaamme. Saimme työelämäyhteistyötaholtamme kuin tilauksesta aiheen opinnäytetyöhömme. Hoivakodin yksikönjohtajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta lähdimme suunnittelemaan perehdytyskansiota, joka vastaa työelämäyhteistyötahon toiveita ja vastaa heidän tarpeeseensa. Esittelimme ideapaperimme joulukuussa 2021 ja tammi-kuussa 2022 esittelimme suunnitelman opinnäytetyön toteuttamisesta. Kevään

lopussa esittelimme käsikirjoituksen ensimmäisen version ja sitä myöden jatkoimme opinnäytetyön työstämistä.

Työstimme opinnäytetyötämme perehtymällä aiheeseen aiemmin saadun tutkimustiedon, lainsäädännön, oppikirjamateriaalin sekä muiden erilaisten luotettavien lähteiden avulla. Perehdytyskansiossa tarkastellaan saattohoitoa myös terveydenhuollon näkökulmasta, jotta se palvelee Hoivakoti Pietarin työntekijöitä parhaalla mahdollisella tavalla.

Heti suunnitteluvaiheessa oli selkeä visio fyysisestä ja visuaalisesti mielenkiintoa herättävästä kansioista, joka on tarpeen tullessa välittömästi käden ulottuvilla. Myöhemmin selvisi kuitenkin, että Esperillä oli omia visuaalisuuteen liittyviä rajoituksia, jotka osaltaan rajoittivat kansion suunniteltua ulkonäköä.

6.2 Perehdytyskansion toteutus

Perehdytyskansion keskeisiin sisältöihin kuuluu saattohoitopäätös, kuka sen tekee ja millaisin perustein. Kansiossa käydään läpi hoivakodin lääkärit, heidän vastuukuntansa, puhelinnumerot ja ajat, jolloin heidät saa kiinni. Kansioista käy myös ilmi, kehen tulee ottaa yhteys, jos saattohoitopäätös tarvitaan nopeasti. Myös hoitotahdon määritelmä löytyy kansioista. Hoivakodin ryhmäkodeilla on oltava ajantasaiset tiedot omien asukkaidensa hoitotahdoista, niiden sijainnista (Doma Care -kirjausjärjestelmä, asukkaan kansio) ja sisällöistä.

Perehdytyskansioon on kirjattu myös fyysisiä merkkejä kuoleman lähestymisestä ja siitä, miten toimitaan, kun näitä huomataan. Hoitajilla tulee olla tiedossa, saako omaisille soittaa ympäri vuorokauden vai otetaanko heihin yhteyttä esimerkiksi vasta aamulla, vaikka yöllä olisi tapahtunut merkittäviä muutoksia voinnissa tai kuolema. Hoitajien on tärkeää tiedostaa, millaisia muutoksia lähestyvä kuolema tuo asukkaalle. Erityisen tärkeää on, että kuoleva asukas on kivuton eikä ole ahdistunut. Kansiossa luetellaan myös lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja, joita voivat myös lääkeluvottomat työntekijät (alan opiskelijat, hoiva-avustajat) toteuttaa helpottaakseen asukkaan oloa.

Perehdytyskansion liitteenä on PAINAD-kipumittari (Liite 2). Kyseinen mittari on kehitetty avuksi juuri pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien kivun arviointiin. Erityisen hyvin se sopii jo puhekykynsä menettäneiden kivun arviointiin. Mittaustulos perustuu kipua kokevan käyttäytymisen arviointiin. Arviointiin käytetään aikaa noin 5 minuuttia, jonka aikana asukasta havainnoidaan. PAINAD-mittari koostuu viidestä osa-alueesta: hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttaminen. Pisteitä annetaan jokaisesta osa-alueesta 0–2. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2020.)

Vainajan laitto on myös käsitelty perehdytyskansiossa. Siinä käydään läpi, miten vainaja laitetaan valmiiksi ja mistä hoivakodin exitus-pakkaus löytyy ja mitä siihen kuuluu. Perehdytyskansiossa on ohjeet kuoleman jälkeisille tapahtumille, erikseen hoitohenkilökunnalle ja omaisille. Tässä osiossa kerrotaan muun muassa mikä hautaus toimisto noutaa vainajan ja mitä heille tulee kertoa. Hoivakoti Pieta-rista vainaja viedään aina pääsääntöisesti Mäntymäen terveysasemalle, jossa kuolema todetaan. Tähän ei vaikuta vainajan kotikunta. Kansiossa kerrotaan, miten omaiset tulisi kohdata, miten heille annetaan informaatiota ja mitä heidän tulee kuoleman jälkeen tehdä. Käytännön esimerkkinä mainittakoon se, mitä omaisten tulee tehdä esimerkiksi asukkaan hoivakodin huoneen ja siellä olevien tavaroiden suhteen.

Perehdytyskansiossa on oma osio hautausluvan ja kuolintodistuksen kirjoittamisesta. Nämä ovat hoitavan lääkärin velvollisuuksia, jotka hoitohenkilökunnan on myös hyvä tietää. Omaisille on myös tärkeää kertoa, että jo ennen kuolintodistuksen saamista he voivat hoitaa vainajan asioita, sillä Digi- ja väestövirastolla on jo tieto kuolemasta. Hoivakodin yksikönjohtaja hoitaa vainajan uloskirjauksen kirjausjärjestelmästä. Kirjausjärjestelmästä tulostetaan vainajasta uloskirjausraportti, jonka yksikönjohtaja toimittaa vainajan kotikuntaan arkistoitavaksi. Uloskirjausraporttiin liitetään myös esimerkiksi allekirjoitetut huumelälääkekortit.

Esperillä on vahva brändi ja sitä kautta esimerkiksi muotoiluun liittyvät seikat ovat tarkasti määritelty. Leipätekstin fonttina käytetään Garamond Pro -fonttia. Väliot-sikoissa käytössä on Arial Bold. Arial-fonttia käytetään korvaavana kaikissa medioissa, jos edellä mainittuja fontteja ei ole mahdollista käyttää. Esperillä on

tarkkaan määritetyt värit, joita tuotteissa ja teksteissä käytetään. Esperillä punainen väri on pääväri. Lisävärejä ovat tummanharmaa, vaaleanharmaa ja valkoinen. Sävyt ovat tarkasti valitut ja niillä on tietyt värikoodit, esimerkiksi punaisen värikoodi on PMS 485. Esperin tulosteissa käytetään logoa, useimmiten punaisella taustalla olevaa versiota. Tekstin kirjoitusasua eikä mittasuhteita saa muuttaa. Logon ympärille on aina jätettävä tarpeeksi suuri turva-alue. Logoa ei ole suositeltavaa käyttää tummalla pohjalla. Esperin logon e-kirjaimen kaarimuotoa käytetään logon taustana. Tämä graafinen elementti voidaan kuitenkin sijoittaa sivulla mihin tahansa nurkkaan. (Brändikirja, Esper, henkilökohtainen tiedonanto, 22.8.2022.)

Nämä yllä mainitut asiat vaikuttivat paljon perehdytyskansion visuaaliseen ilmeeseen. Perehdytyskansiossa haluttiin noudattaa Esperin brändin mukaisia tyyli-seikkoja. Tämä osoittaa arvostusta toimeksiantajaa kohtaan, vaikka se rajoittikin kansion visuaalisuutta. Kansion sivut ovat muotoiltu niin, että ne ovat suoraan tulostettavassa muodossa.

6.3 Palaute perehdytyskansioista

Opinnäytetyön onnistumisen ja ammatillisen kehittymisen kannalta arvioiva palaute työelämän yhteistyötaholta on olennaista. Yhteistyötahon lisäksi ohjausta ja palautetta saatiin ohjaavilta opettajilta, sekä vertaistukea ja palautetta opiskelijakollegoilta.

Kun opinnäytetyö saatiin julkaisuvalmiiksi, pyydettiin arviota perehdytyskansioista hoivakodin työntekijöiltä. Arvioinnin näkökulmina toivottiin olevan esimerkiksi hyödyllisyys, käytännöllisyys ja sovellettavuus osaksi hoitotyötä. Palautteen kerääminen toteutettiin sähköpostitse kohdentaen kysymykset yksikönjohtajalle sekä saattohoidosta vastaaville henkilöille. Ajatuksena oli, että työntekijät voisivat yhdessä keskustella arvioinnista ja kootusti antaa palautteen. Koska palaute pyydettiin kirjallisena sähköpostiin, niin muutokset oli helpompi tehdä, kuin suullisen palautteen pohjalta. Tällöin jotkin muutostarpeet voisivat helposti mennä ohi tai unohtua.

Ennen opinnäytetyön julkaisua pyydettiin palautetta myös Turun kaupunginsairaalan sosiaalityöntekijältä, Maija Kuusistolta. Hänen vastuualueenaan on Kaskenlinnan sairaalan saattohoidon tukiosasto ja Kaskenlinnan sairaalan palliatiivinen osasto. Hänellä on sairaalan sosiaalityöstä kokemusta yli 30 vuoden ajalta, vaikka saattohoito-osaston sosiaalityöntekijänä hän on toiminut vuoden 2022 maaliskuusta alkaen. Kuusisto laati palautteen yhdessä sosiaalityöntekijä Jenna Fagerholmin kanssa, jonka työalueena on kotisaattohoito ja Karinakoti, joka on Lounais-Suomen Syöpäyhdistyksen ylläpitämä saattohoitokoti.

Sosiaalityöntekijät pitivät opinnäytetyön aihetta tärkeänä ja he pitivät hyvänä asiana, että tämä opinnäytetyö on tehty näin konkreettiseen tarkoitukseen. Sosiaalityöntekijät pohtivat, että pystyisikö tätä perehdytyskansiota hyödyntämään muissakin Esperin yksiköissä, sillä vastaava olisi tarpeellinen jokaisessa vanhuspalvelun yksikössä. Perehdytyskansiota he pitivät selkeänä kokonaisuutena, josta oli helposti löydettävissä oleellinen tieto. Sosiaalityöntekijöiden ehdotusten pohjalta saimme pohdittavaksi, olisiko tarpeellista lisätä hoitotahdosta puhuttaessa erikseen edunvalvontavaltuutus, sillä nämä termit menevät usein sekaisin.

Hoivakoti Pietarin yksikönjohtaja antoi positiivista palautetta perehdytyskansiosta sähköpostin välityksellä. Perehdytyskansio välitettiin myös hoivakodin tiiminvetäjille, joista kaksi on sairaanhoitajia ja kaksi lähihoitajia. Toisella tiiminvetäjä-lähihoitajista on parhaillaan kesken saattohoitajan EAT- ja muistihoitajan EAT-opinnot. Sähköpostin saatteena oli muutamia kysymyksiä, jotta palautteen anto olisi helpompaa. Vastauksia pyydettiin muun muassa seuraaviin kysymyksiin: onko perehdytyskansiossa mahdollisia asiavirheitä, onko kansiossa jotakin liikaa tai liian vähän ja onko se riittävän selkeä ja tiivis sekä löytyykö kansiosta ylipäättään kaikki tarvittava ja oleellinen tieto.

Perehdytyskansiosta saatiin hyvää palautetta. Kansiota pidettiin hyvänä ja kattavana. Erityismaininnan sai lääkkeetön oirehoito -osio, jota pidettiin erityisen tärkeänä ja hyvänä. Muokkausta vaati kohta, jossa mainittiin turkulaisten asukkaiden lääkärintoimipäivät, sillä kiertoapäivät vaihtelevat tällä hetkellä paljon.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä edistäessä pyrittiin toimimaan mahdollisimman eettisesti. Opinnäytetyöhön ei liittynyt esimerkiksi hoivakodin asukkaiden tai heidän omaistensa haastatteluja tai muuta tiedonkeruuta, joten tähän liittyviä lupa-anomuksia ei tarvittu. Työelämäyhteistyötahon kanssa allekirjoitettiin sopimus opinnäytetyön laatimisesta. Opinnäytetyöhön ei sisällynyt tutkimusta, vaan oli täysin kehittämispainotteinen. Hoivakotiin liittyviä tietoja saimme haastattelemalla hoivakodin yksikönjohtajaa sekä tiiminvetäjää. Yksikönjohtaja on koulutukseltaan sairaanhoitaja ja tiiminvetäjä lähihoitaja.

Opinnäytetyötä tehtäessä pyrittiin etsimään mahdollisimman luotettavia tutkimusartikkeleita, joihin voi tukeutua. Tutkimusartikkeleista osa oli vertaisarvioituja. Tutkimusten ja artikkeleiden löytäminen tuotti haasteita, sillä suurin osa aiheeseen liittyvistä artikkeleista oli suunnattu lähinnä terveydenhuollon puolelle, ja keskittyivät näin ollen enemmän saattohoidossa toteutettavaan kivunlievitykseen tai muuhun lääkehoitoon. Tämän takia hausta rajattiin ulkopuolelle kivunhoitoon liittyviä artikkeleita, vaikka saattohoidon toteuttaminen onkin kokonaisvaltaisesti tehtävää työtä. Saattohoito ja hengellisyys taas kulkivat enemmän niin sanotusti käsikädessä.

7.2 Omat kokemukset opinnäytetyön prosessista

Molemmilla opinnäytetyöntekijöillä on useamman vuoden kokemus vanhustyöstä ja sitä kautta luonnollisesti myös saattohoidosta. Olemme nähneet monia eri toimintatapoja saattohoidossa. Vaikka kokemusta saattohoidosta löytyy jo entuudestaan, niin olemme myös ammatillisesti kehittyneet tämän opinnäytetyön myötä. Lähihoitajataustamme vuoksi näkökulmamme saattohoitoon on aiemmin painottunut enemmän sairaanhoidolliseen puoleen, jolloin esimerkiksi lääkinnälliset asiat ovat olleet suuremmassa roolissa. Vaikka käsityksemme

kokonaisvaltaisesta saattohoidosta on teoriassa ollut olemassa aiemman koulutuksen myötä, niin käytännön työssä resurssit ovat usein vajavaiset, jotta kaiken huomioivaa saattohoitoa pystyttäisi toteuttamaan. Opinnäytetyön prosessin aikana olemme päässeet näkemään tarkemmin sosiaalialan ammattilaisen roolia hoivakodin saattohoitotyöskentelyssä. Ajatuksena tässä työssä oli sosiaali- ja diakoniatyön näkökulma, mutta kokonaisvaltaista saattohoitoa käsitellessä tulee ottaa huomioon terveydenhuollon painotukset. Mielestämme saimme kuitenkin tavoitteena olleen näkökulman nostettua esille.

Aiemmassa työssämme vanhusten parissa huomasimme, miten tärkeää monelle oli seurakunnan työntekijöiden vierailut yksikössä, sillä useilla vanhuksilla hengellisyys on kulkenut mukana läpi elämän. Vaikka muistisairaus olisi edennyt jo pitkälle, niin lapsuudesta tuttujen laulujen sanat muistuvat siitä huolimatta mieleen ja useilla nämä laulut ovat juuri virsiä. Tämän vuoksi näkisimme tärkeänä, että Hoivakoti Pietari jatkaisi koronan vuoksi tauolla ollutta perinnettä papin ja kanttorin vierailujen suhteen.

Opinnäytetyöprosessin myötä olemme päässeet käymään keskustelua eri toimijoiden kanssa esimerkiksi vapaaehtoisten merkityksestä osana saattohoitoa. Toinen meistä opinnäytetyöntekijöistä osallistui Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys ry:n kehittämishanke SAAVA:n toteuttamaan saattohoidon vapaaehtoisille suunnattuun koulutukseen. Keskusteluissa korostui se, kuinka moni oli läheisenä saanut saattohoitotilanteessa tukea nimenomaan vapaaehtoiselta saattohoidon tukihenkilöltä. Koulutuksen myötä myös opinnäytetyöhön saatiin uutta näkökulmaa.

Löysimme artikkelin ensimmäisestä suomalaisesta sertifioidusta kuolindoulasta. Kuolindoula kuvailee suomalaisia käytännönläheisiksi, sillä he haluavat myös kuoleman kohdatessa ”hoitaa asiat pois päiväjärjestyksestä” ja se tehdään vaiti. Artikkelissa kuolindoula kertoi jo lapsena ihmetelleensä, miksei kuolemasta puhuta. Hän kouluttautui doulaksi katkaistakseen puhumattomuuden ketjun. Kuolindoulaksi hän kouluttautui Ruotsissa, Dödsdoulans i Skandinavien -yrityksen kautta. Koulutus kesti puoli vuotta. Dödsdoulans kouluttaa vapaaehtoisia doulia tukemaan ihmisten elämän loppuvaiheessa. Ensimmäinen koulutus on alkanut

2021 syksyllä. Doulien tarkoituksena on vastata asiakkaan tarpeeseen esimerkiksi olemalla keskusteluapuna, antamalla huomiota asiakkaan haluamalla tavalla tai luoda turvallista ja hyväksyvää ympäristöä, riippumatta siitä, haluaako asiakas viettää elämän loppuvaiheen kotona tai jossakin muussa paikassa. Lisäksi doula voi auttaa tarpeen mukaan juridisten asiakirjojen täyttämässä tai hautajaisjärjestelyissä. (DödsDoulan, i.a.)

Mikäli hoitohenkilökunnan resurssit eivät kohene tulevaisuudessa, korostuu vapaaehtoisten saattohoidon tukihenkilöiden merkitys saattohoidossa. Mielestämme saattohoidon vapaaehtoiset tukihenkilöt tekevät tärkeää työtä ja heidän toimintaansa pitäisi tuoda enemmän esiin, jotta kaikki tarvitsevat ihmiset pystyvät palvelua hyödyntämään. Itsellemme oli uutta tietoa, että doulia koulutetaan myös tukemaan kuolemaa lähestyviä ihmisiä ja heidän läheisiään, eikä pelkästään synnytyksiin tueksi.

Tutustuessamme Diakonia-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmiin, huomasimme yllätykseksemme, että saattohoitoa ja kuolemaa käsitteleviä opintojaksoja on kohtalaisen vähän. Esimerkiksi sosionomi-diakoneilla on opetussuunnitelman mukaisena opintojaksona seurakunta toimintaympäristönä, jolla perehdytään sielunhoitoon sekä sielunhoidon opintojakso, jolla syvennetään sielunhoidon toimintamenetelmiä. Edellä mainituilla opintojaksoilla ei kuitenkaan suoranaisesti käsitellä saattohoitoa. Sosionomien suuntaavissa opinnoissa on mahdollisuus valita gerontologinen sosiaalityö, jonka gerontologisen sosiaalityön menetelmissä perehdytään myös saattohoitoon. Koemme kuitenkin, että saattohoitoa voisi opetussuunnitelmassa olla vielä nykyistäkin enemmän, esimerkiksi vapaasti valittavien opintojaksojen muodossa.

Saattohoitotyöskentely voidaan kokea raskaana, vaikka ammattilaisena ymmärtääkin kuoleman olevan väistämätöntä. Ajankohtaisesti koetut henkilökohtaisen elämän tapahtumat saattavat vaikuttaa työntekijän työpanokseen, vaikka ne pyrkisi pitämään toisistaan erillään. Omat kokemuksemme kuolemasta pohjautuvat niin henkilökohtaiseen elämään kuin työpaikallekin. Vaikka asukkaat tulevat läheisiksi, niin työssä kuoleman kohtaa kuitenkin täysin eri tavalla kuin henkilökohtaisessa elämässä. Työtä tehdään monesti tunteella, ja onkin tärkeää päästä

keskustelemaan työn herättämistä tunteista. Tämän vuoksi työnantaja voi järjestää työnohjausta. Työnohjauksen tarkoituksena on tutkia ja kehittää omaa työtään ja työn herättämiä tunteita. Tämän lisäksi työntekijällä on mahdollisuus keskustella omakohtaisesti esihenkilön tai työterveyshuollon edustajan kanssa, mikäli kokee tarvetta.

Näemme saattohoidon aiheena tärkeäksi, jotta jokainen saa oikeutensa mukaisesti arvokkaan elämän loppuvaiheen. Kuolema kohdataan eri kulttuureissa hyvinkin eri tavoin. Tämän vuoksi on tärkeää huomioida niin maahanmuuttajataustaiset hoitajat kuin asukkaatkin. Työntekijöillä tulisi olla riittävästi kulttuurien tuntemusta, jotta he voisivat vastata asukkaidensa tarpeisiin. Esimerkiksi hoitosuunnitelmaa tehtäessä on olennaista, että käydään keskustelua asukkaan vakaumuksesta ja tavoista sekä tottumuksista, jotta näistä saadaan tietoja, eikä työntekijöiden tarvitse olettaa asioita.

Jäimme opinnäytetyötä tehtyämme pohtimaan sitä, mikä helpottaisi ja antaisi rohkeutta hoitohenkilökunnalle ottaa puheeksi asukkaiden kanssa asioita, jotka eivät itselleen ole tuttuja tai läheisiä. Esimerkiksi opinnäytetyössä mainittu tutkimus hoitohenkilökunnan omista kokemuksista antaa henkistä ja hengellistä tukea antoi viitteitä siitä, että epävarmuus omasta tiedollisesta osaamisesta nostaa kynnystä toteuttaa tuen antamista osana saattohoitoa. Mielestämme olisikin erityisen tärkeää, että tämänkin osa-alueen lisäkoulutukseen panostettaisiin samoin, kuin esimerkiksi kivunlievitykseen.

Opinnäytetyön tiimoilta työelämäyhteistyötahoon oltiin yhteydessä sähköpostitse sekä yksikönjohtajien että tiiminvetäjien kanssa. Opinnäytetyön edetessä tapahtui muutoksia hoivakodin sisällä ja muun muassa yksikönjohtaja vaihtui. Se toi aluksi lisähaasteita, sillä ei ollut tarkkaa tietoa siitä, oliko edellinen yksikönjohtaja antanut informaatiota eteenpäin, että tällaisesta aiheesta ollaan opinnäytetyötä tekemässä. Tämänhetkisen yksikönjohtajan kanssa perehdytyskansion työstäminen ja eteenpäin vieminen on ollut jouhevaa, sillä mieltä askarruttaviin kysymyksiin on saatu monipuolisesti vastauksia. Perehdytyskansion toteutuksen suhteen työelämäyhteistyötahon kanssa oli alusta alkaen selkeät linjat, ja toiveet sisälöstä tuli hoivakodin suunnasta.

Toivomme, että Hoivakoti Pietari saa työstämästämme perehdytyskansioista kaiken tarvitsemansa. Omakohtaisena toiveenamme on, että perehdytyskansio herättäisi hoivakodin työntekijöissä ajatuksia ja keskustelua elämän loppuvaiheen hoidosta ja sen käytänteistä. Jatkokehittämisideana näkisimme perehdytyskansion hyödyntämistä myös muissa Esperin hoivakodeissa, sillä työskentelytavat saman organisaation sisällä ovat pitkälti samankaltaisia. Muokkaamalla perehdytyskansioon yksikkökohtaiset tiedot ajantasaiseksi, voisi kansion ottaa laajempaan käyttöön.

LÄHTEET

- Butters, M. (2021). *Death and Dying Mediated by Medicine, Rituals, and Aesthetics: An Ethnographic Study on the Experiences of Palliative Patients in Finland*. [Väitöskirja, Helsingin yliopisto].
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6928-0>
- Diak (2020). Sairaanhoidtaja (AMK) opinto-opas <https://opinto-opas.diak.fi/fi/43204/fi/14548/2020SH/311/year/2022> Saatavilla [17.8.2022](https://opinto-opas.diak.fi/fi/43204/fi/14548/2020SH/311/year/2022)
- DödsDoulan (i.a.) <https://www.dodsdoulan.se> Saatavilla 12.11.2022
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (2020). *PAINAD-mittari*.
[https://www.epshp.fi/files/11541/PAINAD-mittari_\(ID_14428\).pdf](https://www.epshp.fi/files/11541/PAINAD-mittari_(ID_14428).pdf)
 Saatavilla 17.8.2022
- Esperi (i.a.). *Esperi Hoivakoti Pietari, Turku*. <https://www.esperi.fi/hoivakodit-ikaihmisille/turku/esperi-hoivakoti-pietari-turku> Saatavilla 18.8.2022
- Esperi (2.2.2022). *Viimeiseen asti arvokas*. <https://www.esperi.fi/tietoa-meista/meilla-tapahtuu/viimeiseen-asti-arvokas> Saatavilla 27.8.2022
- Halila, R., Mustajoki, P., Hammar, T., & Forsius, P. (28.1.2022) *Hoitotahto*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00809>
- Hänninen, J. (19.5.2021). *Saako vanha ihminen kuolla?* <https://www.esperi.fi/tietoa-meista/meilla-tapahtuu/blogi-saako-vanha-ihminen-kuolla>
- Karvinen, I., Hänninen, M., & Lipponen, V. (2016). Valmius vastata potilaiden henkisiin ja hengellisiin terveystarpeisiin -Pilottitutkimus. *Diakonian tutkimus* 2016:2.
- Kirkkohallitus (2011). *Sairaalasielunhoidon periaatteet*. Saatavilla 7.3.2022
<https://evl.fi/documents/1327140/10126483/sairaalasielunhoidon-periaatteet.pdf/22e59294-9178-e517-18a1-435477b476e9?t=1583925713657>
- L 731/1999. *Suomen perustuslaki*. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- L 785/1992. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

- L1326/2010. *Terveystieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki#L8P69>
- Lalani, N., Duggleby, W., & Olson, J. (2021). "I Need Presence and a Listening Ear": Perspectives of Spirituality and Spiritual Care Among Healthcare Providers in a Hospice Setting in Pakistan. Saatavilla 15.12.2021 <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10943-021-01292-9#Sec7>
- Lehto, J., Marjamäki, E., & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Saatavilla 18.8.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>
- Lipponen, V., & Karvinen, I. (2018). Isompiin käsiin annettu. Omaiset henkisen ja hengellisen hoidon tulkitsijoina saattohoidossa. *Uskonnontutkija* 2018:2. Saatavilla 13.1.2022. <https://doi.org/10.24291/uskonnontutkija.v7i2.77403>
- Mieli ry. (23.8.2021). *Suru seuraa usein menetystä*. <https://mieli.fi/vaikea-elamantilanne/suru-on-osa-elamaa/suru-seuraa-usein-menetysta/>
- Mustonen T. (i.a.). *Muistisairaana arvokas loppuelämä - Opas saattohoitoon osallistuville hoitajille ja läheisille*. Saatavilla 17.8.2022. https://www.esperi.fi/sites/default/files/attachments/saattohoito-opas_Villa%20Fredrika_Esperi_110820_0.pdf
- Niemeläinen, V. (2013). *Ääni siltana kuolemaan: äänityöskentely musiikkiterapeutin työvälineenä saattohoidossa*. [Opinnäytetyö, Turun Ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013061314100>
- Rahko, E., & Rajala, K. (2020). Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Saatavilla 18.8.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15685>
- Raisio seurakunta (i.a.). *Sielunhoito*. Saatavilla 4.3.2022 <https://www.raision-seurakunta.fi/yhteystiedot/sielunhoito>
- Saarto, T., & asiantuntijaryhmä (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita* 2017:44.

- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, S., & Forsius, P. (2022). *Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. (Ohjaus 4/2022)*. THL. Helsinki.
- Seppänen, M., Vähäkangas, A., & Anttonen, M. (2020). Hyvä kuolema. *Gerontologia 2020:34(4)*.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä (22.8.2017). *Kipu. Käypä hoito -suositus*. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä (4.10.2019). *Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus*. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s27>
- Suomen ev.lut. kirkko (i.a. -a). *Apua ja tukea. Henkinen hyvinvointi. Sielunhoito*. Saatavilla 4.3.2022. <https://evl.fi/apua-ja-tukea/henkinen-hyvinvointi/sielunhoito>
- Suomen ev.lut. kirkko (i.a. -b). *Kirkon sairaalasielunhoito*. Saatavilla 7.3.2022 <https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/sielunhoito/sairaalasielunhoito>
- Suomen ev.lut. kirkko (i.a. -c). *Sielunhoito. Vierailu hoivalaitoksessa*. Saatavilla 7.3.2022 <https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/sielunhoito/sairaalasielunhoito/vierailu-hoivalaitoksessa>
- Suomen ev.lut. kirkko (i.a. -d). *Sielunhoito. Spiritualiteetti ja eksistentiaaliset kysymykset palliativisessa hoidossa*. Saatavilla 7.3.2022 <https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/sielunhoito/sairaalasielunhoito/spiritualiteetti-ja-eksistentiaaliset-kysymykset-palliativisessa-hoidossa1>
- Suomen ev.lut. kirkko (i.a. -e). *Sielunhoito. Sairaalasielunhoidon tilastot vuosina 2018-2020*. Saatavilla 7.3.2022 <https://evl.fi/plus/seurakuntaelama/sielunhoito/kirkon-sairaalasielunhoito-numeroina>
- Suomen ev.lut. kirkko (i.a. -f). *Sielunhoitokortti ilmaisee hengellisen tahdon*. [esite]. Saatavilla 26.9.2022 <https://evl.fi/documents/1327140/32129628/Sielunhoitokortti/3b46cadb-bbf7-fc6f-8a81-de812ae85d04>

- Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry (2022). *SAAVA-hanke 2021-2024*. [koulutusmateriaali].
- Tarnanen, K., Saarto, T., & Laukkala, T. (2019) *Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito)*. Käypä hoito -suosituksen potilasversio. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 18.8.2022
- Terveyskylä (2021a). *Palliatiivinen talo. Läheisenä*. Saatavilla 17.3.2022 <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/l%C3%A4heisen%C3%A4>
- Terveyskylä (2021b). *Palliatiivinen talo. Tukea*. Saatavilla 17.3.2022 <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea>
- Terveyskylä (2021c). *Palliatiivinen talo. Palliatiivinen hoito*. Saatavilla 24.8.2022 <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito>
- Tilastokeskus (2021). Tilastot. Terveys. Kuolemansyyt. Saatavilla 20.12.2021 https://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_tie_001_fi.html
- Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä (i.a. -a). *Kaarinan seurakunta. Sielunhoito*. Saatavilla 4.3.2022 <https://www.turunseurakunnat.fi/kaarinan-seurakunta/sielunhoito-kaarinan-seurakunnassa>
- Turun ja Kaarinan seurakuntayhtymä (i.a. -b). *Vapaaehtoisena hoivakodeissa ja palvelutaloissa*. Saatavilla 19.3.2022 <https://www.turunseurakunnat.fi/osallistu/vapaaehtoiseksi/vapaaehtoistehtavat-hoivakodeissa-tai-palvelutaloissa>
- Turun yliopistollinen keskussairaala (i.a.) *Toimintaohje potilaan kuollessa*. Saatavilla 27.9.2022 <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSH/Toimintaohje%20potilaan%20kuollessa.pdf>
- Valvira (20.4.2020). *Elämän loppuvaiheen hoito*. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito
- Valvira (24.2.2022). *Kuoleman toteaminen*. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/kuoleman_toteaminen
- Valvira (11.3.2021) *Lääkehoidon toteuttaminen*. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/laakehoidon-toteuttaminen>

LIITE 1. Saattohoidon perehdytyskansio Hoivakoti Pietarin työntekijöille

The logo for Esperi, featuring the word "Esperi" in a white, stylized serif font on a red, curved background element.

Saattohoidon perehdytyskansio Hoivakoti Pietarin työntekijöille

2022

Lääkärit

Turkulaisten vastuulääkäri Mikhail Fomichev

- 044 494 2216
- mikhail.fomichev@terveystalo.fi

Vastuulääkäri tekee sekä puhelin- että lähikiertoja. Vastuulääkäriin voi olla yhteydessä akuuteissa asioissa arkisin virka-aikana (klo 8-16).

Terveystalolla toimii myös takapäivystys. Takapäivystyspuhelin toimii myös arkisin klo 8-16. Jos omaan vastuulääkäriin ei saada yhteyttä, voi soittaa numeroon 030 360 700.

Ei-turkulaisten vastuulääkäri Johanna Aavasalo

- 050 375 2096
- Carecode -lääkäripalvelu.

Vastuulääkäri tekee sekä lähi- että puhelinkiertoja. Ei-turkulaisten kohdalla akuutit asiat, jos lääkäriä ei tavoiteta, hoidetaan Carecode -lääkäripalvelun kautta.

Virka-ajan ulkopuolella asiat hoidetaan Tyksin hoitolaitoskonsultaation tai kotisaattohoitotien avulla, kun kyseessä on saattohoito.

Saattohoito, saattohoitopäätös ja saattohoitokeskustelu

Saattohoito on oireita lievittävää sekä elämänlaatua ylläpitävää hoitoa tilanteessa, jossa yleis-tilan laskun voidaan olettaa etenevän lähestyvään kuolemaan. Kuolevaa asukasta tulee aina hoitaa hänen ihmisarvoaan ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Asukkaalle taataan mahdollisuus asua hoivakodissa kuolemaansa saakka.

Saattohoitopäätös sekä siihen pohjaava ennakoiva hoitosuunnitelma tehdään, kun voidaan arvioida elinajanennusteen olevan alle 6kk. Sillä kuvataan palliatiivisen hoitolinjan viimeistä vaihetta, jolloin on odotettavissa, että oletettu kuolinhetki on päivien tai viikkojen päässä. Ennusteen tekee hoivakodin vastuulääkäri. Saattohoitopäätös ilmaisee näin ollen, että nyt hoidetaan kuolevaa potilasta. Saattohoitopäätös sisältää päätöksen siitä, ettei enää tehdä elvytysyrityksiä.

Keskustelu saattohoidosta ja siihen määräämisestä tulisi käydä yhdessä asukkaahan, lääkärin, hoitajien ja omaisten kanssa. Keskustelu on hyvä hetki ohjaukseen, jolloin omaiset saavat tietoa saattohoidosta ja samalla otetaan huomioon yksilölliset tarpeet ja toiveet.

Saattohoitokeskustelussa on hyvä selvittää muun muassa

- omaisten halukkuus osallistua saattohoitoon
- omaisten halukkuus olla läsnä kuoleman hetkellä
- saako omaisiin olla yhteydessä myös yöaikaan
- kuka on ensisijainen omaiskontakti
- toive hautaustoimistosta
- asukkaahan tai läheisen hengelliset tarpeet ja toiveet
- muut saattohoitoon liittyvät toiveet

Hoitotahto

Hoitotahdolla asukas voi ilmaista suostumuksensa hoitotoimenpiteeseen tai kieltäytymiseen siitä. Hoitotahto on asukkaan omaa hoitoa koskeva tahto ennakkoon siltä varalta, ettei asukas sitä pysty myöhemmin sairauden tai muun syyn vuoksi ilmaisemaan. Hoitotahdossa voidaan sitovasti kieltää tietynlaisen hoidon antaminen. Hoitotahdolla voidaan myös ilmoittaa henkilö, joka on oikeutettu ilmaisemaan tai antamaan asukkaan puolesta joko suostumuksen tai kieltäytymisen tilanteessa, jossa asukas ei ole enää itse kykenevä sitä tekemään. Hoitotahto helpottaa sekä läheisten että hoitoon osallistuvien toimintaa.

Hoitotahdon tulisi sisältää muun muassa tiedot hoitolinjauksista, hoidonrajuuksista sekä hoitotahto, yksilölliset toiveet saattohoidosta, suunnitelma akuuttitilanteita varten, hoidosta vastaava taho, konsultoitava erityistason yksikkö ja tarvittava lääkitys.

On tärkeää, että hoitotahto on hoitajien tiedossa ja että hoitotahtoasiakirja löytyy helposti silloin, kun sitä tarvitaan. Hoitotahdosta on hyvä olla merkintä Doma Caressa ja paperillisena esimerkiksi asukkaan kansiossa. Hoitotahtoa tulee aina kunnioittaa.

Kuolema lähestyy

Asukkaan omaiselle ilmoitetaan, kun tilanne huononee ja kuoleman voidaan olettaa olevan lähellä. Omaisten yhteystiedot löytyvät Doma Caresta, jossa tulisi olla tieto lähiomaisesta sekä siitä, mihin kellonaikaan saa olla yhteydessä.

Kun kuolema on väistämätön lähiaikoina, siitä on hyvä puhua omaisille suoraan. Samalla on hyvä kertoa, mitä voidaan tehdä, vaikka kuolemaa ei enää voidakaan estää. Selittäminen ja informointi helpottavat osaltaan omaisten tuskaa. Omaisten on hyvä tietää, että kaikki voitava tehdään ja jos oireilua (kipu tms.) ilmenee, siihen reagoidaan välittömästi. Omaisille voi olla tärkeää päästä hyvästelemään asukas, joten on tärkeää pitää omaiset ajan tasalla asukkaan voinnista.

“Et voi muuttaa tapahtuvaa, mutta voit olla turvana.”

Fyysiset muutokset

Lähestyvän kuoleman merkkejä voivat olla esimerkiksi

- ruokahaluttomuus
- väsymyksen lisääntyminen, aiemmasta poikkeava voimattomuus
- muutokset kehon lämpötilassa (kuumepiikit)
- erittämisen väheneminen (virtsaaminen, suolen toiminta)
- kipulääkkeen tarpeen kasvaminen
- hengityksen muuttuminen (pinnallisuus, katkokset)
- sekavuuden lisääntyminen
- tajunnan tason lasku, katseen lasittuminen tai ylöspäin hakeutuminen

On tärkeää, että kuoleva asukas on kivuton eikä ole ahdistunut. Kipua ja ahdistusta voi lievittää myös muuten kuin kipulääkkeillä. Lääkkeettömiä keinoja ovat esimerkiksi

- läsnäolo
- kosketus
- hengityksen helpottaminen
- asento- ja liikehoito
- raikkaan ilman tuominen huoneeseen
- suun kostuttaminen

Kipulääkityksestä tulee olla tarkasti tiedossa antotapa, annostus ja aikaväli, miten usein lääkettä saa antaa. Useimmiten loppuhetkillä ohje on ”ilman ylärajaa”. Lääkehoitoa voi toteuttaa vain riittävän koulutuksen saaneet työntekijät. Teoreettinen tieto osoitetaan kirjallisella kokeella ja käytännön taidot varmistetaan näyttökokeilla.

Asukkaan kipua voidaan mitata PAINAD-mittarin avulla (Liite). Mittari on kehitetty avuksi nimenomaan pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointiin ja se soveltuu erityisesti jo puhekykynsä menettäneiden asukkaiden kivun arviointiin. Arviointi suoritetaan havainnoimalla asukasta noin 5 minuutin ajan.

Oirehoito

Kuolevan ihmisen kärsimys on kokonaisvaltaista. Fyysisiin oireisiin lukeutuvien esimerkiksi kivun, pahoinvoinnin, väsymyksen ja liikuntakyvyn heikkenemisen lisäksi ihminen saattaa kokea psyykkistä, sosiaalista sekä henkistä tai hengellistä kärsimystä. Kärsimyksen kokeminen on yksilöllistä, jonka vuoksi on erityisen tärkeää kohdata jokainen yksilönä ja tunnistaa avun ja tuen tarpeet.

Psyykkiseen kärsimykseen voi liittyä

- masennus
- alakulo
- toivottomuuden tunne
- pelko kuolemaan liittyvistä oireista ja kärsimyksestä

Elämän loppuvaihetta voidaan pitää aikuisiän merkityksellisimpänä psyykkisen muutoksen aikana. Inhimillisen kohtaamisen lisäksi on olennaista kiinnittää huomiota ympäristöön. Osa ihmisistä saa lohtua luonnosta, toiset taiteesta tai musiikista.

Sosiaaliseen kärsimykseen voi liittyä

- huoli läheisistä
- huoli taloudellisista asioista
- oman roolin muuttuminen
- ajatukset yksin kuolemista

Sosiaalisten suhteiden merkitys korostuu, kun sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen kuormittavat ihmisen hyvinvointia. Merkityksellisimmistä perhe- ja ystävyys-suhteista etäännyminen vaikuttaa eniten asukkaan kokemaan hyvinvointiin.

Henkiseen ja hengelliseen kärsimykseen voi liittyä

- synnintunto
- erilaiset pelot
- viha Jumalaa kohtaan

Eksistentiaaliseen kärsimykseen voi liittyä

- eletyn elämän,
- lähestyvän kuoleman,
- tai kuoleman jälkeisen elämän pohtimista.

Henkinen ja hengellinen hyvinvointi sekä sen edistäminen osana hoitotyötä on moninaista toimintaa. Jokainen ihminen kokee elämänsä loppuvaiheessa tarvetta keskustella mietteistään, kokea elämän mielekkyyttä sekä pohtia vakaumukseensa liittyviä asioita, riippumatta siitä onko kyseessä uskonnollinen tai uskonnoton ihminen. Eksistentiaalisen kärsimyksen helpottamiseksi voidaan hyödyntää esimerkiksi sielunhoitoa.

Hoitajatkin voivat ottaa matalalla kynnyksellä yhteyttä seurakuntaan, jos tulee sellainen tarve. Sijaintinsa puolesta Hoivakoti Pietari sijaitsee Maarian seurakunnan alueella.

Maarian seurakunta:

- maaria.diakonia@evl.fi
- Diakonian päivystys (ti ja to klo 10-11) puh. 040 341 7451
- Diakoniatyöntekijä puh. 040 341 7495
- Diakoniapappi puh. 040 341 7455

Kuoleman hetkellä

Kuoleman hetki on usein rauhallinen tilanne, jossa työntekijä voi kiireettömällä läsnäololla antaa tukea vainajan omaisille. On tärkeää antaa omaisille tilaa, mutta kuitenkin olla käytettävissä. Omaisten surua tulee kunnioittaa ja antaa aikaa hyvästien jättämiselle. Huoneen pöydälle voidaan laittaa esimerkiksi valkea liina ja led-kynttilä tai jokin muistoesine.

Kuoleman jälkeen vainajan muistoa kunnioitetaan asettamalla valokuva ja led-kynttilä pöydän päälle, sekä suruliputtamalla, jonka hoitaa työntekijät.

Vainajan laitto

Exitus-pakkauksia ja vainajan siirtolakanoita säilytetään yksikön alakerrassa, hoitotarvikevarastossa.

Exitus-pakkaus sisältää:

- 2 kpl kuitutaitos 5x5cm
- 2 kpl kuitukangasnauha
- 2 kpl sideharsorullia
- nimikortit
- kertakäyttölakana
- vainajanpaita
- kuitukangasliina 35x35cm
- saniteettivaippa

Vainajan laitto

- Hoitaja pukee ylleen kertakäyttöisen suojaesiliinan ja kertakäyttökäsineet
- Vainaja tulee suoristaa sängylle niin, että asento on mahdollisimman luonnollinen
- Niskaa voi tukea luonnollisempaan asentoon esim. väärinpäin käännettyllä kaarimaljalla
- Tyynyt otetaan pois pään alta, liinavaatteet pois sängystä
- Vainaja siistitään pyyhkimällä pesulapuvin aseptinen työjärjestys huomioiden
- Inkontinenssisuoja vaihdetaan
- Vainajalle puetaan exitus-pakkauksessa oleva vaate (avopaita)
- Hiukset kammataan siisteiksi
- Vainajan suu ja leuka sidotaan harsolla kiinni
- Jos vainajalla on hammasproteesit, on ne hyvä laittaa suuhun
- Silmät suljetaan lapuilla
- Kätet laitetaan yhteen rinnan päälle
- Nilkat sidotaan yhteen ja niihin laitetaan kiinni lappu, jossa on:
 - Nimi ja henkilötunnus
- Korut ja sormukset otetaan pois, jos niistä ei ole erikseen sovittu muuta
- Vainajan päälle levitetään valkoinen vainajan lakana, johon voi taitella ristin (tulee huomioida muut uskontokunnat)
- Vainajan alle laitetaan siirtolakana, joka helpottaa hautaustoimiston kuljettajien työtä

Yöllä vainajan siirrosta ei tarvitse huolehtia.

Kuoleman jälkeen

Kuolemasta soitetaan ja ilmoitetaan ensimmäisenä omaisille, jos he eivät ole paikalla. Omaisille tulee antaa aikaa tulla katsomaan vainajaa, jos he niin haluavat. Omaisten kanssa käydään läpi käytännön asioita, kuten kuka hakee vainajan, minne vainaja viedään ja miten kuolintodistuksen kanssa toimitaan. Läheiset voivat päättää, mitä hautaustoimistoa käyttävät. (Saattohoitoryhmä, Esperi, 27.1.2021.) Vainajan kuljetus pois hoivakodista tapahtuu kuitenkin Hautaustoimisto Pietéin eli Riitta Vehanen Oy:n toimesta.

Vainajan kuljetuksesta soitetään hautaustoimistolle, Riitta Vehanen Oy

- 040 777 9022
- jos numerosta ei vastata, voi soittaa myös varanumeroon 02 278 0760.

Kun hautaustoimistoon soittaa, on hyvä kertoa

- Yksikkö: Hoivakoti Pietari ja ryhmäkodin nimi
- Vainajan nimi ja henkilötunnus (jos kysyvät)
- Omaisen halu olla mukana hautaustoimiston autossa

Hautaustoimiston työntekijöille annetaan tiedoksi vainajan henkilöllisyys. Vainajaan kiinnitetään ranneke tai exitus-pakkauksessa oleva pahvilappu nyörillä, jossa on

- Nimi
- Henkilötunnus

Kuskit haluavat myös heille samat tiedot paperilla.

Vainaja kuljetetaan pääsääntöisesti TYKS:n, Kaskenlinnan sairaalan tai Kaupunginsairaalan kylmiöön. Kuljettajat ilmoittavat hoitajille, minne vainaja viedään ja hoitajat ilmoittavat tiedon omaisille.

Mikäli omaiset haluavat nähdä vainajan myöhemmin kappelissa, he järjestävät asian itse valitsemansa hautaustoimiston kanssa.

Kuoleman toteaminen ja uloskirjaus

Kuolemasta tulee ilmoittaa viipymättä lääkärille. Kotona tapahtuneesta kuolemasta (johon Hoivakoti Pietari on verrannollinen) ilmoitetaan aina ensisijaisesti lääkärille. Ennen kuin kuolemansyyn selvittämistä aletaan suorittaa, henkilö on todettava kuolleeksi. Kuoleman voi todeta ainoastaan lääkäri.

Turussa sijaitsevien yksityisten palvelutalojen osalta kuolema todetaan virka-aikana pääsääntöisesti Mäntymäen terveysasemalla, jos talon vastuulääkäri ei ole käytettävissä. Tällöin terveysaseman lääkäri tekee Pegasokseen merkinnän kuoleman toteamisesta ja täyttää lomakkeen "Ilmoitus kuoleman toteamisesta ja kuolemansyyn selvittämisestä". Kuoleman todennut lääkäri tekee myös Digi- ja väestövirastolle ilmoituksen kuolemasta (=Pegasoksessa kuolintodistuksen sivu: Ilmoitus kuolemasta väestöjärjestelmään) ja lähettää sen suojatulla sähköpostilla tai kirjeellä Digi- ja väestövirastoon.

Tästä eteenpäin hoivakodin vastuulääkäri tekee hautausluvan, kuolintodistuksen sekä tarvittaessa obduktio- eli ruumiinavauslähetteen. Kaikki kirjaukset, lähetteet ja todistukset lääkäri tekee käyttäen ainoastaan Pegasosta. Kuolintodistukset ja hautausluvut lääkäri lähettää sähköisesti allekirjoitettuna suojatulla sähköpostilla Kirsi Koivistolle tai paperiversiona Avoterveydenhuollon hallintoon.

Noin 3kk kuluttua lääkäri lähettää ryhmäkotiin kuolintodistuksen, jonka hoitajat postittavat tai toimittavat muulla tavalla omaiselle. Tätä ennen kuitenkin omainen saa hoidettua vainajan asioita, koska Digi- ja väestövirastolla on jo tieto asukkaan kuolemasta.

Asukkaan uloskirjausraportti tulostetaan Doma Caresta ja siihen liitetään allekirjoitetut huumekortit. Huumeläkkeet, joissa on vielä jäljellä lääkeainetta, lähetetään seurantakortin kera apteekkiin. Apteekista ne lähetetään kuitattuina takaisin hoivakotiin arkistointia varten. Yksikönjohtaja toimittaa uloskirjausraportin asukkaan kotikunnan arkistoon.

Kuoleman jälkeen (omaisille)

Vainajan omaisille on mahdollistettava riittävä tuki ja tiedonsaanti. Heille on annettava aikaa. Omaisilla voi olla tarve keskustella kuolemasta tai vainajasta ja hänen elämästään. Usein kyttävää riittää myös käytännön asioista, kuten pankkiasioista tai hautajaisista. Käytännön asioiden kirjaaminen ylös omaiselle saattaa helpottaa muistamista, sillä vastikään koettu läheisen kuolema voi saada aikaan erilaisia tunteita ja ajatuksia. Omaisen tukeminen merkitsee saattohoidon vaiheiden läpikäymistä ja myötälämistä surussa.

Omaisat voi ohjata ottamaan yhteyttä esimerkiksi Turun Kriisikeskukseen, josta saa apua ja tukea maanantaista torstaihin kello 10-15 välisenä aikana (040 822 3961) tai valtakunnalliseen kriisipuhelimeen, joka päivystää viikon jokaisena päivänä kellon ympäri (09 2525 0111). Hengellistä ja henkistä tukea saa sairaalapapeilta, jotka löytää T- ja A-sairaalan hiljaisesta huoneesta. Hiljainen huone on aina avoinna kaikille.

Omaisat tulee neuvua tyhjentämään vainajan huone kokonaisuudessaan. Omaisten niin halutessa, voidaan esimerkiksi vainajan vaatteet jakaa muille asukkaille. Huone olisi hyvä tyhjentää mahdollisimman pian. Hoitajien takana olevat vainajan käteisvarat tulee antaa omaisille. Kuitit annetaan myös omaiselle.

Kuoleman käsittely hoivakodissa

Saattohoidon toteuttaminen ja siihen osallistuminen voi olla joillekin voimakkaasti tunnepitoinen kokemus, etenkin vastavalmistuneille hoitajille. Tällöin saatetaan tarvita runsaastikin tukea. Työyhteisössä on hyvä antaa mahdollisuus saattohoitotilanteen jälkikäsitteilyyn. Saattohoidosta kannattaa ja tuleekin keskustella avoimesti ja rohkeasti. Yhdessä keskustellen voidaan purkaa saattohoidon herättämiä ajatuksia:

- Millaisia tunteita kuolema toi?
- Millaisia ajatuksia kuolevan hoitaminen nosti esiin?
- Mikä oli vaikeaa tai ahdistavaa?

Työyhteisön kannattaa käydä myös keskustelua siitä, miten saattohoito sujui:

- Missä onnistuttiin?
- Mitä tulisi mahdollisesti kehittää?

Tämä valmistaa hoitajia tuleviin, vastaavanlaisiin tilanteisiin.

Asukkaan kuoleman tapahduttua on syytä huomioida myös muut hoivakodin asukkaat. Ihminen on saattanut asua vuosiakin hoivakodin yhteisössä. Tällöin hän on varmasti tullut tutuksi ja läheiseksi muille asukkaille. Myös asukkaille on annettava mahdollisuus suremiseen. Muistelu tukee oman kuoleman käsittelyä, tukee surutyötä ja antaa kokemuksen siitä, ettei kuollutta ihmistä unohdeta. Esimerkiksi muistotilaisuuden järjestäminen on hyvä keino muistella edesmennyttä asukasta.

Lähteet:

Esperi-logo <https://www.esperi.fi/sites/default/files/attachments/Esperi%20Hoiva-koti%20Teppolan%20omavalvontasuunnitelma%20%202020.pdf>

Exitus-setti, Hoivatarvike <https://www.hoivatarvike.fi/exitus-setti>

Mustonen T. (i.a.). Muistisairaana arvokas loppuelämä - Opas saattohoitoon osallis-
tuville hoitajille ja läheisille. Saatavilla 17.8.2022. https://www.esperi.fi/sites/default/files/attachments/saattohoito-opas_Villa%20Fredrika_Esperi_110820_0.pdf

Saattohoitotyöryhmä, Esperi, 27.1.2021

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen
asettama työryhmä (4.10.2019). Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä
hoito -suositus. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50063#s27>

Turun yliopistollinen keskussairaala, Toimintaohje potilaan kuollessa, <https://hoito-ohjeet.fi/OhjepankkiVSSHP/Toimintaohje%20potilaan%20kuollessa.pdf>

LIITE 2. PAINAD-mittari

Pitkälle edennyttä dementiaa sairastavien kivun arviointi (PAINAD)

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

- Kokonaispisteet ovat välillä 0 – 10 (asteikolla, jossa viidestä osiosta tulee 0 – 2 pistettä)
- Korkeampi pistemäärä ilmaisee kovempaa kipua (0='ei kipua' ja 10='kova kipu')
- Kokonaispistemäärä 2 tai yli ilmaisee kipua ja edellyttää toimenpiteitä.

Huom. Muista kirjata pisteyttämäsi kipu ja sen hallinta seuraavan sivun taulukkoon

Alkuperäislähde: Warden, V, Hurley AC, Volicer, V. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4:9-15. Developed at the New England Geriatric Research Education & Clinical Center, Bedford VAMC, MA.