

KOTISAATTOHOITO-OPAS

Omaisten ja Ylitornion kotisairaalan hoitohenkilökunnan
valmiuksien lisääminen kotona tapahtuvaan saattohoitoon

Hiekkänen Angelica
Järvenpää Pauliina

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2023

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Angelica Hiekkänen, Pauliina Järvenpää Vuosi 2023
Ohjaaja(t)	Aija Lämsä
Toimeksiantaja	Lapin hyvinvointialue/Ylitornion kotisairaala
Työn nimi	Kotisaattohoito-opas. Omaisten ja Ylitornion kotisairaalan hoitohenkilökunnan valmiuksien lisääminen kotona tapahtuvaan saattohoitoon.
Sivu- ja liitesivumäärä	37 + 24

Palliativinen hoito on etenevää sairautta sairastavan potilaan kokonaisvaltaista aktiivista hoitoa. Mahdollisesti vuosia kestävä palliativisen hoidon tavoitteena on elämänlaadun vaaliminen ja kärsimyksen vähentäminen. Saattohoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa ja se on osa palliativista hoitoa. Saattohoito-termiä käytetään, kun kuolemanhetki ajoittuu lähipäiviin tai viikkoihin. Tarkoituksena saattohoidolla on yksilöllisesti hoitaa ja tukea kuolevaa ihmistä parhaalla mahdollisella tavalla.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas Ylitornion kotisairaalan hoitohenkilökunnalle sekä omaisille kotona tapahtuvasta saattohoidosta. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotos opas toteutettiin paperiversiona ja sähköisessä muodossa. Oppaassa käsitellään yleisimpiä kuolevan potilaan oireita ja niiden hoitoa. Oppaassa on tietoa muun muassa kivun hoidosta sekä psyykkisestä ja eksistentiaalisesta kärsimyksestä. Opas on tuotettu selkokielellä, jotta potilas sekä hänen omaisensa ymmärtävät paremmin sekä pystyvät hyödyntämään opasta parhaalla mahdollisella tavalla.

Kotona tapahtuvassa saattohoidossa hoitohenkilökunnan tulee osata hoitaa potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita moniammatillisessa työryhmässä. Myös hyvä kivunlievitys sekä omaisille tarjottu tuki tässä vaikeassa tilanteessa on osa hyvää kokonaisvaltaista hoitoa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli omaisten ja hoitohenkilökunnan valmiuksien lisääminen kotona tapahtuvaan saattohoitoon. Oppaalla pyritään herättelemään myös keskustelua saattohoidosta hoitohenkilökunnan keskuudessa. Opinnäytetyön aihe valikoitui opinnäytetyön tekijöiden mielenkiinnon ja ajankohtaisuuden vuoksi. Opinnäytetyön tietoperusta pohjautuu näyttöön perustuvaan tietoon.

Avainsanat
Muita tietoja

Kotisaattohoito, opas, hoitohenkilökunta, omaiset
Opinnäytetyö sisältää oppaan

Degree Programme in Nursing and
Health Care
Bachelor of Health Care
Registered Nurse

Author	Angelica Hiekkänen, Pauliina Järvenpää Year 2023
Supervisor	Aija Lämsä
Commissioned by	Wellbeing Services County of Lapland/Ylitornio home hospital
Subject of thesis	Hospice care at home- A guide to increase capacity in home hospice care for the nursing staff of Ylitor- nio home hospital and the relatives of the clients
Number of pages	37 + 24

Palliative care is active, comprehensive care of patients who have a progressive disease. In palliative care, which can take several years, the goal of treatment is fostering the quality of life and reducing suffering.

Hospice care means symptomatic treatment and it is part of palliative care. Hospice care term is used when death is assumed in a few days or few weeks. The purpose of hospice care is to support and take care of dying people focusing on the individual and the best possible care.

The purpose of this thesis was to produce a hospice care at home guide for the nursing staff of Ylitornio home hospital and to the relatives of the clients. The thesis is functional and at the end of the thesis process a care guide in electronic and written form was made. The guide contains the most popular symptoms of end-of-life patients in hospice care and how to treat them. The guide also includes information about pain relief and psychological and existential suffering. The guide is written in plain language in order for the patients and their relatives to understand it better, and similarly, to get the best advantage of the guide.

In home hospice care nursing staff is part of a multiprofessional group and they must take care of the patients' physical, mental, and social needs. For good comprehensive care to the patient, good pain relief and support to the relatives is important.

The aim of the thesis was to increase the competence of the nursing staff and the patient's relatives in terms of home hospice care. The aim of the guide was also to provoke discussion on palliative care among nursing staff. The topic of the thesis was selected based on the authors' interest and due to the topical nature of the matter.

Key words	hospice care at home, guide, nursing staff, relatives
Special remarks	This thesis includes a guide about hospice care at home.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	7
3 SAATTOHOITO	8
3.1 Palliatiivinen hoito.....	8
3.2 Saattohoito	9
3.3 Kotisaattohoito.....	11
3.4 Omaisten rooli saattohoidossa	13
4 PSYKKINEN SEKÄ EKSISTENTIAALINEN KÄRSIMYS	16
5 OIREENMUKAINEN HOITO SAATTOHOIDOSSA.....	18
5.1 Ummetus	18
5.2 Pahoinvointi ja ruokahaluttomuus.....	18
5.3 Ihon ja suun hoito	19
5.4 Hengitystieoireet.....	20
5.5 Nestehoito	22
5.6 Kivunhoito osana saattohoitoa	22
5.7 Kipumittarit	24
6 KUOLEMA	26
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	28
7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	28
7.2 Toiminnallisen opinnäytetyön ideointi ja suunnittelu	29
7.3 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	30
7.4 Toiminnallisen opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	30
8 POHDINTA	32
8.1 Työnmerkitys toimeksiantajalle ja yhteiskunnalle	32
8.2 Oppimiskokemus.....	32
LÄHTEET.....	34
LIITE	38

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että noin 40 miljoonaa henkilöä maailmassa tarvitsee vuosittain palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa globaalisti vuosittain väestön ikääntyessä. Palliatiivisessa hoidossa on mukana useita eri ammattilaisia tukemassa potilasta ja hänen perhettään. Erityisesti vakavasti sairaiden ihmisten parissa työskentelevää hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa palliatiiviseen hoitoon. (World Health Organization 2020, Palliative care.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas Ylitornion kotisairaalan hoitohenkilökunnalle sekä omaisille kotona tapahtuvasta saattohoidosta. Opinnäytetyö on toiminnallinen ja lopuksi tuotettiin opas sähköisessä sekä kirjallisessa muodossa. Oppaassa käsitellään saattohoidon aihealueita, yleisimpiä kuolevan potilaan oireita ja niiden hoitoa. Kivun hoidosta on oma aihealue sekä psyykkisestä ja eksistentiaalisesta kärsimyksestä. Opas on tuotettu selkokielellä, jotta omaisetkin ymmärtävät sekä pystyvät hyödyntämään opasta kuolevan potilaan hoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on omaisten ja hoitohenkilökunnan valmiuksien lisääminen kotona tapahtuvaan saattohoitoon. Oppaalla pyritään herättelemään myös keskustelua saattohoidosta hoitajien keskuudessa. Opinnäytetyön aihe valikoitui tekijöiden mielenkiinnon ja ajankohtaisuuden vuoksi. Koulun opinnoissa on liian vähän teoretietoa sekä käytännöntietoa saattohoidosta ja varsinkin kotona tapahtuvasta saattohoidosta. Aihe on tärkeä, koska saattohoitopotilaita voi kohdata kaikenlaisissa hoitopaikoissa ja sairaaloissa.

Kotona tapahtuvassa saattohoidossa hyvä kivunlievitys sekä moniammatillinen työryhmä on tärkeää, jotta potilas saa kokonaisvaltaista hoitoa. Kotona tapahtuvassa saattohoidossa tulee osata hoitaa potilaan psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia tarpeita ja samalla tukea ja kuunnella omaisia.

Tilastokeskuksen kuolemansyytilaston mukaan Suomessa eniten kuolemia aiheuttivat kasvaimet, verenkiertoelinten sairaudet ja muistisairaudet. Kolme neljäsosaa kuolleista, eli yli 42 000 henkilöä menehtyi näiden tautien seurauksena. (Suomen virallinen tilasto 2021, kuoleman syyt.)

Kuolevan potilaan hoidossa oireiden hyvä hoito ja läheisten tukemisen merkitys korostuvat, koska perussairauden hoito tulee vähemmän tärkeäksi. Hoitohenkilökunta tarvitsee kykyä aistia potilaan ja perheen tuntemuksia, kuten ahdistusta ja stressiä. On myös tärkeää kertoa omaisille saattohoidossa olevan läheisen voinnissa tapahtuvista muutoksista ja hoitaa oireita säännöllisesti. Läheisille tulee selittää, mitä kuolevan potilaan hoidossa on odotettavissa ja mitä lääkityksiä käytetään. Heille olisi hyvä selvittää myös mitä omaiset voivat mahdollisesti tehdä kuolevan läheisensä hyväksi, tai mistä heille on mahdollista hankkia tukea tässä vaikeassa tilanteessa. (Korhonen & Poukka 2013, 440.) Kaikilla terveydenhuollon tasoilla sekä sosiaalipalvelulain alaisissa yksiköissä, joissa hoidetaan pitkäaikais-sairaita, tarvitaan palliativisen hoidon osaamista, koska johdonmukaisen ja kokonaisvaltaisten hoitolinjauksien tekeminen ainoastaan erikoissairaanhoidossa on vaikeampaa kuin yleislääkärin vastaanotolla (Rahko 2021, 141).

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas Ylitornion kotisairaalan hoitohenkilökunnalle sekä omaisille kotona tapahtuvasta saattohoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on omaisten ja hoitohenkilökunnan valmiuksien lisääminen kotona tapahtuvaan saattohoitoon. Oppaalla pyritään herättelemään myös keskustelua saattohoidosta hoitajien keskuudessa.

3 SAATTOHOITO

3.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on etenevää sairautta sairastavan potilaan kokonaisvaltaista aktiivista hoitoa. Mahdollisesti vuosia kestävä palliatiivisen hoidon tavoitteena on elämänlaadun vaaliminen ja kärsimyksen vähentäminen. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu myös läheisten tukeminen ja huomioiminen. Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille diagnoosista tai iästä riippumatta. (Mitä on palliatiivinen hoito: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2021.) Palliatiivisen hoidon tarvisijoista noin 60 % sairastaa muita kroonisia kuolemaan johtavia sairauksia kuin syöpää, esimerkiksi kroonisia keuhkosairauksia, munuaisten-, maksan- tai sydämen vajaatoimintaa, ALS- tautia, MS- tautia sekä dementiaa. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 8.)

Palliatiiviseen hoitolinjaukseen päädytään tilanteessa, jossa sairauskohtaisella hoidolla ei voida enää vaikuttaa sairauden ennusteeseen tai itse potilas ei toivo aktiivisia hoitoja. Oireiden lievittäminen ja elämän laadun vaaliminen ovat palliatiivisen hoidon tavoitteita. (Remond, Parker, Gilles & Cooper 2018, 1; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeää, koska etusijalle tällöin nousevat sairauden sijaan omaisten huomioiminen, potilaan toiveet ja hyödyttömien toimenpiteiden välttäminen (Korhonen & Poukka 2013, 440).

Pitkälle edennyttä ja kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan ja mahdollisesti tämän omaisten kanssa hoitava lääkäri laatii ennakoivan hoitosuunnitelman (ACP, Advance Care Planning), jota toistuvasti tarkennetaan sairauden edetessä. Erityisesti sairauksissa, joiden loppuvaiheeseen liittyy kyvyttömyys ilmaista omaa mielipidettään tai tahtoa sairauden etenemisen tai äkillisen pahenemisvaiheen vuoksi, on ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen riittävän ajoissa tärkeää. Suullinen tai kirjallinen hoitotahto voi olla tärkeä osa hoitosuunnitelmaa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito – suositus 2019.)

Palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon kuuluu myös oireenmukaisen hoitolinjauksen tekeminen. Sairauden ennusteeseen ei pystytä enää vaikuttamaan

hoidoilla tai potilas ei itse sitä toivo, tehdään oireenmukainen hoitolinjaus. Hyvä oireenmukainen hoito tarjotaan, mutta lääketieteellisesti hyödyttömien ja kärsimystä lisääviä hoitoja vältetään. (Valvira 2020.)

Potilaan hoitoja rajataan osana hoitosuunnitelmaa, tätä kutsutaan hoidon rajauksiksi. Hoidon rajausta perustuu potilaan tahtoon kieltäytyä hoidosta tai lääkärin arvioon siitä mistä hoidoista päätetään pidättäytyä. Hoidon rajaukset eivät ole laajempi hoitolinjaus, vaan se koskee ainoastaan kyseistä hoitomuotoa. Potilaan ja mahdollisesti hänen omaistensa kanssa on keskusteltava hoidon rajauksista pyrkien yhteisymmärrykseen potilaan hoidosta. Sairaalasiirrot, antibioottihoito, ravitsemus- tai nestehoito sekä elvytyskielto ja tehohoidosta luopuminen ovat yleisimpiä hoidon rajauksia. (Saarto ym. 2018, 9.)

DNR-päätös, tulee englannin kielestä (Do Not Resuscitate) eli älä elvytä. Se on tärkeä lääkärin tekemä hoitopäätös, jolla pidättäydytään elvytystoimenpiteistä. DNR-päätös perustuu yksilölliseen lääketieteelliseen arviointiin elvytystilanteen varalta, jonka tekee hoitava lääkäri. Mutta lääkärin tulee keskustella DNR-päätöstä tehdessään potilaan kanssa tai jos potilas ei pysty itse päättämään hoidosta, läheisten kanssa. Keskustelujen tarkoitus on kartoittaa, millaista hoitoa potilas tahtoo ja millainen hoito sitä parhaiten vastaisi. (Valvira 2020.)

DNR-päätöksellä arvioidaan ensisijaisesti, onko potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä elvytyksestä. Kun potilas menee elottomaksi paineluelvytystä, hengityksen avustamista ja sydämen sähköistä rytminsiirtoa ei suoriteta. Muita hoitomuotoja kuin elvytystä DNR-päätöksellä ei rajata. Muut hoidonrajauspäätökset, esimerkiksi päätös olla antamatta kajoavia hengityslaittehoitoja tai tehohoitoa, lääkäri tekee päätöksen yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Valvira 2020.)

3.2 Saattohoito

Saattohoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa ja se on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoitotermiä käytetään, kun kuolemanhetki ajoittuu lähipäiviin tai viikkoihin. Tarkoituksena saattohoidolla on yksilöllisesti hoitaa ja tukea kuolevaa ihmistä parhaalla mahdollisella tavalla. Myös kuolevan ihmisen läheisiä tulee tukea kuoleman lähestyessä inhimillisiä arvoja kunnioittaen. Kuolevalla ihmisellä sekä

hänen läheisillään on saattohoitovaiheessa mahdollisuudet valmistautua kohtaamaan lähestyvä kuolema. (Valvira 2020.) Maailman terveysjärjestö WHO on määrittänyt saattohoidon päämäärät, jotka ovat kuolevan oireiden lievittäminen, kuolevan tukeminen aktiiviseen elämään jäljellä olevana elinaikana, kuolevalle tarjotaan henkistä ja psyykkistä tukea, omaisille tarjotaan apua sairauden aikana ja kuoleman jälkeen, sekä kuolema pidetään normaalina päätepisteenä elämälle (Saarto ym. 2015, 256).

Jotta saattohoitopäätös voidaan tehdä, potilaalla on diagnosoitu kuolemaan johtava sairaus sekä nähty sen etenevän kohti kuolemaa. Jokaisella kuolevalla potilaalla on oikeus saattohoitopäätökseen, sairaudesta riippumatta, äkkikuolemat poisluettuna. Saattohoitopäätöksen avulla kuolemaa lähellä olevan potilaan hoito osataan keskittää kärsimyksen lievittämiseen sekä päätös ohjaa myös hoitohenkilökuntaa saattohoitokäytänteisiin. Saattohoitopäätös auttaa myös lähestyvään kuolemaan sopeutumista potilaalla ja erityisesti hänen omaisillaan. Jos saattohoitopäätöstä ei tehdä, vaikka kuolema olisikin lähellä ja odotettavissa, voi hoidon jatkaminen sairauteen keskittyen jättää omaisille mielikuvan odottamattomasta kuolemasta, mikä myöhemmässä vaiheessa vaikeuttaa surutyötä. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 11, 14.)

Kuolevan potilaan tunnistaminen on tärkeää, jotta potilaan hoitotoimenpiteet voidaan suunnitella siten, että hän saa mahdollisimman nopean avun. Usein saattohoitopotilaiden kohdalla ei ole aikaa esimerkiksi pitkiin lääkeannoksien sovittamiseen, vaan lääkemuutosten tulee tapahtua muutamien päivien aikana. Kuoleman lähestyessä pidetään edelleen huolta potilaan perustarpeista, ja ollaan tarvittaessa valmiina hoidon uudelleen arviointiin, jos potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Kuoleman lähestyessä kysymykset elämän tarkoituksesta, sekä vuorovaikutuksen ja läsnäolon merkitys korostuvat sekä potilaan, että omaisten osalta. Potilaan kuollessa saattohoito ei vielä lopu, vaan omaisia tulee tukea heidän surussaan myös kuoleman jälkeen. (Saarto ym. 2015, 11.)

Toimintakyvyltään merkittävästi heikentynyt potilas, jolla lähestyvän kuoleman merkit ovat elintoimintojen hiipuesssa jo nähtävillä mielletään usein kuolevaksi po-

tilaaksi. Lähestyvän kuoleman merkkeinä voidaan pitää sitä, kun potilaan tajunnan taso on alentunut, hän kykenee nauttimaan vain pieniä määriä nestettä, lääkkeiden ottaminen suun kautta on mahdotonta, potilas on jatkuvasti vuoteessa ja hänen periferiansa on viileä (Saarto ym. 2018, 8, 114.)

Saattohoito lisää hoidon laatua sekä potilaskeskeisiä prioriteetteja syöpään sairastuneiden sekä heidän perheensä keskuudessa. Potilaiden määrittelemiä tärkeitä tekijöitä elämän loppuvaiheessa ovat hyvä oireiden hallinta, fyysinen kunto sekä läheisten ja perheen kanssa vietetty aika. (Currow, Agar & Phillips 2020.)

3.3 Kotisaattohoito

Useat ihmiset haluaisivat kuolla kotona. Monille kuolemaa lähestyville potilaille pelko sairaalaan joutumisesta on suurempi kuin pelko kuolemasta. Potilaan itse kokemana pahin paikka on varsinkin suurten sairaaloiden päivystykset, koska kivuliaat ja heikkokuntoiset potilaatkin voivat joutua odottamaan tuntikausia lääkäreitä, joka voi jossain tapauksissa lähettää potilaan takaisin kotiin. Kun potilas palaa pikaisesti sairaalaan takaisin, suurin syy siihen on kotona potilaan hoitaville omaisille kohdistuva riittämätön tuki. Silloin hoitojärjestelmä ei vastaa omaisten eikä varsinkaan potilaan omia tarpeita. Kotona järjestettävä saattohoito edellyttää turvallista hoitosuhdetta. Hoito ja kuoleman järjestäminen kotona merkitsevät myös yhteiskunnalle vähäisempiä kustannuksia kuin sairaalassa tapahtuva hoito. (Hänninen 2013b.) Jos ennakoivasta hoitosuunnitelmasta eikä palliatiivisesta hoitolinjauksesta ole huolehdittu voi elämän loppuvaiheessa toistuvat sairaala- ja päivystyskäynnit lisääntyä. Suurin osa ihmisistä haluaisi asua mahdollisimman pitkään tutussa asumisympäristössä ja monet ihmiset myös haluavat kuolla kotona. Kun henkilökunnan riittävä saattohoidon osaaminen ja ennakoiva palliatiivinen hoito on hyvin järjestetty, pystytään vähentämään päivystyskäyntejä. Hoitamattomat oireet, turvattomuus sekä puutteellinen tuki on yleisimpiä syitä haakeutua päivystysvastaanotolle. Läheisten tuella on suuri merkitys elämän loppuvaiheen hoidon onnistumiselle. (Saarto, ym. 2017, 10–11.)

Potilaan halu tulla saattohoidetuksi kotona on kotisaattohoidon perusedellytys. Myös omaisten tulee olla myöntyväisiä kotisaattohoito päätökseen. Kun potilasta

saattohoidetaan kotona, on oireiden oltava keskimäärin hallinnassa, koska hoitajan antamaa lisälääkitystä ei ole mahdollista toteuttaa kotona yhtä nopeasti kuin hoitolaitoksessa. Kuitenkin tarvittava oirelääkitys tulee olla suunniteltuna ja hoitajilla tarvittavat hoito- ja lääkemääräykset ainakin pahoinvointia, ahdistuneisuutta, kipua sekä tarvittaessa myös hengenahdistusta varten. Lisääntyvät oireet pahentavat myös turvattomuuden tunnetta. Kotisaattohoitoon siirryttäessä on myös selvitettävä mahdollisuus potilaan selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista kotona, esimerkiksi kuinka potilaalla on mahdollista liikkua, peseytyä ja käydä WC:ssä. (Saarto ym. 2015, 578–579.)

Kotisaattohoidossa toimivalta henkilökunnalta palliatiivisen hoidon tietämyksen lisäksi edellytetään herkkyyttä aistia ongelmia sekä taitoa tehdä luovia ratkaisuja. Myös hoitohenkilökunnan aito kiinnostuksen osoitus sekä rohkeus läsnäoloon korostuvat. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan myös taitoa ottaa perheen tilanne, eri persoonallisuudet ja erilaisuus huomioon. Kodin ollessa potilaan ja hänen läheistensä reviiriä, on siellä usein vastassa kaikkien omaisten tunteet, odotukset ja toiveet. Kotona nämä asiat usein uskalletaan ottaa puheeksi helpommin kuin sairaalassa. (Saarto ym. 2015, 578–579.)

Kotisaattohoito on moniammatillista hoitotyötä, jossa päävastuu potilaan hoidosta on kotisairaalan tai kotisairaanhoidon lääkäriellä yhdessä kotipalvelun tai kotisairaanhoidon kanssa. Monet laadukkaan elämän kriteerit täyttyvät potilaalla kotona. Tärkeät ihmiset ovat lähellä, kotona voi elää omassa rytmissä ja antaa mahdollisuuden elää sairauden sallimissa rajoissa ympäröivää arkea. (Kuparinen 2021b.)

Kotisaattohoidossa hyvä ohjenuora on saattohoitosuositukset, jossa kuolevan potilaan inhimillisuus, ihmisarvo, oireiden hyvä hoito sekä itsemääräämisoikeus korostuu. Kokonaisuuteen kotisaattohoidossa kuuluu myös läheisten tukeminen, käytännön asioiden ohjaus ja neuvonta. Hoidon toteuttaminen kotona vaatii erilaista yhteistyötä kuin sairaalassa, koska kotona toimitaan täysin potilaan ehdoilla, sillä koti on potilaan valtakunta. Kotona saattohoidon antaminen edellyttää

luottamuksellista, tiivistä ja toimivaa yhteyttä kotisairaalan lääkärin, sairaanhoitajien sekä potilaan ja hänen omaisiensa kesken. (Pöyhiä, Guldogan & Vanhanen 2018, 65–71.)

Potilaat ja heidän omaisensa voivat valita kotisaattohoidon. Kotona voidaan hoitaa myös heikkokuntoisia potilaita. Kotisaattohoitoon rohkaistaan ja tuetaan omaisia, koska kotihoito antaa vaihtoehdon kuolla omassa kodissa inhimillisesti, jos olosuhteet kotona sen vain sallivat. Tukiosasto on kuitenkin sairaalassa, jonne potilas voi mennä puhelinsoiton pohjalta tai suoraan, jos potilaan vointi sitä vaatii. Joissakin tapauksissa kotiin järjestetään ympärivuorokautinen hoito hoitoringin turvin, mihin kuuluu kotihoidon moniammatillinen hoitotiimi. Lisäksi hoitorinkiin voi kuulua sairaanhoitaja syöpäyhdistyksestä, vapaaehtoisia tukihenkilöitä, seurakunnan työntekijöitä sekä potilaan halutessaan omat läheiset. Sosiaalinen tukiverkosto on tärkeää, koska se tukee myös omaisten jaksamista. (Kuparinen 2021b.)

Useat saattohoidossa olevat potilaat ovat kertoneet, etteivät pelkää kuolemaa vaan kuolemista. Potilaita rohkaistaan puhumaan pelottavista asioista, esimerkiksi kivuista. Mikäli potilaat eivät halua puhua heitä pelottavista asioista tai eivät pelkää kuolemista, silloin tulee kunnioittaa heidän vakaumustaan asiasta. Läheiset tarvitsevat myös lohdutusta, tietoa, tukea sekä kannustusta kotihoidon onnistumisesta, sillä lähestyvä kuolema koskettaa myös potilaan lähipiiriä. Kuoleman lähestyessä hoitotiimin käyntejä voidaan tarvittaessa lisätä ja jos äkillisiä muutoksia tapahtuu potilaan voinnissa, kehoitetaan omaisia ottamaan yhteyttä hoitavaan tahoon. Äkillisten muutosten ilmaantuessa pyrkimyksenä olisi, että läheisten tukena voisi olla joku hoitotiimin jäsenistä välittömästi. (Kuparinen 2021a.)

3.4 Omaisten rooli saattohoidossa

Potilaan lähestyessä kuolemaa ammattilaisten lisäksi hoivan antajia ovat yleensä perheenjäsenet, kuten lapset tai usein puoliso. Elämän eri vaiheissa sosiaaliset suhteet ovat erittäin merkityksellisiä yksilöille, kuten myös kuoleman lähestyessä. Tämän vuoksi suhteet perheenjäseniin ja ystäviin ovat välttämättömiä hyvän kuoleman kannalta. Jonka vuoksi ihmiset, joilla ei ole tukiverkostoa tai läheisiä, tar-

vitsevat enemmän tukea ja huomiota hoitohenkilökunnalta. Kuoleman prosessissa ja sen lähestyessä sosiaalisiin suhteisiin voi tulla muutoksia tai niihin voi liittyä uudenlaisia haasteita. Sairauden ja toimintakyvyn menetys kuoleman prosessissa ovat jo hyvinvoinnin kannalta iso kuormitus, ja suhteiden merkitys sosiaalisissa suhteissa korostuu. Syrjäytyminen vaikuttaa hyvinvointiin sitä enemmän, mitä merkityksellisempiä suhteet ovat. Kyse voi olla jo valmiiksi rikkiäisistä sosiaalisista suhteista, sairauksien tai erilaisten pelkotilojen takia syrjään jäämisestä. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 1–2.)

Saattohoidossa olevan potilaan omaisilla on tutkimustiedon mukaan yhtä paljon masennusta ja ahdistusta kuin potilaalla itsellään. Esimerkiksi lapsen tai puolison roolista hoitajan rooliin muuttuminen aiheuttaa monenlaisia tunteita ja se on haastava tehtävä. Omaiset ansaitsevat saattohoidossa työskentelevien työntekijöiden tuen ja arvostuksen. Luottamusta työntekijöiden ja omaisten välillä voidaan luoda esimerkiksi kysymällä omaisen voinnista ja siitä, kuinka hän on kokenut tilanteen. Omaista voi myös kiittää arvokkaasta työstä, välittämisestä ja rakentavasta suhtautumisesta. Usein omainen huolehtii läheisestään saattohoito vaiheessa melkein ympärivuorokauden. (Saarto ym. 2015, 247.)

Kuolevan ihmisen lisäksi hänen läheisensä ovat mukana kuoleman aiheuttamissa arkipäiväisissäkin muutoksissa, siksi he ovat myös merkittävä osa palliativista hoitoa. Aikanaan omainen joutuu kohtaamaan myös kuoleman lopullisuuden. Haastavaa on se, kuinka omainen kykenee toteuttamaan ja hahmottamaan heidän perheensisäiset muutoksensa. Se kuinka omaiset arvioivat läheisensä kuolemaa perustuu usein sille, kuinka he itse ovat tulleet kuulluiksi ja nähdyiksi saattohoidon aikana ja kuinka heitä on tuettu kohtaamaan kuolemaan liittyviä tosiasioita. (Saarto ym.2015, 280.)

Kotisaattohoidossa omaisilla tulee olla mahdollisuus saada tukea hoitohenkilökunnalta, sekä yhteys henkilökuntaan kaikkina vuorokaudenaikana. Kokonaisvastuu hoidosta on hoitohenkilökunnalla, vaikka omainen onkin mukana sovitusti saattohoidon toteuttamisessa. Omaiset voivat kokea monenlaisia tunteita, joten heitä tulee myös huomioida sekä kannustaa huolehtimaan myös omasta jaksamisestaan. Omaisten kuuluu saada selkokielistä ja rehellistä tietoa sairaudesta

ja sen oireista, opetusta hoitotoimenpiteissä, sekä tietoa miten pystyy eri tilanteissa parhaiten auttamaan läheistään. Halutessaan omaisille tulee antaa tietoa myös kuoleman hetkestä ja siitä, kuinka silloin tulee toimia. (Hovilainen-Kilpinen, Räisänen, Niskanen & Kari, 2019, 272.)

4 PSYKKINEN SEKÄ EKSISTENTIAALINEN KÄRSIMYS

Potilas kokee usein kuoleman lähestyessä myös sosiaalista, psyykkistä kuin myös eksistentiaalista kärsimystä. Kuoleman lähestyessä tulee usein tarve keskustella kuolemasta ja elämästä. Hoitohenkilökunnalla sekä lääkärillä on tärkeä rooli tuen antamisessa potilaalle. Hengellisten asioiden läpikäymiseksi sekä psykososiaalisten tuen täydentämiseksi voidaan usein järjestää kotikäynti hengellisen vakaumuksen viranhaltijalta, esimerkiksi papilta. (Pöyhiä, Gulgodan, Vanhanen 2018, 72.)

Eksistentiaalinen ahdistus, eli olemassaoloon liittyvä ahdistus haastaa yksilön olemassaolon mielekkyyden kokonaisvaltaisesti. Eksistentiaalisessa ahdistuksessa on viisi osa-aluetta: Kuoleman kohtaaminen, oman identiteetin ja ympäröivän maailman ristiriidat, merkityksettömyyden kokemus sekä syyllisyys. Eksistentiaalisen ahdistuksen kokeminen on aika yleistä, mutta kaikki eivät sitä koe kuoleman lähestyessä, kuitenkin tämä pitäisi ottaa huomioon hyvässä saattohoidossa. Usein suomalaiset käsittelevät eksistentiaalisia kysymyksiään rituaalien, luonnon tai esimerkiksi musiikin kuuntelun kautta. Luontoarvojen mukana on helppo puhua perusarvoihin liittyvistä asioista ja elämän merkityksestä. Kuolevien ahdistusta lisää epävarmuus kuoleman jälkeisestä ajasta, kun taas ne ihmiset, joilla on näkemys siitä mitä tapahtuu kuoleman jälkeen kärsivät vähemmän eksistentiaalisesta kärsimyksestä. Vaikka potilaalla olisikin omia voimavaroja kuoleman lähestyessä käsitellä vaativia tilanteita, ei se poista hämmennystä ja tunteita sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Tuki voi olla tiedon saamista, tapahtumien ennakkointia sekä tilanteen selkeyttämistä. (Seppänen ym. 2020, 1–4.)

Hengellisyydellä ja henkisyydellä on erilaisia ilmentymismuotoja sairauden eri vaiheissa. Hengellisiä ja henkisiä tarpeita voidaan tuoda julki osoittamalla esimerkiksi pelkoa ja epäilyksiä. Tavallisia ovat myös kokemus merkityksettömyydestä ja kontrollin menetyksestä, sekä kysymykset miksi sairaus kosketti juuri minua. Viime vuosina on painotettu kokonaisvaltaista terveystieteistä tutkimuksissa. Kokonaisvaltaisella terveystieteillä tarkoitetaan sitä, kun ihmisen hengelliset ja henkiset käsitykset ja tarpeet vaikuttavat hänen kokemuksiinsa sairaudesta tai terveydestä. Henkisyudesta ja hengellisyydestä

on kuitenkin vaikea tehdä määritelmää, ja se onkin usein sidonnainen määrittelijän omaan tieteelliseen orientaatioon ja alaan. (Lipponen & Karvinen 2018, 4.)

Kuoleman lähestyessä voi potilaalla ilmetä myös ahdistuneisuus- ja masennusoireita. Kuolevan potilaan ahdistuneisuus- ja masennusoireita voidaan lievittää psykososiaalisilla, eli lääkkeettömillä hoidoilla. Jäljellä olevan elinajan ennusteen ollessa useita viikkoja voidaan psykososiaalisen hoidon lisäksi harkita masennuslääkehoitoa. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.) Räsänen ja Mattilan (2018) tekemän näyttökatsauksen mukaan masennuslääkkeitä on tutkittu lähinnä potilailla, jotka eivät ole kuolemassa lähiaikoina. Kuolevien potilaiden hoidossa masennuslääkkeiden tehosta ei ole tarpeeksi tutkimustietoa, koska tutkimusjoukot ovat olleet niin pieniä. (Räsänen & Matila 2018.)

5 OIREENMUKAINEN HOITO SAATTOHOIDOSSA

5.1 Ummetus

Ummetus on harvaa suolen toimintaa ja siihen liittyy ulosteen kuiva, kova ja pahanamainen rakenne sekä ulostaminen voi vaatia ponnistelua. Ummetus on yksi yleisimmistä vaivoista palliatiivisessa hoidossa. Pahoinvointi, vatsan sekä peräaukon kipu ja vatsan turvotus voivat liittyä ummetukseen. Useat eri sairaudet, riittämätön nesteiden saanti, liikkumattomuus sekä lääkkeet, joista erityisesti opioidit voivat aiheuttaa ummetusta. Ulostamiseen liittyvän yksityisyyden puute ja ulostamisen avun tarve usein pahentavat ummetusta. Palliatiivisessa hoidossa lääkehoito on usein tarpeen. Oireidenmukaisen hoidon tavoitteita ovat kivun ja epämukavuuden lievittäminen, suolen toiminnan normalisoiminen sekä itsenäisyyden ja omatoimisuuden säilyttäminen. Suun kautta annosteltavat laksatiivit ovat ensisijaisia, sillä ne tehoavat parhaiten, kun nesteitä saadaan riittävästi. Jos suun kautta otettavien laksatiivien käyttö ei tuo toivottua tulosta, voidaan käyttää myös peräpuikkoa, joka sisältää stimuloivaa laksatiivia tai peräruisketta. Kuoleman lähestyessä, kun tajunta ja yleistila heikkenee ei suolen toimimattomuus usein ole enää ongelma. (Saarto ym. 2018, 55–59.)

5.2 Pahoinvointi ja ruokahaluttomuus

Oksentelu ja pahoinvointi heikentävät huomattavasti elämänlaatua, koska niihin liittyy usein myös ruokahaluttomuutta, ahdistuneisuutta ja ummetusta. Elämän loppuvaiheessa jopa 50 %:lla kroonisia tauteja sairastavilla ja 31–70 %:lla syöpöpotilaista esiintyy oksentelua ja pahoinvointia. Pahoinvoinnin syitä voi mahdollisesti olla useita, esimerkiksi ummetus, metaboliset syyt (hyponatremia, hyperkalsemia, hypokalemia jne.), psyykkinen ahdistuneisuus sekä käytössä olevat lääkkeet. (Saarto ym. 2018, 52–53.) Pahoinvointia voidaan hoitaa pahoinvointilääkkeillä, toisinaan myös psykelääkkeitä kuten olantsapiinia sekä haloperidolia voidaan pieninä annoksina käyttää pahoinvoinnin hoitoon (Tarnanen ym. 2019).

Ruokahaluttomuus voi johtua esimerkiksi pahoinvoinnista, kuivasta tai kipeästä suusta, ummetuksesta tai kivusta. Yleensä omaiset ovat huolestuneempia potilaan huonosta ravinnosta, kuin potilas itse. Tällöin on tärkeää pyrkiä selvittämään

mitä odotuksia ravitsemushoidolla saavutetaan. Hoitona voidaan kokeilla useita pieniä energiapitoisia aterioita pitkin päivää, potilaan mielitekojen mukaan. Miedosti tuoksuvat sekä kylmät ruoat voivat maistua paremmin lämpimien ruokien sijasta. (Saarto ym. 2018, 70.) Omaiset voivat ajatella, että syy potilaan heikentyneeseen yleistilaan johtuisi ruokahaluttomuudesta sekä sen myötä vähäisestä ravinnonsaannista ja että ravitsemusta korjaamalla sairauden ennuste paranee. Odotukset ja virheelliset käsitykset ravitsemuksesta tulee oikaista. Potilasta ja omaisia on tärkeää lohduttaa varsinkin saattohoidossa sillä, että potilaalla on täysi oikeus tyytyä pieniinkin ruokamääriin. Huomio tulisi enemmän kääntää elämänlaatua lisääviin asioihin. (Saarto ym. 2015, 165–166.)

Kakeksia-anoreksialla tarkoitetaan metabolista oireyhtymää, jolla on kaksi termiä. Primaari kakeksia tarkoittaa etenevää tahatonta laihtumista. Sekundaari kakeksia puolestaan tarkoittaa laihtumista, joka johtuu ravinnon vähyydestä. Saattohoidon loppuvaiheessa yli 80 % kärsii kakeksiasta. Esimerkiksi vaikean vaiheen dementiaa tai loppuvaiheen syöpää sairastavien ravitsemushoito ei pidennä elinaikaa tai paranna elämänlaatua. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

5.3 Ihon ja suun hoito

Palliativisessa- ja saattohoidossa suun tavallisimpia oireita ovat erilaiset limakalvojen ja suuontelon infektiot ja limakalvojen kuivuminen. Useimmille suun kunnossa esiintyville ongelmille altistaa palliativisessa- ja varsinkin saattohoidossa tavallisimmin esiintyvä suun kuivuminen. Tämän takia tärkeintä suun hoidossa on suun kostuttaminen ja puhdistaminen, myös hammasproteesien hygieniasta tulisi huolehtia. Muun muassa opioidit, antikolinergiset lääkkeet sekä diureetit vähentävät ihmisen luontaista syljen eritystä. Kuolevan potilaan suun kostutukseen on mahdollista käyttää mitä vain potilaalle mieluista nestettä pieninä usein toistuvina annoksina. Kun potilas ei pysty enää nielemään, kostutetaan suuta 1–2 tunnin välein puhtaalla pumpulipuikolla ja/tai nesteellä. Suun limakalvot tulee puhdistaa kostealla harsotaitoksella päivittäin. Suupielet ja huulet kuivataan sekä rasvataan tarvittaessa. (Hänninen & Rahko 2013; Saarto ym. 2018, 48, 52.)

Ihon kutinaa on haasteellista hoitaa elämän loppuvaiheessa. Ihon kutinalla tarkoitetaan epämiellyttävää tunnetta limakalvoilla tai iholla ja se saa aikaan halun raapia. Kutina voi aiheuttaa sosiaalista eristäytymistä, uni- ja mielialaongelmia sekä yleistä heikentynyttä elämänlaatua. Kutinaa voidaan hoitaa paikallisesti hajuusteettomilla perusvoiteilla sekä hoitajaksoina tapahtuvalla kortikosteroidivoiteilla. Kutinaa voidaan lievittää myös perusasioista huolehtimalla, kuten ihoa ärsyttämättömät vaatteet, hikoilun välttäminen sekä kynsien pitäminen lyhyinä. Osa potilaista väsyttävät antihistamiinit voivat auttaa kutinan hoidossa. Vaikka kortikosteroidit tehoavat hyvin kutinaan, on niillä myös haittavaikutuksia kuten painon nousu ja lisämunuaislama, joskin saattohoidossa systeeminen kortikosteroidi on hyvä vaihtoehto. (Saarto ym. 2018, 183–184.)

Potilaille, jotka eivät itse pysty kääntymään vuoteessa vaan joutuvat makaamaan paikallaan pidempiä aikoja, syntyy herkästi makuuhaavoja eli painehaavaumia. Luun painaessa ihoa normaali verenkierto estyy ja silloin syntyy painehaavauma. Usean päivän makuulla olo yleensä altistaa painehaavaumien syntymiselle, mutta vakavasti sairaille se voi joskus syntyä muutamassa tunnissa. Painekohdassa ihoalueella nähdään ensin punoitusta, sen jälkeen turvotusta syntyy kudoksiin ja lopuksi iho rikkoutuu. Useimmiten painehaavaumat ovat ainakin jonkin verran kivuliaita. Painehaavaumat syntyvät tavallisesti alaselkään, lonkkiin, kantapäihin sekä pakaroihin. Erytistä huomiota tulee kiinnittää painehaavojen syntymisen välttämiseksi vaihtamalla riittävän usein potilaan asentoa. Yleinen nyrkkisääntö on, että parin tunnin välein tulisi vaihtaa painekohtien asentoa esimerkiksi kyljeltä toiselle. (Lumio, 2019.)

5.4 Hengitystieoireet

Hengenahdistuksella tarkoitetaan tarvetta ponnistella hengittäessä tai hengityksen vaikeutumista (Salomaa, 2022). Hengenahdistus on varsin yleinen oire pitkälle edenneissä sairauksissa, ja sen syitä voi olla esimerkiksi hengityslihaskuivus, ahdistuneisuus ja muut psyykkiset tekijät, verenkierron ongelma, hengitystilavuuden pientyminen sekä muut syyt kuten anemia (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito – suositus 2019). Hengenahdistus heikentää elämänlaatua, koska se liittyy usein uupumukseen, ahdistuneisuuteen, kipuun sekä masennukseen. Se tyypillisesti myös lisääntyy kuoleman lähestyessä (Saarto ym.

2018, 38.) Hengenahdistus tuntuu kuin ilmaa ei saisi riittävästi, mutta sitä voidaan kuitenkin lievittää lääkkeettömillä hoidoilla kuten erilaisilla hengitystekniikoilla, asentohoidolla ja sekä kasvoihin suuntautuvalla ilmavirralla. (Saarto ym. 2018, 39; Tarnanen ym. 2019).

Hengenahdistusta voidaan lievittää myös oireen mukaisella lääkehoidolla. Morfiinin käytöstä parantumattomasti sairaiden hengenahdistuksen hoidossa on eniten näyttöä, mutta kuitenkin kaikkia vahvoja opioideja voidaan käyttää. Potilaan ikä, munuaisten- ja maksan toiminta sekä potilaan yleiskunto määrittävät potilas-kohtaisen annoksen opioidien käytössä. Opioideja voidaan annostella potilaalle hengenahdistuksen hoidossa suun kautta pitkä- ja lyhytvaikutteisena, lihakseen, ihon sisään sekä laskimoon. Kliinisten kokemusten perusteella myös bentso-diatsepiinien käyttö on hyödyllistä yksin tai yhdessä opioidin kanssa, jos muut keinot eivät tuo riittävästi helpotusta potilaalle. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito – suositus 2019.)

Lima hengitysteissä on yleistä saattohoitopotilailla, se aiheuttaa hengenahdistusta, yskää sekä hengityksenkorinaa. Hengitysfysioterapian menetelmät ja apuvälineet kuten pulloon puhallus, eritteiden imeminen suusta ja asennon muutokset voivat helpottaa potilaan vointia. Pulloon puhalluksessa uloshengityksen vastapainetta hyödyntäen voidaan ohuella letkulla puhaltaa pulloon, jossa on noin 10–20 cm vettä. Keittosuolan sisäänhengitys suihkeena tai sumutteena voi myös helpottaa liman eritystä. Juoksevien hengitystie-eritteiden hoitoon on käytetty myös antikolienergisiä lääkkeitä. Kuolevan potilaan hengityksen korinan lääkehoidosta ei ole selvää tutkimusnäyttöä, mutta sitä hoidetaan usein glykopyrronilla tai butyyliiskopolamiinilla. (Saarto ym. 2018, 42; Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito – suositus 2019; Tarnanen ym. 2019.)

Butyyliiskopolamiini on vaikuttava aine, esimerkiksi buscopan lääkkeelle. Lääkkeen tarkoituksena on hoitaa mahalaukun, suoliston tai ruokatorven spastisia kipuja ja ruoansulatuskanavan toiminallisia häiriöitä. Lääkkeellä hoidetaan myös haiman, virtsateiden, sappiteiden sekä synnyttelinten spastisia tiloja. Annostuksena on 1 ampulli äkillisissä kivuissa useita kertoja päivässä. Suurin vuorokausiannostus on 100 mg, jota ei pidä ylittää. Lääke annetaan ihon alle, lihakseen tai hitaasti laskimoon. Glukopyrron, eli glykopyrroniumbromidi on vaikuttava aine

esimerkiksi robinul lääkkeelle. Lääkettä käytetään pääsääntöisesti anestesiassa esilääkkeellä henkitorvi-, keuhkoputki-, syljenerityksen sekä nielu-eritteiden vähentämiseksi sekä mahanesteen happomäärän pienentämiseksi. (Duodecim lääketietokanta, 2021.)

5.5 Nestehoito

Saattohoitovaiheessa parenteraalisesta nesteytyksestä voi olla potilaalla enemmän haittaa kuin hyötyä. Potilas voi kärsiä lisääntyneen virtaamistarpeen, turvotusten sekä kanyloinnin tuottaman epämukavan tunteen takia. Myös enteraalinen tai parenteraalinen ravitsemushoito voi aiheuttaa potilaalle pahoinvointia ja täten olla enemmän haitaksi kuin hyödyksi. Olennaisempaa on janon tunteen sammuttaminen, johon tutkimusten mukaan saadaan parempi teho suun paikallishoidolla kuin nesteytyksellä. Usein kuolevan potilaan omaisia rauhoitellaan antamalla suonensisäistä nesteytystä, se ei kuitenkaan ole perusteltua. Jos taas kuolevan potilaan dehydraation epäillään aiheuttavan kärsimystä tai sekavuutta, voidaan tehdä 1–2 vuorokauden nesteytyskokeilu. Nesteytys hoitoa voidaan jatkaa, jos siitä on hyötyä, mutta jos hyötyä ei pystytä osoittamaan tulee nesteytys lopettaa. (Hänninen 2013a; Saarto ym. 2015, 162; Saarto ym. 2018, 69.)

5.6 Kivunhoito osana saattohoitoa

Palliatiivisen hoidon aikana kaksi vakavinta oiretta ovat hengitysvaikeudet ja kipu. 80 % potilaista, joilla on syöpä ja 67 % potilaista, joilla on sydän- ja verisuonitauti kokevat voimakasta tai kohtalaista kipua elämänsä loppuvaiheen aikana. Hallittaessa näitä kipuja opioidien käyttö on välttämätöntä. Myös muita yleisiä ahdistavia oireita voidaan lievittää opioideilla, kuten hengenahdistusta. On eettisesti oikein jo varhaisessa vaiheessa hallita tällaiset oireet ja lievittää kärsimystä ja kunnioittaa ihmisarvoa. (World Health Organization 2022, Palliative Care.)

Myös lääkkeettömiä kivun lievityskeinoja, kuten liike- ja asentohoito tai rentoutuminen tulee käyttää lääkehoidon rinnalla. Opioidihoitoon voidaan lisätä tulehduskipulääkettä, joka saattaa lievittää kipua paremmin kuin yksin opioidi. Neuropaattisen, eli hermosäryn hoitoon käytetään masennus- tai epilepsia lääkkeitä. (Tarnanen ym. 2019.)

Kipu alentaa merkittävästi elämänlaatua sekä aiheuttaa psyykkistä stressiä, johon voi kuulua masennusta, väsymystä, mielialanvaihtelua, univaikeuksia, toimintakyvyn alentumista sekä ahdistusta. Kivun hoidon ongelmat voivat johtua useista erisyistä, kuten ettei kivun hoidossa ei ole käytetty riittävää viestintää esimerkiksi potilaan ja hoitajien välillä, hoitolinjaukseen kivun hoidosta vaihtelee, potilaan väärinymmärrykset liittyen kivun hoitoon ja tiedonpuute kipulääkkeitä kohtaan sekä potilas voi kieltää kivun olemassaolon pelätessään sairauden etenemistä. Myös potilaiden ja hoitajien asenteet, pelot, uskomukset sekä arvot kivunlievitystä kohtaan heikentävät kivunhoidon onnistumista. Onnistuneeseen kivun hoitoon kuuluu ohjaus, jossa potilaalle kerrotaan lääkkeiden haittavaikutuksista sekä vahvojen kipulääkkeiden tarkoituksenmukaisesta käytöstä. Luottamuksellinen ilmapiiri sekä potilaan ohjaustarpeiden täyttäminen on edellytys ohjauksen onnistumiselle. (Peltö, Hökkä, Kajula & Kaakinen 2019, 23.)

Kuolevaa potilasta voidaan rauhoittaa lääkkein ja potilaan tajuntaa alentaa niiden oireiden lieventämiseksi, jotka ovat sietämättömiä ja joita ei voida hallita muilla keinoin, tätä kutsutaan palliatiiviseksi sedaatioksi. Palliatiivinen sedaatio ei kuitenkaan jouduta kuolemaan. Elämän loppuvaiheessa voidaan palliatiivisella sedaatiolla lievittää oireita, joita ei pysty muilla keinoilla hallitsemaan. Esimerkiksi sitä käytetään muuten hallitsemattoman kivun tai hengenahdistuksen hoidossa. Tärkeää varmistaa, että potilas, potilaan omaiset sekä hoitohenkilökunta ymmärtävät hoidon toteutuksen ja hoidon tavoitteet sekä että kaikki muut keinot oireiden helpottamiseksi on kokeiltu ennen sedaation aloittamista. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Kun potilas ei voi ottaa enää lääkkeitä suun kautta esimerkiksi nielemisen vaikeutuksessa, voidaan lääkkeitä vaihtoehtoisesti annostella ihon alle infuusiona. Lääkkeiden antamiseen tarvitaan infuusiopumppu, johon pystyy ohjelmoimaan lääkeaineiden nopeuden, määrän sekä pitoisuuden. Infuusiopumpun aloittamisen aiheita ovat esimerkiksi jatkuva pahoinvointi tai oksentelu, joka estää lääkkeiden ottamisen suun kautta. Infuusiopumppua voidaan käyttää myös, jos lääkkeiden annostelu ei onnistu esimerkiksi heikon yleiskunnon vuoksi, levottomuuden tai sekavuuden vuoksi. Infuusiopumpun käyttö voidaan aloittaa myös sedaation takia, eli rauhoittaa potilas lääkkeellisesti potilaan vaikeiden oireiden vuoksi. (Pöyhä ym. 2018, 80–81.)

Infuusiopumppua varten asennetaan pistämällä kanyyli ihon alle, eli subkutaanisesti potilaaseen, jota säännöllisesti tarkkaillaan. Kanyylin paikkaa olisi hyvä vaihtaa 3–4 vuorokauden välein komplikaatioiden ehkäisemiseksi tai jos pistopaikka punoittaa, muuttuu araksi tai on nähtävillä infektion merkkejä. (Pöyhiä ym. 2018, 80–82.)

5.7 Kipumittarit

Kipu on potilaalle aina henkilökohtainen kokemus, jota voi olla vaikea välittää toiselle henkilölle. Koskaan ei tule vähätellä tai kieltää potilaan kokemusta kivusta. Potilaan kivun voimakkuutta voidaan mitata erilaisilla kipumittareilla. Kivun voimakkuuden mittaaminen on tärkeää, jotta voidaan arvioida kipulääkkeen vaikutusta tai tarvetta. Kivun arvioinnilla sekä mittaamisella pyritään selvittämään potilaan kivun sijaintia, laatua, kestoa, voimakkuutta, helpottavia sekä pahentavia tekijöitä. (Englund, Hoikka, Kalliomäki & Raitio 2021.)

VAS eli Visual Analogue Scale on kivun arviointiin käytettävä mittari, joka on yksinkertainen ja luotettava apuväline kivun arviointiin. Se on noin 10 cm pituinen jana, jonka vasen pää kuvastaa kivutonta tilaa (0). Oikea pää kuvastaa sietämätöntä kipua (10). Kivun voimakkuutta arvioitaessa potilas asettaa poikkiviivan janalle kohtaan, jossa arvioi kivun olevan. (Englund ym. 2021.)

VRS eli Verbal Rating Scale on kivun arviointiin käytettävä mittari, jossa suullisesti kysytään potilaalta arviota kivun voimakkuudesta. Käytetään tavallisesti aikuisten kivun arvioinnissa. Asteikot ovat: ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, voimakas kipu, sietämätön kipu. (Englund ym. 2021.)

Kipukasvomittari käytetään erityisesti muistisairaiden, iäkkäiden sekä lasten kivun mittaamisessa. Mittarissa ilmeet on luokiteltu ykkösestä viitoseen, jossa numero yksi kuvaa kivuttomuutta ja numero viisi sietämätöntä kipua. Potilas valitsee parhaiten kipua vastaavan ilmeen. Kasvojen ilmeitä sekä käyttäytymistä (ääntely, liikehdintä) voidaan käyttää apuna kivun arvioinnissa. (Englund ym. 2021.)

PAINAD-mittari tulee englannin kielen sanoista Pain Assesment in Advanced Dementia. Se on kipumittari, joka auttaa hoitohenkilökuntaa raportoimaan ja arvioimaan kivunoireita ja tunnistamaan kipulääkkeiden tarpeellisuuden. Mittari on

helppokäyttöinen, havainnointiin perustuva. Mittari sopii muokattuna myös läheisten käyttöön. Mittarin avulla tarkastellaan vointia, toimintakyvyn laskua ja autonomisen hermoston muutoksia esim. sydämen tiheälyöntisyyttä tai hikoilua ja seurataan potilaan käyttäytymistä. Jos käyttäytymisessä ilmenee kipuun viittaavia muutoksia käyttäytymisessä, esimerkiksi kiihtyneisyyttä, sekavuutta, ääntelyä, aggressiivisuutta tai vastustelua. Mittarin avulla tarkkaillaan myös potilaan olemusta, ilmeitä, eleitä ja asentoa. Mittarin pistemäärä on 0–10, jossa pistemäärä 0 tarkoittaa ei kipua ja pistemäärä 10 sietämätöntä kipua. (Hallikainen 2019; Hammar ym. 2019 18–20.)

6 KUOLEMA

Kotisaattohoidon tarkoituksena on potilaan hoitaminen kotona kuolemaan saakka. Aina tämä ei kuitenkaan onnistu, kun voinnin heiketessä omaiset tai potilas itse toivoo siirtoa hoitopaikkaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita kotisaattohoidon epäonnistumista, vaan toimimista tilanteen edellyttämällä tavalla. Kotikuoleman tueksi annetaan kuitenkin omaisille ohjeet siitä, kuinka heidän tulee toimia, kun potilas ei enää hengitä. Usein riittää, että hoitaja soitetaan paikalle. Kun kuolema kotona on odotettu, poliisia eikä ensihoitoa tarvita paikalle vaan lääkäri käy toteamassa kuoleman kotona tai vainaja siirretään paikkaan, jossa lääkäri toteaa kuoleman. Käytännöt vaihtelevat eri hoitopaikkojen välillä, mutta ehdotonta aikarajaa kotoa siirtämiselle ei ole. (Saarto ym. 2015, 276, 580.) Etukäteen kannattaa puhua omaisten kanssa siitä, kun potilaan hengitys pysähtyy, miten toimitaan. Puhuminen ehkäisee turhia toimenpiteitä sekä se auttaa omaisia suhtautumaan asiaan. (Anttila ym. 2017, 363.)

Kuolinhetkellä ja vainajaa käsitellessä on hyvä toimia sensitiivisesti ja vainajaa tulee käsitellä kunnioittavasti. Eleiden ja äänien tulee olla hienotunteisia ja rauhallisia. Omaisilta on hyvä kysyä, onko heillä mielessä asioita, joista he haluaisivat keskustella. Vainajan laittamista ei tule kiirehtiä, vaan omaisten tulee saada olla vainajan kanssa tarvitsemansa aika. Kynttilän sytyttämistä pidetään kauniina symbolisena eleenä. (Saarto ym. 2015, 248.)

Kun potilas kuolee, ei saattohoito kuitenkaan lopu. Vainajan omaisille antaa tarpeeksi aikaa hyvästellä vainaja. Omaisille annetaan myös mahdollisuus osallistua vainajasta huolehtimiseen. Kiireettömyys on myös osa saattohoidon laatua. Kuoleman toteamisen, vainajan huolehtiminen ja ulkoisen tarkastuksen yhteydessä vainajaa kohdellaan kunnioittavasti, sillä se on osa hyvää hoitoa ja ihmisarvon huomioimista. Vainajan ulkoinen tarkastus sekä kuoleman toteaminen tulee tehdä rauhassa, ilman kiirettä. Vakaumuksen kunnioittaminen sekä kulttuurin huomioiminen ovat osa hyvää hoitoa. Läheisiä kohdellaan empaattisesti sekä huomaavaisesti kuoleman jälkeen, sekä tulee huolehtia, että läheiset saavat tarvitsemansa tuen ja ohjauksen. (Saarto ym. 2022, 29–30.)

Kuolintodistuksen laatii vainajaa viimeisimmäksi hoitanut lääkäri, virkalääkäri tai kuolemansyyn selvityksen tehnyt lääkäri. Kuolintodistus on tilastollinen ja oikeuslääkinnällinen asiakirja vainajan oikeusturvan takaamiseksi, ja se tulee laatia sellaiseen muotoon, että myös läheiset ymmärtävät tapahtumat. Kuolintodistuksessa ei kerrota yksityiskohtaisesti vainajan hoidon vaiheita vaan siinä esitetään kuolemaan johtaneet tapahtumat ja kuolinsyy. Suomessa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen oikeuslääkärit vastaavat kuolin selvitysten- ja todistusten tarkastamisesta. (Saarto ym. 2015, 277; Kuolintodistus: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022.)

Lopullinen kuolinsyy on aina hapensaannin katkeaminen elimistössä. Kuolinhetki on aina lääkärin tehtävä määritellä, eli se hetki, kun potilaan hengitys ja verenkierto lakkaavat (sydänkuolema) tai kun aivot toiminta pysähtyy (aivokuolema). Kun kuolema on todettu, kysytään vainajan pukemiseen liittyen haluavatko omaiset osallistua. (Anttila ym. 2017, 363.)

Välineitä vainajanlaittoon ovat suunhoitovälineet, vuodepesutarvikkeet, erityistarpeita varten esimerkiksi haavansitomisvälineet ja kertakäyttövaippa tarvittaessa. Vainajalle vaihdetaan erikseen tarkoitettut peite- ja aluslakana sekä tyynyliina. Vainajalle sidotaan tarvittaessa sideharsolla leuan alue ja vaihdetaan vainajalle tarkoitettu paita päälle. Vainajan henkilötiedot kirjataan ylös lapuille. Ennen vainajan pesua, hänestä poistetaan mahdolliset drenit, letkustot ja tarvittaessa tyhjennetään virtsarakko alavatsasta painaen. Hiukset kammataan ja parta siistitään. Vainajan silmät suljetaan varovasti ja silmille voidaan asettaa kosteat vatusykeröt, jotteivat silmäluomet kuivu. (Anttila ym. 2017, 373–374.)

Läheisten selviytymisestä on tärkeää huolehtia kuoleman jälkeen. Tarvittaessa voidaan olla yhteydessä kriisi- ja sosiaalipäivystykseen kiireellisen tuen käynnistämiseksi tai käynnistää tarvittaessa sosiaalitoimen tuet. (Pöyhiä ym. 2018, 73.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö on kertaluontoinen projekti, joka on rajattu laajuudeltaan, ajallisesti sekä korkeakoulun osaamistavoittein ja arviointikriteerein. Opinnäytetyön kirjoittaminen, eli raportointi on puolestaan eräänlainen prosessi. Raportointi ei ala johdannosta ja päätty suoralinjaisesti arviointiin ja pohdintaan, vaan se kulkee tekemisen mukana, omaa tekemistä ja sen tuloksia raportoiden ja jäsentäen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä asiantuntija- ja teoretieto kohtaavat kokemukseen ja olemassa oleviin toimintatapoihin ja käytäntöihin perustuvan tiedon, josta opinnäytetyöntekijä kokoaa lisää tietoa kehittämistyön menetelmin. (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä 2022, 16.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on ammatillisen osaamisen ja ajattelun kehittäminen, jota kutsutaan toimintaoppimiseksi. Toimintaoppiminen on nykyajan työelämän tärkeä ammatillinen laadun määrittäjä. Tutkimuksellisen ja toiminnallisen opinnäytetyön erona on toiminnallisen opinnäytetyön tuotos. Prosessin toimintaa voidaan pitää toisena erona, koska työn kehittäminen tuotokseen tähdittäessä vaatii työn erivaiheissa eri toimijoita. Kolmantena erona voidaan pitää jokapäiväisiä työskentelytapoja, koska toiminnallisessa opinnäytetyössä vaiheissa edetään toimijoiden kanssa. (Salonen 2013, 5–6.)

Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyötä, jossa tutkimuksen ajattelutapa ja sen menetelmälliset käytännöt palvelevat ammatillista kehittämistä, siinä tutkimus ei määrittele kehittämistä. Kehittämistyö tuotoksena ei riitä asiantuntijaksi kehittämisessä, vaan sen ohessa akateemisen viestinnän keinoin tekijä kirjoittaa itsensä asiantuntijaksi kohteenaan kehittämistyönä tehty tuotos ja sen toteuttamisprosessi. Aiemmat tutkimukset ja hankkeista saadut tulokset sekä ammatillisesta lähdekirjallisuudesta koottu tieto perustelee tuotoksen ratkaisut. Asiantuntijuutta kehittävä tai asiantuntijuuteen perustuva kehittävä ammatillinen toiminta on aina tarkkaan dokumentoitua, harkittua ja perusteltua. (Kostamo ym. 2022, 12–13.)

Ammattialan käytäntö toiminnallisessa opinnäytetyössä on sekä tutkimuksellisen kehittämisen kohde että opinnäytetyön aiheen lähtökohta. Alan käytännöistä, ammattilaisilta ja heidän tuottamistaan tutkimuksista ja materiaaleista sekä heidän asiakkailtaan löytyy ratkaisujen vaatima tieto. Ammatillisessa arjessa muodostuva tieto nojaa toiminnalliseen tietokäsitykseen. Ammatillinen tieto, tiedon käytännöllisyys ja sovellettavuus ovat keskeisiä tietokäsityksessä. Kehittämisen lähtökohta voi olla siis hyvinkin käytännönläheinen toiminnallisessa opinnäytetyössä. (Kostamo ym. 2022, 21–22.)

Opinnäytetyö toteutettiin lineaarisen mallin mukaisesti, jossa kuvattiin opinnäytetyötä vaiheistettuna. Työ aloitettiin tavoitteen määrittelyllä, jota seurasi suunnitteluvaihe. Tämän jälkeen siirryttiin toteutukseen ja viimeisenä prosessin päättämiseen sekä arviointiin. (Salonen 2013, 15.) Opinnäytetyön toteuttamismenetelmäksi valikoitui toiminallinen opinnäytetyö, koska sen avulla voidaan edistää ammatillista kasvua työelämä lähtöisesti, kehittää työelämän tarpeita ja luoda suhteita.

7.2 Toiminallisen opinnäytetyön ideointi ja suunnittelu

Toiminallisen opinnäytetyön ensimmäinen vaihe on suunnittelu, jossa valitaan muun muassa tavoitteet ja kohderyhmä. Tämän jälkeen laaditaan toimintasuunnitelma, jonka avulla sitoudutaan opinnäytetyöhön. Sen jälkeen hankitaan tuotoksen vaatimaa aineisto ja peilataan tietoa teoreettisesti. Tuotosta kehitellään ja kirjoitetaan raportti, joka viimeistellään. (Kostamo ym. 2022, 12.)

Toiminallisen opinnäytetyön tuotos toteutetaan Ylitornion kotisairaallalle, aihe on rajattu saattohoitopotilaiden hoitoon kotioloissa. Tuotoksena syntyy opas, joka on tarkoitettu Ylitornion kotisairaalan asiakkaiden ja henkilökunnan käyttöön. Opas tehdään nimenomaan kotona tapahtuvaa saattohoitoa ajatellen, jossa kotisaattohoidossa potilaat ja heidän omaisensa hyötyvät oppaasta, koska hoitohenkilökuntaa ei ole jatkuvasti saatavilla vastaamaan potilaan ja hänen läheistensä mahdollisiin kysymyksiin. Oppaaseen kerätty tieto on näyttöön perustuvaa tietoa.

7.3 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Toiminnallisen opinnäytetyön aikana kehitetään opinnäytetyöntekijöiden palaute-taitoja. Vertaispalautteen, työelämäkumppanin ja oman vastapalautteen avulla kehitetään myös omaa asiantuntijuutta. Toimintaympäristöä voidaan myös kehit-tää palautteen antamisella. (Kostamo ym. 2022, 71.)

Jo oppaan tekemisen aikana Ylitornion kotisairaалalta pyydetään palautetta op-paasta. Palautteen avulla on tarkoitus arvioida ja kehittää syntyvää tuotosta ja se esitetään työssä. Myös prosessin lopuksi pyydämme palautetta kotisairaalan henkilökunnalta. Saadut palautteet auttavat myös itse reflektoinnissa.

Ylitornion terveyskeskuksen vuodeosaston palvelupäällikkö tutustui työhön noin prosessin keskivaiheilla ja hän oli opinnäytetyöntekijöiden kanssa samaa mieltä käsiteltävistä aiheista. Myös varsinaisen oppaan tekemisen alkuvaiheessa pal-velupäällikkö antoi palautetta oppaasta. Tässä vaiheessa hän ei halunnut op-paasta poistettavan mitään, mutta tarkempia tietoja Ylitornion käytännöistä hän tahtoi lisää. Myös tärkeimmät kivunhoitomenetelmät pyydettiin lisäämään oppaa-seen. Sekä hengellisen tuen tarvetta pyydettiin korostamaan sekä lisäämään esi-merkiksi Ylitornion seurakunnan yhteystiedot. Opasta täydennettiin saadun pa-lautteen pohjalta. Opas tuotettiin Ylitornion kotisairaalan ja kotihoidon käyttöön sähköisessä versiossa, josta on helppo myös tulostaa opas paperiselle versiolle.

7.4 Toiminnallisen opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä perehdytään toiminnallisen työn eettisiin suosituksiin ja pohdi-taan yksilöinä omaa eettisyyttä ja mahdollisia eettisiä esteitä työn toteuttamiselle. Opinnäytetyön tekijän (AMK) on hallittava tieteellisen käytännön vastuut, ihmi-seen kohdistuvan tutkimuksen yleiset periaatteet, hyvä tieteellinen käytäntö opin-näytetyöprosessissa ja eettisen ennakoarvioinnin tarpeellisuus, lähtökohdat ja ennakoarviointimenettely (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suo-situkset: Arene 2020, 5). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan kokoama Hyvä tie-teellinen käytäntö on tutkimuseettinen ohje hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja loukkausepäilyjen käsittelemisestä (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6).

Ensisijaisesti opinnäytetyön tekeminen on oppimisprosessi opiskelijalle. Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää opiskelijan työelämätaitoja, asiantuntijuutta sekä ammatillista kehittymistä. Opiskelija on keskeinen toimija koko opinnäytetyöprosessissa. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset: Arene 2020, 17.)

Opiskelijan ja ohjaajan tulee arvioida opinnäytetyönsuunnitelmassa toteuttamiseen tarvittavat aikataulut ja resurssit, sekä varmistaa näiden saatavuus. Työn toteuttajan tukena toimii eettinen ennakoarviointi, jotta tunnistetaan riskit ja haitat. Tämä ei kuitenkaan siirrä vastuuta toimikunnalle eettisestä työn toteuttamisesta. (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset: Arene 2020, 19–20.)

Opinnäytetyöhön tietoa hakiessa, käytetään eettiset vaatimukset omaavia luotettavia lähteitä, kuten kansainvälisiä- ja kotimaisia aineistohakuja, sekä Lapin Ammattikorkeakoulun kirjastotietokantoja. Muiden julkaisuihin opinnäytetyössä viitataan asiaankuuluvalla tavalla.

8 POHDINTA

8.1 Työnmerkitys toimeksiantajalle ja yhteiskunnalle

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas kotisairaalan henkilökunnalle sekä omaisille, jotta heille olisi enemmän valmiuksia hoitaa potilaita kotona. Opinnäytetyötä alettiin tekemään, koska kotona tapahtuva saattohoito sekä sen kehittäminen kiinnosti molempia opinnäytetyön tekijöitä ja toimeksiantajalla oli tarvetta päivittää kotisairaalan saattohoito opas. Opinnäytetyöntekijöiden käsityksen mukaan palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon osaaminen vaihtelee merkittävästi eri terveydenhuollon yksiköiden välillä sekä hoitohenkilökunnan keskuudessa. Saattohoito on aina ainutlaatuista ja kokonaisvaltaista, jolloin hoitohenkilökunnalla tulee olla tarvittavat taidot saattohoito potilaan hoitamiseen. Myös yhteiskunnan menoja voidaan hallita palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon kehittämällä, kun palliatiivisessa sekä saattohoidossa olevat potilaat saavat oikein kohdennettua hoitoa. Myös saattohoidon tulee olla kustannustehokasta ja tuloksellista. Oppaassa on myös omaisille tarkoitettua tietoa, sillä omaiset ovat erittäin tärkeässä roolissa kotisaattohoidossa.

8.2 Oppimiskokemus

Opinnäytetyöprosessi oli haastava, koska tekijöiden oli vaikeaa löytää yhteistä aikaa. Työn alkuvaiheessa myös aiheenrajaaminen oli haastavaa. Aikaa vievää oli etsiä luotettavia, tarpeeksi tuoreita lähteitä, joita voisi käyttää opinnäytetyössä. Luotettavien lähteiden etsiminen on kehittänyt opinnäytetyöntekijöiden lähdekritiikkiä. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä aihe oli mielenkiintoinen ja erittäin ajankohtainen. Opinnäytetyön tekijöillä oli ennestään jonkin verran kokemusta saattohoito potilaiden hoidosta, mutta jatkuvasti työn edetessä tuli uutta tietoa tärkeistä asioista, jotka on hyvä huomioida, kun saattohoitopotilasta hoidetaan kotona. Työntekemisen aikana tekijöiden välille syntyi paljon mielenkiintoisia keskusteluja saattohoitoon ja varsinkin omaisten rooliin saattohoidossa liittyen. Opinnäytetyöprosessi on tukenut opinnäytetyöntekijöiden ammatillista kasvua kohti sairaanhoitajan ammattia sekä opettanut joustavuutta ja yhteistyötaitoja. Jatko tutkimus haasteena voisi olla kysely oppaan vaikutuksista saattohoidon laatuun Ylitornion kotisairaalan potilailta. Kehittämishaasteena voisi olla tutkimus, jossa

kartoitettaisiin elämän loppuvaiheen hoidon tärkeimpiä kehittämiskohteita saattohoitopotilaan sekä hänen omaistensa näkökulmasta Ylitornion alueella.

LÄHTEET

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen R. 2017. Hoitamalla hyvää oloa. 22., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Arene 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 26.8.2022 http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINNÄYTETÖIDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382.

Currow, D., Agar, M. & Phillips, J. 2020. Role of Hospice Care at the End of Life for People With Cancer. Mar 20;38(9):937–943. Viitattu 21.1.2023 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ez.lapinamk.fi/32023154/>.

Duodecim lääketietokanta. 2021. Buscopan 20 mg/ml injektioliuos, liuos. Duodecim terveystietokanta (terveysportti.fi).

Duodecim lääketietokanta. 2021. Robinul 20 mg/ml injektioliuos, liuos. Duodecim terveystietokanta (terveysportti.fi).

Englund, T., Hoikka, A., Kalliomäki, M-L. & Raitio, N. 2021. Kivun arviointi ja mitaaminen. Duodecim terveystietokanta, anestesiakäsikirja. Viitattu 18.1.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/aop00437>.

Hallikainen, M. 2019. Muistisairaahan kivun arviointi. Duodecim oppiportti. Viitattu 17.3.2023 https://www.oppiportti.fi/op/mho00066/do?p_haku=painad%20mittari#q=painad%20mittari.

Hammar, T., Heikkilä, R. & Andreassen, P. 2019. Kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma. Terveystietokanta ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.3.2023 https://thl.fi/documents/10531/2018104/5_Kuuden+askeleen+palliatiiviseen+hoidon+koulutusohjelma_Hammar%2C+Heikkil%C3%A4+Andreassen.pdf/91d5d47b-160f-4929-9b59-b0499935aa51.

Hovilainen-Kilpinen, T., Räisänen, R., Niskanen, T. & Kari, O. 2019. Kotihoidossa toimiminen. Sanoma Pro Oy, Helsinki. 1 painos.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. Viitattu 29.9.2022 https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Hänninen, J. 2013a. Kuolevan potilaan hoito. Oppiportti. Viitattu 23.2.2023 https://www.oppiportti.fi/op/syt00779/do?p_haku=saattohoito#q=saattohoito.

Hänninen, J. 2013b. Saattohoito kotona vaatii monenlaista tukea. Potilaan lääkärilehti 36. Viitattu 1.3.2022 <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/saattohoito-kotona-vaatii-monenlaista-tukea/>.

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 16.2.2023 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 129 (4): 440. Viitattu 19.10.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>.

Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilka, H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Helsinki: Art House Oy.

Kuparinen, M. 2021a. Odotettu kuolema kotona. Duodecim terveystieteen aikakauskirja. Viitattu 1.3.2023 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01665>.

Kuparinen, M. 2021b. Saattohoito. Duodecim terveystieteen aikakauskirja. Viitattu 20.10.2022 <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01690>.

Lipponen, V. & Karvinen, I. 2018. Isompiin käsiin annettu. Omaiset henkisen ja hengellisen hoidon tulkitusajoina saattohoidossa. Uskonnontutkija – Religionsforskaren 7(2). Viitattu 16.2.2023 <https://journal.fi/uskonnontutkija/article/view/77403/38553>.

Lumio, J. 2019. Painehaavat eli makuuhaavat. Duodecim terveystieteen aikakauskirja. Viitattu 23.2.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313?q=painehaava>.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.2.2022 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s7>.

Pelto, A-K., Hökkä, M., Kajula, O. & Kaakinen, P. 2019. Kivunhoidon ohjaus syöpä sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliativisessa hoidossa- integroitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 17(2). Helsinki: Fioca Oy.

Pöyhiä, R., Guldogan, E. & Vanhanen, A. 2018. Kotisairaala. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rahko, E. 2021. Palliativisen hoidon periaatteista. Suomen anesthesiologi yhdistys. Finnanest 54 (2). Viitattu 22.2.2022 http://www.finnanest.fi/files/rahko_palliativisen.pdf.

Reymond, L., Parker, G., Gille, L. & Cooper, K. 2018. Home-based palliative care. Viitattu 23.2.2023 <https://www1.racgp.org.au/getattachment/65c3d9b9-72df-4333-9ade-ebce11416d91/Home-based-palliative-care.aspx%E2%80%99>.

Räsänen, S. & Matila, A. 2018. Masennuksen lääkehoito palliativisilla potilailla. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.2.2023 <https://www.kaypahoito.fi/nak08967>.

Saarto, T & Asiantuntijaryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.3.2023 https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliatiivisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1ckis.

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

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.

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

Salomaa, E-R. 2022. Hengenahdistus. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 8.2.2023 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00020>.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Suomen yliopistopaino: Tampere. Viitattu 23.2.2022 <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>.

Seppänen, M., Vähäkangas, A., & Anttonen, M. 2020. Hyvä kuolema. Gerontologia 34(4). Viitattu 16.2.2023 <https://journal.fi/gerontologia/article/view/99644/57525>.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 22.2.2022 <http://www.stat.fi/til/ksyyt/index.html>.

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 7.2.2023 <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021. Mitä on palliatiivinen hoito. Viitattu 24.2.2022 <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/mit%C3%A4-palliatiivinen-hoito-on>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2022. Kuolintodistus. Viitattu 21.2.2023 <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon-erityispalvelut/oikeuslaakinta/kuolemansyyn-selvittaminen/kuolemansyyn-selvittamiseen-liittyvat-asiakirjat-ja-julkisuus/kuolintodistus>.

Valvira 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 24.2.2022 https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito.

World Health Organization 2022. Palliative care. Viitattu 23.2.2022
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

A hand wearing a white latex glove holds a vibrant red rose. The background is a soft, out-of-focus bokeh of light, suggesting a window or bright indoor lighting. The rose is the central focus, with its petals fully bloomed and showing some green at the base. The hand is positioned from the top right, with fingers gently cupping the top of the flower. The overall mood is delicate and caring.

Saattohoito-opas

Ylitornion kotisairaalan hoitohenkilökunnan ja
omaisten valmiuksien
lisääminen kotona tapahtuvaan saattohoi-
toon

LIITE

'Kun istun vierellesi, en kysy, enkä vastaa, sillä tiedät jo. Pisaraakaan ei puutu. Olen kotona, riisun saappaani, olen pilven painoinen'. - Tommy Taberman -

Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on etenevää sairautta sairastavan potilaan kokonaisvaltaista aktiivista hoitoa. Mahdollisesti vuosia kestävä palliatiivisen hoidon tavoitteena on elämänlaadun vaaliminen ja kärsimyksen vähentäminen.

Palliatiiviseen hoitoon kuuluu myös läheisten tukeminen ja huomioiminen. Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille diagnoosista tai iästä riippumatta.

Palliatiiviseen hoitolinjaukseen päädytään tilanteessa, jossa sairauskohtaisella hoidolla ei voida enään vaikuttaa sairauden ennusteeseen tai itse potilas ei toivo aktiivisia hoitoja. Oireiden lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen on hoidon tavoitteita.

Hoidonrajaukset

Pitkälle edennyttä ja kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan ja mahdollisesti tämän omaisten kanssa hoitava lääkäri laatii ennakoivan hoitosuunnitelman (ACP, Advance Care Planning), jota toistuvasti tarkennetaan sairauden edetessä. Palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon kuuluu myös oireenmukaisen hoitolinjauksen tekeminen. Hoitoja rajataan osana hoitosuunnitelmaa, jota kutsutaan hoidon rajauksiksi. Se perustuu potilaan tahtoon kieltäytyä hoidosta tai lääkärin arvioon siitä mistä hoidoista päätetään pidättäytyä.

DNR-päätös, tulee englannin kielestä (Do Not Resuscitate) eli älä elvytä. Se on tärkeä lääkärin tekemä hoitopäätös, jolla pidättäydytään elvytystoimenpiteistä. Kun potilas menee elottomaksi, paineluelvytystä, hengityksen avustamista ja sydämen sähköistä rytminsiirtoa ei suoriteta.

Muita hoitomuotoja kuin elvytystä DNR- päätöksellä ei rajata. Muut hoidonrajauspäätökset, esimerkiksi päätös olla antamatta kajoavia hengityslaittehoitoja tai tehohoitoa, lääkäri tekee erikseen.

Saattohoito

Saattohoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa, joka on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoito termiä käytetään, kun kuolemanhetki ajoittuu lähipäiviin tai viikkoihin. Tarkoituksena saattohoidolla on yksilöllisesti hoitaa ja tukea kuolevaa ihmistä parhaalla mahdollisella tavalla. Kuolevalla ihmisellä sekä hänen läheisillään on saattohoito vaiheessa mahdollisuudet valmistautua kohtaamaan lähestyvä kuolema.

Jotta saattohoitopäätös voidaan tehdä, potilaalla on diagnosoitu kuolemaan johtava sairaus sekä nähty sen etenevän kohti kuolemaa. Jokaisella kuolevalla potilaalla on oikeus saattohoitopäätökseen, sairaudesta riippumatta. Saattohoidon päämääränä on oireiden lievittäminen sekä potilaan tukeminen aktiiviseen elämään jäljellä olevana elinaikana. Potilaalle sekä omaisille tarjotaan myös henkistä ja psyykkistä tukea. Omaisille tarjotaan apua myös kuoleman jälkeen. Kuolemaa pidetään normaalina päätepisteenä elämälle.

Kotisaattohoito

Potilaan halu tulla saattohoidetuksi kotona on kotisaattohoidon perusedellytys. Myös omaisten tulee olla myöntyväisiä kotisaattohoito päätökseen. Kotisaattohoito on moniammatillista hoitotyötä, jossa päävastuu potilaan hoidosta on hoitavalla lääkäriellä, jolle sairaanhoitajat toimivat yhdyshenkilöinä.

Monet laadukkaan elämän kriteerit täyttyvät potilaalla kotona. Tärkeät ihmiset ovat lähellä, kotona voi elää omassa rytmissä ja antaa mahdollisuuden elää sairauden sallimissa rajoissa ympäröivää arkea.

Ylitornion kotisairaala on osana kotisaattohoitoa. Kotisairaala tarjoaa terveystieteiden sairaalatasoista hoitoa sitä tarvitseville heidän kotonaan. Kotisairaalan hoito käynnistyy arviointikäynnin jälkeen potilaan kotona. Kotisairaalan käynnit suunnitellaan yksilöllisesti yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa.

Kotisaattohoidossa hyvä ohjenuora on saattohoitosuositukset, jossa kuolevan potilaan inhimillisuus, ihmisarvo, oireiden hyvä hoito sekä itsemääräämisoikeus korostuu. Kokonaisuuteen kotisaattohoidossa kuuluu myös läheisten tukeminen, käytännön asioiden ohjaus ja neuvonta.

Sosiaalinen tukiverkosto on tärkeää, koska se tukee myös omaisten jaksamista.

Kotisaattohoidon tarkoituksena on potilaan hoitaminen kotona kuolemaan saakka. Aina tämä ei kuitenkaan onnistu, voinnin heiketessä omaiset tai potilas voi toivoa siirtoa hoitopaikkaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita kotisaattohoidon epäonnistumista, vaan toimimista tilanteen edellyttämällä tavalla.

Tukiosasto Ylitornion saattohoitopotilailla on Ylitornion terveystakeskuksen vuodeosasto, jonne potilas voi mennä puhelinsoiton pohjalta, jos potilaan vointi sitä vaatii. Tai esimerkiksi pitkään kestäneessä saattohoidossa omaisten levon turvaamiseksi saattohoitopotilas voi siirtyä vuodeosastolle vähäksi aikaa.

Kotisairaalamaksut sisältävät hoitotarvikkeet, kipupumppuihin tarvittavat lääkkeet ja kasetit sekä infuusioletkut. Terveystakeskuksesta on mahdollista lainata arkea helpottavia tarvikkeita ja apuvälineitä kuten rollaattoreita, vessanpöntönkorokkeita tai siirrettäviä pönttötuoleja. Myös ilmapatjaa ja sähkösänyä on mahdollista lainata. Tarvittavista apuvälineistä voi keskustella fyysikaalisen henkilökunnan sekä kotisairaalan sairaanhoitajien kanssa.

Omaisten rooli kotisaattohoidossa

Kuolevan ihmisen lisäksi hänen läheisensä ovat mukana kuoleman aiheuttamissa arkipäiväisissäkin muutoksissa, siksi he ovat myös merkittävä osa hoitoa. Kotisaattohoidossa omaisilla tulee olla mahdollisuus saada tukea hoitohenkilökunnalta, sekä yhteys henkilökuntaan kaikkina vuorokaudenaikana. Kokonaisvastuu hoidosta on hoitohenkilökunnalla, vaikka omainen onkin mukana sovitusti saattohoidon toteuttamisessa.

Potilaan lähestyessä kuolemaa ammattilaisten lisäksi hoivan antajia ovat yleensä perheenjäsenet, kuten lapset tai puoliso. Elämän eri vaiheissa sosiaaliset suhteet ovat erittäin merkityksellisiä yksilöille, kuten myös kuoleman lähestyessä.

Omaiset voivat kokea monenlaisia tunteita, joten heitä tulee myös huomioida sekä kannustaa huolehtimaan myös omasta jaksamisestaan. Omaisten kuuluu saada selkokielistä ja rehellistä tietoa sairaudesta ja sen oireista, opetusta hoitotoimenpiteissä, sekä tietoa miten eri tilanteissa pystyy parhaiten auttamaan läheistään. Halutessaan omaisille tulee antaa tietoa myös kuoleman hetkestä ja siitä, kuinka silloin tulee toimia.

Psyykkinen ja eksistentiaalinen tuki

Kuoleman lähestyessä voi ilmetä myös sosiaalista, psyykkistä kuin eksistentiaalista kärsimystä ja usein tulee myös tarve keskustella kuolemasta ja elämästä. Vaikka potilaalla olisikin omia voimavaroja kuoleman lähestyessä käsitellä vaativia tilanteita, ei se poista hämmennystä ja tunteita sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Tuki voi olla tiedon saamista, tapahtumien ennakkointia sekä tilanteen selkeyttämistä.

Eksistentiaalinen ahdistus, eli olemassaoloon liittyvä ahdistus haastaa yksilön olemassaolon mielekkyyden kokonaisvaltaisesti. Eksistentiaalisen ahdistuksen kokeminen on aika yleistä, mutta kaikki eivät sitä koe kuoleman lähestyessä. Usein suomalaiset käsittelevät eksistentiaalisia kysymyksiään rituaalien, luonnon tai esimerkiksi musiikin kuuntelun kautta.

Hengellisyydellä ja henkisyydellä on erilaisia ilmentymismuotoja sairauden eri vaiheissa. Potilas voi tuoda hengellisiä ja henkisiä tarpeita osoittamalla esimerkiksi pelkoa ja epäilyksiä. Tavallisia ovat myös kokemus merkityksettömyydestä ja kontrollin menetyksestä, sekä kysymykset miksi sairaus kosketti juuri minua. Hengellis-

ten asioiden läpikäymiseksi sekä tuen täydentämiseksi voidaan järjestää esimerkiksi papin tai diakonin kotikäynti.

Ylitornion seurakunnan työntekijät ovat halutesaan sinua varten keskustelijana ja kuuntelijana luottamuksellisesti.

Myös henkilökohtaista keskusteluapua kriisin hetkellä tarjoaa Ylitornion kunnan mielenterveystoimisto. Kriisiryhmä toimii kunnan kautta organisoidusti.

Voit olla yhteydessä diakoniatyötä tekeviin tai kirkkoherraan halutessasi.

Oireenmukainenhoito

Ummetus on yksi yleisimmistä vaivoista saattohoidossa. Erilaiset lääkkeet, liikkumattomuus, riittämätön nesteiden saanti sekä eri sairaudet aiheuttavat ummetusta. Kun potilaan riittävä nesteiden saanti on turvattu, on laksatiivi ensisijainen lääke ummetuksen hoitoon. Oireiden mukaisen hoidon tavoitteena on kivun ja epämukavan tunteen poistaminen.

Hengenahdistus lisääntyy tyypillisesti kuoleman lähestyessä. Sitä voivat aiheuttaa esim. hengityslihasten heikkous, psyykkiset tekijät sekä verenkierron ongelmat. Hengenahdistus tuntuu kuin ilmaa ei saisi riittävästi, mutta sitä voidaan lievittää lääkkeettömillä hoidoilla. Esimerkiksi erilaisilla hengitystekniikoilla, asentohoidolla sekä kasvoihin suuntautuvalla ilmapirralla. Hengenahdistusta on mahdollista lievittää myös lääkehoidolla.

Lima hengitysteissä on yleistä saattohoitopotilailla, se aiheuttaa hengenahdistusta, yskää sekä hengitystiekorinaa. Hengitysfysioterapian menetelmät ja apuvälineet esimerkiksi pulloon puhallus, eritteiden imeminen suusta ja asennon muutokset voivat helpottaa potilaan vointia.

Omaiset ajattelevat usein, että saattohoito potilaan heikentynyt yleistila johtuisi ruokahaluttomuudesta ja ravitsemusta parantamalla sairauksienkin ennuste paranee. Hoitohenkilökunnan kanssa onkin hyvä käydä lävitse odotukset ravitsemuksesta. Saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle olisi hyvä suoda täysi oikeus pienentyneisiin ruokamääriin. Lämpimiä ruokia paremmin yleensä maistuvat kylmät ruoat pieninä annoksina, potilaan mielitekojen mukaan.

Janon tunteen sammuttaminen on olennainen osa potilaan hyvinvointia. Suuta voidaan kostuttaa pienillä usein toistuvilla annoksilla mitä tahansa potilaalle mieleistä nestettä. Samalla suun hygieniasta tulee huolehtia.

Saattohoidossa suun tavallisimpia oireita ovat myös erilaiset limakalvojen ja suuontelon infektiot ja limakalvojen kuivuminen. Suunhoidossa tärkeintä on suun kostuttaminen ja puhdistaminen. Hammasproteesien hygieniasta tulisi myös huolehtia. Kuolevan potilaan suun kostutukseen on mahdollista käyttää mitä vain potilaalle mieluista nestettä pieninä usein toistuvina annoksina. Kun potilas ei pysty enää nielemään, kostutetaan suuta 1–2 tunnin välein puhtaalla pumppuluikolla ja/tai nesteellä. Suun limakalvot tulee puhdistaa kostealla harsotaitoksella päivittäin. Suupielet ja huulet kuivataan ja rasvataan tarvittaessa.

Suonensisäisellä ravitsemuksella/nesteytyksellä ei pystytä useinkaan parantamaan potilaan elämänlaatua, vaan päin vaistoin heikentämään sitä. Itse kanylointi jo aiheuttaa tarpeetonta kipua ja rajoittaa liikkumista. Nestehoito lisää virtsaamisen tarvetta, kerää elimistöön ylimääräistä nestettä, joka johtaa turvotuksiin.

Oksentelu ja pahoinvointi heikentävät huomattavasti elämänlaatua, koska niihin liittyy usein myös esim. ruokahaluttomuutta, ahdistuneisuutta ja ummetusta. Pahoinvoinnin syitä voi mahdollisesti olla useita. Pahoinvointia voidaan hoitaa pahoinvointilääkkeillä. Toisinaan myös psyykelääkkeitä, kuten olantsapiinia sekä haloperidolia voidaan käyttää pahoinvoinnin hoidossa pienin annoksin.

Kutinaa voidaan hoitaa paikallisesti hajusteettomilla perusvoiteilla sekä hoitajaksoina tapahtuvalla kortikosteroidivoiteilla (esim. Hydrocortison). Kutinaa voidaan lievittää myös hygieniasta huolehtimalla, kuten välttämällä ihoa ärsyttävien vaatteiden käyttöä, välttämällä hikoilua sekä pitämällä kynnet lyhyinä.

Potilaille, jotka eivät pysty itse kääntymään vuoteessa, vaan joutuvat makaamaan paikallaan pidempiä aikoja, syntyy herkästi makuuhaavoja eli painehaavaumia. Luun painaessa ihoa normaali verenkierto estyy ja silloin syntyy painehaavauma. Usean päivän makuulla olo yleensä altistaa painehaavaumien syntymiselle, mutta vakavasti sairaille se voi joskus syntyä muutamassa tunnissakin. Paine kohdalla ihoalueella nähdään ensin punoitusta, sen jälkeen kudoksiin syntyy turvotusta ja lopuksi iho rikkoutuu.

Painehaavaumat syntyvät tavallisesti alaselkään, lonkkiin, kantapäihin ja pakaroihin. Erytystä huomiota tulee kiinnittää painehaavojen syntymisen välttämiseksi vaihtamalla riittävän usein potilaan asentoa. Yleinen nyrkkisääntö on, että parin tunnin välein tulisi vaihtaa painekohtien asentoa esim. kyljeltä toiselle.

Kivun hoito

Kipu on aina henkilökohtainen kokemus ja on eettisesti oikein lievittää kärsimystä jo varhaisessa vaiheessa. Kotisaattohoidossa hoitohenkilökunnalla on aina valmiudet äkillisiin muutoksiin kipujen, hengenahdistuksen sekä pahoinvoinnin helpottamiseksi myös virkaajan ulkopuolella.

Hallittaessa saattohoitopotilaan kipuja, on opioidien käyttö yleensä välttämätöntä. Tulehduskipulääkkeen yhdistäminen opioidiin voi lievittää kipua paremmin kuin opioidi yksistään. Neuroopaattisen, eli hermosäryn hoitoon käytetään masennus- ja epilepsia lääkkeitä. Myös lääkkeetömiä keinoja tulee yhdistää kivun hoitoon, esimerkiksi asento- ja liikehoito sekä rentoutus.

Kun potilas ei voi ottaa enää lääkkeitä suun kautta esimerkiksi nielemisvaikeuksien vuoksi, voidaan lääkkeitä vaihtoehtoisesti annostella ihon alle infuusiona. Lääkkeiden antamiseen tarvitaan infuusiopumppu, johon pystyy ohjelmoimaan lääkeaineiden nopeuden, määrän ja pitoisuuden. Aloittamisen aiheita voi olla esim. jatkuva pahoinvointi, oksentelu, heikentynyt yleiskunto, levottomuus tai sekavuus mikä estää lääkkeiden ottamisen suun kautta.

Infuusiopumppua varten asennetaan ihonalainen kanyyli potilaaseen, jota säännöllisesti tarkkaillaan. Kanyylin paikkaa olisi hyvä vaihtaa 3–4 vuorokauden välein komplikaatioiden ehkäisemiseksi tai jos pistopaikka punoittaa, muuttuu araksi tai on nähtävillä infektion merkkejä.

Kuolevaa potilasta voidaan rauhoittaa lääkkein ja potilaan tajuntaa alentaa niiden oireiden lieventämiseksi, jotka ovat sietämättömiä ja joita ei voida hallita muilla keinoin, tätä kutsutaan palliatiiviseksi sedaatioksi. Palliatiivinen sedaatio ei kuitenkaan jouduta kuolemaa.

On tärkeää varmistaa, että potilas, potilaan omaiset sekä hoitohenkilökunta ymmärtävät hoidon toteutuksen ja hoidon tavoitteet sekä että kaikki muut keinot oireiden helpottamiseksi on kokeiltu ennen sedaation aloittamista.

Potilaan kivun voimakkuutta voidaan mitata erilaisilla kipumittareilla. Kivun voimakkuuden mittaaminen on tärkeää, jotta voidaan arvioida kipulääkkeen vaikutusta tai tarvetta. Kivun arvioinnilla sekä mittaamisella pyritään selvittämään kivun sijaintia, laatua, kestoa, voimakkuutta, helpottavia sekä pahentavia tekijöitä.

VAS eli visual analogue scale on kivun arviointiin käytettävä mittari. Kipumittari on yksinkertainen ja luotettava apuväline kivun arviointiin

0: Ei ki- pua	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10: Sietä- mätön kipu
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------------

Kipujana, jonka vasen pää kuvastaa kivutonta tilaa (0). Oikea pää kuvastaa sietämätöntä kipua (10). Kivun voimakkuutta arvioitaessa potilas asettaa poikkiviivan janalle kohtaan, jossa arvioi kivun olevan.

PAINAD- mittari

Painad mittari tulee englannin kielen sanoista Pain assesment in advanced dementia.

Se on kipumittari, joka auttaa hoitohenkilökuntaa raportoimaan ja arvioimaan potilaan oireita ja tunnistamaan kipulääkkeiden tarpeellisuuden. Mittari on helppokäyttöinen, havainnointiin perustuva. Mittari sopii muokattuna myös läheisten käyttöön.

Pistemäärä on 0–10. Pistemäärä 0 tarkoittaa ei kipua ja pistemäärä 10 vaikeasti kipuilevaa.

Arviointi	Kivuton 0 p.	Kivulias 1 p.	Vaikeasti kivulias 2 p.	Pisteet yht.
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Ajoittain työlästä tai lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Katkonaista, äänekästä, vaivalloista. Pitkiä hyperventilaatiojaksoja	
Negatiivinen ääntely	Ei ole	Satunnaista voikettä/vaikeointia. Moittivaa tai valittavaa hiljaista puhetta.	Rauhatonta huute- lua, äänekästä vaikeointia tai voihketta, itkua	
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Tuima, pelokas tai surullinen	Irvistelyä	

Elekieli	Levollista	Levotonta liikettä, kireää, ahdistunutta kävelyä.	Kädet nyrkissä, polvet koukussa, jäykkä, pois työntämistä, -riuhdomista tai poisvetämistä	
Lohduttaminen	Ei tarvetta	Kosketus tai ääni kääntää huomion muualle ja tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion poiskääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu	

Kuolema

Toimintakyvyltään merkittävästi heikentynyt potilas, jolla lähestyvän kuoleman merkit ovat elintoimintojen hiipussa jo nähtävillä mielle-tään usein kuolevaksi potilaaksi. Lähestyvän kuoleman merkkeinä voidaan pitää sitä, kun potilaan tajunnan taso on alentunut, hän kykenee nauttimaan vain pieniä määriä nestettä, lääkkeiden ottaminen suun kautta on mahdotonta, potilas on jatkuvasti vuoteessa ja hänen periferiansa on viileä

Etukäteen kannattaa puhua omaisten kanssa siitä, kun potilaan hengitys pysähtyy, miten toimitaan. Puhuminen ehkäisee turhia toimenpiteitä sekä se auttaa omaisia suhtautumaan asiaan.

Kotikuoleman tueksi annetaan kuitenkin omaisille ohjeet siitä, kuinka heidän tulee toimia, kun potilas ei enää hengitä.

Koska kuolema on ollut odotettavissa tarvetta ensihoidolle ei ole. Ilmoitus kuolemasta tehdään kotisairaalan sairaanhoitajalle. Kuoleman tapahtuessa yöllä, voidaan vainaja pitää kotona aamuun saakka. Kuolinaika kirjataan ylös ja vainajan silmät suljetaan kevyesti. Omaiset voivat rauhassa hyvästellä vainajan, kiirettä ei enää ole.

Vainaja siistitään ja puetaan, kotisairaalan hoitaja poistaa tarvittaessa vainajalta kipupumpun sekä mahdollisen virtsakatetrin. Vainajan hiukset kammataan sekä tarvittaessa parta ajetaan. Halutessaan vainajalle voidaan pukea oma vaatekerta tai kuolinpaita, vakaumus huomioiden. Aamulla soitetaan hautaustoimistoon, josta vainaja tullaan noutamaan ja siirretään terveyskeskuksen kylmiöön. Virallisesti kuoleman toteaa oman väestövastuualueen lääkäri.

Lopullinen kuolinsyy on aina hapensaannin katkeaminen elimistössä. Kuolinhetki on aina lääkärin tehtävä määrittellä, eli se hetki, kun potilaan hengitys ja verenkierto lakkaavat (sydänkuolema) tai kun aivotoiminta pysähtyy (aivo-kuolema).

Tärkeä osa saattohoidon laatua on kiireettömyys. Kun potilas kuolee, saattohoito ei kuitenkaan lopu. Kuoleman toteamisen, vainajan huolehtiminen ja ulkoisen tarkastuksen yhteydessä vainajaa kohdellaan kunnioittavasti, sillä se on osa hyvää hoitoa ja ihmisarvon huomioimista.

Kuolintodistus on tilastollinen ja oikeuslääkinällinen asiakirja vainajan oikeusturvan takaamiseksi, ja se tulee laatia selkokieliseen muotoon.

Läheisten selviytyminen on tärkeää huolehtia kuoleman jälkeen. Tarvittaessa voidaan olla yhteydessä kriisi- ja sosiaalipäivystykseen kiireellisen tuen käynnistämiseksi tai käynnistää tarvittaessa sosiaalitoimen tuet.

Ylitornion terveystakeskuksen vuodeosasto:

puh. 0400 220314 tai 0400 377 576

Kotisairaalan puh.

040 681 7455

Ritva Eronen diakoni

0408319022

Matti Salminen kirkkoherra

0405508246

Kukka- ja Hautauspalvelu Tiina Naasko Oy

016 571111

Jokivarren hautaus- ja kukkapalvelu Mari
Niskala

0400 450 336

Lopuksi

Tämä saattohoito-opas on tehty osana toiminnallista opinnäytetyötä. Opinnäytetyö löytyy nimellä kotisaattohoito-opas, tekijät Pauliina Järvenpää & Angelica Hiekkänen.