

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MUISTISAIRAAN SAATTOHOITO

Ohjausmateriaali palveluasumisen yksikön henkilökunnalle ja
asukkaiden omaisille

TEKIJÄ/T Elina Kärsämä
Mira Lehikoinen
Noora Nupponen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä(t) Elina Kärsämä, Mira Lehikoinen, Noora Nupponen	
Työn nimi Muistisairaahan saattohoito	
Päiväys 21.01.2024	Sivumäärä/Liitteet 46/2
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Attendo Männistön sydän	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Palliativisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa, johon siirryttäessä sairauden ennusteeseen ei pysytä enää lääketieteen avulla vaikuttamaan. Palliativisen hoidon tarkoituksena on keskittyä asukkaan ja tämän omaisten kärsimyksen lievittämiseen ja se kuuluu kaikille, jotka sairastavat parantumaton sairautta. Saattohoito on osa palliativista hoitoa, ja se kattaa kuolevan viimeiset elinpäivät tai -viikot.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin tehostetun palveluasumisen yksikköön Attendo Männistön sydämeen, jonka saattohoitotoimintaa oli tavoitteena kehittää. Tämän lisäksi halusimme lisätä asukkaiden omaisten tietoisuutta ja osallistamista saattohoitoprosessiin. Opinnäytetyössä kuvataan saattohoitoa osana palliativista hoitoa, saattohoidossa olevan yleisimpiä oireita, kuten kipua, ja niiden arvioimista ja hoitamista, henkilökunnan osaamisen merkitystä sekä omaisten osallistamista ja tukemista.</p> <p>Tämä kehittämistyö toteutettiin lineaarisen mallin avulla. Kehittämistyön lineaarinen malli koostuu suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheesta. Tiedonhaussa käytimme sekä kansallisia, että kansainvälisiä tutkimusartikkeleja sekä muita luotettavia tiedonlähteitä, kuten Käypä hoito -suosituksia ja Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja.</p> <p>Palliativinen hoito sekä saattohoito koskettavat jokaista sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöä, ja palliativisen hoidon osaaminen kuuluu perusammattitaitoihin. Tämän hetken tiedon mukaan saattohoidon osaamisessa on Suomessa edelleen paljon puutteita, joten opinnäytetyön aihe on merkityksellinen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli teoretiedon pohjalta suunnitella, toteuttaa ja arvioida tehostetun palveluasumisen yksikön hoitajille sekä asukkaiden omaisille opas muistisairaahan asukkaan saattohoidosta. Opas on toteutettu niin, että kokonaisuus on selkeä sekä helppolukuinen ja sen kielellinen ilmaisu on helposti ymmärrettävää.</p>	
Avainsanat palliativinen hoito, saattohoito, muistisairaus	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Degree Programme in Nursing	
Author(s) Elina Kärsämä, Mira Lehikoinen, Noora Nupponen	
Title of Thesis End-of-life Care for People with Dementia	
Date January 21, 2024	Pages/Appendices 46/2
Client Organisation /Partners Attendo Männistön sydän	
<p>Abstract</p> <p>Palliative care means symptomatic treatments, when the prognosis of the disease is such that it is no longer possible to influence it with the help of medicine. The purpose of palliative care is to focus on alleviating the suffering of the resident and their relatives, and it belongs to everyone suffering from an incurable disease. End-of-life care is a part of palliative care, and it covers the last days or weeks of the dying resident's life.</p> <p>The thesis was written for the intensified service housing unit Attendo Männistön sydän, whose end-of-life care activities were to be developed. In addition, we wanted to increase the awareness and involvement of residents' relatives in the end-of-life care process. The thesis describes end-of-life care as a part of palliative care, the more common symptoms of palliative care, such as pain and their assessment, the importance of staff competence, and the involvement and support of relatives.</p> <p>This development work was carried out using a linear model. The linear model of development work consists of a planning, implementation, and evaluation phase. In our information search, we used both national and international research and other sources of information, such as Current Care Guidelines, and reports from the Ministry of Social Affairs and Health.</p> <p>Palliative care and end-of-life care concern every social and health care professional, and palliative care competence is part of basic professional skills. According to current information, there are still many shortcomings in end-of-life care competence in Finland, so the topic of the thesis is relevant. The purpose of the thesis, based on theoretical knowledge, was to plan, implement and evaluate a hospice care guide for the nurses of an intensified assisted living unit and the residents' relatives on end-of-life care for a resident with a memory disorder. The guide has been designed in such a way that the overall structure is clear and easy to read, and its linguistic expression is easy to understand.</p>	
<p>Keywords</p> <p>palliative care, end-of-life care, dementia</p>	

SISÄLTÖ

SISÄLTÖ	4
1 JOHDANTO	6
2 SAATTOHOITO OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA	7
2.1 Muistisairaana elämän loppuvaiheen hoito	7
2.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma	8
2.3 Saattohoitopäätös	9
3 OIREET JA NIIDEN HOITO PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA	10
3.1 Kipu	10
3.2 Hengitysteiden oireet	14
3.3 Ruoansulatuskanavan oireet	14
3.4 Muut somaattiset oireet	15
3.5 Oireiden arviointi	15
3.6 Lääkehoito	16
4 HENKILÖKUNNAN OSAAMISEN MERKITYS	17
5 OMAISTEN OSALLISTAMINEN JA TUKEMINEN	19
5.1 Sosiaaliset suhteet saattohoidossa	19
5.2 Omaisten osallistaminen hoitoon	19
5.3 Omaisten tukeminen	20
5.4 Alaikäisten läheisten huomioiminen	21
5.5 Kuoleman hetki	21
5.6 Vertaistuki	22
6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	23
7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	24
7.1 Kehittämistyön suunnittelu	24
7.2 Kehittämistyön toteutus	25
7.3 Kehittämistyön arviointi	26
8 POHDINTA	28
8.1 Kehittämistyön toteutus ja tuotos	28
8.2 Eettisyys ja luotettavuus	29
8.3 Ammatillinen kasvu	30
8.4 Tuotoksen hyödynnettävyys ja kehittämisideat	30

LÄHTEET	32
LIITE 1: PALAUTEKYSELY.....	36
LIITE 2: OPAS.....	38

1 JOHDANTO

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa. Palliativiseen hoitoon siirryttäessä asukkaan sairauden ennusteeseen ei pystytä enää lääketieteellisin keinoin vaikuttamaan, jolloin hyödyttömät sekä kärsimystä aiheuttavat hoidot rajataan pois. Lääkäri tekee päätöksen siirtymisestä palliativiseen hoitoon yhdessä asukkaan ja/tai tämän lähiomaisten kanssa. (Valvira 2020.) Palliativisen hoidon tarkoituksena on keskittyä asukkaan kärsimyksen lievittämiseen ja olon helpottamiseen sekä oireenmukaiseen hoitoon huomioiden myös asukkaan omaiset (STM 2017).

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan palliativinen hoito kuuluu kaikille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta (WHO 2014). Saattohoito on osa palliativista hoitoa, ja se kattaa kuolevan viimeiset elinpäivät tai -viikot (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019). Laadukkaan saattohoidon tavoitteena on tehdä ihmisen loppuelämästä ja kuolemasta mahdollisimman arvokas ja kivuton. Saattohoitopäätös tehdään, kun asukkaan kuoleman odotetaan tapahtuvan seuraavien päivien tai viikkojen aikana. (Valvira 2020.)

Tässä kehittämistyössä käsitellään saattohoitoa asukkaan asuessa tehostetussa palveluasumisen yksikössä. Yksikön asukkaat ovat iäkkäitä ja suurin osa heistä sairastaa muistisairautta. Palveluasumisen yksikkö on heidän kotinsa, jossa he viettävät elämänsä loppuvaiheen. Kun päätös palliativisesta hoidosta ja myöhemmin saattohoidosta tehdään, siirtoa sairaalaan tai muuhun hoitopaikkaan ei kannata tehdä. Siirtyminen sekä tuntematon hoitopaikka voi olla iso rasite iäkkäälle ja siirto toiseen hoitopaikkaan voi johtaa epäolennaiseen elämän loppuvaiheen hoitoon, kuten lisätutkimuksiin. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015.)

Palliativinen hoito ja saattohoito ovat osa jokaisen terveysalan ammattilaisen työtä. Tämän kehittämistyön toimeksiantajana toimii Attendo Männistön sydän. Männistön sydän on yksityinen 68-paikkainen palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen yksikkö Kuopion Männistössä. Ikäihmiset saavat yksikössä ympärivuorokautista hoivaa. (Attendo, julkaisuaika tuntematon.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä. Kehittämistyön tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida tehostetun palveluasumisen yksikön hoitajille sekä asukkaiden omaisille opas muistisairaaseen asukkaan palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta. Tavoitteena oli kehittää yksikön saattohoitoa ja lisätä omaisten osallistamista asukkaan saattohoitoprosessiin.

2 SAATTOHOITO OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA

Palliatiivinen hoito ja saattohoito jaetaan Suomessa kolmeen tasoon, joista ensimmäisen tason eli perustason muodostavat ne sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Kotihoito ja palveluasumisen yksiköt kuuluvat perustasoon. Perustason yksiköissä tulee olla saatavilla yleisimmät saattohoidossa käytettävät lääkkeet, kuten kipulääkkeinä käytettävät opioidit. Hoidonporrastuksen eli tasojen edellyttämän hoidon lisäksi hoidossa huomioidaan asukkaan tarpeet ja hänen hoitosuunnitelmansa. (STM 2017.)

Toisen tason eli erityistason muodostavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt, kuten esimerkiksi kotisairaala ja saattohoitokodit. Näissä toisen tason yksiköissä palliatiivinen ja saattohoito ovat yksiköiden pääasiallinen toimi. Kolmas taso on vaativa erityistaso. Vaativan erityistason muodostavat yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskuskeskukset. Näissä yksiköissä hoidetaan muun muassa vaativaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevia potilaita, kuten lapsia. (STM 2017.)

Suomessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon taso on vaihtelevaa. Alueellisia eroja on muun muassa hoidon saatavuudessa ja hoidon laadussa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatutieto -projektin tavoitteena on, että palliatiivinen hoito sekä saattohoito olisi kaikissa terveydenhuollon yksiköissä tasavertaista ja laadukasta eikä alueellisia eroja ilmeneisi. Tavoitteena on myös taata palliatiivisen hoidon ja saattohoidon saatavuus kaikkialla. (Saarto ym. 2022.)

2.1 Muistisairaana elämän loppuvaiheen hoito

Muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti, ovat parantumattomia, eteneviä aivosairauksia. Pysyvässä pitkäaikaishoidossa olevista potilaista suurin osa sairastaa muistisairautta. Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus ja siitä kärsii noin 70% niistä henkilöistä, joilla on eteneviä muistioireita. Muita muistisairauksia ovat muun muassa Lewyn kappale -tauti, aivoverenkiertohäiriöperäinen muistisairaus, otsaohimolohkorappeumat sekä Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Suurimmalla osalla muistisairaista muistisairaus etenee lopulta vaikeaan dementiaan. Muistisairauden etenemistä voidaan hidastaa lääkityksellä, mutta parantavaa hoitokeinoa ei toistaiseksi ole. Hoito on pääasiassa oireiden hoitoa sekä muiden mahdollisten perussairauksien hoitoa. Muistisairaana elämän loppuvaiheen kestoa on vaikea ennustaa, mikä hankaloittaa oikea-aikaista saattohoitoon siirtymistä. Tämä ei kuitenkaan saisi olla este hyvälle ja laadukkaalle elämän loppuvaiheen hoidolle. Hoidossa tärkeää on asukkaan tarpeiden ja voimavarojen huomiointi. (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013; Konttila 2018.)

Muistisairauksien ollessa eteneviä aivosairauksia, asukkaan ja tämän omaisten kanssa on tärkeää keskustella ajoissa elämän loppuvaiheen hoidosta ja tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma. (Antikainen ym. 2013; Konttila 2018.) Muistisairaalla asukkaalla on oikeus osallistua päätöksentekoon omaa hoitoaan koskien kognitiivisen toimintakykynsä mukaan. Jos asukas ei itse pysty osallistumaan hoitoaan

koskevaan päätöksentekoon, edunvalvojaa tai omaista on kuultava, jotta voidaan varmistaa asukkaan omaa tahtoa vastaava hoito. Lisäksi asukkaalla on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3 §, 6 §.)

Muistisairaiden kohdalla on tärkeää, että elämän loppuvaiheen hoito tapahtuu tutussa ympäristössä, kuten hoivakodissa tai palveluasumisyksikössä, turhia sairaalasiirtoja välttämällä. Ennakoivalla hoitosuunnitelmalla, joka sisältää hoidon linjaukset ja rajaukset, voidaan välttää turhat sairaalasiirrot ja vähentää asukkaalle aiheutuvaa kärsimystä. (Antikainen ym. 2013; Konttila 2018; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2021.)

2.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma

Ennakoivalla hoidon suunnittelulla pystytään tarjoamaan asukkaalle oikea-aikaista ja laadukasta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa (Saarto ym. 2022). Ennakoiva hoitosuunnitelma tulisi tehdä jokaiselle pitkäaikaissairaalle, viimeistään silloin, kun ennuste on heikko tai sairauden etenemiseen ei pystytä vaikuttamaan merkittävästi (Forsius, Hammar & Alastalo 2022). Hoitosuunnitelmaan kirjataan asukkaan ja omaisten kanssa käyty keskustelu, hoitolinjaukset, hoidon rajaukset, asukkaan toiveet ja tarpeet sekä mahdollinen hoitotahto (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019; Forsius ym. 2022).

Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma parantaa asukkaan saamaa hoitoa sekä elämänlaatua ja auttaa asukkaan omaisia jaksamaan. Hoidon rajaukset eivät tarkoita, että asukas jätettäisiin hoitamatta. Hoidon rajaukset ja linjaukset sekä omaisten saama tieto ennusteesta parantavat asukkaan saamaa oireenmukaista hoitoa. Selkeä suunnitelma tulevasta luovat helpotusta ja luottamusta asukkaan saamaa hoitoa kohtaan. Hoitosuunnitelmassa ennakoitaan mahdollisten fyysisten oireiden hoito sekä asukkaan ja omaisten psyykkiset, henkiset ja sosiaaliset tarpeet. Ennakoiva hoitosuunnitelma on pohjana onnistuneelle saattohoidolle. (Antikainen ym. 2013; Lehto ym. 2019; Saarto ym. 2022.)

Hoitosuunnitelmassa kuvataan myös mahdollinen elvytyskielto eli DNR/DNAR-päätös (Do Not Resuscitate/Do Not Attempt Resuscitation). DNR-päätös on hyvä tehdä, mikäli asukkaan sairaus on edennyt niin pitkälle tai toimintakyky on laskenut muuten niin, että asukkaan tila ei palautuisi enää sydänpysähdyksestä tai elvytys huonontaisi asukkaan elämänlaatua ennestään. Yleensä asukkailla on sairautensa takia elämänlaatua ja toimintakykyä huonontavia sekä rajoittavia oireita, jolloin elvytys vain pitkittäisi kärsimystä. (Korhonen & Poukka 2013; Lehto ym. 2019.)

Saattohoitopäätös sisältää päätöksen elvytyskiellosta. Päätös elvytyskiellosta ei automaattisesti rajaa pois muita kajoavia toimenpiteitä, kuten intubointia eli hengityspotken asettamista ja hengityskonehoitoa. Sen takia ennakoivaan hoitosuunnitelmaan on tärkeä kirjata hoidon rajaukset mahdollisesti myös näistä toimenpiteistä sekä sairaalasiirroista. Hoitopaikkasiirrot etenkin muistisairaalle voivat lisätä deliriumin eli sekavuuden riskiä. (Korhonen & Poukka 2013; Lehto ym. 2019.)

THL:n seurannan mukaan ennakoiva hoitosuunnitelma oli tehty kaikille tai lähes kaikille asukkaille yli puolissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Alle puolessa kotihoidon yksiköistä ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ei ollut tehty kellekään tai korkeintaan kolmannesosalle asiakkaista. Asukkaiden hoitotahdot oli kirjattu asiakas- tai potilastietoihin vain alle kolmanneksella asukkaista tehostetun palveluasumisen yksiköissä. (Forsius ym. 2022.)

2.3 Saattohoitopäätös

Kun asukkaan elinajan arvioidaan olevan enää muutaman päivän tai viikon, on tärkeää tehdä päätös saattohoidosta. Saattohoitopäätös mahdollistaa parhaan mahdollisen oireiden lievityksen sekä henkisen tuen niin asukkaalle kuin tämän omaisillekin. Oikea-aikaisesti tehty saattohoitopäätös mahdollistaa asukkaan sekä tämän läheisten osallistumisen ja vaikuttamisen hoidon kulkuun sekä viimeisten elinpäivien sisältöön. Se antaa mahdollisuuden myös jäähyväisille. Näin läheiset pääsevät valmistautumaan rauhassa omaisensa kuolemaan. (Lehto ym. 2019.) Saattohoitovaiheessa on tärkeää huomioida myös omaisten tuen tarve ja tarvittaessa ohjata heidät oikeanlaisen avun ja tuen piiriin (Korhonen & Poukka 2013).

THL:n Vanhuspalvelujen tila (Vanpal) -seurannan vuoden 2022 raportista selviää, että saattohoitopäätöksistä vain harva tehdään oikea-aikaisesti. Seurannan mukaan noin puolessa ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä saattohoitopäätöksiä ei tehty lainkaan tai ne tehtiin liian aikaisin tai liian myöhään. (Forsius ym. 2022.) Vaikeasti muistisairaalla ei yleensä ole selkeää elämän loppuvaihetta, joten päätös saattohoidosta voi olla vaikeaa tehdä oikea-aikaisesti (Konttila 2018).

3 OIREET JA NIIDEN HOITO PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA

Kun kuolema on odotettavissa lähipäivien tai -viikkojen aikana, hyvä ja laadukas oireiden hoito sekä oireiden ennakointi ovat ensisijaisen tärkeitä (Rahko & Rajala 2020). Hoidossa on tärkeää huomioida hoidon linjaukset ja rajaukset sekä asukkaan ja tämän omaisten toiveet. Saattohoitovaiheessa ei tehdä enää kajoavia tutkimuksia, kuten laboratoriokokeita tai kuvantamistutkimuksia, vaan oireita hoidetaan kliinisten löydösten sekä asukkaan voinnin mukaan. Kajoavat tutkimukset aiheuttavat kuolevalle asukkaalle enemmän kärsimystä kuin helpotusta. (Antikainen ym. 2013; Korhonen & Poukka 2013).

On tärkeää, että saattohoidossa asukasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Oireita ja asukkaan vointia tulee arvioida säännöllisesti, jotta kaikki oireet ja asukkaan tuen tarve pystytään tunnistamaan ja huomioimaan. (Saarto 2022.) Laadukkaan ja hyvän saattohoidon tavoitteena on sekä asukkaan psyykkisten, fyysisten ja henkisten oireiden ennaltaehkäisy ja lievittäminen. (Antikainen ym. 2013.)

3.1 Kipu

Kipu on yleinen oire saattohoitovaiheessa. Kipua aiheuttavat muun muassa muut saattohoitovaiheen yleiset oireet, kuten hengitysvaikeudet. Oireiden hoidon lisäksi kivunhoito on tärkeää kärsimyksen minimoimiseksi. Saattohoidossa kipua hoidetaan pääasiassa opioideilla, kuten morfiinilla tai oksikodonilla. Fyysisen kivun lisäksi kivun tunnetta voivat aiheuttaa asukkaan psyykkiset, sosiaaliset ja eksistentiaaliset eli olemassaoloon liittyvät kokemukset. (Korhonen & Poukka 2013; Hänninen 2015; Tasmuth 2019.)

Muistisairaana kipua on usein hankala tunnistaa ja arvioida. Vaikka kipu olisi tunnistettu, sen hoito voi silti olla puutteellista. (Antikainen ym. 2013.) Muistisairaiden asukkaiden kivunhoitoa elämän loppuvaiheessa hankaloittavat myös esimerkiksi sairaanhoitajien riittämätön koulutus, hoitajan ja lääkärin välinen puutteellinen kommunikointi sekä muistisairaille tyypillinen analgesia eli kiputunnottomuus. Sairanhoitajat tarvitsisivat enemmän koulutusta, joka tukisi ja edistäisi loppuvaiheen muistisairaiden kivunhoitoa ja sen hallintaa. (De Witt Janssen ym. 2017.)

Kipu on epämiellyttävä tuntemus, johon voi liittyä kudonvaurio tai kudonvaurion mahdollisuus. Elämän loppuvaiheeseen liittyy kipua, jonka jokainen asukas kokee eri tavalla. Tämän takia jokaisen asukkaan kivunlievitys palliatiivisessa hoidossa on yksilöllistä. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Palliatiiviseen hoitoon liittyy fyysisen kivunlievityksen lisäksi myös psyykkiseen, sosiaaliseen ja eksistentiaaliseen eli olemassaoloon liittyvään kivun ja kärsimyksen hoitoa (Valvira 2020).

Psyykkinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen kipu

Kivunhoitoon liittyy myös asukkaan psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen sekä eksistentiaalisen kivun hoito. Hyvään palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluu asukkaan ja tämän omaisten tukeminen ja kohtaaminen myös kulttuurillisissa, psykososiaalisissa, hengellisissä ja eksistentiaalisissa tarpeissa. (Saarto ym. 2022.)

Tieto lähestyvistä kuolemasta voi herättää asukkaassa monenlaisia tunteita, mikäli hänen kognitiivinen toimintakykynsä on riittävä. Asukkaalla ja omaisilla voi olla saattohoitoon siirtyessä paljon kysymyksiä liittyen hoidon loppuvaiheeseen. On tärkeää pyrkiä mahdollisuuksien mukaan vastaamaan asukkaan ja omaisten esittämiin kysymyksiin totuuden mukaisesti, sillä kysymyksiin vastaamatta jättäminen voi antaa sellaisen kuvan, että kuolema olisi pelättävä tapahtuma eikä asukasta hoidettaisi. Vanhusten kohdalla eletty elämä ja korkea ikä voivat auttaa sopeutumaan kuolemaan. Sopeutuminen voi olla myös vaikeaa, vaikka asukas tiedostaisikin perusasiat. Ketään ei kuitenkaan voi pakottaa sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. (Mattila 2013; Rahko & Rajala 2020.)

Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisiä oireita elämän loppuvaiheessa kuoleman lähestyessä (Tarnanen ym. 2019). Lääkkeettöminä hoitokeinoina tulee hyödyntää asukkaan omaisten sekä asukkaan hoitavan henkilökunnan tukea ja läsnäoloa. Läsnäololla ja keskustelulla voi olla rauhoittava ja mieltä tasapainottava vaikutus. Psykkisiin ja henkisiin oireisiin voidaan käyttää myös rauhoittavaa lääkitystä tarvittaessa. (Tasmuth 2019.)

Kuoleman lähestyessä asukas voi kokea menettäneensä arvokkuutensa. Siirtyminen saattohoitovaiheeseen voi aiheuttaa asukkaalle kokemuksen, että hän on menettänyt hallintansa päättäen itse omasta elämästään sekä arvostavasta kohtaamisesta. Elämän loppuvaiheessa kuuluisikin vahvistaa asukkaan arvoa, ja ihmisyyttä tulisi tukea koko hoidon ajan. Jokaisella asukkaalla on oikeus omaan henkilökohtaiseen tilaan, jota tulee kunnioittaa myös elämän loppuvaiheessa. Tämä on yksi keino, jolla asukas saadaan kokemaan, että hänen arvokkuutensa säilyy ja häntä kunnioitetaan. (Mattila 2013.)

Eksistentiaalinen eli olemassaoloon liittyvä kipu on ihmisen normaali reaktio liittyen tulevaan. Lähestyvä kuolema ja epä tietoisuus tulevasta voivat aiheuttaa epämiellyttävää oloa ja kipua. Eksistentiaaliseen ahdistukseen tai kärsimykseen ei suositella lääkettä, vaan läsnäoloa ja sitä, että joku kuuntelee asukasta. Hoitajien hyvä tietämys kokonaisvaltaisesta saattohoidosta on tärkeää myös henkisten ja psyykkisten oireiden hoidon kannalta. Hoitavien tahojen on tärkeä ymmärtää hyvän hoivan merkitys, johon kuuluu esimerkiksi psyykkinen tuki, huolta pitävä kosketus ja läsnäolo. Kaikki nämä ovat pohjana hyvälle ja laadukkaalle saattohoidolle. (Mattila 2013.)

Kivun arviointi

Säännöllinen kivun arviointi sekä siitä kirjaaminen ovat hyvän ja laadukkaan kivunhoidon pohjana. Kivun arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota kivun voimakkuuteen, mahdolliseen sijaintiin sekä sen vaikutukseen asukkaan toimintakykyyn ja mielialaan. Mahdollisuuksien mukaan kysytään myös asukkaan oma arvio kivustaan. Tämä kuitenkin usein haastavaa muistisairaiden asukkaiden kohdalla. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Oulun yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa kuvattiin hoitohenkilökunnan käsityksiä kipumittareiden käytöstä ja kivun arvioinnista. Tutkimuksessa huomattiin, että kivunarvioimiseen ei välttämättä käytetä kipumittareita, mikä johtuu hoitohenkilökunnan osaamisen puutteesta arvioida kipua tai käyttää kipumittareita. Lisäksi kivusta kirjaaminen oli puutteellista tai siitä ei kirjattu ollenkaan. Huomattiin myös, että kipumittareita ei pidetä luotettavana apuvälineenä arvioida kipua. Kipumittareita kuitenkin suositellaan käytettäväksi etenkin silloin, jos asukas ei pysty kommunikoimaan tai muuten itse

arvioimaan kipuaan. On todettu, että ikäihmiset ilmaisevat kipuaan huonommin kuin muut potilasryhmät. (Formisto 2017.)

Jos asukas kykenee vuorovaikutukseen, hyviä kipumittareita ovat muun muassa numeraalinen kipumittari eli NRS (Numeric Rating Scale), kivun voimakkuutta havainnollistava VAS-mittari (Visual Analogue Scale) ja kipukasvomittari eli FPS (Faces Pain Scale). Yleisimmin käytettyjä kipumittareita ovat NRS ja VAS. VAS-mittarin on todettu olevan luotettava ja tarkka kivun arviointiin. Jos asukas ei kykene vuorovaikutukseen tai asukkaan kognitio on laskenut, käytetään mittareita, joilla arvioidaan kivun vaikutusta asukkaan käyttäytymiseen ja ilmeisiin. Tällaisia kipumittareita ovat muun muassa käyttäytymistä kuvaava kipuasteikko eli BPS (Behavioral Pain Scale) sekä muistisairaiden kivunhoitoon kehitetty PAINAD-kipumittari. (Formisto 2017.)

Muistisairaahan kivunhoito voi olla haastavaa kivun arvioinnin vaikeuden vuoksi ja näin ollen muistisairaiden asukkaiden kivunhoito voi olla puutteellista. Muistisairas asukas ei pysty välttämättä ilmaisemaan itse sanallisesti kipuaan. Asukkaan voi olla haastavaa myös itse tunnistaa epämiellyttävää oloa kivuksi. Kipu voi muistisairaalla ilmetä levottomuutena, aggressiivisuutena, huutamisena tai vetäytymisenä. (Lichtner ym. 2014; Finne-Soveri ym. 2018.) Lisäksi omaiset voivat vaikeuttaa asukkaan kivun arviointia. Omaiset voivat kyseenalaistaa asukkaan saamaa hoitoa ja tulkita asukkaan kipukäyttäytymistä eri tavalla mitä hoitohenkilökunta. Näin ollen pahimmassa tapauksessa asukkaan kipu voi jäädä huomioimatta ja hoitamatta. (Lundin & Godskesen 2021.)

Vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa todettiin palvelutalossa asuvilla asukkailla olevan enemmän kipuja, somaattisia ja psykiatrisia ongelmia kuin hoitolaitoksessa asuvilla asukkailla. Myös heidän terveydentilansa oli epävakaampi. Tutkimukseen kerättiin muistisairausdiagnoosin saaneita asukkaita Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen RAI-tietokannasta, jotka muistisairauden lisäksi tarvitsivat apua päivittäisissä toiminnoissa. Laadukas kivunhoito tulisi turvata myös palvelutalossa asuville vanhuksille. (Finne-Soveri ym. 2018.) Ikääntyneiden hoitoon liittyy myös iän ja sairauksien tuomaa kroonista kipua. Amerikkalaisessa tutkimuksessa on havaittu, että tehokkaimpia keinoja kivunlievitykseen ovat kipulääkkeiden tarkastaminen ja kivun kertominen hoitavalle taholle. Tutkimuksessa selviää myös, että kivunhoitoon ja sen tuomiin haasteisiin tarvitaan lisää koulutusta hoitohenkilökunnalle. (Ebrahimi, Naderi, Atashzadeh-Shoorideh, Ilkhani & Shakeri 2017.)

Tärkeintä kivunhoidossa on huomioida asukkaan oireet ja tuntemukset yksilöllisesti ja saada kipu mahdollisuuksien mukaan hallintaan tai ainakin lievittymään. Keskeistä on asukkaan toimintakyvyn ylläpito ja elämänlaadun parantaminen. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Etenkin muistisairaiden kivunhoitoon ja arviointiin tulee kiinnittää huomiota, jotta elämänlaatu pysyy mahdollisimman hyvänä ja kärsimykset vähäisinä elämän loppuun asti (Finne-Soveri ym. 2018).

Lääkkeellinen kivunhoito

Lääkitys on merkittävä osa kivunhoitoa. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa yleisimpiä kivunlievitykseen käytettäviä lääkkeitä ovat opioidit. Niitä käytetään etenkin niiden tehokkuuden takia. Kivunlievitykseen voidaan käyttää opioidien rinnalla muita kipulääkkeitä, kuten parasetamolia, jotka saattavat lievittää kipua paremmin kuin pelkät opioidit. Neuropaattiseen eli hermovauriokipuun käytetään myös masennus- sekä epilepsialääkkeitä. Lääkitys valitaan asukkaan yksilöllisten tarpeiden,

kuten kivun voimakkuuden, mukaan. Lääkityksen vaikutusta tulisi arvioida säännöllisesti, ja siitä tulisi kirjata selkeästi potilastietojärjestelmään. Jos asukkaan kipu on pitkäaikaista, kipulääkettä tulee antaa säännöllisin väliajoin, kuten esimerkiksi neljän tunnin välein. Kipulääkityksen lisäksi lääkkeetömiä kivunlievitysmenetelmiä, kuten asentohoitoa, tulee käyttää. (Tarnanen ym. 2019.)

Karius (2022) käsittelee tutkimuksessaan eri kivunlievitysmenetelmiä sekä eri kiputasoja palliatiivisessa hoidossa. Tutkimuksessa nousee esiin sairaanhoitajien tarve ymmärtää eri opioidien käyttötarkeitä palliatiivisessa hoidossa ja toteuttaa kivunlievitystä eettisesti niissä tilanteissa, kun asukas ei pysty enää itse ilmaisemaan kipuaan. Tutkimuksessa todetaan, että hoitajilla on puutteellista tietoa sekä pelkoja opioidien käyttöön liittyviin haittavaikutuksiin, kuten hengityslamaan. Myös omaisilla on vääristyneitä mielikuvia kivunhallinnasta ja sen aiheuttamista kustannuksista elämän loppuvaiheen hoidossa. (Karius 2022.)

Jos asukkaalla on sietämättömiä oireita ja kaikki muut hoitokeinot on kokeiltu, voidaan kokeilla palliatiivista sedaatiota eli tajunnan alentamista lääkkeillä. Tällaisia oireita voi olla muun muassa delirium, hengenahdistus, kipu tai kouristelu. Palliatiivisessa sedaatiossa asukkaan tajunnantasoa heikennetään lääkkeellä, yleensä midatsolaamilla. Palliatiivinen sedaatio vaatii huolellista harkintaa ja päätöksen täytyy olla hyvin perusteltu. Se ei pidennä tai lyhennä asukkaan elinaikaa eikä korvaa hyvää kivunhoitoa. Palliatiivisen sedaation aikana asukkaan voinnin, tajunnan ja oireiden lievittymisen seuraaminen ja kirjaaminen on tärkeää. (Kiljunen & Marjamäki 2017; Tarnanen ym. 2019; Holma 2021.)

Lääkkeetön kivunhoito

Kivunhoidossa tulisi mahdollisuuksien mukaan käyttää lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja, kuten asentohoitoa, fysioterapiaa, rentoutumismenetelmiä sekä kylmä- ja kuumahoitoja. Lisäksi läsnäolosta ja keskustelusta on apua etenkin eksistentiaalisen ja psyykkisen kärsimyksen helpottamiseen. Keskustelut hoitajien tai lääkärin kanssa voivat auttaa asukasta sopeutumaan tilanteeseen ja hyväksymään lähestyvän kuoleman. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019; Tasmuth 2019.)

Eräässä ruotsalaisessa tutkimuksessa tutkittiin kosketuksen ja hieronnan merkitystä kivunhoitoon palliatiivisessa hoidossa. Tutkimukseen osallistui 41 potilasta, jotka olivat siirtyneet saattohoitovaiheeseen. Ennen hoitoja potilaiden tuli kirjata heidän sen hetkinen ahdistuksensa, kipunsa ja hyvinvointinsa asteikolla 1-10. Tutkimustulokset osoittivat kosketuksen parantavan tutkimukseen osallistuneiden hyvinvointia, ahdistusta ja kipua huomattavasti, eikä hoidosta aiheutuneita haittavaikutuksia ilmennyt. Tutkimuksen myötä huomattiin myös hieronnan vähentävän kipulääkkeiden tarvetta. (Pedersen & Björkhem-Bergman 2017.)

Myös musiikilla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia kivunlievityksessä (Tasmuth 2019). Musiikin kuuntelu aktivoi tiettyjä osia aivoissa, mikä auttaa lievittämään ahdistusta, mielialaoireita sekä kipua. On tutkittu, että musiikin kuuntelulla pystytään vähentämään myös kipulääkkeiden tarvetta. Musiikin kuuntelun lisäksi voi kokeilla musiikkiterapiaa. (Pitkäniemi, Sihvonen, Särkämö & Soinila 2020.)

3.2 Hengitysteiden oireet

Kivun lisäksi hengitykseen liittyvät oireet ovat yleisiä saattohoidossa. Hengenahdistusta voi lievittää opioideilla ja bentsodiatsepiineilla sekä asento- ja rentoutumishoidolla. Jos asukas ei kärsi hypoksiasta eli happivajeesta, lisähapella ei ole ilmapirtaan verrattuna vaikutusta hengenahdistuksen hoitoon. Lisäksi lisähappi voi kuivattaa ylähengitysteitä. Hengitysoireita on tärkeä hoitaa, sillä ne voivat heikentää asukkaan elämänlaatua ja lisätä kärsimystä vaikuttamalla muun muassa negatiivisesti unen laatuun. Hengenahdistusta voi lisätä myös psyykkiset oireet, kuten ahdistuneisuus. Samoin hengenahdistuksen kokeminen voi taas lisätä ahdistuneisuutta ja pelkoa. (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013; Korhonen & Poukka 2013; Saarto ym. 2015.)

Hengitysoireisiin voi liittyä myös limaisuutta ja hengityksen korinaa. Limaisuuden syynä voi olla muun muassa hengitystieinfektio, kuten pneumonia eli keuhkokuume, tai ruoan tai nesteen aspirointi. Aspiraatiolla tarkoitetaan ruoan tai juoman joutumista hengitysteihin. Elämän loppuvaiheessa asukas ei välttämättä jaksa enää yskiä limaa pois hengitysteistä, joten limaisuutta voi tarvittaessa helpottaa imemällä limaa ylähengitysteistä, eli suusta ja nielusta. Alahengitysteistä imemistä ei suositella kärsimyksen aiheutumisen vuoksi. Myös lääke- ja asentohoito voivat auttaa limaisuuteen ja helpottaa hengittämistä. (Lehto ym. 2013; Korhonen & Poukka 2013.)

Hengityksen korina on yleistä kuolevan viimeisinä elinpäivinä. Yleensä se kuulostaa omaisista pahemmalta, mitä se todellisuudessa on. Korina ei yleensä häiritse asukasta itseään, sillä tajunnantaso on tässä vaiheessa jo alentunut. Korina johtuu eritteiden kertymisestä hengitysteihin yskimisvoiman ja nielemisrefleksin heikentyessä. (Lehto ym. 2013; Korhonen & Poukka 2013.)

Hengitysteiden ongelmat, erityisesti lisääntynyt limaneritys ja nielemisvaikeudet, voivat aiheuttaa myös yskää. Yskä on myös hengitystieinfektioiden ja keuhkosairauksien yleinen oire elämän loppuvaiheessa. On tärkeää selvittää mahdollisuuksien mukaan yskän syy, jotta oiretta voidaan hoitaa tehokkaasti. Jos yskä johtuu lisääntyneestä limanerityksestä, liman imeminen ja asentohoito voivat helpottaa asukkaan oloa ja auttaa yskimään limaa pois. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

3.3 Ruoansulatuskanavan oireet

Asukkaan saattohoitovaiheeseen voi liittyä myös ruoansulatuskanavan oireita. Pahoinvointi on yksi yleinen oire elämän loppuvaiheessa ja se voi johtua monista syistä. Pahoinvointia voi aiheuttaa muun muassa opioideista ja liikkumattomuudesta johtuva ummetus. Ummetusta voi hoitaa laksatiiveilla. Opioidit itsessään lisäävät pahoinvoinnin riskiä ja lisäksi ahdistuneisuus, kipu sekä yskä ja limaisuus altistavat pahoinvoinnille. Pahoinvointia voi ehkäistä hoitamalla muita oireita sekä tarvittaessa pahoinvointilääkityksellä. (Hänninen & Rahko 2013.)

Asukkaan toimintakyvyn heikentyessä lisääntyvät myös suun oireet sekä nielemisvaikeudet. Saattohoitovaiheessa esiintyy muun muassa suun infektioita eli tulehduksia, limakalvojen kuivumista ja nielemisvaikeutta. Opioidit vähentävät syljen eritystä, mikä altistaa suun kuivumiselle. Kuivuneita limakalvoja voi hoitaa kostuttamalla suuta ruokaöljyllä tai suuta kosteuttavilla geeleillä. Lisäksi suun hygienia on tärkeää myös saattohoitovaiheessa etenkin infektioiden välttämisen kannalta. (Hänninen & Rahko 2013.)

Suun oireet ja nielemisvaikeudet altistavat myös muille ravitsemuksen ongelmille, kuten ruokahaluttomuudelle. Muistisairaista jopa 90% kärsii elämän loppuvaiheessa syömisiongelmissa. Syömisiongelmat voivat ilmetä ruoasta kieltäytymisenä, ruoan suussa pyörittelyä sekä aspiraatiotaipumuksena. Syömisiongelmissa voi seurata painon merkittävää alenemista ja kuivumista. Omaisille on tärkeää selittää, että syömisiongelmat ovat muistisairauteen kuuluva ilmiö ja niitä esiintyy etenkin elämän loppuvaiheessa. Parenteraalisella eli suoraan verenkiertoon annettavalla ravitsemuksella ei ole tutkitusti hyötyä muistisairaahan hoidossa elämän loppuvaiheessa eikä se pidennä elinaikaa tai paranna ennustetta. Myöskään parenteraalinen nesteytys ei pidennä asukkaan elinaikaa eikä se helpota esimerkiksi janon tunnetta. Parenteraalinen ravitsemus ja nesteytys voi pahimmassa tapauksessa kuormittaa asukkaan elimistöä ja aiheuttaa turvotuksia sekä hengenahdistusta. Saattohoitovaiheessa tehostetulla ravitsemushoidollakaan ei ole enää merkittävää vaikutusta asukkaan yleistilaan tai ennusteeseen. (Antikainen ym. 2013; Korhonen & Poukka 2013; Saarto ym. 2015; Konttila 2018; Tarnanen ym. 2019.)

3.4 Muut somaattiset oireet

Elämän loppuvaiheeseen liittyy myös muita yleisiä oireita, kuten muun muassa delirium eli sekavuus ja levottomuus. Tärkeintä on asukkaan rauhoittaminen ja syyn selvittäminen. Deliriumia voi aiheuttaa muun muassa kipu, muistisairaus, lääkkeet tai infektiot. Myös psyykkiset oireet, kuten ahdistuneisuus, voivat altistaa deliriumille. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää rauhoitella asukasta ja tehdä ympäristöstä rauhallinen. (Korhonen & Poukka 2013.)

Asukas viettää yleensä elämänsä viimeiset päivät tai viikot vuodepotilaana, joten kudoseheydestä huolehtiminen on tärkeää. Vuodepotilailla painehaavat ovat yleisiä, ja niitä tulee herkästi etenkin ristiluun kohdalle sekä kantapäihin. Painehaavat lisäävät infektioriskiä ja aiheuttavat asukkaalle kärsimystä. Painehaavoja voi ennaltaehkäistä muun muassa vaihtuvapaineisella patjalla sekä asentohoidolla. (Soppi & Ahtiala 2020.)

Saattohoitovaiheessa esiintyy myös usein väsymystä, energian puutetta, suorituskyvyn heikkenemistä sekä ahdistuneisuutta ja kyllästyneisyyttä. Väsymystä voivat aiheuttaa muut oireet, kuten kipu tai psyykkiset oireet. Masennusta esiintyy usein yhdessä väsymyksen kanssa, mutta nämä oireet harvemmin liittyvät suoraan toisiinsa. Väsymystä voivat aiheuttaa myös vahva kipulääkitys tai ruokahaluttomuus ja syömättömyys. (Saarto ym. 2015; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

3.5 Oireiden arviointi

Säännöllinen oireiden arviointi ja niiden kirjaaminen on tärkeää saattohoidossa. Oireiden arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota myös niiden haittaavuuteen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.) Saattohoidossa olevalta asukkaalta tulee arvioida muun muassa kipua, levottomuutta, hengitystä ja pahoinvointia. Hengityksen arvioinnissa on tärkeää myös huomioida mahdolliset hengitysteiden eritteet. Asukkaan voinnin ja oireiden arvioinnin lisäksi on hyvä seurata myös asukkaan omaisten vointia ja jaksamista. Omaisten on tärkeää tulla kuulluksi ja saada tukea. (Korhonen ja Poukka 2013.)

Muistisairaiden kohdalla oireiden arviointia hankaloittaa heikentynyt kognitiivinen toimintakyky. Oiremittareiden sijaan muistisairaiden oireiden arviointi perustuu havainnointiin ja lisäksi kivunarvioinnissa voi käyttää esimerkiksi PAINAD-kipumittaria (kts. luku 4.2). On tärkeää havainnoida asukkaan käyttäytymistä, hengitystä, ääntelyä, ilmeitä ja kehonkieltä. Myös lisääntynyt lohduttamisen tarve voi viestiä esimerkiksi kivusta tai tuskasta. (Saarto ym. 2015; Konttila 2018; Tasmuth 2019.)

Asukkaan psyykkisten oireiden arviointia hankaloittavat muut oireet, kuten esimerkiksi kipu tai delirium. Samalla tavalla myös psyykkiset oireet, kuten ahdistuneisuus, voivat hankaloittaa somaattisten oireiden arviointia. Elämän loppuvaiheessa asukkaan psyykkisen tilan arvioinnissa ja hoidossa on pääasiana asukkaan ja omaisten tietoisuus kuoleman lähestymisestä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

3.6 Lääkehoito

Saattohoitovaiheessa lääkehoidon tavoitteena on oireiden lievitys sekä ennaltaehkäisy ja toimintakyvyn ylläpito. Elämänloppuvaiheessa elintoiminnot hiipuvat, mikä oheissairauksien sekä monilääkityksen ohella lisää merkittävästi lääkehaittojen riskiä. Monet aiemmin tarpeelliset lääkkeet voidaan lopettaa. Lääkelistalle jätetään vain lääkkeet, jotka edistävät hoidon tavoitteita ja auttavat oireiden hoidossa. Myös omaisille on tärkeää selittää, miksi lääkkeitä lopetetaan. (Korhonen & Poukka 2013; Kiljunen & Marjamäki 2017.)

Lääkitystä tulee saattohoitovaiheessa arvioida säännöllisesti. On tärkeää arvioida, onko jokin asukkaan oireista alihoidettu tai onko jollakin lääkkeellä merkitystä oireiden hoidossa. Jos lääkkeestä ei ole hyötyä, sen käyttö tulee lopettaa. Monesti elämän loppuvaiheessa nielemisvaikeuksien vuoksi myös lääkkeiden ottaminen suun kautta vaikeutuu, joten pitää siirtyä parenteraaliseen lääkehoitoon tai vaihtoehtoisesti antaa lääkkeitä esimerkiksi oraaliuoksena suun kautta. Opioideja voidaan antaa parenteraalisesti muun muassa ihonalaisesti. Myös lääkelaastareita voidaan käyttää, mutta elämän loppuvaiheessa perifeerinen verenkierto heikentyy eikä lääkelaastareiden vaikutus ole varmaa. (Kiljunen & Marjamäki 2017.)

Muistisairailta elämän loppuvaiheeseen liittyy monesti infektiot, etenkin pneumonia. Antibioottihoidoilla ei tutkitusti ole merkittävää vaikutusta asukkaan vointiin tai elinajan ennusteeseen elämän loppuvaiheessa. Antibioottihoito saattaa hengitystieinfektiossa lievittää hengitysoireita, mutta ei paranna ennustetta. Virtsatieinfektioon antibioottihoidosta taas saattaa olla apua. On myös tutkittu, että antibioottihoidon muodolla, eli onko kyseessä tablettilääkitys vai suonensisäisesti annettava antibioottihoito, ei ole merkitystä ennusteeseen. Suonensisäistä hoitoa on kuitenkin syytä välttää saattohoitovaiheessa kärsimyksen aiheuttamisen takia. Monesti tässä vaiheessa myös hoidon linjaukset ja rajaukset kieltävät suonensisäisen lääkehoidon. Kun asukkaan hyvää oloa pidetään tärkeämpänä kuin elinajan pidentymistä, tulisi harkita antibioottihoidosta pidättäytymistä ja keskittyä hyvään oireenmukaiseen hoitoon. (Hänninen & Rahko 2013; Korhonen & Poukka 2013; Saarto ym. 2015.)

4 HENKILÖKUNNAN OSAAMISEN MERKITYS

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelullisia kehittämistarpeita on muun muassa vahvistaa saattohoitokotiverkostoa ja kotisairaaloimintaa sekä varmistaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa niin, että asukkaille on tarjota asianmukaista hoitoa ja tukea elämän loppuvaiheessa (STM 2017). Jotta kehittämistavoitteet täyttyisivät, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityisosaamista ja osaajia tarvittaisiin enemmän (STM 2019b).

Palliatiivinen hoito sekä saattohoito koskettavat jokaista sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöä, ja palliatiivisen hoidon osaaminen kuuluu perusammattitaitoihin (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019). Perustason palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa henkilökunnan osaamisenpuute ja sen vaihtelevuus on merkittävä ongelma. Osaamisvajae näkyy Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan esimerkiksi kivunhoidon sekä laadukkaan saattohoidon toteutumisen puutteena. (STM 2019a; STM 2019b; Saarto ym. 2022.)

Laadukkaan hoidon toteutuminen vaatii henkilökunnalta erityisosaamista ja koulutuksen lisäämistä. Saattohoidossa olevan asukkaan tarpeet voivat vaatia monen eri ammattiryhmän osaamista, ja lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeää (Rahko & Rajala 2020). Laadukkaan saattohoidon takaamiseksi on tärkeää, että moniammatillinen yhteistyö ja osaaminen on sujuvaa ja laadukasta. (STM 2019a; STM 2019b; Saarto ym. 2022.) Tällä hetkellä lähihoitajien koulutukseen on määritelty ammattiosaamisen kriteerit palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, kun taas sairaanhoitajien koulutukseen ei ole valtakunnallista suositusta opetussuunnitelmasta liittyen palliatiivisen hoitoon ja saattohoitoon (STM 2017).

Eräässä tutkimuksessa kerättiin tietoa lähihoitajien kokemuksista palliatiivisen hoidon osaamisesta. Tutkimuksesta nousi ilmi, että lähihoitajat kaipaisivat enemmän osaamista saattohoitopotilaan perushoidosta, vuorovaikutustaidoista sekä kuoleman arvokkaasta kohtaamisesta. Lisäksi oireiden tunnistamiseen ja arviointiin tarvittaisiin lisää osaamista myös lähihoitajien puolelta. (Vattula, Rajala, Kuivila, Hökkä & Kaakinen 2020.) Myös sairaanhoitajien palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista on tutkittu Suomessa. Potilailla ja läheisillä on erilaisia kokemuksia sairaanhoitajien saattohoidon osaamisesta. Hyvässä ja laadukkaassa saattohoidossa sairaanhoitajan täytyy hallita monipuoliset vuorovaikutus- ja kohtaamistaidot. Lisäksi koetaan tärkeäksi sairaanhoitajan perusosaaminen palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, jotta laadukas oirehoito toteutuisi. Myös potilaat ja omaiset arvostavat sairaanhoitajien eettistä osaamista, empatiakykyä ja asiakaslähtöistä työskentelyä. (Vihelä, Hökkä & Kaakinen 2020.)

Palliatiivisen hoidon osaamisalueita ovat muun muassa vuorovaikutus- ja kohtaamisosaaminen, hoidon tarpeen arviointi sekä kulttuurinen ja eettinen osaaminen. Näiden osa-alueiden tulisi kuulua sairaanhoitajien ja lääkäreiden peruskoulutukseen palliatiivisen hoidon osalta. On kuitenkin todettu, että sosiaali- ja terveysalan perus- ja jatkokoulutuksissa palliatiivisen hoidon perusopetus on toteutunut heikosti ja esimerkiksi opetuksen laajuudessa on eroja. Osaamisen takaamiseksi olisi tärkeää hankkia tietoa myös opettajien palliatiivisen hoidon osaamisesta koulutuksen nykytilanteen sekä palliatiivisen hoidon osaamisvaatimusten lisäksi, jotta palliatiivisen hoidon perusopetus saataisiin yhtenäiseksi. (Pesonen, Kesänen & Hökkä 2020.)

Hyvään palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamiseen kuuluu myös etukäteisvalmistuminen. Saattohoidossa olevan asukkaan ja tämän omaisten kohtaaminen voi olla haastavaa, joten on tärkeää perehtyä asukkaan taustaan. Kun hoitava henkilöstö tuntee asukkaan ja esimerkiksi tämän perussairaudet, hoidosta jää parempi kuva myös asukkaalle ja omaisille. Elämän loppuvaiheen hoito on muutakin kuin vain asukkaan oireiden hoitoa ja ammattilaisen on hyvä osata huomioida myös asukkaan ja omaisten psykososiaalisen tuen tarve. Läsnä oleminen ja arvokas kuoleman kohtaaminen kasvattavat hoitavaa henkilöä sekä ammatillisesti että ihmisenä. (Rahko & Rajala 2020.)

Tutkintoon johtavan koulutuksen lisäksi tarvittaisiin osaamisen täydentämiseksi erikoistumis- ja täydentämiskoulutuksia. Lisä- ja täydennyskoulutuksilla mahdollistetaan ammattitaitojen kehittäminen sekä taitojen ylläpito. Lisäksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetusta tulisi lisätä perusopetukseen tutkintoon johtavissa koulutuksissa. (Saarto ym. 2022.) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perehdytykseen tulisi kiinnittää huomiota yksiköissä, joissa palliatiivista hoitoa toteutetaan (STM 2019b).

On arvioitu, että tulevien vuosien aikana palliatiivinen hoito moninaistuu ja palliatiivisen hoidon tarve kasvaa. Monikulttuurisuus lisääntyy Suomessa, asiakaslähtöisen osaamisen tarve lisääntyy ja hyviä vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja tarvitaan enemmän. Tulevaisuudessa myös palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa moniammatillisen työryhmän merkitys kasvaa ja osaamista tarvitaan monialaisesti. (Tohmola, Suikkala, Lehto & Hökkä 2023.)

5 OMAISTEN OSALLISTAMINEN JA TUKEMINEN

Laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluu omaisten huomioiminen ja tukeminen (Saarto ym. 2022). Tämä vaatii ammattilaisilta paljon rohkeutta sekä osaamista. Esimerkiksi nuoren ihmisen kysymykset kuolemaan liittyen voivat olla hyvin erilaisia verrattaessa ikääntyneeseen. Tuki voi olla esimerkiksi tapahtumien ennakoimista, tiedon antamista sekä tilanteen selkiyttämistä. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020.)

Eryteisesti saattohoidon alussa lähipiiri kokee läsnä olemisen sekä omaisensa tukemisen tärkeämpänä kuin itse konkreettiseen hoitoon osallistumisen (Potinkara 2004). Yhtenä tavoitteista voidaan pitää sitä, että kuoleva ja hänen omaisensa löytävät tavan kohdata yhden elämänsä suurimmista kokemuksista (Seppänen ym. 2020).

5.1 Sosiaaliset suhteet saattohoidossa

Yksilön hyvinvoinnille ihmissuhteet ovat hyvin tärkeitä jokaisessa elämän vaiheessa, myös elämän loppua lähestyttäessä (Potinkara 2004; Seppänen ym. 2020). Usein omaisia on useita, ja heillä saattaa olla erilaiset näkemykset sekä toiveet hoitoon liittyen. Omaisen kuoleman lähestyminen saa aikaan kriisin, jonka mukana perheet tuovat oman dynamiikkansa tilanteeseen. Hoitohenkilökunnan asenteen on säilyttävä neutraalina mahdollisten ristiriitojen ilmaantuessa ja korostaa kuolevan arvoja. (Saarto ym. 2015.)

Ammattilaisen lisäksi kuolevalle hoivaa antavat myös perheenjäsenet, kuten esimerkiksi puoliso ja lapset. Lähipiiri usein kokeekin oman osallistumisensa omaisensa hoitoon hyvin tärkeänä. (Potinkara 2004; Seppänen ym. 2020.) Asukkaan suostumuksella lähipiiri saa osallistua hoitoon ja sen suunnitteluun. Läheinen voi toimia esimerkiksi asukkaan laillisena edustajana, sijaispäättäjänä tai omaishoitajana. (STM 2022.) Siinä vaiheessa, kun sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat raskas taakka henkilön hyvinvoinnille, sosiaalisten suhteiden merkitys on suuri (Seppänen ym. 2020).

5.2 Omaisten osallistaminen hoitoon

Omaiset voivat osallistua omaisensa yksinkertaisiin hoitotoimiin, esimerkiksi silmien ja suun hoitoon sekä pesuihin ja hiusten kuivaamiseen (Potinkara 2004). Mahdollisuuksien mukaan heille voidaan tarjota yöpymismahdollisuus kuolevan vierellä ja näin taataan rauhallinen sekä yksityinen ympäristö, missä yhdessäolo ja hyvästelyt ovat mahdollisia (Saarto ym. 2022).

Hoivakodissa kuolevan omaiset voivat osallistua asukkaan saattohoitoon esimerkiksi tukemalla asukkaan päivärytmiä, tuomalla lemmikkieläimiä asukkaan luo ja sisustamalla asukkaan huonetta kodinomaisemmaksi (Saarto ym. 2015). Sairaalaympäristö ei siis ole välttämätön ja oikeanlaiset tilaratkaisut mahdollistavat omaisten osallistumisen saattohoitoon kellon ympäri, mikä parantaa hoidon laatua (STM 2022).

Kotona tapahtuvassa saattohoidossa toteutuu parhaiten kuolevan yksi tärkeimmistä toiveista; oman persoonansa sekä ihmisarvonsa säilyttäminen loppuun asti. Kotisaattohoidossa tutut rutiinit pitävät elämässä kiinni ja tutkimuksissa oireiden mukaisen hoidon taso on yhtä laadukasta kuin hoitokodissa

tai sairaalassa. Kotona omaiset lievittävät kuolevan kipua, pahoinvointia ja ahdistuneisuutta. (Saarto ym. 2015.)

Omaisilla voi olla iso merkitys asukkaan kivunhoidossa. Omaiset ovat usein huolissaan, onko asukkaan saama kivunhoito riittävää. On tutkittu, kun asukkaan omia toiveita kunnioitetaan ja noudatetaan elämän loppuvaiheen hoidossa, myös omaiset ovat useimmiten tyytyväisiä asukkaan saamaan hoitoon. Kun asukkaan lähipiiriä informoidaan hoitoon liittyvissä asioissa, he luottavat, että myös oireiden lievittämiseen ja elämän laadun ylläpitämiseen kiinnitetään huomiota. (Bandini ym. 2021.)

Omaiset voivat myös hankaloittaa kivun arviointia ja sen hallintaa muun muassa tulkitsemalla asukkaan kipukäyttäytymistä eri tavalla kuin ammattihenkilöt. Omaiset voivat kyseenalaistaa asukkaan saamaa hoitoa ja täten hankaloittaa sitä. Ruotsalaisessa tutkimuksessa todettiin, että kivunhoitoa auttoivat hyvä kommunikointi ja tiedon kulkeminen hoitajien sekä omaisten välillä. Lisäksi todettiin, että tarvittaisiin enemmän koulutusta hyviin vuorovaikutustaitoihin ja omaisten osallistamiseen sekä hoitoon, että hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Omaiset saatetaan helposti sulkea ulkopuolelle hoitoon liittyvissä asioissa ja epätietoisuus saa kyseenalaistamaan asukkaan saamaa hoitoa. (Lundin & Godskesen 2021.)

Omaisten läsnäolosta voi olla myös apua saattohoidossa olevan asukkaan kivunlievityksessä. Läsnäoloa voidaan käyttää lievittämään asukkaan levottomuutta, ahdistusta ja masennusta. Myös asukkaan kuunteleminen voi tuottaa tälle helpotusta ja lievittää ahdistuneisuutta. (Tasmuth 2019.) Asukas saa läheistensä läsnäolosta lohtua. Monesti omaiset myös samaistuvat ja elävät asukkaan kipua, vaikka eksistentiaalinen kipu ja ahdistuneisuus onkin subjektiivista. Tämä johtuu siitä, että omaiset tulevat samalla tietoisiksi elämän rajallisuudesta. (Mattila 2017.)

5.3 Omaisten tukeminen

On tärkeää, että omaiset eivät tunne jäävänsä ulkopuoliseksi läheisensä saattohoitovaiheessa. Omaisten ulkopuolisuuden tunnetta vältetään silloin, kun heitä pidetään osana asukkaan hoitoa. Tällöin syntyy kokemus siitä, että on tervetullut läheisensä vierelle ja voi olla siinä oman tarpeensa ja halunsa mukaan. Usein lähipiirillä on sellaista tietoa, jota hoitohenkilökunta voi käyttää hyödyksi asukkaan hoidossa. (Potinkara 2004.)

Omaisten tukena ollaan heidän omien tarpeidensa mukaan ja mikäli tarve vaatii, heidät ohjataan lisätuen piiriin (Saarto ym. 2022). Pahinta on tietämättömyys sekä epävarmuus ja tiedon tarve onkin yksi tärkeimmistä tarpeista. Omaiset haluavat tietää läheisensä tilasta sekä sen muutoksista, hänen hoidostaan ja mahdollisuudesta esimerkiksi koskettaa omaistaan. Turvallisuuden tunnetta lisää myös vuorovaikutus hoitotahon kanssa, joka kannustaa jaksamaan vaikeasta tilanteesta yli. (Potinkara 2004.)

On myös hyvä muistaa, että kontaktit lähipiiriin voivat kuoleman lähestyttäessä muuttua ja niihin liittyen saattaa esiintyä uusia haasteita. Ongelmalliset läheissuhteet eivät korjaannu itsestään kuoleman lähestyessä. Yksinolo voi olla tietoinen valinta ja toivottu osa kuolevan saattohoitoprosessia. (Seppänen ym. 2020.)

5.4 Alaikäisten läheisten huomioiminen

Palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluu myös alaikäisten lasten huomioiminen ja tukeminen. Tämä kuitenkin jää monesti vähemmälle huomiolle kuin aikuisten tukeminen ja salailun ilmapiirissä lapselle voi tulla olo, ettei hänellä ole lupa puhua aiheesta. Lasta kannustetaan tunteiden sekä ajatusten tiedostamiseen ja niiden hyväksymiselle annetaan tilaa kysymysten ja havaintojen kautta yhdessä luotettavan aikuisen kanssa. Kun lapselle annetaan rehellistä tietoa kuolemasta, tapahtuman kuormittavuuden vaikutusvaltaa hänen elämässään voidaan vähentää. (Marjamäki & Leppälä 2021.)

Kuolema ja siitä puhuminen voivat olla ahdistavia asioita myös aikuisille. Hyvin tavallista on, että lapselle asiasta kerrotaan vain pintapuolisesti ja asioita voidaan myös salata. Lapset kuitenkin pystyvät aistimaan tunnelmaa taitavasti sekä tarttumaan kiinni asioihin, mistä aikuiset puhuvat. Näiden pohjalta lapsi tekee omia päätelmiä ja voi mielikuvituksellaan täyttää niitä tarinan aukkoja, joista hänelle ei kerrota. (Seppänen ym. 2020.)

Lapsi odottaa ammattihenkilöiltä tietoa sairaudesta sekä sen hoidosta ja ennusteesta. Keskustelussa ei ole tarkoitus hillitä vaikeita ajatuksia tai tuntemuksia vaan päinvastoin lasta kannustetaan hyväksymään ne. Hänelle vahvistetaan kaikkien tunteiden olevan sallittuja siinä tilanteessa missä hän on. Keskustelutilanteeseen on syytä varata rauhallinen tila sekä esimerkiksi pehmoleluja, joita pystytään käyttämään tunnesäätelyyn. Pehmolelun silittäminen tai vaikkapa juoman hörppääminen auttavat lasta aistihavaintoihin. Keskustelun jälkeen voidaan tarjota mahdollisuus esimerkiksi piirtää läheiselleen jotakin. (Marjamäki & Leppälä 2021.)

5.5 Kuoleman hetki

Omaisten kanssa on aiheellista ottaa puheeksi, mitä kuoleman hetkellä tapahtuu ja kuinka tulee toimia läheisen hengityksen lakattua. Kun asiasta keskustellaan avoimesti, pelko lievenee ja turhat toimenpiteet voidaan estää. Mikäli lääkäri tai hoitaja on läsnä huoneessa, hän pysyy taka-alalla huolehtimassa tilanteen kulusta. Kuoleman hetki on hyvin intiimi ja hyvästeille sekä rituaaleille on syytä antaa aikaa. (Korhonen & Poukka 2013.) On hyvä muistaa, että saattohoito ei pääty asukkaan kuolemaan, vaan omaisille tulee antaa aikaa hyvästeille ja tarjota mahdollisuus osallistua vainajan laittoon ja huolehtimiseen (Saarto ym. 2022).

Kuolleen omaista kohdatessa täytyy olla aito, myötätuntoinen ja kunnioittava. Heille tulee antaa aikaa puhua menetyksestään ja keskustelun tulee olla avointa sekä rehellistä. Myötätuntoa voi osoittaa niin sanallisesti kuin sanattomastikin ja myös voimakkaat reaktiot ovat hyväksyttäviä. Arkirutiineihin palaamisesta on hyvä muistuttaa, sillä ne lisäävät turvallisuuden tunnetta. (Aho, Terkamo-Moisio, Niemipelto, Poijula & Varpenius 2018.)

On tutkittu, että omaiset ovat tyytyväisiä kuolevan hoitoon, kun hoidossa oleva läheinen on hoidon myötä mahdollisimman oireeton ja, jos omaiset ovat saaneet rauhassa ajan kanssa keskustella hoidon linjauksista ja rajauksista asukasta hoitavan henkilökunnan kanssa. Tämä valmistaa sekä kuolevaa asukasta että tämän omaisia lähestyvään kuolemaan ja on tärkeää laadukkaana ja kokonaisvaltaisen saattohoidon kannalta. (Antikainen ym. 2013.)

5.6 Vertaistuki

Ryhmätukimuodot ovat hyödyllisiä saattohoidossa olevan omaisille, ja niistä saa kannustusta aktiivisuuden lisäämiseen asukkaan hoidossa. Omaisten elämänlaatu paranee sekä tyytyväisyys asukkaan saamaan hoitoon lisääntyy. Tämä kaikki nostaa vuorovaikutusta omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä, joka niin edelleen antaa mahdollisuuden erityistiedon antamiseen omaisille ja lisää heidän vaikutusmahdollisuuksiaan hoidossa. (Potinkara 2004.)

Kuolleen asukkaan omaiset tulee ohjata vertaistuen piiriin, sillä siitä on hyötyä surutyön alkaessa. Eri muotoja vertaistuen muodoista ovat esimerkiksi surujärjestöt sekä seurakunnan tai muun yhteisön sururyhmät. (Aho ym. 2018.) Ryhmissä tunteiden tunnistaminen ja nimeäminen helpottaa ja auttaa ymmärtämään omaa oloa sekä toisten tunteita. Yksilö saa kokemuksen siitä, että hän ei ole muista poikkeava vaan samaa asiaa käy moni muukin läpi. Vertaistukiryhmistä saa uusia näkökulmia ja voimavaroja arjessa jaksamiseen. (Saarto ym. 2015.)

6 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida tehostetun palveluasumisen yksikön hoitajille sekä asukkaiden omaisille sähköinen opas asukkaan palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Oppaasta toteutettiin toimeksiantajalle myös tulostettava versio. Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää työyksikön saattohoitotyötä ja lisätä omaisten osallistamista asukkaan saattohoitoprosessiin. Lisäksi tavoitteena oli lisätä sekä hoitohenkilökunnan että omaisten tietoisuutta muistisaira-
raan saattohoitoon liittyvistä asioista. Tämän hetken tiedon mukaan saattohoidon osaamisessa on Suomessa edelleen paljon puutteita (STM 2019a; STM 2019b).

7 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinon 2017) yhteistyössä Attendo Männistön sydämen kanssa. Kehittämistyönä suunniteltiin, toteutettiin ja arvioitiin sähköinen opas tehostetun palveluyksikön hoitajille sekä asukkaiden omaisille liittyen asukkaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon. Oppaasta tehtiin myös tulostettava versio toimeksiantajalle. Oppaasta hoitajat sekä omaiset saavat yleisesti tietoa saattohoidosta sekä muistisairauden vaikutuksesta siihen ja lisäksi ehdotuksia siitä, kuinka omaiset voivat itse osallistua asukkaan saattohoitoprosessiin. Opinnäytetyön tekemiseen käytettiin mahdollisimman tuoreita, näyttöön perustuvia lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman ajankohtaista.

Tämä kehittämistyö toteutettiin lineaarisen mallin avulla. Kehittämistyön lineaarinen malli koostuu suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheesta. Lineaarinen malli sopi oppaan toteuttamiseen sekä meidän tarkoitukseemme. Toiminnalliselle kehittämistyölle on tärkeää työn tarpeellisuuden huomioiminen (Salonen 2013.) Ensin ideoimme ja pohdimme opinnäytetyömme aiheita. Työn tarpeellisuus tuli toimeksiantajan puolelta. Aiheen valittuamme aloimme suunnitella yhdessä toimeksiantajan kanssa, miten työ toteutetaan ja mikä vastaisi parhaiten toimeksiantajan tarvetta. Kun suunnitelma oli hyväksytty, aloitettiin opinnäytetyön ja oppaan tekeminen. Oppaan valmistuttua siirryttiin arviointivaiheeseen lineaarisen mallin mukaan.

7.1 Kehittämistyön suunnittelu

Loimme opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa selkeän aikataulun koko opinnäytetyöprosessille. Pyrimme siihen, että aikataulu sopii kaikille osapuolille ja siinä on mahdollisuus pysyä. Otimme aikatauluttamisessa huomioon myös toimeksiantajan ja tämän toiveet. Suunnitteluvaiheessa jaoimme aihealueita keskenämme, mistä kukakin vastaa. Tämä helpotti aikataulussa pysymistä ja teki työnteosta selkeämpää. Tavoitteenamme oli saada sekä kehittämistyö että opinnäytetyö valmiiksi tammikuuhun 2024 mennessä.

Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa laadimme kirjallisen suunnitelman työn etenemisestä ja rajasimme työn aiheen. Suunnitteluvaiheessa konkretisoituivat työn vaiheet ja tavoite tuli selkeämmäksi. Aihe rajautui toimeksiantajan tarpeen mukaan kohdistumaan muistisairaahan saattohoitoon. Pehdyimme aiempaan menetelmäkirjallisuuteen sekä tutkimustietoon opinnäytetyömme aiheesta. Pohdimme tässä vaiheessa myös työn tavoitteet, etenemisvaiheet, millä kehittämismenetelmällä toteutamme työmme sekä miten valmista tuotosta tullaan arvioimaan. Lisäksi suunnitteluvaiheeseen kuului opinnäytetyösopimuksen allekirjoittaminen.

Tiedonhaussa käytimme sekä kansallisia että kansainvälisiä tutkimusartikkeleja ja muita luotettavia tietolähteitä internetistä, kuten Käypä hoito -suosituksia ja Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja. Käytimme apunamme muun muassa Medic-, Cinahl Ultimate- ja PubMed-tietokantoja sekä Terveystietoa ja Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen nettisivuja. Hakusanoina käytimme muun muassa seuraavia: saattohoito, palliatiivinen hoito, muistisairas, end-of-life care, palliative care ja pain management. Pyrimme tiedonhaussa siihen, että valitsemamme artikkelit ja tutkimukset olisivat enintään 10 vuotta vanhoja. Osa käyttämistämme lähteistä ovat vanhempia, mutta näitä lähteitä valitsimme olemme pyrkineet huomioimaan sen, että tieto olisi edelleen pätevää ja ajankohtaista.

Suunnitteluvaiheessa pohdimme myös kriteerejä hyvälle oppaalle. Hyvä opas on selkeä ja johdonmukainen sekä visuaalisesti kiinnostava. Oppaan on tarkoitus olla opettava sekä sen avulla on tarkoitus kehittää yksikön toimintaa etenkin muistisairaiden saattohoidon osalta. Tekstin tulee olla selkeää ja helposti ymmärrettävää. Sen täytyy erottua selkeästi taustasta eli värien keskinäisen kontrastin tulee olla riittävä. Värien kannattaa olla hillittyjä perusvärejä, jotta oppaan yleisilme pysyy siistinä. Yleiskielisyys auttaa ymmärtämistä eikä lukijan tarvitse osata ammattijargonia. Pää- ja väliotsikot kertovat tekstin sisällöstä ja auttavat lukijaa hahmottamaan kokonaisuutta. Kun teksti on jaoteltu pienempiin osiin, kokonaisuus on selkeämpi. Asianmukainen ulkoasu edistää ymmärtämistä. (Hyvärinen 2005.)

7.2 Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyön toteutus eteni kehittämistyön lineaarisen mallin mukaan (Salonen 2013). Kun opinnäytetyömme suunnitelma hyväksyttiin, aloitimme työn toteutusvaiheen. Toteutusvaihe eteni suunnitelman ja luomamme aikataulun mukaan. Työn toteutusvaiheessa suunnitelma myös tarkentui ja konkretisoitui.

Kehittämistyönä toteutettiin opas työn toimeksiantajalle. Opas tehtiin yksikön henkilökunnan sekä asukkaiden omaisten käyttöön, joten oppaan tuli olla informatiivinen ja sen sisältämän tiedon tuli olla näyttöön perustuvaa ja ajantasaista. Työn toteutuksen aikana olimme yhteydessä myös toimeksiantajaan. Sekä opinnäytetyön että kehittämistyön tuotoksen toteuttaminen sisälsi lisää tiedon etsimistä, sen analysointia ja kirjoittamista. Kirjoittamisprosessi vaati paljon sinnikkyyttä, vastuuta sekä suunnitelmallista. Teimme yhteistyötä toistemme, ohjaavan opettajan sekä toimeksiantajan kanssa. Olimme suunnitelleet työn sisällön hyvin ja tiesimme, mitä haluamme työssämme tuoda ilmi. Kirjoitusprosessin aikana arvioimme ja tarkastelimme työtämme niin sisällöllisesti kuin oikeinkirjoituksellisesti. Kirjoittamisvaiheessa tarkastimme myös lähdeviitteet ja lähdeluettelon rakenteen.

Aloitimme työn toteutusvaiheen kirjoittamalla opinnäytetyön teoriaosuuksia. Olimme jakaneet keskenämme jokaiselle omat vastualueet. Kun opinnäytetyön teoriaosuudet alkoivat valmistua, aloimme suunnitella kehittämistyön tuotosta eli tässä tapauksessa opasta. Ensimmäiseksi suunnitelimme yhdessä sisällysluetteloja ja sitä, missä järjestyksessä asiat kannattaa oppaassa esittää. Kun opas etenee loogisesti ja asiat on jaoteltu aihepiireittäin, lukijan on helpompi hahmottaa kokonaiskuva (Hyvärinen 2005; Selovuo 2018). Kun sisällysluettelo oli alkanut hahmottumaan, aloitimme varsinaisen oppaan tekemisen.

Oppaaseen sisällytettiin yleisesti tietoa palliatiivisesta hoidosta sekä saattohoidosta, muistisairauden vaikutuksesta hoitoon, ennakoivasta hoitosuunnitelmasta, oireiden hoidosta sekä omaisten merkityksestä ja osallistamisesta saattohoitoon. Pyrimme mahdollisuuksien mukaan huomioimaan toimeksiantajan toiveet oppaan toteutuksessa ja sisällössä.

Opas toteutettiin sähköisesti Powerpointilla. Lisäksi siitä tehtiin toimeksiantajalle tulostettava versio. Pyrimme siihen, että oppaan kokonaisrakenne olisi mahdollisimman selkeä ja helppolukuinen ja kielellinen ilmaisu olisi selkeää ja helposti ymmärrettävää. Jäsensimme oppaan sisällön niin, että yhdellä dialla ei olisi liikaa tekstiä ja sisältö hyödyttäisi lukijaa.

Lisäksi käytimme oppaassa kuvia, sillä tekstin havainnollistaminen on tärkeää. Kuvia valitessamme huomioimme Creative Commons -käyttöoikeudet. Kuvat valittiin Googlen kuvahausta sekä Pexels.com -sivustolta. Kuvat antavat lisää tietoa ja tekevät oppaasta visuaalisesti kiinnostavamman. Lisäksi luettelot kiteyttävät tärkeitä asioita. Opasta tehdessä huomioimme myös tekstin fontin ja fontin koon, jotta teksti olisi mahdollisimman helposti luettavaa. Pidimme oppaan värimaailman myös yksinkertaisena ja hillittynä, sillä värien huomioiminen on myös tärkeää. (Hyvärinen 2005; Selovuo 2018.)

7.3 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistyön päättäminen ja arviointi ovat kehittämistyön lineaarisen mallin viimeinen vaihe. Arviointia tapahtuu kuitenkin koko ajan kehittämistyötä tehdessä eikä vain työn lopussa. (Salonen 2013.) Arviointivaiheessa pohditaan, mikä oli tuotoksen vaikutus kohderyhmille sekä toimeksiantajalle (Salonen ym. 2017). Kun saimme tehtyä oppaasta ensimmäisen version, pyysimme kohderyhmältä eli toimeksiantajalta ja yksikön hoitajilta palautetta oppaasta. Tässä vaiheessa yksikään asukkaista ei ollut saattohoidossa, joten palautteen pyytäminen omaisilta ei ollut tässä vaiheessa mahdollista. Palautteen saannin jälkeen kirjasimme tulleet kehittämisideat ja teimme tarvittavat muutokset oppaaseen.

Oppaan ensimmäinen versio oli henkilökunnan käytössä noin neljän viikon ajan, jolloin kaikki halukkaat ehtivät perehtymään sen sisältöön. Kun kohderyhmä oli perehtynyt oppaaseen, pyydettiin heiltä palaute sähköisellä palautekyselyllä. Palautekysely luotiin Google Forms -kyselylomakepohjalle. Palautekyselyyn vastattiin anonyymisti eikä vastauksia julkaistu.

Palautekysely koostui muutamasta monivalintakysymyksestä sekä vapaaehtoisesta kommenttiosista. Pyrimme pitämään palautekyselyn mahdollisimman lyhyenä ja yksinkertaisena, jotta mahdollisimman moni vastaisi siihen eikä vastaamiseen kuluisi liikaa aikaa. Palautetta tuli myös suullisesti kohderyhmältä. Saamamme palautteen avulla muokkasimme opasta ja kirjasimme mahdolliset kehittämisideat.

Toimeksiantaja ja kohderyhmä toivoivat, että opasta muokattaisiin enemmän omaisten tarpeisiin sopivammaksi. Lisäksi henkilökunta halusi enemmän tietoa omaisten huomioimisesta ja tukemisesta. Oppaaseen olisi haluttu myös enemmän tietoa hoitajan roolista ja lääkehoidosta, mutta yhteen oppaaseen emme pystyneet sisällyttämään riittävästi sekä hoitajille suunnattua sisältöä että omaisten tukemiseen ja huomioimiseen liittyvää sisältöä. Tarvetta olisi kehittää lisäksi hoitajien osaamista myös saattohoidon kliinisen hoitotyön puolella. Tätä näkökulmaa emme saaneet sisällytettyä oppaaseen, sillä sisällöstä olisi tullut liian laaja. Rajasimme oppaan koskemaan omaisten osallistamista ja huomioimista sekä saattohoidon oireita. Muutoksia tuli myös oppaan sanastoon. Muutimme sanastoa yleiskielellisemmäksi ja poistimme ammattisanastoa. Lisäksi muutama dia piti jakaa osiin, sillä tekstiä oli liikaa yhdelle dialle. Vaihdoin myös esityksen kuvia niin, että sama kuva ei toistuisi useampaan kertaan, ellei se ole dian taustalla.

Kehittämistyön tarkoituksena oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida opas muistisairaana saattohoidosta palveluasumisen yksikön hoitajille ja asukkaiden omaisille. Oppaan tavoitteena oli kehittää yksikön

saattohoitotoimintaa ja lisätä omaisten osallistamista asukkaan saattohoitoprosessiin. Saimme kerättyä oppaaseen näyttöön perustuvaa ja ajantasaista teoretietoa aiheesta ja jäseneltyä sen oppaan muotoon selkeäksi kokonaisuudeksi kohderyhmän ja toimeksiantajan tarpeet huomioiden. Huomioimme mahdollisuuksien mukaan myös toimeksiantajan toiveet ja palautteen. Mielestämme oppaasta tuli sekä visuaalisesti että sisällöllisesti selkeä ja onnistunut kokonaisuus, joka on helposti luettava ja palvelee toimeksiantajaa ja kohderyhmää.

8 POHDINTA

8.1 Kehittämistyön toteutus ja tuotos

Opinnäytetyön aihe tuli toimeksiantajan tarpeesta ja rajautui prosessin edetessä palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta muistisairaahan saattohoitoon, ja näin ollen palveli toimeksiantajan tarvetta paremmin. Teimme keskenämme sekä ohjaavan opettajan että toimeksiantajan kanssa yhteistyötä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Kehittämistyön tuotoksena syntyi sähköinen opas muistisairaahan saattohoidosta tehostetun palvelu asumisen yksikön henkilökunnalle sekä asukkaiden omaisille. Oppaan tavoitteena oli kehittää yksikön saattohoitotyöskentelyä ja lisätä omaisten osallistamista asukkaan saattohoitoprosessiin.

Opasta tehdessä pohdimme, mitkä asiat on tärkeä sisällyttää oppaaseen ja miten oppaan rakenteesta sekä yleisilmeestä saataisiin mahdollisimman siisti ja miellyttävä. Opas tehtiin kohderyhmän huomioivaksi ja pyrimme sisällyttämään siihen informaatiota huomioiden sekä hoitajat että asukkaiden omaiset. Koska kohderyhmänä olivat sekä hoitajat että omaiset, oppaan sisältöä oli haastavaa rajata. Toimeksiantaja olisi toivonut enemmän informaatiota hoitajien roolista oppaaseen, mutta tällöin oppaasta olisi tullut liian laaja. Lisäksi sanaston käyttöä hankaloitti kaksi eri kohderyhmää.

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle laatusuosituksen, ja aiheesta löytyy paljon tutkimus- ja teoretietoa niin kansainvälisellä kuin kotimaisellakin tasolla, joten aiheella ei ole varsinaista uutuusarvoa. Väestö kuitenkin ikääntyy ja ikärakenne muuttuu Suomessa. Näin ollen palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon tarve kasvaa koko ajan. Ihmiset myös enemmässä määrin vanhenevat kotonaan tai hoivakodeissa ja palveluasumisen yksiköissä, joten palliatiivista hoitoa pitää saada tuotettua myös kotiympäristössä laadukkaasti. (STM 2022.)

Palliatiivista hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain arviolta noin 30 000 ihmistä. Kohderyhmä palliatiiviselle hoidolle on iso, sillä se koskee jokaista, jolla on pitkälle edennyt, kuolemaan johtava sairaus, kuten esimerkiksi muisti- tai syöpäsairaus. Palliatiivinen hoito koskee iäkkäiden lisäksi myös lapsia ja vastasyntyneitä, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta. Palliatiivinen hoito koskee myös sairastuneiden läheisiä. (STM 2022.) Tämän vuoksi pyrimme nostamaan työsämme esille, miten eri tavoin omaiset voidaan huomioida ja osallistaa mukaan läheisensä saattohoitoon. Oppaan avulla omaiset saavat tietoa saattohoidosta ja näin myös helpotusta surutyöhönsä.

Suomessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatu vaihtelee ja alueellisia eroja on paljon muun muassa hoidon saatavuudessa. THL:n tavoitteena on vähentää palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon alueellisia eroja ja taata laadukas hoito jokaiselle sitä tarvitsevalle. (Saarto ym. 2022.) Väestön ikääntyessä myös muistisairaiden määrä on kasvussa. Suurimmalla osalla muistisairaista muistisairaus etenee lopulta vaikeaan dementiaan ja sen kesto on hankala ennustaa, mikä hankaloittaa oikea-aikaista saattohoitoon siirtymistä. Tämä ei kuitenkaan saisi olla este hyvälle ja laadukkaalle saattohoidolle. (Antikainen ym. 2013; Konttila 2018.)

Lisäksi hoitajien osaaminen palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa on puutteellista erityisesti kivunhoidon ja laadukkaan saattohoidon toteutumisen osalta (STM 2019a; STM 2019b; Saarto ym. 2022), joten meidän työmme osaltaan lisää myös palveluasumisen yksikön henkilökunnan osaamista. Lisäksi henkilökunnan koulutusta pitäisi parantaa Suomessa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetusta tulisi lisätä perusopetukseen tutkintoon johtavissa koulutuksissa. Lisäksi tulisi järjestää lisä- ja täydentämiskoulutuksia ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä varten. (Saarto ym. 2022.)

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön eettisiä näkökulmia ovat esimerkiksi arvokas kuolema, hyvä kivunhoito, lääkkeettömät kivunlievitysmenettelmät, psyykkiset ja sosiaaliset näkökulmat, hengelliset toiveet, omaisten osallistaminen läheisensä saattohoitoon, hoitotahdon kunnioittaminen, hoitajien kiireettömyys saattohoitotilanteessa sekä hoidon rajaus. Palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoitoon liittyy myös paljon eriäviä toimintatapoja, mietteitä ja mielipiteitä. Opinnäytetyömme tarjoaa tutkimustietoon perustuvat ohjeet sekä ajankohtaisen tiedon palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon toteuttamisesta. Yhteisellä hoitolinjalla varmistetaan se, että jokainen palveluyksikön asukas saa arvokkaan ja oikeanlaisen hoidon elämän loppumetreillä.

Ammattikorkeakoulujen rehtoreiden neuvosto on julkaissut opinnäytetyöprosessiin liittyvän eettisen ohjeistuksen, jossa painotetaan, miten tärkeää aiheeseen sekä tutkimuseettisiin ohjeisiin huolellinen perehtyminen on (Arene ry 2020). Suomessa kaikkien tieteenalojen tutkijoita ohjaavat seuraavat eettiset periaatteet: Tutkittavien henkilöiden ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioitus, aineellisen ja aineettoman kulttuuriperinnön ja luonnon monimuotoisuuden kunnioitus sekä tutkijan velvollisuus toteuttaa tutkimuksensa niin, ettei siitä koidu haittaa tutkittavina oleville. (TENK 2021.) Emme esimerkiksi osallistaneet palveluasumisen yksikön asukkaita tai heidän omaisiaan työhön. Lisäksi oppaan palautekyselyyn hoitajat saivat vastata anonyymisti.

Eettinen ennakoarviointi tarkoittaa tutkimussuunnitelman arviointia tieteenalakohtaisten eettisten käytänteiden mukaisesti, joissa painotetaan tutkimuksesta tai sen tuloksista tutkittavalle mahdollisesti koituvan haitan ennakoitua (TENK 2023a). Työtä tehdessämme pidimme koko ajan huolen siitä, että kenenkään terveys tai turvallisuus ei vaarantunut. Lisäksi arvioimme työtämme läpi kehittämisprosessin.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Ensisijaisesti jokainen tutkimusryhmään kuuluva jäsen vastaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta omalta osaltaan. (TENK 2023b.) Suunnitteluvaiheessa otettiin huomioon aikaisemmat tietoperustat sekä opinnäytetyöhön tarvittavat luvat, suostumukset ja eettiset näkökulmat. Työ tehtiin alusta loppuun salassapitovelvollisuutta kunnioittaen ja palveluyksikön ehdoilla, sekä sopimus opinnäytetyöhön kirjoitettiin ennen sen aloittamista. Työ toteutettiin kehittämistyönä, joten tutkimuslupaa ei tarvittu.

Tutkimus on luotettava silloin, kun se on perusteellisesti tehty ja siitä saadut tulokset ja päätelmät ovat päteviä. Tulokset tulee voida suhteuttaa tutkimusongelmiin ja niiden ratkaisemiseksi käytettyihin menetelmiin. Koska tämä työ tehtiin kehittämistyönä, oli tärkeää, että työhön käytetty aineisto

on näyttöön perustuvaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tärkeää oli myös se, että arvioimme omaa työskentelyämme koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Plagiointi on luvaton lainaamista toisen tekemästä työstä tai tutkimusideoiden käyttämistä luvatta ilman viittauksia. Näin toimittaessa loukataan myös alkuperäisten tekijöiden oikeutta omaan työhönsä. (Keiski ym. 2023.) Olemme viitanneet käyttämiimme lähteisiin asianmukaisesti omin sanoin ja käyttäneet Turnitin plagioinnin tarkastusohjelmaa. Lisäksi työssä käytetyt lähteet ja aineistot mainitaan Savonian raportointiohjeiden mukaisesti.

8.3 Ammatillinen kasvu

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja monivaiheinen sekä vei etenkin alussa paljon aikaa. Kun aihekuvaus saatiin keväällä 2023 valmiiksi, projektisuunnitelman suunnitteleminen ja tekeminen oli jo asteen verran helpompaa. Hyvä projektisuunnitelma helpotti varsinaisen raportin suunnittelua ja aloittamista.

Opinnäytetyöprosessin aikana ymmärsimme, kuinka puutteellista hoitohenkilökunnan koulutus ja tietotaito liittyen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon ovat edelleen. Hoitajien koulutus ja tieto muistisairaiden asukkaiden saattohoidosta ovat sellaisia asioita, joihin pitäisi kiinnittää enemmän huomiota myös Suomessa. Esimerkiksi hengellisen ja sosiaalisen kärsimyksen lievittäminen ovat useille henkilökuntaan kuuluville vieras ja tuntematon asia, joten koimme tärkeäksi osaksi liittää myös sen osaksi opinnäytetyötämme.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen kuuluvat perusammattitaitoihin ja näin ollen koskevat jokaista sosiaali- ja terveysalan ammattilaista (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019). Tästä huolimatta palliatiivinen hoito ja saattohoito eivät ole pakollinen osa sairaanhoitajien koulutusohjelmaa (STM 2017). Koulutuksessa jää huomioimatta myös kuolevan asukkaan omaisten kohtaaminen, ja heidän tiedottamisensa saattohoitoon liittyvistä asioista.

Haasteena opinnäytetyössä oli löytää luotettavia ja näyttöön perustuvia tietolähteitä liittyen laadukkaaseen ja arvokkaaseen saattohoitoon sekä kuolevan omaisten kohtaamiseen. Useissa kansainvälisissä tutkimusartikkeleissa käytettiin sellaisia saattohoitoon liittyviä kivunlievitysmenetelmiä, joita ei ole mahdollista toteuttaa Suomessa. Positiivisesti meitä yllätti se, miten samanlaisia hoitokeinoja saattohoidossa muuten käytetään sekä Suomessa että kansainvälisesti.

8.4 Tuotoksen hyödynnettävyys ja kehittämisideat

Kehittämistyönä syntyi opas muistisairaiden saattohoidosta Attendo Männistön sydämen henkilökunnalle sekä asukkaiden omaisille. Tuotos voidaan ottaa osaksi palveluyksikön asukkaiden saattohoitoa ja lisätä sekä hoitohenkilökunnan että omaisten tietoisuutta aiheesta. Oppaassa tulee ilmi asioita, joita hoitohenkilökunnan olisi hyvä huomioida kuolevan asukkaan hoidossa sekä, miten asukkaan omaisia voisi osallistaa asukkaan saattohoitoprosessiin mukaan.

Oppaan tavoitteena oli kehittää yksikön saattohoitotoimintaa etenkin omaisten näkökulmasta. Monesti omaiset saattavat jäädä läheisensä saattohoidossa ulkopuolelle eivätkä saa tarvittavasti tukea ja tietoa tilanteesta. Oppaaseen olisi haluttu yksikön hoitajien toiveesta myös enemmän tietoa hoita-

jan roolista ja saattohoidon kliinisestä puolesta, mutta yhteen oppaaseen emme pystyneet sisällyttämään sekä hoitajan että omaisen näkökulmaa näin laajasti. Hoitajien saattohoidon osaamisen kehittämiselle olisi tarvetta ja kysyntää.

LÄHTEET

- Aho, Anna Liisa, Terkamo-Moisio, Anja, Niemipelto, Hanna, Poijula, Soili & Varpenius, Taru 2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen. Pdf-tiedosto. Julkaistu 3.9.2018. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/akillisestikuollut-hs.pdf>. Viitattu 2.5.2023.
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Pdf-tiedosto. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>. Viitattu 31.10.2023.
- Antikainen, Riitta, Konttila, Tarja, Virolainen, Jukka & Strandberg, Timo 2013. Vaikeasti dementoituun vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. *Lääkärilehti* 68 (12), 909–915.
- Attendo, julkaisuaika tuntematon. Attendo Männistön sydän. Verkkojulkaisu. <https://www.attendo.fi/palvelumme/palvelut-ikaihmisille/hoivakodit/kuopio/attendo-manniston-sydän/>. Viitattu 21.11.2023.
- Bandini, Julia I, Schlang, Danielle, Kim, Hyosin, Bradley, Melissa, Anhang Price, Rebecca, Bunker, Jennifer N & Teno, Joan M 2021. "If we turned our backs, they would ignore our wishesh": Bereaved family perceptions of concordance of care at the end of life. *Journal of Palliative Medicine* 24 (11), 1667–1672. DOI:10.1089/jpm.2020.0714.
- De Witt Janssen, Bannin, Brazil, Kevin, Passmore, Peter, Buchanan, Hilary, Maxwell, Doreen, McIlfactrick, Sonja J, Morgan, Sharon M, Watson, Max & Parsons, Carole 2017. Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 26 (9–10), 1234–1244. DOI:10.1111/jocn.13442.
- Ebrahimi, Nazli, Naderi, Manijeh, Atashzadeh-Shoorideh, Foroozan, Ilkhani, Mahnaz & Shakeri, Nezhad 2017. Auditing Palliative Care Provided by Nurses for Chronic Pain Management in the Elderly. *Advances in Nursing and Midwifery* 27 (1), 45–49. DOI:10.21859/ANM-027038.
- Finne-Soveri, Harriet, Jakovljevic, Dimitrije, Mäkelä, Matti, Heikkilä, Rauha, Andreassen, Paula, Kylänen, Marika, Leppäaho, Suvi & Hammar, Teija 2018. Vaikeasti muistisairaana vanhuksen kivun hallinta toteutuu palvelutalossa huomattavasti paremmin kuin laitoksessa. *Lääkärilehti* 73 (18), 1137–1142.
- Finne-Soveri, Harriet, Forsius, Pirita, Hökkä, Minna, Maula, Sanna, Surakka, Tiina & Hammar, Teija 2022. Terveystieteiden tutkimuskeskus THL. Laatu- ja hyvinvointitutkimus elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-834-7>. Viitattu 13.6.2023.
- Formisto, Kirsi 2017. Kivun arviointi ja mittaaminen yliopistosairaalan henkilökunnan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hyväksymispäivämäärä 30.3.2017. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201704101417>. Viitattu 16.7.2023.
- Forsius, Pirita, Hammar, Teija & Alastalo, Hanna 2022. Elämän loppuvaihetta pitäisi suunnitella iäkkäiden palveluissa enemmän. Pdf-tiedosto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-989-4>. Viitattu 8.4.2023.
- Holma, Liisa 2021. Kun on palliativisen sedaation aika. *Finnanest* 54 (2), 144–147.
- Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121 (16), 1769–1773.
- Hänninen, Juha 2015. Kuolevan kipu. *Sic!* 15 (4), 36–37.
- Hänninen, Juha & Rahko, Eeva 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (4), 433–439.

- Karius, Diana 2022. Managing pain in palliative care. *American Nurse Journal* 17 (11), 25–54. DOI:10.51256/anj112225.
- Keiski, Riitta, Hämäläinen, Kari, Karhunen, Matti, Löfström, Erika, Näreaho, Susanna, Varantola, Krista, Spoofo, Sanna-Kaisa, Tarkiainen, Terhi, Kaila, Eero & Aittasalo, Minna 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje. Pdf-tiedosto. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf. Viitattu 31.10.2023.
- Kiljunen, Minna & Marjamäki, Elisa 2017. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. *Lääkärilehti* 72 (19), 1231–1235.
- Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103?tab=suositus#K1>. Viitattu 14.4.2023.
- Konttila, Tarja 2018. Vaikeasti dementoituneen saattohoito. *Yleislääkäri* 33 (6), 17–19.
- Korhonen, Tarja & Poukka, Paula 2013. Kuolevan potilaan hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (4), 440–445.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 7.4.2023.
- Lehto, Juho, Anttonen, Anu & Sihvo, Eero 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (4), 395–402.
- Lehto, Juho, Marjamäki, Elisa & Saarto, Tiina 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 135 (4), 335–342.
- Lichtner, Valentina, Dowding, Dawn, Esterhuizen, Philip, Closs, S Jose, Long, Andrew F, Corbett, Anne & Briggs, Michelle 2014. Pain assesment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics* 14 (138). DOI:10.1186/1471-2318-14-138.
- Lundin, Emma & Godskesen, Tove E 2021. End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing* 20 (1), 1–11. DOI:10.1186/s12912-021-00566-7.
- Marjamäki, Elisa & Leppälä, Leena 2021. Kuolemaa lähestyvä potilas – miten keskustelen lapsen kanssa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 137 (21), 2317–2322.
- Mattila, Kati-Pupita 2013. Ihmisen arvokkuus ja sen kokemisen vahvistaminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (7), 778–779.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s26_7. Viitattu 7.4.2023.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s6>. Viitattu 16.3.2023.
- Pedersen, Karina & Björkhem-Bergman, Linda 2017. Tactile massage reduces rescue doses for pain and anxiety: an observational study. *BMJ Supportive & Palliative Care* 8 (1), 30–33. DOI:10.1136/bmjspcare-2017-001321.
- Pesonen, Hanna-Mari, Kesänen, Jukka & Hökkä, Minna 2020. Palliatiivisen hoidon kehittäminen edellyttää ammattihenkilöiden osaamisen varmistamista. *Tutkiva Hoitotyö* 18 (4), 36–39.

- Pitkäniemi, Anni, Sihvonen, Aleks, Särkämö, Teppo & Soinila, Seppo 2020. Musiikki-interventiot kivun hoidon osana. *Lääkärilehti* 75 (37), 1843–1848.
- Potinkara, Heli 2004. Auttava kanssakäyminen - Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Väitöskirja. Väitöspäivä 11.6.2004. *Acta Universitatis Tamperensis* 1013. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/urn:isbn:951-44-5989-X>. Viitattu 5.6.2023.
- Rahko, Eeva & Rajala, Kaisa 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 136 (13), 1605–1613.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html. Viitattu 31.10.2023.
- Saarto, Tiina, Hänninen, Juha, Antikainen, Riitta & Vainio, Anneli 2015. Palliatiivinen hoito. E-kirja. Helsinki: Duodecim. Viitattu 16.3.2023.
- Saarto, Tiina, Lyytikäinen, Matti, Ahtiluoto, Satu, Juntila, Kristiina, Lehto, Juho, Finne-Soveri, Harriet, Hammar, Teija & Forsius, Pirita 2022. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>. Viitattu 16.4.2023.
- Salonen, Kari 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turun ammattikorkeakoulu. Pdf-tiedosto. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>. Viitattu 7.2.2023.
- Salonen, Kari, Eloranta, Sini, Hautala, Tiina & Kinos, Sirppa 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksesta. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Pdf-tiedosto. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>. Viitattu 7.2.2023.
- Selovuo, Kari 2018. Saavutettava sisältö – Opas suunnitteluun ja sisällöntuotantoon. Pdf-tiedosto. <https://www.hel.fi/static/hki4all/ohjeet/saavutettavuus-opas.pdf>. Viitattu 16.5.2023.
- Seppänen, Marjaana, Vähäkangas, Auli & Anttonen, Mirja Sisko 2020. Hyvä kuolema. *Gerontologia* 34 (4), 363–367.
- Soppi, Esa & Ahtiala, Maarit 2020. Painehaavan tunnistaminen, synty ja ehkäisy. *Yleislääkäri* 35 (6), 18–20. Viitattu 7.4.2023.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Verkkojulkaisu. Päivitetty 20.4.2020. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito. Viitattu 16.3.2023.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Pdf-tiedosto. Julkaistu 18.12.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>. Viitattu 16.3.2023.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Pdf-tiedosto. Julkaistu 26.2.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>. Viitattu 16.4.2023.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Pdf-tiedosto. Julkaistu 17.12.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>. Viitattu 9.4.2023.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2022. Kohti palliatiivisen hoidon laaturekisteriä: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laatutieto -projektin loppuraportti. Pdf-tiedosto. Julkaistu 2.3.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163854/STM_2022_3_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 16.3.2023.

Tarnanen, Kirsi, Saarto, Tiina & Laukkala, Tanja 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Verkkajulkaisu. Julkaistu 4.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>. Viitattu 11.4.2023.

Tasmuth, Tiina 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärilehti 74 (9), 540–544.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Vanhuspalvelujen tila (Vanpal). Verkkajulkaisu. Päivitetty 7.3.2023. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/vanhuspalvelujen-tila-vanpal->. Viitattu 8.4.2023.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2023a. Eettinen ennakoarviointi. Verkkajulkaisu. <https://tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi>. Viitattu 21.11.2023.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2023b. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Verkkajulkaisu. <https://tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>. Viitattu 21.11.2023.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2021. Ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin ohje. Yleiset eettiset periaatteet. Verkkajulkaisu. https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje#3_4. Viitattu 21.11.2023.

Tohmola, Anniina, Suikkala, Arja, Lehto, Juho & Hökkä, Minna 2023. Palliatiivisen hoidon osaamistarpeet tulevan kymmenen vuoden aikana. Tutkiva Hoitotyö 21 (1), 12–19.

Vattula, Kati, Rajala, Mira, Kuivila, Heli-Maria, Hökkä, Minna & Kaakinen, Pirjo 2020. Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede 32 (2), 122–133.

Vihelä, Mari, Hökkä, Minna & Kaakinen, Pirjo 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede 32 (4), 275–284.

World Health Organization 2014. 67. World health assembly. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Verkkajulkaisu. Julkaistu 24.5.2014. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf?ua=1&ua=1. Viitattu 16.3.2023.

LIITE 1: PALAUTEKYSELY

Palautekysely

Palautekysely Muistisairaahan saattohoito -oppaasta

Palautekysely on täysin anonyymi ja vastauksia käytetään ainoastaan oppaan kehittämiseen, mikä on osa Savonia Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöprosessia.

Oliko oppaan sisältö helposti ymmärrettävä ja kokonaisuudeltaan selkeä? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Koetko oppaan sisällön olevan helposti siirrettävissä käytäntöön, mikäli jotkin asiat eivät vielä toteudu työyksikössä? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Toteutuuko mielestäsi hoitajien, omaisten ja asukkaan välinen yhteistyö oppaan mukaisesti työelämässä? *

- Kyllä, melkein aina
- Kyllä, osittain
- Ei
- En osaa sanoa

Koetko omaisten saavan oppaan avulla hyödyllistä tietoa saattohoidosta? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Miten todennäköisesti suosittelisit opasta saattohoidossa olevan asukkaan omaiselle tueksi? *
(1=Erittäin epätodennäköisesti, 2=Epätodennäköisesti, 3=En osaa sanoa, 4=Todennäköisesti, 5=Erittäin todennäköisesti)

- | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Erittäin epätodennäköisesti | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erittäin todennäköisesti |

Haluaisitko jostakin aihealueesta enemmän tietoa oppaaseen? Jos kyllä, niin mistä?

- Ennakoiva hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös
- Oireet
- Kipu ja kivunhoito
- Omaisten tukeminen ja osallistaminen
- Muu...

Oliko jossakin osiossa liikaa/turhaa tietoa? Jos kyllä, niin missä?

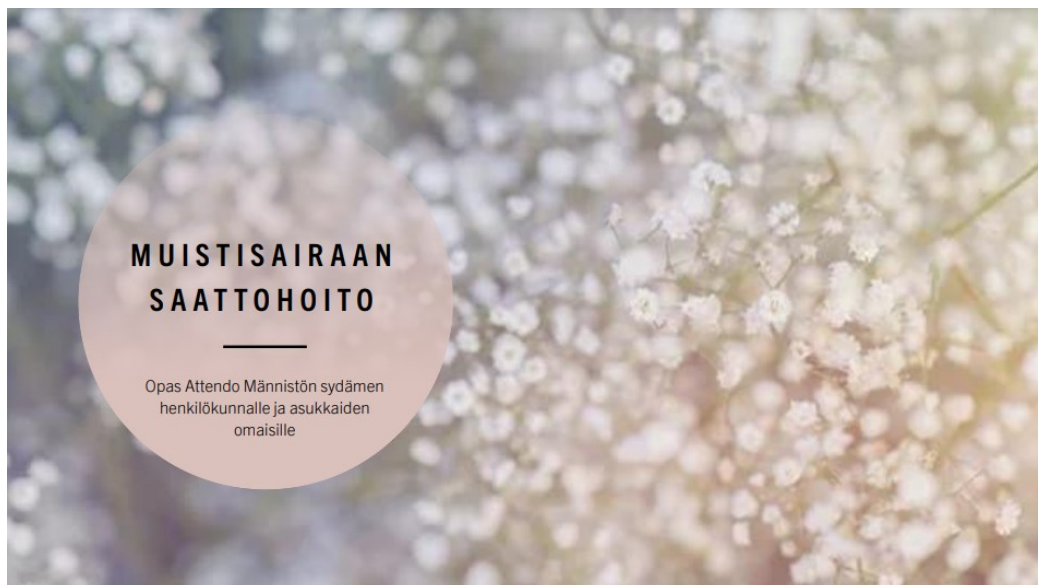
- Ennakoiva hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös
- Oireet
- Kipu ja kivunhoito
- Omaisten osallistaminen ja tukeminen
- Muu...

Vapaa palaute:

Lyhyt vastausteksti

.....

LIITE 2: OPAS



SISÄLLYSLUETTELO

- o Lukijalle
- o Muistisairaas asukkaan saattohoito
- o Ennakoiva hoitosuunnitelma
- o Saattohoitopäätös
- o Yleisimmät oireet saattohoidossa
- o Oireiden arviointi
- o Kivun arviointi
- o Laadukas kivunhoito
- o Hoitajien saattohoito-osaaminen on tärkeää
- o Omaisten huomioiminen ja tukeminen
- o Omaisten osallistaminen asukkaan hoitoon
- o Kuoleman hetki
- o Kiitos



LUKIJALLE

Tämä opas on Savonia ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetyön tuotos, joka on tehty Attendo Männistön Sydämen henkilökunnalle sekä asukkaiden omaisille. Tässä oppaassa kerrotaan muun muassa muistisairaas asukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kulusta, yleisimmistä oireista ja niiden hoidosta sekä omaisten osallistamisesta ja tukemisesta. Tavoitteena on kehittää yksikön saattohoitotyötä ja lisätä omaisten osallistamista asukkaan saattohoitoprosessiin.

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa. Oireenmukaiseen hoitoon siirryttäessä asukkaan sairauden ennusteeseen ei pystytä enää lääketieteellisin keinoin vaikuttamaan. Hoito rajataan niin, että hyödyttömät sekä kärsimystä aiheuttavat hoidot jätetään pois. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ja se kattaa kuolevan viimeiset elinpäivät tai -viikot. Laadukkaan saattohoidon tavoitteena on tehdä ihmisen loppuelämästä ja kuolemasta mahdollisimman arvokas ja kivuton.

Savonia Ammattikorkeakoulu

Kärsämä Elina

Lehikoinen Mira

Nupponen Noora

MUISTISAIRAAN ASUKKAAN SAATTOHOITO



Muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti, ovat parantumattomia, eteneviä aivosairauksia. Suurin osa hoivakodissa asuvista sairastaa muistisairautta ja osalla se etenee lopulta vaikeaan dementiaan.

Muistisairauden etenemistä voidaan hidastaa lääkityksellä, mutta parantavaa hoitokeinoa ei toistaiseksi ole. Hoito on pääasiassa oireenmukaista hoitoa sekä taustalla olevien perussairauksien hoitoa.

Muistisairauden loppuvaiheen kestoa on vaikea ennustaa, mikä hankaloittaa oikea-aikaista siirtymistä saattohoitoon. Hoidossa tärkeää on asukkaan tarpeiden ja voimavarojen huomiointi.



Asukkaan ja hänen omaistensa kanssa on tärkeää keskustella elämän loppuvaiheen hoidosta hyvissä ajoin sekä tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma.



Muistisairaalla asukkaalla on oikeus osallistua päätöksentekoon oman kognitiivisen toimintakykynsä mukaan. Mikäli asukas ei ole kykenevä osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, kuullaan edunvalvojaa tai omaista. Näin pyritään varmistamaan asukkaan omaa tahtoa vastaava hoito.



Muistisairaiden kohdalla on tärkeää, että elämän loppuvaiheen hoito tapahtuu tutussa ympäristössä, kuten hoivakodissa. Ennakoivalla hoidon suunnittelulla asukkaalle pystytään tarjoamaan oikea-aikaista ja laadukasta saattohoitoa. Ennakoiva hoitosuunnitelma tulisi tehdä jokaiselle pitkäaikaissairaalle viimeistään silloin, kun sairauden etenemiseen ei pystytä vaikuttamaan merkittävästi.

ENNAKOIVA HOITOSUUNNITELMA

ENNAKOIVA HOITOSUUNNITELMA



- Ennakoiva hoitosuunnitelma parantaa asukkaan saamaa hoitoa ja elämänlaatua sekä auttaa asukkaan omaisia jaksamaan. Selkeä suunnitelma tulevasta luo helpotusta ja luottamusta asukkaan saamaa hoitoa kohtaan. Hoitosuunnitelmassa ennakoidaan fyysisten oireiden hoito sekä asukkaan että omaisten psyykkiset, henkiset ja sosiaaliset tarpeet, mikä on onnistuneet saattohoidon perusta.
- Saattohoitopäätös sisältää päätöksen elvytyskiellosta. Hoitosuunnitelmassa kuvataan mahdollinen elvytyskielto eli DNR/DNAR-päätös (Do Not Resuscitate/Do Not Attempt Resuscitation). DNR-päätöstä suositellaan, mikäli sairaus on edennyt pitkälle tai toimintakyky on laskenut muuten niin, että asukkaan tila ei palautuisi enää sydänpysähdyksestä.

SAATTOHOITOPÄÄTÖS

Saattohoitoon siirtyminen

SAATTOHOITOON SIIRTYMINEN



Kun asukkaan elinajan arvioidaan olevan enää muutaman päivän tai viikkoja, on tärkeää tehdä päätös saattohoidosta.



Saattohoitopäätös mahdollistaa asukkaalle parhaan mahdollisen oireenmukaisen hoidon sekä henkisen tuen asukkaan lisäksi myös tämän omaisille.



Oikea-aikaisen saattohoitopäätöksen myötä asukas ja tämän omaiset pääsevät vaikuttamaan sekä osallistumaan hoitoon. Se antaa mahdollisuuden olla läsnä viimeiset elinpäivät sekä jättämään jäähyväiset ja näin läheiset voivat rauhassa valmistautumaan omaisensa kuolemaan.



On tärkeää huomioida omaisten tuen tarve ja tarvittaessa ohjata heidät oikeanlaisen avun ja tuen piiriin.



YLEISIMMÄT OIREET SAATTOHOIDOSSA

HENGITYSTEIDEN OIREET

- Hengitykseen liittyvät oireet ovat yleisiä saattohoidossa. Hengenahdistusta voi lievittää lääkkeillä sekä asento- ja rentoutumishoidolla. Hengitysoireita on tärkeä hoitaa, sillä ne voivat heikentää asukkaan elämänlaatua ja lisätä kärsimystä. Hengenahdistusta voi lisätä myös psyykkiset oireet, kuten ahdistuneisuus.
- Hengitysoireisiin voi liittyä limaisuutta ja hengityksen korinaa. Limaisuuden syynä voi olla muun muassa hengitystieinfektio, kuten keuhkokuume tai ruoan tai nesteiden aspirointi eli ruoan/juoman joutuminen hengitysteihin. Elämän loppuvaiheessa asukas ei välttämättä jaksa enää yskiä limaa pois hengitysteistä, joten limaisuutta voi tarvittaessa helpottaa lääkkeillä tai imemällä limaa ylähengitysteistä, eli suusta ja nielusta.

Hengityksen korina on yleistä kuolevan viimeisinä elinpäivinä. Yleensä se kuulostaa läheisistä pahemmalta mitä se todellisuudessa on. Korina ei yleensä häiritse asukasta itseään, sillä tajunnantaso on tässä vaiheessa jo huomattavasti alentunut. Korina johtuu eritteiden kertymisestä hengitysteihin yskimisvoiman ja nielemisrefleksin heikentyessä.

Hengitystieinfektiot ovat yleisiä elämän loppuvaiheessa ja ennen kuolemaa moni sairastaakin keuhkokuumeen. Hengitystieinfektioita hoidetaan yleensä antibiooteilla joko suun kautta tai suonensisäisesti. Silloin, kun asukkaan hyvää oloa pidetään tärkeämpänä kuin elinajan pidentymistä, tulisi harkita antibioottihoidosta pidättäytymistä ja keskittyä hyvään oireenmukaiseen hoitoon.

RUOANSULATUSKANAVAN OIREET



Asukkaan saattohoitovaiheeseen voi liittyä ruoansulatuskanavan oireita. Pahoinvointi on yksi yleinen oire elämän loppuvaiheessa. Pahoinvointia voi aiheuttaa esimerkiksi kipulääkkeistä ja liikkumattomuudesta johtuva ummetus. Pahoinvoinnin riskiä lisäävät muun muassa ahdistuneisuus, kipu, yskä ja limaisuus. Pahoinvointia voi ehkäistä hoitamalla muita oireita sekä tarvittaessa pahoinvointilääkityksellä.



Asukkaan toimintakyvyn heikentyessä lisääntyvät myös suun oireet sekä nielemisvaikeudet. Saattohoitovaiheessa esiintyy muun muassa suun tulehduksia, limakalvojen kuivumista ja nielemisvaikeutta, mikä lisää aspiraatoriskiä ja näin edelleen altistaa keuhkokuumeelle. Kuivuneita limakalvoja voidaan hoitaa kostuttamalla suuta ruokaöljyllä tai suun kostutukseen tarkoitetuilla geeleillä. Suun hygienia on tärkeää myös saattohoitovaiheessa.

KIPU

- Kipu on yleinen oire saattohoitovaiheessa. Jokaisen asukkaan kivunlievitys saattohoidossa on yksilöllistä. Kipua voivat aiheuttaa muut saattohoitovaiheessa esiintyvät oireet, kuten hengitysvaikeudet. Kivunhoito on tärkeää kärsimyksen minimoimiseksi ja saattohoidossa sitä hoidetaan pääasiassa opioideilla. Fyysisen kivun lisäksi kivun tunnetta voivat aiheuttaa asukkaan psyykkiset ja sosiaaliset kärsimykset.
- Hyvään saattohoitoon kuuluu asukkaan ja tämän omaisten tukeminen ja kohtaaminen kulttuurin huomioiden. Kohtaamisessa otetaan huomioon psykososiaaliset, hengelliset sekä eksistentiaaliset tarpeet.
- Jos asukkaan kognitiivinen toimintakyky on riittävä, tieto lähestyvistä kuolemasta voi herättää monenlaisia tunteita. Asukkaalla ja omaisilla voi olla saattohoitoon siirtyessä paljon kysymyksiä liittyen hoidon loppuvaiheeseen. On tärkeää pyrkiä mahdollisuuksien mukaan vastaamaan asukkaan ja omaisten esittämiin kysymyksiin totuuden mukaisesti.



- Masennus ja ahdistuneisuus ovat yleisiä oireita kuoleman lähestyessä. Läsnäololla ja keskustelulla voi olla rauhoittava ja mieltä tasapainottava vaikutus. Psykkisiin ja henkisiin oireisiin voidaan tarvittaessa käyttää myös rauhoittavaa lääkitystä.
- Eksistentiaalinen ahdistus on ihmisen normaali reaktio liittyen tulevaan. Lähestyvä kuolema ja epätietoisuus tulevasta voivat aiheuttaa ahdistusta. Eksistentiaaliseen ahdistukseen tai kärsimykseen paras hoitokeino on kuuntelu sekä läsnäolo. Psykkinen tuki, huolta pitävä kosketus ja läsnäolo ovat pohjana hyvälle ja laadukkaalle saattohoidolle.

MUITA YLEISIÄ OIREITA SAATTOHOIDOSSA

Muita yleisiä oireita ovat esimerkiksi delirium eli sekavuus sekä levottomuus. Tärkeintä on akuutin tilanteen rauhoittaminen ja syyn selvittäminen. Deliriumia voivat aiheuttaa muun muassa kipu, muistisairaus, lääkkeet ja infektiot. Myös psyykkiset oireet, kuten ahdistuneisuus, voivat altistaa deliriumille. Tällaisessa tilanteessa on tärkeää rauhoitella asukasta ja tehdä ympäristöstä rauhallinen.

Asukas viettää yleensä elämänsä viimeiset päivät/viikot vuodepotilaana, joten kudoseheydestä huolehtiminen on tärkeää. Vuodepotilailla painehaavat ovat yleisiä, ja niitä tulee herkästi etenkin sacrumin alueelle eli ristiluun kohdalle lantion takaosaan sekä kantapäihin. Painehaavoja voi ennaltaehkäistä muun muassa painehaavapatjalla sekä asentohoidolla.

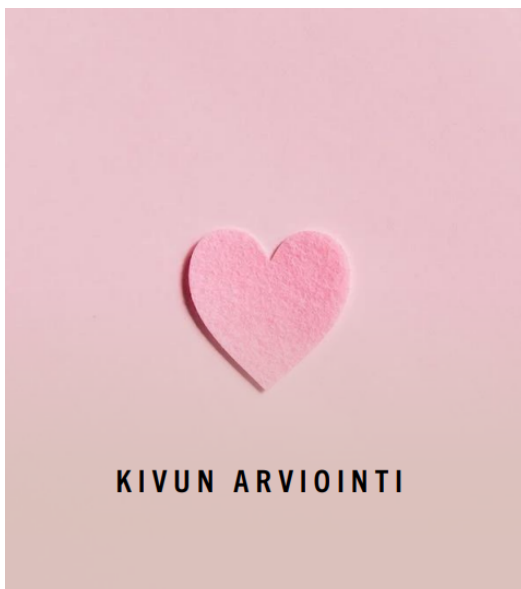
OIREIDEN ARVIOINTI



Säännöllinen oireiden arviointi on tärkeää. Saattohoidossa olevalta asukkaalta arvioidaan muun muassa kipua, levottomuutta, hengitystä ja pahoinvointia. Hengityksen arvioinnissa on tärkeää huomioida mahdolliset hengitysteiden eritteet, kuten lima. Asukkaan voinnin ja oireiden arvioinnin lisäksi myös asukkaan läheisten vointi ja jaksaminen on otettava huomioon. Omaisten on tärkeää tulla kuulluksi ja saada tukea.



Asukkaan psyykkisten oireiden arviointia hankaloittavat muut oireet, kuten esimerkiksi kipu. Samalla tavalla myös psyykkiset oireet, kuten ahdistuneisuus, voivat hankaloittaa somaattisten eli fyysisten oireiden arviointia. Pääasiassa elämän loppuvaiheessa on asukkaan psyykkisen tilan arviointi ja asukkaan sekä omaisten tiedottaminen kuoleman lähestymisestä.



KIVUN ARVIOINTI

- Muistisairaiden kohdalla oireiden arviointia hankaloittaa heikentynyt kognitiivinen toimintakyky. Heidän kohdallaan oireiden arviointi perustuu pääasiassa havainnointiin.
- On tärkeää havainnoida asukkaan käyttäytymistä, hengitystä, ääntelyä, ilmeitä sekä kehonkieltä.
- Säännöllinen kivun arviointi on hyvän ja laadukkaan kivunhoidon perusta. Huomiota tulee kiinnittää kivun voimakkuuteen, mahdolliseen sijaintiin sekä sen vaikutukseen asukkaan toimintakykyyn ja mielialaan. Mahdollisuuksien mukaan asukkaalta kysytään hänen oma arvio kivusta. Tämä on kuitenkin usein haastavaa muistisairaiden asukkaiden kohdalla.

LAADUKAS KIVUNHOITO



Lääkitys on merkittävä osa kivunhoitoa. Saattohoidossa yleisimpiä kivunlievitykseen käytettäviä lääkkeitä ovat opioidit. Kivunlievitykseen voidaan käyttää opioidien rinnalla myös muita kipulääkkeitä tarvittaessa.



Lääkitys valitaan asukkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Lääkityksen vaikutusta tulisi arvioida säännöllisesti. Jos asukkaan kipu on pitkäaikaista, kipulääkettä annetaan säännöllisin väliajoin, kuten esimerkiksi neljän tunnin välein.



Kivunhoidossa tulisi mahdollisuuksien mukaan käyttää myös lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja, kuten asentohoitoa. Lisäksi läsnäolosta ja keskustelusta on apua psyykkisen kärsimyksen helpottamiseen. Keskusteleminen voi auttaa asukasta sopeutumaan tilanteeseen ja hyväksymään lähestyvä kuolema.

HOITAJIEN SAATTOHOITO- OSAAMINEN ON TÄRKEÄÄ

Palliatiiivinen hoito sekä saattohoito koskettavat jokaista sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöä, ja palliatiiivisen hoidon osaaminen kuuluu perusammattitaitoihin. Palliatiiivisen hoidon osaamisalueita ovat muun muassa vuorovaikutus- ja kohtaamisosaaminen, hoidon tarpeen arviointi sekä kulttuurinen ja eettinen osaaminen.

Hyvään palliatiiivisen hoidon ja saattohoidon osaamiseen kuuluu myös etukäteisvalmistuminen. Saattohoidossa olevan asukkaan ja tämän omaisten kohtaaminen voi olla haastavaa. Kun hoitava henkilö tuntee asukkaan, hoidosta jää parempi kuva myös asukkaalle ja läheisille.

Elämän loppuvaiheen hoito on muutakin kuin asukkaan oireiden hoitoa. Ammattilaisen on hyvä osata huomioida myös asukkaan ja omaisten psykososiaalisen tuen tarve. Läsnä oleminen ja arvokas kuoleman kohtaaminen ovat tärkeitä asioita myös kuolevalle ja omaisille.

- Laadukkaan hoidon toteutuminen vaatii henkilökunnalta erityisosaamista ja koulutuksen lisäämistä.
- Saattohoidossa olevan asukkaan tarpeet voivat vaatia monen eri ammattiryhmän osaamista, ja lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeää.
- On arvioitu, että tulevien vuosien aikana palliatiiivinen hoito sekä sen tarve moninaistuu ja kasvaa. Monikulttuurisuus Suomessa lisääntyy ja asiakaslähtöisen osaamisen tarve kasvaa sekä hyviä vuorovaikutus- ja kohtaamistaitoja tarvitaan yhä enemmän.



Tämä kuva on osa Tutkimuskeskuksen koulutusmateriaalia. CC BY-NC-SA

OMAISTEN HUOMIOIMINEN JA TUKEMINEN

- Laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluu läheisten huomioiminen ja tukeminen. Tämä vaatii ammattilaisilta paljon rohkeutta sekä osaamista.
- Usein omaisia on useita, ja heillä saattaa olla erilaiset näkemykset sekä toiveet asukkaan hoitoon liittyen. Läheisen kuoleman lähestyminen saa aikaan kriisin, jonka mukana perheet tuovat oman dynamiikkansa tilanteeseen. Hoitohenkilökunnan asenteen on säilyttävä neutraalina mahdollisten ristiriitojen ilmaantuessa ja korostaa kuolevan arvoja ja etua.
- On tärkeää, että omaiset eivät tunne jäävänsä ulkopuoliseksi läheisensä saattohoitovaiheessa. Omaisten ulkopuolisuuden tunnetta vältetään silloin, kun heitä pidetään ajan tasalla ja osana asukkaan hoitoa. Tällöin syntyy kokemus siitä, että on tervetullut läheisensä vierelle ja voi olla siinä oman tarpeensa ja halunsa mukaan.



Pahinta omaisille on tietämättömyys ja epävarmuus. Tiedon tarve onkin yksi tärkeimmistä tarpeista läheisen ollessa saattohoidossa. Läheinen haluaa tietää omaisensa tilasta sekä sen muutoksista, hoidosta ja mahdollisuudesta esimerkiksi koskettaa omaistaan. Turvallisuuden tunnetta lisää myös vuorovaikutus hoitotahon kanssa, joka kannustaa jaksamaan vaikeasta tilanteesta yli.



Saattohoitoon kuuluu myös alaikäisten lasten huomioiminen ja tukeminen. Tämä kuitenkin jää monesti vähemmälle huomiolle kuin aikuisten tukeminen ja salailun ilmapiirissä lapselle voi tulla olo, että hänellä ei ole lupaa puhua aiheesta. Lasta kannustetaan tunteiden sekä ajatusten tiedostamiseen ja niiden hyväksymiselle annetaan tilaa kysymysten ja havaintojen kautta yhdessä luotettavan aikuisen kanssa.

OMAISTEN OSALLISTAMINEN ASUKKAAN HOITOON

- Ammattilaisen lisäksi kuolevalle hoivaa antavat myös perheenjäsenet, kuten esimerkiksi puoliso sekä lapset. Lähipiiri usein kokeekin oman osallistumisensa läheisensä hoitoon hyvin tärkeänä.
- Omaisten voi osallistua läheisensä yksinkertaisiin hoitotoimiin, kuten esimerkiksi silmien ja suun hoitoon sekä pesuihin. Omaisille voi tarjota yöpymismahdollisuuden kuolevan läheisensä vierellä ja näin taataan rauhallinen sekä yksityinen ympäristö, missä yhdessäolo ja hyvästelyt ovat mahdollisia.
- Lisäksi hoivakodissa kuolevan omaiset voivat osallistua asukkaan saattohoitoon esimerkiksi tukemalla asukkaan päivärtymiä, tuomalla lemmikkieläimiä asukkaan luo ja sisustamalla huonetta kodinomaisemmaksi.

KUOLEMAN HETKI

- Omaisten kanssa on aiheellista ottaa puheeksi, mitä kuoleman hetkellä tapahtuu ja kuinka tulee toimia asukkaan hengityksen lakattua. Kun asiasta keskustellaan avoimesti, pelko lievenee ja turhat toimenpiteet voidaan estää. Mikäli hoitaja on läsnä huoneessa, hän pysyy taka-alalla huolehtimassa tilanteen kulusta. Kuoleman hetki on hyvin intiimi ja hyvästeille on syytä antaa aikaa.
- On hyvä muistaa, että saattohoito ei pääty asukkaan kuolemaan, vaan omaisille tulee antaa aikaa hyvästeille ja tarjota mahdollisuus osallistua vainajan laittoon ja huolehtimiseen.



Kuolleen omaista kohdatessa täytyy olla aito, myötätuntoinen ja kunnioittava. Heille tulee antaa aikaa puhua menetyksestään ja keskustelun tulee olla avointa sekä rehellistä. Myötätuntoa voi osoittaa niin sanallisesti kuin sanattomastikin ja myös voimakkaat reaktiot ovat hyväksyttäviä.

On tutkittu, että omaiset ovat tyytyväisiä kuolevan hoitoon, kun hoidossa oleva läheinen on hoidon myötä mahdollisimman oireeton, ja jos omaiset ovat saaneet rauhassa ajan kanssa keskustella hoidon linjauksista ja rajauksista asukasta hoitavan henkilökunnan kanssa. Tämä valmistaa sekä kuolevaa asukasta että tämän omaisia lähestyvään kuolemaan ja on tärkeää laadukkaan ja kokonaisvaltaisen saattohoidon kannalta.

SAVONIA

ammattikorkeakoulu

KIIITOS!
