

# SAATTOHOIDON HYVÄT KÄYTÄNTEET

Saattohoidon kehittäminen Attendo Puhurissa

Välimaa Minna  
Keränen Laura

Opinnäytetyö  
Sosiaali-, terveysala  
Terveysten edistäminen  
Sairaanhoitaja (Ylempi AMK)

2020

Sairaanhoitaja Ylempi AMK  
Sosiaali-, ja terveystieteiden  
Terveyden edistäminen

---

<b>Tekijät</b>	Laura Keränen ja Minna Välimaa	<b>Vuosi</b>	2020
<b>Ohjaaja</b>	Satu Elo		
<b>Toimeksiantaja</b>	Attendo Puhuri Oy		
<b>Työn nimi</b>	Saattohoidon hyvät käytänteet		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	50 + 14		

---

Väestö ikääntyy ja saattohoidettavien määrä tulee kasvamaan Suomessa. Asiaan on havahduttu paikallistasolla iäkkäiden hoivayksiköissä ja saattohoidon kehittäminen on koettu tarpeelliseksi myös hoivakoti Attendo Puhurissa. Palliatiivinen hoito on oireenmukaista hoitoa ja se kuuluu kaikille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa sairautta. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ajallisesti yleensä elämän viimeiset viikot tai päivät.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen ja osallistavien menetelmien avulla kehittää saattohoitoprosessia hoivakodissa. Tavoitteena oli näyttöön perustuvan tiedon avulla kehittää saattohoidon laatua ja yhtenäistää toimintatapoja hoivakodissa. Opinnäytetyössä haettiin vastauksia kysymyksiin, mitä ovat hyvät saattohoitokäytännöt ja mitä ovat kotimaiset ja kansainväliset saattohoitosuosituksat. Työssä avattiin mm. vanhusten hoitoa, muistisairaana saattohoitoa, hoidettavien potilaiden yleisimpiä sairauksia ja kerrottiin saattohoitopotilaan hoitotyöstä; oireenmukaisesta hoidosta, perushoidosta sekä hengellisen tuen tarpeesta.

Aiemmistä tutkimuksista ja kirjallisuudesta nousi esille saattohoidon merkitys hoitajien, että potilaiden näkökulmasta, mutta niissä esiintyi myös omaisten huomioimisen tärkeys. Hoitopaikan fyysinen ympäristö tulee olla viihtyisä ja hoitohenkilökunnalla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot. Kivun ja erilaisten oireiden hoito oli yksi merkittävimmistä asioista saattohoidossa, sen huomioiminen oli tärkeää ja kivunhoidon ohjauksesta koettiin olevan hyötyä potilaille, mutta myös heidän omaisilleen. Tutkimuksissa ilmeni, että kuolevien potilaiden ja läheisten hengellinen tuki koettiin vaativana tehtävänä ja sen koettiin olevan osa kokonaisvaltaista hoitamista.

Opinnäytetyön tuloksiin perustuen saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa voidaan kehittää tutkitun tiedon avulla sekä työyhteisöä osallistavien menetelmin. Menetelmä koettiin työyhteisön yhteishenkeä kohottavaksi ja sen avulla avattiin saattohoidon käytännöt henkilökunnalle ja niitä muokattiin ja räätälöitiin kyseiseen yksikköön soveltuvaksi. Työyhteisössä korostui työntekijöiden motivoituneisuus, halu kehittää saattohoitoa sekä palliatiivista hoitoa ja huolehtia tiedon pysymisestä ajantasaisena.

<b>Authors</b>	Laura Keränen ja Minna Välimaa	Year	2020
<b>Supervisor</b>	Satu Elo		
<b>Commissioned by</b>	Attendo Puhuri		
<b>Subject of thesis</b>	Best Practices in Palliative Care		
<b>Number of pages</b>	50 + 14		

---

Due to the aging of the Finnish population, the number of people in palliative care is constantly increasing. The phenomenon is well-recognized by local nursing homes and further developing the procedures of palliative care has been considered essential also in the Attendo Puhuri nursing home, the commissioner of this thesis. Palliative care is symptom-based treatment and all patients suffering from terminal illnesses are entitled to receive it. Terminal care is part of palliative care which is care that focuses on the final weeks and days of the patient's life.

The purpose of this thesis was to develop palliative care procedures in a nursing home. The research method in this study was literature review. In addition, the commissioner nursing home personnel were involved in the development process. By using the data acquired during the research process, the aim was to enhance the quality of palliative care and to standardize the current prevailing procedures of palliative care in the commissioner nursing home. The thesis also aims at answering to the following questions; what is meant by good standard in care procedures and what are the national and international recommendations to be utilized in the delivering of palliative care. The theoretical part of this study focuses on elderly care, care of patients suffering from dementia, the most common diseases and disorders of patients, requirements of nursing, symptom-based treatment, basic care, and spiritual support of the patients.

The literature, studied in this thesis, described the importance of palliative care for the care taker and the patient, yet, also highlighting the role of the relatives during the treatment period. Based on the data collected in this study, the physical environment of a nursing home should be comfortable and the personnel of the nursing home should have excellent communication skills. Management of pain and other symptoms turned out to be one of the most important factors of palliative care. Sufficient acknowledgement and supervision of pain management appeared beneficial also for the relatives. This research revealed that the spiritual support of the patients and their families is considered very challenging, and yet an essential part of comprehensive treatment.

Based on the results, it can be concluded that the literature review and the involvement of the personnel are efficient measures when aiming at developing palliative care procedures. Particularly the participation of the personnel was found beneficial in terms of the sense of community in the working unit. Participation facilitated development of common procedures suitable for each unit. Generally, this research revealed that the personnel in the nursing home in this study was highly motivated to develop the procedures of palliative care and that they were interested in updating their knowledge about the topic.

Key words                      palliative care, end of life care, elderly people

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 PALLIATIIVINEN HOITO .....	3
2.1 Palliatiivinen hoito käsitteenä .....	3
2.2 Palliatiivisen hoidon luokitus .....	4
2.3 Palliatiivinen hoito Suomessa .....	5
2.4 Palliatiivinen erikoispätevyyskoulutus .....	7
2.5 Väestö ikääntyy ja saattohoidettavien määrä kasvaa .....	8
2.6 Lainsäädäntö palliatiivisen ja saattohoito potilaan oikeuksista .....	10
3 SAATTOHOITO .....	11
3.1 Saattohoito käsitteenä .....	11
3.2 Saattohoidon nykytila Suomessa .....	12
3.2.1 Käypähoito suositukset .....	15
3.2.2 Sosiaali- ja Terveysministeriön suositukset .....	15
3.2.3 Kansainväliset suositukset .....	15
3.3 Vanhusten hoito .....	17
3.3.1 Hoidettavien potilaiden yleisimmät sairaudet .....	18
3.4 Kuolevan potilaan hoitaminen .....	21
3.5 Saattohoito potilaiden erityistarpeet .....	24
3.6 Muistisairaana saattohoito .....	25
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	28
4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	28
4.2 Opinnäytetyön tutkimuskysymykset vaiheittain .....	28
5 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS .....	29
5.1 Opinnäytetyön lähestymistapa .....	29

5.2 Kohdeorganisaation kuvaus .....	32
5.3 Kehittämistyön osallistavat menetelmät.....	32
5.3.1 Learning cafe- työpaja .....	32
5.4 Kehittämispörosessin vaiheet.....	33
6 TULOKSET .....	35
6.1 Saattohoito suosituksot .....	35
6.2 Saattohoito käytänteet.....	36
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	38
7.1 Eettiset lähtökohdat .....	38
7.2 Luotettavuus.....	38
8 POHDINTA .....	40
8.1 Kehittämistehtävän johtopäätöksiä.....	40
8.2 Jatkotutkimus- ja kehittämisasiheita.....	41
LÄHTEET.....	46
LIITTEET	

## TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Tiedonhaku

Taulukko 2. Tutkimustaulukko

## KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli  
(Mukaillen STM 2017)

Kuvio 2. Vastasyntyneiden elinajanodote sukupuolen mukaan vuosina  
1971–2019. Tilastokeskus.

Kuvio 3. Tiedonhaun rajaaminen.

Kuvio 4. Opinnäytetyön eteneminen

## 1 JOHDANTO

Jokainen ihminen joutuu jossain elämänsä vaiheessa kohtaamaan kuolemaa, esimerkiksi läheisen kautta. Palliatiivinen hoito on oireenmukaista hoitoa ja se kuuluu kaikille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, ajallisesti yleensä elämän viimeiset viikot tai päivät. Saattohoidon aloittaminen tai palliatiiviseen hoitoon siirtyminen ovat raskaita, mutta tärkeitä päätöksiä. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.) Kuoleman lähestyessä saattohoidolla halutaan turvata inhimillinen ja arvokas kuolema sekä kuolemaa edeltävän kärsimyksen lievittäminen. Palliatiivinen hoito on oireita lievittävää, ei parantavaa hoitoa. Sillä tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa. Sen tarkoituksena on lievittää kipua ja kärsimystä sekä tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu ja kokemus potilaalle sekä hänen läheisilleen. (Ikonen 2019.)

Saattohoito ja palliatiivinen hoito ovat ajankohtainen aihe. Lääkärilehti julkaisi vuonna 2019 pääkirjoituksen Saattaen vaihdettava ja siinä tuotiin esille, kuinka lääkäriliitto ja hoitajajärjestöt ovat käynnistäneet some-kampanjan hyvän saattohoidon puolesta. Kampanja kulkee nimellä: "Suomi on maailman paras maa syntyä, mutta ei kuolla." Kampanjan avulla vaaditaan korjauksia saattohoitoon. (Myllymäki 2019, 789.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on toteuttanut erilaisia selvitystöitä saattohoidon laadun tarkastelusta ja sen parantamiseksi. STM on antanut joulukuussa 2017 uudet suositukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Suosituksen mukaan kaikilla on oikeus laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon ja kotisaattohoitoon. Suosituksen tarkoituksena on yhtenäistää käytäntöjä ja mahdollistaa palliatiivinen hoito ja saattohoito sitä tarvitseville potilaille riippumatta asuinpaikasta ja hoitavasta tahosta. Palliatiivisen hoidon tarve on huomattu ja siihen pyritään vastaamaan erilaisin keinoin. (Saarto & Lehto 2019.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen ja osallistavien menetelmien avulla kehittää saattohoitoprosessia hoivakodissa. Työssä tutkittiin kotimaisia ja kansainvälisiä saattohoitosuosituksia. Tavoitteena oli näyttöön perustuvan

tiedon avulla kehittää saattohoidon laatua ja yhtenäistää toimintatapoja hoivakodissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kirjallisuuskatsauksessa ilmenneiden tutkimusten pohjalta löytää hyvät saattohoito käytänteet ja niiden avulla vaikuttaa hoivakodin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käytäntöihin hyödyntämällä hoitajien ammattitaitoa ja ymmärrystä kuoleman lähestyessä ja siten parantaa kokonaisuudessaan saattohoidon prosessia hoivakodissa.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat aina läsnä hoivakodin arjessa. Tämän vuoksi kaikkien hoitajien täytyy jokaisessa työvuorossa tietää mitä, ja miten kunkin asukkaan kohdalla tilanteiden muuttuessa toimitaan. Jotta hoito olisi jokaisen asukkaan kohdalla parasta mahdollista, täytyy toimintaprosessit olla tarkkaan mietittyjä ja hyvin suunniteltuja. Selkeät ohjeistukset ja valmiit prosessit helpottavat hoitajien hektistä ja vaativaa työtä.



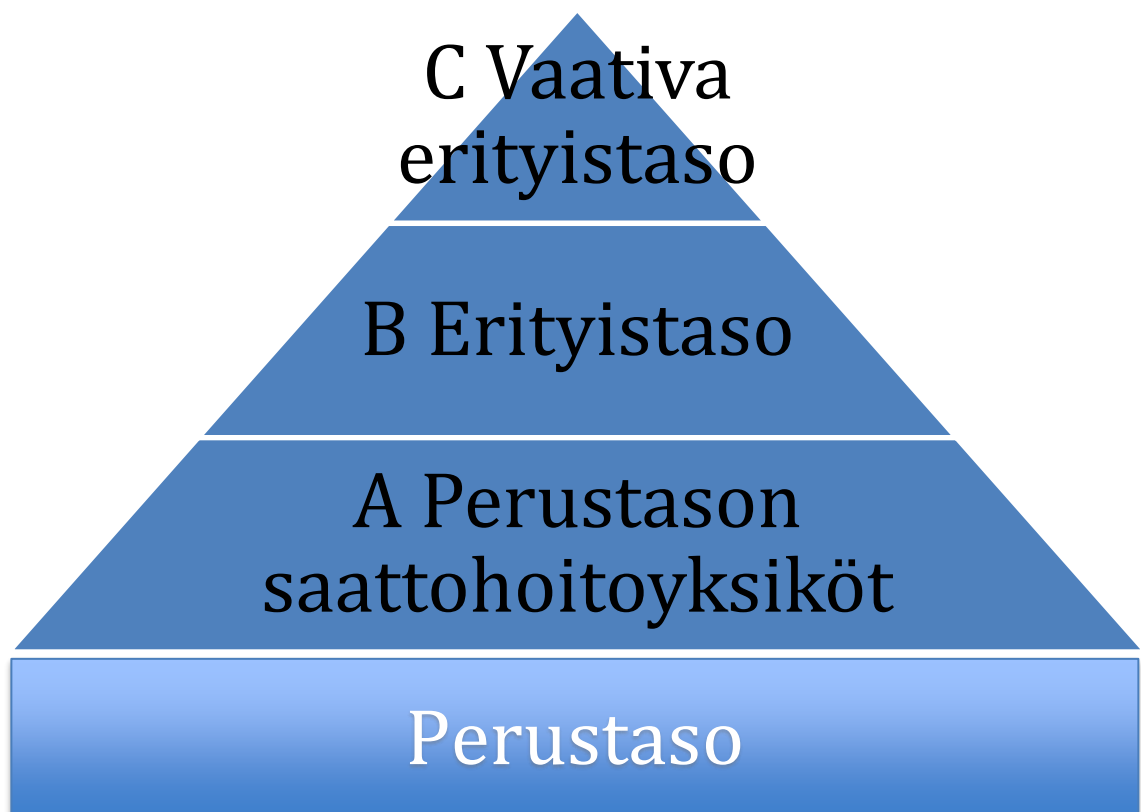
## 2 PALLIATIIVINEN HOITO

### 2.1 Palliatiivinen hoito käsitteenä

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan WHO:n määritelmän mukaan parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Kärsimyksellä tarkoitetaan niin psykososiaalista, fyysistä kuin eksistentiaalista kärsimystä. Palliatiivinen hoito on laaja käsite ja se koostuu saattohoidosta tai on osa sitä. Se ajoittuu oletetun kuoleman läheisyyteen, viimeisiin elinviikkoihin. Palliatiivisessa hoidossa kuolema nähdään normaalina tapahtumana pitkälle edennyttä tautia sairastavalla henkilöllä. Hoidon tavoitteena on, että potilas voisi elää halunsa mukaista aktiivista elämää mahdollisimman lievillä oireilla kuolemaansa saakka. Myös läheisten huomioiminen on keskeinen osa hoitoa, kun hoidetaan vakavasti sairasta potilasta. Kun perheenjäsen, läheinen tai ystävä sairastuu, koko lähipiiri tarvitsee tukea jaksukseen potilaan rinnalla ja selvittääkseen hänen kuolemaansa elämässä eteenpäin. Vaikka hoito päättyykin potilaan kuolemaan, tarvitsevat läheiset tukea surussaan ja asioita hoitaessaan vielä potilaan kuoltuakin. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 10.) Kiljunen & Marjamäki (2017) kirjoittivat, että lähestyvän kuoleman merkkejä ovat liikuntakyvyn heikentyminen sekä lisääntynyt väsymys ja ruokahaluttomuus. Mikäli potilas on sängyssä yli puolet päiväajasta, on aikaa jäljellä enää yleensä kolme kuukautta. Voinnin tulevaa kehitystä voidaan parhaiten ennustaa arvioimalla, kuinka nopeasti vointi on heikentynyt, silloin on todennäköistä, että vointi heikkenee edelleen ja sitä lähempänä kuolema on. (Kiljunen, Marjamäki 2017, 1231.)

## 2.2 Palliativisen hoidon luokitus

Sosiaali- ja terveysministeriön kolmiportaisen mallin tavoitteena on ratkaista sosiaali- ja terveydenhuollon saattohoidon palvelut uudella tavalla. Kolmiportaisen mallin mukaan hoito jaotellaan kolmeen eri tasoon, jotka ovat perustaso ja perustason saattoyksiköt A, erityistaso B ja vaativa erityistaso C. (Saarto & Lehto, 2019.) Perustason muodostavat kaikki terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. Näitä yksiköitä ovat esimerkiksi kotisairaanhoido, kotihoito, tehostettu palveluasuminen ja muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt sekä sairaaloiden vuodeosastot. Näissä hoidetaan kuolevia potilaita, mutta saattohoito ei ole yksikön pääasiallista toimintaa kuten erityistasolla. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 130.)



Kuvio 1. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli mukailten STM 2017

B-tasolla vaaditaan jo vähintään lääketieteen ja sairaanhoidon erityisosaajia. Eri-tyistason yksiköissä saattohoito ja palliatiivinen hoito ovat pääasiallista toimintaa (Surakka, ym. 2015, 131). Yksikössä on erityiskoulutettu moniammatillinen henkilökunta (lääkärit, sairaanhoitajat ja erityistyöntekijät, mukaan lukien psykososiaalisen tuen ammattilaiset), ja lääkäriellä on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. Yksikkö on tavoitettavissa vuorokauden ympäri, mikä antaa valmiuden hoitaa vaativampaa hoitoa tarvitsevia potilaita, kuten potilaita, joilla on nopeasti etenevä sairaus tai vaikeita fyysisiä tai psyykkisiä oireita tai eksistentiaalista kärsimystä. (Saarto & Lehto 2019.)

C-tasolla viitataan aina erikoisosaamiseen, yleensä yliopistollisiin sairaaloihin. Yliopistosairaaloidissa toimii palliatiivinen keskus, joka koordinoi saattohoidon ja palliatiivisen hoidon suunnittelua ja yhteen sovittamista erityisvastuualueella yhteistyössä alueen muiden toimijoiden kanssa mukaan lukien psykososiaalisen ja eksistentiaalisen tuen palvelut. Keskukset huolehtivat koko erityisvastuualueen vaativan erityistason saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta sekä oman sairaanhoitopiirin erityistason palliatiivisesta hoidosta. (Surakka, ym. 2015, 131.)

### 2.3 Palliatiivinen hoito Suomessa

Mikäli ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ja palliatiivisesta hoidosta ei ole huolehdittu, voi elämän loppuvaiheessa ilmenevät vaikeat oireet johtaa toistuviin päivystys- ja sairaalakäynteihin. Suurin osa ihmisistä haluaisi olla tutussa asumisympäristössä mahdollisimman pitkään, monet haluavat myös kuolla kotona. Suomessa 70–80 prosenttia vanhuksista elämän viimeisen kolmen kuukauden aikana siirtyy kodistaan tai tehostetun palveluasumisen yksiköstä johonkin terveydenhuollon yksikköön, yleisimmin terveyskeskuksen vuodeosastolle. Kaikista terveydenhuollon menoista viimeisen elinvuoden hoito kattaa noin 25 prosenttia ja viimeisen elinkuukauden noin 10 prosenttia. Väestönsalpa ikääntyneet ovat Suomessa nopeimmin kasvava ikäryhmä. Päivystyskäyntejä on mahdollista vähentää, kun potilaiden ennakkoon suunniteltu palliatiivinen hoito on järjestetty hyvin ja henkilökunnalla on riittävä osaaminen. Yleisimpiä syitä hakeutua päivystykseen ovat

hoitamattomat oireet, turvattomuus ja puutteellinen tuki. Suuri merkitys elämän loppuvaiheen hoidon onnistumiselle on läheisten tuki ja sen myötä vaikutus myös yhteiskunnan kustannuksiin. (STM 2017,10; Suhonen 2019.)

Hoitoketjuja palvelevat yhtenäiset tietojärjestelmät, kanta-arkisto tarjoaa mahdollisuuksia ajantasaiseen palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon tietojen välittämiseen. Arvokas lisä palvelujen toteuttamiseksi ovat innovatiiviset ratkaisut paikallisten terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoiden yhteistoiminnassa. Ensihoidon kanssa on tärkeää yhteistyön ja tiedonkulun kehittäminen tarpeettomien siirtojen ja päivystyskäyntien välttämiseksi. (STM 2017,18.)

Ympäri vuorokautisen asumispalvelun yksiköiden suurin asukasryhmä ovat iäkkäät muistisairaat potilaat, jotka ovat usein monisairaita. Tuttu hoitohenkilökunta ja ympäristö ovat muistisairaana elämänlaadun kannalta olennaista. Tavoitteena on, että he saavat asua samassa paikassa kuolemaan asti ilman aiheettomia siirtoja päivystykseen tai sairaalaan. Kaikille asukkaille on asianmukaista laatia osana asiakassuunnitelmaa ennakoiva elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman varalle, että vointi heikkenee. (STM 2017, 19.) Muistisairaiden kohdalla tulisi olla ajoissa tehty ennakoiva hoitosuunnitelma, koska sairauden edetessä luotettavan kommunikoinnin kyvyn voi menettää. Hoitosuunnitelman tarve on viimeistään silloin, kun vaikean sairauden etenemiseen ei voida merkittävästi vaikuttaa. Hoitosuunnitelmaa päivitetään ja tarkennetaan taudin edetessä, keskusteluja tulisi tehdä toistuvasti. (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 335-337.)

Hoidon laadun varmistamiseksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistason konsultaatiotuki (B tai C) on oltava saatavilla niihin ympärivuorokautisen asumisen yksiköihin, joissa hoidetaan asiakkaat kuolemaan asti. Ikäihmisten ympärivuorokautisissa palveluasumisyksiköissä tulee olla saattohoitoon tarvittavat lääkkeet saatavilla akuuttien tilanteiden hoitamista varten. Sosiaalihuollon lääkehuollon rahoitusta ja järjestämistä koskevat säädökset tarvitsevat ajanmukaistamista, jotta palliatiivisen ja saattohoidon lääkitys olisi sujuvaa. (STM 2017,19.)

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan, että kuolevaa potilasta rauhoitetaan lääkkein. Potilaan tajuntaa alennetaan oireiden lieventämiseksi tavalla, joka sovitaan

yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilöstön kanssa. Palliatiivisella sedaatiolla voidaan lievittää elämän loppuvaiheessa oireita, joita ei onnistuta hallitsemaan muilla keinoin. (Käypähoito, 2020.)

## 2.4 Palliatiivinen erikoispätevyyskoulutus

Palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan erikoissairaanhoidosta hoivayksiköihin asti, ja se kuuluu osaksi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten perustaitoja. Vain lähihoitajakoulutuksessa on määritelty ammattitaitokriteerit saatto- ja palliatiiviselle hoidolle. Tämän sijaan täydennyskoulutus ei ole valtakunnallisesti samanlaista. Sairaanhoitajien peruskoulutuksessa vaihtelee merkittävästi ammattikorkeakoulujen välillä palliatiivisen hoidon opetuksen määrä. Valtakunnallista suositusta ei opetusohjelmassa ole, lisä- ja täydennyskoulutusta on tarjolla satunnaisesti. (Surakka, ym. 2015, 131.)

EduPal - hankkeessa toteutetaan palliatiivisen hoitotyön ylemmän ammattikorkeakoulun kliinisen asiantuntijan koulutuksen syventävien opintojen pilotti. Sen suunnittelu on toteutunut yhteistyössä seitsemän ammattikorkeakoulun ja Oulun yliopiston hoitotieteen koulutuksen toimijoiden kanssa. Koulutus on käynnistynyt syksyllä 2020 Metropolian, Kajaanin, Savonian ja Oulun ammattikorkeakoulussa. Tutkinto antaa valmiudet toimia erityisesti palliatiivisen hoidon vaativuustasolla B ja C. Koulutus antaa mahdollisuuden toimia itsenäisesti laajennetuissa asiantuntijatehtävissä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erilaisissa toimintaympäristöissä, kliinistä erityisosaamista vaativissa tehtävissä. Koulutuksessa tapahtuva osaamisen syventäminen ei rajoitu pelkästään palliatiivisen hoidon erikoisyksiköissä tapahtuvaan potilaan hoitoon ja sen kehittämiseen, vaan lisäksi laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreille. (Päällysaho, 2020.)

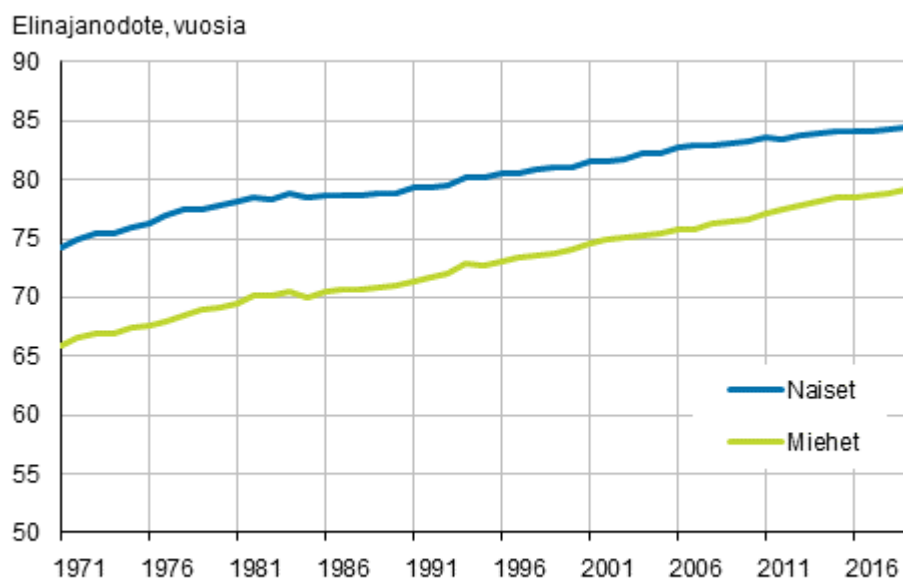
Vain kahdessa yliopistossa kuuluu palliatiivisen lääketieteen opetusohjelma lääkäreiden peruskoulutukseen. Useimmat kliiniset erikoisalajat hoitavat myös parantumattomia ja pitkälle edenneitä sairauksia, vain harvojen erikoisalojen koulutusohjelmien vaatimukseen on sisällytetty elämän loppuvaiheen lähestymisen merkkien tunnistamista tai palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusosaamista. Vuo-

desta 2007 lähtien lääkärit ovat voineet suorittaa Suomen Lääkäriliiton palliatiivisen lääketieteen kaksivuotisen erityispätevyyskoulutuksen. Näitä koulutusoikeudet omaavia erityisyksiköitä on yli 20 ympäri Suomea niin perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa, kuin kolmannen sektorin saattohoitokodeissa. Yli 130 lääkäriä on suorittanut vuoteen 2017 mennessä erityispätevyyden, ja koulutuksessa oli silloin noin 40 lääkäriä. Suomessa ei ole missään yliopistossa palliatiivisen lääketieteen erikoislääkärikoulutusohjelmaa tai erikoislääkärikoulutuksen lisäkoulutusohjelmaa. (STM 2017, 11.)

## 2.5 Väestö ikääntyy ja saattohoidettavien määrä kasvaa

Suomalaiset kuolevat yhä iäkkäämpänä. Kuviossa 2. on esitetty kuolleet ikäryhmittäin. Eniten on kasvanut kaikkein vanhimpana kuolleiden ryhmä. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2019 vastasyntyneiden elinajanodote pojilla oli 79,2 vuotta ja tyttöjen luku oli 84,5 vuotta. Sekä poikien että tyttöjen elinajanodote piteni vuoteen 2018 verrattuna 0,3 vuotta. Elinajanodote on ikävakioitu tunnusluku, joka kuvaa laskenta-ajanjaksolla havaitun kuolleisuuden tasoa. Vuonna 2018 kaikista kuolemista 85,3 prosenttia tapahtui 65 ikävuoden sekä 39,7 prosenttia 85 ikävuoden jälkeen. Dementia oli kolmanneksi yleisin kuolinsyy heti verenkiertoelinten sairauksien ja kasvainten jälkeen. (Tilastokeskus, 2020.)

Vanhuspalvelujen tarpeen kasvaessa myös ammattihenkilöstön tarve lisääntyy. Noin 45 000 ammattilaista työskentelee vanhuspalveluissa, 35 prosenttia on kotihoidon työntekijöitä ja loput ovat ympärivuorokautisissa hoitoyksiköissä (Suhonen 2019, 41). Vuoden 2017 lopussa ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien laitosten tai palvelutalojen asukasluku oli 55 484. Tehostettu palveluasuminen on ollut jo pitkään kasvava sektori. Säännöllisen kotihoidon asiakasluku oli 73 806. Palliatiivista hoitoa tarvitsevien potilaiden lukumäärää arvioitaessa on huomiotava myös ne iäkkäät ihmiset, jotka hoidetaan kotona elämän loppuun asti ilman virallisia palveluja. Lisäksi lukuun huomioidaan psykiatristen ja kehitysvammahuollon palveluiden iäkkäät monisairaantuneet asiakkaat. Yhteenlaskettuna voidaan todeta iäkkäiden palliatiivista hoitoa tarvitsevien henkilöiden lukumääräksi yli 100 000 henkilöä. (STM 2019:14,99.)



Kuvio 2. Vastasyntyneiden elinajanodote sukupuolen mukaan vuosina 1971–2019. Tilastokeskus.

Vuonna 2017 muistisairaudet olivat tilastokeskuksen mukaan Suomen kolmanneksi yleisin kuolemansyy. Muistisairaudet ovat jo pitkään olleet merkittävin toiminnanvajausta iäkkäillä aiheuttava tekijä. Tärkein laitoshoidon tai vastaaviin asumispalveluihin ohjautumisen syy. THL:n vuoden 2018 RAI-aineistossa 60 prosentilla iäkkäistä pitkäaikaishoitoa saaneista oli jokin muistisairaus diagnoosi. Muistisairaus löytyi säännöllisen kotihoidon asiakkaista 44 prosentilta, tehostetun palveluasumisen asukkaista 73 prosentilta ja laitoshoidosta 70 prosentilta.

Ikääntyneiden pitkäaikaishoito ja siihen sisältyvä hoiva on lähes aina palliatiivista. Kuolemaan johtava sairaus löytyi vuonna 2018 varmuudella vähintään 80 prosentilta kotihoidon asiakkaista tai asumispalvelujen asukkaista. Korkeaan ikään liittyvään huolenpidon ja hoivan tarpeeseen on tulevaisuudessa tarkoitus vastata tukemalla kotona asumista kotihoidon turvin tai kodinomaisina asumispalveluina, palveluasumisena ja tehostettuna palveluasumisena. Laitoshoidon tulee vanhuspalvelulain myötä vähitellen katoamaan. (STM. 2019:14, 98.) Ruokailusta ja ra-

vitsemuksesta huolehtiminen on tärkeä osa iäkkään perushoitoa. Hyvällä ravitsemuksella voidaan parantaa iäkkään toimintakykyä, siirtää ja ehkäistä sairauksien puhkeamista ja pahenemista. (Kan & Pohjola. 2012, 286.)

## 2.6 Lainsäädäntö palliatiivisen ja saattohoito potilaan oikeuksista

Suomessa laki potilaan oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) ohjaa terveydenhuollon palvelujen järjestämistä ja määrittelyä. ”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevien henkilöiden oikeudesta hoitoon on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään tai valtioiden välillä vastavuoroisesti sovitaan. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon”. (STM, 1993.)

Suomessa laki määrittelee myös laitospalveluiden järjestämistä koskevia säädöksiä. ”Sosiaalihuollon laitospalveluilla tarkoitetaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitospalveluja voidaan järjestää lyhytaikaisesti tai jatkuvasti, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste. Laitospalveluja toteutettaessa henkilölle on järjestettävä hänen yksilöllisten tarpeidensa mukainen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää kuntoutumista, omatoimisuutta ja toimintakykyä”. (STM, 2015.)



### 3 SAATTOHOITO

#### 3.1 Saattohoito käsitteenä

Saattohoito on osa oireenmukaista hoitoa, se ajoittuu oletetun kuolemanhetken välittömään läheisyyteen, yleensä viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Saattohoidon tarkoituksena on hoitaa ja tukea yksilöllisesti kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään parhaalla mahdollisella tavalla kunnioittaen inhimillisiä arvoja. Saattohoidossa kuolevalla ihmiselle sekä hänen läheisilleen annetaan mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Valvira, 2019.) Hänninen (2018) kirjoittaa kirjassaan *Kuolemme vain kerran*: ”Saattohoito on potilaan ja hänen perheensä tukemista ja hoitamista silloin kun sairastunut on lähestymässä kuolemaansa. Oli se sitten muutaman päivän tai muutaman kuukauden päässä”. Hänninen (2018) mukaan saattohoito pitää sisällään aktiivisen otteen hoitamiseen (Hänninen, 2018, 100). Hyvään kuolemaan vaikuttavat monet tekijät, mm. uskonto ja kulttuuri. Suomalaisessa kulttuurissa keskeisiksi tekijöiksi nousevat kärsimyksen ja kivun lievittäminen sekä potilaan arvokkuuden säilyttäminen ja kunnioittaminen. (Terkamo-Moisio, 2018, 34.)

Elämän loppuvaiheessa yleensä tehdään potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (Potilaslaki 785/1992) tarkoitettuja tärkeitä hoitopäätöksiä. Saattohoitopäätös on tärkeä lääkärin tekemä hoitopäätös. Päätöksestä on keskusteltava potilaan kanssa tai mikäli hän ei pysty päättämään hoidostaan itse, keskustellaan läheisten kanssa. Saattohoitopäätös sisältää elvyttämättäjäättämispäätöksen eli DNR-päätös. DNR-päätös voidaan kirjata myös erillisenä. Saattohoitopäätöksestä on tehtävä asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin eli hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmasta on käytävä ilmi päätöksen tehnyt lääkäri, potilaan ja/tai läheisen kanssa asiasta käydyn keskustelun sisältö ja potilaan ja/tai omaisen kannanotto päätökseen ja päätöksen lääketieteelliset perusteet. Saattohoitoon ei kuulu aktiivinen kuolemaan auttaminen. (Valvira 2019.) Hahon (2015) teemahaastatteluin tehdyssä tutkimuksessa: Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys, päätelmässä todetaan, että ”kuolevalla on tarve pohdita sen hetkistä ja kuolemanjälkeistä olemista. Tähän voidaan tarvita ammattilai-

sen apua. Oleellista on auttaa häntä löytämään itsestään voimavaroja eksistentiaalisen kärsimyksen sietämiseen.” Hahon (2015) mukaan keinoja tähän ovat myötäelävä vuorovaikutus ja sensitiivisyys. Saattohoidon suunnittelulla ja ottamalla huomioon kuolevan potilaan tahto voidaan lievittää kärsimystä. (Haho 2015, 1704.)

Saattohoito on raskasta hoitohenkilökunnalle, joten kokonaisvaltaiseen saattohoitoon kuuluu myös henkilökunnan jaksamisesta huolehtiminen (Kelo, Lau-niemi, Takaluoma & Tittanen. 2015, 260). Aslakson, Wyskiel, Thornton, Copley, Shaffer, Zyra, Nelson & Pronovost (2012) toteavat, että tehohoitoyksikön palliatii-visen ja saattohoidon toteuttaminen on usein haastavaa etenkin kirurgisessa yk-sikössä. Kirurgit usein rinnastavat palliativisen- ja saattohoidon terminaalivai-heen hoitoon ja sairaanhoitajat, jotka toimivat hoitotyön etulinjassa voivat tuoda erilaisia näkemyksiä hoidon kehittämiseen. Sairaanhoitajat toivat esille asioita, jotka estivät optimaalista viestintää palliativisessa hoidossa. Logistiikka, hoitavan lääkärin kokema epä mukavuus keskustella huonosta ennusteesta, osaamisen riittämättömyys ja koulutuksen puute, saattohoidon aloituksen ajoitus sekä kon-fliktien pelko olivat esteenä optimaalisen saattohoidon toteuttamiselle. (Aslakson ym. 2012.)

### 3.2 Saattohoidon nykytila Suomessa

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjeistettiin vuonna 1982 Suomessa ensimmäisen kerran (Lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitokselle antamat terminaalihoidon oh-jeet). Ohjeen tavoite oli, että potilas voi elää saattohoitovaiheen ilman vaikeita kipuja tai oireita läheistensä seurassa ja haluamassaan ympäristössä. Sosiaali- ja terveysministeriössä toimivan Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) suositukset saattohoidosta annettiin 2000-luvun alussa. (STM 2017, 9.) Saattohoidon tilaan kartoitettiin kattavasti vuonna 2012, silloin saattohoitosuunnitelma puuttui vielä joka neljänneltä suurelta sairaan-hoitopiiriltä tai kunnalta. Erityistason saattohoitovuodepaikkoja oli tuolloin arviolta vain 43 prosenttia (alle puolet suositellusta). Kotisaattohoitoa ja saattohoito-osas-toja ei ollut saatavissa kaikissa kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on 2010

julkaissut saattohoitosuosituksia, jossa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillisyys. Saattohoidon aloittaminen perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan, sitä järjestetään kotona tai laitoksissa. Suomessa jokainen terveyskeskus ja sairaanhoitopiiri vastaavat saattohoidon järjestämisestä omalla alueellaan. Jokaisella sairaanhoitopiirillä täytyy olla alueellinen saattohoitosuunnitelma. (STM 2017, 9.)

Eduskunta hylkäsi vuonna 2018 eutanasian laillistamista ajavan kansalaisaloitteen, päätös edellytti hallitusta asettamaan laajapohjaisen asiantuntijatyöryhmän. Tämän työryhmän tehtäväksi tuli selvittää elämän loppuvaiheen itsemääräämisoikeutta, hyvää hoitoa, sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita. Tämän jälkeen heidän tuli tehdä näistä ehdotuksia. Asiantuntijatyöryhmän työskentelyssä on edetty nyt yli puoliväliin. Työryhmässä ollaan yksimielisiä siitä, että ennen kuin eutanasian sääntelytarpeista voidaan keskustella, palliativisen hoidon nykytilanne tulee kattavasti kartoittaa ja puutteet korjata. Vuonna 2019 julkaistun kartoitustyön tulokset ovat yksimielisiä, palliativisen hoidon osaan tarvitaan lisää sekä laadukkaan palliativisen hoidon saatavuudessa on alueellisia eroja. (STM 2020.) Suomessa toimii aatteellinen, poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton yhdistys Exitus ry, joka on myös World federation for right to die societies:n jäsen. Yhdistyksen päätavoitteena on myötävaikuttaa, että Suomeen saadaan aktiivisen eutanasia salliva laki (Exitus, 2020).

Palliativista hoitoa koskeva asiantuntijasuositus on julkaistu kartoitustyön pohjalta. Suosituksen mukaan saattohoitoa on oltava saatavilla ja oireita lievittävää hoitoa hoivayksiköistä erikoissairaanhoidon. Siinä korostetaan, että oireita lievittävän hoidon toteuttaminen on jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen perustaitoja. Vuoden 2019 lopulla asiantuntijatyöryhmä perusti niin kutsutun säädöstyöryhmän. Säädöstyöryhmä on tukeutunut työssään selvitykseen ulkomaiden palliativista hoitoa koskevasta sääntelystä ja suosituksista. Heidän mukaansa laadukkaan palliativisen hoidon turvaaminen kaikille vaatii muutoksia myös lainsäädäntöön, ja siitä tehnyt alustavan ehdotuksen tarvittavista muutoksista. (STM, 2020.)

Säädöstyöryhmä järjesti 2020 helmikuun lopussa työnsä tueksi kuulemistilaisuuden. Tilaisuudessa sidosryhmillä oli mahdollisuus esittää kantansa alustavasta ehdotuksesta. Näissä toistui näkemys siitä, että pelkät suositukset eivät tule riittämään palliatiivisen hoidon puutteiden korjaamiseksi, vaan lainsäädäntöön tarvitaan muutoksia. (STM, 2020.)

Säädöstyöryhmän pykäläehdotukset valmistuvat aikatauluarvion mukaan alkusyksyllä 2020. Tämän jälkeen asiantuntijatyöryhmä käsittelee pykäläehdotukset sekä päättää jatkotyöstä. Asiantuntijatyöryhmä tulee laatimaan arvion kustannuksista, jotka aiheutuvat tarvittavien muutosten toteuttamisesta. Välittömien kustannusten lisäksi tärkeää on huomioida vaihtoehtoiskustannukset. Oikea-aikaisesti toteutettu ja laadukas palliatiivinen hoito voi tuottaa säästöjä, mm. vähentämällä päivystys- ja poliklinikkakäyntejä, joista ei ole potilaalle hyötyä. Tarkoituksena on parantaa mahdollisuutta saada hoitoa ja hoivaa kotiin ja palvelutaloihin, sekä tukea yksilöllisyyden ja ihmisarvon säilymistä elämän loppuun saakka. (STM 2020.)

Hänninen (2020) kuvaa kevään 2020 Covid-19 pandemian vaikutuksia palliatiiviseen hoitoon. Hänen mukaansa huomio keskittyi pandemian rajaamiseen ja tuntemattoman virusinfektion hallitsemiseen. Kesällä pandemian tila oli hetken aikaa parempi, tällöin oli aikaa valmistella ohjeistuksia ja toimia myös palliatiivisen hoidon lisäämiseksi sitä tarvitseville potilasryhmille. Hännisen mukaan korona pandemia ei varmaankaan ole ainoa ja viimeinen humanitaarinen kriisi. Pandemia aiheutti erityisesti uusia paineita vanhusten hoivayksiköille, lisäksi ohjeistukset käytännöistä olivat vajavaisia. Oireiden hoito uudessa kriisitilanteessa ei ollut riittävää, lisäksi käytettävissä oleva lääkitys ja laitteiden saatavuus olivat puutteellisia. Koronatartuntoja oli koko maailmassa noin 54 miljoonaa ja kuolleita Euroopassa yli 318 000 (15.11.2020). Kaikki pandemiassa tehohoidossa olleet ja kuolleet olisivat kuuluneet palliatiivisen hoidon piiriin, laajalti näin ei kuitenkaan tapahtunut. (Hänninen 2020.)

### 3.2.1 Käypähoito suositukset

Duodecim on julkaissut vuonna 2008 kuolevan potilaan Käypähoito-suosituksen. Suosituksen keskeisimpiä asioita ovat palliatiiviseen eli oireita lievittävään hoitoon siirtyminen ja saattohoidon aloittaminen. Suosituksen mukaan potilaan tulee olla tietoinen hoitopäätöksistä ja niiden seuraamuksista. Lisäksi hänellä tulee olla mahdollisuus osallistua hoitopäätösten tekemiseen (hoitotahto). Hoitolinjauksen laatiminen täytyy tehdä yhteisymmärryksessä potilaan sekä omaisten kanssa ja ne täytyy kirjata sairauskertomukseen. Päätöksenteossa on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta siten kuin potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva lainsäädäntö määrittelee. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös haittaa potilaan autonomian toteutusta, oireiden lievitystä sekä omaisten että potilaan valmistautumista lähestyvään kuolemaan. (Ikonen 2015, 265.)

### 3.2.2 Sosiaali- ja Terveysministeriön suositukset

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksissa määritetään osaamis- ja laatuksiteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille. Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämisestä, sen avulla voidaan suunnitella alueellisesti palveluketjut ja työnjako. Kolmiportaisen mallin mukaan palveluita järjestetään perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. Alueelliset olosuhteet, kuten esimerkiksi pitkät välimatkat, vaikuttavat siihen, minkälaista palvelutasoa tarjotaan ja millä keinoin palvelujen tarpeeseen vastataan. Suosituksen avulla pyritään myös vahvistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen ja osaamisen kehittämiseen tähtäviä toimenpiteitä. (Saarto & Lehto 2019.)

### 3.2.3 Kansainväliset suositukset

Euroopan neuvosto on antanut suosituksen palliatiivisen hoidon järjestämisestä vuonna 2003. Suosituksessa jokaisella jäsenvaltiolla täytyy olla kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma. Tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi tulee

palliativisen hoidon olla osa terveydenhuoltojärjestelmää. Suositus kiinnittää erityisesti huomiota siihen, että jokaisella elämä loppuvaiheen potilaalla täytyy olla ennakoiva hoitosuunnitelma ACP (advance care plan). Eurooppa neuvoston suosituksessa korostetaan, että elämän loppuvaiheen potilaita hoitavan henkilökunnan täytyy olla koulutettua ja heidän vuorovaikutustaitonsa tulee olla korkeatasoisia. (STM 2017, 9.)

Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että joka kolmas kuoleva ihminen tarvitsee elämänsä loppuvaiheessa palliativista hoitoa. Palliativinen hoito on laajempi kokonaisuus kuin saattohoito, se on WHO:n mukaan ihmisoikeus. Maailman terveysjärjestö suosittaa palliativisen hoidon varhaista mukaan ottamista tautispesifisen hoidon rinnalle. Hyvä palliativinen hoito edellyttää hyvää oirehoidon osaamista, henkisen ja psykososiaalisen tuen ja saattohoidon osaamista sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 10; Saarto & Lehto 2019, 540.)

Suomessa ja monessa muussa maassa on käytössä ICD-10-luokitus (International Classification of Diseases). Luokitus on ollut Suomessa käytössä yli 25 vuoden ajan saavuttaen vakiintuneen aseman. Se sisältää sairastavuuden ja kuolemansyiden tilastoinnin ja on laajentunut sisältämään myös kliiniset, potilaan hoitoon liittyvät käyttötarkoitukset. Kansalliset hoitosuositukset sekä alueelliset hoitoketjut ovat pääosin määriteltä ja indeksoitu ICD-10 diagnoosien mukaisesti. Suurimmassa osassa terveyskeskuksista lääkärit kirjaavat luokituksen mukaan mm. käyntisyyn. Näiden pohjalta THL laatii kuolinsyytilastot. Saattohoitopäätös kirjataan sairaskertomukseen ja merkitään potilaan diagnooseihin ICD-10-koodilla Z51.5. (THL 2011, 3; Käypähoito 2019.) WHO, eli maailman terveysjärjestö on julkaissut uuden tautiluokitusjärjestelmän ICD-11:n. Se sisältää noin 55 000 koodia sairauksille, tiloille, vammoille ja kuolinsyille. ICD-10:n vastaava luku oli 14 400. Tieteen ja terveydenhuollon kehittymisen myötä on tullut muutostarve tautiluokitukselle. WHO:n ICD-11-luokituksen valmistelutyöt ovat kestäneet yli kymmenen vuotta. Luokituksen testauksia on järjestetty 31 maassa. Maailman terveysjärjestö on kaavaillut käyttöönoton tapahtuvaksi vuoden 2022 alusta. (Pihlava 2018.)

### 3.3 Vanhusten hoito

”Vanhuspalvelulain 14 §:n mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Palvelut on sovittava sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisia-kin palveluntarpeita. Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveysterveystarpeet on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi”.(STM 2017, 13.)

Suomalaisten keski-ikä nousee ja on arvioitu, että 65-vuotiaiden määrä kasvaa nykyisestä yli 800 000:sta lähes 1,4milj. vuoteen 2030 mennessä. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on muutoksen edessä, kun väestörakenteen painopiste siirtyy vanhempien ikäluokkien suuntaan. Laitoshoitoa tarvitsevien määrä kasvaa, mutta palveluntarve kasvaa myös avohoidon puolella. (Jaatinen & Raudasoja 2013, 279; Suhonen 2019, 41.)

Vanhuspolitiikkaa toteutetaan alueellisesti, paikallisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti. Sosiaali- ja terveystarpeiden järjestämisestä vastuu on kunnilla, ja sen rahoitus tulee kuntien omista verotuloista ja valtionosuuksista. Palvelutuotantoa täydentävät yksityinen ja kolmas sektori. Sosiaali- ja terveysministeriön laatima Ikäihmistien laatusuositus (2008) antaa ohjeita iäkkäiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä ehkäisevään toimintaan. Iäkkäiden mahdollisuuksia asua kotona on tuettu vuonna 2006 voimaan tulleella sosiaalihuoltoa koskevalla lakiuudistuksella. Sen mukaan jokaisella 80-vuotta täyttäneellä ja kansaneläkkeen erityishoitotuen saajalla on oikeus sosiaalipalveluiden tarpeen arviointiin 7 arkipäivän kuluessa. Kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarve on arvioitava välittömästi. Tavoitteena on tukea kotona asumista, omatoimisuutta ja toimintakykyä. Palveluntarpeen arviointia voi pyytää omainen, asiakas itse tai muu tilanteen tunteva. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon turvin tuetaan kotona pärjäämistä. Joissain tilanteissa kotona asumisen tueksi tarvitaan lyhytaikaishoitoa laitoksessa. Lyhytaikaishoito voi olla kertaluontoinen hoitajakso tai säännöllisin väliajoin tapahtuva intervallijakso esimerkiksi vanhusten palvelukodissa. Päävastuu

asiakkaan hoidosta säilyy avopuolella. Omassa kodissa asuminen ei aina ole mahdollista elämän loppuun saakka ja ennen pitkäaikaishoitoon siirtymistä on tarjolla vaihtoehtoja, joita tarjoavat kunnallisen lisäksi myös yksityiset palveluntuottajat. Palveluasuminen on tarkoitettu iäkkäille, jotka eivät tarvitse pitkäaikaislaitoshoidoa, mutta jo jonkin verran palveluja. Palvelutaloissa tarjotaan palveluja virka-aikaan tai vuorokauden ympäri ja palveluasumisesta peritään maksu asukkaalle tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti kuukausittaisen tuntimäärän mukaan. Palveluntarvetta tarkastetaan säännöllisesti ja palvelutarpeen muuttuessa. Lisäksi peritään vuokra, ateriamaksu ja perusmaksu. Palveluasuminen on muistisairaiden ryhmäkotityyppistä asumista, jossa jokaisella on oma huoneensa, mutta muu toiminta tapahtuu yhteisissä tiloissa. Palveluasumisen asiakkaat kuuluvat terveyskeskuksen palvelujen piiriin. Vanhusten palveluasuminen suunnitetaan pääsääntöisesti 75-vuotta täyttäneille. Tehostetussa palveluasumisessa hoito on aina ympärivuorokautista. Pitkäaikaishoitoa tarjotaan vanhainkodeissa ja pitkäaikaissairaaloissa ja sen on tarkoitettu iäkkäille, jotka eivät pärjää kotona tai palveluasumisessa runsaankaan hoidon turvin. (Kan & Pohjola 2012, 284-286; Suhonen 2019, 40-41.)

### 3.3.1 Hoidettavien potilaiden yleisimmät sairaudet

Ikääntyessä ihmisen elimet ja kudokset vanhenevat ja kudosten uusiutumiskyky hidastuu ja heikkenee. Iho vanhenee iän mukana ja rypyt ovat merkki siitä. Sydämessä ja verisuonissa tapahtuvat ikääntymismuutokset vähentävät sydämen pumppaustehoa ja lisäävät veren virtauksen vastusta, mikä lisää sydämen vajaatoimintaa ja nostaa myös verenpainetta. Vanheneminen lisää akuuttien verisuonitukosten, varsinkin sydän- ja aivoinfarktien riskiä ja niiden aiheuttamia kuolemia. Sydämen vajaatoiminta on yleinen iäkkäillä, jopa kolmanneksella yli 75-vuotiaista suomalaisista on todettu sydämen vajaatoiminta. Vajaatoiminnan tavallisimpia syitä ovat sydäninfarktien, verenpainetaudin ja läppävikojen aiheuttamat vauriot, mutta myös äkilliset tilat, kuten rytmihäiriöt, infektiot ja keuhkoveritulpat, voivat laukaista sydämen vajaatoiminnan. (Kan & Pohjola 2012, 166-167.) Tuki- ja liikuntaelimestössä tapahtuu muutoksia, kuten luuston haurastumista ja lihasten surkastumista, myös hengitystoiminta heikkenee iän myötä. Ikäihmisillä



muistin heikkeneminen on normaalia, mutta se voi liittyä muistisairauteen eli dementiaan. (Jaatinen & Raudasoja 2013, 280). Yleisimpiä muistioireita aiheuttavia dementoivia sairauksia ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale- tauti ja verisuoniperäinen (vaskulaarinen) dementia. Muistioire voi olla ohimenevä tai etenevä sairaus, kuten esimerkiksi Alzheimerin tauti, tai olla pysyvä jälkitila esimerkiksi aivovamman seurauksesta. (Kan & Pohjola 2012,195.)

Alzheimerin taudin taustalla on paikallinen vaurio älyllisille toimintakyvyille tärkeillä aivoalueilla. Aivojen normaali toiminta häiriintyy vaurion vaikutuksesta, solujen väliset yhteydet vähenevät ja solut kuolevat. Ensimmäiset muutokset havaitaan aivojen ohimolohkojen sisäosissa alueilla, jotka säätelevät uusien tapahtumien ja asioiden oppimista. Taudin edetessä vaurioita syntyy myös otsa- ja päälaenlohkoihin ja muisti- ja oppimisvaikeuksien lisäksi kehittyy myös muita oireita. Taudin kulku ja oireiden ilmaantuminen ovat yksilöllistä, mutta se voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen; lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Lievässä vaiheessa keskittyminen on haastavaa, suunnitelmallisuus ja aloitekyky heikkenee. Lähi-muisti heikkenee ja potilas herkästi eksyy vieraassa ympäristössä. Sanavaraston pieneneminen on myös hyvin yleistä. Keskivaikeassa vaiheessa oireet etenevät ja kyselytaipumus lisääntyy. Potilas ei ole orientoitunut paikkaan eikä aikaan ja eksyy myös tutussa ympäristössä. Myös kyky käyttää tuttuja esineitä heikkenee, ja tuttujen ihmisten tunnistaminen vaikeutuu. Päivittäisiin toimintoihin, kuten pukeutumiseen vaaditaan sanallista ohjausta. Kun tauti etenee kolmanteen, eli vaikeaan vaiheeseen, potilaan toimintakyky heikkenee voimakkaasti. Avun tarve lisääntyy kaikilla osa-alueilla: pukeutumisessa, peseytymisessä, WC-käynneillä ja lopulta syömisessä. (Kan & Pohjola 2012,196-197.)

Lewyn kappale- tauti on 50-80 vuoden iässä alkava rappeuttava ja etenevä muistisairaus. Taudissa aivoihin muodostuu Lewyn kappaleita eli hermosolun sisäisiä jyväsiä, joita esiintyy aivokuoressa ja aivorungossa. Näitä jyväsiä esiintyy myös Parkinsonin tautia sairastavien aivoissa. Taudin alkuvaiheissa ei välttämättä esiinny merkittäviä muistihäiriöitä, mutta taudin edetessä muisti heikkenee vähitellen. Selkeä muistin heikentyminen voi olla merkki samanaikaisesta Alzheimerin taudista. Yleisiä oireita ovat kognitiivisten toimintojen heikentyminen ja vireystilan vaihtelut. Virkeänä potilas saattaa vaikuttaa lähes normaalilta, koska oireet

liittyvät väsymykseen. Monilla sairastuneilla esiintyy myös Parkinsonismia eli Parkinsonin taudin kaltaisia oireita, erityisesti hidasliikkeisyyttä, kävelyvaikeuksia ja jäykkyyttä. Myös näköharhat ovat yleisiä. Potilaat näkevät todellisen ja elävän näköisiä hahmoja, jotka häviävät, kun niitä lähestyy. (Kan & Pohjola 2012, 198.)

Verisuoniperäinen dementia, eli vaskulaarinen dementia johtuu aivojen pienistä ja lukuisista aivoinfarkteista. Riskitekijöitä ovat verenpainetauti, valtimokovettumatauti ja veren suuri kolesterolipitoisuus ja diabetes. Oireita ovat yleinen hitaus, puheen puuroutuminen, jähmeys. Kävelyvaikeudet ovat yleisiä ja askeleista tulee töpöttäviä ja lyhyitä. Liikkuminen muistuttaa hiihtämistä, jalat eivät nouse ylös ja liikkeelle lähteminen on tahmeaa. Tasapainohäiriöt, näköhäiriöt ja kaatumiset ovat myös yleisiä oireita. Verisuoniperäinen dementia alkaa usein nopeasti ja sen alku on selvemmin määriteltävissä kuin esimerkiksi Alzheimerin taudissa. (Kan & Pohjola 2012, 199.)

Dementiaoireet voivat varsinaisen dementian lisäksi johtua myös muista sairauksista, kuten masennuksesta, puutostiloista (B12-vitamiinin tai folaatin puute), kilpirauhasen vajaatoiminnasta, infektiosta, alkoholismista, rappeuttavasta aivosairaudesta, aivovammasta tai kasvaimesta. Aivojen otsalohkoja vaurioittavat sairaudet ovat melko harvinaisia muistihäiriön aiheuttajia. Aivojen otsalohkoja vaurioittavissa sairauksissa potilaiden persoonallisuus ja käyttäytyminen muuttuvat, puhe kapenee ja saattaa muuttua samojen sanojen toistamiseksi, potilailla esiintyy myös estottomuutta, tahdittomuutta, arvostelukyvyyttömyyttä ja huolettomuutta. Otsalohkon vaurioista kärsivien käyttäytyminen on usein hoitohenkilökunnalle haastavaa. Sairauteen kuuluu myös jaksoja, joissa potilas saattaa olla pitkiä jaksoja apaattinen, jolloin hän istuu tekemättä mitään. (Kan & Pohjola 2012, 199.)

Parkinsonin tauti puhkeaa yleensä 50-70 vuoden iässä. Oireet alkavat usein toispuolisena ja leviävät myöhemmin vartalon toiselle puolelle. Levossa esiintyvä sormien vapina on tyypillinen varhaisoire. Myöhemmin liikkeet hidastuvat ja vähenevät, jäykkyys lisääntyy ja vartalo muuttuu kumaraksi, myötä liikkeet vähenevät, kasvoissa esiintyy vähäeleisyyttä ja puhe muuttuu yksitoikkoiseksi. (Jaatinen & Raudasoja 2013 307.)

Kroonista keuhkohtaumatautia, eli COPD:tä sairastaa joka viidennes yli 65-vuotias mies ja sen yksittäinen tärkein aiheuttaja on tupakointi. Keuhkohtaumataudin taustalla on hitaasti etenevä, korjautumaton hengitysteiden ahtauma ja uloshengitysvirtauksen hidastuminen. Tautiin liittyy kolme osatekijää: krooninen keuhkoputkitulehdus, keuhkolaajentuma ja pienten ilmäteiden ahtautuma. Oireita ovat lisääntynyt limaneritys aamuisin, yskä, hengityksen vinkuna, paheneva hengenahdistus, ensin rasituksessa ja myöhemmin myös levossa. (Kan & Pohjola 2012, 174.)

Kun ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa, sen myötä myös syöpäsairaudet tulevat yleistymään. Yli puolet syöpätaudeista todetaan yli 65-vuotiailla. Syövällä tarkoitetaan epänormaalia kudosta, jonka kasvu poikkeaa ympäristöstään. Syöpäkasvaimet lähettävät myös etäpesäkkeitä, eli metastaaseja muihin elimiin. Syöpää hoidetaan nykyään leikkauksilla, sädehoidolla ja lääkehoidolla. Levinneiden syöpien hoidossa turvaututaan oireita lievittävään hoitoon, eli palliativiseen hoitoon. Loppuvaiheen syövän hoidossa käytetään nimitystä terminaali- tai saattohoito. (Jaatinen & Raudasoja 2013, 326.)

### 3.4 Kuolevan potilaan hoitaminen

Kun kuolema lähestyy, hoitopaikka valitaan yhteisymmärryksessä iäkkään, omaisten ja hoitavan tahon kanssa (lääkärit ja hoitohenkilökunta). Osa haluaa kuoleman kohdatessa olla kotona ja toivomus pyritään toteuttamaan kotisaattohoidolla, jos se on mahdollista. Sen lähtökohtana on saattohoidon periaatteet, eli turvata hyvä ja rauhallinen, kivuton kuolema. Kotisaattohoidossa olevalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Ulkopuolisen avun tarve määritetään ja kotiin järjestetään mahdolliset apuvälineet. Kuoleman lähestyessä omaisilla on yhteys ammattitaitoiseen hoitohenkilökuntaan, kotisairaanhoidon ja lääkäriin. Kokonaisvastuu hoidosta on kotisairaanhoidon henkilöstöllä. Omaisten kanssa sovitaan etukäteen, miten toimitaan kuoleman jälkeen. Kun hoidettava on kuollut, asiasta

ilmoitetaan aina poliisille ja lääkäri käy toteamassa kuoleman. Hoitohenkilökuntaa tarvitaan vielä kuoleman jälkeen, yleensä saattohoitoon osallistunut hoitaja käy kuoleman jälkeen tukemassa omaisia ja opastaa vainajaan liittyvissä asioissa. (Kan & Pohjola 2012, 261.)

Kuolevalla ei ole aina mahdollisuutta kuolla omassa kodissaan, joten saattohoito järjestetään silloin terveyskeskuksen vuodeosastolla tai vanhainkodilla, usein iäkäs on jo sairautensa vuoksi muuttanut hoitolaitokseen. Mitchell, Morris, Park & Fries (2004) kuvaavat saattohoitoa vanhainkodissa verrattuna saattohoitoon, joka tapahtuu kotihoidossa. Tutkimuksessa selvisi, että hoitokodissa kuolleilla dementikoilla oli enemmän toiminnallisia häiriöitä sekä käytökseen liittyviä ongelmia verrattuna kotihoidossa asuviin dementikoihin. Tutkimuksessa selvisi myöskin, että pitkälle edenneeseen dementiaan kuolleet hoitokodin asukkaat kokivat saattohoidon eri tavalla verrattuna kotihoidossa oleviin. Palliatiivinen hoito ei ollut kummallakaan verrokkiryhmällä optimaalista. (Mitchell ym. 2004.)

Tavoitteena on hyvä, yksilöllinen ja rauhallinen kuolema. Hyvä saattohoito sisältää lääketieteellisen hoidon, perushoidon, oireiden ja kivun lievityksen, henkisen ja hengellisen tuen, turvallisen hoitosuhteen, itsemääräämisoikeuden varmistamisen ja elämänlaadun turvaamisen. Hyvässä perushoidossa huomioidaan kuolevan fyysiset tarpeet, ravitsemus, ihon hoito, hengittäminen, erittäminen, unen ja levon tarve. Kipujen ja erilaisten oireiden lievittäminen on tärkeää ja saattohoidossa pyritään, että kuoleva voi elää viimeiset hetket läheistensä seurassa ilman vaikeita oireita ja kipuja. (Kan & Pohjola 2012, 262.) Pelto, Hökkä, Kajula & Kaakinen (2019) kuvaavat kivunhoidon ohjausta palliatiivisessa hoidossa olevan, syöpää sairastavan potilaan ja hänen omaistensa näkökulmasta. Kipu on syövän yleisin oire ja syöpää sairastavilla potilailla on voimakasta kipua sairauden loppuvaiheessa. Tuloksissa ilmeni, että kivunhoidon ohjauksella voidaan parantaa potilaan elämänlaatua ja vähentää heidän ennakkoluulojaan kipulääkitystä kohtaan. Potilaat ja läheiset olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta toivoivat saavansa lisää tietoa kivusta, kipulääkkeistä, lääkkeiden sivuvaikutuksista sekä lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä. (Pelto ym. 2019.) Van Lancker, Velghe, Van Hecke, Verbrugge, Van Den Noortgate, Grypdonck, Verhaghe, Bakkering & Beeckman (2014) kuvaavat, että kaiken tyyppisiä pitkälle edenneitä syöpää

sairastavia potilaita yhdistää erilaiset oireet, usein hyvin vakavatkin oireilut. Oireiden hallinta ja hoito ovat olennainen osa palliatiivista hoitoa ja se on tärkeää optimaalisen elämänlaadun saavuttamiseksi. (Van Lancker ym. 2014.)

Hengellisen tuen lähtökohtana on kuolevan uskonnon ja vakaumuksen kunnioittaminen. Tarpeen mukaan tueksi pyydetään oman uskontokunnan edustaja. Hengellisen hyvänolon tavoitteena ovat levollisuus, rauha, kuoleman hyväksyminen ja sisäinen tasapaino. (Kan & Pohjola 2012, 262.) Lipponen & Karvinen (2014) tarkastelevat kuolevien potilaiden omahoitajina toimivien lähi- ja sairaanhoitajien kokemuksia hengellisyyden toteutumisesta. Tutkimuksessa kerrottiin, että kuolevien potilaiden ja läheisten hengellinen tuki koettiin vaativana tehtävänä. Hengellinen hoitaminen koettiin olevan osa kokonaisvaltaista hoitamista. Kuoleman läheisyys ja sen olemassaolon ahdistus nostivat elämän perimmäisiä kysymyksiä, joihin kaikilla hoitajilla ei ollut valmiuksia vastata. Lipponen & Karvinen (2018) kuvaavat omaisten kokemuksia henkisen ja hengellisen hoidon toteutumisesta saattohoidossa. Tutkimus on jatkoa tutkimukselle (Lipponen & Karvinen 2014), jossa tutkimuksen kohteena olivat hoitohenkilökunnan kokemukset hengellisyydestä saattohoidossa. Tulosten mukaan omaisen vakaumus loi perustan, jolle kokemukset henkisen ja hengellisen hoidon toteutumisesta saattohoidossa rakentuivat. Tutkimustulosten valossa läheisen ihmisen vakava sairaus on vaativinta aikaa elämässä. Ei ole yhdentekevää, millainen kuva lapselle tai puolisolalle välittyy kuolevan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Onnistuessaan henkinen ja hengellinen hoito voi olla omaisen terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää myös saattohoidossa. (Lipponen & Karvinen 2018.)

Eri uskonnoissa ja maailmankatsomuksissa käsitykset ja suhtautuminen kuolemaan sekä kuolevan hoitoon vaihtelevat suuresti. Kuolema voidaan ymmärtää monivaiheiseksi, pitkäksi prosessiksi, jossa kuolema yksi vaihe. Erilaisten sääntöjen ja rituaalien tunteminen voi auttaa hoitohenkilökuntaa ymmärtämään vierasta kulttuuria edustavaa potilasta tai tämän omaista. Maahanmuuttajia tai pakolaisia kuolema voi koskettaa erityisellä tavalla, koska vieraassa maassa kuoleminen voi herättää pelkoa ja ahdistusta. (Ikonen 2015.) Bray, Goodyear- Smith & Gott (2015) olivat huomioineet tutkimuksessaan kolme pääteemaa: kaksioisiden-

titeetti, perinteiden merkitys ja kuolemaan liittyvät käsitykset ja mieltymykset. Tutkimuksen havainnoilla oli vaikutusta palliatiivisen hoidon laatuun ja kuolemaa edeltävän hoidon tarjoamiseen monikansallisille potilaille. Tutkimuksen mukaan monikansallisten potilaiden sosiaalisiin ja emotionaalisiin tarpeisiin tulisi vastata saattohoidossa. (Bray ym. 2015.)

### 3.5 Saattohoito potilaiden erityistarpeet

Saattohoitosuunnitelmissa toimintaa ohjaavina eettisinä periaatteina ovat saattohoitopotilaan elämisen arvoinen elämä, hyvä kohtelu ja hoito sekä lisäksi hyvä kuolema. Saattohoitopotilaan hoidossa täytyy ottaa huomioon potilaan oikeudet, itsemääräämisoikeus, yksityisyys, yksilöllisyys, joustavuus, inhimillisyys, turvallisuus, tasa-arvo, kivuttomuus, perhekeskeisyys ja humanin toiminnan periaatteet. Potilaan hoitotahtoa koskee noudattamisvelvollisuus. Hoitotyössä huomioidaan potilaan perushoito henkisenä, fyysisenä, hengellisenä ja sosiaalisina tarpeina ja toiveina. Potilaiden toiveena korostuu mahdollisuus olla kotona, laitoksessa yhden hengen huoneessa ja omaisten läsnäolomahdollisuus vuorokauden eri aikoina. Potilaan hoidossa pyritään hoitosuunnitelman mukaiseen suunnitelmallisuuteen. Tärkeänä pidetään potilaan ja omaisten informointia saattohoitopäätöksestä. (ETENE,10-11.) Hinds (2019) kuvaa tutkimuksessaan, kuinka parantumattomasti sairaiden lasten vanhemmat ja hoitavat lääkärit vastasivat kyselylomakkeeseen, jossa oli avoimia kysymyksiä liittyen elämänloppuvaiheen kommunikointiin, hoitolinjauksiin ja vuoropuheluun perheen ja hoitavan tahon välillä. Hoitolinjausten jälkeen interventioista saadut tiedot annettiin hoitaville lääkäreille ennen potilaan kuolemaa. Kyselylomakkeen täyttäminen koettiin hyödylliseksi ja interventio oli toteutuskelpoinen ja sen avulla perheitä pystyttiin huomioimaan paremmin saattohoito vaiheessa. (Hinds 2019.)

Perushoidossa huomioidaan puhtaus, ihon hoito, erityistoiminnot, asentohoito, ruokailu, vaatetus, ulkonäkö ja liikunta sekä keskustelu potilaan kanssa. Hengellisyys ja sielunhoito otetaan huomioon ja eksistentiaalisia kysymyksiä voidaan lähestyä esim. runoilla. Potilaalle tulee tarjota herkästi sairaalateologin palveluja

ja hengellistä kirjallisuutta. Hoitoympäristö järjestetään rauhalliseksi yhden hengen huoneessa ja kalustetaan soveltuvaksi potilaan saattohoitoon. Painotetaan omaisten mahdollisuutta olla potilaan vuoteen vierellä vuorokauden eri aikoina. Omaisille järjestetään aterioita ja tarvittaessa vuode potilaan huoneeseen. Omaisille tulisi tarjota ohjeita, jotka käsittelevät vainajan laittoon liittyviä asioita. (ETENE, 10-11.)

### 3.6 Muistisairaahan saattohoito

Siirtyminen saattohoitoon on aina lääketieteellinen päätös, jonka tekee lääkäri. Saattohoitopäätöksen tekemisen edellytyksenä on etenevä kuolemaan johtava sairaus, jossa jäljellä oleva elinaika arvioidaan lyhyeksi ja kuolema on väistämättömyyttä. Saattohoitopäätös on kirjattuna lakiin (laki potilaan asemasta ja oikeuksista) ja sen mukaan päätös on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Jos potilaan terveydentila esimerkiksi pitkälle edenneen muistisairauden vuoksi estää päätöksentekoa, eikä hoitotahtoa ole kirjattuna, hoitotahdon selvittämiseksi on lain mukaan kuultava lähiomaisia tai laillista edustajaa. Omaisten merkitys kasvaa ja heiltä kuullaan potilaan toiveita elämänloppuvaiheen hoitoa kohtaan. Sujuvalla yhteistyöllä omaisten kanssa turvataan kuolevan potilaan toiveiden kunnioittaminen. Tilanteessa, jossa potilaalla ei ole omaisia tai mielipiteet eroavat hoitolinjasta, lääkäri on lain mukaan oikeus hoitaa potilasta tavalla, jota hän pitää potilaan henkilökohtaisen edun mukaisena. Ennen saattohoitopäätöstä edeltää hoitoneuvottelut. Neuvotteluun osallistuvat potilas (mahdollisuuksien mukaan), lääkäri, omahoitaja tai sairaanhoitaja sekä potilaan suostumuksella läheinen. Hoitoneuvotteluissa käydään läpi kuolemaan johtavan sairauden etenemistä, hoitolinjoja, saattohoitoon liittyvää oireenmukaista hoitoa ja kaikki sovitut asiat dokumentoidaan tarkasti potilasasiakirjoihin. (Kelo, Lau-niemi, Takaluoma & Tittanen 2015, 254.) Saattohoitopäätös tehdään, kun potilas lähestyy kuolemaa. Tavoite ei aina toteudu kaikkien ikääntyneiden osalta, vaan lähes kolmannes muistisairaista ikääntyneistä kuolee ilman saattohoitopäätöstä. Usein kuolemaa edeltävä hetki on vaikeaa ennustaa ja ajankohtaa määrittää, jolloin tulisi siirtyä saattohoitoon. (Kelo ym. 2015, 256-257.)

Sarradon-Eck, Besle, Troian, Capodano & Mancini (2019) kuvasivat aikaisin aloitettua palliatiivista hoitoa lyhenteellä EPC (early palliative care). Pitkälle edenneen syöpäsairauden diagnosoinnin jälkeen on tutkittu, että onkologeilla on erilaisia vaikeuksia paljastaa huonot ennusteet potilaille. Tutkimuksessa ilmeni, että EPC-käsitteen määrittelyminen täytyy tehdä selkeämmin ja se täytyy avata terveydenhuollon ammattilaisille ja potilaille, mistä EPC koostuu ja miten sen avulla on tarkoitus toimia ja mitä hyötyä siitä on palliatiivisessa hoidossa. Lisäksi hoitohenkilökunta toivoi koulutuksia mm. missä opetetaan huonojen uutisten kertomista potilaille ja koulutuksen tuoman tiedon avulla henkilökunta voisi paremmin selviytyä emotionaalisista tilanteista, jotka liittyivät potilaan ohjaamiseen palliatiivisessa hoidossa. (Sarradon-Eck ym. 2019.)

Manitta, Philip & Cole-Sinclair (2009) tutkimuksen mukaan pahanlaatuista syöpää sairastavista potilaista vain harvat saavat palliatiivisia hoitoja tai saavat hoitoja myöhemmin kuin vastaavasti potilaat, joilla on vakavia pahanlaatuisia syöpäsairauksia. Nämä potilaat kuolevat todennäköisimmin sairaalaan toimenpiteiden seurauksena. Tutkimuksessa esitettiin yhteenvetoa nykyisistä käytännöistä ja hoidossa ilmenneistä vaikeuksista yksilöllisen ennusteen määrittelylle. Tutkimuksen mukaan on tärkeää tehdä moniammatillista yhteistyötä hoidoista ja jatkotutkimuksista palliatiivisilla potilailla. (Manitta ym. 2009.)

Ikääntyneet usein asuvat hoitokodeissa ja heidän toimintakykynsä heikkenee hiljalleen, jolloin kuoleman ennustaminen vaikeutuu. Joanna Briggs Instituutin julkaiseman hoitosuosituksen mukaan pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavat henkilöt eivät saa asianmukaista tai pätevää elämän loppuvaiheen hoitoa, joten suosituksessa ehdotetaan palliatiivisen hoitomallin käyttöä laajennettavaksi myös muihin elämän loppuvaiheen hoitoa tarvitseviin potilasryhmiin. Ikääntyvien muistisairaiden kohdalla on tärkeää ymmärtää, että muistisairaus on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoitopäätöksen saaneet saavat myös parempaa saattohoitoa, kuin ne, joiden tilanne kehittyy hiljalleen kohti kuolemaa. Päätös myös ehkäisee turhien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tekemistä ja sillä turvataan omaisten valmistautumista surutyöhön ja läheisen kuolemaan. (Kelo ym. 2015, 256-257.)



Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg (2013) kuvaavat vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoitoa. Muistisairauden lisääntyminen ja dementia ovat kuolemaan johtava sairaus, jonka loppuvaiheen kestoa on vaikea ennustaa. Syömisongelmat ja toistuvat hengitysinfektiot voivat olla lähestyvän kuoleman merkkejä, ei huonon hoidon. Lääkärin tulee tuntea sairauden kulku ja keinot hyvän oireenmukaisen hoidon turvaamiseksi. Potilaan ja hänen läheisten kanssa on keskusteltava loppuvaiheen hoidosta. Vaikea dementia on kuolemaan johtava sairaus, jonka loppuvaihetta kuvaa pitkäaikainen toimintakyvyn heikkeneminen ja runsas hoidon tarve. Hoitavan lääkärin tulee kannustaa potilasta ja hänen läheisiään osallistumaan hoidon suunnitteluun silloin, kun potilas itse vielä kykenee ottamaan kantaa hoitolinjauksiin. Vaikeasti dementoituneen palliatiivinen hoito ei tarkoita hoitamatta jättämistä. Lisäksi hoidossa tulee keskittyä potilaan ja hänen omaistensa henkisten ja tunne-elämän tarpeiden huomioimiseen. (Antikainen ym. 2013.)

Plonk Jr & Arnold (2005) mukaan ennuste lähestyvistä kuolemista on yleensä hyvin epätarkka. Tutkimuksessa on havaittu, että kuolemaa edeltävät merkit ovat ennustettavissa. mm. vähentynyt kommunikaatio, anoreksia tai yleinen painon putoaminen ruokahalun heikentyessä ovat kuolemaa edeltäviä merkkejä. Tutkimustuloksissa havaittiin, että saattohoidon laatu vaihtelee suuresti ja tarvitaan lisää tutkimuksia yhtenäistämään hoitokäytäntöjä, tehokkaita hoitomuotoja sekä tutkimustulosten hyödyntämistä saattohoidossa olevien potilaiden hyödyksi.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

### 4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen ja osallistavien menetelmien avulla kehittää saattohoitoprosessia hoivakodissa. Työssä tutkittiin kotimaisia ja kansainvälisiä saattohoitosuosituksia. Tavoitteena oli näyttöön perustuvan tiedon avulla kehittää saattohoidon laatua ja yhtenäistää toimintatapoja hoivakodissa.

### 4.2 Opinnäytetyön tutkimuskysymykset vaiheittain

Opinnäytetyö toteutettiin kaksivaiheisena ja kehittäminen alkoi kirjallisuuskatsauksen avulla. Sen jälkeen yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa, osallistavin menetelmin kehitettiin saattohoidon ja palliatiivisen hoidon käytänteitä hoivakodissa. Lopuksi laadittiin yhteenveto saattohoito prosessista saattohoidon parissa työskenteleville hoitajille. Opinnäytetyön tavoitteena oli kirjallisuuskatsauksessa ilmenneiden tutkimusten pohjalta löytää hyvät saattohoito käytänteet ja niiden avulla vaikuttaa hoivakodin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käytäntöihin hyödyntämällä hoitajien ammattitaitoa ja ymmärrystä kuoleman lähestyessä ja siten parantaa kokonaisuudessaan saattohoidon prosessia hoivakodissa.

I vaihe, katsaukseen liittyvät tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat hyvät saattohoitokäytänteet aiemman tutkimustiedon perusteella?
2. Mitä ovat kotimaiset ja kansainväliset saattohoitosuositukset?

II vaihe, työpajaan liittyvät tutkimuskysymykset:

3. Miten saattohoito suositukset viedään konkreettisesti käytäntöön yksikössä?
4. Miten tieto pysyy yksikössä ajantasaisena?

## 5 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

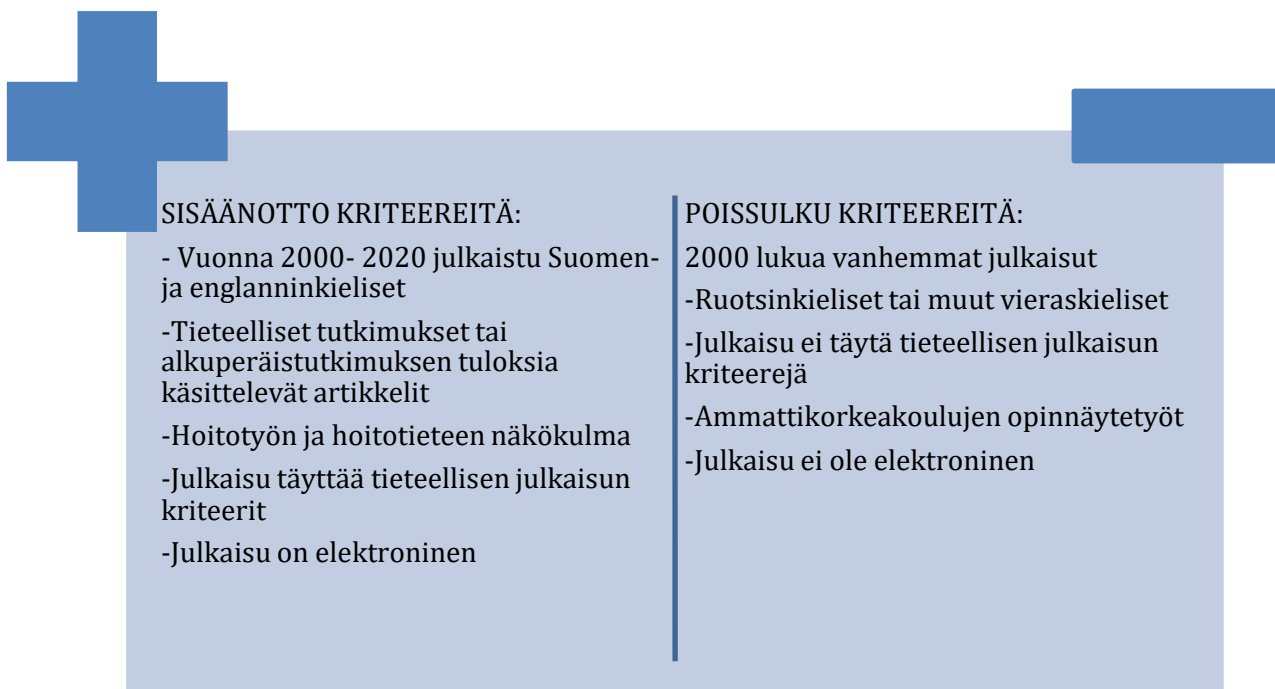
### 5.1 Opinnäytetyön lähestymistapa

Tutkimustyön tavoitteena on työelämän tarpeisiin vastaaminen, se on myös käytännönläheistä ja ajantasaista. Kohteena työelämän tutkimukselle ovat työelämän käytännöt, joita täytyy kehittää, ylläpitää, muuttaa tai luoda täysin uusia käytänteitä. Tavoitteena on uuden tiedon tuottaminen, teorian, kokemuksen ja ammattikäytänteiden hyödyntäminen. Aiempaa tutkimustietoa hyödynnetään ja sovelletaan uuden toiminnan kehittämisessä. (Vilkkä 2015, 17, 32.)

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, jota käytetään, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimpiä käytettyjä kirjallisuuskatsauksen perustyyppisiä. Sitä voi luonnehtia yleiskatsaukseksi, ilman tiukkoja raameja. Aineistot ovat laajoja, valintaa ei rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö voidaan kuitenkin kuvata laaja alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset ovat väljempää kuin esimerkiksi systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.)

Kuvailevan otteen mukaisesti tarkasteluun otettiin tutkimuksia, joita pystyttiin arvioimaan tutkimuskysymysten pohjalta. Aloitimme tiedonhaun rajaamalla aiheen hakusanoiksi. Käytimme hakusanoja: saattohoito, palliatiivinen hoito, terminal care, palliative care ja end- of-life care. Laajensimme hakua hoitotyöhön ja ikääntyneen hoitotyöhön. Teimme hakuja tietokantoihin: Finna, Cinahl, medline, Medic ja Google scholar. Eniten saattohoitoon liittyvää materiaalia löysimme englanninkielisistä lähteistä. Suomenkielisiä tutkimusartikkeleita löysimme muutamana. Lisäksi haimme aiheeseen liittyviä väitöskirjoja, joiden kautta löysimme lisää tutkimusartikkeleita. Muutamana tutkimusartikkelin löysimme Tutkiva Hoitotyö- lehdestä. Osoittautui haasteelliseksi löytää riittävän tuoreita lähteitä artikkeleiden luotettavuus huomioiden. Valitsimme artikkelit aiheenrajauksen ja sisäänottokriteerien jälkeen. Etsimme tiedonhaun rajauksessa artikkeleita v. 2000-2020. Finnasta löytyi hakusanalla saattohoito 831 verkosta saatavilla olevaa

materiaalia, rajasimme hakua pelkästään artikkelit/lehti julkaisuihin ja tuloksia tuli 502. Rajasimme siitä aiheen saattohoito AND ikääntyneen ja tuloksia löytyi yhteensä 102 ja lehti/artikkeli julkaisuja löytyi 4. Google scholarin kautta saattohoito AND ikääntyneen löytyi yhteensä 1580 julkaisua, rajasimme hakua edelleen hakusanoihin palliatiivinen AND ikääntyneen ja tuloksia löytyi 855. Rajasimme hakua edelleen artikkeleihin ja tutkimuksiin. Tähän työhön valikoitui tietokannasta 4 tutkimusartikkeliä. Med line: sta löytyi hakusanalla palliative care AND end of life care AND older people, hakuja yhteensä 5166. Rajasimme hakua artikkeleihin ja tutkimuksiin, saimme 84, joista valitsimme 7. Aiheeseen haettiin yhteensä 15 erilaista tutkimusartikkeliä saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyen.



Kuvio 3. Tiedonhaun rajaaminen.

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Luetut	Valitut
Finna	saattohoito, palliativinen hoito, ikäihmiset	831-> rajattu  102	10	4
Google Scholar	palliative care, end of life care, older people	1580-> rajattu 855 -> rajattu 2	2	4
Med Line	palliative care, end of life care, older people	5166 -> rajattu 1902 -> rajattu 84	20	7

Taulukko 1. Tiedonhaku

## 5.2 Kohdeorganisaation kuvaus

Yhteistyökumppanimme on Attendo Selma Oy:n yksikkö, Puhuri. Hoivakoti Puhurissa on yhteensä 44 vanhusten tehostetun palveluasumisen asukaspaikkaa. Asukkaat ovat monisairaita, yli 65-vuotiaita. Hoivakodissa työskentelee yhteensä noin 35 työntekijää. Kolme sairaanhoitajaa (ovat arkena töissä) sekä lähihoitajia (kolmivuorossa) ja muita tukityöntekijöitä. Asukkailla on mahdollisuus asua hoivakodissa elämänsä loppuun asti. Asukkaan kunnon heikentyessä, saattohoito vaiheessa omaisilla on mahdollista olla läsnä ja myös yöpyä hoivakodissa. Asukkaan muuttaessa hoivakotiin täytetään elämän loppuvaiheeseen liittyvä lomake, näin hoivakodissa pystytään toteuttamaan asukkaan sekä hänen läheistensä toiveet. Mikäli asukkaalla on hoitotahto, lääkärin tekemä hoitosuunnitelma tai hoidon rajaukset, kirjataan ne asukkaan tietoihin, jotta ne ovat kaikille hoitajille nähtävillä.

Yksikössä on jaettu työntekijöille vastuualueita. Yhdellä hoitajalla on vastuualueellaan saattohoito. Hän osallistuu alueellisiin saattohoito koulutuksiin. Hänen vastuulleen tulee jatkossa opinnäytetyössä työstettävien prosessien perehdytys uusille työntekijöille sekä niiden päivitys ja muokkaaminen. Ohjeet ja prosessikaaviot lisätään myös perehdytys kansioon.

## 5.3 Kehittämistyön osallistavat menetelmät

### 5.3.1 Learning cafe - työpaja

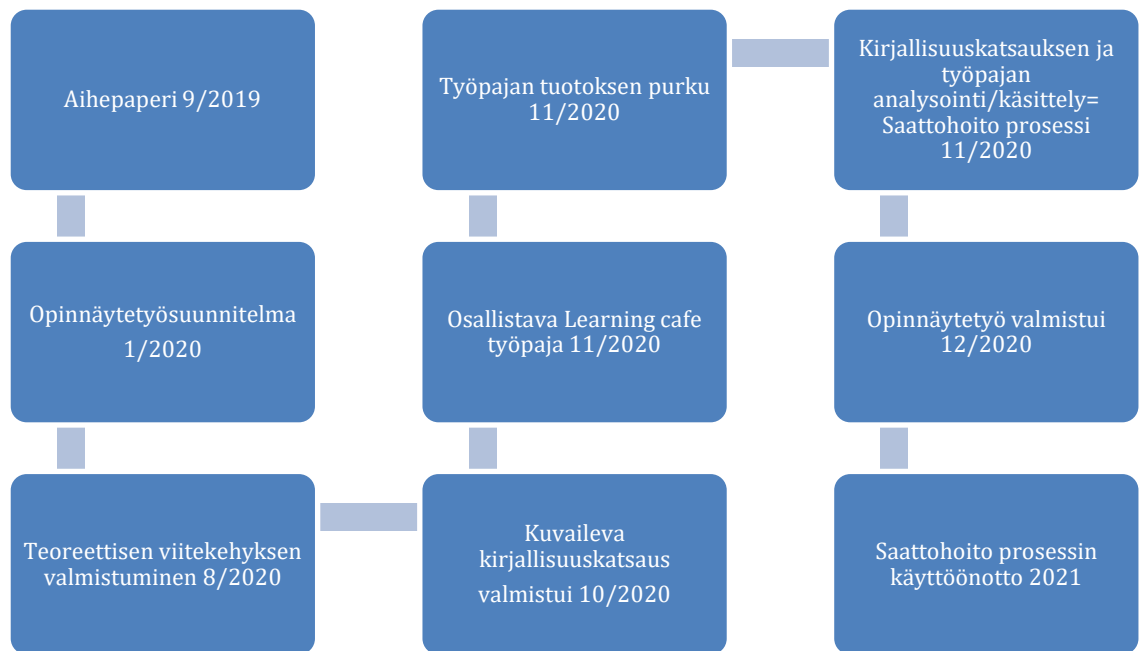
Learning cafe, toiselta nimeltään oppimiskahvila on tapa oppia ja ideoida. Se on keskusteluun, tiedon siirtämiseen ja luomiseen tarkoitettu yhteistoimintamenetelmä. Menetelmässä tärkeää on keskusteleminen, omien näkemysten selittäminen sekä yhteisen ymmärryksen löytäminen. Menetelmän tarkoituksena on oppia yhteisten ratkaisujen tekemistä. Toisten näkemyksiä kommentoidaan ja kyseenalaistetaan, mutta tärkeintä on ryhmän yhteisen mielipiteen löytäminen. Learning

cafe -menetelmä on prosessina yksinkertainen, siinä keskitytään aiemmin valittujen teemojen tai kysymysten ratkaisuun ryhmässä. Siinä lähtökohtana on ja kaantua pöytäkunnittain pienryhmiin. Pöytäryhmien jäsenet vaihtavat paikkaa pöydästä toiseen, jolloin uusi pöydän ympärille muotoutunut ryhmä pohtii jo aiempia tehtyjä tuotoksia ja ideoi niitä eteenpäin. (Innokylä 2019.)

#### 5.4 Kehittämisprosessin vaiheet

Syksyllä 2019 nousi Attendo Puhurissa tarve saattohoidon käytäntöjen parantamiseen sekä saattohoitoprosessin kehittämiseksi. Kehittäminen eteni kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa työntekijät saivat kertoa kehittämideoita ja työpaikalla avoimesti keskusteltiin miten saattohoitoa tulisi kehittää. Toisessa vaiheessa esiteltiin henkilökunnalle valmistunut kirjallisuuskatsaus ja tästä esiin nousseet hyvät käytänteet. Learning cafe - työpajassa henkilökunta jaettiin kolmeen eri ryhmään, jossa aiheita olivat palliatiivinen hoito, saattohoito ja exitus. Liitteenä lomake, jota käytettiin työpajassa aihepaperina.

11.11.2020 pidetyssä Learning cafe-työpajassa kysyttiin, miten saattohoito suosikset viedään konkreettisesti käytäntöön yksikössä ja miten tieto pysyy yksikössä ajantasaisena. Vastauksissa korostui työntekijöiden halu kehittää saattohoitoa ja työntekijät olivat sitoutuneita pitämään tiedon ajantasaisena. Henkilökunnasta ensimmäiseen työpajaan osallistui 8 hoitajaa. Työntekijöille lähetettiin liitteessä löytyvä kutsu työpajaan. Toinen työpaja oli tarkoitus pitää 19.11.2020, kutsu ehdittiin työntekijöille jo jakaa, mutta vallitsevan koronatilanteen vuoksi työpaja jäi pitämättä. Yksikön saattohoito prosessi tehtiin 11.11.2020 pidetyn työpajan pohjalta. Työpajassa sovittiin henkilökunnan kanssa, että yksikön saattohoitoprosessia tulee jatkossa päivittämään useampi hoitaja. Prosessi löytyy jatkossa yksikön tietokoneista sähköisenä versiona sekä tulostettuna yksikön perehdytyskansiosta. Learning cafe - työpajassa avoin keskustelu on avaintekijä, omien näkemysten selittäminen ja yhteisymmärryksen löytäminen. Menetelmä opettaa ratkaisujen tekemistä. Toisten ajatuksia voi kommentoida ja kyseenalaistaa, mutta tärkeitä on ryhmän yhteisen mielipiteen löytäminen. (Sykli 2020.)



Kuvio 4. Opinnäytetyön eteneminen



## 6 TULOKSET

### 6.1 Saattohoito suositukset

Palliativisen ja saattohoidon suosituksissa kuvataan hoidon määrittelyä eri tavoin. Palliativista hoitoa koskevan asiantuntijasuosituksen mukaan saattohoitoa on oltava saatavilla ja oireita lievittävää hoitoa hoivayksiköistä erikoissairaanhoidon. Siinä korostetaan, että oireita lievittävän hoidon toteuttaminen on jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen perustaitoja. Sosiaali- ja terveysministeriö on 2010 julkaissut saattohoitosuosituksia, jossa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillisuus. (STM 2017, 9.) Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksissa määritetään osaamis- ja laatuksiteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille. Suositus perustuu kolmiportaiseen malliin palvelujen järjestämisestä, sen avulla voidaan suunnitella alueellisesti palveluketjut ja työnjako. Kolmiportaisen mallin mukaan palveluita järjestetään perustasolla, erityistasolla ja vaativalla erityistasolla. (Saarto & Lehto 2019.) Käypähoito-suosituksen (2008) keskeisiä asioita ovat palliativiseen eli oireita lievittävään hoitoon siirtyminen ja saattohoidon aloittaminen. Päätöksenteossa täytyy kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta siten kuin potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva lainsäädäntö määrittelee (Ikonen 2015, 265). Euroopan neuvosto on antanut suosituksen palliativisen hoidon järjestämisestä vuonna 2003. Suosituksessa jokaisella jäsenvaltiolla täytyy olla kansallinen palliativisen hoidon suunnitelma. Tasa-arvoisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi tulee palliativisen hoidon olla osa terveydenhuoltojärjestelmää. Eurooppa neuvoston suosituksessa korostetaan, että elämän loppuvaiheen potilaita hoitavan henkilökunnan täytyy olla koulutettua ja heidän vuorovaikutustaitonsa tulee olla korkeatasoista. (STM 2017, 9.) Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että joka kolmas kuoleva ihminen tarvitsee elämänsä loppuvaiheessa palliativista hoitoa ja saattohoito on jokaiselle kuuluva ihmisoikeus. WHO suosittelee palliativisen hoidon varhaista mukaan ottamista tautispesifisen hoidon rinnalle. Hyvä palliativinen hoito edellyttää hyvää oirehoidon osaamista, henkisen ja psykososiaalisen tuen ja saattohoidon osaamista sekä hyviä vuorovaikutustaitoja. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015.)

## 6.2 Saattohoito käytänteet

Tutkimuksissa tuli esille saattohoidon merkitys sekä hoitajien, että potilaiden näkökulmasta, mutta niissä esiintyi myös omaisten huomioimisen merkitys. Tutkimustulosten valossa läheisen ihmisen vakava sairaus on vaativinta aikaa elämässä. Kuoleman läheisyys tuottaa surua sekä käynnistää luopumisprosessin. Ei ole yhdentekevää, millainen kuva lapselle, puolisolle tai vanhemmille välittyy kuolevan kokonaisvaltaisesta hoidosta. (Lipponen & Karvinen 2018; Haho 2017.)

Tutkimuksissa kuvattiin, että saattohoidon ajoitus on usein vaikeaa. Tavoitteena on hyvä, yksilöllinen ja rauhallinen kuolema. Hyvä saattohoito sisältää lääketieteellisen hoidon, perushoidon, oireiden ja kivun lievityksen, henkisen ja hengellisen tuen, turvallisen hoitosuhteen ja elämänlaadun turvaamisen. Hyvässä perushoidossa huomioidaan kuolevan fyysiset tarpeet, ravitsemus, ihon hoito, hengittäminen, erittäminen, unen ja levon tarve. (Van Lancker ym. 2014.) Kipujen ja erilaisten oireiden lievittäminen on tärkeää ja saattohoidossa pyritään, että kuoleva voi elää viimeiset hetket läheistensä seurassa ilman vaikeita oireita ja kipuja. (Antikainen ym. 2013; Kiljunen & Marjamäki 2017.) Kivunhoidon ohjauksesta koettiin olevan hyötyä potilaille, mutta myöskin heidän omaisilleen (Pelto ym. 2019). Tutkimuksissa selvisi, että kuoleman lähestyessä tiettyjä oireita ilmenee useilla potilailla mm. kipua, hengenahdistusta, infektioita ja niihin voidaan näin ollen varautua. Oireiden hallinta ja hoito ovat olennainen osa palliativista hoitoa. (Plonk Jr & Arnold 2005.)

Hengellisen tuen lähtökohtana on kuolevan uskonnon ja vakaumuksen kunnioittaminen. Tutkimuksissa ilmeni, että kuolevien potilaiden ja läheisten hengellinen tuki koettiin vaativana tehtävänä. Hengellinen hoitaminen koettiin olevan osa kokonaisvaltaista hoitamista. (Lipponen & Karvinen 2014.) Onnistuessaan henkinen ja hengellinen hoito voi olla omaisen terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää myös saattohoidossa. (Lipponen & Karvinen, 2018.) Lisäksi hoitajat ja lääkärit kokivat, että huonojen uutisten kertominen potilaalle oli hankalaa tai he toivoivat saavansa tukea ja koulutusta siihen. Myös moniammatillisuus korostui sekä yhteistyön merkitys. (Sarradon-Eck ym. 2019.)

Potilaiden hoitoon liittyvä koulutus ja ajantasainen tieto parantavat hoitotyön laatua. Tutkimustuloksissa huomioitiin, että tarvitaan lisää tutkimuksia yhtenäistämään hoitokäytäntöjä, kehittämään tehokkaampia hoitomuotoja sekä tutkimustulosten hyödyntämistä saattohoidossa olevien potilaiden hyödyksi. (Plonk Jr & Arnold 2005.)

Tutkimukset, jotka kuvasivat dementoituneen vanhuksen hoitoa, kuvattiin hoitoa raskaaksi ja vaativaksi. Vaikea dementia on kuolemaan johtava sairaus, jonka loppuvaihetta kuvaa pitkäaikainen toimintakyvyn heikkeneminen ja runsas hoidon tarve. Ikääntyneen hoidossa koettiin tärkeäksi, että hoitava lääkäri kannustaa potilasta ja hänen läheisiään osallistumaan hoidon suunnitteluun silloin, kun potilas itse vielä kykenee ottamaan kantaa hoitolinjauksiin. Suunnitelman on hyödyllinen, mutta sen laatiminen ja päivittäminen koetaan vaativaksi tehtäväksi. Kuolevalla on fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia sekä hengellisiä tarpeita, jotka täytyy huomioida. Tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen vaatii ammattitaitoa ja moniammatillista yhteistyötä. (Antikainen ym. 2019.) Kansainvälistymisen ja maahanmuuton myötä saattohoidossa tulisi huomioida erilaiset etniset ryhmät, heidän äidinkieltensä, uskontonsa ja kulttuurinsa. Saattohoidossa olevien potilaiden alkuperämaa ja kulttuuriin liittyvät perinteet täytyisi huomioida kuolemaa edeltävässä hoidossa. Kuoleva potilas aistii herkästi hienovaraisetkin signaalit, tämän vuoksi hoitajan tietoinen läsnäolo on tärkeää. (Bray ym. 2015; Terkamo-Moisio 2018.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

### 7.1 Eettiset lähtökohdat

Tutkittavan aiheen toistettavuus ja ajankohtaisuus vaikuttavat vahvasti tutkimuksen etiikkaan. Tutkijan tekemät eettiset valinnat alkavat jo aiheen valinnassa. (Hirsjärvi ym. 2007, 26.) Aineiston valinnassa ja sen käsittelyssä korostuu hyvän tutkimusetiikan noudattaminen. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.) ”Etiikka muodostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan toimintansa perusteita. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja, mutta se tarjoaa ajattelun ja pohtimisen välineitä.” (Etene 2001, 3.) Etiikka etsii vastausta kysymykseen, mikä on väärin, mikä on oikein, mikä pahaa ja mikä hyvää. (Etene 2011.) Opinnäytetyö prosessin aikana eettisyys kuvaa tehtyjä valintoja perusteluineen aiheen valinnasta, kohteena olevien asioiden tarkastelusta ja asioista, joihin prosessin aikana osallistutaan. Teoriapohjan luotettavuus ja eettisyys varmistetaan käyttämällä teoreettisessa viitekehyksessä tuoreita, tutkittuun tietoon perustuvia tutkimuksia ja artikkeleita. Saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyvät tutkimukset ja käytettävä kirjallisuus on tuoretta.

### 7.2 Luotettavuus

Kirjallisuuskatsaus jaetaan kolmeen päätyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus, ja meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on näistä kolmesta yleisimmin käytetty. (Salminen 2011, 6.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja se pyrkii ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Se on myös hyödyllinen tapa tutkittaessa tietoa, jossa aikaisempi tutkimustieto on hajanaista. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 292–295.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet mukailevat systemaattista kirjallisuuskatsausta ja niille on ominaista päällekkäisyys (Kangasniemi ym. 2013, 294–295). Vaiheet voidaan jakaa karkeasti tutkimuskysymyksen tai tutkimuskysymysten määrittelyyn, arviointiin, aineiston hankkimiseen, analyysiin sekä tulkintaan ja tulosten esittämiseen (Salminen 2011, 8). Tutkimusta ohjaa tutkimustehtävä ja sen tulee olla riittävän laaja, mutta hyvin rajattu, jotta tutkitta-

vaa ilmiötä on mahdollista kuvata riittävän kattavasti. Tutkimuskysymysten väljyys antaa mahdollisuuden aiheen tarkastelemiseen eri näkökulmista. (Kangasniemi ym. 2013, 294–295.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tulosten käsittelyssä pyritään vastaamaan esitettyihin tutkimuskysymyksiin laadullisena kuvailuna, jossa sisältöä tarkastellaan kriittisesti. Tutkimustehtävään poimitaan oleellinen tieto aineistosta ja ryhmitellään sisällöllisesti aineiston käsittelyssä. Tarkoitus on tehdä synteesiä tutkimusten antamasta tiedosta sekä tehdä aineiston sisäistä vertailua. Samalla voidaan arvioida tutkimustiedon heikkouksia ja vahvuuksia. Lopuksi tarkastellaan saatuja tuloksia sisällöllisesti, tiivistetään keskeiset tulokset ja pyritään tarkastelemaan tulosten asettumista laajempiin teoreettisiin sisältöihin. Lisäksi tässä vaiheessa arvioidaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta pohtien samalla menetelmällistä toteutusta. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.)

Tämä opinnäytetyö on pyritty tekemään parhaalla taidolla ja ymmärryksellä. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös se, että sitä on tehty parityönä. Työssä hyödynnetään jo aiemmin tutkittua tieteellistä tietoa. Tutkimusta on ohjannut halu oman oppimisen kasvun ja ammatillisen kehittymisen lisäksi sujuvoittaa asiakaslähtöistä saattohoitoa ja edistää saattohoidon kokonaisuutta yksikössä. Opinnäytetyön tekijät ovat myös pyrkineet henkilökunnan osaamisen kehittämiseen.

Tilaaajan toiveet ohjaavat ja rajoittavat opinnäytetyön tekijöiden vaikutusmahdollisuuksia kehittämistyöhön. Saattohoitotyön kehittämiseen hoivakoti Attendo Puhurissa vaikuttavat niin työyhteisö, kuin valtakunnalliset säädökset ja suuntaviivat saattohoitoon liittyvän prosessin osalta. Esimerkiksi Käypä hoito –suositukset, STM:n ohjeistukset ja niiden hyödyntäminen lisäävät kehittämistyön luotettavuutta. Saadut tiedot tukevat ja laajentavat annettujen toiveiden mukaan tuotettua sisältöä.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Kehittämistehtävän johtopäätöksiä

Opinnäytetyön aiheen valinnan jälkeen päädyimme tekemään opinnäytetyön parityönä. Parityöskentelyä jouduimme kuitenkin aloitusvaiheessa harkitsemaan, koska asumme eri paikkakunnilla. Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen ja sille oli organisaatiolta noussut tarve. Vuoden 2019 lopulla Covid-19 (koronavirus) alkoi levitä ja vallitsevan maailmantilanteen vuoksi työn aikataulut muuttuivat, viivästyivät ja tekeminen vaihtui kokonaan etäyhteyksiin. Koronatilanne on ollut erittäin haasteellinen Länsi-Pohjan alueella, jossa hoivakoti Attendo Puhuri sijaitsee ja sen vuoksi esimerkiksi vierailuja organisaatioon ei ole pystytty järjestämään. Koronatilanteen huonontuessa myös yksi Learning-cafetyöpaja jäi kokonaan pitämättä. Alussa ilmenneiden etätyöskentely haasteiden jälkeen, voimme nyt opinnäytetyön valmistuttua aikataulun mukaisesti todeta, että etäyhteyksin toteutettu tutkimustyö oli erittäin opettavainen kokemus. Koemme, että tämän työskentelytavan omaksumisesta on hyötyä tulevaisuudessakin maailman muuttuessa yhä virtuaalisemmaksi.

Learning-cafen osallistava menetelmä oli mielestämme hyvin toimiva ja hoitohenkilökunta koki menetelmän mieluisaksi ja tärkeäksi osaksi kehittämistyötä. Learning-cafetyöpaja koettiin työyhteisön yhteishenkeä kohottavaksi ja sen avulla avattiin saattohoidon käytänteet henkilökunnalle ja niitä muokattiin ja räätälöitiin kyseiseen yksikköön soveltuvaksi.

Opinnäytetyön valmistumista on ohjannut halu oman oppimisen kehittämisen lisäksi kehittää saattohoidon ja palliatiivisen hoidon prosessia hoivakodissa, edistää henkilökunnan tietoutta hyödyntämällä hoitajien ammattitaitoa ja ymmärrystä kuoleman lähestyessä ja siten parantaa kokonaisuudessaan saattohoitoa. Opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet oman ja hoitohenkilökunnan osaamisen kasvatamiseen, ja tavoitteena on ollut kokonaisuudessa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon prosessin kehittäminen yksikössä.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa pyrittiin hyödyntämään mahdollisimman tuoretta kotimaista ja kansainvälistä tutkimustietoa liittyen saattohoidon käytänteisiin. Kansainvälisesti aihetta on tutkittu jo 2000-luvun alussa ja Suomessa kehittämisen tarpeeseen on havahduttu viime vuosina. Sosiaali- ja terveysministeriö on 2017 julkaissut uudet saattohoitosuositukset, jossa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja inhimillisuus ja tällä hetkellä odotetaan lainsäädännöllisiä uudistuksia valmistuvaksi. Tutkimustuloksissa havaittiin, että saattohoidon laatu vaihtelee suuresti ja tarvitaan lisää tutkimuksia yhtenäistämään hoitokäytäntöjä, tehokkaita hoitomuotoja sekä tutkimustulosten hyödyntämistä saattohoidossa olevien potilaiden hyödyksi. (Plonk Jr & Arnold, 2005.) Hänninen (2020) kirjoittamassa lääkärilehden julkaisussa kerrotaan, kuinka koronapandemia on aiheuttanut erityisesti paineita vanhusten hoivayksiköille, ja virukseen liittyvät ohjeistukset käytännöistä ovat olleet vajavaisia. Oireiden hoito uudessa kriisitilanteessa ei ole ollut riittävää, lisäksi käytettävissä oleva lääkitys ja laitteiden saatavuus ovat olleet puutteellisia. Kaikki pandemiassa tehohoidossa olleet ja kuolleet olisivat kuuluneet palliatiivisen hoidon piiriin, mutta laajalti näin ei kuitenkaan ole tapahtunut. (Hänninen 2020.) Voidaan siis todeta, että opinnäytetyön aihe on ollut kansallisesti, kansainvälisesti ja paikallisestikin ajankohtainen ja tarpeellinen.

## 8.2 Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheita

Kehittämistyön jatkotutkimuksia ja kehittämisaiheita voisivat olla tehdyn saattohoito prosessin käyttökokemukset ja hyödyt sekä mahdolliset parannukset. Lisäksi tulevaisuudessa voisi tutkia palliatiivisen- ja saattohoidon mahdollisesti tulevaa lakimuutosta ja sen tuomia muutoksia saattohoito prosessiin ja käytänteisiin.

Tutkimuksen tekijä, nimi ja vuosi	Tutkimuksen ta-voite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimusotos
V. Lipponen & I. Karvinen 2014, Lupa lähteä, Hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokemana	Tarkastellaan kuolevien potilaiden omahoitajina toimivien lähi- ja sairaanhoitajien kokemuksia hengellisyden toteutumisesta.	Kvalitatiivinen	Gerontologia 28: 1, s. 30-38.
R. Antikainen, T. Konttila, J. Viro-lainen & T. Strandberg, 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito	Muistisairauden lisääntyminen ja dementia ovat kuolemaan joh-tava sairaus, jonka loppuvaiheen kesto on vaikea ennustaa.	Kvantitatiivinen	Suomen lääkäri-lehti: 12, s. 909-915.
V. Lipponen & I. Karvinen, 2018. Isompiin käsiin annettu: Omaiset henkisen ja hengellisen hoidon tulkitsijoina saattohoidossa.	Kuvaa omaisten kokemuksia henkisen ja hengellisen hoidon toteutumisesta saattohoidossa.	Tutkimusaineisto koostui yksilöhaastatteluista ja ne olivat analysoitu aineistolähtöisellä sisälönanalyysillä.	Uskonnontutkijalehden artikkeli, 2018
W. M. Plonk Jr & R.M Arnold, 2005. Terminal Care: The last weeks of life.	Ennuste lähestyvistä kuolemasta on yleensä hyvin epätarkka. Saattohoidon laatu vaihtelee suuresti.	Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus asiantuntijalausunnoista kuolemaa edeltävillä viikoilla	Journal of Palliative Medicine
S.L. Mitchell, J. N. Morris, P. S. Park & B. E. Fries. 2004 Terminal care for persons with advanced dementia in the nursing home and home care settings.	Kuvaa vanhainkodissa järjestettyä saattohoitoa verrattuna saattohoitoon, joka tapahtuu kotihoitossa.	Retrospektiivinen tutkimus	Journal of Palliative Medicine
A. Sarradon-Eck, S. Besle, J. Troian, G. Capodano & J. Mancini. 2019. Understanding	EPC-käsitteen määrittelemineen. Mistä EPC koostuu ja miten sen avulla on tarkoitus toimia ja mitä	Kvalitatiivinen	Journal of palliative medicine



the barriers to introducing early palliative care for patients with advanced cancer.	hyötyä siitä on palliativisessa hoidossa.		
P. S. Hinds. 2019. Parent-clinician communication intervention during end-of-life decision making of children with incurable cancer.	Parantumattomasti sairaiden lasten vanhemmat ja hoitavat lääkärit vastasivat kyselylomakkeeseen, jossa oli avoimia kysymyksiä liittyen elämänloppuvaiheen kommunikointiin, hoitolinjauksiin ja vuoropuheluun perheen ja hoitavan tahon välillä.	Integroitu kirjallisuuskatsaus ja aineistoon valitut artikkelit olivat analysoitu sisälönanalyysillä	Journal of palliative Medicine
A-K. Peltö, M. Hökkä, O. Kajula & P. Kaakinen. 2019. Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliativisessa hoidossa.	Kuvata kivunhoidon ohjausta palliativisessa hoidossa olevan, syöpää sairastavan potilaan ja hänen omaistensa näkökulmasta.	Integroitu kirjallisuuskatsaus ja aineistoon valitut artikkelit olivat analysoitu sisälönanalyysillä	Tutkiva Hoitotyölehti
R.A. Aslakson, R. Wyskiel, I. Thornton, C. Copley, D. Shaffer, M. Zyra, J. Nelson & P. J. Pronovost. 2012. Nurse-perceived barriers to effective communication regarding prognosis and optimal end-of-life care for surgical ICU patient.	Kirurgit usein rinnastavat palliativisen hoidon terminaalivaiheen hoitoon ja sairaanhoitajat, jotka toimivat hoitotyön etulinjassa voivat tuoda erilaisia näkemyksiä palliativisen hoidon kehittämiseen.	Kvalitatiivinen	
A. Van Lancker, A. Velghe, A. Van Hecke, M. Verbrugghe, N. Van Den Noortgate, M. Grypdonck, S.	Oireiden hallinta ja hoito on olennainen osa palliativista hoitoa ja se on tärkeää op-	Kirjallisuuskatsaus	Journal of pain and symptom management

Verhaghe, G. Bakkering & D. Beeckman. 2014. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care.	timaalisen elämänlaadun saavuttamiseksi. Tavoitteena oli tehdä synteesiä oireiden esiintyvyyksistä iäkkäillä syöpää sairastavilla palliativisessa hoidossa olevilla potilailla.		
V. J. Manitta, J. A. M. Philip & M. F Cole-Sinclair. 2009. Palliative care and the hemato-oncological patient: Can we live together?	Tutkimuksessa esitettiin yhteenvedoa nykyisistä käytännöistä ja hoidossa ilmenneistä vaikeuksista yksilöllisen ennusteen määrittelylle.	Kirjallisuuskatsaus	Journal of palliative medicine
Y. Bray, F. Goodyear- Smith & M. Gott. 2015. Transnationals' experience of dying in their adopted country.	Kolme pääteemaa: kaksioisidentiteetti, perinteiden merkitys ja kuolemaan liittyvät käsitykset/mieltymykset. Tutkimuksessa keskityttiin palliativisen hoidon laatuun ja kuolemaa edeltävän hoidon tarjoamiseen monikansallisille potilaille.	Kirjallisuuskatsaus	Journal of palliative medicine
R. Suhonen 2019. Ikääntyneiden hoidon pulmakiivet.	Ikääntyneiden palvelut ja hoito palvelukokonaisuutena pirstaleisin, tämän parantamiseen liittyviä asioita.	Puheenvuoro	Tutkiva Hoitotyö
T.Saarto, J. Lehto.2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa- kolmiportainen malli.	Palliativisen ja saattohoidon järjestämisestä ja kehittämisestä Suomessa, kolmiportainen malli, A,	Kirjallisuuskatsaus	Duodecim

	B, C -tason hoidosta.		
J. Lehto, E. Marjamäki, T. Saarto. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma.	Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma parantaa potilaan elämänlaatua sekä samaa hoitoa. Hoidon oikeanlainen resursointi paranee.	Kirjallisuuskat-saus	Duodecim
M. Kiljunen, E. Marjamäki. 2017. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa.	Elämän loppuvaiheen lääkehoidosta, sen tulee olla lievittää oireita ja ylläpitää toimintakykyä. Sitä tulee arvioida säännöllisesti.	Kirjallisuuskat-saus	Lääkärilehti
A.Haho. 2017. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys.	Tavoitteena tiedon avulla kehittää saattohoitoa, kerätä tietoa ammattilaisille, jotta he onnistuvat ymmärtämään kuolevien potilaiden erityistarpeita.	Tutkimuksen aineisto on kerätty teemahaastatteluin ja tutkimuspäiväkirjamerkinnoistä. Haastattelut analysoitiin teoreettisen aineiston pohjalta luodun kehikon avulla.	Lääkärilehti

Taulukko 2. Tutkimustaulukko

## LÄHTEET

Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen lääkärilehti.

Aslakson, R., Wyskiel, R., Thornton, I., Copley, C., Shaffer, D., Zyra, M., Nelson, J. & Pronovost, P. 2012. Nurse- perceived barriers to effective communication regarding prognosis and optimal end – of – life care for surgical ICU patient. Journal of palliative medicine

ETENE. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. STM, Helsinki.

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. STM, Helsinki.

Haho, A. 2017. Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkärilehti

Hinds, P., Oakes, L., Hicks, J., Powell, B., Srivastava, D., Baker, J., Spunt, S., West, N. & Furman, W. 2019. Parent-clinician communication intervention during end-of-life decision making for children with incurable cancer. Journal of palliative medicine

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Otava. Keuruu.

Hynninen, N., Saarnio, R. & Isola A. 2014. Journal of clinical nursing. The care of older people with dementia in surgical wards from the point of view of the nursing staff and physicians.

Hänninen, J. 2018. Kuolemme vain kerran. Otava

Hänninen, J. 2020. Pandemiassa palliativinen hoito on jäänyt taka-alalle. Lääkärilehti.

Viitattu 22.11.2020. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/pandemiassa-palliativinen-hoito-on-jaanyt-taka-alalle/>

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Edita. Helsinki.

Ikonen, T. 2019. Palliativinen hoito ja saattohoito. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Viitattu: 22.11.2020 <https://stm.fi/saattohoito>

Innokylä. 2019. Learning cafe.

Viitattu 22.11.2020: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>

Jaatinen, T. K. M. & Raudasoja, J. 2013. Suomalaisten sairaudet. Sanoma pro Oy. Helsinki.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Sanoma pro Oy. Helsinki.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Sanoma pro Oy. Helsinki

Kiljunen, M. & Marjamäki, E. 2017. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. Lääkärilehti

Lancker, A., Velghe, A., Hecke, A., Verbrugghe, M., Noortgate, N., Grypdonck, Verhaeghe, M.S., Bekkering, G. & Beeckman, D. 2014. Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care. Journal of pain and symptom management

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim.

Lipponen, V. & Karvinen, I. 2014. Lupa lähteä, Hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokemana. Gerontologia.

Lipponen, V. & Karvinen, I. 2018. Isompiin käsiin annettu. Omaiset henkisen ja hengellisen hoidon tulkitsijoina saattohoidossa.

Viitattu: 1.10.2020 <https://journal.fi/uskonnotutkija/article/view/77403/38553>

Manitta, V., Philip, J. & Cole- Sinclair, M. 2009. Palliative care and the hematological patient: Can we live together? Journal of palliative medicine

Viitattu: 1.10.2020. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0267>

Mitchell, S.L., Morris, J. N., Park, P. S. & Fries, B. E. 2004. Terminal care for persons with advanced dementia in the nursing home and home care settings. *Journal of palliative medicine*.

Myllymäki, K. 2019. Saattaen vaihdettava. *Suomen lääkirilehti*. Viitattu: 21.11.2020 <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/ajassa/paakirjoitukset/saattaen-vaihdettava/>

Pelto, A-K., Hökkä, M., Kajula, O. & Kaakinen, P. 2019. Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliatiivisessa hoidossa. *Tutkiva Hoitotyö*

Päällysaho, P. 2020. Palliatiivisen hoidon asiantuntija. Viitattu 22.11.2020: <https://www.laurea.fi/koulutus/taydennyskoulutukset/palliatiivisen-hoidon-asiantuntija/>

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. *Duodecim*. Viitattu: 29.11.2020 <https://www-terveysportti-fi.ez.lapinamk.fi/xmedia/duo/duo14834.pdf>

Salminen A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto.

Viitattu: 15.11.2020. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sarradon- Eck, A., Besle, S., Troian, J., Capodano, G. & Mancini, J. 2019. *Journal of palliative medicine*. Understanding the barriers to introducing early palliative care for patients with advanced cancer

Siltala, P. 2017. *Elämän päättyessä*. Helsinki.

STM raportteja ja muistioita. 2017:44. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen.

Viitattu 25.10.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM raportteja ja muistioita. 2019:14. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa.

Viitattu 25.10.2020. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliatiivisen\\_hoidonjasaattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

STM raportteja ja muistioita 2019:68. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa.

Viitattu 25.10.2020. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM\\_2019\\_68\\_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

STM. Maija Miettinen.2020. Palliatiivinen hoito kuntoon Suomessa – riittävätkö suositukset?

Viitattu 5.11.2020 <https://stm.fi/-/maija-miettinen-palliatiivinen-hoito-kuntoon-suomessa-riittavatko-suositukset->

Sykli. Suomen ympäristöopisto. 2020. Ryhmätyöt ja keskustelut.

Viitattu 22.11.2020 <https://sykli.etapahtuma.fi/portals/5/draivi/sivu/124.html>

Suhonen, R. 2019. Ikääntyneiden hoidon pulmakivet. Tutkiva Hoitotyö.

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

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito) Duodecim. Viitattu: 22.11.2020

<https://www.kaypahoito.fi/khp00072>. 1.1.2020.

Terkamo-Moisio, A. 2018. Kuoleman läheisyydessä keskeistä on kohtaaminen. Tutkiva Hoitotyö.

Plonk Jr, W. M. & Arnold, R.M. 2005. Terminal Care: The last weeks of life. Journal of palliative medicine.

Viitattu: 7.10.2020. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.1042>

Pihlava, M. 2018. WHO julkaisi ICD-11 tautiluokituksen. Lääkärilehti.

Viitattu 21.11.2020. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/who-julkaisi-icd-11-tautiluokituksen/>

THL.2011. Tautiluokitus ICD-10. 3.painos.

Viitattu 20.11.2020. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tilastokeskus. Vastasyntyneiden elinajanodote sukupuolen mukaan vuosina 1971–2019. Viitattu 24.10.2020

[http://www.stat.fi/til/kuol/2019/01/kuol\\_2019\\_01\\_2020-10-22\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/kuol/2019/01/kuol_2019_01_2020-10-22_tie_001_fi.html)

Valvira. Elämän loppu vaiheen hoito. 2019. Viitattu: 1.11.2020

[https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito).

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Jyväskylä.



## LIITTEET

Liite 1. Kutsu

Liite 2. Kutsu

Liite 3. Learning cafe-työpajassa käytetty aihepaperi

Liite 4. Palliativinen ja saattohoito prosessi

KUTSU

SAATTOHOITOPROSESSIN KEHITTÄMINEN -LEARNING CAFE

11.11.2020 KLO 12.00

Yksikön neuvottelutila

Keskustellaan palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta

Ryhmäytyminen

Saattohoitoprosessin kehittäminen yksikössä, Learning Cafe menetelmä

KUTSU

SAATTOHOITOPROSESSIN KEHITTÄMINEN -LEARNING CAFE

19.11.2020 KLO 12.00

Yksikön neuvottelutila

Keskustellaan palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta

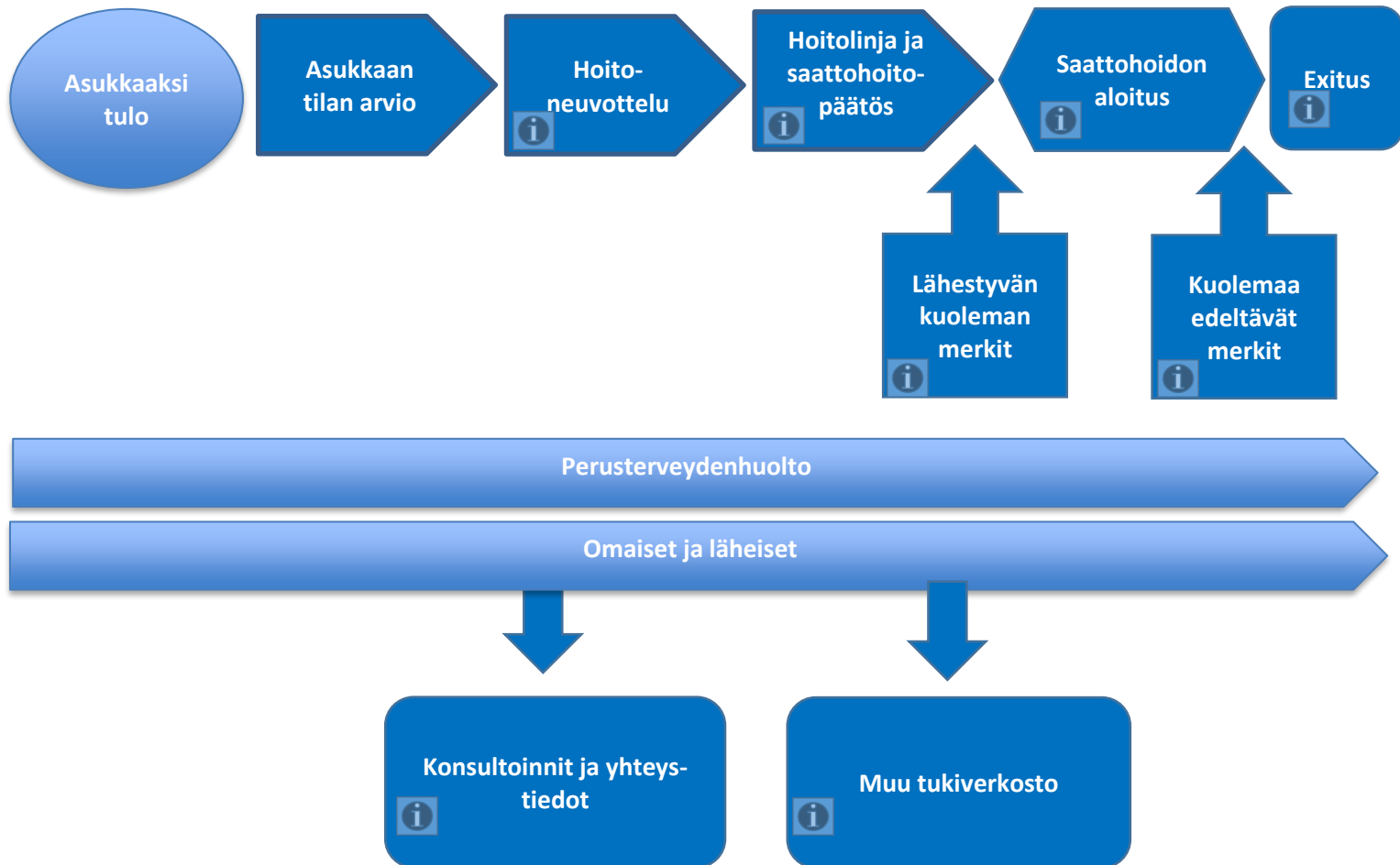
Ryhmäytyminen

Saattohoitoprosessin kehittäminen yksikössä, Learning Cafe menetelmä

## Liite 3

## Saattohoidon hyvät käytänteet ikäihmisten tehostetun palvelun hoivakodissataulukko

	Kuka tekee	Kuka huolehtii	Lisätietoja	Mistä löy- tyy/säilytys
PALLIATIIVI- NEN HOITO				
Hoitosuunni- telma				
Hoidon ra- jaukset				
Hengellisyys, kulttuuri, etni- set taustat				
Elämän loppu vaiheen toi- veet				
SAATTO- HOITO				
Kivun hoito				
Ravitsemus				
Ihon hoito				
Suun hoito				
Asento hoito				
EXITUS				
Vainajan laitto				
Omaisten oh- jaaminen				

Liite 3. Puhurin palliatiivinen- ja saattohoitoprosessi

## 1 Konsultoinnit

Talon lääkäri

Konsultaatio lääkäri (virka-aikana)

Konsultaatio lääkäri (ilta/yö/viikonloppu)

Kotisairaala

Kotisairaanhoido

Sauvosaaren sairaala os.1 ja os.2

Hoidontarpeen arvio

Akuuttiklinikka

Hautaustoimisto

## 2 Exitus

- Varmista kuolema
  - Tuntuuko asukkaan pulssi ranteessa/kaulalla/nilkassa
  - Huomio hengitystoiminnot
  - Tarkista reaktiot esim. kivulle
  
- Merkitse tarkka kuolinaika
- Soitto lääkärille ja omaisille tilanteesta
- Vainajanlaittoon lupa saadaan lääkäriltä (talon omalääkäri tai konsultaatiolääkäri)
- Soitto hautaustoimistoon
- Exitus-paketteja säilytetään yksikön varastossa
- Vainajan laitto
  - o Irrota kipupumppu, poista kipulaastarit
  - o Riisutaan omista vaatteista
  - o Pesu, silmät ja suu sidotaan kiinni
  - o Vaippa
  - o Puetaan vainajanpaita
  - o Täytä henkilötiedot ja kuolinaika paperi korttiin ja aseta se vainajan nilkkaan kiinni
  - o Päälle asetellaan peitelakana ja enkelipeitto ( Puhurin oma)
  - o Siisti huone ja avaa ikkuna raolleen
  - o Vainajan yöpöydälle sytytetään kynttilä ja tuodaan kukkia maljakkoon
- Kuolin tapahtuman yksityiskohtainen kirjaaminen asukastietojärjestelmään (Hilkka)

Kuolinsyyn selvittäminen ja kuolintodistus pyydetään virka-aikana talon lääkäriltä

**HUOMIO!** tässä vaiheessa ei ole enää kiire, vaan kunnioitetaan vainajaa rauhallisella työotteella. Vainajanlaitto tehdään aina yhdessä toisen hoitajan kanssa.

### 3 Muu tukiverkosto

- Sairaalapastori
- Diakonia päivystys
- Turvapoiju



#### 4 Saattohoito

- Saattohoito pyritään järjestämään omassa yksikössä, tutussa ympäristössä
- Huomioidaan hengellisyys ja kulttuuriin liittyvät erityispiirteet
- Huomioidaan asukkaan ja hänen läheistensä toiveet mahdollisuuksien mukaan
  - o omaisilla mahdollisuus olla läsnä hoivakodissa myös yöllä, omaisille tarjotaan ruokaa/juomaa
  - o mikäli asukkaalla ei ole läheisiä/omaisia hoitohenkilökunta pyrkii olemaan läsnä mahdollisimman paljon
- Saattohoito toteutetaan yhdessä perusterveydenhuollon kanssa (talon lääkäri)
- Hoivakotiin saadaan riittävästi sairaanhoidollista tukea (kotisairaala, kotisairaanhoido)
  - o kivun hoito, esim. kipupumppu

Asukashuone pyritään rauhoittamaan kaikelta ylimääräiseltä (äänet, hajut, pistävät valot)

Kaikki turhat toimenpiteet asukashuoneessa pyritään välttämään

- Asentohoito (kokovartalotyyny, tukityyny) puoli-istuva asento helpottaa hengitystä
- Ihonhoito, myös suun hoito
- Suun kostutus (yksiköstä löytyy tähän sitruunatikkuja, myös ruokaöljyllä limakalvojen kostuttaminen auttaa)
- Erittäminen (tarkkaile vatsantoimintaa, tarvittaessa laksatiivien käyttö; opioidit kovertaa vatsaa)
- Tuuleta huonetta, jotta huoneilma on hapekas
- Taustalle voi laittaa rauhoittavaa musiikkia, jotta hoivakodin äänet eivät kuulu huoneeseen
- Sälekaihtimilla huolehditaan, ettei aurinko paista asukkaan vuoteeseen
- Pidä kädestä kiinni, kosketa lempeästi, rauhoittele

## 5 Asukkaan tilan arvio

**Palliativinen** eli oireenmukainen hoito, on kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa. Sairauden tai taudin kulkuun ei enää voida olennaisesti vaikuttaa, silloin pyritään lievittämään ja ehkäisemään kärsimystä ja turvaamaan elämänlaatua.

**Saattohoito** on osa palliativista hoitoa. Se ajoittuu oletetun kuolinhetken välittömään läheisyyteen, viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Kuolemaa edeltävä hetki on vaikeaa ennustaa ja ajankohtaa määrittää.



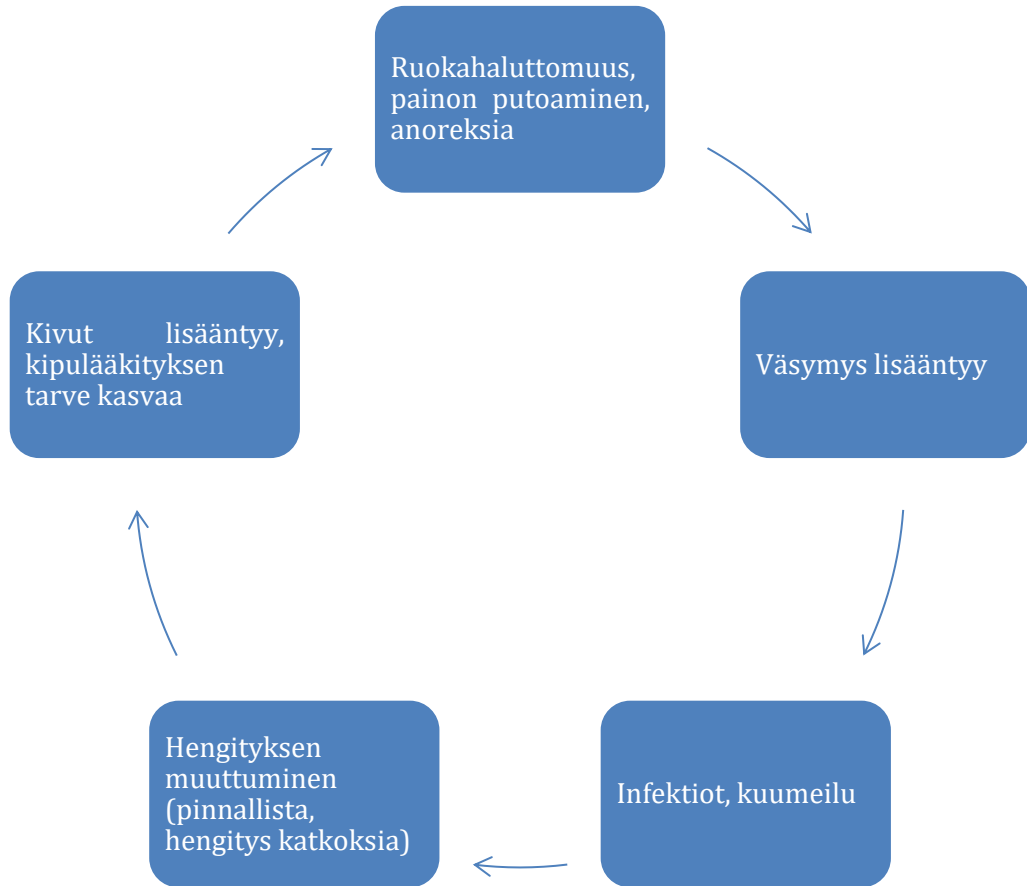
## 6 Hoitoneuvottelu

- Ennen saattohoitopäätöstä edeltää hoitoneuvottelut.
- Neuvotteluun osallistuvat potilas (mahdollisuuksien mukaan), lääkäri, omahoitaja tai sairaanhoitaja sekä potilaan suostumuksella läheinen.
- Hoitoneuvotteluissa käydään läpi kuolemaan johtavan sairauden etenemistä, hoitolinjoja, saattohoitoon liittyvää oireenmukaista hoitoa ja kaikki - sovitut asiat dokumentoidaan tarkasti potilasasiakirjoihin.
- Tilanteessa, jossa potilaalla ei ole omaisia tai mielipiteet eroavat hoitolinjasta, lääkärillä on lain mukaan oikeus hoitaa potilasta tavalla, jota hän pitää potilaan henkilökohtaisen edun mukaisena.

## 7 Hoitolinja ja saattohoitopäätös

- Saattohoitopäätös sisältää elvyttämättäjättämispäätöksen eli DNR-päätös.
- DNR-päätös voidaan kirjata myös erillisenä.
- Saattohoitopäätöksestä on tehtävä asianmukaiset merkinnät potilasasiakirjoihin eli hoitosuunnitelma.
- Hoitosuunnitelmasta on käytävä ilmi päätöksen tehnyt lääkäri, potilaan ja/tai läheisen kanssa asiasta käydyn keskustelun sisältö ja potilaan ja/tai omaisen kannanotto päätökseen ja päätöksen lääketieteelliset perusteet.
- Saattohoitopäätös on tärkeä lääkärin tekemä hoitopäätös.
- Päätöksestä on keskusteltava potilaan kanssa tai mikäli hän ei pysty päättämään hoidostaan itse, keskustellaan läheisten kanssa.

## 8 Lähestyvän kuoleman merkit



## 9 Kuolemaa edeltävät merkit

