

**OPINNÄYTETYÖ**

**Kukkala Merja, Salmela Veera**

**2012**

**SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖ**  
**Opas kotisairaalan ja palvelutalojen**  
**henkilökunnalle**



**Rovaniemen**  
**ammattikorkeakoulu**  
University of Applied Sciences  
LUC

**HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA**

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA

Opinnäytetyö

**SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖ**  
**Opas kotisairaalan ja palvelutalojen henkilökunnalle**

Kukkala Merja  
Salmela Veera

2012

Rovaniemen kaupungin kotisairaala

Ohjaaja Outi Törmänen

Hyväksytty 21.11 2012

---

<b>Tekijät</b>	Merja Kukkala Veera Salmela	Vuosi	2012
<b>Toimeksiantaja Työn nimi</b>	Rovaniemen kaupungin kotisairaala Saattohoitopotilaan hoitotyö Opas kotisairaalaan ja palvelutalojen henkilökunnalle		
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	44+1		

---

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli valmistaa saattohoito-opas Rovaniemen kaupungin kotisairaalan yksikköön. Tavoitteena on tukea saattohoitoa toteuttavien henkilöiden ammattitaitoa, jotta potilaat saisivat mahdollisimman laadukasta ja tarkoituksenmukaista hoitoa. Oppaan avulla on mahdollista yhteinäistää saattohoitokäytäntöjä ja siten parantaa hoitotyön laatua Rovaniemen kaupungin kotisairaalassa ja palvelutaloissa.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja prosessin tuloksena on opas sekä raporttiosuus. Kirjalliseen raporttiin sisältyy teoriaosuus, kuvaus oppaan tuoteistamisprosessista sekä uusinta tutkittua ja ajankohtaista tietoa saattohoidosta. Työ pohjautuu sosiaali- ja terveysministeriön 2010 laatimiin saattohoitosuosituksiin, joiden tarkoituksena on tehdä saattohoidosta suunnitelmallisempaa sekä ohjata saattohoidon käytäntöjä koko maassa.

Kirjallisessa raportissa käsitellään kotisairaalan roolia osana saattohoitoa kodinomaisessa ympäristössä, joka käsittää palvelutalot. Työhön sisältyy suositukset, lait ja eettiset ohjeet, jotka ohjaavat ammattihenkilöstöä toteuttamaan laadukasta saattohoitoa. Raportissa käydään läpi kuolevan potilaan hoitolinjaukset, oireenmukaiset hoitotyön auttamismenetelmät ja ohjeistusta kuoleman kohdatessa.

Saattohoito-opas on toteutettu tuotekehitysprosessin mukaisesti. Opas on painatettu kirjallisena vihkomuodossa sekä annettu sähköisenä versiona kotisairaalan hoitohenkilökunnalle.

Avainsanat Kotisairaala, saattohoito, kodinomainen ympäristö, hoitolinjaukset, oireenmukainen hoitotyö

Muita tietoja Työhön liittyy kirjallinen opas

---

<b>Authors</b>	Merja Kukkala Veera Salmela	Year	2012
<b>Commissioned by</b>	Rovaniemi City Home Hospital		
<b>Subject of thesis</b>	End-Of-Life Care – A Guide for Home Hospital and to The Staff of Assisted Living Facilities		
<b>Number of pages</b>	44+1		

---

The purpose of our thesis was to make a end-of-life care guide to the home hospital unit of the town of Rovaniemi. The objective was to foster the professional skills of the persons who carry out end-of-life care so that the care that the terminally ill patients get would be of as high quality and appropriate as possible. With the guide's help it is possible to unify the end-of-life care practices and thus it improves the quality of the nursing of the town of Rovaniemi in home hospital and service houses.

The written report includes a theory part, a description of the making process of the guide, a marketable product and the newest examined and current information about end-of-life care. The thesis is based on the Ministry of Social Affairs and Health 2010 recommendations to make the end-of-life care more systematic and directed in the whole of Finland.

In the written report the role of the home hospital as a part of the end-of-life care is dealt with. This comprises the hospis environment and the assisted living facilities. The work includes the recommendations, laws and ethical instructions which direct professional staff to carry out high-quality end-of-life care. In the report the dying patient's care recommendations, the symptomatic helping methods nursing and the guidelines for encountering patient are dealt with.

End-of-life care guide has been made according to a product development process. The guide has been printed in a book form and it has been given to the nursing staff of the home hospital as an electronic version.

Key words	Home hospital, end-of-life care, a hospis environment, care lines, symptomatic nursing
Special remarks	The thesis includes a guide

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET</b> .....	<b>3</b>
<b>3 SAATTOHOITO KODINOMAISESSA YMPÄRISTÖSSÄ</b> .....	<b>4</b>
3.1 SAATTOHOITO .....	4
3.2 KOTISAIRAALAHOITO .....	4
3.3 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOYMPÄRISTÖ .....	6
<b>4 SAATTOHOITOPOTILAAN EETTISET PERIAATTEET, SUOSITUKSET JA OHJAAVAT LAIT</b> .....	<b>8</b>
4.1 EETTISYYS SAATTOHOIDOSSA .....	8
4.2 VALTAKUNNALLISET SAATTOHOITOSUOSITUKSET .....	9
4.3 SAATTOHOITOA OHJAAVAT LAIT .....	9
<b>5 HOITOLINJAUKSET SAATTOHOIDOSSA</b> .....	<b>11</b>
5.1 HOITOTAHTO .....	11
5.2 DNR-PÄÄTÖS .....	13
5.3 PALLIATIIVINEN HOITOLINJAUS .....	14
5.4 SAATTOHOITOPÄÄTÖS .....	15
<b>6 SAATTOHOITOPOTILAAN OIREEN MUKAISET HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄT</b> .....	<b>18</b>
6.1 FYYSISET OIREET JA NIIDEN HOITO .....	18
6.1.1 Kivunhoito .....	18
6.1.2 Hengitystieoireet ja hoito .....	22
6.1.3 Ruoansulatuskanavan oireet ja hoito .....	24
6.1.4 Iho-oireet ja turvotus .....	26
6.1.5 Väsymysoireyhtymä eli fatigue .....	27
6.2 PSYYKKISET OIREET JA HOITO .....	27
6.3 HENGELLINEN TUKI .....	29
6.4 KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ JA JÄLKEEN .....	30
6.5 OMAISET OSANA SAATTOHOITOA .....	31
<b>7 SAATTOHOITO-OPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI</b> .....	<b>33</b>
7.1 OPPAAN IDEOINTI .....	33
7.2 LUONNOSTELUSTA KEHITTELYVAIHEESEEN .....	34
7.3 VIIMEISTELYVAIHE .....	35
<b>8 POHDINTA</b> .....	<b>37</b>
8.1 OPPAAN JA PROSESSIN ARVIOINTI .....	37
8.2 AMMATILLISUUDEN KEHITTYMINEN .....	39
8.3 SUOSITUKSIA TOIMEKSIANTAJALLE .....	40
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>41</b>

## 1 JOHDANTO

Saattohoitoa tarvitsee Suomessa arvion mukaan noin 15 000 ihmistä vuosittain. Puolet heistä voidaan hoitaa kotona kotisairaalan tai kotisairaanhoidon turvin. Muut saattohoidon piiriin kuuluvat hoidetaan sairaalassa tai saattohoitoon erikoistuneissa hoitokodeissa. Palliatiivista hoitoa toteutetaan Suomessa vuosittain 200 000-300 000 potilaan kohdalla. (Valvira 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11.) Viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana on kuolevan potilaan hoitaminen tullut yhdeksi keskeisemmäksi terveydenhuollon osaamisalueeksi. 1980-luvun lopulla puhuttiin vielä käsitteestä "terminaalihoito", joka on ajan kuluessa muuttunut saattohoitokäsitteeksi. Molempien käsitteiden takana on kuolevan potilaan hoito. (Grönlund–Huhtinen 2011, 9–10.)

Vuonna 2010 uudistettujen valtakunnallisten saattohoitosuosituksen tavoitteena on ohjata saattohoitokäytäntöjä koko maassa ja tehdä siitä suunnitelmallisempaa. Saattohoitosuosituksissa käsitellään kuolevan ihmisen hoitoa, hoidon suunnittelua ja järjestämistä sekä henkilöstön osaamista. Suositusten periaatteena on, että ihminen voi kuolla toivomassaan paikassa kuten kotona, palvelutalossa, vuodeosastolla, vanhainkodissa tai muussa asumisyksikössä. Lähellä kuolemaa olevan henkilön siirtelyä paikasta toiseen on vältettävä. Suositusten tärkeimpänä tarkoituksena on taata jokaiselle kuolevalle ihmiselle oikeus hyvään kuolemaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010,11, 30–31.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on tutkinut ennen saattohoitoon liittyvien suositusten laatimista suurten kaupunkien sairaanhoitopiirien ohjeistuksia sekä käytäntöjä saattohoidosta. Tutkimuksessa on käynyt ilmi, että kuolevan potilaan hoitotyön kehittäminen on ollut kirjavaa ja hoitohenkilöstön koulutus on jäänyt kauas nykyisistä vaatimuksista, joka on huolestuttavaa, koska henkilöstön työnkuvaan kuuluu saattohoitaminen. (Grönlund–Huhtinen 2011, 31–32.)

Tämän opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen. Teemme saattohoitoppaan Rovaniemen kaupungin kotisairaalan toimeksiantamana. Uusien saattohoitosuositusten myötä Rovaniemen kaupungin kotisairaalan henkilökunta on syksystä 2011 lähtien ohjeistanut palvelutalojen henkilökuntaa hy-

vään saattohoitamiseen. Valtakunnallisissa saattohoitosuosituksissa keskeistä on potilaan oikeus kuolla haluamassaan paikassa, jolloin myös palvelutaloissa on aloitettu toteuttamaan saattohoitoa. Ohjeistamisen tueksi kotisairaalan sekä palvelutalojen henkilökunta ovat halunneet kirjallista saattohoitopasta. Oppaan sisältö on laadittu yhteistyössä saattohoitoa toteuttavan henkilökunnan kanssa, jotta se olisi mahdollisimman tarkoituksenmukainen.

Opinnäytetyössä saattohoitopotilaan hoitoympäristönä on koti, joka käsittää palvelutaloasumisen. Kuolevan potilaan perusoikeutena on saada laadukas saattohoito riippumatta, mihin hän elämän loppuvaiheen hoidon haluaa. Saattohoitopotilaan hoitotyötä toteuttavat hoitotyöntekijät, kuten sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Hoitotyöntekijän ammattitaito on hoidon onnistumisen ja laadun kulmakivenä. Näin ollen saattohoidon toteuttaminen edellyttää hoitotyöntekijöiden ja moniammatillisen tiimin yhteistyötä. Tiimiin voivat kuulua esimerkiksi lääkäri, kotisairaalan sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaali- ja vapaaehtoistyöntekijä sekä pappi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17–20).

## 2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallinen ja sähköinen opas, jonka sisältämä tieto perustuu luotettavaan ja ajantasaiseen tietoon saattohoidosta, huomioiden nykypäivän valtakunnalliset saattohoitosuosituksot. Tarkoituksena on tiivistää ja koota yhteen ajantasaista tietoa saattohoidon toteuttamisesta palvelutalojen henkilökunnalle.

Opinnäytetyön tavoitteena on tukea saattohoitoa toteuttavien hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa, jotta saattohoitopotilaat saisivat mahdollisimman laadukasta ja tarkoituksenmukaista hoitoa. Oppaan avulla on mahdollista yhtenäistää saattohoitokäytäntöä ja siten parantaa hoitotyön laatua Rovaniemen kaupungin kotisairaalassa ja palvelutaloissa. Oppaan avulla voidaan myös tunnistaa mahdollisia kehittämistarpeita saattohoitopotilaan hoitotyössä. Lisäksi tavoitteenamme on kehittää omaa osaamistamme saattohoidosta, jota voimme hyödyntää omassa työssämme tulevana sairaanhoitajina.



### **3 SAATTOHOITO KODINOMAISESSA YMPÄRISTÖSSÄ**

#### **3.1 Saattohoito**

Saattohoito on viimevaiheen hoitoa, jossa elinaikaa arvellaan olevan enintään päivistä viikkoihin. Ajallisesti ennusteen määrittäminen on kuitenkin haastavaa. Saattohoitajakso on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, jossa ihminen saatellaan hänen elämän viimeiselle matkalleen. Saattohoitoon siirtymisen perusteina on potilaan parantumaton, etenevä sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa tai potilas on hoidoista kieltäytynyt. Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään saattohoitoon. (Heikkinen–Kannel–Latvala 2004, 19–20.)

Saattohoidossa korostuu erityisesti potilaan itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys ja ihmisarvonkunnioitus. Saattohoitoon siirrytään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Omaiset ovat myös mukana hoitoneuvottelussa ja heitä kuunnellaan, mutta heidän etunsa ei saa kuitenkaan ohittaa potilaan etua. (Heikkinen ym. 2004, 21–22.) Yleisesti saattohoidon periaatteita ovat turvallinen ja jatkuvahoitosuhde, lähiverkoston huomioiminen, psykologinen tuki ja elämänlaadun maksimointi. Hoito on kokonaisvaltaista, huomioiden potilaan ja omaisten tarpeet ja auttamismenetelmät. Tärkeintä on potilaan kärsimyksen ja oireiden lievitys. (Hägg–Rantio–Suikki–Vuori–Ivanoff–Lahtela 2007, 154.) Potilaan hyvän perushoidon lisäksi, hänen psyykkisiin, hengellisiin ja fyysisiin tarpeisiin vastataan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11).

#### **3.2 Kotisairaalahoito**

Kotisairaalahoitoa voidaan antaa vuodeosastohoidon sijasta ympärivuorokautisesti potilaan kotona, palvelutaloissa tai ympärivuorokautisissa hoivakodeissa. Kotisairaalahoidossa olevalle potilaalle tulee tarpeen mukaisesti järjestää sairaalahoito. Potilasaineisto on laaja, mutta pääosin hoidontarve koostuu infektipotilaista, joilla on tarve suonensisäiseen lääkitykseen. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat keskeisiä hoidon ja hoitotyön alueita kotisairaalassa. Kotisairaalahoidon edellytyksenä on, että potilas haluaa hoidon kotiin ja sitoutuu hoitoon. Hoidossa on tärkeää hyvän luottamussuhteen syntyminen ja tämän mahdollistaa läsnäolo, jatkuvuus, joustavuus, tilanneherkyys sekä kiireettömyys kotona. (Hägg ym. 2007, 139–141,172.)

Hoidossa mahdollistetaan parantumattomasti sairaan ihmisen yksilöllinen, turvallinen ja korkeatasoinen hoito kuoleman lähestyessä. Kotisairaalassa on saatavilla lääkäripalvelut ja toiminnan lähtökohtana on korkeatasoinen hoitotyön osaaminen sekä ammatillisuus. Kotisairaala mahdollistaa sairaalavälineistön saattohoidettavan kotiin. Näitä välineitä ovat esimerkiksi sairaalasankey, infuusiovälineet, kipupumppu, happirikastin ja imuvälineet. Lääkäri tekee kotikäyntejä potilaan luona tai on tarvittaessa puhelinkontaktissa. (Saarelma 2005, 205–206.) Potilaalla, omaisilla ja palvelutalon henkilökunnalla tulee olla mahdollisuus saada yhteys kotisairaalan henkilökuntaan ympärivuorokautisesti (Grönlund–Huhtinen 2011, 102).

Rovaniemellä kotisairaalahoido on sairaalatasoista hoitoa, joka toteutetaan sairaanhoitajan toimesta, joko potilaan kotona, palvelutalossa tai kotisairaalan tiloissa. Rovaniemellä kotisairaalan potilasaineisto koostuu pääsääntöisesti infektio- ja saattohoitopotilaista. Kotisairaala on avoinna 7-21 ympärivuotisesti. Jokaisen potilaan kohdalla käynnit sovitaan hoitotarpeen mukaisesti 1-3 kertaa vuorokaudessa tai potilaan luona käydään ainoastaan tarvittaessa. Lääkärin kotikäynnit ja vastaanotto sovitaan erikseen jokaisen potilaan kohdalla. Kotisairaalan ollessa kiinni, potilailla on mahdollisuus soittaa terveyskeskuksen osasto A1:lle kaikkina vuorokauden aikoina. Kotisairaalahoitoon kuuluu mahdollisuus tulla osastolle, jos potilaan hoito niin vaatii. (Rovaniemi 2012.)

Lintulan ja Kiljan (2007) tutkimuksessa potilaiden kokemuksista Rovaniemen kotisairaalassa selvisi, että hoito kotona koettiin kokonaisvaltaisempaan kuin sairaalassa ja hoito kotiympäristössä koettiin käytännöllisenä ja helppona. Potilaat kokivat olevansa etuoikeutettuja saadessaan hoidon kotiin. Tutkimuksessa tärkeimmiksi kotisairaalahoidon periaatteiksi nousivat turvallisuus, yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus. Tutkimuksessa nousivat esille, että potilaat saivat liian vähän informaatiota jatkohoitoon lähettävältä taholta. Potilaille ei kerrottu selkeästi mahdollisuudesta saada kotiin hoitoa ja siitä miten hoito jatkuu kotona. Potilaat usein sekoittavat kotisairaalahoidon ja kotisairaanhoidon.

### 3.3 Saattohoitopotilaan hoitoympäristö

Potilaan edun ja oikeuden mukaista on, että hän saa kuolla haluamassaan paikassa. Saattohoitopotilaalle tarjotaan palvelut sinne missä hän asuu ja elää tai on hoidossa. Saattohoitoa voidaan toteuttaa eri asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla ja saattohoitokodeissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 1.) Kotisaattohoidon periaatteet tulee toteutua potilaan hoitoympäristöstä riippumatta (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 13).

Saattohoitopotilaan hoitoympäristö on tässä opinnäytetyössä kodinomainen ympäristö, joka käsittää palvelutaloasumisen. Potilaan koti on haastava hoitotyön ympäristö koska se on samalla hoitajan työympäristö ja hoidettavan koti, jossa toimitaan potilaan ehdoilla. Kotona kuoleminen perustuu potilaan omaan tahtoon. Kotikuoleman edellytyksenä on ympärivuorokautinen hoito joko omaisten tai hoitohenkilökunnan taholta. Hoito voidaan toteuttaa myös molempien osapuolien yhteistyöllä. Hyvin toteutuessaan saattohoito on moniammatillisen työryhmän toteuttamaa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. (Heikkinen ym. 2004, 20.) Omaisten lisäksi palvelutaloissa hoitoon osallistuvat mm. kotisairaalan sairaanhoitajat, kodinhoitajat, kotisairaanhoitajat, lääkäri ja mahdollisesti fysioterapeutti. Kuolevalla ihmisellä on mahdollisuus saada tukea myös syöpäjärjestön tukihenkilöltä ja seurakunnan työntekijöiltä. Omaisille on aina järjestettävä mahdollisuus olla läheisensä vierellä ympärivuorokautisesti. (Heikkinen ym. 2004, 106–107; Hägg ym. 2007, 169.)

Tavoitteena on, että kaikki saisivat viettää elämän viimeiset hetket siellä missä haluavat. On muistettava, että oli koti ryhmäkoti, vanhainkoti tai palvelutalo niin se on kuolevan ihmisen oma koti. Toivottavaa on, että häntä ei siirretäisi omasta kodista kuolemaan vuodeosastolle, mikäli hän kotisaattohoitoa haluaa. Pääosin kodinomaisissa hoitopaikoissa kuoleminen on riippuvainen hoitohenkilökunnan uskalluksesta ja halusta toteuttaa saattohoitoa. Palvelutalojen henkilökuntaa kouluttamalla ja ammattitaitoa vahvistamalla saadaan enemmän uskallusta ja varmuutta saattohoidon toteuttamiseen. (Heikkinen ym. 2004, 104.)

Kaapelin ja Kujalan (2006, 47) tutkimuksessa hoitohenkilökunnan mahdollisuuksista hyvään saattohoitoon vanhainkodissa selvisi, että suurin osa hoita-

jista pitää itseään tarpeeksi koulutettuina toteuttamaan saattohoitoa. Siitä huolimatta suurin osa haluaisi lisäkoulutusta aiheesta. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi aikaa toteuttaa hyvää ja laadukasta saattohoitoa. Kivun hoito ei ole hyvää vanhainkodissa ja kipulääkityksen porrastusasteikkoa ei pystytä siellä käyttämään. Johtuneeko tämä koulutuksen vähydestä vai onko kivun hoitoa vaikea toteuttaa esim. iv-lääkityksellä vanhainkodissa, koska hoitohenkilökunnalla ei ole tarvittavia lupia toteuttaa suonensisäistä lääkitystä.

Saattohoitopotilaan kotona hoitoympäristön muokkaaminen ergonomiseksi on vaativaa. Olennaista hoitajalle on ymmärtää kodin merkitys. Käytännönjärjestelyistä sovitaan yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Kotona keskeisessä asemassa on potilaan ja hänen omaistensa ohjaus sekä palvelutalon henkilökunnan riittävä neuvonta, jotta potilas saisi tarkoituksenmukaista hoitoa. Potilasta ja hänen läheisiään kuunnellaan ja toiveet sekä tarpeet otetaan huomioon. Oma koti luo turvallisuutta ja lisää hallitsevuutta omaan elämään. Sairaalarutiineja ei ole ja ympärillä on omat tutut esineet. Hoitajalta vaaditaan hienotunteisuutta, nöyryyttä, kunnioitusta ja herkkyyttä. (Grönlund–Huhtinen 2011, 97–98; Saarelma 2005, 204.)

## **4 SAATTOHOITOPOTILAAN EETTISET PERIAATTEET, SUOSITUKSET JA OHJAAVAT LAIT**

### **4.1 Eettisyys saattohoidossa**

Saattohoito on arvoihin perustuvaa toimintaa, jossa yksilön oikeuksia ovat ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, yksilön oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Saattohoidossa ihmisarvon kunnioittaminen merkitsee hyvän hoidon antamista, potilaan kunnioittamista ja hänen mielipiteidensä sekä toiveidensa arvostamista. Yhdenvertaisuuden periaate terveydenhuollossa merkitsee jokaisen potilaan hyvää kohtelua riippumatta iästä, sukupuolesta, terveydentilasta, vammaisuudesta, uskonnosta tai muista henkilöön liittyvistä seikoista. Oikeus elämään tarkoittaa elämän vähimmäisedellytyksien turvaamista. Henkilökohtainen vapaudensuoja merkitsee saattohoitopotilaan kohdalla sitä, että häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä aina kuolemaan saakka. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 7; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 13.)

Kuolevan ihmisen hoitotyön eettiset lähtökohdat ovat samat kuin yleensäkin hoitotyössä. Lisävaatimuksia aiheuttavat kuoleman lähestymisen tietoisuus, itsemääräämisoikeuden tukeminen ja potilaan auttaminen selkeyttämään elämänsä kannalta keskeiset asiat. Saattohoitopotilaan hoitotyössä totuuden kertominen ja aito rehellisyys potilaalle ovat luottamuksellisen viimeisen hoitosuhteen tärkein peruselementti. Potilaalle tulee kertoa hänen tilanteestaan totuuden mukaisesti ja tiedon tulee perustua lääke- ja hoitotieteeseen. (Leino–Kilpi–Välimäki 2008, 311, 314.)

Saattohoidon eettinen perusta löytyy mm. terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista ja kuolevaa potilasta koskevista suosituksista ja julistuksista (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 7). Suomen sairaanhoitajaliiton eettisissä ohjeissa määritellään, että ammattihenkilön tulee kohdata potilas arvokkaana ihmisenä ja luoda hoitokulttuuri, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, tavat ja vakaumus. Ammattihenkilö auttaa kaiken ikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Hän palvelee yksilöitä ja perheitä sekä pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan jolloin heidän elämänlaatunsa paranee. Hän kunnioittaa potilaan itse-

määräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuden osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi ammattihenkilön tulee kehittää omaa ammattitaitoaan. (Grönlund–Huhtinen 2011, 20.)

#### **4.2 Valtakunnalliset saattohoitosuosituks**

Vuonna 2010 uudistetuissa valtakunnallisissa saattohoitosuosituksissa tavoitteena on tehdä saattohoidosta suunnitelmallisempaa sekä ohjata saattohoidon käytäntöjä Suomessa. Suositukset ovat tarkoitettu kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden käytettäväksi. Ne koskevat kuolevan ihmisen hoitoa, hoidon suunnittelua, järjestämistä ja ammattihenkilöstön osaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31.)

Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen oikeus. Saattohoitosuosituksissa korostuvat kuolevan ihmisen ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus. Suositusten mukaan saattohoidon aloittaminen tulee aina perustua kirjalliseen hoitosuunnitelmaan, jonka laativat yhdessä hoitaval lääkäri, potilas itse ja mikäli potilas sallii niin myös omaiset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 7,30.)

Saattohoitosuositusten periaatteena on, että kuoleva ihminen voi kuolla toivomassaan paikassa läheistensä ympäröimänä ja lähellä kuolemaa olevan henkilön siirtelyä paikasta toiseen on vältettävä. Saattohoitoa voidaan järjestää potilaan toivomuksesta hänen kotonaan, kodinomaisessa ympäristössä tai sosiaali- ja terveydenhuollon julkisessa tai yksityisessä laitoksessa. Terveyskeskuksilla ja sairaanhoitopiireillä on vastuu saattohoidon järjestämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31.)

#### **4.3 Saattohoitoa ohjaavat lait**

Saattohoidossa oikeudellisena perustana ovat Suomen perustuslain (731/1999) perusoikeudet, terveydenhuollon perussäännökset, terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettiset ohjeet sekä kuolevaa potilasta koskevat suositukset ja julistukset (Hägg ym. 2007, 155). Lisäksi saattohoitoa ohjaavat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), myöhemmin potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaiki (1062/1989). Oman painoarvon saatto-

hoitoon antaa Maailman lääkäriiliiton julistus (1995, 2005), jonka mukaan kuolevalla potilaalla on oikeus ihmisarvoiseen saattohoitoon ja apuun, jotta kuolema olisi ihmisarvoinen ja rauhallinen. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 8.)

Saattohoitopotilaita hoitava ammattihenkilö on työssään lainsäädännön alainen (Grönlund–Anttonen–Lehtomäki–Agge 2008, 12). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) ja ammattihenkilöiden eettiset koodit määrittelevät sen, että jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuutena on hoitaa potilasta hyvin koulutuksen ja kokemuksensa perusteella sekä lievittää potilaan kärsimyksiä. Hoitotyöntekijöiden tulee täydentää jatkuvasti ammattitaitoaan. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 7.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998) määrittelee potilaan itsemääräämisoikeuden, joka merkitsee käytännössä sitä, että hoitoon tarvitaan potilaan suostumus. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidoista, joka koskee myös hoitoja, joiden tekemättä jättäminen johtaa potilaan vaikeaan vammautumiseen tai kuolemaan. Mikäli potilas ei kykene itse päättämään hoidoistaan, hoitoon tulee saada laillisedustajan, lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 8.) Potilasta ei voida hoitaa hänen tahtonsa vastaisesti kuin tilanteissa, jotka ovat erikseen määriteltä lainsäädännössä (mielenterveyslaki, päihdehuoltolaki, tartuntatautilaki, kehitysvammaisten erityishuollosta annettu laki). Potilaan itsemääräämisoikeus säilyy hänen kuolemaansa asti. (Grönlund ym. 2008, 14–18.)

## 5 HOITOLINJAUKSET SAATTOHOIDOSSA

### 5.1 Hoitotahto

Hoitotahto eli hoitotestamentti on yksilön tahdonilmaisu hänen tulevista hoidoistaan ja se voidaan tehdä siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavaan syyn vuoksi. Tahdossa voi ilmaista erityistoiveita hoidon suhteen tai kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. (Halila–Mustajoki 2012; Harjulehto 2012, 153; Grönlund–Huhtinen 2011, 21–22.) Hoitotahto käsittää kuoleman läheisyyteen liittyvät hoitotoimenpiteet (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 8).

Hoitotahdon voi laatia vapaamuotoisesti, valmiita lomakkeita ei ole pakko käyttää. Tärkeintä on, että siinä käy yksiselitteisesti ilmi tekijän omatahto hoitolinjoista. Asiakirja on hyvä päivätä, allekirjoittaa ja todistaa allekirjoitus oikeaksi. Suositeltavaa on, että hoitotahdon sisältö käydään todistajien kanssa läpi, jotta he voivat tarpeen tullen vakuuttaa laatijan tahdon. (Harjulehto 2012, 154.) Hoitotahto on voimassa ilman todistajiakin mutta kahden perheeseen tai lähisukuun kuulumattoman henkilön käyttämistä todistajina suositellaan (Halila–Mustajoki 2012). Sitovuuden edellytyksenä on, että hoitotahto on laadittu täydessä ymmärryksessä ja vapaasta tahdosta (Vainio–Hietanen 2004, 396).

Ennen hoitotahdon tekemistä laatijan olisi hyvä keskustella omaistensa tai läheistensä ja mahdollisen omalääkärin kanssa siitä, että mikä on hänen omatahto, arvot ja niiden tärkeysjärjestys (Harjulehto 2012, 153). Erityisesti onnettomuuksien ja sairauskohtausten varalta on hyvä, että hoitotahdon laatija on kertonut läheisilleen hoitotahdostaan ja siitä, että mistä se löytyy (Valvira 2012). Hoitotahdossa voidaan myös valtuuttaa toinen henkilö tekemään tarvittavat hoitopäätökset laatijan puolesta (Halila–Mustajoki 2012).

Hoitotahto on potilaslain säännösten myötä tunnustettu oikeudellisesti päteväksi tahdonilmaisuksi (Harjulehto 2012, 154). Hoitotahto on lääkäriä ja muuta terveydenhuollon ammattihenkilöstöä sitova sekä omaisia ohjaava virallinen asiakirja, ellei ole perusteltua syytä epäillä, että potilaan tahto olisi hoito-



tahdon laatimisen jälkeen muuttunut (Halila–Mustajoki 2012). Hoitotahdolla on suuri merkitys erityisesti silloin, kun lääkärin ja omaisten näkemykset hoitolinjoista ovat erilaiset (Vainio–Hietanen 2004, 36). Potilasasiakirjoihin tulee tehdä potilaan itsensä varmentama selkeä ja yksiselitteinen merkintä hoitotahdosta tai liitettävä niihin erillinen potilaan tahtoa ilmaiseva valtakirja. Lisäksi asiakirjoista tulee käydä ilmi, että potilaalle on annettu riittävä selvitys siitä, että mitä hänen tahtonsa noudattamisesta voi seurata. (Valvira 2012.)

Immosen (2005, 43) tutkimuksessa hoitajien tietämyksestä potilaan asemasta ja oikeuksista säädetystä laista selvisi, että tutkimukseen osallistuneiden hoitajien tietämys hoitotahdosta oli tyydyttävää tasoa. Enemmistö tutkimukseen vastanneista ei tiennyt mm, siitä ettei hoitotahdosta säädetä suoraan potilaslaissa. Tietämys siitä, kuinka potilaan hoitotahtoa tulisi kunnioittaa kaikissa hoitotoimenpiteissä, oli myös heikkoa. Tutkimuksessa huomionarvoista oli se, että perushoitajilla oli esimiehiään huomattavasti paremmin hallussa tieto siitä, että mikäli potilaan hoitotahto ei ole tiedossa tulee potilaan laillista edustajaa kuulla ennen hoitojen aloittamista.

Hoitotahto on voimassa vain silloin, kun potilas ei ole kykenevä itse tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. Se ei ole voimassa jos potilaan odotetaan toipuvan sairaudesta esimerkiksi aiemmin terve henkilö saa sairauskohtauksen, jonka hoitoennuste on hyvä. Hoitotahdolla ei ole selkeitä määryksiä voimassaoloajasta, joten se on periaatteessa voimassa pysyvästi. Suositeltavaa on, että hoitotahdon tekijä tarkistaa sisällön aika ajoin koska on mahdollista lääketieteen kehityksen vuoksi, että jonkin vakavan taudin hoidon mahdollisuudet ja ennusteet ovat muuttuneet hoitotahdon laatimisen jälkeen. (Halila–Mustajoki 2012.) Tahto ei sulje pois aktiivisia hoitoja jos niistä on hyötyä vaikeiden oireiden lievittämisessä (Vainio–Hietanen 2004, 369).

Hoitotahdon laatinut henkilö, joka on kelpoinen ilmaisemaan tahtonsa voi peruuttaa sen suullisesti, kirjallisesti, hävittämällä asiakirjan kopioineen tai antamalla uuden tahdonilmaisun hoidoistaan. Uusin esitetty tahdonilmaisuus mitätöi aiemmat suulliset ja kirjalliset hoitotahdot. Terveystieteiden ammattihenkilöiden tulee huolehtia siitä, että suullisesti ilmaistu hoitotahto ja sen peruuttaminen kirjataan potilasasiakirjoihin, mikäli potilas ilmaisee hoitotahdonsa

sairaalahoidon aikana. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 9; Valvira 2012.)

Lindgrenin, Lindholmin ja Vikmanin (2010, 20) tekemässä tutkimuksessa sairaanhoitajien kokemuksista kuolemaa lähestyvän vanhuksen hoidossa tuli ilmi, että kuinka tärkeäksi ja merkitykselliseksi hoitolinjoja selkeyttäväksi asiaksi hoitotahto miellettiin. Tahdon laatimisen nähtiin myös olevan helpottavana tekijänä hoitohenkilökunnan ja omaisten välisessä yhteistyössä. Hoitotahdon koettiin toimivan potilaan turvana sekä omaisten ja hoitohenkilökunnan tukena. Lisäksi sen katsottiin tukevan potilaan tahdon toteutumista.

## 5.2 DNR-päätös

Päätös elvyttämättä jättämisestä (do not resuscitate, DNR- päätös) on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös pidättäytyä potilaan paineluelvytyksestä ja sydämen sähköisestä tahdistuksesta jos sydämen toiminta pysähtyy. Päätöksestä käytetään myös nimityksiä ”salli potilaan luonnollinen kuolema”, AND-päätös eli allow natural death. (Valvira 2012.) Kansainvälisesti on yleisyydessä nimitys DNAR eli do not attempt resuscitation. Vakiintunutta suomenkielistä termiä päätökselle ei ole. (Varpula–Skrifvars–Varpula 2006.)

DNR-päätös perustuu arvioon siitä, että potilaan perussairaudet ovat niin vaikeita, että potilaan tila ei todennäköisesti palautuisi elvyttämisen jälkeen. Lääkärin tehdessä päätöstä on hänen otettava huomioon potilaan perussairauksien ennuste ja tiedot potilaan elimistön jäljellä olevista voimavaroista. Tilanteessa arvioidaan erityisesti sitä, että onko elvytyksestä potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä. Päätös ei vaikuta potilaan muihin hoitoihin. (Valvira 2012.) Potilaan oireita edelleen helpotetaan ja hänen elämänlaatuun parannetaan. Elvyttämättä jättämispäätös ei tarkoita saattohoitoon siirtymistä (Vierula 2010) eikä sitä tule käyttää saattohoitoa ilmaisevana merkintänä (Hänninen–Riikkola 2008).

Jos potilas ei ole enää kykenevä ymmärtämään hoitoaan koskevia päätöksiä on keskusteltava hänen lähiomaisensa tai muun läheisen kanssa tarvittaessa useita kertoja DNR-päätöksen tekemisestä. Keskustelun tavoitteena on ennen kaikkea saada selville se, että miten potilas olisi toivonut itseään hoidet-

tavan nykyisessä tilassaan. DNR-päätöksestä tulee olla merkintä potilasasiakirjoissa joista on käytävä ilmi päätöksentekijä, lääketieteelliset perusteet, potilaan tai omaisen kanssa käyty keskustelu sekä potilaan tai omaisen kannanotto päätöksestä. (Valvira 2012.) DNR-päätöksen sisältö tulee määritellä riittävän tarkasti, jotta potilasta hoitavat tahot tietävät mistä elvytystoimista ja aktiivihoidoista luovutaan (Grönlund ym. 2008, 18).

Valviran käsittelemissä kanteluissa on todettu puutoksia muun muassa siinä kuinka potilaan ja hänen omaistensa kanssa keskustellaan elvyttämättä jättämispäätöksestä ja siitä, että mitä sen laatiminen tarkoittaa. Potilasasiakirjoissa on ollut puutteellisia merkintöjä DNR-päätöksen tekemisestä. Asiakirjoista on voinut puuttua päätöksen tekijän nimi ja perustelut päätöksen tekemiselle. Valvira suosittelee, että terveydenhuollon toimintayksiköissä tulisi olla käytössä omat, yksityiskohtaisemmat ohjeet DNR-päätöksen laatimisesta. (Valvira 2012.)

Jos potilaan terveydentilassa tapahtuu muutoksia, tulisi DNR-päätöksen perusteita arvioida uudelleen. Tarvittaessa päätöstä voidaan muuttaa tai se voidaan peruuttaa kokonaan. (Vierula 2011.) Potilaan siirtyessä jatkohoitoon toiseen toimintayksikköön, tulisi hoitavan lääkärin tehdä arvio siitä, onko perusteltua jatkaa DNR-päätöksen voimassaoloa uudessa toimintayksikössä (Valvira 2012).

### **5.3 Palliatiivinen hoitolinjaus**

Sana ”palliatiivinen” on käännös englannin kielen sanasta ”palliate”, joka tarkoittaa lievittää, vähentää tuskaa ja helpottaa. WHO:n (World health organization) syöpäohjelmassa (2002) palliatiivinen hoito määritellään kokonaisvaltaisena lähestymistapana, joka parantaa parantumattomasti sairaan ja hänen perheensä elämänlaatua. Hoito perustuu kärsimyksen ehkäisemiseen, kivun lievittämiseen sekä muiden fyysisten, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien varhaiseen tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja lievityksen keinoin. (Holmia–Murtonen–Myllymäki–Valtonen 2010, 146–147.)

Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa kun parantavia hoitoja ei enää ole. Sen päämääränä on potilaan ja

hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan pitkäaikaista oireenmukaista hoitoa, joka voi kestää jopa vuosia. (Hänninen–Riikkola 2008.) Palliatiivista hoitoa on tarjottava kaikille vakavasti sairaille ihmisille iästä riippumatta laadukkaan loppuelämän turvaamiseksi (Grönlund–Huhtinen 2011, 77). Potilaan hoidossa tulee huomioida koko perhe koska kuolemaan johtava sairaus ei kosketa ainoastaan potilasta. Hyvä palliatiivinen hoito käsittää niin fyysisten oireiden hoidon kuin myös psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen. (Saarto 2009; Holmia ym. 2010, 146–147; Oncologist-approved cancer information from the American Society of Clinical Oncology.)

Siirryttäessä palliatiiviseen hoitoon keskitytään potilaan hoidossa oireiden hallintaan, psykososiaaliseen tukeen ja taustalla olevan sairauden oireiden hoitoon. Hoidossa ei enää ole tarpeellista tehdä tutkimuksia perussairauteen liittyen. Lisäksi palliatiiviseen hoitoon kuuluu oireiden lievittäminen erikoishoidoilla esimerkiksi palliatiivinen kirurgia ja sädehoito, joilla pyritään poistamaan ne oireet, jotka aiheuttavat potilaalle kipua ja kärsimystä. Hoidot eivät kuitenkaan saa aiheuttaa potilaalle lisähaittoja. (Vainio–Hietanen 2004, 18; Holmia ym. 2010, 147.)

Palliatiivinen hoito liitetään usein syövän hoitoon vaikka hoitoa tarvitaan myös useita muita tauteja sairastavien potilaiden kohdalla. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitauti, COPD, runsaasti elinvaurioita aikaan saava diabetes ja useat neurologiset sairaudet, jotka aiheuttavat niitä sairastaville potilaille paljon kärsimystä, joita pystyttäisiin lievittämään palliatiivisen hoidon keinoin. (Holmia ym. 2010, 147.)

#### **5.4 Saattohoitopäätös**

Saattohoitopäätös tarkoittaa hoidonlinjaamista ja se tarkoittaa siirtymistä parantavista hoidoista oireiden hoitoon. Hoitolinjauksen tekeminen ja siirtyminen saattohoitoon tulee tehdä siten, että potilas on mukana päätöksenteossa. Hänen tulee olla tietoinen hoitopäätöksien perusteista ja seuraamuksista sekä potilaan asemaa ja oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä tulee kunnioittaa päätöksenteossa. (Grönlund–Huhtinen 2011, 78.) Päätös on usein lopputulos pitkästä prosessista, jonka aikana on selvinnyt, ettei sairaus ole parannetta-

vissa. Kuoleman ennustamisen epätarkkuus ja vaikeus hyväksyä kuolema tekevät hoitolinjauksen muuttamisen vaikeaksi niin potilaille kuin lääkäreillekin. (Hänninen 2003, 18.) Tukea päätöksentekoon antaa usein terveydenhuollon ammattilaisen yhteistyö ja vuorovaikutus potilaiden sekä omaisten kanssa. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 10.)

Aina ennen saattohoitopäätöstä tulisi edeltää hoitoneuvottelu, jossa käydään läpi potilaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvät asiat, eri hoitovaihtoehdot sekä tulevaisuuden näkymät ja tehdään hoidon linjauksiin liittyvät päätökset. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 10.) Saattohoitopäätöksen tekee aina hoitaval lääkäri potilasta ja hänen läheisiään kuunnellen sekä potilaan autonomiaa kunnioittaen. Päätöstä tehtäessä on hyvä selvittää hoitotahdon olemassaolo. Vaikka lääkäri tekee ensisijaisesti päätökset saattohoitoon siirtymisestä, päätöksentekoon osallistuu myös muita hoitotyöntekijöitä, jotka ovat mukana potilaan hoidossa kuten sairaanhoitajat. (Grönlund–Huhtinen 2011, 79.) Vuoden 1982 ohjeiden mukaan saattohoitotai terminaalihoitovaiheeseen siirtyminen edellyttää eettistä päätöksentekoa siitä, ettei potilasta voida enää kuratiivisilla hoidoilla auttaa (Vainio–Hietanen 2004, 19).

Hoidon linjaamiseen kuuluu lopettaa tai jättää aloittamasta elämää pitkittävät hoidot taudin kulun, ennusteen ja hoidon mahdollisuuksien mukaisesti. Saattohoitopäätöksen tekemisen yhteydessä tulisi päättää invasiivisten tutkimusten ja hoitojen, neste- ja ravitsemushoidon sekä muiden tutkimusten ja hoitojen tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä. Saattohoidossakaan hoidot eivät voi perustua muuttumattomiin ennalta määrättyihin ehtoihin. Esimerkiksi nesteytyksestä tai anemian korjauksesta ei yleensä ole kuolevalle potilaalle hyötyä. Voi ilmetä kuitenkin tilanteita joissa hyöty onkin todistettavissa. (Grönlund ym. 2008.)

Saattohoitoon siirtyminen tulee ratkaista jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Hoitoneuvotteluissa keskustellaan potilaan taudin kulusta sekä taudin oireita helpottavista hoidoista kuten kivun hoidosta. Potilaan sekä omaisten tulee saada kuulla saattohoitopäätöksen perusteista ja seuraamuksista sekä heillä

tulee olla mahdollisuus kertoa omat mielipiteensä koskien päätöksentekoa. Jos potilas ei ole esimerkiksi muistisairautensa vuoksi kykenevä itse päättämään hoidostaan on siinä tilanteessa kuultava potilaan lähiomaista tai laillista edustajaa siitä, että millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan tahtoa. Jos potilaan tahtoa ei saada selville tai omaiset ovat eri mieltä potilaan hoidosta lääkäri hoitaa potilasta tavalla, jota voidaan pitää potilaan henkilökohtaisen edun mukaisena. Yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa keskustellen tehty saattohoitopäätös antaa potilaalle ja omaisille mahdollisuuden keskittyä potilaan oireiden helpottamiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. (Valvira 2012; Grönlund ym. 2008, 37–47.)

Saattohoitopäätöksiä tehdään erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Jos potilas siirretään eri hoitoyksikköön saattohoitoon, tulee potilaan vastaanottavan hoitoyksikön järjestää hoitoneuvottelut, joissa käydään mahdollisimman yksiselitteisesti läpi potilaan hoitoon liittyvät asiat. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 10.) Hoitoneuvotteluisa tehdyt päätökset kirjataan perusteluineen selkeästi potilasasiakirjoihin. Päätöksillä on erityisen suuri merkitys esimerkiksi päivystystilanteissa tehtäviin hoitoratkaisuihin. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 10.)

Joskus saattohoitopäätöksen tekeminen voi lykkääntyä sen vuoksi, että keskustelun aloittaminen aiheesta voi tuntua vaikealta. Saattohoito on kuitenkin parantumattomasti sairaalle potilaalle parasta mahdollista hoitoa ja usein ainoa lääketieteellisesti perusteltu hoitovaihtoehto. Jos saattohoitopäätös lykkääntyy tai pahimmillaan jää tekemättä haittaa se potilaan autonomian toteutumista, oireiden lievitystä sekä potilaan ja hänen omaistensa mahdollisuuksia valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Grönlund–Huhtinen 2011, 78; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2003, 10–11.)

## **6 SAATTOHOITOPOTILAAN OIREEN MUKAISET HOITOTYÖN AUTTAMISMENETELMÄT**

### **6.1 Fyysiset oireet ja niiden hoito**

Käsitlemme tässä osuudessa yleisimpiä kuolevan potilaan fyysisiä oireita ja oireita lievittäviä hoitoja. Yleisimpiä oireita on kipu, hengitystieoireet kuten hengenahdistus ja lisääntynyt liman erityys. Ruoansulatuskanavan oireista yleisimpiä on pahoinvointi, oksentelu, ruokahaluttomuus, ummetus, suun oireet. Näiden lisäksi iho - oireet, turvotus ja väsymys on yleisiä oireita elämän loppuvaiheessa. Sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä oireet vaihtelevat yksilöllisesti. (Käypähoito 2008.)

Saattohoidossa pääsääntönä on potilaan mukavuus ja oireettomuus käyttämällä kaikkia eri hoitomuotoja, joilla voidaan poistaa häiritsevät ja kärsimystä lisäävät tekijät yksilöllisesti harkiten. Saattohoito ei saisi sulkea pois mitään hoitomuotoja mitkä voivat lisätä potilaan hyvinvointia. Oireita lievittävä hoito on yksi osa kokonaisuutta. Potilaalla voi olla useita oireita yhtä aikaa ja vaikka hoitokeinoja on nykyisin monia, niistä ei kuitenkaan aina ole apua oireisiin. Oireet ovat yksilöllisiä ja merkityksellistä on niiden häiritsevyys. Potilas on riippuvainen ulkopuolisesta avusta ympärivuorokauden ja tarvitsee hoitajien, omaisten ja läheisten apua päivittäisissä toiminnoissa kuten peseytymisessä, pukeutumisessa, liikkumisessa, syömisessä, juomisessa ja erittämisessä. (Hänninen 2003, 30; Hänninen 2012, 14; Vainio – Hietanen 2004, 54–56; Käypähoito 2008; Heikkinen ym. 2004, 53–54.)

#### **6.1.1 Kivunhoito**

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (IASP) mukaan kipu on määritelty epämiellyttäväksi aistimukseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonsvaurio. Kipu jaetaan yleisimmin akuuttiin kipuun ja krooniseen kipuun. Kipu luokitellaan krooniseksi kun sitä on kestänyt yli 3-6kk. Hyvä kivunhoito lähtee kiputyypin tunnistamisesta. Kiputyyppejä ovat mm. nosiseptinen kipu eli kudonsvauriokipu, neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu ja idiopaattinen kipu jossa kivun aiheuttaja on tuntematon. (Kalso–Haanpää–Vainio 2009, 150;Kassara ym. 2006, 350–352.)

Kipu on yleinen oire etenevissä kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kipu ei ole aina elimellistä kipua vaan siihen vaikuttaa myös psykologiset ja ulkoiset

tekijät. Kipukokemus on aina yksilöllinen ja subjektiivinen tapahtuma, jossa sairastava on aina paras kivun arvioitsija. Potilas ei aina myönnä kipua erinäisistä syistä, joten hoitohenkilökunnan tulee kuunnella, aistia ja havainnoida potilaan viestejä, kuten ilmeitä ja eleitä. Kivunhoito ei saa vaihdella hoitajakohtaisesti vaan yhteisöllä tulee olla yhteiset toimintatavat. Kivun hoidossa korostuvat pitkäjänteisyys ja ennaltaehkäisy ja sen on oltava potilaalle yksinkertaista toteuttaa. (Kassara ym. 2006, 350; Käypähoito 2008; Heikkinen ym. 2004, 56–57; Hänninen 2003, 89.)

Lääkehoidossa lähtökohtana on potilaan oireiden hallita mahdollisimman vähäisellä ja yksinkertaisella lääkityksellä. Lääkkeiden sivuvaikutuksia vähentämällä edesautetaan potilaan hyvinvointia lisäävästi. Saattohoito ei tarkoita kaikkien aktiivihoitojen lopettamista. Kipua, limaisuutta ja hengenahdistusta tuottavat infektiot voidaan hoitaa antibioottihoidoilla. Usein nämä hoidot ovat hyödyttömiä elämän loppuvaiheessa johtuen potilaan vastustuskyvyn heikkenemisestä. Solunsalpaajahoitoa ja kipusädehoitoa voidaan antaa, mikäli näillä on oireita lievittävä vaikutus. Potilas on kuitenkin se joka päättää mitä hoitoa haluaa tai on valmis ottamaan. Tilanteissa tulee kuitenkin arvioida hoitojen hyöty- ja haittasuhde koska raskailla hoidoilla on runsaat sivuvaikutukset. (Hänninen 2003, 44–45;2012,20.)

Kivun hoidossa käytetään WHO:n laatimaa kolmiportaista kaaviota, jossa edetään lievistä kipulääkkeistä (NSAID, parasetamoli) asteittain keskivahvojen kipulääkkeiden kautta (kodeiini, tramadoli) vahvoin opioideihin (morfiini, oksikodoni, fentanyl, metadoni). Portaikon käyttö ei ole kuitenkaan suositeltavaa voimakkaissa syöpäkivuisissa, jolloin voidaan siirtyä suoraan vahvoin opioideihin. Lähtökohtana on aloittaa lääkehoito suunkautta säännöllisesti annosteltuna ja läpilyöntikipulääkkeen antamiseen on oltava mahdollisuus. Lääkkeiden annostelureittejä on monia esimerkiksi rektaalinen, ihonalainen, lihaksensisäisen (ei suositella), iholta imeytyvä, epiduraalinen, suonensisäinen sekä suun ja nenän limakalvoilta imeytyvä. Lääkityksen antoreitti tulee arvioida potilaskohtaisesti. Jos potilaalla on voimakasta pahoinvointia, nielemisvaikeuksia, tajunnan taso on voimakkaasti alentunut tai suun kautta otettu lääke aiheuttaa voimakkaita haittavaikutuksia on lääkitys vaihdettava muuhun antoreittiin. (Hänninen 2003,23, 50–56;Käypähoito 2008; Kalso – Haan-



pää – Vainio 2009, 491.) Hoitohenkilökunnan tulee huolehtia, että potilaalla on asianmukainen ja riittävä kipulääkitys käytössä (Hospice patient alliance).

Kun opioidihoidolla suun- ja lääkelaastareiden kautta ei ole vastetta tai potilaan vointi ei salli enteraalista lääkitystä on syytä aloittaa parenteraalinen lääkehoito. Kotioloissa ihonalainen ja suonensisäinen kipulääkehoito on helppo toteuttaa moniammatillisen hoitoketjun tuella, jossa mukana on vahvasti kotisairaala. Yleisimmin parenteraalinen kipulääkitys hoidetaan PCA-pumpun avulla (Patient Controlled Analgesia), jossa pumppuun ohjelmoidaan lääkärin määräämä taustainfuusio, kerta-annos ja enimmäisannos tunnissa. Tämän kautta potilas pystyy itse ottamaan läpilyöntikipuun kerta-annoksen. Pumpun kautta annostelu on turvallista, koska yliannostusta rajoitetaan ohjelmoimalla enimmäisannos tunnissa. Lääkkeen imeytyminen ihon alta on osoitettu olevan yhtä tehokasta kuin suonensisäisesti. (Kalso – Haanpää – Vainio 2009, 497–498; Vainio – Hietanen 2004, 84–85.)

Kipulääkkeillä on haitta- ja sivuvaikutuksia ja nämä tulee hoitaa. Yleisimpiä opioidien haitta- ja sivuvaikutuksia on ummetus, pahoinvointi, väsymys, sekavuus, suun kuivuminen, lihasnykäykset, painajaiset ja virtsaumpi. Opioidit aiheuttavat keuhkoputkien supistumista ja alentavat hengitystiheyttä, joka on usein toivottava vaikutus, mutta suurina annoksina ne voi aiheuttaa hengityslaman. Vaikka sivuvaikutuksia esiintyykin aluksi enemmän, ei ole syytä jättää lääkitystä pois voimakkaan syöpäkivun hoidossa. Pitkäaikaisessa käytössä voi kehittyä opioiditoleranssi, jolloin annosta on nostettava tietyin aikaväleihin. (Hänninen 2003, 103–105; 2012, 24–26; Mustajoki–Alila–Matilainen–Rasmus 2010, 319; Duodecim-lääketietokanta 2012.)

Kotihoidossa huonon hoitovasteen syynä voivat olla, että potilas ei ota kipulääkkeitä tai ottaa mutta ei ohjeiden mukaisesti. Usein kipulääkitys jätetään pois jos kipua ei ole, epäselvyyttä voi ilmetä myös läpilyöntikivun ja säännöllisen lääkityksen eroilla. Tärkeää on varmistaa potilaalta ottaako hän lääkkeet ohjeiden mukaisesti. Mikäli kipu ei lieviy on syytä tarkistaa onko kipudiagnoosi, kipulääkityksen antoreitti ja kivunhoidon oikeat keinot käytössä sekä tarkistaa onko tauti edennyt niin, että kipulääkitys on riittämätön. (Hänninen 2003, 80.)

Farmakologinen hoito on vain yksi osa potilaan kivunhoitoa. Hoitajan tai omaisen läsnäolo lisää turvallisuuden ja välittämisen tunnetta sekä vie pois ajatukset kivusta. Musiikilla pyritään lisäämään rentoutumisen tunnetta. Koskettelu ja hieronta rauhoittavat ja rentouttavat potilasta mutta toisaalta voivat lisätä ahdistuneisuutta ja kipua. Esimerkiksi neuropaattisesta kivusta kärsivä potilas voi saada pienestäkin kosketuksesta pitkäaikaisen kiputilan. Asentohoito on perusedellytys kivunhoidossa. Sillä edistetään verenkiertoa ja lymfakiertoa joka vähentää nesteiden kertymistä kudokseen ja näin ollen vähentää kipua. Lämpöhoitoa käytetään lisäämään pintaverenkiertoa ja rentoutumista. Kylmähoito vähentää verenkiertoa ja hidastaa kudosten aineenvaihduntaa jolloin lihasjännitys voi lieventyä. (Kassara ym. 2006, 357–358.)

Hyvän kivunhoidon edellytys on jatkuva kivun arviointi ja lääkityksen vasteen seuranta, jotta hoitoa voidaan suunnitella ja toteuttaa potilaan edunmukaisesti. Arvioidessa kipua on selvitettävä kivun sijainti, säteily, voimakkuus, kesto, milloin kipu tuntuu ja minkälaista kipu on. Kivun voimakkuuden arviointiin on kehitelty erilaisia mittareita. Yleisin käytössä oleva on VAS-mittari, jossa potilas itse määrittelee kivun asteikon 0 (ei kipua)-10 (pahin mahdollinen kipu) tai vaihtoehtoisesti voidaan käyttää yksinkertaistettua numero skaalaa (VRS) ja hymiö mittaria. Numeroasteikolla kivun tulisi pysytellä alle kolmessa. Hoitajan on tärkeä ottaa selvälle kivunluonne esimerkiksi onko kipu polttavaa, jyskyttävää, viiltävää, jotta pystytään erottelemaan akuutti- ja krooninen kipu. (Kassara ym. 2006, 353–354.)

Ridanpää (2006) on tutkinut kuolevan potilaan hoitotyöhön liittyviä ohjeistuksia eri hoitopaikoissa, joissa korostuivat erityisesti kipulääkityksen säännöllisyys, kipujen ennaltaehkäisy ja lääkityksen riittävyys. Kivunhoitosuunnitelma tulee tehdä kaikille potilaille yhdessä potilaan, lääkärin ja omahoitajien kanssa. Tutkimuksessa korostui myös hoitohenkilökunnan ammattitaito arvioida potilaan kipua tilanteissa, missä potilas ei itse sitä pysty arvioimaan. Ulkoisia merkkejä kivusta voivat olla sydämen, verenkierron ja kehon lämmön muutokset, hikoilu, levottomuus sekä ahdistuneisuus.

Hublin ja Hämäläinen (2009) ovat tutkineet saattohoitopotilaan kivunhoitoa hoitohenkilöiden näkökulmasta. Tutkimuksessa nousivat esille hyvän kivun hoidon estäviksi tekijöiksi mm. vähäinen tietämys kivunhoidosta, pelot saat-

tohoitoa kohtaan, riittämättömät henkilöstöresurssit, laadukasta kivunhoitoa ei tiedostettu tai kivunarviointi oli liian vähäistä. Tutkimuksessa todettiin, että riittävällä henkilöstön koulutuksella, omien asenteiden muuttamisella kivunhoitoon ja luottamuksellisen potilas-hoitajasuhteen rakentamisella voidaan vaikuttaa merkittävästi kivunhoidon laatuun.

### 6.1.2 Hengitystieoireet ja hoito

Hengityksen kaksi päätehtävää ovat hapenotto ja hiilidioksidin poisto. Kun kaasujen vaihto vaikeutuu, syntyy hengitysvajaus, jolloin elimistö pyrkii tasa-painottamaan häiriöitä muuttamalla hengitystapaa tai lisäämällä hormooneja elimistöön, jotka vaikuttavat hengitykseen. Hengenahdistus voi olla useasta sairaudesta johtuva tunne vaikeutuneesta ja riittämättömästä ilman saannista. Saattohoidon loppuvaiheessa hengenahdistus on yleinen ja normaali oire. Yleisimmät syyt hengenahdistukseen ovat rintakehän alueen syöpäsairaudet, kasvojen alueen kasvaimet, sydämen vajaatoiminta, anemia, keuhkokuume, krooniset keuhkosairaudet, lihasrappeuma sairaudet kuten ALS ja MS-tauti, nesteen kertyminen keuhkopussiin ja vatsaonteloon sekä psyykkiset ja sosiaaliset syyt. (Hänninen 2003, 132–133; Hänninen 2012, 34; Käypähoito 2008; Vainio – Hietanen 2004, 97–99; Heikkinen ym. 2004, 60.)

Tavoitteena on mahdollisimman normaali hengitys ja hapensaannin turvaaminen. Omaisten ja hoitohenkilökunnan rauhallisuudella luodaan potilaalle turvallisuuden tunnetta. Hengenahdistuksesta kärsivä potilas hakeutuu usein itse asentoon missä on helpoin hengittää. Mikäli potilas ei kykene itse vaikuttamaan asentoon tulee hoitohenkilökunnan auttaa hänet puoli-istuvaan asentoon vuoteessa, jotta keuhkot voivat laajentua hyvin. Jalkojen alle voi asettaa tyynyn, jotta vatsalihakset rentoutuvat jolloin hengitystyö helpottuu. Jos hengenahdistuksen takana ei ole ahtauttavasairaus suositeltava asento on tyynillä tuettu makuuasento. Ikkunan avaus ja viileä lämpötila lieventävät ahdistusta. Hengitysvaikeudesta kärsivää potilasta ei tule jättää yksin tai käyntejä hänen luona tulee tihentää. (Kassara ym. 2006, 186; Vainio–Hietanen 2004, 100.)

Keuhko- ja henkitorvea ahtauttavissa syöpäsairauksissa voidaan hengenahdistukseen antaa sädehoitoa, josta on hyvä vaste jo yhdellä hoito kerralla. Keuhkopussiin tai vatsaonteloon voidaan asettaa dreeni, joka poistaa nestet-

tä ja tätä kautta vähentää hengenahdistusta. Usein hengenahdistus ei liity hapenpuutteeseen, jolloin hapen annosta ei ole apua. Happihoito tulee suunnitella yksilöllisesti ja mahdollisen annettavan hoidon hyödyt ja haitat tulee arvioida. Jos tilanne vaatii hapenantoa, on suositeltavaa antaa happea viiksillä, koska happimaskin käyttö lisää tukehtumisen pelkoa. Hyperventilaatio potilailla hapen käyttöä ei suositella koska se lisää hengenahdistusta. Tärkeää on potilaan oireen helpotus eikä happisaturaatio arvolla ole merkitystä. Matalasta hemoglobiinista johtuvaa hengenahdistusta voidaan helpottaa veritiputuksella. Tästä ei kuitenkaan ole pitkälle edenneessä sairaudessa hyötyä. (Hänninen 2003, 139–140;Hänninen 2012, 34;Vainio – Hietanen 2004, 100.)

Opioideista parhain vaste hengenahdistukseen saadaan morfiinilla. Se vähentää hiilidioksidi herkkyttä, rauhoittaa hengitystä sekä vähentää ahdistuneisuutta ja kipua. Morfiinia voidaan annostella tabletteina tai oraaliliuoksena suunkautta, ihon alle (ihon alainen kanyyli) ja suonensisäisesti. Lihakseen pistettäviä injektioita ei suositella koska se lisää kipua ja on epämiellyttävää potilaalle. Inhaloitavaa morfiinia käytetään myös mutta sen vasteesta ei ole selkeää näyttöä. Oksikodonilla saadaan myös vastetta hengenahdistukseen mutta fentanyylin vaikutuksesta ei ole näyttöä. Keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä voidaan käyttää jos taustalla on keuhkoputkia ahtauttava tauti. Näitä käyttäessä on tärkeää, että potilas jaksaa hengittää lääkkeen sumuttimen kautta. Kortisoni hoidolla voidaan vähentää keuhkoputkien turvotustilaa. Usein jatkuva hengenahdistus tuo hätäännystä potilaalle, jolloin muun lääkeytyksen rinnalla voidaan käyttää anksiolyyttejä kuten diatsepaamia. (Hänninen 2003, 140–141;Hänninen 2012, 34–35; Vainio–Hietanen 2004, 100.)

Saattohoidon loppuvaiheessa potilaalle voi muodostua runsaasti limaa ja sylkeä hengitysteihin. Kuoleman lähestyessä yskimisrefleksi heikentyy, jolloin lima kertyy ja jää rohisemaan nieluun. Usein potilaan tajunta on tässä vaiheessa heikentynyt eikä hengitysteistä kuuluva rohina häiritse häntä niin paljon kuin omaisia. Limaa voidaan imeä katetrilla mutta on muistettava tarkkaila potilasta limanimemisen ajan. Limaisuudesta kärsivä potilas on hyvä tukea kylki asentoon, jonka avulla pidetään hengitystiet avoimina. Limaisuutta vähentäviä lääkkeitä voidaan käyttää kuten skopolamiini laastaria ja morfiinia. (Vainio–Hietanen 2004, 103;Hänninen 2003, 146–147.)

### 6.1.3 Ruoansulatuskanavan oireet ja hoito

Ruoansulatuskanavan hyvällä oireen mukaisella hoidolla vaikutetaan potilaan elämän laatua ja hyvinvointia parantavasti. Pahoinvointi on yleinen oire saattohoitopotilaalla. Pahoinvoinnin syy tulee aina selvittää, jotta pystytään aloittamaan oikea hoitomuoto. Pahoinvointia voivat aiheuttaa lääkkeet varsinkin opioidit, sädehoito, mahalaukun tyhjenemisen hidastuminen, limaisuus, ummetus, suolitukos, aivopaineen nousu, tasapainoelin häiriöt, ahdistuneisuus ja suun candidainfektio. Usein pahoinvoinnin taustalla on useita eri tekijöitä. Tärkeää on kuunnella potilaan toiveita ruokavalion suhteen. Lääkehoidolla pystytään hillitsemään pahoinvointia ja oksentelua ennaltaehkäisevästi. Pahoinvointi lääkitystä pystytään antamaan suun kautta, peräpuikkoina, suonensisäisesti, suussa liukenevana tablettina ja ihon alaisen kanyylin kautta. (Hänninen 2012, 32–33; Heikkinen ym. 2004, 62–64; Vainio – Hietanen 2004, 111–112.)

Kuoleman lähestyessä ruokahaluttomuus lisääntyy sekä nälän- ja janontunne heikkenevät vähitellen. Saattohoitopotilaalla jolla on elinaikaa päivistä viikkoon, ei ruokahaluttomuus ole enää merkityksellinen hoidettava oire. Laihtumisen syynä on usein se, ettei elimistö kykene enää käyttämään ravintoa hyödyksi. Potilas ei itse koe tätä ongelmana vaan omaisilla on yleensä suurin huoli ruokahalun menettämisestä ja he kokevat, että potilas kuolee nälkään. Elimistö sopeutuu kuivumistilaan, jolloin ruoka ja juoma annokset ovat hyvin pienet. Vastentahtoinen syöminen lisää ahdistuneisuutta, pahoinvointia ja raskasta oloa. Ruokahalua lisääviä lääkkeitä voidaan käyttää harkiten, tosin saattohoidon loppuvaiheessa näillä ei ole kuitenkaan vastetta. (Hänninen 2012, 16–17; Vainio–Hietanen 2004, 109–110; Heikkinen ym. 2004, 62–67.)

Nielemisrefleksi ja tajunnantaso laskevat sairauden edetessä jolloin syöttämiseen liittyy vaara ruoan ja juoman meneminen hengitysteihin. Refluksin omaisia piirteitä voi myös esiintyä, jonka vuoksi ruoka palaa takaisin suuhun. Loppuvaiheessa syöminen ei tuota enää suurta nautintoa vaan jokainen nieleminen on suuri ponnistus. Hoitohenkilökunnan tulee perustella omaisille ravinnon merkityksettömyys kuolevan potilaan loppuvaiheessa. Tarvittaessa syömistä voidaan helpottaa antamalla nesteet sakeutettuna ja ruoat soseina. (Hänninen 2012, 17; Hänninen 2003, 172.)

Perusteetonta on aloittaa suonensisäinen tai nenämahaletku ravitseminen loppu vaiheessa koska ravitsemuksellisia häiriöitä ei pystytä korjaamaan tehositamalla ravinnon määrää. Ravinnon antaminen onkin yleensä vain lääketieteellinen toimenpide, jolla pyritään pitämään elintoiminnot yllä. Elimistön kuivumisessa on hyviä ja huonoja puolia. Kuivumistila voi aiheuttaa suun kuivuuutta ja sekavuutta, mutta toisaalta kuivumistila vähentää eritystoimintaa. Kuivuminen poistaa myös kipua vähentämällä turvotusta elimistöstä. Saattohoidossa on hyvin harvinaista suonensisäinen nesteytys koska se on yleensä enemmänkin oireita lisäävää hoitoa ja parenteraalinen nesteytys ei usein poista janontunnetta. (Hänninen 2012, 15; Käypähoito 2008.)

Suun kuivuminen, limakalvorikot, infektiot, kipu ja makumuutokset ovat yleisiä saattohoitopotilailla ja ne vaikeuttavat puhumista sekä heikentävät elämänlaatua. Tehokas suunhoito on tärkeää. Suuta tulisi puhdistaa ja kostuttaa useita kertoja vuorokaudessa. Oireita voidaan helpottaa antamalla pieniä nestemääriä ja potilaan voinnin salliessa myös jääpalojen imeskelystä on hyötyä. Kosteuttavia geelejä ja keinosylkivalmisteita on hyvä käyttää suunkostutuksen tukena. Suussa kipua aiheuttava candidainfektio voidaan hoitaa lääkehoidolla. Joskus suun kipuun voidaan käyttää puudutteita mutta ne maistuvat pahalta ja vaikutusaika on lyhyt. (Hänninen 2012, 15–16,41; Vainio–Hietanen 2004, 103–104; Heikkinen ym. 2004, 64–65.)

Ummetus on yleinen oire ja sen ennaltaehkäisy on tärkeää. Ummetusta aiheuttavat monet tekijät kuten liikumisen vähyys, opioidilääkitys, vähäinen ravitseminen, elimistön kuivuminen ja suoliston alueen kasvaimet. Ummetus haittaa päivittäisiä toimintoja ja on potilaalle kivuliasta. Kaikilla opioideja käyttävillä tulee olla lääkityksessä mukana laksatiivit. Pääosin ummetus hoidetaan ulostetta pehmentävillä tai suolen liikettä lisäävillä valmisteilla. Laksatiiveilla ei aina ole vastetta opioideista johtuvaan ummetukseen jolloin voidaan käyttää ihonalaisinjektiona annettavaa metyyliinaltreksonibromidi eli Relistorvalmistetta. Valmisteen vaikutus voi alkaa hyvinkin nopeasti mutta keskimääräinen aika on 30-60 minuutin kuluessa. Tarvittaessa suolta voidaan tyhjentää peräruiskeilla. (Hänninen 2012, 36; Heikkinen ym. 2004, 68; Duodecimlääketietokanta 2012.)

Ripuli on harvinaisempi oire kuin ummetus ja yleensä ripulin syynä ovat hoidot. Ummetuksen yhteydessä voi esiintyä vetistä ohivuotoa, joka voidaan tulkita ripuliksi. Liika laksatiivien käyttö, infektiot suolistossa ja imeytymishäiriöt herkistävät ripulille. Joskus ummetus tai kasvaimet suolistossa voivat johtaa suolitukokseen eli okluusio tilanteeseen. Okluusion hoitolinjassa täytyy ottaa huomioon potilaan yleistila, omatoive ja taudin edenneisyys. Yleensä saattohoidossa oleva potilas ei ole leikkauskuntoinen jolloin hoidoksi suositellaan nesteytystä ja nenämahaletku imua. Okluusion aiheuttamat vatsakramppit hoidetaan kipulääkityksellä ja pahoinvointia antiemeeteillä. (Hänninen 2012, 36; Hänninen 2003, 166–167; Käypähoito 2008.)

#### 6.1.4 Iho-oireet ja turvotus

Saattohoitopotilaalla yleisimpiä iho-oireita ovat kutina, hikoilu, painehaavaumat ja infektiot. Syöpäsairaudet voivat aiheuttaa ihometastasointia jolloin kärsimystä aiheuttaa kipu ja infektiot. Pitkälle edenneissä ihohaavoissa hoitona on paikallishoito. Ohut iho ja laihtuminen lisäävät painehaavojen riskiä potilaalla, jotka eivät itse kykene huolehtimaan asennonvaihdosta. Tärkeää on huolehtia riittävästä ihonhoidosta pesuin, kosteutuksesta perusvoiteilla ja asennonvaihdosta parintunnin välein potilailla, joilla on korkea riski saada painehaava. (Hänninen 2012, 42–43; Hänninen 2003, 188, 191–192.)

Kutina johtuu pääosin ihon kuivuudesta mutta syynä voivat olla myös lääkitys (opioidit) ja systeemisairaudet kuten munuaisten- ja maksan vajaatoiminta. Tietyissä sairauksissa sappitiet ovat tukkeutuneet, jolloin sappihapot muuttavat ihon ikteeriseksi eli keltaiseksi, joka voi aiheuttaa kutinaa. Hyvä ihon perushoito ja kostutus ovat hoidon kulmakivi. Rungas hikoilu on epämiellyttävää potilaalle ja se lisää riskiä kutinaan ja painehaavoihin. Hyvään perushoittoon kuuluu puhtaudesta huolehtiminen ja tarpeen tullen vaihdetaan petivaatteet päivittäin. Tarvittaessa käytetään erikoispatjoja kuten geeli- ja ilmapatjoja. (Hänninen 2012, 43; Hänninen 2003, 193–194; Vainio–Hietanen 2004, 130; Kassara ym. 2006, 123.)

Turvotusta on usein raajoissa koska imunesteen poistumisteitä on niissä vähemmän kuin muualla kehossa. Turvotukseen ei aina liity kipua mutta kiristävää ja raskaan olon tunnetta on usein. Hoitoa voidaan kokeilla lymfahoidoilla, nesteenpoistolääkityksellä ja suurella annoksella kortisonia, mutta näillä hoito

on usein rajallinen. Nestettä voi kertyä myös vatsaonteloon, keuhkopussiin, kasvoihin ja sukupuolielimiin. Vatsaontelossa nestettä voi olla 10 litraa ja mikäli oireet ovat vaikeita, niin vatsaonteloon voidaan asettaa ascitesdreeni. Lievissä oireissa voidaan kokeilla nesteenpoisto lääkitystä. Turvotusta voidaan vähentää tukisidosten- tai sukkiien käytöllä. (Hänninen 2012, 39–40; Hänninen 2003, 197–201.)

#### 6.1.5 Väsymysoireyhtymä eli fatigue

Potilaiden kokemana väsymys on eniten elämänlaatua alentava tekijä. Oireyhtymällä tarkoitetaan yleistynyttä voimattomuutta ja heikkouden tunnetta, yleisen väsymyksen tunnetta ja lisääntyneitä levon ja unen tarvetta. Jossain määrin voi myös esiintyä apatiaa. Taustalla ovat yleensä vajaaravitsemustila, anemia, infektiot ja lääkitys. Väsymys on yksilöllistä ja aina tulee kysyä sekä kuunnella potilasta oireen häiritsevyydestä. (Hänninen 2012, 38; Hänninen 2003, 60–63.)

Väsymykseen vaikuttavat usein monet syyt, jolloin yhden väsymykseen johtavan syyn korjaaminen ei aiheuta vastetta. Tärkeää on huolehtia potilaan hyvinvoinnista kokonaisvaltaisesti. Pieni liikunta voi vähentää väsymystä, mutta päähoitona ovat lepo ja syöminen siinä suhteessa, mikä tuntuu hyvälle. Loppuvaiheen saattohoitopotilaille lääkehoidosta ei ole vastetta väsymykseen. On myös arvioitava lääkehoidon hyöty ja haitta suhde, koska useilla lääkkeillä on sivuvaikutuksena unettomuutta ja pahoinvointia. (Hänninen 2012, 39; Hänninen 2003, 68; Käypähoito 2008.)

### 6.2 Psyykkiset oireet ja hoito

Saattohoitopotilaan yleisimpiä psyykkisiä oireita ovat unettomuus, ahdistuneisuus, pelkotilat, masennus ja delirium eli sekavuustila. Usein oireita on monia ja osa niistä on ohimeneviä kriisireaktioita. Pelkotilat ja elämästä luopuminen aiheuttavat monesti enemmän kärsimystä kuin monet fyysiset oireet. Takana voi olla monta syytä, koska fyysiset ja psyykkiset oireet vaikuttavat toisiinsa. Kiputila voi aiheuttaa masennusta ja masennus laskea kipukynnystä, jolloin kivut voivat tuntua pahemmilta. Potilaalla voi olla myös pelko menettää oma itsemääräämisoikeus ja joutuminen rutiinien keskelle. Keskeistä on tukea potilasta ja hänen perhettään oireista selviytymiseen sekä tunteista puhumiseen. Potilaan ahdistusta helpottaa läheisten realistinen ja



normaali suhtautuminen tilanteeseen. (Hänninen 2003, 206–207; Hänninen 2012, 44–46.)

Masennuksen oireita on joskus vaikea erotella fyysistä oireista kuten ruokahaluttomuudesta, väsymyksestä ja aloitekyvyttömyydestä. Masentunut potilas ilmaisee itse apaattisen mielentilan, vetäytyy sosiaalisista kontakteista ja on sulkeutunut. Viimevaiheen saattohoidossa lääkitys on yleensä vasteeton. Mikäli potilaan elinajan ennuste on viikkoja tai kuukausia, tärkeimmät hoitomuodot ovat rentoutus, tukea antava psykoterapia ja tarvittaessa mielialälääkitys. Kulmakivenä voidaan kuitenkin pitää hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta. Potilaan kuuntelu ja aito läsnäolo parantavat hänen hyvinvointiaan. (Käypähoito 2008; Hänninen 2003, 208–210.)

Ahdistus voi aiheuttaa potilaalle pahimmillaan totaalinen toimintakyvyttömyyden. Potilaalla ilmenevät somaattiset oireet kuten huonovointisuus, sydämentykytys ja hengenahdistus voivat johtua ahdistuneisuudesta. Useilla lääkkeillä on ahdistusta aiheuttava haittavaikutus kuten tietyillä pahoinvointilääkkeillä, kipulääkkeillä ja kortikosteroideilla. Ahdistus voi olla luonnollinen reaktio lähestyvistä elämän lopusta tai merkki huonosti hoidetusta muusta oireesta. Hoitona voidaan käyttää psykoterapeuttista lähestymistä. Kuitenkaan tämä ei ole usein realistista koska potilas ei jaksaa käydä pitkiä keskusteluita. Ahdistuneisuuden lääkehoidossa käytetään enimmäkseen bentsodiatsepiineja ja neurolepteja. Oleellista ei ole se, että lääkkeistä tulee riippuvaiseksi vaan tärkeää on oireita lievittävä hoitomuoto. Saattohoito potilaan aineenvaihdunta poikkeaa yleensä terveestä ihmisestä jolloin lääkityksen annoskokoja on harkittava tarkasti. (Käypähoito 2008; Hänninen 2003, 212–214.)

Unettomuuden takana voi olla useita fyysisiä ja psyykkisiä syitä kuten masennus ja ahdistus. Lääkkeillä voi olla myös unta häiritsevä tekijä. Esimerkiksi nesteenpoistolääkitys voi aiheuttaa yöllistä virtsaamisen tarvetta. Tärkeää on antaa potilaan nukkua silloin kun häntä väsyttää ja hoitokodin päivärytmin tulisi määräytyä potilaan tarpeiden pohjalta. Unettomuuden taustalla voi olla myös pelko nukahtaa ja ajatus ettei enää herää unesta. Fyysiset oireet kuten kipu, hengenahdistus ja muut unta häiritsevät tekijät on hyvä hoitaa pois. Hoitoympäristön tulisi olla rauhallinen, tuttu ja ylimääräiset häiritsevät äänet tulisi poistaa. Unettomuudessa voidaan käyttää nukahtamislääkkeitä tai pidempi

kestoisia unilääkkeitä. Monilla mielialaan vaikuttavilla ja psyyke lääkkeillä on saatu hyvä vaste unettomuuteen. (Käypähoito 2008; Hänninen 2003, 214–215; Hänninen 2012, 37–38.)

Delirium eli akuutti sekavuustila on yleinen loppuvaiheen saattohoitopotilailla. Taustalla on aivojentoimintahäiriöt, jotka aiheuttavat potilaalle desorientoitumista ja älyllisten toimintojen heikkenemisen. Aivojentoimintahäiriöitä aiheuttavat infektiot, lääkkeet, nestetasapaino häiriötila, hapenpuute ja aivometaastaasit. Deliriumia voi esiintyä kolmena eri tyyppinä. Hyperaktiivisessa deliriumissa potilas on kiihtynyt, harhainen ja hänellä on hallusinaatioita. Hypoaktiivisessa muodossa potilas on väsynyt, sekava ja voimaton. Kolmantena muotona on näiden kahden tyyppin sekamuototila. Potilaan ja omaisten rauhoittaminen on yksi hoidon kulmakivi. Hoitohenkilökunnan ja omaisten on hyvä käyttäytyä rauhallisesti ja tasapainoisesti sekä luoda turvallisuutta, joka edistää potilaan orientaatiota. Deliriumia aiheuttavat lääkkeet on poistettava käytöstä harkiten tai lääkkeen voi vaihtaa toiseen valmisteseeseen. Yleisimmin deliriumin hoitoon käytetty lääke on haloperidoli, jota käytetään myös pahoinvoinnin hoitoon. (Käypähoito 2008; Hänninen 2003, 216–219.)

Potilas voidaan sedatoida eli vaivuttaa uneen mikäli oireet ovat vaikeita sekä sietämättömiä ja muilla keinoin ei saada lievitystä kärsimykseen. Tavoitteena ei ole kuoleman edistäminen vaan kärsimyksen lievittäminen. Fyysiset ja psyykkiset oireet kuten kipu, hengenahdistus, delirium ja ahdistuneisuus voivat olla voimakkaita ja hallitsemattomia jolloin uneen vaivuttaminen voi olla ainoa keino poistaa kärsimys. Sedaatio voi olla kevyttä rauhoittamista tai akuutissa hätätilanteessa uneen vaivuttamista. Lääkehoitona annetaan midatsolaamia tai loratsepaamia laskimonsisäisenä tai ihonalaisena infuusiona. Palliatiivinen sedaatio aiheuttaa kuitenkin paljon erimielisyyksiä ja eettisiä kysymyksiä kuten mikä erottaa sedaation eutanasiasta. Saattohoitopotilaan tehokas oireiden lievitys on kuitenkin hyväksyttyä eikä sen suhteen ole juridisia ongelmia. (Käypähoito 2008; Hänninen 2003, 229–230; Hänninen 2007.)

### **6.3 Hengellinen tuki**

Saattohoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jossa korostuu moniammatillisuus. Sairaanhoitajan on tärkeä tunnistaa potilaan hengelliset tarpeet ja jos potilas ei näistä pysty itse kertomaan yleensä omaiset pystyvät tietoa antamaan.

Saattohoidossa olevalla potilaalla on oikeus saada hengellistä tukea ja turvallisuutta. Tuki-ihminen on ammatiltaan pappi tai diakoniatyöntekijä mutta toimii työssään lähinnä kanssaihmisenä, kuuntelijana ja kädestä pitäjänä. Halutesaan potilas voi saada ehtoollisen kotonaan. (Grönlund–Huhtinen 2011, 124–125; Heikkinen ym. 2004, 80–81, 85; Grönlund–Anttonen–Lehtomäki–Agge 2008, 114.)

Hoitotilanteissa potilaat vaistoavat hoitajasta mitä heille voi puhua. Hoitajan tulee välittää aitoa läsnäoloa, kiireettömyyttä ja kosketusta. Sairaanhoitajan on hyvä järjestää tarvittaessa hengellisiä kirjoja luettavaksi tai lukea niitä yhdessä potilaan kanssa. Keskeisintä on kuitenkin potilaan kuunteleminen ja hänen kanssaan keskusteleminen. Hengellisten tarpeiden arviointi on yksi osa hoitotyönprosessia ja suunnitelmaa, joista tulee olla asianmukaiset merkinnät suunnitelmassa. Tavoitteita voi olla esimerkiksi pelkotilojen käsittely ja mielenrauhaan pyrkiminen. Henkiseen tukemiseen voidaan hyödyntää myös vapaaehtoistyöntekijöiden apua. He voivat olla potilaan vierellä, tehdä yhdessä arkisia asioita ja olla keskustelu kaverina. Joskus ulkopuoliselle henkilölle on helpompi kertoa asioita mitä ei pysty sanomaan omille läheisilleen. Tärkeää on tiivis ja saumaton yhteistyö henkilökunnan kanssa. (Grönlund ym. 2008, 113–115, 122–123, 126–127, 130.)

#### **6.4 Kuoleman lähestyessä ja jälkeen**

Kuoleman lähestyessä potilaan yleistila voi laskea pitkän ajan kuluessa vähitellen tai hyvin nopeasti jolloin kuoleman läheisyyden piirteet sekä oireet nousevat esiin. Hengitys muuttuu pinnalliseksi ja alkaa esiintyä hengityskatkoja, jotka voivat kestää jopa 30 sekuntia. Hengitysteissä olevan lima saa aikaan korinaa hengittäessä, mutta tämä ei usein haittaa itse potilasta. Iho voi muuttua laikukkaaksi, kalpeaksi tai harmahtavaksi. Verenkierto heikkenee raajoista jolloin raajat ovat viileät ja sinertävät. Nieleminen vaikeutuu ja tajunnantaso laskee. Katse voi olla lasittunut. Sekavuus ja harhaisuus ovat yleistä oireita kuoleman viime hetkillä. Lämmönsäätelyjärjestelmä heikkenee, jolloin potilaalla voi olla korkeita kuumepiikkejä. (Hänninen 2012, 49–50; Heikkinen ym. 2004, 116.)

Kuoleman merkeistä tärkeimmät on sydämen, hengityksen ja aivotoiminnan lakkaaminen, lautumat iholla sekä kehon jäykistyminen. Lääkäri toteaa aina

kuoleman ja vainajaa hoitanut lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen. Jos kuolema tapahtuu kotona yöllä, ei vainajan siirrolla ole kiirettä, jolloin hautaustoimisto voi hakea vainajan aamulla. Omaisille on mahdollisuus osallistua vainajan laittamiseen. Kotioloissa vainajanlaitto on yksilöllistä ja kaikkien kohdalla täytyy huomioida arvokkuus ja uskontokuntien tavat. Yleisesti vainajalle puetaan valkoinen kuolinpaita, mutta omaisten toiveesta voidaan pukea myös menehtyneen omat vaatteet päälle. Omaisten kanssa on hyvä käydä läpi kuoleman viimehetket ja kuolema. Heille tulee antaa myös kirjalliset ohjeet hautausjärjestelyihin. (Heikkinen ym. 2004, 118–120; Hänninen 2012, 50–51.)

### **6.5 Omaiset osana saattohoitoa**

Kuolevan potilaan lähiverkosto voi koostua perheestä, ystävistä, sukulaisista tai muista henkilöistä, jotka hän kokee läheisikseen. Heillä on tärkeä rooli potilaan tukemisessa ja lähellä olemisessa. Hoitohenkilökunnan tuleekin arvostaa, kunnioittaa ja tukea läheisiä osana hoitotiimiä. Omaisten tärkeä tehtävä on tuoda potilaalle turvallisuuden ja läheisyyden tunnetta sekä tarvittaessa osallistua perushoittoon mikäli he itse haluavat. (Hänninen 2012, 47; Heikkinen ym. 2004, 70–71.)

Läheisten reagointi lähestyvään kuolemaan on yksilöllistä ja aiheuttaa monia tunteita. Usein tunnetaan pettymystä, pelkoa, syyllisyyttä, ikävää, helpotusta, yksinäisyyttä ja hylätyksi tulemistä. Turvallisuutta ja omaisten jaksamista edistää hyvä luottamussuhde hoitajien kanssa. Omaisia tulee tukea ja ohjata päivittäin. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan tilanne herkkyyttä ja aktiivista omaisten huomiointia. Tärkeää on rauhallinen ja avoin ilmapiiri, joka luo omaisille mahdollisuuden kertoa mieltä painavista asioista. Hoitajatkin voivat näyttää tunteensa surusta mutta oma kontrolli pitää säilyttää tilanteessa. (Grönlund ym. 2008, 67–68; Hägg ym. 2007, 170–172; Dustagheer–Harding–McMahon 2005, 272.)

Kuoleman jälkeen omaisille tulee antaa tukea ja riittävästi aikaa tilanteen purkamiseen. Teoriassa suru vaiheisiin kuuluu kieltäminen, jossa omainen väistää kuolemaan liittyvät tunteet menemällä psyykkisesti pois tilanteesta. Viha antaa voimia jaksaa tekemään vaaditut tehtävät ja on tärkeä osa luopumista. Kaupankäynti on tila, jossa omainen prosessoi tapahtunutta kuole-

maa jossittelun kautta ja pääasiallinen ajatus on syyllistäminen itseä sekä kuollutta kohtaan. Masennuksesta kärsivä omainen on väsynyt, vetäytyvä ja voi katkoa ihmissuhteita, pahimmillaan hän voi alkaa toivoa omaa kuolemaa. Hyväksyntä vaiheeseen tie on pitkä ja aina se ei ole mahdollista vaan ihminen juuttuu menneisyyteen. Suruprosessi on yksilöllinen ja sen läpi käyminen vaatii aikaa korjaantuakseen. Usein kysymyksiä saattaa herätä vasta viikkojen kuluessa. Useilla paikkakunnilla on tarjolla omaisille sururyhmiä, joita järjestää oma seurakunta. Ryhmissä voi muistella edesmennyttä omaista ja kuolemaan liittyviä tapahtumia. (Grönlund – Huhtinen 2011, 146–152; Hägg ym. 2007, 174.)

## 7 SAATTOHOITO-OPPAAN TUOTTEISTAMISPROSESSI

### 7.1 Oppaan ideointi

Tämän opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa on sovellettu Jämsän ja Mannisen (2000) sosiaali- ja terveysalan tuotteistamisprosessia. Valinta perustuu siihen, että saattohoito-opas ymmärretään tuotteeksi, jolla on tarkoitus edistää hyvinvointia ja palvelun laatua toimeksiantajan toimintayksiköissä.

Sosiaali- ja terveysalalla tuotteilla tarkoitetaan tavaroita ja palveluita tai niiden yhdistelmiä. Tarkoituksena on, että ne edesauttavat välillisesti tai välittömästi sosiaali- ja terveysalan kansallisia ja kansainvälisiä tavoitteita huomioiden alan eettiset ohjeet. Tärkeää on huomioida kohderyhmän erityispiirteiden tuottamat vaatimukset. Keskeisenä ominaisuutena sosiaali- ja terveysalan tuotteelle on, että se edistää terveyttä, hyvinvointia ja elämänhallintaa. Tuotekehitysprosessin kautta syntyy sosiaali- ja terveysalan tuote, joka on laadukas ja pitkäikäinen. (Jämsä–Manninen 2000, 13–14, 16.)

Tuotekehitysprosessin ensimmäinen vaihe on ongelman tai kehittämistarpeen tunnistaminen. Kehittämistyön tavoitteena on palvelumuodon parantaminen ja kehittäminen tai uuden tuotteen tuottaminen vastaamaan nykypäivän asiakaskunnan tarpeita. Keskeistä on selvittää kehittämistarpeen laajuus eli keitä asiakasryhmiä ongelma koskettaa ja kuinka yleinen se on. Ideointiprosessi voi käynnistyä kun on saatu varmuus kehittämistarpeesta ja otettu huomioon toimeksiantajan toiveet ja mielipiteet. (Jämsä–Manninen 2000, 28–31,35,38.)

Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin syksyllä 2011. Alusta alkaen oli selvää, että työmme tulee olemaan toiminnallinen opinnäytetyö, jotta työ olisi selkeästi käytännössä hyödynnettävissä. Rovaniemen kaupungin kotisairaalan yksikkö ilmaisi tarpeen saada kirjallinen opas saattohoidosta omaisille sekä palvelutalojen henkilökunnalle, jota he voisivat hyödyntää opastaessaan heitä hyvään saattohoitamiseen. Kotisairaalassa ei ole aiempia kirjallisia ohjeita saattohoidon toteuttamiseen. Kiinnostuimme aiheesta, koska se on ajankohdainen ja mielenkiintoinen, lisäksi aiheen käsittelyllä pystymme saavuttamaan opinnäytetyöprosessille asettamat tavoitteet. Saattohoito aihealueena on meille entuudestaan tuttu työkokemuksemme kautta, mutta tuore teoreettinen tietämys aiheesta on vähäistä. Keväällä 2012 teimme ideapaperin, jonka

avulla työmme selkeytyi ja saattohoito-oppaan kohderyhmä tarkentui. Opin- näytetyön kohderyhmä rajattiin koskettamaan ainoastaan palvelutalojen sekä kotisairaalan henkilökuntaa koska opasta olisi ollut haastava toteuttaa siten, että se palvelisi sekä omaisia että hoitohenkilökuntaa.

Kehittämistarpeen tunnistamisen ja ideoinnin jälkeen pidimme palavereja kotisairaalan sairaanhoitajien kanssa, joissa kävimme tarkemmin läpi tuotteen tarkoitusta ja kohderyhmää. Yhteistyössä henkilökunnan kanssa päädyimme tekemään tuotteen, joka on kirjallinen opas. Kotisairaalan sairaanhoitajat saavat tuotteen myös sähköisenä, jotta he voivat päivittää sitä tarvittaessa. Tässä vaiheessa kirjoitimme toimeksiantosopimukset Rovaniemen kaupungin kotisairaalan yksikön osastonhoitajan kanssa.

## **7.2 Luonnostelusta kehittelyvaiheeseen**

Aiheen valinnan ja suunnittelun jälkeen käynnistyy tuotteen luonnostelu vaihe. Tuotteen luonnostelussa huomioidaan asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tarpeet ja odotukset sekä perehtyminen tutkimustietoon aiheesta. Luonnostelu vaiheessa on tärkeää huomioida toimeksiantajan arvot ja periaatteet, joiden toteutuminen halutaan tuotteen avulla varmistaa. Tuotteen laatu syntyy asiantuntijatiedon hankinnalla ja kirjallisuuteen perehtymällä. (Jämsä–Manninen 2000, 43–44, 47, 49–50.)

Rovaniemen kotisairaala on syksystä 2011 antanut saattohoito ohjeistusta eri asumispalveluyksiköihin. Kohderyhmään kuuluvat niin sairaanhoitajia kuin lähi- ja perushoitajia sekä muut hoitoon osallistuvat tahot esimerkiksi fysioterapeutit ja lääkärit. Palvelutalojen henkilökunta on toivonut kirjallista opasta, jota he voivat hyödyntää toteuttaessaan saattohoitoa. Tuotteen tavoitteena on toimia apuvälineen kotisairaalan henkilökunnalle sekä antaa laadukasta ja ajantasaista tietoa saattohoitoa toteuttaville yksiköille. Oppaan sisältö on laadittu yhdessä toimeksiantajan kanssa, jossa on huomioitu myös palvelutalojen toiveita ja tarpeita.

Aloimme luonnostella tuotteen sisältöä ja samalla hahmotimme opinnäytetyön teoreettista viitekehystä. Asiantuntija tietoa olemme hankkineet kirjallisuudesta, tutkimuksista sekä sosiaali- ja terveysministeriön laatimista valtakunnallisista saattohoitosuosituksista. Oppaan luotettavuus, asiasisältö sekä

tarkoituksenmukaisuus on varmistettu käyttämällä kotisairaalan henkilökunnan niin sairaanhoitajien kuin ylilääkärin asiantuntijuutta saattohoitamisesta. Halusimme oppaasta selkeän, ymmärrettävän ja helposti saatavan sekä asiasisällöltään tarkoituksenmukaisen. Olemme hyödyntäneet myös omaa ammattiosaamista saattohoidon toteuttamisesta.

Kehittelyvaihe etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Tuotteen sisältö muodostuu faktoista, jotka kerrotaan mahdollisimman yksiselitteisesti huomioiden vastaanottajan tiedontarpeen. Sosiaali- ja terveystieteiden tuotteiden tavoitteena on informoida tai opastaa lukijaa jolloin tekstin tulee olla ymmärrettävää ja tarkoituksenmukaista. Tärkeää on huomioida painoasu, joka on osa tuotteen oheisviestintää. (Jämsä–Manninen 2000, 54–57.)

Oppaan kehittämisessä lähdimme siitä oletuksesta, että kohderyhmällä on jo ammatillista osaamista sekä perustietämystä kuolevan potilaan hoitotyöstä, joten lähdimme rakentamaan teoretietoa näiden oletusten pohjalta. Sisällytimme kuvia oppaaseen, jotka luovat rauhallista tunnelmaa ja ovat vastapainona saattohoidon teoretiedolle. Aloimme hahmottaa oppaan tekstitystä ja kuvitusta kesäkuussa 2012. Teksti tyylin sekä kirjain koot on valittu selkeyttämään ja helpottamaan tuotteen lukemista. Pohdimme tuotteen painattamista mustavalkoisena mutta päädyimme värilliseen, jotta se herättää lukijan mielenkiinnon haastavasta aiheesta huolimatta. Painatamme tuotteesta vihkosen johon on sisällytetty kohderyhmän tarvitsema teoretieto.

Heinäkuun lopulla saimme valmiiksi ensimmäisen version saattohoitoppaasta, jonka annoimme luettavaksi Rovaniemen kaupungin kotisairaalan sairaanhoitajille, lääkärille ja osastonhoitajalle. Pyysimme heiltä arviota oppaan asiasisällöstä, tarkoituksenmukaisuudesta, luettavuuden selkeydestä sekä ulkomuodosta. Tässä vaiheessa emme vielä painattaneet tuotetta värillisenä koska arvelimme saavamme korjausehdotuksia.

### **7.3 Viimeistelyvaihe**

Viimeistelyvaihe käynnistyy kun tuote mahdollisten erivaiheiden kautta valmistuu. Tuotteen koekäytön ja saadun palautteen kautta viimeistellään yksityiskohdat sekä tehdään mahdolliset muutokset. Tuotteen laatu voidaan sel-



vittää antamalla tuote koekäyttöön tai esiteltä sitä valmisteluvaiheessa. Viimeistelyvaihe voi pitää sisällään yksityiskohtien hiomista, käyttöohjeiden laadintaa, huoltotoimenpiteiden tai päivittämisen suunnittelua. Tässä vaiheessa tehdään myös markkinointi- ja jakelu suunnitelma. (Jämsä–Manninen 2000,80–81.)

Tavoitteena oli valmistaa laadukas ja tarkoituksenmukainen opas saattohoidosta. Laadukkaan lopputuloksen takaamiseksi halusimme oppaan koekäyttöön tai arvioitavaksi ennen lopullista versiota ja tuotteen painattamista. Keskustelimme asiasta toimeksiantajamme kanssa, jolloin päädyimme siihen, että opas annetaan luettavaksi ylläääkärille, kotisairaalan sairaanhoitajille sekä osastonhoitajalle, joilta saamme arvion oppaan toimivuudesta, tarkoituksenmukaisuudesta ja oppaan asiasisällöstä.

Saimme niukasti palautetta eri osapuolilta johtuen kiireellisestä ajankohdasta niin kotisairaalassa kuin osastollakin. Oppaan ulkoasu koettiin hyväksi ja miellyttäväksi lukea sen kuvien ja kirjoitustyylin vuoksi. Korjausehdotuksia saimme yhteen asiasisällön kohtaan. Olimme laittaneet oppaaseen ettei palliatiivinen hoito pidennä elinennustetta, vaikka todellisuudessa uusimman tutkimuksen mukaan palliatiivinen hoito voi pidentää saattohoitopotilaan elämää. Teimme ehdotetut muutokset oppaaseen.

Palautteen saamisen ja oppaan korjaamisen jälkeen toimitimme tuotteen toimeksiantajalle luettavaksi, jonka jälkeen voimme painattaa valmistamamme oppaan. Oppaasta painatamme aluksi kaksi kappaletta, jonka jälkeen tuotteen painattaminen siirtyy Rovaniemen kaupungin kotisairaalan vastuulle. Mielestämme onnistuimme hyvin oppaan valmistamisessa ja olemme tyytyväisiä lopputulokseen vaikka aikataulu oli tiukka ja teimme tuotetta työn ohella koko kesän.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Oppaan ja prosessin arviointi

Saattohoitopotilaan hoitotyö käsittää laajan kokonaisuuden eri tekijöitä, jotka vaikuttavat kuolevan potilaan saamaan hoidon laatuun. Uudistuneiden valtakunnallisten saattohoitosuosituksen myötä Suomeen on tarkoitus saada kokonaan kattavat yhtenäisetkäytännöt saattohoidon toteuttamisesta, jolla mahdollistetaan jokaisen kuolevan potilaan oikeus saada hyvä ja laadukas saattohoito. Suositusten myötä jokaisella saattohoitopotilaalla on oikeus valita mihin hän haluaa elämänsä viimevaiheen hoidon. Saattohoito tulee järjestää potilaan toiveiden mukaisesti kotiin, joka käsittää myös palvelutalo asumisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11.) Saattohoitosuositukset tuovat haasteen palvelutalojen henkilökunnille, jotka eivät ole aiemmin toteuttaneet kuolevan potilaan hoitoa. Rovaniemen kaupungin palvelutalot ovat alkaneet toteuttaa saattohoitoa kotisairaalan tuella syksystä 2011 lähtien, jonka tueksi saattohoito-opas valmistettiin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saattohoito-oppaan tuottaminen Rovaniemen kaupungin kotisairaalan ja palvelutalojen henkilökunnille. Olemme mielestämme onnistuneet tässä tehtävässä, koska saattohoito-opas on selkeä ja laaja kokonaisuus, johon sisältyy keskeisesti valtakunnalliset saattohoitosuositukset. Palautetta emme valitettavasti ole vielä saaneet kuin kotisairaalanhenkilökunnalta ja ylläääriltä, joten oppaan käytännön toimivuudesta ei vielä ole kokemuksia.

Tavoitteemme opinnäytetyölle oli tukea saattohoitoa toteuttavien hoitotyöntekijöiden ammattitaitoa, jotta saattohoitopotilaat saisivat mahdollisimman laadukasta ja tarkoituksenmukaista hoitoa. Oppaan avulla on tulevaisuudessa mahdollista yhtenäistää saattohoito käytäntöjä ja siten kuolevan potilaan hoitotyön laatu paranee Rovaniemen kaupungin kotisairaalassa ja palvelutaloissa.

Valmistimme oppaan Jämsä ja Mannisen (2000) sosiaali- ja terveysalan tuoteistamisprosessin mukaisesti. Prosessin on edennyt suunnitelman mukaisesti huomioiden sen viisi erivaihetta. Ideointivaiheessa rajasimme kohdeyhmää koska oppaan tuottaminen hoitotyöntekijöille sekä omaisille olisi ollut

liian laaja kokonaisuus. Päällimmäisenä tarkoituksena oli valmistaa opas hoitohenkilökunnan tueksi. Olemme valmistaneet oppaan huomioiden toimeksiantajan kehittämistarpeet. Toimeksiantaja on antanut meille vapaat kädet oppaan valmistamiseen. Olemme käyttäneet oppaan tuottamisessa laadukkaita, ajantasaisia ja luotettavia lähteitä, joiden kirjoittajista yksi keskeisin asiantuntija on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyuden omaava ylilääkäri Juha Hänninen. Hänen tuottamia teoksia olemme hyödyntäneet opinnäytetyön teoreettisenviitekehyksen valmistamisessa. Lisää luotettavuutta olemme saaneet työhömmme valtakunnallisista saattohoitosuosituksista, joiden pohjalta Rovaniemelläkin on alettu toteuttaa saattohoitoa myös palvelutaloissa.

Tuotekehitysprosessin viimeistelyvaiheessa annoimme lähes valmiin oppaan kotisairaalan hoitohenkilökunnalle, ylilääkärille ja osastonhoitajalle luettavaksi, joilta harmiksemme heidän kiireisten aikataulujen vuoksi saimme todella niukasti palautetta oppaan toimivuudesta ja sisällöstä. Opas ei myöskään ehtinyt olla koekäytössä palvelutalojen henkilökunnalla, koska kotisairaala oli suljettuna heinäkuun ajan henkilöstön puutteen vuoksi. Tuotekehitysprosessimme viimeistelyvaihe olisi voinut onnistua paremmin, mikäli yhteistä aikaa kotisairaalan henkilökunnan kanssa olisi ollut enemmän. Opimme, että oppaan valmistaminen edellyttää aikaa ja eri osapuolien aikataulujen yhteensovittamista

Opinnäytetyön tekemiseen liittyy useita eettisiä kysymyksiä, jotka tekijän on otettava huomioon. Tutkimustyön eettiset näkökulmat muodostuvat rehellisyydestä, yleisestä huolellisuudesta ja tarkkuudesta tutkimustyössä. (Hirsjärvi–Remes–Sajavaara 2009, 23–25.) Olemme työstäneet opinnäytetyötämme huomioiden tutkimustyön eettiset periaatteet, joihin sisältyvät rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus ja eettisesti kestävä tiedonhankintamenetelmät. Muiden tutkijoiden työn ja saavutukset olemme huomioineet asianmukaisesti. Toimeksiantajan toiveet olemme ottaneet huomioon oppaan valmistuksessa, jotta tuote palvelisi mahdollisimman hyvin sille asetettuja tavoitteita. Saattohoito-oppaan valmistumisen jälkeen oppaan tekijänoikeudet siirtyvät toimeksiantajalle ja näin ollen he voivat päivittää ja muokata opasta tarvittaessa.

## 8.2 Ammatillisuuden kehittyminen

Suunnitelmalliseen ja tavoitteelliseen tutkimukseen liittyy useita vaiheita. Näihin vaiheisiin kuuluvat aiheeseen perehtyminen, suunnitelman laatiminen, tutkimuksen toteutus ja sen raportointi. (Hirsjärvi ym. 2009, 63). Opinnäytetyö prosessin aikana olemme kehittyneet tiedollisesti ja taidollisesti. Opinnäytetyön laatiminen on opettanut meissä organisointikykyä, aikatauluttamista ja kriittisyyttä niin lähteitä kuin omaa tuotosta kohtaan. Aikataulutuksen olemme kokeneet haastavana koko prosessin ajan johtuen siitä, että olemme tehneet opinnäytetyötä työn ohella. Välillä on tuntunut, ettei prosessi tule ikinä päätökseen. Tällaisina hetkinä olemme saaneet ohjausta ohjaavalta opettajaltamme, joka on auttanut meitä viemään prosessin päätökseen.

Koemme, että saattohoito on aiheena raskas, haastava ja se on vaatinut meiltä paljon aiheeseen perehtymistä niin kirjallisuuden kuin tutkimustenkin kautta. Prosessin aikana sairaanhoitajan toimenkuva saattohoidossa on selkiintynyt. Sairaanhoitajalla on suuri merkitys kuolevan potilaan hoitotyössä sekä hänen ja hänen perheensä tukemisessa ja ohjaamisessa.

Tulevina sairaanhoitajina olemme saaneet kokonaisvaltaisen käsityksen saattohoitopotilaan hoitotyöstä, jonka toteuttamiseen tarvitaan laaja-alaista tietämystä saattohoitoa ohjaavista laista, eettisistä ohjeista, saattohoitosuosituksista, hoitolinjoista sekä kuolevan potilaan oireenmukaisista hoitotyön auttamismenetelmistä. Saattohoitopotilaan kohdalla pelkkä lääketieteellinen ja hoidollinen lähtökohta ei ole riittävä (Hänninen–Anttonen 2008, 24).

Kuolevan potilaan hoitotyö poikkeaa muusta hoitotyöstä siten, että tavanomaisella vuodeosastolla keskeisintä on potilaan parantava hoito ja hoidoilla pyritään saamaan potilas mahdollisimman pian takaisin arkielämään. Kuolevan potilaan hoitotyössä toimitaan kaikin mahdollisin keinoin hänen optimaalisen hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja hänen sekä perheen selviytymiseksi elämän viimevaiheessa, kun parantavia hoitoja ei enää ole. (Grönlund–Huhtinen 2011, 120.) Tulevaisuudessa pystymmekin tulevina sairaanhoitajina toteuttamaan laadukasta ja hyvää saattohoitoa, huomioiden kuoleva kokonaisvaltaisesti sekä perustelemaan hoitojen valintaa teorian tietoon nojaten.

Vaikka meillä onkin kokemusta saattohoidon toteuttamisesta, olemme kehittyneet teorianedollisesti. Pystymme mieltämään saattohoidon suuremmaksi kokonaisuudeksi, jossa tulee huomioida useita erivaiheita, joilla pystytään turvaamaan kuolevan tarkoituksenmukainen elämän viimevaihe. Saaduilla tiedoilla kykenemme tulevaisuudessa huomioimaan potilaan oikeudet, hoitolinjojen tärkeyden, perheen merkityksen ja oireenmukaiset hoitotyön auttamismenetelmät saattohoidon toteutuksessa. Lisäksi voimme tulevaisuudessa jakaa teorianedollistamme muille hoitotyöntekijöille ja hoitotyön opiskelijoille.

### **8.3 Suosituksia toimeksiantajalle**

Saattohoito on noussut viimeisten vuosien aikana yhä enemmän esille ja uusia suosituksia ja ohjeistuksia laaditaan sekä uudistetaan. Tärkeää olisi tulevaisuudessa antaa ja tarjota lisäkoulutusta hoitotyöntekijöille, jotta työntekijät pystyvät ylläpitämään omaa ammattitaitoaan ja saamaan uusinta tietoa hoitotyöstä. Potilaan edunmukaista on, että hän saa hoitoa henkilöiltä joilla on riittävä ammattitaito toteuttaa saattohoitoa. Opas on tarkoitettu kaikille hoitotyötä tekeville tai sitä opiskeleville ja toiveena on, että sitä hyödynnettäisiin useissa Rovaniemen kaupungin palvelutaloissa.

Hoitotyö on muuttuva ala, jossa uusin tieto on jo kohta vanhaa tietoa. Suositeltavaa olisi, että toimeksiantaja päivittäisi nyt tehtyä saattohoito-opasta aika ajoin, jotta uusin tieto siirtyisi eteenpäin kaikille saattohoitoa toteuttaville yksiköille. Tulevaisuudessa voisi tehdä tutkimusta saattohoito-oppaan tarkoituksenmukaisuudesta palvelutalojen henkilökunnalle ja kotisairaalaan. Henkilökunnalta voisi selvittää onko heidän saamansa saattohoito koulutus ollut riittävää ja mitkä ovat heidän ammatilliset valmiudet toteuttaa saattohoitoa.

Omaisten tukeminen ja riittävän tiedon antaminen heille on myös erittäin tärkeää. Usein kysymyksiä herää vasta omaisen kuoleman jälkeen tai kaivataan tukea eri tahoilta, jolloin olisi hyvä, jos myös omaisille kohdennettaisiin erikseen saattohoitoa koskeva opas tai ohjeistus.

## LÄHTEET

- Dustagheer, A. – Harding, J. – McMahon, C. 2005. Knowledge to care: A Handbook for care assistants. 2 painos. Blackwell publishing ltd.
- Grönlund, E. – Anttonen, M. – Lehtomäki, S. – Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevanhoito. Helsinki: Suomensairaanhoitaja liitto.
- Grönlund, E. – Huhtinen, A. – 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. painos. Helsinki: Edita prima.
- Halila, R. – Mustajoki, P. 2012. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Osoitteessa [http://www.terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809](http://www.terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809) 19.6.2012
- Harjulehto, S. 2012. Dementoituneen vanhuksen hyvä kuolema. Teoksessa Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt: hoitotyön vuosikirja 2012 (toim. I. Ranta), 146–160. Suomen sairaanhoidajaliitto ry: Helsinki. Fioca oy: Helsinki.
- Heikkinen, H. – Kannel, V. – Latvala, E. 2004. – Saattohoito, haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1 painos. Porvoo: WSOY.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Holmia, S. – Murtonen, I. – Myllymäki, H. – Valtonen, K. 2010. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.–7.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hospice patient alliance. 2012. Pain control: Methods and standards of care. Osoitteessa <http://www.hospicepatients.org/hospic29.html> 13.8.2012
- Hublin, L. – Hämäläinen, S. 2009. Saattohoitopotilaan kivun hoito hoitotyöntekijän näkökulmasta–katsaus tutkimustietoon. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu: Helsinki.
- Hägg, T. – Rantio, M. – Suikki, P. – Vuori, A. – Ivanoff – Lahtela, P. 2007. Hoitotyökotona. Helsinki: WSOY
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito – Potilaan ja omaisen opas. 12. painos. Osoitteessa <http://etela--suomensyopayhdistys-fi-bin.directo.fi/@Bin/3cb8aeffb35ea94349c39ecb3a23a1bf/1340201546/application/pdf/174093/Saattohoito-opas%2012%20uudistettu%20painos%202012.pdf> 18.6.2012
- Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio–viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Lääketieteellinen aikakausikirja–Duodecim. Osoitteessa <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. 1. painos. Helsinki:Duodecim.
- Hänninen, J. – Anttonen, M, S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. (toim. E, Grönlund. – M, S, Anttonen. – S, Lehtomäki. – E, Agge). Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto oy.

- Hänninen, J. – Riikkola, T. 4/2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypähoito-suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2012.  
Osoitteessa  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50063>  
25.6.2012
- Immonen, S. 2005. Hoitajien tieto potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sisällöstä ja hoitajien tietoon yhteydessä olevat tekijät. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Jämsä, K. – Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kaapeli, J. – Kujala, J. 2006. Hoitohenkilökunnan mahdollisuudet hyvään saattohoitoon vanhainkodissa. Opinnäytetyö. Porin yksikkö: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kalso, E. – Haanpää, M. – Vainio, A. 2009. Kipu. 3 uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Kansanterveyslaki 66/1972. Finlex–Ajantasainen lainsäädäntö. Osoitteessa  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066> 13.10.2012
- Kassara, H. – Paloposki, S.– Holmia, S. – Murtonen, I.– Lipponen, V.–Ketola, M-L. – Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1.–2 painos. Porvoo: WSOY.
- Käypähoito suositukset. 2008. Kuolevanpotilaan oireiden hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettamatyöryhmä  
Osoitteessa  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50063>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex–Ajantasainen lainsäädäntö. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> 13.10.2012
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994. Finlex–Ajantasainen lainsäädäntö. Osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> 13.10.2012
- Lapin sairaanhoito piiri 2011. Suosituksia elämän loppuvaiheen hoidosta. Osoitteessa  
<http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=10535&contentlan=1>
- Leino-Kilpi, H. – Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Turku: WSOY oppimateriaalit.
- Lindgren, P. – Lindhol, M-L. – Vikman, S. 2010. Kuka päättää? Sairaanhoitajan kokemuksia kuolemaa lähestyvän vanhuksen omaisten kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu: Hoitotyön koulutusohjelma.
- Lintula, S. – Kilja, U. 2007. Potilaiden kokemuksia kotisairaalan antamasta hoidosta Rovaniemellä. Opinnäytetyö. Rovaniemen ammattikorkeakoulu.
- Maailman lääkäriliiton julistus. 2005. World Medical Association. Santiago: Chile. Osoitteessa <http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005e.pdf>

- Mustajoki, M. – Alila, A. – Matilainen, E. – Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Porvoo: Duodecim.
- Oncologist-approved cancer information from the American Society of Clinical Oncology 2011. Hospice care.  
Osoitteessa  
<http://www.cancer.net/patient/Coping/End-of-Life+Care/Hospice+Care>  
13.8.2012
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Rovaniemi. 2012. Kotisairaala: tervetuloa kotisairaalan potilaaksi. Osoitteessa  
<http://www.rovaniemi.fi/loader.aspx?id=4d1f3ee6-bc9c-4f30-8c8f-f68016137bd7>
- Saarelma, K. 2005. Palliatiivinenhoito kotisairaalassa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.  
Osoitteessa  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94746.pdf> 1.7.2012
- Saarto, T. 2009. Palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito–koska ja kenelle. HUS: Syöpätautien klinikka: Palliatiivisen hoidon yksikkö. Osoitteessa  
[http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Saarto\\_Palliatiivinen%20hoito.pdf](http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Saarto_Palliatiivinen%20hoito.pdf)  
13.10.2012
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Hyvän saattohoidon suositukset.  
Osoitteessa  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2842823&name=DLFE-14939.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2842823&name=DLFE-14939.pdf) 22.06.2012
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito suomessa.  
Osoitteessa  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf) 20.06.2012
- Suomen perustuslaki 1999/731. Finlex–Ajantasainen lainsäädäntö. Osoitteessa  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> 13.10.2012
- Vainio, A. – Hietanen, P. 2004 Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus oy Duodecim.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. 2011. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveysthuollossa: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006-2010.  
Osoitteessa  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=63023&name=DLFE-2325.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2325.pdf) 6.6.2012
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelu kunta. 2003. Saattohoitovaltakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelu kunnan muistio, työryhmä raportti.  
Osoitteessa  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf) 4.6.2012
- Valvira: Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvonta virasto. 2012. Hoitotahto.



Osoitteessa

[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/hoitotahto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto) 20.6.2012

Valvira: Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvonta virasto. 2012. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös).

Osoitteessa

[http://valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoitopaatos\\_elvyttamatta\\_jattamisesta](http://valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoitopaatos_elvyttamatta_jattamisesta) 20.6.2012

Varpula, M. – Skrifvars, M. – Varpula, T. 2006. Milloin en yritä elvyttää. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim.

Osoitteessa

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96143.pdf> 3.7.2012

Vierula, H. 2011. Elvyttämättä jättämispäätös voi jäädä potilaalle ja omaiselle epäselväksi. Lääkärilehti 1/2011.

Osoitteessa

[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=9980/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=9980/type=1)

## **LIITTEET**

Saattohoito-opas

Liite 1