

Päivi Kuitunen & Susanna Kämppi

# HYVÄ SAATTOHOITO

## Kuvaileva kirjallisuuskatsaus


Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma

Joulukuu 2014




**MAMK**  
University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  16.12.2014
<b>Tekijä(t)</b>  Päivi Kuitunen & Susanna Kämppi		<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b>  Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK
<b>Nimeke</b>  Hyvä saattohoito. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.		
<b>Tiivistelmä</b>  Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen perusoikeus ja sen tulisi olla kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla, riippumatta asuinpaikkakunnasta, kuolemaan johtavan sairauden nimestä tai henkilön varallisuudesta.  Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla sitä, mitkä tekijät kuuluvat hyvään saattohoitoon. Työssä tutkittiin myös kotimaisia ja kansainvälisiä saattohoitosuosituksia. Näiden perusteella tehtiin ehdotelma työn tilaajalle, Keski-Suomen seututerveyskeskukselle, miten he voisivat kehittää saattohoito käytänteitään.  Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsiteltiin saattohoitoa käsitteenä ja sen sijoittumista potilaan hoidon vaiheisiin. Siinä kerrottiin myös saattohoitopotilaan hoitotyöstä; perushoidosta, oireenmukaisesta hoidosta sekä hengellisestä tuesta. Saattohoitosuosituksista on otettu mukaan Euroopan unionin, World Health Organizationin, Yhdysvaltalaisen National Consensus Projectin, Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositukset sekä Käypä -hoitosuosituksen kuolevan potilaan oireiden hoidosta.  Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen on etsitty aineistoa eri tietokannoista ja näistä valittu 4 suomenkielistä tutkimusta ja 2 englanninkielistä tutkimusta. Tutkimukset on analysoitu sisällön analyysiä mukailen.  Tuloksissa kävi ilmi, että potilaat ja omaiset pitivät tärkeänä hoidon ja hoitopaikan yksityisyyden ja hoidon yksilöllisyyden. On tärkeää ottaa omaiset osaksi hoitoa ja sen suunnittelua. Hoitopaikan fyysinen ympäristö tulee olla viihtyisä ja hoitajilla taitoa kohdata erilaisia ihmisiä. Hoitohenkilökunnan koulutuksesta ja jaksamisesta tulee myös pitää huolta.		
<b>Asiasanat (avainsanat)</b>  Saattohoito, palliatiivinen hoito, suositukset		
<b>Sivumäärä</b> 34 + 9	<b>Kieli</b> Suomi	<b>URN</b>
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>  7 liitettä		
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b>  Leila Pihlaja		<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b>  Keski-Suomen Seututerveyskeskus

## DESCRIPTION

		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  16.12.2014
<b>Author(s)</b>  Päivi Kuitunen & Susanna Kämppi	<b>Degree programme and option</b>  Degree programme in Nursing	
<b>Name of the bachelor's thesis</b>  Good palliative care. Descriptive literature review		
<b>Abstract</b>  <p>Good palliative care is a fundamental right for everybody and should be accessible for all in need regardless of the place of residence or assets.</p> <p>Purpose of this thesis was to study factors which belong to good palliative care. The domestic and international guidelines for palliative care was studied. Based on these a proposal was made for Keski-Suomen seututerveyskeskus how they could develop their own practices.</p> <p>The theoretical section includes the concept of palliative care and it's place in patient's treatment plan, the nursing of a dying patient, guidelines of European Union, World Health Organization, the United States National Consensus Project and the Ministry of Social Affairs and Health.</p> <p>The descriptive literature review was conducted and material of four master thesis and two English study was analysed.</p> <p>The results revealed that privacy and individuality are important aspects of palliative care. Family and love ones should be included to care and planning of it. Physical environment should be comfortable and nurses to have people skills. Education for the health care providers and well-being of staff is also important for quality palliative care.</p>		
<b>Subject headings, (keywords)</b>  End-of-life care, palliative care, hospice care, guidelines		
<b>Pages</b> 34 + 9	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b>
<b>Remarks, notes on appendices</b>		
<b>Tutor</b>  Leila Pihlaja	<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  Keski-Suomen Seututerveyskeskus	

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	1
2	SAATTOHOITO.....	2
2.1	Saattohoito käsitteenä .....	3
2.2	Saattohoito Suomessa .....	5
2.3	Kuolevan potilaan hoitaminen .....	6
3	SAATTOHOITOSUOSITUKSET.....	11
3.1	Euroopan unionin saattohoitosuositukset .....	11
3.2	Maailman Terveysjärjestön saattohoitosuositukset .....	15
3.3	Yhdysvaltojen saattohoitosuositukset.....	17
3.4	Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositukset .....	19
3.5	Käypä hoito -suositukset kuolevan potilaan oireiden hoidosta .....	20
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	22
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	22
5.1	Aineiston keruu ja analysointi .....	23
5.2	Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus .....	24
6	TULOKSET .....	25
7	POHDINTA .....	28
	LÄHTEET .....	31
	LIITTEET	
	1 Hakupolut	
	2 Opinnäytetyön prosessi	
	3 Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus	
	4 Saattohoitosuositusten yhteneväisyyksiä	
	5 Hyvää saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät	
	6 Ehdotuksia Keski-Suomen seututerveyskeskukselle saattohoito käytänteiden kehittämiseksi	
	7 Esimerkki hoitotahdosta	

## 1 JOHDANTO

Saattohoito on aiheena tärkeä ja ajankohtainen. Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisen perusoikeus ja sen tulisi olla kaikkien sitä tarvitsevien saatavilla, riippumatta asuinpaikkakunnasta tai varallisuudesta. Yhteisvastuukeräyksen kotimainen erityiskohde vuonna 2014 on valtakunnallinen saattohoitohanke, jota Terho-säätiö toteuttaa. (Terhokoti 2014.)

Hankkeen tavoitteena on yhteistyössä saattohoidon asiantuntijoiden kanssa kehittää saattohoidon koulutusta ja lisätä konsultaatioavun saamista laajemmin koko Suomessa. Hankkeen tarkoituksena on myös vahvistaa auttamisverkkoa ja tuoda seurakuntien sielunhoitotyötä näkyvämmäksi kuolevien hoidossa sekä omaisten tukemisessa. (Terhokoti 2014.)

Keskustelu saattohoitosuosituksista alkoi vuonna 2009, minkä jälkeen luotiin saattohoitosuositukset, jotka tulivat voimaan vuonna 2010. Suosituksissa korostuu potilaan itsemääräämisoikeus, ihmisarvo ja inhimillisyys. Suomessa ei ole saattohoitolakia, joka turvaisi kaikille osaavan saattohoidon, inhimillisen ja kivuttoman kuoleman. Saattohoitolaista on tehty 18.2.2014 kansalaisaloite ja allekirjoitusten kerääminen siihen päättyi 18.8.2014. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11.)

Kansalaisaloite saattohoitolaista ei saavuttanut vaadittua 50 000 allekirjoitusta. Vaikuttamistoiminta ja asian esille tuominen näyttävät kuitenkin kannattaneen. Eduskunnan Sosiaali- ja terveysvaliokunnassa kaikki puolueet ovat olleet myönteisiä asian edistämiseksi, joko saattohoitolain laatimisena tai sen sisällyttämisenä terveydenhuoltlakiin. (Pajunen 2014.)

Tulevaisuudessa saattohoidon tarve kasvaa. Ihmiset elävät entistä pidempään ja terveempinä, varsinkin kehittyneissä maissa. Pitkäikäisyys tuo kuitenkin tullessaan monimutkaisia sairauksia, joita on vaikeampi ja kalliimpi hoitaa. Tulevaisuudessa monet ihmiset elävät pitkään sellaisten sydänsairauksien kanssa, jotka aiemmin olisivat aiheuttaneet sydänkohtauksen ja kuoleman. Kun enemmän ja enemmän ihmisiä elää 90- tai jopa 100-vuotiaaksi, niin täysin terveiden osuus väestöstä pienenee. (Economist Intelligence Unit 2010, 9.)

Monissa kehitysmaissa ei ole saatavilla palliatiivista hoitoa eikä saattohoitoa. Siellä ihmisillä ei ole mahdollisuutta saada kipulääkitystä edes keskivaikeaan tai vaikeaan kipuun. Kehittyneissä maissa taas terveydenhuolto keskittyy liian paljon kuoleamisen estämiseen ja siinä samalla unohtaa hoitaa kuolevaa potilasta niin, ettei hänen tarvitse kärsiä kivuista, epä mukavuudesta ja stressistä. (Economist Intelligence Unit 2010, 9.)

Opinnäytetyön tilaajana on Keski-Suomen Seututerveyskeskus. Seututerveyskeskuksen toiminta käynnistyi vuoden 2011 alussa ja se tuottaa palveluita kahdeksalle kunnalle. Seututerveyskeskuksen kuntia ovat Joutsa, Keuruu, Konnevesi, Laukaa, Luhan- ka, Multia, Petäjävesi ja Toivakka. Seututerveyskeskus on hallinnollisesti Keski- Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitos. (Keski-Suomen seututerveyskeskus 2012.)

Seututerveyskeskukseen on perustettu työryhmä valmistelemaan saattohoito- ohjeistusta. Opinnäytetyön tarkoituksena ja tavoitteena on etsiä kirjallisuuskatsauksen avulla tietoa siitä, mitä ovat hyvät saattohoito käytänteet. Työssä tutkitaan myös koti- maisia ja kansainvälisiä saattohoitosuosituksia ja näiden pohjalta muodostetaan ehdo- telma seututerveyskeskuksen saattohoitotyöryhmälle, miten heidän saattohoito käytän- teitä voisi vielä kehittää.

## **2 SAATTOHOITO**

Sana hospice (suomeksi saattohoitokoti) voidaan jäljittää keskiaikaan, jolloin se viitta- si paikkaan, missä matkustajat ja sairaat voisivat löytää majapaikan ja suojelua. Sana hospice tulee latinan sanasta hospitium, mikä vapaasti suomennettuna tarkoittaa ”tur- vaa matkailijoille”. Saattohoitokoti voidaan nykypäivänä määritellä paikaksi, joka tarjoaa hoitoa ja hyvää elämänlaatua kuolemansairaille sekä heidän omaisilleen. Saat- tohoidon kotimaana pidetään Englantia, jonne vuonna 1967 perustettiin ensimmäinen moderni hoitokoti kuoleville potilaille. (Programme for the Good Hospice in Denmark 2006, 12; Heikkinen ym. 2004, 19.)

Saattohoitoa voidaan toteuttaa niin laitoksissa kuin kotonakin, ja se vaatii hoitohenki- lökunnan hyvää koulutustasoa, sekä työhyvinvoinnista huolehtimista. Saattohoitoa tekävän henkilöstön on tärkeää tuntea oma rajallisuutensa. Heidän tulee antaa tilaa omille tunteilleen ja lupa käydä läpi omat menetykset. Henkilökunnan tulee tietää

mistä saa tarvittaessa apua ja tukea sekä saada purkaa vaikeita työhön liittyviä asioita työnohjauksessa. (Aalto 2013, 23.)

## **2.1 Saattohoito käsitteenä**

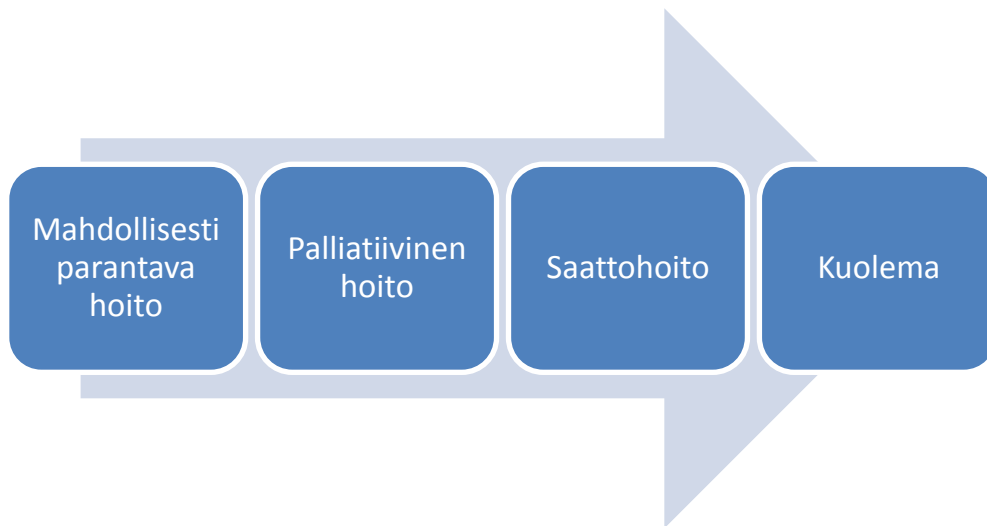
Saattohoidolla tarkoitetaan kuolevan potilaan hoitoa. Se on kuolemaan johtavan sairauden oireiden lievittämistä sekä kuolevan, että hänen läheistensä tukemista. (Anttila ym. 2009, 523.)

Saattohoito on hoitoa, jossa kuolemaa lähestyvälle potilaalle pyritään takaamaan mahdollisimman oireeton, aktiivinen ja arvokas loppuelämä. Saattohoito sanana sisältää myös täysin ei-teknisen ulottuvuuden ja kuvaa läsnäoloa, kuolevan saattoa matkalle - kotiin tai portille, jolta ei ole paluuta. (Hietanen & Vainio 2004, 19.)

Heikkisen ym. mukaan (2004, 19-20) saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa sekä hänen läheistensä tukemista sairauden viime vaiheessa ja kuolinprosessin aikana. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen jakso ja sen lähtökohtana on potilaan etenevä sekä parantumaton sairaus ja potilaan jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito on moniammatillisen työryhmän toteuttamaa potilaan kokonaishoitoa.

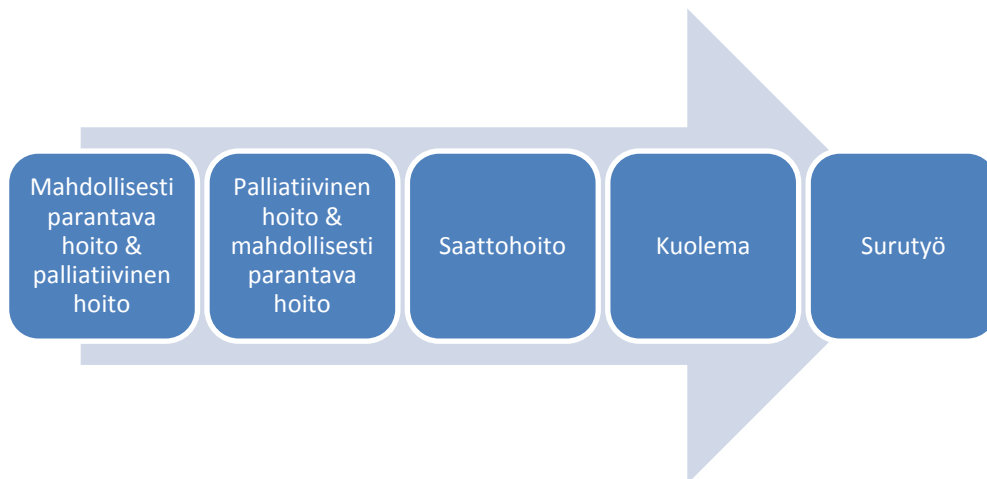
Käsitettä palliatiivinen hoito käytetään usein synonyyminä saattohoidolle. Hietasen & Vainion mukaan (2004, 17) palliatiivisen hoidon tavoitteena on parantaa parantumattomasti sairaan ja hänen perheensä elämänlaatua. Se perustuu kärsimyksen ehkäisemiseen ja lievittämiseen sekä kivun ja muiden fyysisten ja psykososiaalisten ongelmien varhaiseen tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja lievitykseen.

Palliatiivinen hoito sijoittuu aktiivihoidon (mahdollisesti parantavan hoidon) ja saattohoidon välimaastoon kuvan 1 mukaisesti. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia, eikä se ole sidottu kuoleman läheisyyteen. (Heikkinen ym. 2004, 18–19.)



**KUVA 1. Perinteinen näkemys palliativisesta hoidosta (mukaillen World Health Organization 2004, 17)**

Uudessa näkemyksessä mahdollisesti parantava hoito ja palliativinen hoito tapahtuvat yhtä aikaa, kuten kuvassa 2 on esitetty. Alussa parantavan osuus on suurempi ja palliativisen hoidon osuus kasvaa taudin edetessä. Siinä on myös huomioitu omaisille annettava tuki potilaan kuoleman jälkeen. (Programme for the Good Hospice in Denmark 2006, 19.)



**KUVA 2. Uusittu näkemys saattohoidosta (mukaillen World Health Organization 2004, 17)**

Saattohoidon tulisi jatkua myös kuoleman jälkeen. Suru, menetys ja kuolemaan johtavan sairauden varjossa eläminen voivat vaikuttaa omaisten elämään vielä pitkään. Tuen tarve tuli arvioida ja auttaa heitä heidän yksilöllisten tarpeiden mukaan. (EAPC 2009, 285.)



## 2.2 Saattohoito Suomessa

Suomessa ihmisiä kuolee vuosittain noin 50 000. Näistä saattohoitoa tarvitsevia on noin 200 syöpäpotilasta ja 40 muita sairauksia sairastavia potilaita 100 000 asukasta kohden. Syöpäpotilaat ovat suurin kohderyhmä saattohoidossa. (Suomen Kuntaliitto 2014.)

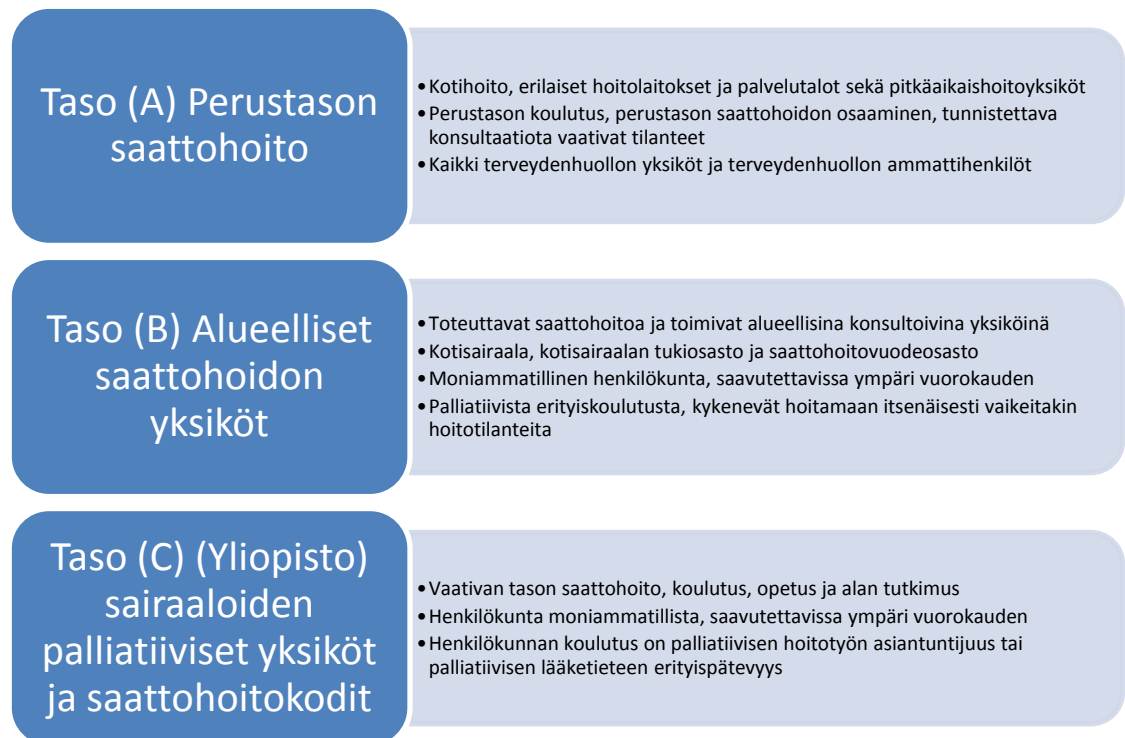
Suomessa saattohoitoa toteutetaan erikoissairaanhoidossa, saattohoitokodeissa sekä perusterveydenhuollossa (osasto- ja kotihoidossa). Tällä hetkellä suurin osa suomalaisista (70%) kuolee sairaalassa. Kotisaattohoidon mahdollisuutta halutaan kuitenkin lisätä. (Erjanti ym. 2014, 21.)

Suomessa merkittäviä vaikuttajia kuolevien potilaiden saattohoidossa ovat olleet luterilainen kirkko ja syöpäjärjestöt (Hietanen & Vainio 2004, 311). Suomeen on perustettu neljä saattohoitokotia. Helsingissä toimii Terhokoti, joka on 17-vuodepaikkainen. Sitä ylläpitää Terho-säätiö, joka on Etelä-Suomen Syöpäyhdistyksen ja syöpäsäätiön yhteinen säätiö. Tampereella sijaitsee Pirkanmaan hoitokoti, joka on 24-vuodepaikkainen ja Syöpäpotilaiden Hoitokotisäätiön ylläpitämä. 13-potilaspaikkainen Koivikko-koti toimii Hämeenlinnassa ja on Koivikkosäätiön ylläpitämä. Turussa toimii 20-vuodepaikkainen Karinakoti, jota ylläpitää Lounais-Suomen Syöpäyhdistys. Tampereen ja Helsingin hoitokodit ovat saattohoidon kehittäjiä ja kouluttajia, ja ovat toimineet vuodesta 1988. (Aalto 2013, 7.)

Suomi luokitellaan Hännisen mukaan kansainvälisesti jälkeenjääneeksi kansakunnaksi saattohoidon toteuttamistavassa. Raporteissa on todettu, ettei Suomi pysty toteuttamaan suosituksia, joita Euroopan unioni ja Maailman Terveysjärjestö ovat laatineet saattohoidossa kärsimyksen lievitykselle ja inhimilliselle kuolemalle. (Hänninen ym. 2013, 11.)

The Economist lehden Intelligence Unit (2010, 11–14) julkaisi vuonna 2010 ”Kuoleman laatuindeksin”, jossa vertailtiin 40 maan saattohoidon laatua ja saatavuutta. Tässä tutkimuksessa Suomi sijoittui sijalle 28. Suomen sijoitusta laski saattohoidon huono saatavuus ja hoidon korkea hinta potilaalle.

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa on esitetty kuvan 3 mukainen kolmiportainen malli saattohoidon järjestämiseksi. Portaan A hoitoa on tarjottava kaikissa terveydenhuollon laitoksissa, ja kaikissa yksiköissä tulee olla saattohoitoa koordinoiva hoitaja. Portaan B hoitoa toteutetaan terveyskeskuksissa ja vuodeosastoilla, kotihoidossa ja kotisairaalassa. Näissä tulee olla nimetty vastuulääkäri sekä hoitaja, joilla on saattohoitoon perustasoa laajempi koulutus. Tason C hoitoa toteutetaan yliopisto- ja keskussairaaloissa, sekä saattohoitokodeissa. (Suomen Kuntaliitto 2014.)



**KUVA 3. Suositus palliativisen ja saattohoidon kolmiportaisesta mallista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010)**

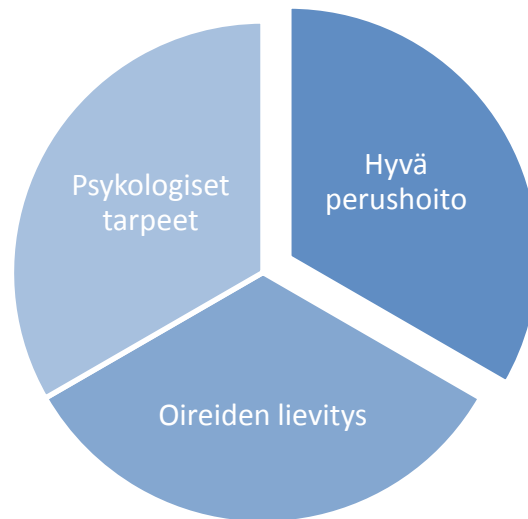
Vuoden 2014 Yhteisvastuukeräyksen tuottamilla varoilla on tarkoitus kehittää nimenomaan perustason (A) saattohoitoa. Tämä taso vastaa perustason palliativisesta- ja saattohoidosta. Perustasolla hoidetaan lieväoireisia potilaita ja heitä joilla on hitaasti etenevä sairaus. (Terhokoti 2014.)

### 2.3 Kuolevan potilaan hoitaminen

Hoitotyöllä tarkoitetaan sairaanhoitajien ja muiden hoitotyötä tekevien henkilöstön työtä, lääketieteellinen hoito on taas lääkäreiden vastuulla. Kuolevan potilaan hoitotyö poikkeaa muiden potilaiden hoidosta siinä, että kuolevan hoidossa toimitaan hyvin-

voinnin ylläpitämiseksi ja hänen sekä hänen omaistensa selviytymiseksi elämän loppuvaiheessa, kun parantavaa hoitoa ei enää ole. (Grönlund & Huhtinen 2011, 120.)

Kuvan 4 mukaisesti kuolevan potilaan hoitotyö koostuu hyvästä perushoidosta, oireita lievittävästä hoidosta ja psyykkisiin tarpeisiin vastaamisesta. Kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille ja hoitohenkilökuntaan kuuluville (Käypä- hoitosuositus 2012).



**KUVA 4. Kuolevan potilaan tarpeet (Vainio 1993, 26)**

Kuolevan potilaan fyysinen hyvinvointi turvataan huolehtimalla hengittämisestä, ravinnosta, nesteytyksestä, erittämisestä, puhtaudesta ja kivuttomuudesta. Hengenahdistus on pelottava tunne siitä, ettei saa riittävästi ilmaa raskaasta hengitystyöstä huolimatta. Sitä voidaan lievittää mm. avaamalla ikkuna, lisähapen antamisella, asentohoidolla ja kipulääkkeinä käytävillä opioideilla. Hapen lisäys hengitysilmaan auttaa jonkin verran, mutta suurempi apu on morfiinista, joka rauhoittaa hengityskeskusta ja vähentää hengitystiheyttä. (Iivanainen & Syväoja 2009, 541; Vainio & Hietanen 2004, 98–99.)

Riittävä kipulääkitys on kivuttomuuden tärkein kulmakivi. Potilaan on voitava luottaa riittävään kipulääkitykseen ja hän on itse paras asiantuntija kipujensa suhteen. Tajutoman potilaan ilmeistä ja eleistä voidaan päätellä, onko hänellä kipuja. Kivun kokemiseen vaikuttavat myös mieliala, läheisiltä saadun tuen määrä ja hoitoympäristö. (Vainio & Hietanen 2004, 58; Iivanainen & Syväoja 2009, 541.)

Kivun lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä ja niiden käytyä riittämättömiksi, siirrytään morfiinin sukuisiin lääkeaineisiin. Kipulääke voidaan antaa kipupumpun avulla, mikäli potilaalla on nielemisvaikeuksia. Lääkeaineiden sivuvaikutuksina voivat olla ummetus, pahoinvointi ja hallusinaatiot. Jatkuvia kipuja lääkitään säännöllisesti eikä tarpeen mukaan. Kipulääkitys tulee suunnitella tarkoin ja yksilöllisesti. Kipua voidaan hoitaa myös sädehoidolla ja kirurgisesti. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä kipulääkityksestä, mutta silloin hoitajan tulee selvittää syy kieltäytymiseen. Kipua voidaan helpottaa myös hyvällä perushoidolla, asentohoidolla ja ihon hoidolla. (Anttila ym. 2007, 341–342.)

Potilaan nukuttaminen on äärimmäinen keino lievittää kärsimystä. Sedatoinnin lähtökohtana on, että potilas kärsii sietämättömistä oireista ja niitä ei muilla keinoin saada hallintaan. Esimerkiksi tukehtumiskuolema on tällainen tilanne. Edellytyksenä sedaatiolle on myös se, että potilas ja omaiset ovat tietoisia sen luonteesta ja hyväksyvät sen. Sedaatiosta käytetään vaihtelevaa käsitteistöä: puhutaan palliatiivisesta sedaatiosta, terminaalista sedaatiosta ja joskus lääkteenä. Kansainvälisesti on otettu käyttöön termi palliatiivinen sedaatio, joka kuvastaa sitä, että kyseessä on osa suunniteltua hoitoa. (Hänninen 2012, 91–92.)

Ruokahaluttomuus on moninainen ongelma ja se voi johtua suun oireista (suun kuivuminen, infektiot, limakalvovauriot, kipu ja makumuutokset), pahoinvoinnista tai nielemisvaikeuksista. Potilas ja omaiset voivat ajatella, että ruokahalun paraneminen antaa toiveita taudin ennusteen paranemisesta. Ruokahaluttomuus on usein enemmän omaisten kuin potilaan itsensä ongelma. Omaisille tuleekin selvittää, että ruokahaluttomuus on yksi elämän loppuvaiheen oireista, eikä siihen puuttuminen muuta taudin kulkua eikä potilas näe nälkää. Isojen ruoka-annosten sijasta tulisi tarjota useammin pieniä ja kauniisti aseteltuja annoksia potilaan mieliruokia. Monesti huoneenlämpöinen tai kylmä ateria maistuu lämmintä ateriaa paremmin. (Vainio & Hietanen 2004, 103–109.)

Ummetus on saattohoitovaiheessa tavallista. Tämä johtuu elintoimintojen hidastumisesta, liikkumisen vähenemisestä ja ravinnon sekä juoman nauttimisen muuttumisesta niukaksi. Myös kipulääkkeet aiheuttavat ummetusta. Ummetusta voidaan hoitaa kuitupitoisella ruokavaliolla ja laksatiiveilla, joita voidaan antaa myös peräpuikkona. (Anttila ym. 2007, 342.)

Saattohoitopotilailla esiintyy usein pahoinvointia, joka voi johtua annetuista lääkkeistä, aineenvaihdunnallisista syistä, tulehduksesta, ummetuksesta tai kasvaimen aiheuttamasta suolitukoksesta. Usein pahoinvoinnin syitä on useita. Hoidon kannalta on tärkeää selvittää pahoinvoinnin syy ja mikäli syytä ei voida poistaa, voidaan sitä hoitaa lääkityksellä. (Hänninen 2012, 32.)

Väsymystä aiheuttaa yleiskunnon laskeminen, lääkitys ja ravitsemustilan heikkeneminen. Hoitona on lepo ja syöminen sen verran kuin ruoka maistaa. Kuntoilu ja vastentahtoinen ruokailu eivät väsymystä poista. (Hänninen 2012, 41.)

Kuolevalla ihmisellä on monenlaisia psyykkisiä oireita. Yleisin oire on masennus. Kuoleva potilas voi tuntea olonsa myös avuttomaksi, surulliseksi, alakuloiseksi ja levottomaksi. Näihin tuntemuksiin vaikuttaa myös se, että kuoleva on eristäytynyt sosiaalisesti ja vuorovaikutussuhteet ovat muuttuneet. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.)

Kuolemasta tulisi puhua potilaan kanssa kiertelemättä ja mahdollisimman avoimesti, mutta ei pakottaen. Kuolevan potilaan hoito pohjautuu avoimuuteen, rehellisyyteen ja turvallisuuden tunteen luomiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Hengelliset asiat ovat potilaille merkityksellisiä, mutta niistä puhumista pidetään vaikeana. Suomen kielessä sana hengellisyys tulkitaan useimmiten tarkoittamaan yksinomaan uskonnollisuutta, vaikka se on sitä huomattavasti laajempi yläkäsite. (Hänninen & Pajunen 2006, 70–71.)

Hengelliset tarpeet ovat Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa julkaisussa jaoteltu neljään eri ryhmään: 1) suojautumisen tarve, kun on uhka, että kaikki tuhoutuu, 2) sovinnon tarve itsensä, läheistensä ja Jumalan kanssa, 3) elämän eheyden löytämisen tarve ja 4) elämän täyttymyksen saavuttamisen tarve. Hoitosuhteen alussa tulee selvittää kuolevan hengelliset tarpeet ja on tärkeää, että pappi voidaan kutsua paikalle eri vuorokauden aikoina. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Hengellisten tarpeiden arviointi kuuluu osana hoitoprosessiin. Kuolevan potilaan hengellisten tarpeiden vastaamiseen sairaanhoitaja voi työssään keskittyä läsnäolollaan, keskustelemalla, kuuntelemalla sekä hiljentymistilan järjestämisellä. Potilaille

tulee järjestää mahdollisuus seurata Jumalanpalveluksia radion ja television välityksellä. Sairaanhoitaja voi myös tarjota potilaalle hengellistä kirjallisuutta luettavaksi tai laulaa hengellisiä lauluja tai virsiä, sekä järjestää mahdollisuuden osallistua ehtoolliselle. Sairaanhoitaja voi tarvittaessa kääntyä sairaalapastorin tai muun seurakunnan työntekijän puoleen. (Grönlund ym. 2008, 114–115.)

Henkistä huolenpitoa hoitotyössä on kuolevan toiveiden, läheisyyden ja turvallisuuden tarpeiden huomioiminen, sekä yksilöllisyyden arvostaminen. Kuolevan henkinen ja fyysinen vointi vaikuttavat vahvasti toisiinsa. Psykykinen pahoinvointi voi ilmetä fyysisinä oireina, kuten mahakipuna tai ”pala kurkussa” -tunteena. (Ridanpää 2006, 46.)

Hoitajan rooli kuolevan hoitotyössä on olla ensisijaisesti yksilöllisen hoidon toteuttajana, kuolevan tukijana ja lohduttajana. Hoitajan työskentelytavasta tulee välittyä kuolevalle, että häntä arvostetaan ja kunnioitetaan yksilönä, sallitaan myös kielteisten tunteiden näyttäminen, kuten kiukun ja mielipahan. Hoitaja toimii myös aktiivisena toimijana, sekä havainnoijana. Hoitajalta tulee löytyä taitoa empaattisuuden tulkita kuolevan toiveita silloinkin, kun sanoja ei enää ole. Tähän tarvitaan hoitajalta myös luovuutta ja rohkeutta. (Ridanpää 2006, 47.)

Kuoleman hetkellä on tärkeää, että hoitajalla on empaattisuutta tarttua käteen, viipyä kuolevan luona kiireettömästi, olla tuttu hoitaja kuolevalle ja antaa ystävällinen, lohduttava sana. Se luo kuolevalle turvallisuuden ja välittämisen tunteen. (Ridanpää 2006, 47.)

Yhteiskunnan muuttuessa myös suru ja sureminen ovat muuttaneet muotoaan. Ennen koko lähiyhteisö osallistui suremiseen, nyt suru on muuttunut yksityiseksi asiaksi. Lisäksi surun esiintuominen ja ilmaiseminen koetaan ei-toivottuna asiana. Surun normaali kulku on tullut vaikeammaksi ja surevia jopa vältellään. Suru voi ilmetä fyysisinä oireina, kuten päänsärkynä, vatsakipuna, huimauksena tai vapinana. Suru vaatii läpikäymistä ja pahimmillaan käsittelemätön suru voi kaventaa ihmisen elämää ja vääristää todellisuutta. Onnistuneesti käsitelty suru voi puolestaan jopa parantaa elämänlaatua, antaa henkistä syvyyttä ja avaruutta. (Hänninen & Pajunen 2006, 143–144.)

### 3 SAATTOHOITOSUOSITUKSET

Erialaisten saattohoitosuosituksien tavoitteena on parantaa saattohoitoa laatua ja vähentää hoidon saatavuudessa olevia eroavuuksia. Tässä työssä on tutkittu Euroopan unionin, Maailman Terveysjärjestön, Yhdysvaltalaisen National Consensus Project for Quality Palliative Care:n ja Sosiaali- ja terveysministeriön laatimia saattohoitosuosituksia.

#### 3.1 Euroopan unionin saattohoitosuositukset

Euroopan Unioni ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys on antanut saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa koskevat laatusuositukset vuonna 2009 ja 2010. Tavoitteena suosituksilla on yhdistää terminologiaa Euroopan Unionin maissa. Saattohoitoa on vaikea tutkia ja vertailla, koska termistö ja sen sisältö vaihtelee eri maissa. Termejä on nyt avattu ja määritelty – palliative care, hospice care, supportive care, end-of-life care, terminal care ja respite care. (European Association for Palliative Care 2009, 280.)

Suosituksen mukaan potilaiden itsemääräämisoikeutta tulee lisätä. Jokainen henkilö on ainutlaatuinen, itsenäinen ja arvostettu. Hoitoa annetaan ainoastaan silloin, kun potilas ja/tai perhe ovat valmiita hyväksymään sen. Ihannetapauksessa potilas säilyttää itsemääräämisoikeutensa koskien hoitopaikkaa, hoitovaihtoehtoja ja erityisasiantuntemusta kohtaan. (European Association for Palliative Care 2009, 283.)

Hoidon arvokkuutta koskevalla suosituksella tarkoitetaan sitä, että palliatiivista hoitoa toteutetaan kunnioittavasti, avoimesti, huomioiden potilaan kulttuuriset ja uskonnolliset arvot sekä jokaisen maan lainsäädäntö. Palliatiivisen hoidon henkilöstön tulee toimia yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Potilaat ja omaiset ovat tärkeitä kumppaneita suunniteltaessa hoitoa ja sairauden hallintaa. (European Association for Palliative Care 2009, 283.)

Suosituksissa korostuu myös elämän laatu ja suhtautuminen elämään ja kuolemaan. Keskeinen tavoite on saavuttaa tukea, säilyttää ja parantaa mahdollista elämän laatua. Palliatiivinen hoito ei pyri nopeuttamaan eikä lykkäämään kuolemaa (European Association for Palliative Care 2009, 283–284.)

Suosituksen mukaan hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa laadukasta palliatiivista hoitoa. Tällä viitataan vuorovaikutukseen niin potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä kuin myös vuorovaikutusta potilaiden ja heidän omaistensa välillä. Euroopan neuvoston mukaan on äärimmäisen tärkeää luoda hyväksyvä mieliala saattohoitoa kohtaan Euroopan Unionin maissa ja siten luoda tuleville sukupolville kuolemaa pelkäämätön ilmapiiri. (European Association for Palliative Care 2009, 284.)

Moniammatillisen työryhmän tulee antaa palliatiivista hoitoa. Eri tieteenalojen yhteistyö antaa parhaan mahdollisen fyysisen, psykologisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen. Suosituksessa surun ja menetyksen riskinarviointi on rutiinia. Hautauspalvelut ja surun jälkihoito mahdollistetaan omaisille potilaan kuoleman jälkeen. (European Association for Palliative Care 2009, 284–285.)

Suosituksessa kerrotaan, että palliatiivinen hoito voidaan jakaa erilaisille tasoille. Ainakin kaksi tasoa olisi annettava; perus- ja erikoishoidontaso. Hoidon saatavuus tulee olla taattuna kaikille EU:n asukkaille. Palliatiivisen hoidon ei tule rajoittua ennalta tiettyihin lääketieteellisiin diagnooseihin vaan sen pitää olla kaikkien hengenvaarallista sairaudesta kärsivien käytettävissä. Kaikissa Euroopan maissa palliatiivista hoitoa tarjotaan pääasiassa potilaille joilla on pitkälle edennyt syöpä. Potilaille, joilla on muita sairauksia, kuten neurologinen sairaus, HIV/AIDS tai sydämen-, keuhkojen-, tai munuaistenvajaatoiminta, voi olla samat palliatiivisen hoidon tarpeet, mutta heidän on paljon vaikeampi päästä hoidon piiriin. Korkealaatuisen palliatiivisen hoidon mahdollistaminen muille kuin syöpäpotilaille tulisi asettaa ensisijaiseksi kehityskohteeksi Euroopassa. (European Association for Palliative Care 2009, 285–287.)

Saattohoitosuosituksen mukaan ei ole mitään ennalta sovittua aikaa, milloin parantavasta hoidosta siirrytään palliatiiviseen hoitoon. Siirtyminen tapahtuukin usein vaiheittain. Lasten ja nuorten palliatiivinen hoito alkaa heti diagnoosista ja jatkuu huolimatta siitä, saako lapsi hoitoa varsinaiseen sairauteensa. Hoidon yksikkö on lapsi ja perhe. Perheen kodin tulee säilyä hoitopaikkana aina kuin mahdollista. Jokaiselle perheelle tulisi olla saatavissa kotiinsa moniammatillinen lapsipotilaisiin erikoistunut palliatiivinen tiimi. (European Association for Palliative Care 2009, 287–288.)

Euroopan Unionin saattohoitosuosituksen toisessa osassa kerrotaan hoidon suunnittelusta ja saatavuudesta. Hoitotestamentin tekeminen mahdollistaa potilaan itsemäärää-



misoikeuden säilymisen myös siinä tapauksessa, että hän on niitä kykenemätön tekemään itse. Palveluiden tulee olla kaikkien potilaiden saatavilla; missä ja milloin tahansa, ilman viivytyksiä. Tasavertainen palliatiivisen hoidon saatavuus tulisi taata kaikissa Euroopan maissa, riippumatta kulttuurisesta, etnisestä tai muusta taustasta. Hoidon saatavuus ei saa riippua potilaan maksukyvyistä. (European Association for Palliative Care 2010, 22–23.)

Perusedellytyksenä palliatiiviselle hoidolle on se, että hoito jatkuu koko taudin kehityskaaren ajan ja läpi terveydenhuoltojärjestelmän. Suurin osa potilaista haluaa tulla hoidetuksi kotonaan, mahdollisesti kuolemaansa asti. Kontrastina tälle suurin osa potilasta kuitenkin kuolee sairaalassa tai hoitokodissa. Toivottu hoito- ja kuolinpaikka tulee olla tiedossa ja siitä keskustella potilaan ja omaisten kanssa. Palliatiivista hoitoa, huolenpitoa ja tukea annetaan potilaan kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa, sairaaloissa ja saattohoitokodeissa, sekä myös muualla jos tarvetta. (European Association for Palliative Care 2010, 23–24.)

Suosituksen mukaan palliatiivisen hoidon henkilöstön, eli moniammatillisen palliatiivisen ryhmän, tulee koostua hoitajien ja lääkäreiden lisäksi myös sosiaalityöntekijöistä, psykoterapeuteista, toimistotyöntekijöistä, fysioterapeuteista, kriisityöntekijöistä, sielunhoitajista, vapaaehtoistyön koordinaattoreista, kappalaisista, haavanhoitajista, lymfaterapeuteista, toimintaterapeuteista, puheterapeuteista, ravitsemusneuvojista, proviisoreista ja kouluttajista. Vapaaehtoistyöntekijät antavat korvaamattoman panoksen palliatiiviseen hoitoon. Heidät tulee kouluttaa ja työtä valvoa. Vapaaehtoiset eivät korvaa hoitohenkilökuntaa, mutta täydentävät osaltaan hoitotiimiä. (European Association for Palliative Care 2010, 25–26.)

Suosituksessa kerrotaan, että ainoastaan Itävallassa ja Ranskassa saa omaisensa hoitaja työstään palliatiivisen hoidon vapaata. Sama mahdollisuus tulisi antaa myös muissa Euroopan maissa, jotta omainen voi hoitaa potilasta kotonaan niin pitkään kuin mahdollista. (European Association for Palliative Care 2010, 26.)

Euroopan Unioni on antanut myös ohjeita koskien palliatiivisen hoidon yksiköitä, niiden tarvetta ja vaatimuksia. Suosituksen mukaan palliatiivisen hoidon yksiköt tuottavat erikoistason palliatiivista hoitoa. Yksiköt sijaitsevat yleensä sairaalan yhteydessä tai läheisyydessä. 1 000 000 asukasta kohden tarvitaan 80 – 100 palliatiivisen hoidon

vuodepaikkaa. Hoitajia tulisi olla 1,2 ja lääkäreitä 0,15 yhtä vuodepaikkaa kohden. Palliatiivisen hoidon yksikön tulee tarjota kodinomainen ympäristö ja noin noin 8–15 vuodepaikkaa. Yksiköissä tulee olla tilat omaisille yöpymistä varten sekä sosiaaliset tilat, kuten keittiö ja olohuoneita. (European Association for Palliative Care 2010, 26–27.)

Saattohoitokodeissa hoidetaan potilaita, jotka eivät tarvitse sairaalahoitoa, mutta eivät pysty asumaan omassa kodissaan tai palvelutalossa. Monissa maissa palliatiivisen hoidon yksiköt ja saattohoitokodit ovat samankaltaisia, mutta joissain maissa näistä löytyy selviä eroja. Sairaalan palliatiivisen hoidon tukitiimi tuottaa erikoistason palliatiivisen hoidon neuvontaa ja tukea muille sairaalan osastoille, potilaille ja heidän omaisilleen sairaalaympäristössä. He tarjoavat virallista ja vapaamuotoista koulutusta. Tällainen tukitiimi tulee perustaa palliatiivisen hoidon yksikköön ja vähintään yksi tiimi 250:tä sairaalan vuodepaikkaa kohden. Tukitiimiin tulee kuulua vähintään yksi lääkäri ja yksi saattohoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. (European Association for Palliative Care 2010, 28–29.)

Palliatiivisen kotihoidon tiimi tuo erikoissairaanhoitoa kotona asuville potilaille. Jokaisesta 100 000 asukasta kohden tulee olla yksi tiimi, joka on tavoitettavissa ympäri vuorokauden. Palliatiivisen kotihoidon tiimi rakentuu neljästä tai viidestä kokoaikaisesta ammattilaisesta ja laajentuu lääkäreillä ja erikoistuneilla sairaanhoitajilla, sosiaalityöntekijöillä ja hallinnollisella henkilökunnalla tarpeen mukaan. Kotisairaaloimintaa on mm. Suomessa ja Ranskassa ja se mahdollistaa kotihoidon potilailla, jotka muuten tarvitsisivat sairaalahoitoa. (European Association for Palliative Care 2010, 29–30.)

Vapaaehtoistyöntekijöistä koostuva saattohoitotiimi toimii läheisessä yhteistyössä ammatillisten palveluiden kanssa ja tarjoaa tukea ja ystävyyttä potilaille sekä heidän omaisilleen. Tiimi koostuu koulutetuista vapaaehtoistyöntekijöistä ja ainakin yhdestä ammattilaisesta. Yksi tiimi tulisi perustaa 40 000 asukasta kohden. (European Association for Palliative Care 2010, 30.)

Saattohoidon päiväsairaala sijaitsee yleensä sairaalan palliatiivisen yksikön tai saattohoitokodin yhteydessä. On määritelty, että 150 000 asukasta kohden pitäisi olla yksi päiväosasto. Henkilökunta on moniammatillista ja päiväsairaalassa tulee olla poti-

lashuoneet, terapiahuoneet, henkilökunnan tilat, kylpyhuone, keittiö ja huone vapaa-ajan toiminnalle. Palliatiiviset poliklinikat taas tarjoavat konsultaatiota potilaille, jotka asuvat kotona ja pystyvät käymään poliklinikalla. (European Association for Palliative Care 2010, 31.)

Suosituksen kerrotaan, että erilaiset palvelut ja yhdenmukaisten standardien puute vaikeuttavat saattohoidosta keskustelua eri Euroopan maiden välillä. Päätäjien tulee kuitenkin mm. tiedostaa ikääntyvän väestön tuomat vaikutukset terveydenhuoltoon, varmistaa hoitohenkilökunnan ajantasainen tietämys palliatiivisesta hoidosta ja poistaa stereotyyppinen käsitys siitä, että vanhuksille ei tarjota palliatiivista hoitoa kun he sitä tarvitsevat. (European Association for Palliative Care 2010, 32.)

### **3.2 Maailman Terveysjärjestön saattohoitosuosituks**

Maailman Terveysjärjestön, eli World Health Organizationin julkaisu "Palliative care. The solid facts" kuvaa lähestyvän kuoleman olevan erittäin henkilökohtainen tapahtuma. Se on vaativa niin fyysisesti kuin emotionaalisesti. Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat apua ja tukea, joka vastaa heidän tarpeisiinsa nopeasti ja oikealla tavalla, oikealla hetkellä. Tähän kuuluvat esimerkiksi kivun ja oireiden hallinta yhdenmukaisin hoitokeinoin, yhteydenpito ja selkeä tiedotus omaisten kanssa. Nämä auttavat potilasta elämään mielekkäästi loppuun asti, sekä tukemaan omaisia myös kuoleman jälkeen. (World Health Organization 2004, 8.)

Tässä julkaisussa käsitellään palliatiivista hoitoa kymmenestä eri osa-alueesta, joista ensimmäisessä korostetaan muutoksen tarvetta. Toisen kohdan mukaan hoidossa tulisi ottaa huomioon yksilöllisesti syntyvät tarpeet. Kolmannessa kohdassa selvitetään palliatiivisen hoidon käsitettä ja neljännessä yksilön oikeuksien merkityksiä ja vaihtoehtoja saattohoitoa toteuttaessa. Viides, kuudes ja seitsemäs osa-alue käsittelevät näyttöä tehokkaasta palliatiivisesta hoidosta, tarpeesta mahdollistaa hoito kaikille ja ohjelman palliatiivisen hoidon parantamiseksi. (World Health Organization 2004, 9–13.)

Terveydenhuollon ammattihenkilökunnan koulutuksen parantamista käsitellään kohdassa kahdeksan. Yhdeksäs kohta sisältää yleisen tietämyksen lisäämisen palliatiivisesta hoidosta. Kymmenes kohta koostuu tutkimusten teosta poliittisen päätöksenteon avuksi. Sen mukaan poliittisten päättäjien on ryhdyttävä toimimaan väestötasolla var-

mistaakseen, että hoidon taso vastaa tarvetta yleisissä vakavissa sairauksissa, kuten syöpä, sydänsairaudet, tartuntataudit, maksa- ja munuaissairaudet, hengityselinsairaudet ja dementia. (World Health Organization 2004, 9–13.)

Poliittisten päättäjien on ryhdyttävä kehittämään kansallisia strategioita ja laajentamaan investointeja koskien kaikkia sairauksia palliatiivisessa hoidossa. Kansallisia aineistoja palliatiivisesta hoidosta olisi myös syytä tarkastella ja tutkimuksen rahoittajia pitäisi valvoa niin, että varoista tietty osuus suuntautuisi sairauden hoitoon. Hyvän-  
tekeväisyysrahoituksista Iso-Britannia käyttää vain 0,18% ja Yhdysvallat vain 0,9% palliatiiviseen hoitoon. (World Health Organization 2004, 28–29.)

World Health Organization on määritellyt vuonna 2002 palliatiivisen hoidon tarkoittamaan hoitoa, joka parantaa potilaiden elämänlaatua tarjoten helpotusta kipuun ja muihin oireisiin, pitäen kuoleman normaalina prosessina, jonka tarkoituksena ei ole jouduttaa, eikä myöskään pitkittää kuolemaa. Palliatiivisen hoidon tulisi olla kiinteä osa hoitoa ja sitä tulisi pystyä tarjoamaan missä tahansa hoitoympäristössä. (World Health Organization 2004, 14.)

Ihmisten halu puhua avoimesti sairaudestaan vaihtelee suuresti. Ihmisten omat kokemukset ja arvot ohjaavat heitä suhtautumaan vakavaan sairauteensa yksilöllisellä tavalla. Terveystieteiden ammattihenkilöstön antamalla ohjeistuksella jokaisen omiin arvoihin perustuen on suuri merkitys hoidossa ja sen laadussa. Ohjauksen avulla potilas ja omaiset voivat olla mukana päätöksenteossa ja valinnoissa koskien omaa hoitoa. Eettiset perustelut palliatiivisen hoidon kehittämiseksi ja huomioimiselle ovat : Kaikilla ihmisillä on oikeus saada korkealaatuista hoitoa vakavan sairauden aikana ja kuolla arvokkaasti huomioiden hengelliset ja uskonnolliset tarpeet. (World Health Organization 2004, 16.)

Useimmat tutkimukset ovat osoittaneet, että tutkimuksiin vastanneista 75 % haluaisivat kuolla kotona. Tästä huolimatta useimmissa maissa kuitenkin kuolema tapahtuu useimmiten sairaalahoidossa. Alankomaissa on kiinnitetty huomiota mahdollisuuteen kuolla kotona ja tarjottu kansalaisille myös sitä vaihtoehtona saattohoidossa. Kansanterveyspolitiikan täytyy tunnustaa ihmisten oikeudet saada korkealaatuista lievittävää hoitoa ja saada hoidolle linjausta siitä, mitä sairautta he kärsivät. Nämä oikeudet olisi sisällytettävä sosiaali- ja terveydenhuoltolakiin. Poliittisten päättäjien olisi seurattava

sairaiden ihmisten toiveita kuolemasta ja hoitopaikastaan. Päättäjien olisi myös seurattava rutiininomaisesti hoitopaikkoja, joissa lievittäviä hoitoja tarjotaan. Heidän tulisi myös kannustaa terveyspalveluja tiedustelevaan ihmisten mieltymyksiä koskien kuolemaa ja viimeistä hoitopaikkaa. (World Health Organization 2004, 17.)

Palliativisen hoidon järjestäminen ja tarjoaminen vaihtelee eri maissa, riippuen kansallisista poliitikoista, historiallisista normeista ja rahoituksen malleista. Monissa maissa terveydenhuollon ensihoito ja sairaalat suorittavat kipua lievittävää hoitoa. Jotkut maat ovat keskittyneet kehittämään laitoshoidon tarjoamaan saattohoitopalveluita. Toisissa maissa taas keskitytään kotihoitoon palliativisen hoidon tarjonnassa. (World Health Organization 2004, 18.)

Terveydenhuollon organisaation olisi investoitava koulutukseen, sekä kehittää ja ylläpitää hoitajien palliativisen hoitotyön osaamista. On varmistettava, että palliativinen hoito on keskeinen osa terveydenhuollon koulutuksia. Myös koulutusten tuottajilla tulee olla riittävä asiantuntemus palliativisesta hoidosta. (World Health Organization 2004, 25.)

### **3.3 Yhdysvaltojen saattohoitosuosituks**

National Consensus Project for Quality Palliative Care projektin tarkoituksena oli luoda hoitosuosituks

Suosituks rakentuvat kahdeksasta, osasta joista ensimmäisessä käsitellään hoidon rakennetta ja prosesseja. Sen mukaan hoitosuunnitelma perustuu kattavaan ja monitieteelliseen arvioon potilaasta ja perheestä sekä ilmaisee potilaan mieltymykset, arvot ja tavoitteet. Moniammatillinen tiimi palvelee potilasta ja omaisia hoitosuunnitelman mukaisesti. Koulutettujen vapaaehtoistyöntekijöiden käyttöä suositellaan voimakkaasti. Hoitotiimin tuesta ja koulutuksesta huolehditaan. Hoidon fyysinen ympäristö järjestetään potilaan ja perheen toiveiden mukaan jos vain mahdollista. (National Consensus Project 2013, 14–19.)

Toisessa kohdassa annetaan ohjeita hoidon fyysisiin näkökohtiin. Sen mukaan moniammatillinen tiimi arvioi ja hoitaa kipua sekä muita fyysisiä oireita parhaaseen näyt-

töön perustuen. Oireiden ja sivuvaikutusten vaikutukset ovat yhteydessä taudin kuvaan. (National Consensus Project 2013, 20.)

Kolmas kohta käsittelee hoidon psykososiaalista ja psykiatrasta puolta. Ohjeistuksen mukaan moniammatillinen tiimi arvioi ja kohdistaa psykologiset ja psykiatriset hoidon näkökohdat niin, että potilaan ja omaisten selviytyminen ja elämän laatu on mahdollisimman hyvää. Ydin osa palliatiivisen hoidon ohjelmaa on tarjota apua suruun ja menetykseen potilaalle ja omaisille tarpeen mukaan. (National Consensus Project 2013, 22–23.)

Hoidon sosiaalisia näkökohtia käsitellään kohdassa neljä. Siinä moniammatillinen tiimi arvioi ja kohdistaa hoidon sosiaaliset näkökohdat potilaan ja omaisten tarpeisiin, tukee tavoitteissa ja maksimoi heidän vahvuuksia ja hyvinvointia. (National Consensus Project 2013, 24.)

Viidennen kohdan tavoitteena on, että moniammatillinen tiimi arvioi ja huomioi hoidon hengelliset, uskonnolliset ja eksistentiaaliset puolet. Potilaan hengelliset arvot tunnustetaan ja huomioidaan uskomukset sekä rituaalit, kuten myös hengellinen ahdistus, syyllisyys, epätoivo, mielipaha ja toivottomuus. Nämä huomioidaan myös potilaan kuoleman jälkeen. (National Consensus Project 2013, 26–27.)

Kuudes suositus koskee hoidon kulttuurinäkökohtaa. Sen mukaan palliatiivisen hoidon ohjelma kohtelee jokaista potilasta, perhettä ja yhteisöä kulttuurisesti ja kielellisesti sopivalla tavalla. Ohjelma myös pyrkii parantamaan kulttuurillisia ja kielellisiä taitoja. (National Consensus Project 2013, 30.)

Lähiaikoina kuolevan potilaan hoitoa käsitellään seitsemännessä kohdassa. Siinä moniammatillinen tiimi tunnistaa, kommunikoi ja hallitsee kuolevan potilaan merkit ja oireet, sekä vastaa potilaiden ja omaisten fyysisiin, psykososiaalisiin, hengellisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin. Kuoleman jälkeinen hoito on arvokasta ja kunnioittavaa, sekä siinä huomioidaan kulttuurin ja uskonnon asettamat käytännöt. Välittömästi kuoleman jälkeen otetaan käyttöön suruajan suunnitelma. (National Consensus Project 2013, 30.)

Hoidon eettiset ja oikeudelliset näkökohdat tulevat esiin viimeisessä suosituksessa. Potilaan edustajan päämääriä, mieltymyksiä ja valintoja kunnioitetaan lain ja yleisesti hyväksytyjen normien rajoissa. Henkilökohtaiset tavoitteet, mieltymykset ja valinnat luovat pohjan hoitosuunnitelmalle. Palliatiivisen hoidon ohjelma tunnistaa ja tunnistaa eettiset ongelmat, joita tulee esiin vakavasti tai kuolemansairasta potilasta hoidettaessa. (National Consensus Project 2013, 32–33.)

### **3.4 Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositukset**

Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2010 saattohoitosuositukset saattohoidon toteuttamiseen. Näiden perustana voidaan pitää vuonna 1982 Lääkintöhallituksen laatimia ohjeita terminaalihoidosta sairaanhoitolaitoksille. Näissä ohjeissa korostettiin saattohoidon inhimillisyyttä ja sellaisten hoitotoimien välttämistä, jotka eivät vaikuta sairauden ennusteeseen. Yleisenä periaatteena ohjeissa oli, että potilas voisi elää saattohoitovaiheen ilman kipua tai vaikeita oireita ja olla valitsemassaan ympäristössä läheistensä ja omaistensa kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 13.)

Saattohoidon eettiset ja inhimilliset periaatteet sekä potilaan kivun ja kärsimyksen lievittäminen korostuvat saattohoidon suosituksissa. Potilaiden ja omaisten kohtaamisessa on tärkeää hyvä ja luottamusta herättävä kohtelu. Saattohoitosuosituksen mukaan hyvä saattohoito edellyttää potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Tämä toimii saattohoidon perustana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30.)

Suosituksen mukaan saattohoito aloitetaan, kun ihmisellä on kuolemaan johtava sairaus ja hän on lähellä kuolemaa. Hoitolinjauksista tulee keskustella potilaan ja hänen niin salliessaan omaisten kanssa sekä kirjata sovitut asiat hoitosuunnitelmaan. Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri ja erikseen tulee myös nimetä henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta vuorokauden eri aikoina. Hoidon jatkuvuus tulee varmistaa ja hoitoa arvioida jatkuvasti. Eri hoitopäätösten tulee perustua lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön, sekä potilaan ja omaisten toiveisiin ja tarpeisiin. Saattohoitoa toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä potilaan ja omaisten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30.)

Lääkäreiden ja hoitajien tulee olla koulutettuja saattohoitoon ja heiltä saa apua ympäri vuorokauden. Vapaaehtoistyöntekijät ja muu henkilökunta täydentävät moniammatillista työryhmää. Työryhmälle tarjotaan saattohoitoon liittyvää täydennyskoulutusta, työnohjausta ja tarvittaessa keskusteluapua. Saattohoitoa toteuttavan hoitohenkilökunnan työhyvinvointia tulee tukea ja kehittää herkkyyden ja intuition säilymiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30–31.)

Saattohoitoa tekevien tulee osata arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa hoidon kaikilla osa-alueilla; kivunhoito ja muut fyysiset tarpeet, hengelliset ja kulttuuriset tarpeet ja näiden huomioiminen sekä ymmärtäminen hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa. Saattohoidossa tulee osata tunnistaa lähestyvän kuoleman merkit ja kuoleman hetki, sekä tukea omaisia heidän tarpeiden mukaisesti potilaan kuoleman jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 31.)

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset vastaavat hoidon yhdenvertaisuudesta ja toteuttamisesta. Saattohoitoa toteutetaan potilaan toiveiden ja tarpeiden mukaan kotona, palvelutalossa, saattohoitokodeissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla. Omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon turvataan potilaan toiveiden mukaan. Lasten saattohoidosta vastaa erikoissairaanhoito. Hoitolaitokset sitoutuvat huolehtimaan potilaiden tarpeista ja toiveista, toiminnan hyvästä laadusta sekä Käypä hoito- suositusten noudattamisesta. Keskustelemalla hyvän saattohoidon merkityksestä edistetään suositusten toteutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 31.)

### **3.5 Käypä hoito -suositukset kuolevan potilaan oireiden hoidosta**

Keskeistä Käypä hoito -suosituksissa on kuolevan potilaan oireenmukainen hoito. Tärkeänä osana siihen kuuluu oireita lievittävä lääkehoito. Myös muut tarpeet tulee huomioida, kuten hengelliset, sosiaaliset, psykologiset ja maailmankatsomukselliset tarpeet. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Kuolevan hoidossa esiin nousee kysymyksiä oikeudenmukaisuudesta ja ihmisarvosta, ja kuolevan potilaan hoitaminen kuuluu jokaiseen tasoon terveydenhuollossa. Kaikilla lääkäreillä tulee olla osaaminen oireista lievittävästä hoidosta. (Käypä hoito -suositus 2012.)



Käypä hoito -suosituksen mukaan kuolevan potilaan hoidossa ei ole aiheellista ravita tai nesteyttää potilasta suonensisäisesti. Antibioottihoidon aloittamista on harkittava niin, että jos se lievittää oireita, sen voi aloittaa, mutta se ei paranna elinaikaennustetta. Myös muita lääkkeitä tulee karsia pois, jos ne ovat jo tarpeettomiksi käyneitä elämän loppua ajatellen, kuten esimerkiksi verenpaine- ja kolesterolilääkkeet. Nämä voivat myös tehdä haitallisia yhteisvaikutuksia muiden käytettävien lääkkeiden kanssa. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Kuolevalla potilaalla esiintyy usein deliriumia (sekavuutta), jota tulee ennaltaehkäistä ja hoitaa. Potilaan korkea ikä ei ole este oireiden mukaisen hoidon toteuttamiseen, eikä sairauskaan ole este hoidolle, kuten esimerkiksi dementia. Jokaisen potilaan kohdalla hoitovastetta on seurattava tarkkaan. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Hoitopäätöksen tekeminen on tärkeää, ennen kuin aloitetaan saattohoito tai palliatiivinen hoito. Potilaalle on ymmärrettävästi kerrottava hoitopäätöksistä ja niiden seurauksista ja perusteista, ja potilaan tulee saada vaikuttaa hoitopäätöksen teossa. Hoitolinjaukset tulee tehdä potilaan ja omaisten kanssa yhteisymmärryksessä. Hoitolinjauksen tekemisessä on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta. Hoitolinjausten tekeminen ajoissa on tärkeää potilaalle, jotta autonomia toteutuu, ja oireiden lievitys alkaa mahdollisimman ajoissa, sekä omaiset saa mahdollisuuden valmistautua lähesyvään kuolemaan. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Hoitolinjaus sekä keskustelut potilaan ja läheisten kanssa kirjataan potilaskertomukseen huolellisesti. Palliatiivista hoitoa tulee kehittää riittävällä koulutuksella ja organisoimalla toimintaa, ja tämä toteutuu nykyisilläkin voimavaroilla Suomessa. Yhteistyötä on tärkeää lisätä erikoissairaanhoidon, sekä perusterveydenhuollon kanssa. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Käypähoito -suosituksissa on eritelty saattohoidon akuuttitilanteita ja taulukoitu esimerkiksi pahoinvoinnin syitä ja hoitoa sekä suositeltu lääkehoito. Myös opioidien annokset ovat taulukoitu. Suosituksissa on myös eritelty eriasteisten kipujen hoitoa, kuten esimerkiksi neuropaattisen-, läpilyöntikivun-, ja vaikean kivunhoito. Psykykkiset oireet, kuten masennus, ahdistuneisuus, unettomuus, sekä deliriumin hoito, on huomi-

oitu omina kappaleinaan käypähoito -suosituksessa. Vanhus- ja dementiapotilaan hoidosta on omat ohjeet suosituksessa. (Käypä hoito -suositus 2012.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Olemme työskennelleen perusterveydenhoidossa useita vuosia ja huomanneet, että hyvän saattohoidon toteuttamisessa on vielä paljon kehitettävää. Opinnäytetyön tarkoituksena oli hakea tutkittua tietoa siitä, mitä on hyvä saattohoito ja miten sitä voitaisiin jatkossa kehittää seututerveyskeskuksen eri toimipisteissä. Toiveena on, että ehdotelma auttaa heitä edelleen kehittämään saattohoito-opastaan vastaamaan annettuja kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia sekä tutkimuksissa esille tulleita hyviä saattohoidon tunnusmerkkejä.

Tiedonhakuun liittyvä kysymys on: Mitä ovat hyvät saattohoito käytänteet?

#### **5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS**

Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Oman tutkimuksen tekeminen saattohoidosta olisi vaatinut rahoitusta, enemmän kokemusta sekä resursseja mihin meillä oli mahdollisuutta. Tutkimuksen tekeminen saattohoidettaville potilaille ja/tai heidän omaisilleen olisi myös aiheuttanut eettisiä ongelmia, joita meidän olisi ollut vaikea ratkaista.

Kirjallisuuskatsaus luokitellaan kolmeen eri tyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty. Siitä voidaan erottaa kaksi erilaista tapaa, joita ovat integroiva katsaus ja narratiivinen katsaus. (Salminen 2011, 6.)

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi aiheen valinnalla ja työn teoriaosuutta on muokattu niin ohjaavan opettajan kuin työn tilaajan kanssa. Työn sisältö muovautui työn edetessä opinnäytetyön ohjaajan avulla. Opinnäytetyötä on tehty niin yhdessä kuin erikseenkin ja säännöllisin väliajoin koottu yhteen. Liite 2 havainnollistaa työn prosessin etenemistä.

## 5.1 Aineiston keruu ja analysointi

Kirjaston informaattikko antoi tietoa kirjaston tietokannoista ja vinkkejä hakutermeistä sekä tulosten rajaamisesta. Tiedonhaussa käytettyjä tietokantoja ovat Cinahl, Medic, Melinda ja Terveysportti. Hakutuloksista on ensin tarkasteltu otsikot ja jos se rajasi paljon tuloksia pois. Otsikoiden perusteella valituista tutkimuksista ja artikkeleista on luettu tiivistelmät ja tarvittaessa koko sisällön. Varsinkin englanninkielistä aineistoa etsittäessä on monesti luettu koko sisältö, jotta on saatu selvitettyä, vastaako aineisto tutkimuskysymykseen.

Tiedonhakua on kuvattu taulukon muodossa liitteessä 1. Melindasta hakusanalla saattohoito löytyi yli 200 teosta. Hakusanaa tarkennettiin lisäämällä siihen sana hyvä saattohoito. Se tuotti 28 teosta, joista työhön valikoitui lopulta kolme teosta.

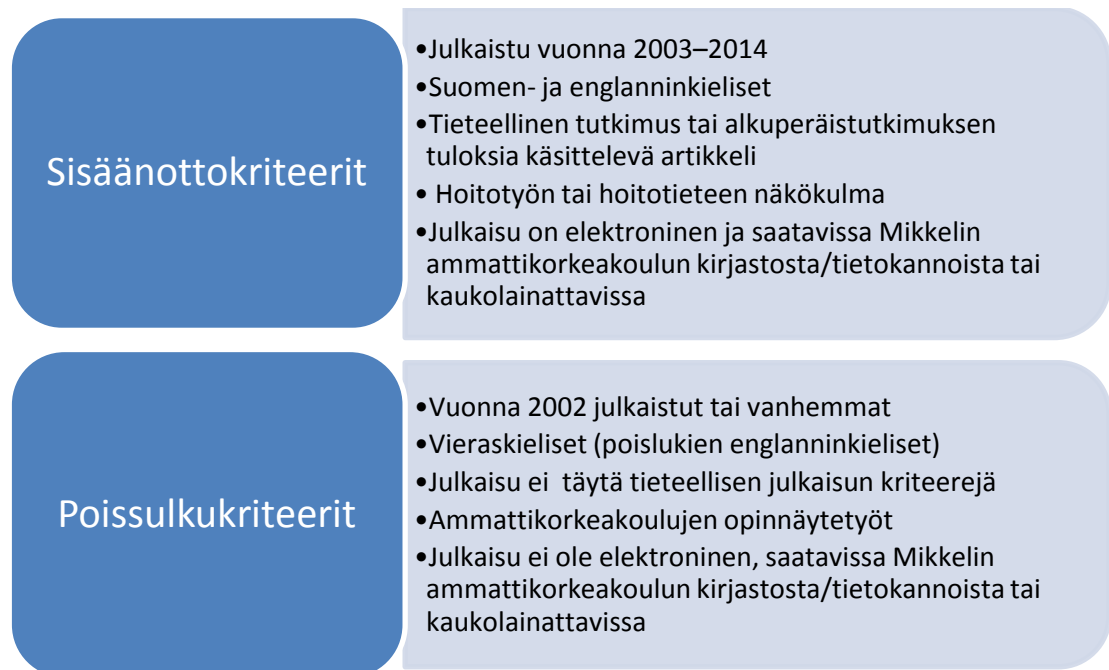
Medicistä löytyi hakusanalla terminal care yli 300 tulosta. Hakusanaa tarkennettiin lisäämällä hakuun sana guidelines. Se tuotti 19 tulosta, joista yksi tutkimus hyväksyttiin. Cinahlista löytyi hakusanalla terminal care OR palliative care OR hospice AND guidelines yli 3000 tulosta. Hakusanoiksi vaihdettiin hospice AND guidelines. Tämä tuotti 27 tulosta, joista työhön valittiin kaksi teosta. Science direct freedom collectionista tiedonhaku hakusanalla end of life care AND guidelines AND terminal care tuotti 16 tulosta. Näistä ei yksikään vastannut sisäänottokriteereitä. Terveysportti tuotti hakusanalla saattohoito 60, hospice 7, ja palliatiivinen hoito 277 tulosta, mutta ei yhtään sisäänottokriteerejä täyttävää aineistoa.

Tieteellisiä artikkeleita etsittiin lukemalla Hoitotiede-lehden sisällysluettelot vuosien 2005–2014 väliltä. Työhön valittujen tutkimusten lähdeluettelot myös tutkittiin uuden aineiston löytymiseksi. Tutkimuksia ja artikkeleita haettiin lukemalla saattohoitoa käsittelevien Ammattikorkeakoulutasoisten opinnäytetöiden ja saattohoitosuosituksen sisällysluetteloita.

Sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymykseen ja muihin edellytyksiin, joita mukaan otettavalle aineistolle on asetettu. Kieliharhan välttämiseksi tutkimuksia ei tulisi rajata vain yhteen tai tiettyihin kieliin, koska silloin haun ulkopuolelle voi jäädä hyviä ja relevantteja tutkimuksia. Ennen tiedonhakua tulee myös määrittellä poissulkukriteerit jotka määrittävät hylättävän aineiston (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.) Tässä

työssä on käytetty tekijöiden kielitaidon mukaisesti suomen- ja englanninkielistä materiaalia.

Työssä on käytetty vuosien 2003–2014 välillä julkaistuja tutkimuksia. Perusteluna verraten pitkälle aikahaarukalle on se, että tuoretta kotimaista tutkimusta saattohoidosta ja sen laadusta on huonosti saatavilla. Tiukempi aikaraja olisi jättänyt työstä pois tutkimuksia, joiden sisällyttämistä pidettiin tärkeänä. Hyvä saattohoito käsitteenä ei muutu nopeasti ja siitä johtuen myös vanhempi tutkimustieto on edelleen sovellettavaa. Muut sisäänotto- ja poissulkukriteerit selviävät kuvasta 5.



**KUVA 5. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit**

Aineiston on analysoitu sisällönanalyysiä vapaasti mukaillen. Liitteen 5 mukaisesti aineisto on taulukoitu ja löydetty saattohoitokäytänteet jaettu ensin hyvää saattohoitoa edistäviin ja estäviin tekijöihin. Tämän jälkeen on muodostettu kategoriat jonka alle on laitettu kaikki tulokset. Tutkimuksista sai yllättävän helposti poimittua vastaukset tutkimuskysymykseen ja taulukointia helpotti, että tutkimuksissa toistuivat samat teemat.

## 5.2 Tutkimuksen etiikka ja luotettavuus

Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Työssä on pyritty huolellisuuteen ja tarkkuuteen, sekä toimittu rehellisesti. Työssä ei ole plagioitu toisten tekstiä

eikä sepitetty tutkimustuloksia. Raportoinnissa on pyritty tuomaan tulokset esiin huolellisesti ja alkuperäisiä tutkimuksia kunnioittaen. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–26.)

Kirjallisuuskatsauksen onnistumisen kannalta tiedonhaku on kriittinen vaihe. Tähän on saatu opastusta Mikkelin Ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikolta ja työssä on käytetty luotettavia tietokantoja.käytimme. Haastetta kansainvälisten tutkimusten hakemiseen toi termien suuri lukumäärä ja termien sisällön määrittelemättömyys sekä vaihtelut eri maiden välillä. Englanninkielisen aineiston tutkiminen, suomentaminen ja tulkitseminen oli myös ajoittain haastavaa.

Työn luotettavuutta lisää se, että sitä on tehty työparina ja siinä on tutkittu jo aiemmin tuotettua tieteellistä tietoa. Tutkimusten valinnasta tekijät ovat vastuussa itse ja tutkimusten saatavuus on ohjannut tutkimusten valintaa. Tästä syystä merkittäviä tutkimuksia on saattanut jäädä aineistosta pois.

## 6 TULOKSET

Tutkimuksista kävi ilmi, että potilaiden yksityisyyden mahdollistaminen ja kohtelu yksilönä on olennaista hyvän saattohoidon onnistumiselle. (Mikkonen 2007, 75; Lipponen 2006, 18; Sand 2003, 6; Ridanpää 2006, 1.) Potilaan historian, tapojen ja mieltymysten tunteminen on ensiarvoisen tärkeää hyvän saattohoidon toteuttamiseksi (Casey ym. 2010, 1829.) Yksilöllisyyttä voitaisiin mahdollisesti lisätä omahoitajuuden lisäämisellä tiimityön rinnalle (Mikkonen 2007, 1). Kuolevan hoitaminen kotona lisäisi myös hoidon yksilöllisyyttä ja laadukkuutta (Ridanpää 2006, 23).

Yksityisyys saattohoidossa koostuu perheyhteyden säilymisestä, arvostuksesta ja hyväksytyksi tulemisen tunteesta. Kokemukseen vaikuttaa henkilökunnan kanssa jaettu aika, mahdollisuus luottamuksellisiin keskusteluihin ja oman rauhan takaaminen sitä tarvitsevalle. Omaiset kokivat arvostuksen puutteeksi sen, jos potilas ei voinut keskustella hoitajien kanssa omalla äidinkielellään. Kuolevan potilaan tarvetta olla yksin on kunnioitettava ja toisaalta taas vastata läheisyyden tarpeeseen. (Mikkonen 2007, 65.)

Omaisille tulee antaa mahdollisuus osallistua saattohoitoon sekä hoidossa huomioida perhekeskeisyys, joka näkyy myös kotona tehtävässä saattohoidossa. Läheiset ja omaiset tulee ottaa voimavarana. (Mikkonen 2007, 75; Sand 2003, 6; Ridanpää 2006,

1.) Omaisille tulee antaa mahdollisuus osallistua vainajan pukemiseen, vaikka kaikki eivät koe sen tuovan tilanteelle mitään lisäarvoa (Mikkonen 2007, 71). Läheisiin ja omaisiin tulisi pitää yhteyttä myös kuoleman jälkeen (Sand 2003, 6). Hoitohenkilökunnan tulisi parantaa yhteydenpitoa potilaan omaisten kanssa, huolehtia avoimesta viestinnästä ja ilmoittaa potilaan muuttuneesta tilanteesta (Costello 2006, 594, 596–599).

Omaisten päätöstä osallistua tai olla osallistumatta saattohoitoon tulee tukea ja muistuttaa, että ihmisillä on velvollisuuksia, joita ei voi jättää. Yleisesti suositellaankin omaisten tapaamista potilaan kuoleman jälkeen. Omaiset arvostavat mahdollisuutta tavata hoitohenkilökuntaa ja nähdä vielä hoitopaikan, missä yksi merkittävä elämänsä jaksotapahtui. Toiset haluavat pitää surun perheen sisäisenä asiana, eivätkä pidä tapaamista tarpeellisena. (Mikkonen 2007, 69–70.)

Läheisiin ja omaisiin tulisi pitää yhteyttä myös kuoleman jälkeen. Omaisten jälkihoito voi tarkoittaa esimerkiksi omahoitajan soittoa lähiomaiselle noin neljän viikon kuluttua potilaan kuolemasta. Soiton tarkoituksena on saada palautetta hoidosta. Omaiset saavat kokemuksen, että heistä välitetään ja hoitaja saa yleensä kuulla, toipumisen olevan käynnissä ja elämän jatkuvan. Jälkihoito liittyy ajatukseen hoidon jatkuvuudesta ja kokonaisvaltaisuudesta. (Sand 2003, 43.)

Fyysinen hoitoympäristö ja varsinkin mahdollisuus saada yhden henkilön potilashuone vaikuttavat omaisten mahdollisuuteen osallistua saattohoitoon sekä potilaan yksityisyyteen. Saattohoitokotien sisustukseen on kiinnitetty paljon huomiota, jotta viimeinen koti olisi potilaalle ja omaisille viihtyisä, kodinomainen ja esteettinen (Mikkonen 2007, 75; Sand 2003, 6; Ridanpää 2006,1; Casey ym. 2010, 1830.) Tulevaisuuden haasteena on kotihoidon- sekä kotisairaaloiminnan lisääminen. Kotona kuolevaa tukevat tuttu ympäristö, tavat ja asiat. (Ridanpää 2006, 23.)

Saattohoitoa tekeviltä hoitajilta toivottiin taitoja kohdata erilaisia ihmisiä, halua olla kuolevaa lähellä, myönteistä suhtautuminen kuolemaan sekä omakohtaisia kokemuksia kuolemasta ja surutyöstä. Hyvää hoitoa antaakseen hoitajalla tulee olla käsitys hyvästä elämästä sekä tiedettävä, mitä sisältyy käsitteeseen hyvä kuolema. Hoitajilla tulee olla lämmin ja hyväksyvä suhde omaisia kohtaan. Hoitajan tärkeänä tehtävänä on tiedottaa kuolemasta omaisille ja muille hoitaville tahoille. Hoitajalla tulee olla

myös taitoa huomioida ja kirjata kuolemaa ennakoivat merkit. (Lipponen 2006, 21, 23, 152–153; Ridanpää 2006,1; Costello 2006, 596–599.) Hoitajat tunsivat, että heidän tehtävänsä on saada potilas tuntemaan olonsa niin onnelliseksi ja mukavaksi kuin mahdollista. Heidän mielestään kuolemasta puhumista tulisi välttää, jotta potilas ei hermostuisi. (Casey ym. 2010, 1828.)

Hyvän saattohoidon edellytys on henkilökunnan osaaminen, joka näkyy ammattitaitona, turvallisuutena ja kollegiaalisena toimintana. Hoitotyön ei tule näyttäytyä rutiinimaisena suorittamisena vaan hoitajien tulee osata luoda kiireetön ilmapiiri. Henkilökunnalta odotetaan myös antaumuksellisuutta, epävarmuuteen suostumusta, luotettavuutta, sitoutumista, potilaiden itsemääräämisoikeuden puolustamista ja kuolevan oikeuksien esille tuomista. (Mikkonen 2007, 68 & Sand 2003, 176.)

Saattohoidettavan potilaan hoitaminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä, johon liittyy olennaisesti myös vapaaehtoistyö. Vapaaehtoistyöntekijät ovat usein tutustuneet saattohoitoon puolisonsa kuoleman kautta ja sen jälkeen hakeutuneet itse saattohoitotyöhön. Vapaaehtoistyöntekijät luovat hyvää hoitokulttuuria ja avustavat arkipäivän tehtävissä. (Sand 2003, 177.)

Potilaan fyysistä tarpeista huolehtiminen on tärkeä osa saattohoitoa, sisältäen mm. oireiden lievittämisen, suun hoitamisen ja asentohoidon. Oireiden lievittäminen on ensisijaista, jotta potilas voi käsitellä tunteitaan. Vaikea uupumus ja kipu, ruokahaluttomuus sekä suun kuivuminen olivat yleisempiä oireita. Perushoidon lisäksi potilas saa myös paljon muuta apua, esim. kuntoutusta. (Mikkonen 2007, 67–68; Sand 2003, 175.)

Hoitohenkilökunnan jaksamiseen tulee kiinnittää huomiota. Keskustelu muiden hoitajien ja esimiehen kanssa, säännöllinen työnohjaus, työterveyshuolto, koulutus ja lepo auttavat työssä jaksamisessa ja sitä kautta edistää hyvän saattohoidon toteutumista. (Ridanpää 2006, 55 ja Casey ym. 2010, 1830.) Henkilökunnan riittämätön lukumäärä taas heikensi sekä omaisten että hoitohenkilökunnan kokemusta saattohoidon laadusta (Mikkonen 2007,1; Casey ym. 2010, 1828).

## 7 POHDINTA

Ensimmäinen vaihe opinnäytetyötä aloiteltaessa oli päättää, tehdäänkö työ parina vai yksilötyönä. Tätä jouduimme miettimään pitkään, koska asumme eri paikkakunnilla ja olemme molemmat perheellisiä sekä vuorotyötä tekeviä. Päädyimme tekemään työn yhdessä, koska se kehittää yhteistyötaitoja ja ne ovat tärkeitä myös työelämässä. Pari-työskentely myös auttoi monessa kohtaa työtä eteenpäin ja pystyimme yhdessä kohtaamaan haasteet ja tukemaan toisiamme. Haasteita työn tekemiseen antoi kireä aikataulu ja yhteisen ajan puute.

Aloitimme opinnäytetyömme työstämisen syksyllä 2013. Saattohoito kiinnosti meitä molempia aiheena ja työmme tilaajan löytyminen sinetöi aihevalinnan. Aiheen tarkempi rajaus ja toteuttamistapa haki muotoaan pitkään. Kirjallisuuskatsaus menetelmänä oli meille haastava. Totesimmekin yhdessä, että olemme enemmän tekijöitä kuin tutkijoita. Vaikka menetelmän valinta ei tukenutkaan meidän tapaamme tehdä työtä ja toimia, niin se oli hyvin opettavainen kokemus. Opimme pitkäjänteisyyttä, kesken-eräisyyden sietämistä ja tekemään työtä yhdessä molempien vahvuuksia hyödyntäen. Jatkossa osaamme myös lukea tutkimuksia eri tavalla kuin ennen ja arvioida niiden tuloksia ja luotettavuutta.

Työmme eteneminen oli välillä hidasta ja epäloogista. Yksityiskohtaisemman suunnitelman tekeminen olisi ollut järkevää ja auttanut meitä pysymään paremmin aikataulussa. Opettajan ohjausta olisimme voineet myös käyttää paremmin hyväksemme ja olla aktiivisempia yhteydenpidossa hänen kanssaan.

Työn tuloksena syntynyt teoreettinen osa ja kirjallisuuskatsaus osoittivat sen, että saattohoidon suositukset ja hyvät käytänteet ovat hyvin pitkälle yhteneväisiä tekijöistä riippumatta. Kaikissa tutkimissamme suosituksissa nousi esille potilaan itsemääräämisoikeus. Kokemuksiemme mukaan tämä jää usein toteutumatta, eikä potilas voi tarpeeksi paljon vaikuttaa hoitopaikkansa valintaan tai hänelle annettavaan hoitoon.

Suosittelun mukaan saattohoitoa tulisi antaa moniammatillinen työryhmä. Käytännössä saattohoitoa terveyskeskuksissa toteuttavat lääkärit ja hoitajat. Fysioterapeutit, puheterapeutit, ravitsemusneuvojat ja muut moniammatillisen tiimin jäsenet keskittyvät enemmän hoitamaan kuntoutettavia ja kotiutettavia potilaita.



Saattohoitoa toteuttavan henkilökunnan koulutus ja tukeminen nousivat suosituksissa esille. Koulutusta toki jonkin verran jo on, mutta mielestämme sitä tulisi lisätä ja myös antaa henkilökunnalle mahdollisuus keskustella saattohoidosta ja sen kehittämistä. Koulutuksen tulisi olla monipuolista ja suunnattua moniammatilliselle työryhmälle.

Saattohoidon ja sen kehittämisen tarve on globaalia. Suositukset saattohoidon toteuttamiseksi ovat laadullisesti hyviä ja kattavia, mutta koska suositukset eivät velvoita päättäjiä on kehittyminen ollut hidasta. Suomen taloudellinen tilanne ei myöskään anna resursseja kehittää saattohoitoa suosituksia vastaavalle tasolle.

Huomasimme kuitenkin, että on paljon asioita, miten saattohoitoa voidaan kehittää ilman suuria taloudellisia sijoituksia. Näitä ajatuksiamme keräsimme Keski-Suomen seututerveyskeskukselle liitteessä 6 ja uskomme niistä olevan hyötyä saattohoitokoulutuksia ja keskustelutilaisuuksia pidettäessä.

Ehdotuksessamme esitimme, että tiimityön rinnalle otettaisiin mukaan omahoitajuus saattohoitopotilaiden kohdalla. Omahoitajuus voidaan toteuttaa myös työparina, esimerkiksi lähihoitaja-sairaanhoitaja. Omahoitajuus lisäsi tutkimusten mukaan potilaan yksilöllisyyttä.

Tutkimuksissa todettiin myös, että potilaan tunteminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta laadukasta saattohoitoa voidaan toteuttaa. Tästä syystä ehdotimme, että potilaan historiaa, tapoja ja mieltymyksiä selvitetään potilasta ja/tai omaista haastattelemalla ja kirjaamalla tulokset hoitosuunnitelmaan.

Ehdotelmamme mukaan potilaalle tulee järjestää hänen tai omaisten niin toivoessa yhden hengen huone. Tämä lisää niin potilaan yksityisyyttä kuin omaisten kanssa yhdessäoloa. Omaisille tulee myös tarjota aina mahdollisuus osallistua potilaan hoitoon ja vainajan laittamiseen.

Saattohoitosuosituksissa ja uudessa mallissa saattohoidosta yhtenä kohtana on surutyö, eli potilaan kuoleman jälkeen tapahtuva omaisille annettava tuki. Saattohoitokohteissa onkin tapana järjestää omaisille esim. muisteluryhmiä ja joulujuhla, mutta pe-

rusterveidenhuollon piirissä kuolleen potilaan omaisille ei välittömän osastolla annettavan tuen lisäksi ole muuta tarjolla.

Vapaaehtoistyötä tehdään saattohoitokodeissa, mutta perusterveydenhuollossa sitä on todella vähän. Vapaaehtoistoiminnan lisääminen yhteistyössä eri järjestöjen kanssa onkin mielestämme hyvä kehityskohde.

Koska koulutuksen tarve ja tärkeys tuli esille niin saattohoitosuosituksissa kuin tutkimuksissa, ehdotamme niiden järjestämisen lisäämistä. Koulutuksessa yhtenä tehtävänä voisi olla oman hoitotahdon kirjaaminen. Uskomme sen olevan ajatuksia herättävää ja osaltaan auttaa ymmärtämään saattohoidettavien potilaiden tarpeita.

Jatkotutkimusehdotuksia tuli mieleemme useita. Kotimaista tuoretta tutkimusta saattohoidosta on verraten vähän. Ammattikorkeakoulutasoista tutkimusta kyllä löytyy, mutta niiden huomioarvo on vähäistä ja tutkimuskohteet suppeita. Toivoisimme jatkossa saavamme lukea tutkimusta perusterveydenhuollossa tapahtuvasta saattohoidosta; niin terveyskeskusten vuodeosastoilla kuin kotihoidossa toteutettavasta ja sen laadusta sekä kehitystarpeista. Tutkimuskohteena voisivat olla itse potilaat, heidän omaiset tai hoitohenkilökunta. Jatkotutkimuksen aiheena myös omaisten tuen tarve saattohoidon toteuttaneelta hoitohenkilökunnalta potilaan kuoleman jälkeen olisi ajankohdainen ja kiinnostava.

## LÄHTEET

Aalto, Kirsti (toim.) 2013. Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Anttila, Kyllikki, Hirvelä, Mervi, Jaatinen, Tiina, Polviander, Marjut & Puska, Eeva-Liisa 2009. Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: WSOYpro Oy.

Anttila, Kyllikki, Kaila-Mattila, Tuulikki, Kan, Suvi, Puska, Eeva-Liisa, Vihunen, Riitta 2007. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Casey, Dympna, Murphy, Kathy, Ni Leime, Aine, Larkin, Philip, Payne, Sheila, Froggatt, Katherine A, O'Shea, Eamon 2010. Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd.

Costello, John 2006. Dying well: nurses experiences of "good and bad" deaths in hospital. Blackwell Publishing Ltd.

Economist Intelligence Unit, 2010. The quality of death: Ranking end-of-life care across the world. Lien foundation. PDF-tiedosto. <http://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf>. Päivitetty 12.7.2010. Luettu 15.11.2014.

Erjanti, Helena, Anttonen, Mirja, Sisko, Grönlund, Arja, Kiuru, Susanna (toim.) 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy.

Grönlund, Elina, Huhtinen, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki. Edita.

Grönlund, Elina, Anttonen Mirja Sisko, Lehtomäki Susanna, Agge Eeva (toim.) 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Sairaanhoidajaliitto ry. Sipoo: Silverprint oy.

Heikkinen, Helena, Kannel, Virpi, Latvala, Eila 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY.

Hietanen, Päivi (toim.), Vainio, Anneli (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Hyvä saattohoito Suomessa 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. [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). Päivitetty 23.9.2010. Luettu 17.9.2014.

Hänninen, Juha 2012. Eutanasia: hyvä kuolema. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, Juha (toim.), Luomala, Marjukka (toim.) 2013. Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Hänninen, Juha, Vuorinen, Eero 2010. Saattohoito Eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. Suomen Lääkärilehti 18/2010.

Käypä hoito –suositus 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim www-sivut.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>

Kääriäinen, Maria, Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18, 1/2006, s. 37-45.

Lipponen, Varpu 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mikkonen, Mirkka 2007. Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

National Consensus Project for Quality Palliative Care 2013. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Third Edition. PDF-dokumentti. [https://www.hpna.org/multimedia/NCP\\_Clinical\\_Practice\\_Guidelines\\_3rd\\_Edition.pdf](https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf). Muokattu 12.3.2013. Luettu 5.12.2014.

Pajunen, Tapio 2014. Henkilökohtainen sähköpostikeskustelu.

Programme for The Good Hospice in Denmark 2006. Realdania. PDF-dokumentti.  
<http://www.hospiceforum.dk/media/TheGoodHospiceInDenmark.pdf>.

Pro Gradu-tutkielma. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Ridanpää, Soile.  
 2006. Luettu 11.11.2014.  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93373/gradu01009.pdf?sequence=1>

Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Suomen Kuntaliitto. WWW-dokumentti.  
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vastaanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.10.2014.

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus 2012.  
 ETENE-julkaisuja 36. Verkkojulkaisu. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3270-8>.  
 Päivitetty 21.12.2012. Luettu 23.10.2014.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. PDF-dokumentti.  
[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf). Päivitetty 8.6.2011.  
 Luettu 15.11.2014.

Sand, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Tietoa seututerveyskeskuksesta 2012. Keski-Suomen seututerveyskeskus. WWW-dokumentti. <http://www.seututerveyskeskus.fi/public/default.aspx?nodeid=34882>. Ei päivitystietoja. Luettu 15.11.2014.  
<http://www.seututk.fi/public/default.aspx?contentid=29769&nodeid=34588>. Päivitetty 2012. Luettu 15.6.2014.

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. 2009. Recommendations from the European Association for Palliative Care

White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. 2010. Recommendations from the European Association for Palliative Care

World Health Organization Europe 2004. Better Palliative Care for Older People. PDF-dokumentti.

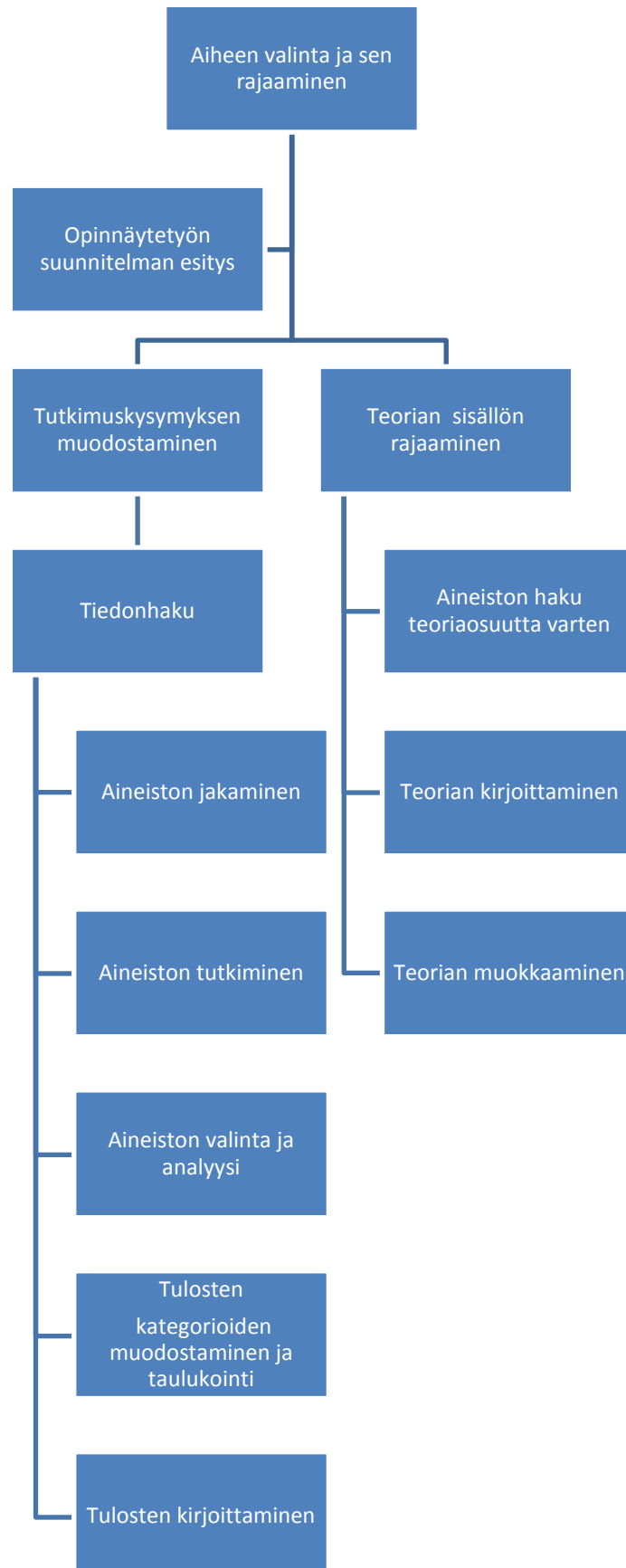
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/98235/E82933.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf). Päivitetty 20.1.2014. Luettu 5.12.2014.

World Health Organization Europe 2004. The Solid Facts Palliative Care. PDF-dokumentti. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/98418/E82931.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf). Päivitetty 20.1.2014. Luettu 15.11.2014.

**LIITE 1.**

**Hakupolut**

<b>Tietokanta</b>	<b>Löytyneet tutkimukset/artikkelit</b>	<b>Hyväksytyt tutkimukset/artikkelit</b>	<b>Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset/artikkelit</b>
<b>Cinahl</b> terminal care OR palliative care OR hospice AND guidelines (2004-2014, full text) haku 10.12.2014	3540	-	-
<b>Cinahl</b> hospice AND guidelines (v.2004-2014, linked full text) haku 10.12.2014	27	12	1
<b>Medic</b> terminal care	391		
terminal care AND guidelines (v. 2004-2014) 18.11.2014	17 (väitöskirja) 2 (pro gradu)	1	1
<b>MELINDA</b> saattohoito	248		
hyvä saattohoito (v.2004-2014) 18.11.2014	28	10	3
<b>ScienceDirect Freedom collection</b> end-of-life care AND guidelines	6	-	-
terminal care	16	-	-
<b>Terveysportti</b> saattohoito			
hospice	60	-	-
palliativinen hoito	7 277	- -	- -
<b>Manuaalinen haku</b>			1
<b>Yhteensä</b>	4572	23	6





## Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Lähde	Artikkeli	Otoskoko/menetelmä	Keskeiset tulokset	Johtopäätökset
Mikkonen, Mirkka 2007	Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana.	Terhokodin potilaiden omaisille tehty tutkimus. Aineiston keruu kvantitatiivisesti (kyselylomake N=150) ja kvalitatiivisesti (teemahaastattelu, 6 omaista)	Hoidon laatu hyvää, ihmisläheistä ja oireita lievittävää. Mahdollisuus yhdessäoloon ja yksityisyyteen korostuivat laadun merkityksessä. Fyysisen hoitoympäristön puutteet heikensivät laatua.	Tutkimus antoi tietoa siitä, mitkä asiat tuovat laatua saattohoitoon omaisten näkökulmasta ja siten auttavat kehittämään sitä.
Lipponen, Varpu 2006	Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.	Hoitotilanteiden havainnointi neljässä eri hoitoyhteisössä, sekä haastatteluja kuoleville potilaille, sekä heidän omahoitajilleen.	Dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta ja hoitosuhdetta.	Tutkimus kuvasi tarkasti kuolevan potilaan, sekä omahoitajan potilas-hoitaja suhdetta, ja miten tärkeää se on. Näitä asioita tutkiessa korostuu myös saattohoitokäytänteiden merkitys.
Sand, Hilkka 2003	Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.	Haastattelut kolmessa eri saattohoitokodissa. Haastatteluihin osallistui noin 35 henkilöä.	Kuvaus suomalaisesta saattohoidon toiminnasta saattohoitokodeissa, sekä kuolevan potilaan hoitamisen mallit	Perheen merkityksen korostuminen saattohoitovaiheessa tuli esille tässä tutkimuksessa. Tutkimuksessa on kuvattu myös suomalaisen kuoleman-kulttuurin näkemyksiä.

## Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Costello, John 2006.	Dying well: nurses' experiences of "good and bad" deaths in hospital	Syvähaastattelu Iso-Britanniassa sairaalassa työskenteleville sairaanhoitajille (N=29)	Sairaanhoitajien kokemukset hyvästä ja huonosta kuolemasta sairaalassa	Esiin nousi tarve kehittää kommunikaatiota potilaiden ja omaisten kanssa. Huomiota tulisi antaa kuolemalle prosessina ja laittaa potilaiden tarpeet etusijalle.
Ridanpää, Soile 2006	Kuolevan hoidotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto.	Kuolevan hoitoa käsittelevien ohjeiden (N=11) analysointia	Saattohoitotyöhön kuuluvat niin kuolevan potilaan hoito ja saattaminen, kuin hänen omaisten hoito, sekä eettinen osaaminen ja lainsäädäntö.	Tutkimuksessa kuvattiin vahvasti sitä, mitkä asiat ovat tärkeitä kuolevan potilaan kohtaamisessa ja hoitamisessa.
Casey, Dympna, Murphy, Kathy, Ni Leime, Aine, Lar- kin, Philip, Payne, Sheila, Froggatt, Katherine A, O'Shea, Eamon 2010	Dying well: factors that influence the provision of good end-of-life care for older people in acute and long-stay care settings in Ireland	Ennalta strukturoitu haastattelu saattohoitoa vanhuksille tuottavalle hoitohenkilökunnalle Irlannissa (N=33)	Hyvään vanhusten saattohoitoon vaikuttaa fyysinen ympäristö ja resurssit, potilaan tunteminen, hoitofilosofia, hoitokulttuuri ja organisaatio. Selvisi kiireellinen tarve tukea ja kouluttaa henkilökuntaa.	Tutkimus selvitti, että mitkä tekijät vaikuttavat vanhusten hyvän saattohoidon toteuttamiseen ja miten hoitohenkilökunta voi osallistua vaikuttamaan siihen.

## Saattohoitosuosituksen yhteneväisyyksiä

European Association for Palliative Care 2009	World Health Organization 2004	National Consensus Project 2013	Sosiaali- ja terveysministeriö 2010
Käsitteiden määrittely	Palliativisen hoidon käsitteet		
Itsemääräämisoikeus/yksilöllisyys	Yksilölliset tarpeet, oikeudet, päätöksenteko	Eettiset ja oikeudelliset näkökohdat	Itsemääräämisoikeus
Hoidon arvokkuus, kulttuuriset ja uskonnolliset arvot	Arvokas kuolema	Kulttuurin huomioiminen	
Vuorovaikutustaidot, yhteistyö omaisten kanssa	Omaiset osana päätöksentekoa		
Moniammatillisuus		Moniammatillisuus	Moniammatillisuus
Palliativiseen hoitoon siirtyminen			Saattohoitoon siirtyminen
Hoidon suunnittelu ja saatavuus	Hoidon saatavuus ja kotona kuoleamisen mahdollistaminen		Hoitolinjaukset, hoitosuunnitelma, saatavuus missä asuu ja elää
Hoitoyksiköiden tarve ja vaatimukset	Palliativisen hoidon kehittäminen		
Vapaaehtoistyö		Vapaaehtoistyö	Vapaaehtoistyö
Saattohoitokeskustelu, hyväksyvä ilmapiiri	Yleisen tietämyksen lisääminen palliativisesta hoidosta ja saattohoitotutkimus		Keskustelu hyvästä saattohoidosta
	Henkilökunnan koulutuksen parantaminen	Hoitotiimin tuki ja koulutus	Säännöllinen koulutus ja työnohjaus henkilökunnalle, työhyvinvointi

## Hyvää saattohoitoa edistävät ja estävät tekijät

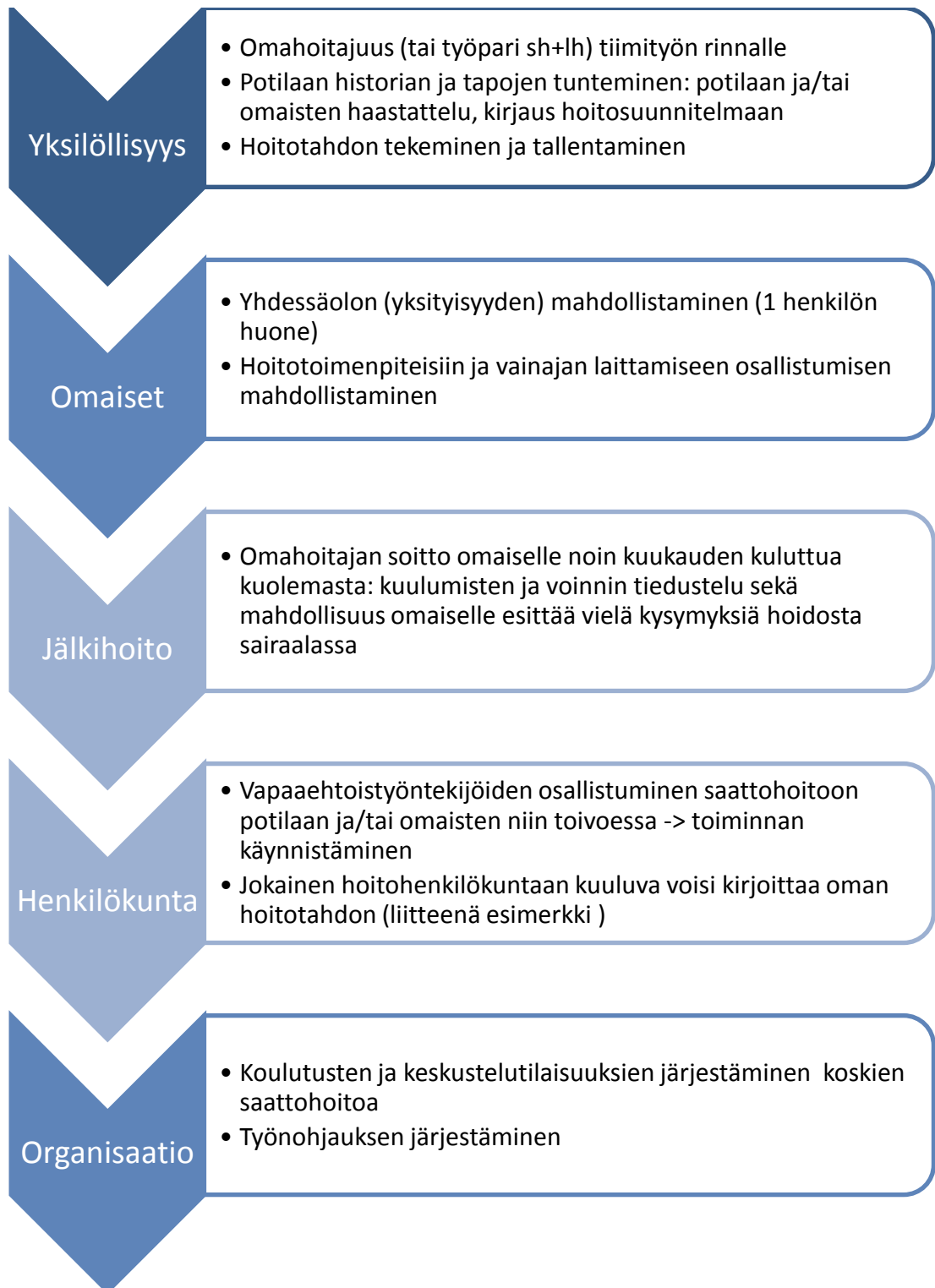
<b>Hyvä saattohoito: edistävät tekijät</b>	Yksityisyys	1-hengen huone Potilaan tunteminen
	Yksilöllisyys	Hoitosuunnitelma Minuuden säilyttäminen
	Omaiset ja perhe	Mahdollisuus yöpyä ja osallistua hoitotoimenpiteisiin Omaisten huomioiminen Jälkihoito
	Fyysinen hoitoympäristö	Kodinomainen Viihtyisä Esteettinen
	Psyykinen hoitoympäristö	Uskonnollisten rituaalinen huomioiminen Saada potilas tuntemaan olonsa onnelliseksi ja mukavaksi Kiireetön keskustelu Oman elämän muistelu
	Fyysinen hoito	Riittävä kivunhoito Hyvä perushoito Oireiden lievittäminen Suun hoitaminen Asentohoito
	Henkilökunta	Halu ja tarpeeksi aikaa olla lähellä kuolevaa Myönteinen suhtautuminen kuolemaa kohtaan Omakohtaiset kokemukset kuolemasta ja surutyöstä Käsitys hyvästä elämästä, Lohduttaminen Suojeleminen Asiantuntijuus Aktivointi Moniammatillisuus Vapaaehtoistyö

## Saattohoitosuosituksen yhteneväisyyksiä

<b>Hyvä saattohoito: estävät tekijät</b>	Yksityisyys	2- tai usemman hengen huone
	Yksilöllisyys	Etnisen taustan tuntemuksen puute
	Omaisten osallistuminen	Ei mahdollisuutta yöpyä osastolla Hoitoon ei annettu mahdollisuutta osallistua Vainajan laittamiseen ei tarjottu mahdollisuutta osallistua
	Fyysinen hoitoympäristö	2-hengen huoneesta johtuva yksityisyyden puute Melu
	Henkilökunta	Kielitaidottomuus Tiedolliset- ja taidolliset puutteet (mm. estivät puhumasta kuolemasta ja kuolemasta)
	Organisaatio	Liian vähän henkilökuntaa Esimiehen tuen puuttuminen Saattohoitokoulutuksen vähäisyys/puuttuminen

## Ehdotuksia Keski-Suomen seututerveyskeskukselle saattohoito käytänteiden kehittämiseksi

Ehdotukset perustuvat tutkimuksista kerättyyn tietoon hyvistä saattohoitokäytännöistä sekä saattohoitosuosituksiin.



Esimerkki hoitotahdosta (Hänninen ja Pajunen 2006, 200-202).

### **Hoitotahtoni**

**Lähimmät omaiset:** Haluan, että puolisoni, lapseni, siskoni ja vanhempani ovat lähelläni niin paljon kuin vain jaksavat.

**Lähimmät ystävät:** Parhaimmat ystäväni ovat myös toivottuja vieraita elämäni loppuun asti. Lähimmät omaiseni kyllä tietävät, ketkä ovat ystäviäni ja heiltä voi kysyä jos epäselvyyksiä ilmenee.

**Huone/hoitotila:** Toivon, että puolisoni ei joudu toimimaan omaishoitajanani, vaan minulle etsitään sopiva hoitolaitos. Haluaisin oman huoneen ja sinne joitakin minulle tärkeitä esineitä; oman puhelimen, tietokoneen, peiton ja valokuvia rakkaistani.

**Puhuttelutapa:** En halua itseäni teititeltävän ja toivonkin, että minua puhutellaan etunimelläni, ei huoneen numeron mukaan.

**Lääkityksestä:** Haluan kaikkia oireitani hoitettavan ja osallistun itse mielelläni lääkehoidon suunnitteluun, jos vain siihen olen kykenevässä tilassa.

**Kivunhoidosta:** Kipuani tulee ehdottomasti lääkityksellä tarpeeksi, mieluummin liian paljon kuin liian vähän! Ei haittaa, vaikka kipulääkkeet saisivat minut väsyneeksi tai sekavaksi.

**Tehohoidosta:** Niin kauan kuin hyödyn tehohoidosta, sitä tulee minulle antaa. En kuitenkaan toivo elämäni turhaa pitkittämistä silloin, kuin jäljellä oleva aikani on oleva lyhyt.

**Ruokailu:** Olen kaikkiruokainen. En kuitenkaan halua syödä soseutettua ruokaa. Jos en pysty syömään kiinteää ruokaa, niin pinaatti-keitto, muut sosekeitot, jäätelö ja vanukkaat luultavasti maistuvat. Jos olen surullinen, niin en pysty syömään. En halua itseäni pakosyötettävän tai ruokaa tuputettavan.

**Juomat:** Juon maitoa, piimää, vettä, limsaa, mehua, kotikaljaa – kaikki käy. Valkoviiniä toivon saavani viikonloppuisin.

**Peseytyminen:** Pidän kylpemisestä ja saunomisesta. Haluan omat shampoot, hoitoaineet ja pesuaineet. Pesun jälkeen haluan deodoranttia laitettavan kainaloihini, jos en pysty siitä itse huolehtimaan.

**WC-toimet:** Toivon pääseväni vessaan niin kauan kuin se on mahdollista. Mikäli kovasti

### **Esimerkki hoitotahdon laatimisesta**

kärsin liikkuttelusta, niin silloin alusastia ja/tai vaipat on vain otettava käyttöön. Vatsaani toivon toimitettavan vain sen ollessa välttämättöntä.

**Vaatetus:** Pukeudun omiin vaatteisiini, jos vain omaiset niitä ennättävät pestä ja huoltaa. En halua kiristäviä, puristavia, hiostavia tai muuten epämukavia tai rumia vaatteita käyttä.

**Ulkonäkö:** Hiukseni voidaan leikata puolipitkiksi, mutta lyhyttä tukkaa en halua. En halua minulle kasvavan viiksiä tai partaa, joten kosmetologi on tilattava paikalle karvoja nyppimään tarvittaessa. Haluan olla puhdas ja siistin näköinen.

**Nukkuminen:** En halua käydä nukkumaan klo 19 ja herätystä klo 7. Jos haluan valvoa, niin minun on annettava valvoa. Jos taas häiritseä valvomisellani muita, niin silloin tehokas uni-lääkitys on suotavaa.

**Ulkoilu:** Huoneeni hyvä tuuletus riittää, en ole niin ulkoilmaihmisiä.

**Vuodepotilaaksi joutuminen:** Vuodepotilaana toivon minua käännettävän usein ja laidat tulee pitää ylhäällä, jotta en putoa sängystä.

**Uskonto:** En ole erityisen uskonnollinen, joten mikäli en itse tai omaiseni toivo papin vierailuja, niin en niitä kaipaa. Jumalanpalveluksia en ole kuunnellut omassa kodissani.

**Huumori:** Nautin hauskojen ihmisten seurasta, huoneessani ja minua hoidettaessa saa ja pitää nauraa!

**Kulttuuri ja lukeminen:** Tykkään lukemisesta, niin lehtien kuin kirjojen. Mikäli en itse pysty lukemaan, niin toivoisin jonkun lukevan minulle tai laittavan äänikirjoja kuunneltavakseni.

**Tv ja radio:** Huoneessani täytyy ehdottomasti olla tv ja se saa olla päällä vaikka aina. En mitenkään nauti hiljaisuudesta ympärilläni. Myös radion kuuntelusta nautin ja sellaisen kanavan, joka soittaa pop/rock musiikkia.