

Sanna Nurkka & Tanja Saikkonen

## SAATTOHOITOKANSIO

- Ohjeistus Kouvolan Dementia- ja Kehitysvammaisten ryhmäkoti Ry:n henkilökunnalle  
Kehittämistehtävä

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja

Lokakuu 2015



**KYAMK**  
University of Applied Sciences

<b>Tekijä/Tekijät</b>	<b>Tutkinto</b>	<b>Aika</b>
Sanna Nurkka & Tanja Saikkonen	Sairaanhoidtaja	Lokakuu 2015
<b>Opinnäytetyön nimi</b> Saattohoitokansio - Ohjeistus Kouvolan Dementia- ja Kehitysvammaisten Ryhmäkoti Ry:n henkilökunnalle		43 sivua 31 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b> Kouvolan Dementia- ja Kehitysvammaisten Ryhmäkoti Ry.		
<b>Ohjaaja</b> Anneli Airola		
<b>Tiivistelmä</b>  <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli kehittää ja yhdenmukaistaa saattohoitoa toimeksiantajan toimipisteissä sekä lisätä hoitajien tietoa saattohoidosta. Erityisesti perehdyttiin muistisairaahan saattohoitoon liittyviin erityispiirteisiin sekä kivun- ja perushoidon alueisiin.</p> <p>Opinnäytetyön teorian pohjana on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön julkaisua Hyvä saattohoito Suomessa. Teoriaosuudessa käydään läpi käsitteitä saattohoito ja palliatiivinen hoito, muistisairaahan saattohoito ja hyvä perushoito, johon liittyy oleellisesti myös kivunhoito. Omaisten tukeminen ja hoitajien jaksaminen koettiin myös tärkeiksi aiheiksi opinnäytetyöhön. Lähteinä teoriaosuudessa käytettiin Käypä hoito- ja saattohoitosuosituksia sekä alan kirjallisuutta, koulutusmateriaalia ja tutkimuksia.</p> <p>Kehittämistyön tuotoksena syntyi Saattohoitokansio, johon on tiivistettynä kerätty saattohoitoon liittyvää materiaalia. Kansio on olemassa myös sähköisessä muodossa. Jokaiseen toimeksiantajan yksikköön on nimetty saattohoidon kehittämisestä vastaava hoitaja.</p> <p>Väestö ikääntyy ja muistisairaiden määrä lisääntyy, samoin lisääntyy saattohoidettavien määrä. Tarve koulutukseen on selvä niin yhteiskunnan kuin hoitotyötä tekevien miesten. Vuoden 2014 yhteisvastuukeräyksen myötä aloitetaan saattohoitohankkeita ja lisätään koulutusta. Jokaisella tulee olla oikeus ihmisarvoiseen elämän loppuvaiheen hoitoon.</p>		
<b>Asiasanat</b> hoitotyö, kuolevan potilaan hoito, kuoleva potilas, omaiset, saattohoito, saattohoitokoti		



# KYAMK

University of Applied Sciences

Author (authors) Sanna Nurkka & Tanja Saikkonen	Degree Bachelor of Nursing	Time October 2015
Thesis Title A Guide for Hospice Care - Instructions for the Nursing Home of Kouvola Dementia- ja Kehitysvammaisten Ryhmäkoti Ry.		43 pages 31 pages of appendices
Commissioned by Kouvola Dementia- ja Kehitysvammaisten Ryhmäkoti Ry.		
Supervisor Anneli Airola, Senior Lecturer		
<b>Abstract</b> <p>This thesis was carried out as a development task. The objective of this thesis was to standardize the hospice in the nursing home for demented and mentally disabled people in Kouvola. And to increase the nurses' knowledge of hospice. The special features of hospice for a person suffering from a memory disorder as well as pain treatment and basic care were studied.</p> <p>The publication of Ministry of Social Affairs and Health called Hyvä saattohoito Suomessa (Good hospice in Finland) has been used as a basis of the theory in this thesis. The theory section of this thesis studies the concepts of hospice and palliative care, hospice of a person suffering from a memory disorder and good basic care which essentially includes pain treatment. Supporting the family and nurses' coping with workload were considered to be important subjects of this thesis. Current guidelines for care and hospice and other literature, training material and research of the field were used as sources of the theory.</p> <p>The output of the development task was a Hospice folder where summarized material on hospice has been collected. The folder is also available in digital version. Also a person in charge of developing hospice has been appointed to each nursing home of the client of this thesis.</p> <p>Population is aging and the number of people suffering from memory disorder is increasing along with the number of people in need of hospice. The society and people working in care field agree on the need for training. The annual fund-raising campaign of the Finnish Lutheran Church and the Common Responsibility Campaign (known in Finnish as 'Yhteisvastuukeräys') raised funds for new hospice projects and the increase of training in their 2014 campaign. Everybody should have the right to get the care worthy for a human being while being in their final stage of life.</p>		
<b>Keywords</b> care of a dying patient, dying patient, hospice, hospice care, nursing, relatives		

## SISÄLLYS

1	TAUSTA JA TARKOITUS.....	6
2	YHTEISTYÖTAHON KUVAUS JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET .....	7
3	MUISTISAIRAAN SAATTOHOITO .....	8
3.1	Muistisairaus.....	8
3.2	Saattohoidon käsite .....	9
3.3	Hyvä saattohoito .....	10
4	SAATTOHOIDON TOTEUTUS.....	11
4.1	Suosituksset ja säädökset .....	13
4.2	Hyvä perushoito.....	14
4.3	Omaisten huomioiminen .....	15
5	KIVUNHOITO .....	17
5.1	Kipumittarit.....	18
5.2	Lääkkeellinen kivunhoito.....	20
5.3	Lääkkeetön kivunhoito .....	22
6	HOITOHENKILÖKUNTA SAATTOHOITOTYÖSSÄ .....	24
7	OPINNÄYTETYÖNÄ KEHITTÄMISTEHTÄVÄ.....	25
7.1	Kehittämistyön prosessi.....	25
7.2	Kirjallisuuskatsaus saattohoitokansion laadinnan tukena .....	27
7.3	Tiedonkeruu ja analysointi .....	28
7.4	Saattohoitokansion työstäminen .....	30
7.5	Saattohoitokansion arviointi ja hyödynnettävyys työelämässä .....	32
8	POHDINTA .....	33
8.1	Opinnäytetyön itsearviointia.....	34
8.2	Luotettavuuden tarkastelu .....	35
8.3	Kehittäminen.....	36
	LÄHTEET.....	39

## LIITTEET

Liite 1. Saattohoitopotilaan hätätilanteita ja hoitokeinoja

Liite 2. Saattohoitopotilaan oireita ja hoitomuotoja

Liite 3. Vakaumuksen kunnioittaminen

Liite 4. Saattohoitopotilaan lääkkeellinen kivunhoito

Liite 5. Lääkkeen antotapoja

Liite 6. Saattohoitopotilaan elämänvaiheet

Liite 7. Tiedote

Liite 8. Saattohoitokansio

Liite 9. Tutkimustaulukko

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda yhdistyksen tehostetun palveluasumisen hoitohenkilökunnalle yhtenäiset ja selkeät ohjeet muistisairaana saattohoitopotilaan hoitoon. Tehostetun palveluasumisen hoitohenkilökunta koostuu sairaanhoitajista (6), lähihoitajista (17) ja kodinhoitajista (2). Rajasimme opinnäytetyön käsittämään muistisairaana saattohoitopotilaan hoitoa, sillä yhdistys tuottaa nimestään huolimatta palveluita tällä hetkellä ainoastaan ikäihmisille, erityisesti muistisairaille vanhuksille. Yhdistys tukee ja ylläpitää asiakkaiden psyykkistä ja fyysistä kuntoa sekä parantaa heidän hoitomahdollisuuksiaan terveydenhuollon, hoivan, huolenpidon ja asumisen suhteen.

Työn tuloksena syntyy tutkittuun tietoon perustuva saattohoitokansio, jossa pääpainotus on erilaisilla kivunhoidon menetelmillä ja perushoidon erityisosaamisella. Aiempaa yhtenäistä saattohoidon ohjeistusta ei yhdistyksellä ole.

Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairaan ihmisen aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava etenevä sairaus ei enää ole parannettavissa. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, palliatiivinen hoito on oireita lievittävää hoitoa. Palliatiivisen hoidon kesto saattaa olla vuosia, kun taas saattohoidossa ennuste on viikkoja tai enintään kuukausia. (STM 2010b; Käypä hoito 2012.)

Arvioidaan, että vuosittain n. 15 000 ihmistä Suomessa tarvitsee saattohoitoa. Palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa Suomessa tarvitsee noin 200 000 - 300 000 potilasta. (STM 2010a.) Opinnäytetyön perustana toimii STM:n hyvä saattohoito-ohje vuodelta 2010. Se koostuu asiantuntijakuulemisista: joiden pohjalta on tehty saattohoitosuosituksset. Näiden suositusten varaan rakentuu tällä hetkellä Suomessa tapahtuva saattohoito. (STM 2010a.) Hyvään saattohoitoon kuuluu kaikki potilaan hyvinvointia, turvallisuuden tunnetta ja aktiivisuutta lisäävät asiat. Hyvä saattohoito kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa ja läheisten merkitystä. (Kauttio 2014.)

## 2 YHTEISTYÖTAHON KUVAUS JA KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET

Kouvolan Dementia- ja Kehitysvammaisten Ryhmäkoti ry. on perustettu vuonna 1995. Yhdistyksen toiminta-ajatuksena on alkujaan ollut tarkoitus toimia erilaisten sosiaalisten kohderyhmien tukena. Yhdistys on tällä hetkellä kuitenkin keskittynyt hoitamaan ainoastaan ikäihmisiä, tehostetussa palveluasumisessa ei ole kehitysvammaisia asiakkaita. Yhdistyksen tärkeimpiä arvoja ovat turvallisuus, yksilöllisyys, kodinomaisuus ja virikkeellisyys.

Yhdistyksen toiminta on keskittynyt Kouvolan keskustaan ja Kouvolan Käpylään. Yhdistyksen palveluina ovat niin tehostettu kuin tavallinen palveluasuminen, ateriapalvelut, terveydenhoitopalvelut (yksityinen kotisairaanhoito), kuntoutus-, hieronta- ja jalkahoitopalvelut. Yksityinen kotisairaanhoito työllistää tällä hetkellä yhden sairaanhoitajan ja kuntoutus-, hieronta- ja jalkahoitopalvelut työllistävät yhden kunto/jalkahoitajan.

Yhdistyksen toimipisteet ovat kodinomaiset, pienet yksiköt. Yhdistyksellä on kolme muistisairaille tarkoitettua tehostetun palveluasumisen yksikköä: Käpylän Helmi (1997), Ehtookartanon ryhmäkoti 1 (2001) ja ryhmäkoti 2 (2002). Käpylän Helmessä on työsuhteessa kodinhoitaja, lähihoitajia (6) ja sairaanhoitajia (2). Ehtookartanon ryhmäkodeissa on työsuhteessa kodinhoitaja, lähihoitajia (11) ja sairaanhoitajia (4). Lisäksi yhdistyksellä on kaksi tavallisen palveluasumisen yksikköä: Käpylän Heikki (1998) ja Käpylän Matti (1999).

Yhteiskunnalliset muutokset vanhustenhoidossa ja laitoshoidon vähentäminen ovat asettaneet uusia haasteita moneen yksityiseen yksikköön, kuten myös yhdistykselle. Ennen laitoshoidon vähentämistä fyysisesti huonokuntoiset muistisairaajat asukkaat siirrettiin jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastoille tai sairaalaan. Nykyään vain akuutit tilanteet hoidetaan yksiköiden ulkopuolella, erikoissairaanhoidossa. Laakkosen (2005) suorittamissa haastatteluissa ilmeni, että akuuttihoitoon puolella oli liian vähän mahdollisuuksia huomioida kuoleva potilas kokonaisuutena. Yhdistyksellä asukas saa asua omassa yksikössä, omassa huoneessaan kuolemaansa saakka. Sulkavan (2014) mukaan muistisairaajan saattohoito tulisikin toteuttaa siinä yksikössä, missä hän pääsääntöisesti asuu. Saattohoidon toteuttaminen on selkeää, kun hoitavalla taholla on selkeä hoitolinjaus muistisairaajan hoidosta.

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena on luoda tutkittuun tietoon pohjautuva saattohoitokansio toimeksiantajan tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Työssämme painotamme erityisesti muistisairaahan saattohoitoa, kivunhoitoa ja hyvän perushoidon tärkeyttä. Kansiollla haluamme selkeyttää ja yhtenäistää yhdistyksessä tapahtuvaa muistisairaahan saattohoitoa.

### 3 MUISTISAIRAAN SAATTOHOITO

#### 3.1 Muistisairaus

Suomessa arvioidaan olevan 100 000 lievää sekä 93 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa henkilöä. Etenevään muistisairauteen sairastuu arviolta vuosittain 14 500 yli 64-vuotiasta suomalaista. Muistisairaus on kasvava kansantauti. Vuonna 2060 Suomessa arvioidaan olevan 240 000 keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavaa ihmistä. (Viramo & Sulka-va 2015.) Tällä hetkellä yli 80 % pitkäaikaishoidon potilaista on muistisairaita. Joka vuosi 12 000 potilasta kuolee, joista reilu  $\frac{1}{3}$  kuolee syvästi muistamattomana ja  $\frac{2}{3}$  johonkin muuhun sairauteen. Muistisairaahan hoito on käytännössä kokonaan palliatiivista hoitoa, koska kyseiseen sairauteen ei ole parantavaa tai sairautta pysäyttävää hoitoa. (Sulkava 2014.)

Muistisairaus on etenevä sairaus, ja usea muistisairas on myös monisairas. Muistisairauden kulkua ja kestoja on vaikea ennustaa, se on yksilöllistä. Sairausten kesto voi vaihdella parista vuodesta kahteenkymmeneen vuoteen. Muistisairausten loppuvaiheissa muistisairas on usein kyvytön kommunikoi-maan tai se on vähäistä, läheisten tunnistaminen on vaikeaa ja hän on täysin riippuvainen muiden avusta. Muistisairas menettää liikuntakykyä, kokonaisval-tainen kehon hallinta vaikeutuu. Hän laihtuu ja raajat koukistuvat. Muistisai-raalla esiintyy ruokahaluttomuutta, vastustelua ja välinpitämättömyyttä ruokai-lussa. Nielemis- ja pureskeluvaikeudet ovat myös ongelma, hän ei välttämättä pysty syömään ja juomaan itse, rakon ja suolen toiminta ei ole hallinnassa. Jokin vanha asia menneisyydestä voi kuitenkin saada hänet reagoimaan, ku-ten musiikki tai läheisen ääni. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014, 17.) Ongelmi-en ilmetessä päivystys ei ole paras paikka saada apua pitkälle edenneessä



muistisairaudessa. Vain akuutit tilanteet, kuten murtumat, on hoidettava sairaalassa (Sulkava 2014).

Muistisairaahan palliatiivisen hoidon tulee olla tavoitteellista. Jossain vaiheessa on kuitenkin valmistauduttava muistisairaahan saattohoitoon. Ongelmakohtia ovat tilanteet, joissa ihminen ei itse pysty kertomaan mielipidettään eikä käytössä ei ole aiemmin tehtyä hoitotahtoa. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 122 – 123.) Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu, jolla sen laatija ilmoittaa tahtonsa hoitonsa suhteen. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 77.)

Hoitotahdon voi kirjoittaa vapaamuotoisesti, mutta halutessaan esimerkiksi Muistiliiton sivuilla voi tulostaa ja täyttää esitäytetyn hoitotahdon. Hoitotahdon tekemisestä on hyvä myös kertoa läheisille ja hoitavalle lääkärille. Jos sellainen on, se olisi lisäksi hyvä liittää osaksi potilasasiakirjoja. Hoitotahto on hoitohenkilökuntaa sitova, sen sitovuus perustuu perustuslakiin kirjattuun yksilön itsemääräämisoikeuteen, joka on potilaan osalta erikseen kirjattu vielä potilaslakiin. Potilaan hoitotahdosta saadaan poiketa vain silloin, kun voidaan perustellusti olettaa potilaan muuttaneen tahtoaan hoitonsa suhteen. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 122 – 123.) Hoitotahto kannattaa aika ajoin arvioida uudelleen, sen voi myös halutessaan kokonaan perua (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 77). Potilaalla olisi hyvä olla myös hoitopäätös esim. sairaankuljetuksia ja ensiapupoliklinikka käyntejä varten, varsinkin silloin kun potilas on kotisaattohoidossa (Hänninen 2014, 8).

### 3.2 Saattohoidon käsite

Nykyaikainen saattohoito sai alkunsa Englannissa. Sen perustajana pidetään Dame Cicely Saundersia (1918 – 2005). Hän perusti vuonna 1967 yhden maailman kuuluisimmista sairaaloista, St. Christopher`s Hospicen. Siellä hän laajensi työtään kivunhoidossa niin, että se sisälsi myös kuoleman psykososiaaliset ulottuvuudet ja surun. (Joseph 2006, 15 – 16.) Nykyisen länsimaisen saattohoidon perusta on hospice-hoitofilosofia. Siinä on viitteitä vanhoista perinteistä, usein uskonnollisista. (Grönlund & Huhtinen 2011, 51.)

Saattohoidoksi kutsutaan lähestyvää kuolemaa edeltävää hoitoa silloin kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai -viikkojen sisällä. Saattohoito voi olla osana palliativista hoitoa, ja sen tarkoituksena on luoda kuolevalle mahdollisimman inhimillinen hoito. (Valvira 2008.) Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös. Mikäli potilas ei pysty päättämään hoidostaan itse, hänen lähiomainen tai muu läheinen tai laillinen edustaja tekee päätöksen yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. Päätös siirtyä saattohoitoon ei välttämättä tarkoita minkään jo olemassa olevan hoidon lopettamista. On tärkeä miettiä, mistä hoidoista ihminen hyötyy ja mitkä ovat hyödyttömiä tai jopa haitallisia. (Kauttio 2014.) Jokaisella ihmisellä on lain velvoittama oikeus saada hyvää asianmukaista saattohoitoa, tämä on määrätty potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (17.8.1992/785). Saattohoidon päätepieste on hyvä kuolema. Jotta tähän päästään, on matkan aikana huomioitava monta asiaa. Kuoleva ja omaiset valmistetaan lähestyvään kuolemaan. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014, 6-9.)

### 3.3 Hyvä saattohoito

Hyvä saattohoito pitää sisällään hyvän perushoidon. Tähän aiheeseen perehdyimme syvemmin luvussa 3.2, Hyvä perushoito. Kuolevan kunnioittaminen, arvokkuus, loukkaamattomuus, potilaan oikeudet ja oman tahdon toteuttaminen määrittävät jokaisessa potilassuhteessa yksilöllisesti hyvän hoidon kriteerit. (Sand 2003, 107.) Omaisten tukeminen ja ottaminen osaksi potilaan hoitoa, on hyvää saattohoitoa (Kauttio 2014).

Hyvään ja laadukkaaseen hoitoon kuuluu myös varautuminen saattohoitopotilaan mahdollisiin hätätilanteisiin, joihin saattaa hoitotyössä yllättäen joutua. Hännisen (2014) mukaan kun vaikean oireen mahdollisuus on olemassa, on siihen syytä varautua ennakkoon. Oireseurannassa on hyvä ennakolta selvittää potilaan sairauden levinneisyyden mahdolliset seuraamukset ja ennaltaehkäistä ongelmien syntyä. Silloin tulee miettiä, onko oireen aiheuttama syy poistettavissa potilaan yleistila ja ennuste huomioon ottaen. Potilaan oma toive tulee aina ottaa huomioon sekä onko hoidolla tarkoitus lievittää oiretta vai pyritäänkö syyn mukaiseen hoitoon? (Hänninen 2014, 33.) Hänninen (2014)

listaa liitteessä 1 yleisimpiä saattohoitopotilaan kanssa ilmeneviä hätätilanteita sekä toimintatapoja miten niissä tulee toimia.

Elvytyksellä tarkoitetaan sydämen uudelleen käynnistämistä sydämenpysähdyksen sattuessa potilailla, joiden tilan voidaan odottaa parantuvan onnistuneen elvytyksen jälkeen. Elvytys onnistuu n. 3 – 14 % tapauksista, joissa potilaalla ei ole pahanlaatuista levinnyttä tautia, tai tapauksissa joissa elvytys tapahtuu sairaalan ulkopuolella. Saattohoidossa olevilla potilailla elvytys on harvoin menestyksenkäs. Saattohoidettavan tai hänen omaisten ja potilaan kanssa on hyvä tehdä riittävän ajoissa ei elvytetä -päätös (DNR =do not resuscitate, DNAR = do not attempt resuscitation, AND = allow natural death). (Hänninen 2014, 8.)

#### 4 SAATTOHOIDON TOTEUTUS

Saattohoitopalvelut ovat Pohjoismaissa hyvällä tasolla, mutta niiden määrä ja saatavuus vaihtelevat eri Pohjoismaiden välillä ja jopa maiden sisällä. Parhaiten sijoittuvat Islanti, Norja ja Ruotsi, näiden jälkeen Suomi ja Tanska. Kuitenkin saattohoidon edelläkävijänä Pohjoismaissa on Tanska. Tanskaan tuli saattohoitolaki vuonna 2004. Saattohoitokodit ovat tunnettujen arkkitehtien suunnittelema ja ne sijaitsevat rauhallisella paikalla, lähellä metsää tai merta. Huoneet on suunniteltu tilaviksi ja viihtyisiksi. Tanskassa saattohoidettava saa ilmaisen hoidon, jos hän täyttää vaaditut kriteerit. (Ollila 2015, 56 – 58.)

Arvioidaan, että vuosittain n. 15 000 ihmistä Suomessa tarvitsee saattohoitoa. Palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa Suomesta tarvitsee noin 200 000 – 300 000 potilasta. (STM 2010a.) Vuonna 2001 saattohoitokodeissa kuoli noin 1000 potilasta. Vuonna 2008 Suomessa kuolleista 17 % kuoli saattohoitokodeissa ja 13 % muualla, lähinnä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.) Suurin osa saattohoito kuolemista vanhemman väestön osalta vuonna 2010 tapahtui vielä terveydenhuollon yksiköissä (taulukko 1).

Taulukko 1. Kuolleiden osuus (%) ikäryhmittäin 2010 (STM 2010a)

Ikäryhmät	Terveydenhuollon toimintayksikkö (%)	Koti (%)	Muu (sis. palvelutalot, vanhainkodit (%)
0–64-vuotiaat	49	37	14
65–74-vuotiaat	71	21	8
75 vuotta täytäneet	75	10	16

Suomessa saattohoitoa tarvitsevista, suurin osa haluaisi tulla hoidetuksi kotona eikä esim. erikoissairaanhoidon yksiköissä. Kehitettävää on, koska yhteistyö sairaalan ja kotihoidon välillä ei ole mutkatonta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen eli SOTE-uudistuksen myötä pyritään Suomessa tasavertaisiin hyvinvointipalveluihin. Vastuu palveluiden tuottamisesta on kunnalla tai kuntayhtymällä. Tulevaisuuden tavoitteina ovat peruspalveluiden ja laadun sekä hoito- ja palveluketjujen saumattomuus ja lähipalveluiden saatavuus kaikille. Tärkeinä asioina nousevat esiin myös saattohoidon osaaminen ja koulutustarpeet. Kustannukset tulevat nousemaan tulevaisuudessa, mutta kuitenkin saattohoito on yhteiskunnalle halvempaa kuin aktiivinen hoito. Kehittäminen tulee kohdistumaan kotiin ja siellä toteutettavaan saattohoitoon sekä vapaaehtoistyöhön. (Ollila 2015, 78 – 81.)

Jänikselän (2014) tutkimuksen mukaan kotona tehtävästä kuolevan hoidosta on vähän suomalaista tutkimusta. Kotisairaalan palveluista ja käyttökokemuksista on kuitenkin tutkittua tietoa. Kotihoidossa tapahtunut saattohoito on tarvinnut omaisen panosta niin perushoidossa kuin erilaisissa avustavissa tehtävissä. Moniammatillinen tiimi ja lääkärin kotikäynnit ovat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. Kuolevan hoitaminen kotona ei aina onnistu kuolemaan asti, koska usein kivut kävivät hallitsemattomiksi

Kouvolan kaupungissa kotiutustiimillä on tärkeä osuus kotihoidossa. Kotiutus tiimi koostuu sairaanhoitajien ja kotiutushoitajan ryhmästä. Heidän tehtävänä on selvittää avun tarvetta ja tukea kotiutumisvaihetta. Heidän avulla voidaan antaa mm. erilaiset tiputushoidot ja tarvittaessa he toteuttavat saattohoitoa asiakkaan kotona. Tämän tiimin avulla mahdollistetaan kotona asumis-

ta ja helpotetaan kotiutumista. Pyrkimyksenä on myös sairaalahoidon lyhentäminen ja välttäminen. (Kouvolan kaupunki 2011.)

#### 4.1 Suositukset ja säädökset

Suomen perustuslaki takaa kärsimyksen lievityksen ja hyvän hoidon kaikille kansalaisille. Erillistä saattohoitolakia ei ole vielä saatu Suomeen, mutta kansalaisaloite lain tarpeesta on olemassa ja se on viety eteenpäin eduskuntaan. Tarve saattohoitolakiin oli noussut kansalaisaloitteista ja eduskunnassa käydyistä keskusteluista. Valmisteluvaiheessa kuultiin asiantuntijoita sekä selvitettiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmia. Näiden pohjalta sosiaali- ja terveysministeriö laati saattohoitosuosituksen, joiden tarkoituksena on edistää hyvää ja tasavertaista saattohoitoa. (STM 2010a.)

Saattohoitoa ohjaavat nyt siis säädökset ja suositukset. Kuolevan ihmisen hoito, hoidon suunnittelu ja järjestäminen sekä henkilöstön osaaminen sisältyvät saattohoitosuositukseen. Nämä suositukset ovat tarkoitettu käytettäväksi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden hoitotyöhön ja käytäntöihin, jolloin se koituu kuolevan ihmisen hoidon parhaaksi. (Kauttio 2014.)

Suurten kaupunkien ja sairaanhoitopiirien vuoden 2012 saattohoitosuunnitelmien laatimisen pohjana käytettiin monipuolista lähdeaineistoa. Lähes kaikkien saattohoitosuunnitelmien pohjana käytettiin julkaisua Hyvä saattohoito Suomessa (STM 2010), sekä käypä hoitosuosituksia. *Säädöksistä ja ohjeistuksista mainittiin Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), YK:n Kuolevan oikeuksien julistus (1975), Laki edunvalvontavaltuutuksesta 648/2007, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaskirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.* (ETENE 2012.)

Kouvolan kaupungin "Saattaen-projekti" on saattohoidon kehittämisen projekti. Projektin tarkoituksena on saada Kouvolaan oma hoitopolku. Kouvolan kaupunki sai luvan kehittämissuunnitelman laadintaan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitoksen (EKSOTE) kanssa. Luvan myönsi Kouvolan kaupungin aikuisväestön lautakunta 14.5.2013 ja rahoitus haettiin STM:n Kaste-rahoituksena. (Kouvolan kaupunki 2014.)

## 4.2 Hyvä perushoito

Kuolevan hyvän perushoidon tavoitteena on saada turvallinen, oireiden mukainen hoito, joka on jatkuvaa. Kuolevan tulee kokea olemisen tärkeys, välittämisen tunne. Se, että hänestä välitetään ja pidetään huolta ennen ja jälkeen kuoleman. (Saattohoidon pyhä ja arki 2014, 28.)

Hyvä perushoito on ihmisen kunnioittamista. Potilaan tietoisuus siitä, että häntä yritetään auttaa monin eri keinoin, tuo turvaa häden keskellä. Hyvällä perushoidolla pyritään takaamaan kuolevan potilaan hyvinvointi ja tukemaan samalla hänen perheensä jaksamista. (Sand 2003, 107.) Hyvässä perushoidossa otetaan ihminen huomioon fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena, jossa mikään ei kumoakaan toisensa merkitystä. Ihmisen perustarpeiden tyydyttäminen (hygienia, ravinto, sosiaaliset suhteet hengellisyys/uskonto, oireiden- ja kivunhoito ym.) ja niistä huolehtiminen on jokaisen saattohoidossa olevan oikeus. (Hänninen 2014.) Sandin (2003) tutkimustulosten mukaan hyvä saattohoito on sekä potilaan yksilöllisesti huomioon ottavaa että perhekeskeistä, yksilöllinen kivunlievitys ja hyvä perushoito ovat oleellinen osa kuolevan hyvää hoitoa.

Hyvä ravitsemus on hyvää perushoitoa. Ravitsemushoidon tavoitteena on ylläpitää ja kohentaa saattohoidossa olevan elämänlaatua. Ruualla voi olla saattohoidossa psykososiaalinen ja kulttuurinen merkitys. Vaikka saattohoidossa oleva potilas usein kokee ruokahaluttomuutta ja nälän- ja janontunne katoaa, tulee ruokaa kuitenkin tarjota yksilöllisesti potilaan ja omaisten tahtoa kunnioittaen. Ruokailutilanteet pyritään tekemään rauhallisiksi ja viihtyisiksi, huomioiden myös hyvä ruokailuasento. Suoliston toiminta ja sen seuraaminen on tärkeää sekä nestetasapainon ja rakon toiminnan seuraaminen. (Saattohoidon pyhä ja arki 2014, 28 – 29.) Saattohoidossa ei yleensä aloiteta letkuraavitsemusta tai parenteraalista (suonensisäistä) ravitsemusta sillä päätavoitteena on potilaan hyvä olo ja lohdun saaminen. Neste- ja ravitsemushoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti. Oikeuskelpoinen potilas päättää ravitsemuksestaan itse. Toimintakyvyttömälle potilaalle hoitotahto selvitetään potilaskertomuksista tai omaisilta. (Nuutinen 2010.)

Suun hyvä hygienian hoito on oleellinen ja huomioitava asia. Ongelmina ovat infektiot, limakalvorikot, suun kuivuminen, kipu ja muutokset makuaistissa.

Nämä oireet heikentävät elämänlaatua. Ongelmat vaikeuttavat puhumista ja syömistä. Oireita voidaan hoitaa eri tavoin. Suuta voi huuhdella juomalla tai imeskelemällä jääpaloja tai jäämurskaa. Erilaiset kosteuttavat geelit, voiteet ja sumutteet voivat helpottaa oireita. Miedot huuhteet sekä säännöllinen hampaiden/proteesin pesu pehmeällä harjalla ovat parhaita vaihtoehtoja saattohoidettavan suun hoitoon. (Saattohoidon pyhä ja arki 2014, 28 – 29.)

Potilaan hyvästä hygieniasta tulee huolehtia silloin kun hän ei enää siihen itse kykene. Hygieniasta huolehtiminen tuottaa mielihyvää ja lisää välittämisen tunnetta. Hoitajan läheisyys luo turvaa ja luottamusta. Samalla hoitaja pystyy huomioimaan ihon kuntoa ja tarvittaessa hoitaa mm. haavaumat tai rasvata kuivan ihon. (Saattohoidonpyhä ja arki 2014, 28.) Liitteessä 2 on taulukkomuotoon kirjoitettuna yleisimpiä saattohoitopotilaan oireita ja niiden hoitomuotoja.

Potilaan hengellisyys ja uskonto tulee ottaa huomioon jo suunniteltaessa potilaan hoitoa. Ensisijaisesti otetaan huomioon potilaan omat toivomukset ja tarpeet. On tärkeä välttää yleistyksiä vieraita uskontoja ja kulttuureja kohdatessa; jokainen ihminen on oma yksilönsä. Eri kulttuurien ja uskontojen käsitykset elämästä ja kuolemasta, miehen ja naisen roolista ja sukupolvien välisistä suhteista poikkeavat suuresti. Maahanmuuttajilla uskonnon merkitys on yleensä voimakkaampi kuin länsimaisilla. Tulkkia on syytä käyttää aina tarvittaessa. (Soivio 1996). Liitteeseen 3 on kerätty eri uskontokuntien ja etnisten ryhmien toimintatapoja erilaisissa hoitoon ja kuolemaan liittyvissä asioissa.

### 4.3 Omaisten huomioiminen

Omaisten ottaminen mukaan saattohoitopotilaan hoitoon luetaan yhdeksi hyväksi saattohoidon kriteeriksi (Sand 2003). Hoitavan lääkärin tulee huolehtia siitä, että omaiset ovat tietoisia sairauden saattohoitovaiheen alkamisesta (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 112). Omaisille tulisi tiedottaa ajoissa ja riittävän usein hoidossa tapahtuvista muutoksista ja erityisesti silloin kun tehdään merkittäviä hoito- tai hoitamatta jättämispäätöksiä, ellei potilas ole sitä kieltänyt (Penttinen 2004, 84). Lähestyvän kuoleman oireet on hyvä kertoa ajoissa omaisille. Näitä oireita ovat mm. vähenevä tietoisuus ympäristöstä, hengityksen pinnallisuus ja hengityskatkokset, limaisuus, levottomuus, lämpöi-

ly sekä nielemisen heikkeneminen. Näin omainen osaa varautua tulevaan eikä pelästy muutoksia läheisen voinnissa. Omaisten informoinnilla voidaan usein välttää myös tiedon puutteesta johtuvia hoitovirhe-epäilyjä. (Valvira 2008.) Maahanmuuttajilla perheen ja suvun merkitys korostuu vakavan sairauden kohdatessa. Useissa kulttuureissa omaisille kuuluu tiettyjä velvoitteita sairasta kohtaan. Pakolaiset ja uudet maahanmuuttajat ovat erityisen haavoittuvia. (Soivio 1996.)

Sand (2003) mukaan perheen merkitys korostuu hoitamisen voimavarana. Potilas itse määrittää kuka on hänen läheisensä, se voi olla perheenjäsen tai omainen, mutta näin en aina ole. Sand (2003) kuvaamat saattohoitovaiheet voidaan jäsentää kokonaisuutena, kuten liitteessä 6 on esitetty. Kyseisestä taulukosta käy ilmi, että saattohoito on aina prosessi ja sen läpikäyminen synnyttää monenlaisia tunteita ja toimia niin potilaalle kuin yksiköille jossa saattohoitoa toteutetaan.

Sureva omainen, kuoleva ja hoitotiimi ovat olleet saattohoidon ajan yksi kokonaisuus. Omaiselle kuoleva on läheinen ja rakas, mutta jonkin asteinen tunneside on syntynyt myös kuolevan, omaisen ja hoitajan välille hoitajakson aikana. Surukäsityksen mukaan kiintymyssuhde ei katkea kuolemaan vaan se muuttaa muotoaan. Se toimii jatkossa mielikuvien ja muistojen avulla. Jokainen ihminen suree omalla tavallaan, ja suru vaikuttaa kokonaisvaltaisesti. Se aiheuttaa usein fyysisiä ja psyykkisiä oireita, näiden kesto on yksilöllistä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 139 – 145.) Omaisia rohkaistaan osallistumaan hoitoon ja hoivaamiseen, se auttaa surutyössä ja välittää tunteita, joita voi olla vaikea pukea sanoiksi. Kaikki eivät kuitenkaan pysty tai halua osallistua läheisen saattohoitoon, myös heidän päätöstään on kunnioitettava. (Sand 2003.) Saari (2000) toteaa, että omaisia joudutaan usein motivoimaan vainajan katsomiseen ja hyvästelyyn. Näin konkreettinen kuoleman kohtaaminen on monelle omaiselle vierasta. Huhtisen (2008) mukaan vainajan katsominen olisi hyvä keino kohdata totuus ja rajoittaa mielikuvitusta. Ihmiset kuitenkin haluavat säilyttää mielikuvan omaisesta elossa ja vastustavat siksi katsomista.

Kuoleman jälkeen ja keskellä surua on ryhdyttävä käytännön asioiden hoitamiseen. Hautausjärjestelyt voidaan aloittaa heti kuoleman jälkeen valitsemalla hautaustoimisto, joka auttaa omaisia käytännön asioissa. Hoitava lääkäri kirjoittaa hautausluvan, mikäli ei ole aihetta kuolemansyyntä selvittämiseen. Kuo-



lintodistus kirjoitetaan kuolemansyyn selvittämisen jälkeen, mutta sitä ei tarvita asiointissa viranomaisten kanssa. Tieto kuolemasta menee virkateitse maistraattiin, jossa tieto siirretään väestörekisteriin. Täältä tieto kulkee mm. Kelan toimistoon, seurakuntaan sekä useimpiin pankkeihin. Rekisteriviranomaiselta saadulla virkatodistuksella voidaan asioida eri virastoissa ja pankeissa. Perunkirjoitus on toimitettava kolmen kuukauden kuluessa verotoimistoon. Perunkirjoituksessa käsitellään vainajan perilliset, varat ja velat. (Ensiohje vainajan omaisille.)

## 5 KIVUNHOITO

Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa, kuten loppuvaiheen syövässä 35 - 96 %:lla, aidsissa 63 - 80 %:lla ja sydänsairauksissa 41 - 77 %:lla esiintyy jonkin asteista kipua. Kipu on elintärkeä oire, signaali, joka varoittaa elimistöä haitallisista tapahtumista. (Kipuviesti 2015, 52.)

Kipu voi esiintyä monenlaisena, fyysinen kipu on yleisin jota hoidetaan lääkkeillä. Kipu esiintyy myös psyykkisenä, sosiaalisena ja hengellisenä kipuna. (Käypähoito 2012.) Psyykkinen kipu voi ilmetä mm. ahdistuneisuutena, masentuneisuutena, sekavuutena, pelkoina ja turvattomuuden tunteena. Sosiaalinen kipu liittyy usein lasten tulevaisuuteen, perhettä koskeviin taloudellisiin asioihin ja omaisten menetyksen hyväksymiseen ja ystävyysuhteiden katkeamiseen. Eksistentiaalinen kipu ilmenee olemassaolon ahdistuksena, ymmärretään elämän rajallisuus ja sen lähestyvä päättymisen. Keskusteluapu on usein paras apu näihin yllä mainittuihin kivun muotoihin, joissa pohditaan elämän arvoja ja elämän merkitystä. Nämä kaikki kivut on huomioitava ja niihin on reagoitava oikeanlaisella hoidolla. (Käypä hoito 2012.)

Muistisairaahan kivunhoito asettaa omat haasteensa. Heillä on vaikeutta ja vaihtelevuutta itsensä ilmaisussa, jolloin kipu testien ja kyselyjen käyttäminen ei ole mahdollista. Tällöin arviointi jää omaisen, hoitajan tai lääkärin varaan. Hännisen (2014) mukaan muistisairaajat kykenevät ilmaisemaan kivunhoidon tarpeensa, mutta se on yleisesti alihoitettua. Haasteelliseksi kivun arvioinnin tekee se jos potilas ei enää pysty kommunikoimaan tai kertomaan muilla keinoin omista kipu tuntemuksistaan. Hännisen (2014) mukaan kivun arviointi kommunikaatio kyvyttömillä potilailla perustuu havainnointiin. Tällaisissa tapa-

uksissa havainnoidaan potilaan hengitystiheyttä, kasvojen ilmeitä ja eleitä, levottomuutta, sekavuutta ja vetäytyneisyyttä. Normaalisti kipuun liittyvät merkit voivat vaikeasti muistisairaalla tarkoittaa jotain muuta. (Hänninen 2014, 40.) Muistisairas ei välttämättä ymmärrä asiaa tai ei suostu testien tekemiseen. Muistisairaahan käytöshäiriöt ja aggressiivisuus voivat lisääntyä ja liikkuminen vähentyä kivun vuoksi. Toisaalta taustalla voi olla myös mm. sairauden eteneminen tai lääkityksen sopimattomuus. Lääkitystä on kuitenkin kokeiltava ja sen vastetta on arvioitava säännöllisesti. (Rapo-Pylkkö 2012, 24 – 27.)

## 5.1 Kipumittarit

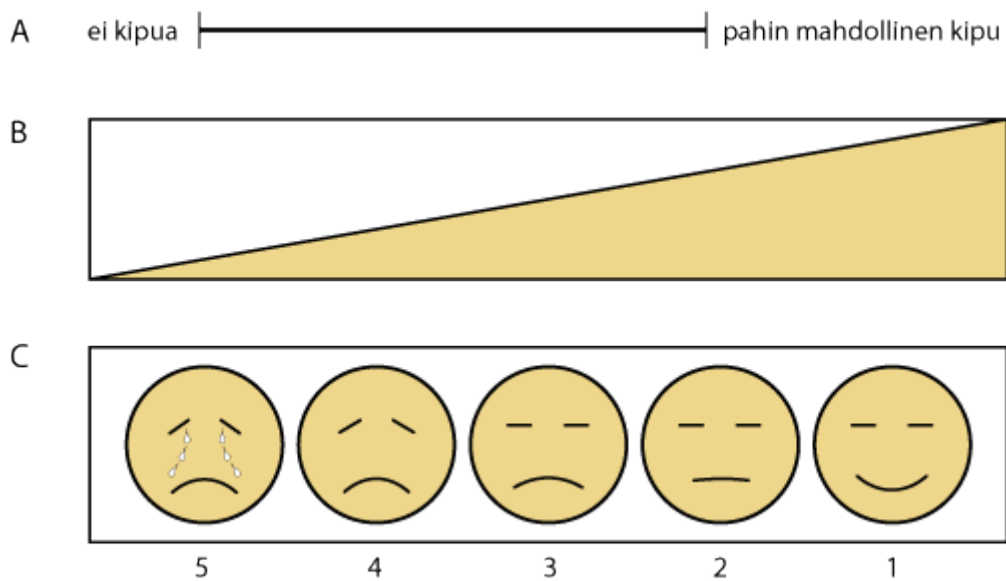
Kivun arviointi on hyvän hoidon perusedellytys. Knuutisen (2008) mukaan kivun hoidossa hoitajilla on puutteita kivun arvioinnissa ja riittävässä kivun lääkittämisessä. Kipu kokemus perustuu aina yksilön subjektiiviseen kokemukseen, ja siten se on vaikea toisen ihmisen arvioida oikein ja riittävästi. Potilas on itse kivun paras arvioitsija. Kipua voidaan arvioida sanallisesti tai siihen erityisesti kehitettyjen mittareiden avulla

Muistisairaahan fyysisen kivun arviointiin on kehitetty PAINAD-mittari. Kivun arviointi tapahtuu arvioimalla käyttäytymistä ja muutoksia käyttäytymisessä. PAINAD-mittarissa on viisi havainnointi kohtaa: hengitys, negatiivinen ääntely, ilmeet, elekieli ja lohduttaminen. Arviointi tapahtuu pistein 0 – 2 ja kokonaispisteet ovat 0 – 10, jolloin 0 on kivuton tila ja 10 on kova kiputila. (Kamppari 2014, 31.)

Kipumittari valitaan sen mukaan, miten tarkkaan halutaan tietää kivun voimakkuus (Salanterä ym. 2006, 83). Kuvassa 1 on esitetty yleisimmin käytössä olevia visuaalisia kipumittareita. Kuvan 1a ja 1b kohdan janamaisia VAS (Visual Analog Scale) kipumittareita käytetään useimmin aikuisten kipua mitattaessa. Niitä voidaan käyttää myös muistisairailla, mikäli sairaus ei ole edennyt pitkälle. Tutkimusten mukaan useimmiten potilaat käyttävät janan ääripäitä, keski-osan käyttö ilman kipua ilmaisevaa asteikkoa koetaan hankalaksi. Janalla toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pää kovinta mahdollista, sietämätöntä kipua. Potilas arvioi oman kivun voimakkuutta ja osoittaa sen janalta. Mittarin kääntöpuolella on numerointi nolasta sataan tai nolasta kymmeneen. Kliini-

sessä työssä yleisesti käytetään nollasta kymmeneen asteikkoa. (Salanterä ym. 2006, 85.)

Kuvan 1 kipumittari c on lasten visuaalisena kivun mittarina usein käytetty kasvon ilmeisiin perustuva kasvokipumittari, Faces Scale on usein sen helpon ymmärrettävyyden vuoksi käytössä myös monilla muistisairailta vanhuspotilailta. Mittarissa on kolmesta kuuteen kasvon ilmettä jotka menevät asteittain leveästi hymyilevästä itkevään kasvon ilmeeseen. Potilas valitsee kasvokuvista sen hetkistä kipuaan parhaiten vastaavan kasvon ilmeen. (Salanterä ym. 2006, 86.)



Kuva 1. Kipumittareita (Vainio 2009)

Taulukossa 2 on kuvattu sanallinen kipumittari, johon on myös merkattu numerot helpottamaan kivun arviointia.

Taulukko 2. Sanallinen kipumittari (Vainio 2009)

0	Ei kipua
1	Lievä kipu
2	Kohtalainen kipu
3	Voimakas kipu
4	Sietämätön kipu

## 5.2 Lääkkeellinen kivunhoito

Kuolevan potilaan kivun hoidossa käytetään ensisijaisesti vahvoja opioideja. Tarpeen mukaan vaihdetaan antoreittejä ja käytetään muita erikoismenetelmiä (Käypähoito 2012). Hännisen (2014) mukaan säännöllinen kipulääkitys, tulehduskipulääkkeet ja Panadol, Paracetamol, Pamol yms. vähentävät opioidien tarvetta. Näistä kipulääkkeistä on erityisesti hyötyä luustometastaasikivuissa. Säännöllisen kipulääkityksen lisäksi potilaalla tulee olla nopeavaikutteinen opioidi läpilyöntikipuja varten. Läpilyöntikipu alkaa nopeasti, se on vaikea asteista ja kestää noin 30 - 60 minuuttia. Läpilyöntikipuun ideaalisen lääkkeen vaikutus alkaa nopeasti, se on riittävän tehokas ja eliminaatio nopea. Keskimäärin kapseli tai liuosmuotoisten lääkkeiden tehokkaan vaikutuksen alkuun kuluu 30 minuuttia. Lääkkeenanto käy ensisijaisesti tällaisissa tapauksissa suun kautta, nasaalisesti, inhaloidusti ja poikkeustapauksissa parenteraalisesti. (Hänninen 2014, 26.) Liitteeseen 4 on listattu Hännisen (2014, 24 – 25) suosittamat kivunhoidon lääkkeelliset menetelmät saattohoitopotilaalle sekä niiden käyttöaiheita.

Kuolevan vanhuspotilaan kivun hoito on usein alihoidettua. Lääkehoidossa on muistettava aina sivuvaikutukset (pahoinvointi, ummetus, väsymys) sekä hidastunut metabolia. Ummetusta esiintyy erityisesti opioidilääkityksen kanssa, tällöin laksatiivien anto on ehdottoman tärkeää, jotta siltä välttyttäisiin. Palliatiiv-

visen sedaation tarve saattohoidossa oleville potilaille on myös akuutti. (Seppelvirta 2014, 7.) Palliatiivinen sedaatio on viimeinen keino muutoin hallitsemattomien oireiden lievittämiseen. Sedaatiossa potilaan tietoisuutta alennetaan lääkityksellä, tietoisuutta alennetaan riittävästi potilaan oirekokemuksen lievittämiseksi. Sedaatiosta tulee aina keskustella potilaan ja läheisten kanssa ennen sen aloittamista, mieluiten hyvissä ajoin. (Hänninen 2014, 10.) Palliatiivisen sedaation yleisyydestä ei ole tarkkaa tietoa. Jatkuvaa syvää sedaatiota tulee käyttää vain potilailla, joilla eliniän ennuste on vain tunteja tai muutamia päiviä. (Käypä hoito 2012.) Sedaatiota osaavien lääkäreiden määrä on ollut vuonna 2012 erittäin huono. Erikoistuvien sekä jo pätevien lääkäreiden määrä on ollut tuolloin vasta 60. (Seppelvirta 2014, 7.) Hänninen kertoo Kodin Kuvalehden haastattelussa (Vehkakoski 2012), että sedaation aikana potilas kuolee kärsimättä. Potilasta voidaan myös auttaa jättämällä kuolettava lääkeannos hänen saataville. Kyseessä on tällöin itsemurha-apu, joka on sallittu Suomen lainsäädännössä. Se on kuitenkin ristiriidassa lääkärin etiikan kanssa.

Enteraalinen lääkkeen antotapa tarkoittaa tapaa jossa lääke annostellaan ruuansulatuskanavaan joko suun tai peräsuolen kautta. Lääkehoitoa toteutetaan ensisijaisesti suun kautta. Se on luonnollisin, turvallisim ja taloudellisim tapa toteuttaa lääkehoitoa. (Hänninen 2014, 9.) Suun kautta otettavat lääkkeet voivat olla erilaisissa lääke muodoissa, joita voivat olla tabletit, kapselit, resoribletit, enterovalmisteet, nestemäiset lääkkeet, imeskelytabletit, suusumutteet, suuvoiteet sekä suugeelit. (Hänninen 2014, 9.)

Parenteraalinen lääkkeen antotapa tarkoittaa suoliston ulkopuolista lääkkeen antoa, jossa lääke annetaan muuta tietä kuin ruuansulatuskanavan kautta. Tällaisia antoreittejä ovat mm. transdermaalinen, joita ovat lääkelaastarit jolloin lääkeaine imeytyy ihon kautta verenkiertoon ja rektaalinen. Näitä käytetään silloin, kun nieleminen ei onnistu esim. pahoinvoinnin tai kouristuksien takia. Ihonalaista infuusiota käytetään tajuttomalla, oksentelevalla tai suolistotukos potilailla. Suonensisäistä injektiota käytetään kun vaaditaan nopeaa lääkkeen imeytymistä tai annetaan suuria lääkeannoksia kerralla tai niitä annetaan pitkäaikaisesti. (Hänninen 2014, 9.)

Epiduraalista ja spinaalista lääkkeen antotapaa käytetään harvemmin saattohoitopotilaan kivunhoidossa, mutta sitä on harkittava aina, kun muu kivunhoito ei riitä tai sivuvaikutukset käytettävästä kivunhoidosta ovat sietämättömät. Li-haksensisäinen injektio, ei ole suositeltava reitti. (Hänninen 2014, 9.) Liitteen 5 on kerätty enteraalisten ja parenteraalisten lääkkeen antotapojen lyhenteet selityksineen.

### 5.3 Lääkkeetön kivunhoito

Hyvä perushoito takaa kuolevalle ihanteellisen hyvinvoinnin, joka taas helpottaa kivun kokemista (Saattohoidon arki ja pyhä 2014, 35). Lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja käytetään aina, kun siihen on mahdollisuus. Niitä tulisi käyttää kipulääkityksen rinnalla ja sen tukena. Jokaisen hoitajan olisi hyvä osata edes muutamia tapoja hoitaa kipua lääkkeettömästi. Ihmisen vierellä olo, aito läsnäolo ja kuunteleminen, rauhallisen ympäristön luominen ja omaisten läsnäolo ovat asioita, joita lähes jokainen ihminen kaipaa. Nämä asiat nousevat myös suureen rooliin saattohoitopotilaan lääkkeettömässä kivunhoidossa. (Hämäläinen, Malinen, Natunen, Pohjolainen, Seppälä, & Sevgili 2012, 28 – 29.)

Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä on erilaisia. Asentohoidolla pyritään löytämään potilaalle optimaalisin asento, joka lievittää kipua. Asentohoitoa voidaan toteuttaa tukemalla potilasta tyynyillä tai erityisesti siihen tarkoitukseen kehitetyillä patjoilla ja tuilla. (Hämäläinen, Malinen, Natunen, Pohjolainen, Seppälä, & Sevgili 2012, 28 – 29.)

Rentoutumisella voidaan rauhoittaa mieltä ja kehoa jatkuvalta taistele ja pakenereaktiolta. Rentoutuminen parhaimmillaan vie ajatukset sairaudesta ja kivusta, se vaatii kuitenkin harjoittelua ja keskittymistä. Rentoutumiseen on käytössä erilaisia tekniikoita ja harjoitteita. Rentoutumisen tunne ei ole sama asia kuin rentoutuminen, rentoutumisen tunnetta voidaan hakea esimerkiksi musiikin kuuntelulla. (Hämäläinen, Malinen, Natunen, Pohjolainen, Seppälä, & Sevgili 2012, 28 – 29.)

Kylmähoidoilla pyritään vähentämään verenkiertoa, hidastamaan kudosten aineenvaihduntaa ja laukaisemaan spastisuutta. Kylmähoito toimii lähinnä paikallisissa kivuissa. Lämpöhoidot vaikuttavat pinnallisesti ihoon tai syvälle ku-

doksiin. (Hämäläinen, Malinen, Natunen, Pohjolainen, Seppälä, & Sevgili 2012, 28 – 29.)

Lämpöhoidot jaetaan syvä ja pintalämpöhoitoihin. Pintalämpöhoidoissa vaikutus painottuu ihoon, jossa verenkierto vilkastuu, tavallisimpia muotoja ovat hieronta, liikehoitojen ja vetohoitojen esihoitona. Syvälämpöhoidoilla tavoitellaan paikallista kivunhoitoa, verenkierron vilkastumista ja lihasten rentoutumista, tavallisimpia muotoja ovat lyhytaaltohoidot, mikroaaltohoidot sekä ultraäänihoitot. (Hämäläinen, Malinen, Natunen, Pohjolainen, Seppälä, & Sevgili 2012, 28 – 29.)

TNS (transkutaaninen elektroninen hermostimulaatio). Hoito soveltuu hyvin erilaisten kiputilojen hoitoon (lihas-, nivel- ja hermoperäinenkipu). Sille on hyvin vähän vasta-aiheita ja se on hyvin siedetty. TNS- sähkökipuhoitoa suositellaan käytettäväksi kipulääkityksen rinnalla. Laitetta on helppo käyttää, hoitoa voi antaa fysioterapeutti, hoitaja tai potilas itse (Bjong s.a.)

Hieronta koetaan yleisesti rentouttavana ja sen koetaan lievittävän kipua. Fysioterapiasta on monesti hyötyä saattohoitopotilaan aktiivisuuden ylläpitämisessä ja näin estetään esim. makuuhaavojen syntyä. Liikehoito voi olla passiivista tai aktiivista riippuen potilaan kunnosta. Sen tavoitteena on mm. ylläpitää liikeratoja, nivelten liikkuvuutta, vilkastuttaa verenkiertoa ja parantaa hengitystä. (Bjong s.a.)

Sädehoito lievittää syöpää sairastavilla potilailla kipua usein täydellisesti tai ainakin osittain. Kivunlievityksen alkamisajankohta vaihtelee muutamasta päivästä neljään viikkoon ja vaikutus kestää keskimäärin 3 – 6 kuukautta. (Käypä hoito 2012.)

Muina kivunhoidon menetelminä voi kokeilla turvotusta vähentäviä tukisukkia ja -hihoja, erilaisia liikkumista helpottavia tukia (esim. selkä- ja polvituet). Myös akupunktio ja lymfahoito helpottavat usein kipua. Vaihtoehtoisia kivunlievitysmetodeja kannattaa koittaa jos potilas kokee hyötyvänsä niistä, tällaisia voivat olla esim. reiki, aromaterapia, enkeliterapia ja kristallikivihoito. (Bjong s.a.)

## 6 HOITOHENKILÖKUNTA SAATTOHOITOTYÖSSÄ

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan erityistä herkkyyttä ja kiireettömyyttä. Oman kehonkielen hallinta, moniammatillisuus, työyhteisössä jakamisen ja oppimisen taito, erilaisten tapojen hyväksyntä sekä emotionaalisen tuen taito ovat kaikki asioita, joita hoitajilta vaaditaan. (Grönlund 2011, 16 – 18.) Hoitaja tekee työtä oman persoonallisuutensa turvin. Kohdatessaan potilasta ja avautuessaan hänelle hoitaja raottaa aina myös persoonallisuutensa verhoa. Hoitajalle saattaa aktivoitua voimakas ahdistus siitä, ettei hän kykene kohtaamaan potilasta aidosti, koska hänen on peiteltävä omaa haavoittuvaisuuttaan.

(Suonsivu 1997, 18.) Hoitajan työn ydin on potilaan hoitaminen. Hoidon onnistuminen, toimivien ohjeiden ja toimintamallien saatavuus lisää työhyvinvointia. Työstä saa siten helpommin onnistumisen tunteita ja mieliala pysyy korkealla. (Suonsivu 1997, 70.)

Hoitajien jaksamista tärkeässä työssä tukee lisäkoulutukset, tulevista muutoksista ajoissa ilmoittaminen, riittävän pitkä siirtymäaika ja tuki siirtymävaiheen aikana, mahdollisten väärinkäsityksien ehkäiseminen riittävällä tiedottamisella, henkilöstön kannustus ja arvostus sekä yhteisöllisen tuen antaminen. Työyhteisössä tulee myös huolehtia siitä, ettei siellä tapahdu eristäytymistä ja että työyhteisö pysyy toimintakykyisenä. Tarvittaessa järjestetään tukipalvelua, huolehditaan, että kaikki sitä kaipaavat sen myös saavat. (Suonsivu 1997, 72.)

Hoitaja kulkee potilaan rinnalla hänen sairastuttuaan samalla jakaen potilaan elämänmatkaa. Hän hyväksyy potilaan sellaisenaan ja pyrkii ymmärtämään, että masentuneisuus, vetäytyminen tai hankaluus ovat potilaan keinoja selviytyä uudesta sairastumisen luomasta tilanteesta. Jokainen ihminen kirjoittaa omaa elämäntarinaansa ja suunnittelee tulevaa. Sairastuttuaan tarina joudutaan usein kirjoittamaan uudelleen. Hoitajan jaksamista ja potilaan kriisin ymmärtämistä tukee, että hän ymmärtää ja tietää millainen oli potilaan elämäntarina ja tulevaisuuden suunnitelmat ennen sairastumista. (Suonsivu 1997, 116 – 117.)



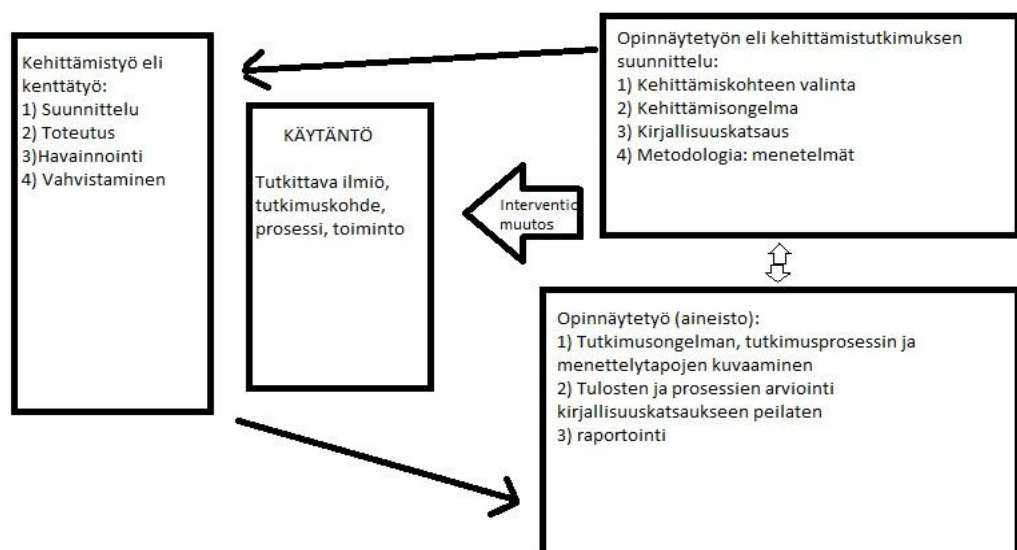
## 7 OPINNÄYTETYÖNÄ KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

### 7.1 Kehittämistyön prosessi

Opinnäytetyö kehittämistehtävänä on toiminnallinen työ ja se liittyy käytäntöön (Kananen 2012, 13). Kehittämistehtävä nähdään toimintana, jolla on päämääränä määritellyn tavoitteen saavuttaminen. Onnistuessaan kehittäminen vaikuttaa oleellisesti laatuun. (Rantanen & Toikko 2009, 14 – 16.) Kehittämistehtävän tavoitteena on löytää parempia vaihtoehtoja nykyiselle toiminnalle. Pelkästään vaihtoehtojenkaan löytäminen ei riitä vaan ne pitää testata ja todeta niiden toimivuus. (Kananen 2012, 44.)

Kehittämistyöllä tarkoitetaan jonkin asian tai asioiden parantamista poistamalla jokin ongelma tai kehittämällä jo olemassa olevaa asiaa paremmaksi luomalla uusia tai entistä parempia tuotantovälineitä tai menetelmiä. Tällaisen hyöty voi olla kertaluonteista ja sen hyöty koskettaa vain niitä, jotka kuuluvat sen piiriin. Tällaista kehittämistyötä tapahtuu yrityksissä jatkuvasti. Jotta muutkin hyötyisivät tehdystä kehittämistyöstä, on työ dokumentoitava ja julkaistava. (Kananen 2012.)

Kuvassa 2 on kuvattu opinnäytetyön prosessi kehittämistyön näkökulmasta. Opinnäytetyön ja kehittämistyön prosessi voi olla samanaikainen tai perättäinen.



Kuva 2. Opinnäytetyön prosessi kehittämistyössä (mukaiillen Perry & Zuber-Skerritt 1992, 204; Kananen 2012, 47)

Kehittämistyö jaetaan vaiheisiin. Suunnitteluvaiheessa perehdytään tutkittavaan ilmiöön ja siihen mitä siitä on aiemmin kirjoitettu (teoreettinen viitekehys). Kirjallisuuskatsaus kuuluu tieteelliseen opinnäytetyöhön ja sen tarkoituksena on kerätä luotettavista lähteistä materiaalia työn kasaamiseen. Hyvä perehtyminen tutkittavaan aihealueeseen tuo työlle lisäarvoa ja asiantuntemuksen varsinkin silloin kun kirjoittaja ei ole henkilökohtaisesti ollut ilmiön kanssa tekemisissä. (Kananen 2012, 47 – 48.)

Suunnitelmavaiheessa tapahtuu työn rajaaminen ja opinnäytetyön tekijällä olisi jo tässä vaiheessa oltava suunnitelma opinnäytetyön tekemisestä. Tärkeää raportoinnin ja tutkimuksen kannalta on ns. teknisen osan ja dokumentaation suunnittelu. (Kananen 2012, 47 – 48.)

Suunnitteluvaihetta seuraa ns. kenttävaihe tai toteutusvaihe, tällöin käynnistetään kehittämistyö. Tämän vaiheen tärkein asia on dokumentointi eli raportointi. Kaikki työn vaiheet tulee näkyä myös raportoinnissa, sillä vaiheiden moninaisuuden vuoksi ei voi koskaan tietää, mitä ja missä vaiheessa työtä tarvitaan todisteita tulkinnan paikkaansa pitävyydestä. Kenttätyön tuloksena syntyy kehittämistyöstä aineisto, johon opinnäytetyö perustuu. (Kananen 2012, 48 – 49.)

Jotta kehityksen toteutuminen voidaan todeta, on kehityksen tulos voitava mitata, arviointivaihe. Mikäli kehittämistyön kohteena on ollut sosiaalisin prosesseihin tai henkilöstöön liittyvä muutosprosessi, ei erillistä testausvaihetta yleensä tehdä. Ei voida oikein ajatella, että henkilöstöllä kokeiltaisiin erilaisia ratkaisuja. Testaus voidaan kuitenkin suorittaa niin, että ratkaisua kokeillaan pienemmässä mittakaavassa, kuten osastolla tai organisaation jossakin yksikössä. Jos ratkaisu todetaan toimivaksi, se otetaan yleisemmin käyttöön. Kehittämistyön tulosta tulee aina verrata suhteessa asetettuun tavoitteeseen. Arviointi voidaan tehdä suhteessa tavoitteeseen tai suhteessa alkutilanteeseen. Konkreettiset tavoitteet on helpommin mitattavissa kuin työntekijöihin, työilmapiiriin tai sosiaalisin prosesseihin liittyvät parannukset ja tehdyt muutokset. Erityisesti sosiaaliset prosessit ovat niin moninaisia, että niiden todellisen vaikutuksen arviointi voi olla vaikeaa. (Kananen 2012, 79 – 81.)

## 7.2 Kirjallisuuskatsaus saattohoitokansion laadinnan tukena

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tiivistää kerätty tietoaineisto niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai niiden väliset suhteet saada selkeinä esille. On olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain, se voidaan karkeasti erotella seuraaviin vaiheisiin: aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkin-ta sekä luotettavuuden arviointi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24.)

Kirjallisuuskatsaus toimii tutkimuksen teoreettisen taustan perustana (Kank-kunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 71). Kirjallisuuden tarkastelu toimii ideoi-den lähteenä ja auttaa tutkijaa hahmottaman mitä tutkittavasta aiheesta jo tie-detään (Kiikkala & Krause 1996, 56). Käytetty kirjallisuus sisältää sekä teo-reettista että tutkimuskirjallisuutta. Kirjallisuuskatsaukseen sisältyy myös käy-tetyn kirjallisuuden kritiikki, jossa tunnistetaan aiempien tutkimusten heikkou-det ja mahdolliset ristiriidat. Kirjallisuuskatsauksen laadinnassa on hyvä olla kriittinen olemassa olevaa kirjallisuutta kohtaan, tutkija voi ottaa kantaa kirjalli-suuden kattavuuteen arvioimalla onko tutkimusilmiötä tutkittu eri näkökulmista. (Kaila, Lampe, Mäkelä & Teikari 2007, 51.) Kirjallisuuden avulla voidaan tut-kimus sijoittaa johonkin teoreettiseen taustaan, näin toimien voidaan pyrkiä ennustamaan tutkimuksen tulosta (Kiikkala & Krause 1996, 56 – 59).

Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistolle esitetään tutkimus-tehtävän mukaisia kysymyksiä. Tutkija muotoilee tutkimuskysymyksen eli -ongelman, johon tutkimuksella halutaan vastata. Niitä voi olla useampia, mutta niiden tulisi olla selkeästi rajattuja. Tutkimuskysymysten muotoilu on tutkimuk-sen kannalta tärkeää, sillä ne suuntaa muita tutkimuksen vaiheita. Ne ohjaa tutkimuksen aineiston -ja tiedonkeruuta, aineiston analyysiä ja tulosten rapor-tointia. (Kiikkala & Krause 1996, 60 – 61.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä näyttöön perustuvien lähteiden mu-kainen muistisairaansaattohoidon opaskansio. Tätä varten tarvitsimme tietoa mm. muistisairaudesta, kivunhoidosta, hoitajan roolista saattohoitotyössä sekä hyvästä saattohoitopotilaan perushoidosta. Tutkimuskysymykset laadimme työn tarpeen pohjalta seuraavanlaisiksi:

1) Miten hoitotyössä vastataan muistisairaahan saattohoidon erityispiirteisiin ja yhteiskunnan asettamiin vaatimuksiin?

2) Millainen on hoitajan rooli muistisairaahan saattohoidossa ja erityispiirteiden huomioinnissa (mm. psyyke-, kommunikointi ongelmat, omaiset)?

### 7.3 Tiedonkeruu ja analysointi

Tiedonkeruu- ja analyysivaihe kytkeytyvät tiiviisti toisiinsa. Analyysin avulla ratkaistaan, tarvitaanko tietoa lisää ja millaista tietoa (Kananen 2012, 96). Aineistoa tulee olla niin, että siitä voidaan tehdä oikeita ja varmoja johtopäätöksiä (Kananen 2012, 191). Ennen aineiston läpi käymistä tulee sille miettiä sisäänottokriteerit. Hyvät sisäänottokriteerit perustuvat tutkimuskysymyksiin. Lähteiden tulisi aina vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Kaila, Lampe, Mäkelä & Teikari 2007, 51 – 53.) Kirjallisuushakuja tehtäessä on hyvä rajata hakua myös ajallisesti ja käyttää tuoreinta tietoa työn perustana (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70).

Päädyimme aiheen rajaamiseen jo työn suunnitteluvaiheessa, sillä saattohoito on aiheena laaja ja siitä löytyy runsaasti aineistoa. Yhdistyksen toiminta painottuu iäkkäisiin ja muistisairaisiin saattohoitopotilaisiin, joten tästä syystä päädyimme rajaamaan työn käsittämään saattohoitoa erityisesti muistisairaahan saattohoitopotilaan näkökulmasta.

Teimme tiedonhakua internetistä erilaisista tietokannoista (Google Scholar, Terveystieto, Medic) sekä kirjastoista Kotkassa, Kouvolassa ja Helsingissä. Helsingissä terveystieteiden keskuskirjastosta lainasimme usean työssämme käytettävän väitöskirjan ja pro gradun, näissä laajensimme hakua käsittämään vuodet 2000 – 2015, tämä lähinnä kirjastoissa olevan painetun aineiston vähyden takia.

Aineiston haku menetelmänä käytimme mm. Melinda-tietokantaa. Teimme tiedonhakua Melinda-tietokannasta hakusanalla "saattohoito". Rajasimme haun 2010 – 2015-luvuille. Tietokannasta löytyi kaksi väitöskirjaa, joista kumpikin oli ainoastaan nidetiedostoina ulkopaikkakuntalaisissa kirjastoissa. Hakusanalla ei löytynyt yhtäkään lisensiaattityötä ja pro graduja vain kuusi, joista työhön valikoitui yksi pro gradu sillä perusteella, että se oli elektroninen aineis-

to ja käsitteli saattohoidon eettisiä kysymyksiä. Toinen mielenkiintoinen pro gradu olisi ollut aiheesta Saattohoitajat kuoleman vierellä, Pirjo Jouttimäki, mutta se ei ollut valitettavasti saatavilla kuin vain Jyväskylän yliopiston kirjaston päätteiltä.

Ilman aineisto rajausta hakusanalla ”saattohoito” löytyi 137 aineistoa, joista osa oli vieraskielisiä. Näistä työhömmme valikoitui Pihlainen Aira, Hyvä saattohoito Suomessa (STM2010a) sekä Nuutinen Outi, Ravitsemushoito: suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin (2010). Nämä kaksi työtä valitsimme siitä syystä, että toinen käsitteli hyvän saattohoidon kriteereitä ja toinen saattohoito potilaan ravitsemusta, sekä ne olivat kumpikin saatavilla e-aineistoina.

Teimme vielä haku Melindasta hakusanalla ”kivunhoito”. Rajasimme myös haun vuosien 2010 – 2015 välille, lisäksi rajasimme aineiston käsittelemään ainoastaan e-aineistoa. Haku tuotti seuraavanlaisia tuloksia: Väitöskirjoja 13, liseniaattitöitä nolla ja pro graduja kaksi. Väitöskirjoista vain yksi oli suomenkielinen ja käsitteli lasten kivunhoitoa, joten emme valikoineet työhömmme niistä ainoatakaan. Pro gradut käsittelevät kivunhoitoa musiikin näkökulmasta, joten emme kokeneet niitä tarpeellisiksi työhömmme.

Taulukko 3. Aineistonhaku Melinda-tietokanta

Hakusana	Väitöskirja	Pro gradu	Lisensiaattityö	Työhön valittiin
Saattohoito [1]	2	6	0	1 pro gradu
Saattohoito [2]	2	6	0	1 pro gradu 1 muu
Kivunhoito [3]	13	0	2	0

[1] Tiedonrajaus 2010 – 2015.

[2] Tiedonrajaus vuosille 2010 – 2015 sekä käsittelemään ainoastaan väitöskirjat, pro gradut ja liseniaattityöt.

[3] Tiedonrajaus vuosille 2010 – 2015, käsittelemään väitöskirjat, pro gradut ja liseniaattityöt sekä e-aineiston.

Pyysimme aineistohaun lisäksi omatekemällämme tiedotteella yhdistyksen hoitohenkilökunnalta eväitä opinnäytetyön tekemiseen jo työn suunnitteluvaiheessa (liite 7).

## 7.4 Saattohoitokansion työstäminen

Kehittämistyön tuloksena laadittiin saattohoitokansio. Sen sisältö on näyttöön perustuvien lähteiden mukainen. Näytön perustana oleva tieto rakentuu tutkimustiedosta ja kokemusperäisestä tiedosta. Tutkimustieto on tutkimusten avulla, tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta. Tutkittua ja raportoitua tietoa käytetään aina kun määritellään potilaan hoitoa koskevia ongelmia, etsitään keinoja potilaan auttamiseksi ja arvioidaan hoitotyön tuloksia. Kokemusperäinen tieto on käytännön työstä ja kokemuksista saatua asiantuntemusta. (Eloranta & Virkki 2011.)

Omatekemällämme tiedotteella (liite 7) haimme tietoa yhdistyksen työntekijöiltä heidän toiveistaan ja tarpeistaan saattohoitokansion suhteen. Kyseinen tiedote käytiin läpi yksiköiden hoitopalavereissa keväällä 2013. Sieltä saatu palaute toimitettiin opinnäytetyöntekijöille yksiköiden vastaavien hoitajien välityksellä. Saimme hyvän kuvan siitä, mitä yhdistyksen hoitajat saattohoitokansiolta halusivat. Näiden pohjalta lähdimme työstämään opinnäytetyötä.

Helmi-maaliskuussa 2014 kasasimme muistiinpanoista työlle toivottuja aiheita. Esille nousivat päällimmäisenä kaksi asiaa, johon hoitohenkilökunta kaipasi lisää tietoa; kivunlievitys muutoinkin kuin lääkkeellisin keinoin ja muistisairaana saattohoitopotilaan perushoidon erikoisosaaminen. Seuraavassa on esillä hoitopalavereissa tulleita kommentteja.

*“ Aukkaiden kivunhoito on merkittävä asia, varsinkin muistisairaiden osalla.”*

*“ Kivun mittaaminen muistisairaalla.”*

*“ Hyvä perushoito, muistisairas ja saattohoito.”*

*“ Mitä kuoleman jälkeen, omaisten tehtävät.”*

*“ Kuoleman kohtaaminen hoitajana, työssäjaksaminen.”*

Toinen opinnäytetyöntekijä keskittyi materiaalin keräämiseen ja toinen hakeutui erilaisiin opinnäytetyön aiheeseen liittyviin koulutuksiin ja kävi tutustumassa Pirkanmaan hoitokotiin ja Koivikko-kotiin, näistä käynneistä saimme myös materiaalia työhömme. Toukokuussa 2014 oli tapaaminen Saattaen-hankkeen vetäjien kanssa ja mukana oli myös yhdistyksen yksi vastaavahoitaja. Tästä palaverista saimme tietoa Kouvolan saattohoidon tilasta sekä siitä, mihin

suuntaan se oli menossa. Olimme alustavasti suunnitelleet aikataulua jo syksyllä 2014, mutta pitkät työharjoittelut veivät suuren osan ajasta. Ajatukset olivat kuitenkin opinnäytetyön ympärillä ja teimme aikataulusuunnitelman.

Ideaseminaari pidettiin aikataulussa 18.2.2015, joskin olimme hieman vielä epävarmoja työn sisällöstä. Ideaseminaarin jälkeen tarkensimme työmme sisältöä ja keskityimme virheiden korjaamiseen. Saimme rakentavaa palautetta ja niiden pohjalta työ alkoi muokkautumaan. Idea ja -suunnitteluseminaarinvälissä työlle vaihtui ohjaava opettaja, joten työn sisältöä muokattiin lisää.

Suunnitteluseminaari pidettiin 10.4.2015, ja suunnitelmissa oli pitää päättöseminaari vielä ennen kesää. Kuitenkin suunnitteluseminaarinvälisen työn rakennetta jouduttiin muuttamaan niin paljon, ettei se aikataulullisesti ollut enää mahdollista. Päättöseminaarinvälisen työn pitäminen siirtyi siis syksyyn 2015. Suunnitteluseminaarinvälisen työskentelyyn tuli ulkomailla tapahtuvan harjoittelun takia reilu kuukauden tauko, joka jatkui vielä kesän yli työ kiireissä. Työskentelyä jatkettiin taas elokuussa uudella tarmolla. Sovimme ohjaavan opettajan kanssa uudesta aikataulusta ja päättöseminaari päiväksi muodostui 1.10.2015.

Varsinaisen opinnäytetyön lisäksi kokoamme erillisen 15-sivuisen saattohoitokansion, jonka on tarkoitus toimia yhdistyksen yksiköissä nopeana tiedon lähteenä ja perehdyttämiskansiona, tämä kansio lisätään liitteeksi varsinaiseen opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön runko toimi luontevasti runkona myös saattohoitokansiolle. Oli selvää, että opinnäytetyö ja saattohoitokansio kulkisivat käsi kädessä. Kansion peruslähteeksi valikoitui kuolevan potilaan Käypä hoito suositus ja opinnäytetyön materiaali ja lähteet. Lisäämme työn toimeksiantajan pyynnöstä yhdistyksen työntekijöille tärkeitä yhteystietoja sekä yksiköiden lääkärin erikseen antamia ohjeita vasta yhdistykselle jäävään saattohoitokansioon. Näitä ei varsinaisessa opinnäytetyö versiossa ole.

Opinnäytetyö sekä saattohoitokansio ovat molemmat olleet luettavina yhdistyksen sairaanhoitajalla Minna Myllykankaalla työn eri vaiheissa. Opinnäytetyötä on muokattu tarpeen vaatiessa ja työn edetessä. Opinnäytetyön kehittyminen on ollut jatkumo koko prosessin ajan. Kansion loogisuus ja aiheen raja-  
us ovat olleet paranneltavia asioita. Työn käyminen toimipisteissä on antanut

uusia näkökulmia, jolloin työstäminen ja ideointi ovat edenneet hyvällä vauhdilla.

## 7.5 Saattohoitokansion arviointi ja hyödynnettävyys työelämässä

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa kannattaa käyttää suoraa puhuttelua passiivin sijaan, näin voidaan välttää vääriin ymmärryksiä. Ohjeiden tulee olla ajantasaisia ja virheettömiä. Kirjallisissa ohjeissa voi käyttää kuvia perustellusti silloin kun ne selkeyttävät tekstiä. Värillisellä tuotoksella on todettu olevan mustavalkoista parempi huomioarvo. Fonttiin ja fonttikokoon on hyvä kiinnittää huomiota ja pitää mielessä kohderyhmä, kirjasimeksi kannattaa valita helppolukuinen kirjasintyyppi. Ohjeiden tulee olla myös sanastoltaan selkeää, pitkiä ja monimutkaisia lauserakenteita tulee välttää. (Eloranta & Virkki 2011, 75 – 77.)

Hyvä opaskansio on helppolukuinen, se palvelee kohderyhmäänsä ja tuottaa kysymyksiin vastaukset. Hoitohenkilökunnalle suunnatussa kansiossa voi käyttää ammattisanastoa, mutta lääketieteellisiä termejä tulisi välttää. (Hyvärinen, 2005.) Pyrimme huomioimaan kansion kohderyhmän tekstiä kirjoittaessamme mm. ammattisanastoa käyttämällä ja ottamalla huomioon heidän aiemman tietämyksen aiheesta ja alasta. Pyrimme vastaamaan meille esitettyihin toiveisiin siitä, mitä kaikkea kansiossa tulisi olla. Aiheen rajaaminen selkeytti työtä ja takasi sen, ettei kansioon tule ns. turhaa tietoa vaan, että tieto käsittelee juuri sitä osa-aluetta, josta on hyötyä yhdistyksen työntekijöille.

Kirjallisten ohjeiden ongelmana on yleensä se, ettei niitä päivitetä riittävän useasti. Kirjallista ohjetta on järjestelmällisesti päivitettävä, jotta se ajaa asiansa. Päivittämiseen tulee nimetä vastuuhenkilöt. (Eloranta & Virkki 2011, 75 – 76.) Saattohoitokansio on tarkoitus luovuttaa yhdistykselle sähköisessä muodossa sekä paperiversioina ns. kansioina, jotka molemmat jäävät yksikköihin työntekijöiden käyttöön. Yksiköissä erikseen valitut saattohoidosta vastaavat hoitajat päivittävät sähköistä versiota tarpeen tullen ja pitävät jatkossa huolen, että tieto kansiossa on ajankohtaista ja paikkansa pitävää. Kansion visuaalisuus ja helppolukuisuus ovat olleet pääpainona sekä ydinasioiden selkeä esille tuominen. Kansioon lisäämämme kuvat tuovat elävyyttä tekstiin ja lisäävät lukukokemusta.

Aineistoa aiheesta saattohoito löytyi runsaasti, joten aiheen rajaamisen jälkeen työn teko helpottui vaikka vaikeaa oli päättää, mikä oli konkreettista tie-



toa ja mitä ilman taas työnlaatu ei kärsinyt. Pyrimme välttämään virheen tekoa tässä asiassa. Toisen opinnäytetyöntekijän työsuhte edesauttoi sitä, että jatkuva työarviointia pystyttiin toteuttamaan ja tiedettiin, mitä työltä konkreettisesti vaadittiin, jotta työskentely yhdistyksessä helpottuisi ja olisi tasalaatuista. Tämä mielikuva ymmärrettävästi vahvistuu vasta kun saattohoitokansiota päästään käytännössä testaamaan.

Opinnäytetyötä on tarkoitus hyödyntää kolmessa yhdistyksen yksikössä. Saattohoitokansion alkuperäinen tarkoitus oli yhtenäistää ja selkeyttää yhdistyksessä tapahtuvaa muistisairaana saattohoitoa. Työn käydessä toimeksiantajalla tarkastuksessa on sitä käytetty myös alkuperäisen käyttötarkoituksensa lisäksi perehdyttämiskansiona yhdistyksen uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Palaute tästä on ollut positiivista. Erillinen 15-sivuinen saattohoitokansio nopeuttaa tarvittaessa tiedonsaantia ja tiedon päivittämistä yhdistyksessä. Koemme kootusta kansioista olevan hyötyä juuri nopeassa tiedonsaannissa, esimerkiksi lääkärin antamien ohjeiden tarkistamisessa ja kertaamisessa. Opasta voi myös käyttää muistin apuna kun käy läpi asioita muistisairaana saattohoidettavan omaisen kanssa. Toimeksiantaja on kokenut työn kehittämisaiheet tarpeellisiksi. Yhdistyksen toimipisteisiin valitut saattohoidosta vastaavat hoitajat tulevat pitämään kehittämispalaverin. Tässä tilaisuudessa mietitään vielä koulutustarpeita ja uusia kehittämishankkeita sekä niiden toteutusta.

## 8 POHDINTA

Vuonna 2014 Yhteisvastuukeräyksen teemana oli saattohoito. Tärkeä asia tuli kaikkien tietoisuuteen, varsinkin saattohoidon nykytilanne huolestutti kansalaisia. Kampanja herätti tunteita ja aiheutti rakentavaa keskustelua kuolevan ihmisen oikeuksista, palveluiden puutteista ja saatavuudesta ympäri Suomen maakuntia. Yhteisvastuu herätteli alkuun erilaisia hankkeita ja tulevaisuudessa koulutukseen tullaan kiinnittämään lisää huomiota. (Yhteisvastuu onnistui kehittämään saattohoidon kehitystä, s. a.)

Knuutinen (2008) esittää tutkimuksensa johtopäätöksenä, että hoitajien kivunhoidon koulutustarvetta on, mutta sairaanhoitajat eivät sitä tiedosta. Hänen mukaansa terveydenhuolto- ja sosiaalialan opetussuunnitelmia tulisi muuttaa niin, että otettaisiin opiskelijoiden omat kokemukset kuolemasta ja kuolevan

läheisistä huomioon, samoin tulisi toimia kuolevia työssään kohtaavien jatkokoulutuksia miettiessä. (Knuutinen 2008.) Nykyisen terveydenhoitoalan koulutuksen riittämättömyys ja yhteisten sääntöjen olemattomuus näkyy myös yhdistyksen toteuttamassa saattohoidossa. Jänikselän ja Knuutisen tutkimustuloksissa käy ilmi, että saattohoito ei kuulu hoitajien perusopetukseen niissä määrin, että eväitä kuolevan kohtaamiselle koetaan olevan riittävästi heti valmistumisen jälkeen. Tämän havaitsimme jo heti työn alkuvaiheilla ja tästä syystä yhtenäisten saattohoito-ohjeiden luominen yhdistykselle koettiin hyvin tärkeäksi.

Huhtinen (2005) toteaa, että kuolevan kohtaamiseen pitäisi luoda kokemuspäriäinen kokonaisvaltainen oppiminen, joka suoritettaisiin työnhajauksellisena prosessina. Tavoitteena olisi, että opiskelija oivaltaisi ja tulisi tietoiseksi omasta tavastaan olla kuolevan kohtaajana. Opetuksessa keskeisintä olisi opettajan oma kokemus kuolevista ja yleinen ymmärrys kuolemasta. Yhdistyksessä pyritään työpaikka kouluttamisella luomaan hyvät lähtökohdat saattohoidon toteuttamiseen. Saattohoitoon osallistuva hoitaja oppii jokaisen saattohoitoprosessin myötä, sillä jokainen kuolema on erilainen, yksilöllinen. Uusi työntekijä tekee perehdytysvuoron hoitajan kanssa. Vuoron aikana käydään keskeisimmät asiat läpi ja tämä saattohoitokansio tulee olemaan yksi tärkeä työväline perehdytyksessä.

## 8.1 Opinnäytetyön itsearviointia

Opinnäytetyön aihe tuntui alkuun hyvin raskaalta, mutta samalla mielenkiintoiselta. Saattohoito on eettisesti arka ja inhimillisesti koskettava aihe, varsinkin kun kokemus kuolevasta ja saattohoidosta oli vähäinen. Olimme jo ensimmäisenä opiskeluvuonna päättäneet tehdä opinnäytetyön parityönä, joten lähdimme työstämään sitä eteenpäin. Haasteelliseksi opinnäytetyön teon teki ehdottomasti opiskelu työn ohella sekä perheen sovittaminen tähän kaikkeen mukaan. Myös omaa suhtautumistamme kuolemaan jouduimme miettimään useaan otteeseen. Opinnäytetyön teon aikana jouduimme molemmat työsämme käsittelemään kuolevia, vainajia ja heidän omaisiaan. Niistä kokemuksista saimme uutta näkökulmaa työn tekemiseen ja ymmärrystä aiheen tärkeydestä. Tämän opinnäytetyönteko myös antoi eväitä selviämään niistä tilan-

teista. Koimme tärkeäksi työn kannalta sen, että olimme sinut kuoleman kanssa. Ensimmäiseksi opinnäytetyöksi koemme tämän olevan ns. harjoitteluversio, ja parantamisen varaa jäi.

Aikataulussa pysyminen oli hankalaa. Sitä jouduttiinkin useampaan otteeseen sovittamaan uudelleen. Työn haasteena oli, että sillä oli kaksi tekijää, jotka asuvat eripaikkakunnilla. Yhteisen aikataulun löytäminen oli ajoittain haastavaa. Toki myös toisen tuki ja tehtävien jakaminen oli hyvä kokemus.

## 8.2 Luotettavuuden tarkastelu

Jotta tehdyllä työllä olisi arvoa, on sen oltava luotettava. Luotettavuus mittaa työn laatua. Tieteessä ja tutkimustoiminnassa on kehitetty omat menetelmät luotettavuuden takaamiseksi. Tieteen luotettavuuskäsitteet ovat reliabiliteetti (tutkimustulosten pysyvyys) ja valideetti (oikeiden asioiden tutkiminen). Tutkimuksen edetessä on näitä kahta luotettavuuskysymystä pohdittava koko prosessin ajan, jottei tehdä väärinä ratkaisuja tai jätetä jotain tekemättä. (Kananen 2012, 161 – 162.) Opinnäytetyöllä oli kaksi tekijää, joten se lisää työn luotettavuutta. Jotta voidaan todeta jo olemassa olevien tutkimusten olevan luotettavia, vaaditaan kirjallisuuskatsauksen tekemiseen vähintään kaksi tutkijaa (Johansson 2007, 6).

Luotettavuuden lisäämiseksi on tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä (Janhonen & Nikkonen 2001, 37). Pyrimme tuomaan työssämme esille aiempien tutkimusten tulokset ja hyödyntämään niitä kansion laadinnassa, erityisesti kehittämissuhteissa. Luotettavuuden lisäämiseksi suositellaan face-validiteetin tai toisen luokittelijan käyttämistä. Face-validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tulos esitetään henkilöille, joita ne koskevat tai jotka ovat muuten tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 37.) Käytimme työn luotettavuuden takaamiseksi saattohoitokansiota työntilajalla mahdollisimman useasti, jotta he pystyivät arvioimaan sitä sen edetessä.

Tutkijan on syytä käyttää vain alkuperäislähteitä. Toisen käden lähteitä käytettäessä on riski, että alkuperäistä lähdeä on siteerattu väärin, jolloin sama virhe toistuu tutkijan omassa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-

Julkunen 2009, 72.) Käytimme työssämme lähes pelkkiä alkuperäislähteitä, jotta sen luotettavuudella olisi mahdollisimman paljon arvoa.

Opinnäytetyötä tehdessämme noudatimme tieteellisiä toimintatapoja eli rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta (Vilkkä 2005). Aineiston riittävyys on kyöksissä tutkimustulosten luotettavuuteen (Kananen 2012, 191). Käytimme työssämme monipuolisesti erilaisia lähteitä, pitäen mielessä kuitenkin koko ajan aiheen rajauksen, lähteen luotettavuuden, vertailuarvon ja iän. Aiheena saattohoito on hyvin laaja, joten opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa teimme jo selkeän rajauksen työhön, mikä vähensi laajan aineiston läpi käymistä käsittämään vanhuksen ja muistisairaana saattohoitoa. Rajaus esti meitä sekoittamasta työhön sellaista tietoa mikä ei olisi vastannut tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuushakuja tehtäessä on hyvä rajata hakua myös ajallisesti ja käyttää tuoreinta tietoa työn perustana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 70.) Rajasimme työmmme käsittämään 2000-luvulla tehtyjä julkaisuja, pyrimme kuitenkin käyttämään työssämme tuoreimpia mahdollisia lähteitä. Aina tuoreinta lähdeä ei valitettavasti ollut saatavilla. Vanhempien lähteiden suhteen olimme hyvin kriittisiä, mikäli asiasältö vanhemmassa lähteessä oli työn kannalta arvokas koimme tarpeelliseksi ottaa sen opinnäytetyöhön mukaan. Lisäsimme työhön mielestämme oleellisia asioita saattohoidosta, joita ilman kansio olisi jäänyt vajanaiseksi. Valmiin opinnäytetyön luotettavuutta ei juurikaan voida parantaa, väärät johtopäätökset voidaan kuitenkin vielä korjata. (Kananen 2012, 161 – 162).

Luotettavuutta heikentäviä tekijöitä ovat puutteellisesti esitetyt aineiston hakumenetelmät sekä se, että työ on molemmille ensimmäinen ja perehtyminen kehittämistyön toteutukseen ja kirjallisuuskatsauksen tekemiseen eivät olleet riittävät.

### 8.3 Kehittäminen

Kehittämistoiminta on usein monien eri toimijoiden kokonaisuus, usein mukana on organisaation ulkopuolisia kehittämisen asiantuntijoita. Henkilöstöllä on kuitenkin merkittävä tehtävä kehittämistyön onnistumisessa. Ennen suunnittelu ja kehittämistyö kuuluivat puhtaasti esimiesten ja asiantuntijoiden toimialaan. Nykyisin näkemys johtamisesta on muuttunut. Työkulttuurissa on alettu

korostaa tuloksellisuuden rinnalla aloitteellisuutta, oppimista ja innovatiivisuutta. On alettu puhua uudesta ammatillisuudesta, jolle ominaista on oman työn tutkiminen, arviointi ja uudistaminen. Tämän kaltainen siirtymä käskytykseen perustuvasta työkuultuurista kehittämisosaamista korostavaan kulttuuriin on merkittävä. Se mahdollistaa tekemisen ja kokemisen kautta syntyvän ”ruohonjuuritason” asiantuntijuuden ja näkökulmien ottamisen osaksi kehittämistyötä. (Karjalainen & Seppänen-Järvelä 2006, 28 – 30.)

Työmme johtopäätöksenä voidaan todeta, että muistisairaahan saattohoito on laaja aihe. Saattohoito tehostetussa palveluasumisessa tai kotihoidossa on yhteiskunnalle kustannustehokkaampi hoitomuoto, koska erikoissairaanhoidon päiväkustannukset ovat suuremmat. Sairaalahoidossa resurssipula ja akuuttihoitoon keskittyvä hoito pois sulkee yksilöllisen saattohoidon. Muistisairaahan hoitopaikan pysyvyys ja turvallisuuden tunne ovat tärkeitä laadullisen hoidon kriteereitä. Saattohoidettavien kivun hoito ja arvioiminen on puutteellista, varsinkin muistisairaille. Heillä tulisi käyttää pääsääntöisesti muistisairaille soveltuvia mittareita, joilla kivun mittaaminen on totuudenmukaisempaa. Suurta huomiota tulisi kiinnittää muistisairaahan kivun havainnointiin ja sen riittävän kuvaavaan kirjaamiseen hyvän kivunhoidon takaamiseksi. Valviran yleisin kantelun aihe on epäasianmukainen kivunhoito. Joissain tapauksissa hoitajien ja lääkäreiden pelko ja epävarmuus lääkkeiden annostuksessa ja käytössä ovat aiheuttaneet ongelmia kivunhoidossa. (Anttila s.a.)

Hyvä hoito ja hoitajuussuhde eivät aina takaa omaiselle hyvää saattohoitokemusta. Suru ja omaisen kokemat yllättävät tilanteet saattohoidon aikana voivat silti aiheuttaa kantelun Valviraan. (Anttila s.a.) Hyvän hoitajan ominaisuuksiksi mainitaan mm. herkkyys, aitous, sitoutuminen työhön ja halu kehittyä hoitajana. Omaisen osuus saattohoidossa on merkittävä ja yksi hyvän saattohoidon kriteeri. Omaisen tukeminen hoidon aikana ja kuoleman jälkeen on surun käsittelyn kannalta tärkeää.

Tulevaisuutta ajatellen kehittämissuunnitelmissa voisi olla kysely omaisille, jossa käsiteltäisiin yksiköiden saattohoidon laatua, kehittämissuunnitelmia ja omaisten kokemusta ja mielipidettä yksikön toiminnasta. Lisäksi saattohoitokansion käyttöönoton jälkeen voisi tutkia sen vaikuttavuutta yhdistyksen hoitohenkilökunnalle, oliko se riittävän kattava, käytännöllinen ja vastasiko se todella hoitajien tarpeisiin? Tehostetun palveluasumisen tilat ovat rajalliset, mutta kehittä-

täminen voisi jatkua myös sillä saralla. Olisiko mahdollista rajata tila, jossa omainen voisi rauhassa huokaista, rauhoittua tai vaikka keskustella hoitajan kanssa? Kuoleman jälkeen läheisen ja hoitopaikan yhteys loppuu, olisiko mahdollista luoda käytäntö, jossa omaiselle voisi soittaa tai olla muuta kautta yhteydessä? Läheiseen voitaisiin olla yhteydessä esim. omahoitajan toimesta, kuukausi kuoleman jälkeen. Yksi puhelu voi olla hyvin merkityksellinen. Sen avulla voidaan osoittaa hoitajien huoli läheisestä surun keskellä. Vapaaehtoistyön merkitys kasvaa tulevaisuuden myötä ja sen osa-alueen kartoitus ja kehittäminen olisi hyödyllistä. Myös saattohoidon koulutukseen liittyvä toiminnallinen kehittämistehtävä olisi mielenkiintoinen aihe.

Parhaillaan yhdistyksessä työstetään opasta omaiselle, jossa käsitellään huomioitavia asioita kuoleman jälkeen. Lisäksi on tekeillä runko hiljentymiseen ja hartauteen, jota voivat käyttää niin hoitajat kuin omaisetkin saattohoidon aikana. Myös erilaiset rentoutumiseen ja hiljentymiseen auttavat äänitteet ovat hankinnan alla. Opinnäytetyön teon aikana esille nousi useita saattohoitotyötä helpottavia asioita, kuten sähköisessä muodossa olevan saattohoitokansion päivittämisen vastuuhenkilöiden nimeäminen sekä saattohoitoon liittyvien tarvikkeiden hankinta (vainajan kori). Nämä ovat olleet hyviä kehittämisasihteja, ja ne on jo toteutettu yksiköissä. Kehittämistyön aikana yksiköiden työntekijät ovat käyneet Kouvolan kaupungin järjestämissä koulutuksissa, jotka ovat olleet osa Saattaen-hanketta.

*"Kun istun sinun vierellesi en kysy,*

*enkä vastaa, sillä tiedät jo,*

*että pisaraakaan ei puutu.*

*Olen kotona, riisun saappaani,*

*olen pilven painoinen."*

Tommy Taberman

## LÄHTEET

- Anttila, S. s.a. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Valvira. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Saattohoitoon\\_kohdistetut\\_kantelut.pdf](http://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf) [viitattu 18.9.2015].
- Bjong, J. s.a. Meillä kaikilla on oikeus fysioterapiaan. Saatavissa: <http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20saattohoidossa%20ARTIKKELI524a.pdf?Dokumenttil> [viitattu 1.10.2015].
- Davies, E. & Higginson, I. J. 2004. Better palliative care for older people. WHO, Europe. Saatavissa: [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) [viitattu 6.2.2015].
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Kustantaja: Tammi. [viitattu 14.10.2015]
- Ensiohje vainajan omaisille. Suomen hautaustoimistojen liitto ry. Saatavissa: <http://www.hautaustoimistojenliitto.fi/hautaustoimistojen-palvelut/ensiohje-vainajan-omaisille> [viitattu 26.8.2015].
- Grönlund, E & Huhtinen A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.
- Hoyland, K. & Khan, S. 2013. Department of Elderly Care, Lister Hospital, Stevenage, Hertfordshire. Saatavissa: [http://www.health.herts.ac.uk/csim/documents/hertsjournal/HJM\\_DECEMBER\\_2013\\_2.pdf#page=34](http://www.health.herts.ac.uk/csim/documents/hertsjournal/HJM_DECEMBER_2013_2.pdf#page=34) [viitattu 6.4.2015].
- Huhtinen, A. 2005. Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Terveyskirjasto. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf> [viitattu 16.9.2015].
- Hämäläinen, R., Malinen, T., Natunen, R., Pohjolainen, T., Seppälä, M. & Sevgili, M. saattohoito - opas työntekijöille "silta toiselle rannalle"- saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011–2012. Saatavissa: [rannalwww.dila.fi/files/765/Saattohoito\\_opas.docx](http://www.dila.fi/files/765/Saattohoito_opas.docx) [viitattu 6.2.2015].
- Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito potilaan ja omaisen opas 13. uudistettu painos 2012. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2014. Saattohoidon lääkeopas. TERHO-säätiön julkaisusarja; julkaisu nro 1, 3 korjattu painos.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY. [viitattu 13.10.2015].

Johansson, K. Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. [viitattu 13.10.2015].

Joseph, J. & Fins, M. D. 2006. A palliative ethic of care. Clinical wisdom at life's end. Kustantaja: Malloy, Inc.

Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Kaila, M., Lampe, K., Mäkelä, M. & Teikari, M. 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kalso, E. 2015. Kivun olemusta etsimässä. Kipuviesti 1/2015, 52.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Kustantaja: WSOYpro Oy. [viitattu 13.10.2015]

Kamppari, J. 2014. Saattohoidon arki ja pyhä. Lahti.

Karjalainen, V. & Seppänen-Järvelä, R. 2006. Kehittämistyön risteyskiä. Gummerus Kirjapaino Oy. [viitattu 14.10.2015].

Karkola, K. 2000. Kuolema kotona. Suomen Lääkärilehti 53(48): 4961– 4963.

Kauttio, T. 2014. Saattohoito-luento. Hämeen ammattikorkeakoulu. 3.9.2014.

Kiikkala, I. & Krause, K. 1996, Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. [viitattu 13.10.2015].

Knuutinen, E. 2008. Suomalainen kotisaattohoito- hoitotyön näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Jyväskylä: Talentum Media oy.

Kotilainen, H. 2014. Tilaa lähtemiselle. Suomen Lääkärilehti 3/2014, vsk 69. Saatavissa: [http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/HK\\_Tilaa%20lahtemiselle%20SLL.pdf](http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/HK_Tilaa%20lahtemiselle%20SLL.pdf) [viitattu 22.3.2015].

Kouvola kaupunki. 2011. Kotiutustiimi - Kotihoito. Esite. Päivitetty 23.3.2011. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/material/attachments/intranet/perusturva/esitteet/5xOdJXtBs/Kotiutustiimi-2011.pdf> [viitattu 20.7.2015].

Kouvola kaupunki. 2014. Aikuisväestön lautakunta, kokousmuistio 26.2.2014 Saatavissa: <http://ep.kouvola.fi/kokous/20143371-13.PDF> [viitattu 22.3.2015].

Käypä hoito. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Päivitetty 28.11.2012. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=729E0559348CA400586875CB0E540990?id=hoi50063> [viitattu 9.2.2015].

Laakkonen, M.-L. 2005. Advance care planning Elderly patient's preferences and practices in long-term care. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.



Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Nuutinen, O. 2010. Ravitsemushoito: suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita. Saatavissa: [http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemus\\_hoito\\_nettti\\_2.painos.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemus_hoito_nettti_2.painos.pdf) [viitattu 21.4.2015]

Ollila, S. 2015. Näkökulmia hyvästä saattohoidosta Pohjanmaan alueella. Näkökulmana ihmisen ääni. Vaasa: Vaasan yliopisto. Vaasan yliopiston julkaisu- ja selvityksiä ja raportteja 198. Saatavissa: [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-591-6.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-591-6.pdf) [viitattu 1.9.2015]

Penttinen, J. 2004. Dementiapotilaan saattohoidon sokea piste. Helsinki: Kirjapaja oy.

Rantanen, T & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Rapo-Pylkkö, S. Jääkö vanhus yksin kivun takia? Artikkel. Kipuviesti 2/2012, 24 – 27.

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Otava

Saarto, T. 2013. Saattohoitoketjut selkiintyvät sairaanhoitopiireissä. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Saatavissa: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_hakusana=saattohoito&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=haku&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo10827](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=saattohoito&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10827) [viitattu 7.4.2015].

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus. Helsinki: ETENE-julkaisuja 36, 2012. Saatavissa: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf) [viitattu 22.3.2015].

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivunhoitotyö. Helsinki: WSOY.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päässä löytyy kultaa. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juventus Print.

Soivio, J. 1996. Vakaumuksen kunnioittaminen. Saatavissa: <http://www.espoonseurakunnat.fi/documents/55984/55993/Vakaumuksen.pdf/c6439bf8-0b81-401c-8baf-ef9645bfc9bc> [viitattu 15.7.2015].

STM. 2010a. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisiin perustuva saattohoitosuosituks. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

STM. 2010b. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 – 2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6.

Sulkava, R. 2014. Muistisairaahan saattohoito - eettisiä pohdintoja. PowerPointesitys 9.10.2014. Tampere: Saattohoitotutkimuksen päivä. Saatavissa: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=857294&name=DLFE-7738.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=857294&name=DLFE-7738.pdf) [viitattu 20.7.2015]

Suonsivu, K. 1997. Miten hoitaja jaksaa? Tampere: Kirjayhtymä oy.

Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Pro gradu -tutkielma. Oulun Yliopisto.

Vainio, A. 2009. Voiko kipua hallita, Helsinki: Duodecim. Päivitetty 22.1.2009. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00025](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025) [viitattu 11.3.2015].

Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy: Duodecim.

Valvira 2008. Päivitetty 28.7.2015. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito) [viitattu 20.8.2015]

Vehkakoski, V. 2012. Kuolema pitää sallia. Kodin Kuvalehti: 7, 29.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. E-kirja. Saatavissa: <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehita%20C3%A4.pdf> [viitattu 22.3.2015].

Viramo, P & Sulkava, R. 2015. Muistisairauksien epidemiologia. Muistisairaudet, Duodecim. Muistiliiton internet sivut. Päivitetty 23.6.1015. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi/fi/alasivut/ajankohtaista/muistisairaiden-maarakasvussa-193-000-sairastunutta-suomessa/> [viitattu 9.7.2015]

Yhteisvastuu onnistui kehittämään saattohoidon kehitystä. s. a. Yhteisvastuu. Saatavissa: <http://yhteisvastuu.fi/fi/ajankohtaista/261-yhteisvastuu-onnistui-edistamaan-saattohoidon-kehitysta> [10.6.2015].

## Saattohoitopotilaan hätätilanteita ja hoitokeinoja (Hänninen 2014).

HÄTÄTILANTEET	Hoito	Lääkitys
Tukehtuminen / Nopeasti paheneva hengenahdistus	Hengitysteiden stenttaus ja pleuranesteen dreenaus tarpeen mukaan.  Sedaatio.	<b>Temesta 0,5-2,5mg</b> kielen alle  <b>Dormicum 2,5-5mg</b> i.v./s.c.
Aivopaineen nousu	Saattopotilaan oireiden mukainen hoito	<b>Dexametason 3-15mg x 2</b>
Agitoitunut delirium (ahdistava sekavuustila)	Muutetaan lääkitystä, infektion hoito, aivosädehoito, lisähappi/hengitystiestentti, metabolian korjaukset. Potilaan ja ympäristön rauhoittaminen.	<b>Serenase 1-2.5mg x 3-4</b> <b>Temesta 0,5-1mg x 3</b> Vaikea terminaalinen agitoitunut delirium: <b>Serenase 5mikrog + Ativan 2-4 mg s.c./i.m. yhdessä.</b>
Nopeasti lisääntyvä sietämätön kipu	1/6 vuorokausiannoksesta säännöllistä kipulääkettä nopeasti tarvittaessa annosta suurentaen. (kaksinkertainen annos 30 min välein)	Otetaan käyttöön <b>Ketamiini</b> , spinaalinen lääkitys, sädehoito.
Hallitsematon oksentelu	Nestepitoinen dieetti	<b>Primperan 10-20mg x 3</b> prokineettisena lääkkeenä (jatkuva annostelu), <b>Serenase 1-2.5mg x 3</b>
Psyykkiset/ Ekstentiaaliset oireet	Hoitohenkilökunnan valmius keskustella potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista.	Ahdistuneisuuden, masennuksen, psykoosin ja deliriumin lääkehoito
Hyperkalsemia	Saattohoitopotilaalla huonon ennusteen merkki	Nesteytys, furosemidin käyttöä ei suositella, <b>bisfosfonaatit, steroidit.</b>

## Saattohoitopotilaan oireita ja niiden hoitomuotoja, Hänninen (2014), Käypähoito (2010)

Ongelma	Oireet	Hoito
Ruuan sulatuskanavan oireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ummetus</li> <li>• Pahoinvointi/oksentelu</li> <li>• Ripuli</li> <li>• Suolitukos</li> <li>• Nielemisvaikeudet</li> <li>• Suun kuivuus ja infektiot</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyetyleeniglykoli ja laktuloosi helpottavat kroonista ummetusta. Opioidien aiheuttamaa ummetusta voidaan laukaista ihon alle annosteltavalla metyyliinireksonibromidilla, jos laksatiivit eivät auta.</li> <li>• Pahoinvointia voidaan lievittää pahoinvointilääkkeillä, myös haloperidolista (psykykenlääke) saattaa olla apua. Syöpää sairastavan krooniseen pahoinvointiin ja oksenteluun auttaa tehokkaasti pahoinvointilääke metoklopramidi.</li> <li>• Ripuli on saattohoitopotilailla huomattavasti harvinaisempi oire kuin ummetus. Tavallisia ripulin aiheuttajia ovat ummetuslääkkeet, osittainen suolitukos, joka aiheuttaa ohivirtausripulia tai imeytymishäiriöt ja infektiot. Ripulilääkkeet auttavat yleensä vetiseen ripuliin, muunlaiseen ripuliin auttavat oktreetidi ja somatostatiini.</li> <li>• Suolitukoksen oireita lievitetään yleensä antikolinergin (hermoston salpaus), opioidin (voimakas kipulääke) ja antiemeetin (oksentelun hillintä) yhdistelmällä.</li> <li>• Nielemistä saattavat haitata hermostolliset häiriöt, huono yleiskunto, aliravitsemus, limakalvovauriot sekä pään ja kaulan alueen tai ruokatorven kasvaimet. Kasvaimen aiheuttamaa nielemisvaikeutta voidaan lievittää kirurgisella hoidolla, sädehoidolla tai asentamalla ruokatorvea avoimena pitävä proteesi (stentti). Hyvä yleishoito, syljen erityksen vähentäminen lääkityksellä, jääpalojen imeskely ja huulten kostuttaminen lievittävät oireita hyvin.</li> <li>• Suu kuivuu, kun syljen erityks vähenee tai syljen koostumus muuttuu. Myös erityisesti tietyt lääkkeet (opioidit, epilepsia-, pahoinvointi-, nesteenpoisto-, masennus-, tulehduskipu- ja monet verenpainelääkkeet sekä rauhoittavat neuroleptit) aiheuttavat suun kuivumista. Suun kuivuuteen nesteen antaminen suonensisäisesti ei auta. Janontunnetta voi parhaiten lievittää kostuttamalla suuta; myös purukumi, pilokarpiinitabletit tai tekosylki saattavat auttaa. Kylmät juomat ja jääpalojen imeskely voivat helpottaa suun kipua. Suun limakalvo voidaan myös puuduttaa sivelemällä suuhun 2-prosenttista lidokaiinigeeliä. Myös morfiinisuuvesi ja -geeli voivat auttaa kipuun. Aftoihin ja suun limakalvojen rikkoutumien hoitoon voidaan käyttää paikallisantiseptejä, kuten klorheksidiiniä, suun limakalvoja suojaavaa geeliä tai steroidisuspensiota.</li> </ul>

Ongelma	Oireet	Hoito
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Askites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kun elintoiminnot häiriintyvät, vatsaonteloon kertyy nestettä. Tällöin vatsa venyy, on kipeä, närästä, ruoka ei maistu, liikuntakyky heikkenee ja henkeä ahdistaa. Nesteen valuttaminen eli dreneeraus tai kertapunktio ovat tehokkaita tapoja helpottaa hengenahdistusta ja epämukavuutta silloin, kun nesteen määrä on suuri. Nesteen kertymistä pyritään hillitsemään diureeteilla eli nesteenpoistolääkkeillä, joskin niiden teho on usein vähäinen.</li> </ul>
Hengitystieoireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yskä</li> <li>• Hengenahdistus (dyspnea)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yskää saattavat aiheuttaa lisääntynyt limaneritys, heikentynyt liman kuljetus, mahansisällön takaisinvirtaaminen etenkin öisin ja syljen nielemisvaikeudet. Yskänlääkkeistä ei ole hyötyä saattohoitopotilaille, mutta hermostoa salpaavat antikolinergit ja keittosuolaliuos voivat helpottaa limaneritystä.</li> <li>• Hengenahdistuksessa tuntuu, ettei ilmaa saa riittävästi. Opioidit vähentävät parantumattomasti sairaiden hengenahdistusta. Myös happihoidosta tai kasvoihin suunnatusta ilmapirrasta saattaa olla myös apua.</li> </ul>
Raajaturvotusten hoito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raajojen turpoaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raajojen turvotus on edennyt syöpää sairastavilla useimmiten seurausta lymfavirtauksen estymisestä tai proteiinin vähäisestä määrästä veressä. Samanaikaisesti potilaalla voi olla myös laskimoperäistä turvotusta. Fysioterapia saattaa vähentää turvotusta, ja kipulääkitys auttaa turvotuksen aiheuttamaan kipuun. Infektioiden välttämiseksi ihoa tulisi rasvata. Laskimoperäiseen turvotukseen saattavat auttaa nesteenpoistolääkkeet.</li> </ul>

Ongelma	Oireet	Hoito
Keskushermosto-oireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masennus</li> <li>Delirium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kuoleman lähestyminen voi johtaa lievään tai syvään masennukseen. Tällaisessa tilanteessa terapiasta on apua, mutta myös tukea antava ja eläytyvä kuuntelu auttaa. Jos elinaikaennuste on useita viikkoja tai pidempi, voi masennuksen hoitoon yhdistää tukea antavaa psykoterapiaa, ongelmanratkaisua, rentoutusta ja masennuslääkitystä. Oleellinen osa mielen hoitoa ovat hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus. Lisäksi nukkumisolosuhteiden olisi oltava mahdollisimman miellyttävät. Ahdistuneisuus voi olla luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan, joten tällöin mielenlääkkeistä saattaa olla apua. Ahdistuneisuus voi myös olla osoitus piilevästä häiriöstä, kivusta tai muusta alihoidetusta oireesta.</li> <li>Äkillinen sekavuustila eli delirium on seuraus aivo toiminnan häiriöstä, jossa samanaikaisesti tietoisuus heikkenee, tarkkaavuus, ajattelu ja muisti häiriintyvät ja tunteet ja niihin reagoiminen muuttuvat. Myös uni-valverytmi saattaa muuttua. Näitä oireita lievittää turvallinen, rauhallinen ja valvottu ympäristö. Sekavuutta voidaan lievittää myös joko kipulääkityksellä tai sen annostusta muuttamalla tai käyttämällä mielen toimintoihin vaikuttavia lääkkeitä.</li> </ul>
Virtsatieoireet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virtsan karkailu</li> <li>Akuutti virtsa-retentio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saattohoitopotilailla usein totaali-inkontinenssi, johon auttaa katetrointi, virtsapussi, (virtsakondomi)</li> <li>Aiheuttajana voi olla lääkitys, infektiot, neurologiset sairaudet, kipu, katetrisointi.</li> </ul>

## Vakaumuksen kunnioittaminen (Lähde: Soivio 1996).

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoito-toimeenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsitely	Obduktio	Muuta
<b>KRISTILLISET KIRKOT JA YHTEISÖT</b>								
Evankelis-luterilainen kirkko	Ei erityistä	Ei erityistä	Perheen ja ystävien merkitys korostuu ihmisen sairastessa.	Sakramentit toimittaa luterilaisen kirkon pappi. Hätätilanteessa kasteen ja ehtoollisen voi toimittaa kuka tahansa kristitty.	Sairaalapappi kutsutaan omaisten tai potilaan pyynnöstä. Rauhallinen ympäristö. Pyydetessä rukous kuolevan puolesta.	Omaisilla mahdollisuus vainajan näkemiseen. Saattohartaus osastolla tai arkkuun laitettaessa.	Ei erityistä	Ei erityistä
Ortodoksinen kirkko	Ei erityistä. Mahdollisten traditioiden liittyvien seikkojen huomioon ottaminen.	Kirkkovuoden mukaiset paastot potilaan voimien ja lääkityksen sallimissa puitteissa.	Yleisinhimillisten näkökohtien noudattaminen. Rukousten lukeminen potilaan toivomuksesta.	Vain ortodoksinen pappi suorittaa sakramentit. Hätkaste mieluummin ortodoksin suorittamana.	Ikoni sängyn lähelle, rukouskynntilä ja lähtörauha. Mahdollisuus hiljentyneeseen.	Arkkuun pukeminen perinteen mukaan, pappien kohdalla erityismenettely. Omais- viipyvät vainajan luona. Hautaus kolmantena päivänä. Ei polttohautausa.	Ei erityistä	Palvelua myös vähemmistöjen kielillä, esim. venäjäksi ja saameksi.
Roomalais-katolinen kirkko	Ei erityistä	Paasto ja pidättäytyminen ei koske sairaita. Potilaan toivomukset otetaan huomioon.	Ei erityistä	Katolinen pappi suorittaa sakramentit. Ehtoollisen voi suorittaa valtuutettu henkilö. Hätkasteen voi suorittaa kuka tahansa kristitty.	Oma huone, jossa pieni pöytä. Omaisia ja ystäviä vakavasti sairaan luona koko ajan.	Ei erityistä	Lain mukaan	Kirkolla on palveluja maahanmuuttajille.
Helluntaiherätys	Ei erityistä	Potilaan omat toivomukset	Potilaan yhteydet perheeseen tärkeät. Lähiomaisien puuttuessa uskonystävien merkitys korostuu.	Ei hätkastetta	Potilaan toivomuksen mukaiset järjestelyt. Omaisten ja läheisten läsnäolo merkittävää. Ehtoollista, esirukousta ja siunaamista toivotaan.	Ei erityistä. Mahdollisuus viipyä vainajan luona.	Ei erityistä	Etnisiin vähemmistöihin kuuluvat voivat kieltäytyä sianlihasta, riisuminen voi olla tabu. Seurakunnassa tulkkaus- ja sielunhoitopalveluja vähemmistöjä varten.
Vapaakirkko	Ei erityistä	Osa ei syö veriruokia	Ei erityistä	Ehtoollinen mieluiten Vapaakirkon työntekijältä, yleensä ei estettä ottaa vastaan myöskään esim. ev.lut papilta.	Usein toivotaan ehtoollista.	Ei erityistä	Ei erityistä	Ei erityistä
Adventti-kirkko	Ei erityistä	Ei sianlihaa, verta eikä sisäelimiä. Monet ovat kasvis-syöjiä.	Ei erityistä	Ei hätkastetta	Potilaan toivomuksesta henkilö seurakunnasta toimittamaan ehtoollinen ja/ tai oljyllävoitelu.	Adventtikirkon pastori siunaa. Poikkeustapauksissa muu kristitty pastori.	Ei erityistä	Ei erityistä
Baptistit	Ei erityistä	Useimmat eivät syö verta.	Perhesiteet tärkeät. Joskus siteet uskon-yhteisöön voimakkaampia	Ei hätkastetta	Oma huone, jossa omaiset voivat jättää hyvästit. Ehtoollinen ei välttämätön.	Ei erityistä	Vainajan tai omaisten tahdon mukaisesti.	Mikäli ei saada baptistisielunhoitajaa, toivotaan yhteydenottoa helluntai- tai vapaakirkko-seurakuntaan.

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoito- toimeen- piteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Obduktio	Muuta
---------------------------------	------------------------------	----------	-------------------	-------------------	-----------------	--------------------	----------	-------

## ETNISET RYHMÄT

Romanit	Ei erityistä	Ei erityisiä sääntöjä. Joskus oma ruoka.	Romaninainen toivoo tavallisesti naislääkärinä tai hoitajana, jos joutuu riisumaan. Vaikka häveliäisyydet koskevat vain romaneja, niiden rikkominen aiheuttaa hämmennystä. Ei erikaisia romaneja samalle osastolle.	Ei erityistä	Oma huone. Suku osallistuu saattohoitoon, joku läheinen on paikalla myös yöllä.	Omaiset osallistuvat vainajan pukemiseen ja laittavat tämän arkkuun. Miehelle puetaan yleensä tumma puku ja naiselle valkoinen pusero ja musta samettihame.	Periaatteessa ei	Suurin osa kuuluu luterilaiseen kirkkoon. Osa vapaiden suuntien kannattajia.
Saamelaiset	Inarin- ja tunturisaamelaiset ovat yleensä luterilaisia, kolttasaamelaiset ortodokseja.							
Inkeriläiset	Ovat tavallisimmin luterilaisia.							

## MUUT USKONNOLLISET YHTEISÖT

Juutalaiset	Ei erityistä	Ei sianlihaa, ateriäisiä, ankeriaita, eikä verta ja lihaa, jota ei ole teurastettu ja käsitelty juutalaisen uskonnon määrittämällä tavalla. Maitoa ja lihaa ei syödä samalla aterialla. Sairaiden ja vanhusten ei välttämätöntä paastota.	Omaiset huolehtivat potilaan henkisistä ja sosiaalisista tarpeista.	Seurakunnan rabbi toimittaa pyydettyinä.	Oma huone. Puhtaan hienovaraisesti saattohoitosta. Omaisia kuitenkin informoitava potilaan tilasta.	Sairaalan tavanomaiset toimenpiteet. Hautausyhdistys noutaa vainajan ja hoitaa arkkuun laittamisen ja siunaamisen. Joskus vainaja vietään kotiin jäähyväisiä varten.	Vain pakottavista syistä. Pikaisen hautamiseen (1–3 vrk kuluessa) vuoksi nopeasti.	Seurakunnassa sairaspöyhdistys
Islam	Valtettava alkoholisista ja siastehtyjä laakeita.	Ei sianlihaa eikä siitä jalostettuja ruokia. Ei veriruokia. Ei alkoholia sisältäviä ruokia. Sairaiden ei tarvitse noudattaa paastosääntöjä.	Toivotaan, että hoitohenkilökunta ja tulkit ovat samaa sukupuolta kuin potilas.	Ei sakramenttien käsitteitä, ei siis myöskään hätkäskettä.	Oma huone ilman uskonnollisia symboleja. Omaiset lasna.	Omaiset pesevät ja pukevat. Muussa tapauksessa pesijän tulee olla samaa sukupuolta kuin vainajan. Vainaja puetaan määrittämättömään kuolinliinaan. Hautaus mielellään vuorokauden kuluessa. Ei polttohautautusta.	Vain pakottavista syistä. Pikaisen hautamisen (1–2 vrk kuluessa) vuoksi nopeasti.	Muslimien uskonnolliset ja sosiaaliset tavat vaihtelevat koulukunnan ja kulttuuritaustan mukaan.
Buddhalaiset	Ei erityistä	Monet kasvissyöjiä	Ei erityistä	Mahdollisesti munkki suorittamaan.	Oma huone tai kotona	Maahanmuuttajien omaiset pesevät ja pukevat. Länsimaiset buddhalaiset rutiinin mukaisesti. Vainaja hyvästellään kotona tai sairaalassa.	Lain mukaan	Aasialaisten maahanmuuttajien ja länsimaisten buddhalaisien näkemykset poikkeavat hieman toisistaan.



Uskonnolli- nen tai etni- nen ryhmä	Hoitoimeenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Obduktio	Muuta
Jehovan todistajat	Ei verensiirtoa. Ei veres- tä valmistettuja laakkei- tä. Tahdonilmauslomake potilaalla mukana.	Ei verta	Omaiset ja uskon- totoverit tukevat ja auttavat. Jehovan todistajien potilas- vierailuryhmä käy potilaan luona.	Ei hätäkastetta	Ei sakramenteja eikä pyhiä toimituksia.	Ei erityistä	Potilas ja omai- set päättävät.	Järjestää palve- luja maahan- muuttajille.
Mormonit	Ei erityistä	Ei kahvia, teetä, alkoholia	Perheyhteys tärkeä	Seurakunnan työn- tekijät voivat toimit- taa sakramenteja. Kirkossa ei käytetä viimeistä voitelua eikä hätäkastetta.	Kuolevan huoneessa ei uskonnollisia järjeste- lyjä, esim. kynttilöitä. Seurakunnan piispa tukee ja lohduttaa.	Joiissakin tapauksissa omaiset pesevät ja valmistelevat vainajan arkkuun.	Mikäli omaiset antavat luvan. Irrtotetut elimet tulee asettaa takaisin.	Seurakunta avustaa kielivai- keuksissa.
Bahái	Ei erityistä. Voidaan turvautua myös ruokavalioon.	Ei erityistä. Paasto ei koske sairaita.	Perhe tärkeä sai- rauden hoidossa	Ei kastetta, ehto- olista eikä voitelua.	Ei erityistä	Pesu ja kaariliinaan kietomi- nen. Ruumista ei balsamoida, tuhkata eikä kuljeteta tuntia kauemman matkan päähän kuolinpaikasta.	Ei erityistä	Maahanmuutta- jille erikoispal- veluja tarpeen mukaan.
Krishnaliike (ortodoksi- hindulaisuus)	Ei eläinkunnasta tule- via laakkeita tai laakkei- tä, joilla sivuvaikutuksia. Laakkeita voidaan vie- rastaa.	Kasvisruoka, jos mahdollista lähim- mästä keskuksesta. Muuten tarkka tuo- teseloste potilaalle tai tämän edustajal- le. Paastot potilaan tilan mukaan.	Mies hoitaa miestä, nainen hoitaa naista.	Ei erityismainintaa	Mahdollisuuksien mukaan lähimpään temppeeliin tai seura- kunnan papiston jäsen paikalle	Potilaskohtainen testamentti, joka kertoo vainajan toivomukset.	Ei erityistä	Osa Suomessa astuvista intialai- sista noudattaa samaa monoteis- tistä perinnettä.
Scientologia	Valitsevat kipu- ja psyy- kenlaakkeiden asemasta henkistä neuvontaa. Tul- kitsevat monet kehon ja mielen tilat seuraukseksi vitamiinien puutteesta.	Voi olla omia ruokavaliota	Ei erityistä	Ei hätäkastetta	Ripittäytyminen scien- tologiapapille lukittavas- sa huoneessa, jossa pöy- tä ja kaksi tuolia. Selvi- tetaan haluaako potilas tulla haudatuksi scien- tologia-kaavan mukaan.	Vainajan jättämien toiveiden mukaan. Polttohautaus ja tuhkan sirottelu.	Ei erityistä	Ei erityistä
Kristillinen tiede (Chris- tian science)	Yleensä valitsevat laake- tieteellisen hoidon ase- masta henkisen hoito- tavan. Valinta on aina henkilökohtainen rat- kaisu.	Ei erityistä	Ei erityistä	Ei erityistä	Potilaan niin toivoessa kristillisen tieteilijän läsnäolo tärkeä.	Naispuolisen vainajan kasittelijan tulee olla nainen.	Lain ja vai- najan tahdon mukaisesti	Ei erityistä

## Saattohoitopotilaan lääkkeellinen kivunhoito (Hänninen 2014).

Tulehduskipulääkkeet ja Paracetamoli	-Eri tulehduskipulääkkeiden välillä ei eroja tehossa. -NSAID varottava yhdessä diuriittien kanssa, hypovolemisilla potilailla ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla potilailla. <b>-Panadol, Pamol, Para-Tabs, Paramax, Paraceon</b>
Opioidit	-Saattohoito potilaalle mieluummin pieni annoksinen vahva opioidi kuin heikko opioidi. -Liittyy kasvanut sivuvaikutusten riski ( <b>Tramadoli, Kodeiini, Buprenorfiini</b> ) -Yksilöllinen annostelu, säännöllisesti, ei katto-annosta -Annostelu suun kautta. -Opioidiannoksen nosto 25-50% aiemmasta annoksesta.
Morfiini	-Hyötyosuus suun kautta otettuna vaihtelee, titrattava yksilöllisesti. -Teho parempi toistuvien annosten jälkeen, aktiivit metaboliittit. - Annostelu pitkävaikutteisella 2xvrk -Mikäli ei p.o lääkitys onnistu, s.c. infuusio puolella annostuksella p.o. lääkityspannuksesta/vrk <b>-Depolan 10, 30, 60 ja 100mg, Oramorph 10, 30 ja 100mg, Dolcontin depotrakeet- suspensiota varten 30mg</b>
Oksikodoni	-Hyötyosuus morfiinia parempi -Muuntosuhde morfiini: Oksikodoni > 3:2 -Annostelu pitkävaikutteisella 2xvrk -Pitkä vaikutteinen <b>Oxycontin 5, 10, 20, 40 ja 80mg tbl.</b> -Lyhytvaikutteinen <b>Oxynorm 5, 10, 20 mg kapselit ja liuos 1 ja 10mg/ml</b> <b>-Oxanest 10mg/ml boluksina ja s.c. infuusion, targiniq 10/5, 20/10, 40/20mg tbl.</b>
Fentanyyli	-Saattohoidossa transdermaalinen laastari <b>-Durogesic, Matrifen, Fentanyl 12, 25, 50, 75 ja 100ug/h laastarit</b> -Muuntosuhde Morfiini: Fentanyyli 70:1 -Vaikutusaika 72 tuntia -Käyttöindikaatio: nielemisvaikeus, gastrointestinaaliset ongelmat. -Kakektisilla potilailla fentanyylin imeytyminen laastarista alentunut.
Metadoni	-Hyvä imeytyminen suun kautta, vaihteleva puoliintumisaika 13-150 tuntia. -Steady state saavutetaan 2-9 vrk. -Vaikutus erityisesti neuropaattisiin kipuihin. -Pienannoksinen metadoni myös yhdistettynä muuhun opioidilääkitykseen lisää tehoa. <b>-Dolmet 5mg, Metadon abcur 20mg, 5mg</b>
Hydromorfoni	-Vaikutus ja sivuvaikutukset kuten morfiinilla, potentempi valmiste, annos pienempi. <b>-Palladon 4,8,16 ja 24mg, lyhytvaikutteinen 1,3 ja 2,6mg</b>
Kannabinoidit	-Kivunhoidossa saattaa olla tehoa, näyttö vielä epäselvä.

Taulukko 3. Enteraaliset lääkkeen antotavat (Hänninen 2014, 9)

p.o. per os.	Suun kautta
bukkaalisesti	posken limakalvoille esim. aftalääkkeet
sublinguaalisesti	kielen alle limakalvoille esim. Nitro-tabletit
Intraoraalisesti	suunsisäisesti limakalvoille esim. nikotiinipurukumi
per rectum	peräsuolen kautta

Taulukko 4. Parenteraalisia lääkkeenantoreittejä (Hänninen 2014, 9)

i.v. intra venam	laskimon sisäisesti
i.a. intra arteriam	valtimonsisäisesti
i.c. intra cutem	ihonsisäisesti
i.d. intradermaalisesti (eng)	ihonsisäisesti
s.c. sub cutem	ihonalaisesti
i.m. intra musculum	lihaksensisäisesti
inhal. inhalaatio	sisäänhengitys
topikaanisesti	ihon kautta imeytyvä lääkitys
intratekaalisesti	selkäydinnesteeseen
epiduraalisesti	kovan aivokalvon ulkoisesti
implantaatti	ihon alle sijoitettu lääkekapseli
iholle paikallisesti nenään silmaan emättimeen korvaan nivelpussin sisäisesti vatsaontelon sisäisesti	

Saattohoitopotilaan elämänvaiheet, elämä saattohoitokodissa ja saattohoidon tavoitteet (Sand 2003)

<b>Potilaan elämänvaiheet saattohoidossa</b>	<b>Saattohoitokodin toiminta (elämä saattohoitokodissa)</b>	<b>Saattohoidon tavoitteet (hoitoajattelu ja tehtävät)</b>
Sairastuminen Diagnosoiduksi tuleminen "Parantumattomasti sairas"	Diagnoosi Hoitomahdollisuuksien selvittäminen Avun tarpeen selvittäminen Valinnat ja päätökset Hoitopaikan etsiminen, valitseminen ja saaminen	Jäsentyneisyys Yksilöllisyys Henkilökohtaisuus Hoitaminen Auttaminen Tukeminen Selviytyminen
Kuolevaksi tuleminen Potilaaksi asettuminen Oman kodin jättäminen "Saattohoitopotilas"	Potilaan hoidon fyysinen, psyykinen, hengellinen ja sosiaalinen kokonaisuus Potilaan päivittäinen yksilöllinen ja perhekohtainen kokonaisvaltainen apu ja tuki Saattokodin toiminnan jäsentäminen ja ilmentämä kuva jäljellä olevan elämän mahdollisuuksista	Potilaan odotusten, pelkojen, toiveiden, hädän tunnistaminen ja niistä keskusteleminen Arvojen, arvostusten esiintuominen Ihmisen elämän ja kuoleman arvokkuuden esiintuominen Itsensä toteuttamisen mahdollistaminen Rajojen rikkominen Mahdottoman mahdollistaminen
Kuoleman rakentaminen Saattohoitopotilaana eläminen "Elävä kuollut"	Hyvä hoito ja huolenpito Mahdollisuuksien tarjoaminen Saattohoitokodin arjen ja pyhän toiminta Osallistuminen Aktiviteetit	Läheisyys, hellyys, rakkauttisuus Eheytyminen Oman eletyn tarkasteleminen ja hyväksyminen Ihmisenä olemisen kysymyksistä keskusteleminen Hyväksyminen Sovinto Elämän kudelman kokoon saattaminen
Irrottaminen Kuoleman läheisyydessä eläminen Elämästä luopuminen "Kuoleva potilas"	Kuoleman läheisyyden aikaansaama toiminta Potilaan henk.kohtainen ja perhekohtainen hoito kuolemisen tapahtumassa Toiminta kuoleman tapahduttua Huolenpito potilaan perheestä ja läheisistä.	Auttaminen ja tukeminen Luottamus Yhteisyys Yhdessäolo Luovuttaminen Luopuminen Muutos, eroaminen Identiteetin jättäminen ja niiden muuttuminen Irrottaminen "RAUHALLINEN KUOLEMA"

Tiedote (Nurkka & Saikkonen 2013).

***Mietteitä saattohoidosta, mitä halutaan selvitetävän opinnäytetyöhön, kysymyksiä, mielipiteitä, toiveita, mitä vaan mikä liittyy saattohoitoon. Toivomme saavamme työntekijöiltä eväitä tähän työhön..***

”Saattohoidon tavoitteena on hoitaa potilasta niin, että hänen jäljellä olevan elämänsä (yleensä viikkoja) laatu on mahdollisimman hyvää, ilman kipuja ja muita haittaavia oireita. Vaikka parantavaa hoitoa ei enää ole, potilas saa edelleen hoitoa, ja vielä on paljon tehtävissä hänen olonsa helpottamiseksi.”

-Valvira-



”Saattohoidon tehtävä on tuoda turvaa kun ihminen sairastuu vakavasti. Turvallisuus syntyy siitä, että saa apua ja helpotusta nopeasti. Koko perhe tarvitsee tukea, kun yksi perheenjäsenistä lähestyy kuolemaa. Hyvä hoito on silloin kivun ja muiden oireiden lievitystä, henkiseen hätään vastaamista ja mahdollisimman suuren järjestyksen tuomista kaaokseen.”

-Terhokoti-

## Opinnäytetyö SAATTOHOIDOSTA, Hoito koulutusohjelma

”Saattohoito (hospice hoito) on osa palliatiivista hoitoa kuoleman lähestyessä. Kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään tuetaan ja hoidetaan yksilöllisesti parhaalla mahdollisella tavalla inhimillisiä arvoja kunnioittaen. Saattohoidossa kuolevalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. Sana saattohoito on korvannut käsitteen terminaalihoito. Saattohoitoon ei kuulu aktiivinen kuolemaan auttaminen.”

-Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys-



Sanna Nurkka ja Tanja Saikkonen  
HO12A1

# Saattohoitokansio

Tehostettu palveluasuminen

Kouvolan Dementia- ja Kehitysvammaisten Ryhmäkoti Ry.



Tämän kansion tarkoituksena on ollut tiedon kasaaminen yhteen paikkaan, josta on helppo lukea ja samalla opiskella saattohoidon ydinasioita. Sekä mahdollisesti herätellä ajatuksia, ideoita ja kehittää omaa osaamista kuolevan ihmisen hoidossa.

Materiaali on myös sähköisessä muodossa jokaisessa yksikössä, jolloin erikseen sovitut "saattohoitovastaavat" voivat muokata ja päivittää tietoa tarvittaessa.

Yhdistyksen yksiköihin on varattu kaikki tarpeellinen materiaali, kun on käynyt kuolemantapaus. Koriin on varattu valkoinen liina, kynttilä, kukka ja pieni maljakko ja nenäliinoja.

Saattohoidossa ihmisarvon kunnioittaminen on hyvän hoidon antamista, ihmisen ja hänen mielipiteiden ja toiveiden kunnioittamista. Saattohoidon keskeiset asiat ovat oireiden ja kärsimyksen lieventäminen.

Jokainen kuolema, ihminen ja elämä ovat erilaisia, joten ammatillisuus ja empaattisuus ovat avainsanoja surun hetkellä. Hoitajan hyviä ominaisuuksia ovat herkkyys ja pehmeys. Omainen ei välttämättä kaipaa sanoja, vaan läsnäolo ja aitous ovat tärkeitä asioita.

Hoitajakin on vain ihminen, joten hän myös voi joskus tarvita ymmärrystä ja tukea. Työkaverin ja työyhteisön tuki ovat tärkeitä asioita. Vaikeiden asioiden läpikäyminen mm. hoitopalvereissa, ovat olennaisia työkaluja työssä jaksamisessa.

***"Ihminen, joka kohtaa, hoitaa kuolevia, on etuoikeutetulla paikalla elämässään."*** – Aili Huhtinen

## SAATTOHOIDON POLKU

ASUKAS ON SAATTOHOITOVAIHEESSA

- LÄÄKÄRI TEKEE ARVION
- PIDETÄÄN HOITONEUVOTTELU,  
JOSSA MUKANA ASUKAS, LÄÄKÄRI, OMAISET/OMAINEN,  
HOITAJA
- TEHDÄÄN ASUKKAALLE SAATTOHOITOPÄÄTÖS
- MIETITÄÄN HOIDON LINJAUKSET; omat toiveet, tavoitteet  
kokonaisvaltaiselle hoidolle, omaisten huomioiminen
- HYVÄ ELÄMÄNLAATU, LOPUKSI HYVÄ KUOLEMA (Saatto-  
hoidon arki ja pyhä 2014)



## PALLIATIIVINEN HOITO

Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaiden ja kuolevien ihmisten aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa, jolla lievittää ja vähennetään tuskaa. Sairaus ei ole enää parannettavissa, mutta se voi olla pitkäaikaista hoitoa vaativa. Hoito on iso kokonaisuus ja osa siitä on saattohoitoa. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## SAATTOHOITO

Se on hoitoa kuoleman lähestyessä eikä parantavaa hoitoa ole.

- Oireiden lievitys, oireenmukainen hoito
- Turvallinen ja jatkuva hoitosuhde
- Psyykinen/henkinen tuki



- Yksilöllisyys, ihmisarvon kunnioitus
- Läheisten huomiointi
- Itsemääräämisoikeuden varmistaminen
- Elämänlaadun ylläpito

(Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## **DNR**

On päätös elvyttämättä jättämisestä. Se on lääkärin tekemä päätös pidättäytyä potilaan sydämen paineluelvytyksestä. Päätöksestä käytetään myös nimeä "salli luonnollinen kuolema" (AND- päätös). Saattohoitopäätös pitää sisällään DNR-päätöksen, vaikka se voidaan myös kirjata erillisenä. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## **SAATTOHOITOPÄÄTÖS**

Saattohoitopäätös on diagnoosista riippumaton lääketieteellinen päätös. Se tehdään, kun potilaan arvioidaan olevan kuolemassa lähipäivinä tai viikkoina. Päätöksen tekee potilasta hoitava lääkäri keskusteltuaan potilaan ja hänen läheistensä kanssa. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## **SAATTOHOITOSUUNNITELMA**

Perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelma ja hoito perustuvat potilaan ja omaisten esille tuomiin arvoihin, päämääriin, tarpeisiin ja toiveisiin. Hoitopäätökset kirjataan

hoitosuunnitelmaan. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## **HOITOTAHTO**

Potilaan hoidossa on mahdollisuuksien mukaan noudatettava hänen tekemäänsä hoitotahtoa. Hoitotahdossa voidaan myös valtuuttaa toinen henkilö tekemään tarvittavat hoitopäätökset hoitotahdon laatijan puolesta. Jos potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan tahtonsa tulevaisuuden varalle, tästä on tehtävä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liitettävä niihin erillinen potilaan tahdon ilmaiseva asiakirja. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## **KUOLEVAN HYVÄ PERUSHOITO**

Hyvä perushoito on ihmisen kunnioittamista ja huomioimista kokonaisvaltaisesti. Ihmisen perustarpeiden huomioiminen ja tarpeiden tyydyttäminen ovat tärkeitä asioita. Asentohoito kuuluu perushoitoon sekä kivunhoito. Puhtaus, ravitsemus ja hengellisyys ovat tärkeitä kulmakiviä hyvässä perushoidossa. Kuolevan omia tapoja ja tottumuksia pyritään huomioimaan yksilöllisesti. Kiireetön kohtaaminen ja läsnäolo ovat oleellinen osa hoitotyötä. Ravitsemuksen ja juomisen huomioiminen tulee tehdä ihmislähtöisesti. Tarjotaan mieluisia ruokia ja juomia sen verran kuin hän itse haluaa. Ruokaa voi myös rikastaa esim. öljyllä tai lisätä välipalaksi lisäenergiajuomia. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014)

Hyvä perushoito huomioi myös ihon, koska iho on ohut ja hauras sekä alttiina painehaavoille. Huolehditaan vuoteen puhtaudesta ja tasaisuudesta sekä ajoittainen tuuletus tekevät hyvän olon. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014)

Pyritään hoitamaan, niin ettei kuolevan tarvitse vaihtaa huonetta tai hoitopaikkaa, rauhallisuus on tärkeä asia. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014)

Kipulääkitys toteutetaan pääsääntöisesti suun kautta, koska pistäminen aiheuttaa turhaa lisäkipua. Pistäminen ja iv-reitin käyttö ovat viimeisiä vaihtoehtoja. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## **KUOLEVAN OIREIDEN HOITO**

### **Hengenahdistus**

Opioidit vähentävät hengenahdistusta. Myös happihoidosta tai kasvoihin suunnatusta ilmavirrasta saattaa olla myös apua. Huoneen hyvä tuuletus auttaa myös. (Käypä hoitosuositus 2012)

### **Pahoinvointi, ummetus, ripuli ja suolitukos**

Pahoinvointia voidaan lievittää pahoinvointilääkkeillä. Ummetus on yleisempi vaiva kuin ripuli, opioidilääkkeet aiheuttavat ummetusta. Säännöllinen vatsanpehmitteiden käyttö helpottaa vai-



vaa, sekä riittävä juominen ja kuitupitoinen ruoka. Vaarallinen suolitukos voi aiheuttaa ripulia sekä pahoinvointia. (Saattohoidon arki ja pyhä 2012; Käypä hoito suositus 2012)

## **Nielemisvaikeudet**

Nielemistä saattavat haitata hermostolliset häiriöt, huono yleiskunto, aliravitseminen, limakalvovauriot sekä pään ja kaulan alueen tai ruokatorven kasvaimet. Hyvä yleishoito, syljen erityksen vähentäminen lääkityksellä, jääpalojen imeskely ja huulten kostuttaminen lievittävät oireita hyvin. Pehmeä tai sosemainen ruoka, sakeutettu juoma sekä hyvä ruokailuasento auttavat tässä tilanteessa. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## **Yskä**

Yskää saattavat aiheuttaa lisääntynyt limaneritys, heikentynyt liman kuljetus, mahansisällön takaisinvirtaaminen ja syljen nielemisvaikeudet. Hermostoa salpaavat lääkkeet ja keittosuolaliuos voivat helpottaa limaneritystä. Limaisuutta voi vähentää mm. imemällä imulaitteella. (Käypä hoito suositus 2012)

## **Nesteen kertyminen vatsaonteloon**

Elintoimintojen häiriintyessä, vatsaonteloon kertyy nestettä. Tällöin vatsa venyy, on kipeä, närästää, ruoka ei maistu, liikuntakyky heikkenee ja henkeä ahdistaa. Nesteen kertymistä pyritään hillitsemään nesteenpoistolääkkeillä. (Käypä hoito suositus 2012)

## **Kuivuminen**

Elimistössä kiertävän nesteen siirtyminen solujen väliseen tilaan saattaa aiheuttaa kuivumista. Suonen kautta annettava lisäneste ei paranna yleistilaa, mutta voi vähentää sekavuutta. Riittävä nesteiden saanti ehkäisee kuivumista, nestelista on hyvä työväline nesteseurannassa. (Käypä hoito suositus 2012)

## **Suun kuivuminen ja kipu**

Suu kuivuu, kun syljen erityös vähenee tai syljen koostumus muuttuu. Suuta voi kostuttaa keinosyljellä tai ruokaöljyllä. Kylmä juoma tai jäiden imeskely ovat oireita helpottavia asioita. Pastillien imeskely tai purukumin pureskelu ovat hyviä vaihtoehtoja. Suuhuuhteiden tai geelien käyttö suojaavat limakalvoja. Suun hygieniasta on hyvä huolehtia aamuin illoin. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014)

## **Raajojen turvotus**

Se on seuraus lymfavirtauksen estymisestä tai proteiinin vähäisestä määrästä veressä. Kuolevalla voi olla myös laskimoperäistä turvotusta. Fysioterapia saattaa vähentää turvotusta, kipulääkitys auttaa turvotuksen aiheuttamaan kipuun. Infektioiden välttämiseksi ihoa tulisi rasvata. Laskimoperäiseen turvotukseen saattavat auttaa nesteenpoistolääkkeet. (Käypä hoito suositus 2012)

## **Sekavuus**

Sekavuus on seurausta aivotoiminnan häiriöstä, jossa samanaikaisesti tietoisuus heikkenee, tarkkaavuus, ajattelu ja muisti häiriintyvät ja tunteet ja niihin reagoiminen muuttuvat. Myös uni-valverytmi saattaa muuttua. Näitä oireita lievittää turvallinen, rauhallinen ja valvottu ympäristö. Sekavuutta voidaan lievittää myös kipulääkityksellä. (Käypä hoito suositus 2012)

## **Masennus**

Kuoleman lähestyminen voi johtaa masennukseen. Tällaisessa tilanteessa terapiasta on apua, mutta myös tukea antava ja eläytyvä kuuntelu auttaa. Ahdistuneisuus on luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan. Ahdistuneisuus voi myös olla osoitus piilevästä häiriöstä, kivusta tai muusta alihoidetusta oireesta. (Käypä hoito suositus 2012)

## **Kuihtuminen ja ruokahaluttomuus**

Metabolista oireyhtymää eli tässä tapauksessa kakeksia-anoreksiaa kuvastavat etenevä tahaton laihtuminen tai vähäisestä ravinnosta johtuva laihtuminen. Loppuvaiheen syöpää tai vaikean vaiheen muistisairautta sairastavien ravitsemushoito ei paranna elämänlaatua eikä lisää elinaikaa. Ravitsemusta seurataan ja huomioidaan ihmisen omat mieltymykset ja tavat ruokailussa, huomioidaan pienet annoskoot. (Käypä hoito suositus 2012)

## Väsymysoireyhtymä

Tila, johon liittyvät suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähyys, heikkous, väsyneisyys, uneliaisuus, motivaation puute, kyllästyneisyys ja apatia.



Saattohoidettavalla on usein tarve suureen määrään lepoa, jolloin se suodaan. (Saattohoidon pyhä ja arki 2014; Käypä hoito suositus 2012)

## Kipu

Kipua tulee arvioida säännöllisesti ja tulokset tulee kirjata ylös, sillä lääkitys valitaan kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaan. Kipua voidaan mitata erilaisilla mittareilla, mutta myös eleet, ilmeet käyttäytyminen ovat hyvä huomioida kipua arvioidessa. Kipu on usein alihoidettua, joten yksilöllinen kipulääkekartoitus on perusteltua. (Saattohoidon pyhä ja arki 2014)

Tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin yhdistäminen opioidiin saattaa lievittää kipua tehokkaammin kuin opioidi yksinään. Hermosäryn hoitoon käytetään epilepsialääkkeitä tai masennuslääkkeitä. Läpilyöntikivulla tarkoitetaan kipua, joka hetkellisesti ylittää hoidolla lievitetyn kivun voimakkuuden. Läpilyöntikipua hoidetaan antamalla lisäannos nopeavaikutteista lääkettä. (Käypä hoito suositus 2012)

Lääkkeettömät kivunhoitomuodot on myös hyvä muistaa.

- asentohoito, kylmä/kuumahoidot, sädehoito, rentoutuminen, hieronta, läsnäolo. (Saattohoidon pyhä ja arki 2014)

### **Palliativinen sedaatio**

Kuolevaa rauhoitetaan lääkkein ja hänen tajuntaansa heikennetään oireiden lievittämiseksi. Se on viimeinen keino hallitsemattomien kipujen lievittämiseen. (Saattohoidon pyhä ja arki 2014)

### **Vanhusten ja muistisairaiden loppuvaiheen hoito**

Loppuvaiheen hoidossa tulee noudattaa samoja palliativisen hoidon periaatteita kuin muidenkin potilaiden kohdalla. Muistisairaiden hoito on palliativista hoitoa. Muistisairaana taudin lopun saapumista on vaikea ennustaa. Mutta loppuvaiheen merkkejä ovat suuri kognitiivinen vaje, kyky kommunikoida verbaalisesti on pieni sekä läheisten tunnistaminen on vaikeaa. Hän tarvitsee pysyvästi apua, on liikuntakyvytön, laihtunut ja keho on sikiöasennossa. Hän ei pysty syömään ja juomaan itsenäisesti ja eikä rakon ja suolen toiminta ole enää hallinnassa. Pitkään vuoteeseen hoidetun muistisairaana saattohoitopäätöstä tulisi harkita vakavasti. Jos hän ei itse pysty päättämään hoidostaan, niin lähiomainen tai laillinen edustaja keskustelee lääkärin kanssa päätöksestä. Lääkehoidossa tulee ottaa huomioon ikääntymiseen liittyvät lääkkeiden metaboliamuutokset sekä lääkkitykseen liittyvät interaktiot. Hauraat vanhuspotilaat tarvitsevat tiivistä lääke- ja oirevasteseurainta. Useat iäkkäät muistisairaana ovat monisairaita. Heidän oirekirjonsa on laaja, ja heidän elinaikaennusteensa arviointi



on vaativaa. (Saattohoidon pyhä ja arki 2012; Käypä hoito suositus 2012)

Muistisairaiden kipuja tulee aktiivisesti arvioida joko kysymällä niistä suoraan tai havainnoimalla niitä esimerkiksi PAINAD- kysymysten avulla

- o Muistisairaahan potilaan kipujen arviointiin soveltuu PAINAD- mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia scale). Mittari perustuu kivun aiheuttamien käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin. PAINAD- mittari koostuu viidestä havainnointi kategorista, joita ovat: hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Kussakin kategoriassa kipua arvioidaan pistein 0-2 muuttuneen kipukäyttäytymisen perusteella. Kivun voimakkuutta arvioidaan lopuksi yhteenlaskettujen kokonaispisteiden perusteella. Kipu sijoittuu asteikolla 0-10, jossa 0 on kivuton tila ja 10 pahin mahdollinen kipu. Arviointi suoritetaan noin viiden minuutin havaintojakson aikana. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)

Muistisairauden edetessä potilaan sanalliset ilmaukset kivusta usein vähenevät muistin ja puhekyvyn heikentymisen vuoksi. Muistisairaahan vanhuspotilaan levottomuuden ja kiihtymyksen taustalla voi olla kipu, jolloin sitä kannattaa hoitaa kipulääkkeillä. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014)

## LÄHESTYVÄ KUOLEMA

Ihmisen tajunnantaso heikkenee, hengitys muuttuu pinnalliseksi ja äänekkääksi.

Hengityskatkot lisääntyvät ja pitenevät, limarohinaa

("death rattle"). Esiintyy lämpöilyä, ääreisverenkierto heikkenee ja lämpöraja muuttuu -> sormet ja varpaat viilenevät.

Levottomuus saattaa lisääntyä. Näistä asioista on hyvä puhua omaiselle ja kertoa myös ettei omainen kärsi tapahtumasta huolimatta. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014; Käypä hoito suositus 2012)



## OMAISEN TUKEMINEN

Perheen merkitys on suuri saattohoidossa, samoin läheisten tukeminen surussa ja luopumisprosessissa. Omaisia rohkaitaan osallistumaan hoitoon, sen kautta läheinen voi jo tehdä surutyötä. Mutta kaikki eivät siihen pysty ja se on ymmärrettävää. Omaisille on hyvä puhua niin kuin asiat ovat ja hyvissä ajoin. Omaisten informoinnilla pyritään välttämään tiedon puute ja sen kautta äkilliset muutokset voinnissa eivät pelästyttä läheistä. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014)

Kuoleman jälkeen on aloitettava käytännön asioiden järjestäminen. Hautausjärjestelyt voidaan aloittaa heti. Hoitava lääkäri kirjoittaa hautausluvan. Tieto kuolemasta menee vir-

kateitse maistraattiin ja sieltä väestörekisteriin. Virkatodistuksella voidaan hoitaa asioita mm. pankeissa. Todistuksen saa rekisteriviranomaiselta. Perunkirjoitus on tehtävä kolmen kuukauden kuluessa ja toimitettava verotoimistoon. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014)

## **HOITAJAT**

Hoitaja tekee työtään persoonallisuuden turvin. Hoitaja kokee myös erilaisia tunteita saattohoidon aikana. Häneltä vaaditaan herkkyyttä, kiireettömyyttä, jaksamista, taitoa oppia uutta, hyväksyntää, empaattisuutta, paljon läsnäoloa. Hoitajakin voi uupua, joten työyhteisön tuki on tärkeää. Kuolema laittaa hoitajan miettimään omaa suhtautumistaan kuolemaan. Tuntemuksista on hyvä puhua avoimesti työyhteisössä. Koulutukset ja hyvä perehdytys työhön ovat tukevia asioita. Hoitaja kulkee raskaan matkan saatettavan ja omaisen rinnalla, joten työssä jaksamiseen on tärkeää panostaa. (Saattohoidon arki ja pyhä 2014)

***"Ihmisen elämä on sitäkin tärkeämpi, mitä vähemmän sitä on jäljellä."***

*– Kaija Holli*



## Tutkimustaulukko.

Tekijä, tutkimuksen nimi ja tutkimusvuosi	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tutkimustulokset
<p>Huhtinen, Aili Epävalmiin ajassa ja hetkessä valmiina Tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta Akateeminen väitöskirja Lapin yliopisto, Rovaniemi 2005</p>	<p>-Aineisto analysoitiin osaksi sisällyttämällä analyysillä, osaksi narratiivisella analyysillä. Analyysi toteutettiin työnohjauksessa.</p> <p>-Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata koulutuksessa olevien aikuisopiskelijoiden kokemuksia kuolemasta ja omaisten kohtaamisesta sekä sitä miten ne vaikuttavat heihin ihmisenä/hoitajana.</p> <p>-Lisäksi edellä mainittujen pohjalta kerätä aineksia kuolevan kohtaamisen opetusohjelman toteutukseen.</p>	<p>-Tutkimuksen merkittävä tulos on kuolevan kohtaajan kasvaminen ihmisenä.</p> <p>-Koulutuksen tavoite: luoda kokemusperäinen kokonaisvaltainen oppiminen. Koulutus vastaa neljän opintoviikon laajuutta ja se toteutuu kokonaisvaltaisena työnohjauksellisena prosessina.</p> <p>-Tavoitteena, että opiskelija oivaltaa ja tulee tietoisemmaksi omasta tavastaan olla kuolevan kohtaajana. Opetuksessa keskeistä opettajan oma kokemus ja ymmärrys kuolemasta ja niiden käyttö opetuksessa, ryhmädynamiikkaa hyödyntäen, työnohjauksellisesti ja terapeutisesti.</p>
<p>Jänikselä, Terhi Työntekijöiden kokemuksia kuolevan potilaan kotihoidossa esiintyneistä ongelmista Pro gradu - tutkielma Tampereen yliopisto, 2014</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena on kuvailla kotisaattohoidossa esiintyviä ongelmia kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Ja tulosten perusteella halutaan kehittää kuolevien potilaiden hoitamista kotona.</p>	<p>Tuloksena havaittiin, että ongelmat liittyivät hoivan järjestämiseen liittyviin ongelmiin sekä hoitotilanteisiin liittyviin ongelmiin. Hoitotyön järjestämisen ongelmat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avun tarpeeseen vastaamisen vaikeus</li> <li>- hoitotyön käytännön vaikeudet</li> <li>- suunnitelmallisuuden puute</li> <li>- resurssien puute</li> <li>- ammatillisen yhteistyön toimimattomuus</li> <li>- ammattitaidon puute</li> </ul> <p>Hoitotilanteisiin liittyvät ongelmat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hoitoympäristön epävarmuus hoitajille</li> <li>- perheen ja ammattiauttajien vuorovaikutusongelmat</li> <li>- potilaan psyykkisen oireilun lisääntyminen sairauden edetessä</li> <li>- läheisten rasittuneisuus</li> <li>- loppuvaiheen hoidon hyväksyminen (potilas/omainen eivät hyväksy)</li> <li>- kotihoito ei onnistunut kuolemaan asti</li> <li>- läheisten voimakas reagointi</li> </ul>
<p>Knuutinen, Eeva Suomalainen kotisaattohoito- hoitotyön näkökulma</p>	<p>-Laadullinen sisällönanalyysi.</p> <p>-Kirjallisuuskatsaus suomalaisista hoitotieteellisistä saattohoitotutki-</p>	<p>-Keskeisimmiksi tutkimuksen tuloksiksi nousivat; suru, selviytyminen, tukeminen, hoitotyö, hoitosuhde, kivunhoito, opettaminen/oppiminen,</p>

Tekijä, tutkimuksen nimi ja tutkimusvuosi	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tutkimustulokset
Pro Gradu - tutkielma Kuopion yliopisto, 2008	<p>muksista vuosina 2000-2007 sekä kahden kotisairaanhoidossa työskentelevän sairaanhoitajan haastattelut.</p> <p>-Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kuvailevaa tai selittävää tietoa tutkittavasta ilmiöstä.</p>	<p>potilas, omainen, hoitaja ja laatu.</p> <p>-Kivun hoidossa hoitajilla puutteita kivun arvioinnissa ja riittävässä kivun lääkitsemisessä. Johtopäätöksenä; koulutuksen tarvetta on, mutta sairaanhoitajat eivät sitä tiedosta.</p> <p>-Terveystieteiden ja sosiaalialan opetussuunnitelmia tulisi muuttaa niin, että lähtökohdaksi otettaisiin opiskelijoiden omat kokemukset kuolemasta, kuolevasta ja kuolevan läheisistä samoin tulisi toimia kuolevia työssään kohtaavien jatkokoulutuksia miettiessä, nykyisellään koulutus koetaan riittämättömäksi.</p> <p>-Kotisaattohoidon onnistumisen kannalta nousi kolme keskeistä asiaa; 1.Omainen tai ystävä on oltava mukana hoidossa, kotisaattohoitoa on vaikea toteuttaa pelkän kotisairaanhoidon turvin. 2 pitää olla yhteinen sopimus hoidosta (potilas, omaiset, hoitavaho). 3.henkilökunnalta onnistunut kotisaattohoito vaatii ammattitaitoa.</p>
Laakkonen, Marja-Liisa Advance care planning Elderly patient´s preferences and practices in long-term care, University of Helsinki, 2005	<p>Laadullinen tutkimus.</p> <p>-Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sekä iäkkäiden sairaalahoitossa olevien vaikeasti sairaiden potilaiden, että iäkkäiden kotona asuvien hyväkuntoisten potilaiden hoitotoiveita liittyen elämää uhkaaviin tilanteisiin.</p> <p>-Heidän hoito toiveitaan tiedusteltiin nykyisessä terv.tilassa ja lähestyvän kuoleman tilanteessa. Tarkoituksena myös selvittää laitoshoidossa olevien iäkkäiden potilaiden DNR- merkintöjen yleisyyttä sairaskertomuksissa ja mitkä tekijät niihin liittyvät. Tutkimus sisältää viisi eri osatyötä; 1. tutkimus: 11 vaikeasti sairaan haastattelu terveyskeskuksen akuuttiosastolla puolistrukturoidulla kyselyllä.</p>	<p>-1. tutkimuksessa vaikeasti sairast eivät kokeneet itseään kuoleviksi potilaiksi. He puhuivat mielellään hoidoista ja pitivät yllä toivoa elämänsä jatkumisesta. Vaikeasti sairast potilaat kokivat saavansa hyvää oirehoitoa.</p> <p>-Haastatteluissa ilmeni, että akuuttihoitossa on liian vähän mahdollisuuksia huomioida kuolevan potilaan eksistentiaalisia ja emotionaalisia tarpeita. Potilaat arvostavat suuresti omais- ja ystävyys-suhteitaan.</p> <p>-12% on hoitotahto, noin puolet kaikista tutkimukseen osallistuneista toivoi elvytystä nykyisessä terveydentilassaan. Kahden vuoden seurannassa elvytystoive säilyi samana kolmella neljästä. Kognition heikkeneminen</p>

Tekijä, tutkimuksen nimi ja tutkimusvuosi	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tutkimustulokset
	<p>2. tutkimus: Kysely 378 yli 75-vuotiaalle kotona asuvalta verisuonipotilaalta heidän elämän loppuvaiheen hoitotoiveita. (mm. hoitotestamentista ja elvytyskiellosta)</p> <p>-3. ja 4. tutkimus: selvitti kyseessä olevien potilaiden kaksivuotisen seurannan tuloksia.</p> <p>5. tutkimus: selvitettiin DNR-merkintöjen yleisyyttä. Perustuu RAI-tietokannan tietoihin johon osallistui 5654 potilasta vuonna 2002.</p>	<p>ja yli 85-vuoden ikä liittyivät toiveeseen pidättäytyä elvytyksestä.</p> <p>4. tutkimuksessa neljä viidestä koki, että potilaan tulisi olla mukana päätettäessä elämän loppuvaiheen hoidoista.</p> <p>5. tutkimuksessa RAI tietoihin perustuen selvitettiin, että 13% laitoksissa asuvista iäkkäistä henkilöistä oli DNR-merkintä sairauskertomuksessa.</p> <p>-Akuuttiosasto-olosuhteissa henkilöstöllä ei ollut mahdollisuuksia luoda kuoleville ilmapiiriä missä emotionaaliset ja eksistentiaaliset tarpeet olisivat tulleet riittävästi huomioituiksi.</p> <p>-Voidaan suositella, että lääkärit selvittäisivät iäkkäiden potilaidensa halun keskustella hoitotoiveistaan liittyen elämän loppuvaiheisiin. Toiveet tulisi selvittää toistetusti huomioiden potilaan muuttuva sairautentila ja elämäntilanne ennen kuin lääkärit kirjaavat potilaan toiveet ja/tai hoitopäätökset sairaskertomukseen. Avointa keskustelua, yleisiä ohjeita ja tutkimusta DNR-päätösten tarkoituksenmukaisuudesta tarvitaan parantamaan iäkköiden potilaiden oikeuksia ja autonomiaa.</p>
<p>Sand, Hilkka Sateenkaaren päästä löytyy kultaa Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos 2003</p>	<p>Sisällönanalyysi Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja tuoda esille saattohoidon toimintaa saattohoitokodeissa ja siten lisätä ymmärrystä kuolevan potilaan hoitamisesta. -Mitä/millaista hoitaminen suomalaisessa saattohoitokodissa on? - Millaista hoitoajattelua suomalainen saattohoito edustaa? - Mitä saattohoitokoti hoitoympäristönä ilmentää? - Mitä erityispiirteitä, traditioita tai rituaaleja kuolevan potilaan hoitoon (mahdollisesti)</p>	<p>-Tutkimuksen tulokset osoittavat saattohoidon olevan sekä potilaan yksilöllisesti huomioon ottavaa että perhekeskeistä. -Yksilöllinen kivunlievitys ja hyvä perushoito ovat oleellinen osa kuolevan hyvää hoitamista. Perheen merkitys korostuu hoitamisen voimavarana. Perhettä pyritään tukemaan vielä kuoleman jälkeenkin. -Saattohoito yhteisö muodostuu vahvasti hoitoidologiaan sitoutuneesta, moniammatillisesta osaamisesta edustavasta asiantuntijajoukosta</p>

Tekijä, tutkimuksen nimi ja tutkimusvuosi	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tutkimustulokset
	kuuluu? Tutkimuksella pyritään lisäämään tietoa ja ymmärrystä kuolevasta ihmisestä ja hänen perheestään sekä hoidosta, jota suomalaisessa saattohoitokodeissa voi saada.	<p>johon kuuluu myös vapaaehtois-työntekijät.</p> <p>-Saattohoidon päivätoiminta koetaan hyväksi. Saattohoitokotien sisustukseen ja estetiikkaan kiinnitetään paljon huomiota ja ne puhuttelevat saattohoitopotilaita.</p> <p>-Jatkotutkimushaasteena: Luovien terapioiden käytännön toteuttamisen mahdollistaminen saattohoitovaiheessa olevan potilaan kanssa.</p>
<p>Seppelvirta, Tiia            Ammatillisen etiikan dilemmat            – kirjallisuuskatsaus hyvän saattohoidon eettisiin tekijöihin.            Pro-gradu tutkielma, Vaasan yliopisto, 2014</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.            Tutkimuksen tehtävänä on ollut tutkia, kirjallisuuskatsauksen muodossa, millaisia eettisiä ja ammatteettisiä koodeja saattohoitoon sovelletaan. Toiseksi on tutkittu, millaisia eettisiä dilemmoja, etenkin ammatilliselta kannalta tarkasteltuna, löytyi saattohoitoa, palliatiivista hoitoa ja elämän loppupuolen hoitoa koskevista artikkeleista ja millaisia sisältöjä dilemmat saivat. Saattohoidon konteksti on etenkin syövän terminaalivaihetta sairastavien potilaiden saamassa hoidossa.</p>	<p>Tutkimuksen keskeisenä havaintona: dilemموjen laaja määrä, moniselitteisyys sekä näistä johtuva päällekkäisyys. Saattohoidossa kohdatut ongelmat ovat universaaleja. Saattohoidon eettiset kysymykset on jaettu lääkärin henkisiin tausta-vaikuttimiin, eettiseen organisaatioon, eettiseen päätöksentekoon ja työperäisiin vaikutuksiin. Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että eettiset kysymykset ja siten dilemmat limittyvät toisiinsa ja tekevät hoitopäätöksistä kimurantteja. Hyvän eettisen toiminnan vaatimukset ja etenkin korkea vaatimus potilaan autonomian kunnioittamisesta elämän lopussa eivät käytännössä ole lainkaan yksioikoisia. Lääkärin ammatillinen etiikka ja eettisen toiminnan mahdollisuudet ovat monen tekijän summa. Lääkärin voidaan katsoa toimivan puun ja kuoren välissä. Hyvän, asiakaslähtöisen hoidon takaaminen on todellinen haaste. Yksilön omalle harkinnalle annettu mahdollisuus ja toimintaohjeiden monimuotoisuus, sekä lakiin sitomattomat ohjeistukset ovat selittävä tekijä sille, miksi yksittäiset julkiset organisaatiot, kuten terveydenhuollon organisaatiot ja siellä toimivat henkilöt, tekevät toisistaan poikkeavia päätöksiä samoilla koulu-tustaustoilla ja budjetilla.</p>
<p>Tervala, Johanna            Palliatiivinen hoito kotiympäristössä</p>	<p>Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus-&gt; tunnistus, arviointi ja yhteenvedo löydetyistä tieteellisestä kirjallisuudesta</p>	<p>Tätä käsitettä ei ole tutkittu aikaisemmin Suomessa ja tutkimustietoa on vähän. Tutkimuksen tarkoi-</p>



Tekijä, tutkimuksen nimi ja tutkimusvuosi	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tutkimustulokset
Pro gradu - tutkielma Oulun Yliopisto, 2014	lisuudesta. Katsaus on edennyt määrittelyn tiedonhakuprosessin mukaisesti ja sen tavoitteena oli arvioida tiedon luotettavuutta. Tutkimukseen on haettu tietoa sekä kansainvälisistä että kotimaisista tietokannoista. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös määrittellä ja kuvata palliatiivisen hoidon käsitettä kotiympäristössä.	tuksena oli määrittellä ja kuvata palliatiivisen hoidon käsitteitä kotiympäristössä. Tutkimuksissa tuli esille hospice-käsitteen ja palliative care-käsitteen selkeä ero. Hospice liittyi saattohoitokotiin tai se mainittiin erityisesti kotihoidon kohdalla. Käsite hospice liittyi elämän viimeisen hetken hoitoon. Palliatiivisen kotihoidon erityispiirteitä ovat potilaan ja omaisten/läheisten fyysisen, psyykkisen, psykososiaalisen hyvinvoinnin ja kautumisen jokapäiväiseen elämään.