

Eeva Murtomäki

# **Ikääntyneen saattohoito – opas palvelutalo Suopursun henkilökunnalle**

Sairaanhoitaja

Syksy 2017



KAJAANIN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## TIIVISTELMÄ

**Tekijä:** Murtomäki Eeva

**Työn nimi:** Ikääntyneen saattohoito – opas palvelutalo Suopursun henkilökunnalle

**Tutkintonimike:** Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

**Asiasanat:** saattohoito, oireenmukainen hoito, kivun hoito, lääkehoito, lääkkeetön hoito

Saattohoito on hoitoa silloin, kun jäljellä olevan eliniän odotetaan olevan päiviä tai viikkoja. Sen tavoitteena on taata mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä potilaalle että omaisille. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia saattohoitoa ja tuoda palvelutalo Suopursun työntekijöille lisää tietoutta ja mahdollisuuksia toteuttaa saattohoitoa omassa työssään luomalla heille oppaan saattohoitoon. Tutkimustehtävänä on ”millainen opas tukee palvelutalo Suopursun henkilökuntaa näyttöön perustuvassa saattohoidossa”.

Alkuperäisestä aiheesta, saattohoidosta, työ rajautui näkökulmaan, jossa saattohoitoa tarkastellaan hoitajan näkökulmasta. Alkuvaiheessa tutkimustyyliksi valikoitui tuotteistettu opinnäytetyö ja tuotteeksi saattohoito-opas. Opinnäytetyössä perehdytään erityisesti kivunhoitoon ja oireenmukaiseen hoitoon. Kivunhoito voidaan jakaa lääkkeettömään ja lääkkeelliseen kivunhoitoon. Oireiden mukaisessa hoidossa yleisimpiä oireita ovat mm. hengenahdistus, kipu, uupumus, ruokahaluttomuus ja masennus. Palvelutalo Suopursun asukkaista osa on myös muistisairaita, mikä voi tuoda erityispiirteitä esimerkiksi kivun hoitoon.

Opinnäytetyön tuotetta, saattohoito-opasta tullaan käyttämään palvelutalo Suopursussa apuna saattohoitotyössä. Lisäksi oppaan osioita voidaan käyttää myös perushoitotyön apuna.

Jatkotutkimusaiheiksi nousivat esimerkiksi saattohoito omaisen tai potilaan näkökulmasta, lääkkeetön kivunhoito ja hoitajien kokemukset saattohoidosta ja saattohoitopäätöksestä yksikössä, jossa lääkäri ei ole paikalla.

## ABSTRACT

**Author:** Murtomäki Eeva

**Title of the Publication:** End-Of-Life for Elderly People – a guide for the staff at Suopursu Service Home

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Nursing

**Keywords:** end-of-life care, symptomatic treatment, pain management, medication, non-pharmacological pain management

End-of-life care is given when the life expectancy is only a few days or weeks. Its aim is to guarantee the best possible quality of life for both the patient and the family. The purpose of this thesis was to study end-of-life care and provide the staff at Suopursu Service Home with more knowledge and possibilities to implement end-of-life care by creating a guide. The research question was to study what kind of guide would support the staff at Suopursu to implement evidence-based nursing in end-of-life care.

The original topic – end-of-life care – was limited to end-of-life care from the nurses' point of view. The research method used was product development, and the product of this thesis was a guide to nurses. This thesis focuses on pain management and symptomatic treatment. Pain management can be divided into two parts: medical pain management and non-pharmacological pain management. The most common symptoms in symptomatic treatment are, for example, shortness of breath, pain, fatigue, loss of appetite and depression. Some residents at Suopursu have memory disorders which may have to be considered in pain management.

The product of this thesis – a guide to nurses – will be used to help nurses at Suopursu to implement end-of-life care. The guide can also be used in basic care.

Follow-up studies could focus on end-of-life care from families' or patients' point of view, non-pharmacological pain management or nurses' experiences of end-of-life care and decision making regarding end-of-life care in units where there is no doctor.

## Sisällys

TIIVISTELMÄ .....	1
ABSTRACT .....	2
1 JOHDANTO.....	4
2 SAATTOHOITO.....	6
2.1 Hoitajien kokemuksia saattohoidosta .....	10
2.2 Muistisairaahan saattohoitoa koskevat erityispiirteet.....	11
2.3 Saattohoitopotilaan kivun tunnistaminen ja arviointi .....	12
2.4 Saattohoitopotilaan lääkkeetön kivunhoito .....	17
2.5 Saattohoitopotilaan kivun lääkehoito .....	19
2.6 Fyysisten ja psyykkisten oireiden hoito ja lievittäminen .....	20
2.7 Saattohoito ja henkisyys.....	27
2.8 Kuolema .....	29
3 PALVELUTALO SUOPURSU.....	32
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	34
5 TUOTTEISTAMISPROSESSI .....	35
6 POHDINTA.....	41
6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	42
6.2 Arvio onnistumisesta ja jatkokysymykset .....	44
6.3 Ammatillinen kasvu .....	45
7 LÄHTEET .....	47
8 LIITTEET .....	53
8.1 Liite 1 – tutkimuslupa-anomus.....	53
8.2 Saattohoito-opas .....	55

## 1 JOHDANTO

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa silloin, kun ihmisen odotetaan kuolevan lähipäivinä tai –viikkoina (Valvira 2015). Sen tavoitteena on luoda mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä potilaalle, että hänen omaisilleen. Kun lääketiede on kehittynyt ja samalla monien sairauksien eliniän ennuste on pidentynyt, on myös itse kuolin-tapahtuma pitkittynyt, mikä on lisännyt myös monisairaiden potilaiden määrää. (Hänninen 2015, 256.) Opinnäytetyöni mielenkiinnon kohteena oleva aihe on saattohoito sekä siihen pohjautuva tuote, eli saattohoito-opas palvelutalo Suopursuun. Opinnäytetyön ja saattohoito-oppaan on tarkoitus tulla käyttöön tukemaan hoitajia saattohoitotyössä.

Tulevaisuudessa ennakoidaan oireenmukaisen, eli palliativisen hoidon tarpeen kasvavan Euroopassa 20 prosenttia. Saattohoitoa on mahdollista kehittää nykyisillä voimavaroillakin, kunhan huolehditaan riittävästä koulutuksesta ja toiminnan organisoinnista. Saattohoitopäätös tulisi tehdä oikea-aikaisesti, sillä liian myöhään tehty päätös haittaa esimerkiksi autonomian toteutumista sekä oireiden lievitystä. Oikeaan aikaan tehty päätös helpottaa myös omaisten valmistautumista lähestyvään kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Kuolevan potilaan loppuvaiheen hoidossa usein riittää, että oireenmukainen hoito ja perushoito ovat hyvää. Potilaalle olisi mahdollistettava myös osallistuminen oman hoitonsa seurantaan sekä mahdollisuus tehdä asioita, jotka ovat hänelle mieluisia. Nämä asiat tuovat potilaalle iloa ja tunnetta merkityksellisyydestä, mitkä ovat potilaalle tärkeämpiä kuin yksittäisen oireen lievitys. Lähestyvään kuolemaan pitäisi saada valmistautua rauhassa. Kuoleman tulisi tapahtua potilaan turvalleiseksi kokemassa paikassa. (Etene 2004.)

Opinnäytetyön toimeksiantajan mukaan saattohoitotyön määrä on kasvanut ja tulee vielä kasvamaan palvelutalo Suopursussa. Suopursussa ei ole vakiintunutta

käytäntöä saattohoidon osalta. Palveluesimiehen mukaan tietoa ja työkaluja saattohoitoon tarvitaan lisää. Tärkeiksi aiheiksi hän nosti itse saattohoitoprosessin sekä kivunhoidon saattohoidossa. Suopursun henkilökunta puolestaan toivoi tietoa siitä, miten kuoleman jälkeen tulee toimia, kenelle ilmoittaa ja mistä nämä tiedot löytyvät.

Erikssonin, Korhosen jne. kirjassa Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen määritellään sairaanhoidajan osaamista koskevat kompetenssit. Opinnäytetyöni kehittää asiantuntijuuttani erityisesti palliatiivisen hoitotyön ja elämän loppuvaiheen hoidon ja lääkehoidon osa-alueilla, jotka kuuluvat kliinisen hoitotyön alueeseen. Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen osaamiskuvauksissa määritellään palliatiivisen hoitotyön ja elämän loppuvaiheen hoidon kohdalla taidoiksi osata toteuttaa parantumattomasti sairaan ja pitkäaikaissairaana oireenmukaista hoitotyötä ja tukea myös potilaan läheisiä. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015 35-47.) Saattohoitotyö opinnäytetyön aiheena tukee asiantuntijuuteni kehittymistä erityisesti elämän loppuvaiheen hoidon osalta.

Lääkehoitoa osaamiskuvauksissa kuvataan siten, että sairaanhoidaja osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida turvallista lääkehoitoa, kuten lääkehoitoa, lääkehoitoa, verensiirtoja, rokottamista, lääkelaskentaa ja farmakologiaa ja farmasiaa (Eriksson ym. 2015 35-47.) Saattohoito-oppaassa on tarkoitus perehtyä myös hyvään kivunhoitoon saattohoidossa. Yksi kivunhoitomenetelmä on lääkehoito. Loppuvaiheen lääkehoidossa tulee ottaa huomioon esimerkiksi lääkkeen mielekäs antotapa ja riittävyys. (Valvira 2015.)

## 2 SAATTOHOITO

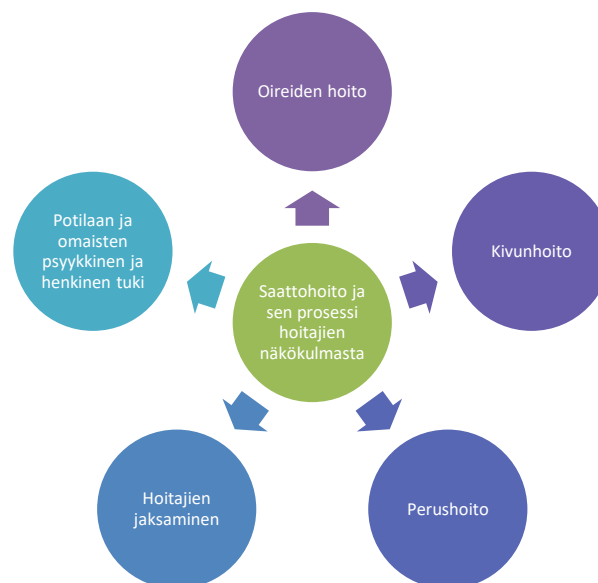
Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa silloin, kun ihmisen odotetaan kuolevan lähipäivinä tai –viikkoina (ETENE 2004). Suomessa kuoli vuonna 2015 52 302 ihmistä, joista n. 44 000 yli 65-vuotiaana. Yleisimmät kuolinsyyt yli 65-vuotiailla olivat verenkiertoelinten sairaudet, syövät ja kasvaimet sekä dementia ja Alzheimerin tauti. (Suomen virallinen tilasto 2016.) Suurin ryhmä saattohoidossa on kuitenkin syöpäsairaat potilaat, mikä johtunee siitä, että syöpäsairauksien kulkua on helpompi ennustaa ja käänne huonompaan on helpompi huomata. Myös muita kuin syöpätauteja sairastavat tarvitsevat saattohoitoa. Esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia tai eteneviä neurologisia sairauksia sairastavien tulisi elämän loppuvaiheessa saada hyvää saattohoitoa, sillä myös näihin sairauksiin liittyy vaikeita oireita, kuten kipua ja hengenahdistusta. Näissä taudeissa kuitenkin on vaikeampi havaita selkeästi sitä, milloin saattohoitoon on hyvä siirtyä. (Hänninen 2015.) Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on saattohoitoa koskevassaan raportissa linjannut, että tärkeitä osia saattohoidossa on kuolevan omien toiveiden huomioiminen, hyvä oireiden hoito, potilaan valmistaminen lähestyvään kuolemaan, sekä potilaan läheisten huomiointi ja tuki sekä ennen, että jälkeen kuoleman (ETENE 2004).

Saattohoidossa ihmisen kokonaisvaltainen hoito koostuu fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä, sosiaalisesta ja henkisestä osa-alueesta. Saattohoidossa on tärkeää, että kuolevalla on tunne turvallisuudesta. Hänen elämäntapaa ja arvoa ihmisenä on kunnioitettava loppuun saakka. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010 17.) Saattohoidon perustana onkin kunnioittaa potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitoa silloin, kun mahdollisuutta parantavaan hoitoon ei enää ole ja kun hoidon tarkoitus ei ole enää elämän pidentäminen. Tämä vaihe voi kestää jopa vuosia. Saattohoito on taas hoitoa juuri ennen kuolemaa. (Valvira 2015b.)

Saattohoidosta on tehty paljon tutkimuksia. Tutkimukset ovat yleensä rajattu näkökulman kannalta, eli aihetta on tutkittu esimerkiksi hoitajan, lääkärin, potilaan, omaisen tai saattohoito-kulttuurin näkökulmasta. Saattohoitoa Suomessa käsittelee esimerkiksi Hilikka Sandin väitöstutkimus Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta, jossa tarkastellaan saattohoitoa suomalaisissa saattohoitokodeissa. Sand tarkasteli suomalaista saattohoitoa ja saattohoitokoteja laajasti, saattohoidosta jopa saattohoitokotien sisustukseen saakka. Tarkoituksena olikin kuvata saattohoitokotien toimintaa ja sitä kautta lisätä kuolevan potilaan hoidon ymmärrystä. (Sand 2003.) Mirja Sisko Anttonen on tutkinut saattohoitoa väitöstutkimuksessaan Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa – Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksen johtopäätöksenä Anttonen esitti, että saattohoidon kehittämisessä tulee huomioida potilas, perheenjäsenet ja hoitohenkilökunta, sillä näiden kokonaisuus mahdollistaa yksilöllisen saattohoidon toteutumisen. (Anttonen 2016, 7-8.)

Opinnäytetyön näkökulmana saattohoitoon on palvelutalo Suopursun hoitohenkilökunnan näkökulma. Tärkeimpinä osa-alueina käsitellään kivun- ja oireidenhoitoa, hyvää perushoitoa sekä hoitajien, potilaiden ja omaisten jaksamista, kuten opinnäytetyön viitekehyksessä kuvataan (Kuva 1).



Kuva 1: Opinnäytetyön viitekehys



Suomen laissa sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä määritellään kuolema seuraavasti: *"Ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet"* (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 2004).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määrätään potilaan hoidosta seuraavasti: *"Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla."* sekä *"potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan"*. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1993.)

Ikääntyneen väestön hoitoa ja sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintaa ohjataan laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista esimerkiksi seuraavasti *"kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä."* (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012.)

Saattohoitopäätöstä tehtäessä keskustellaan potilaan kanssa tai jos hän ei kykene tekemään päätöksiä itse, hänen läheisten tai laillisen edustajan kanssa. Saattohoitopäätöksestä tulee ilmetä päätöksen tekijä, lääketieteelliset perusteet, potilaan (tai läheisten) kanssa käyty keskustelu ja heidän kannanotto päätökseen. Päätöksestä tulee keskustella tarvittaessa useammin kuin kerran, sillä saattohoitopäätös on sellainen päätös, josta määrätään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (Valvira 2015.)

Koska jokaisella ihmisellä on oikeus määrätä itsestään ja omasta hoidostaan, voi jokainen antaa hoitotahtonsa sen varalle, ettei jostain syystä (esim. tajuttomuus tai kyvyttömyys ilmaista itseään) ole tulevaisuudessa kykenevä kertomaan kantansa ja tahtoaan omaan hoitoon. Tällaisen hoitotahdon voi jättää tahtoessaan joko Omakanta-järjestelmään, kirjallisena tai suullisena ja sitä tulee kunnioittaa

elämän loppuun saakka. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Muistisairaita potilaita olisi hyvä kannustaa tekemään hoitotahto silloin, kun sairaus ei ole vielä edennyt niin pitkälle, ettei hän ole kykeneväinen sitä tekemään (Antikainen 2015).

Saattohoidossa olevalla potilaalla on aina myös DNR-päätös (Valvira 2015). DNR-päätös on lääketieteellinen päätös, joka tarkoittaa sitä, että potilasta ei yritetä sydämen toiminnan pysähtyessä elvyttää paineluelvytyksellä tai sähköisellä tahdistuksella. DNR on lyhennys sanoista Do Not Resuscitate (Älä elvytä). Käytössä on myös DNRA lyhenne, eli Do Not Attempt Resuscitation tai AND-päätös, eli Allow Natural Death, eli sallitaan luonnollinen kuolema. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) DNR-päätös koskee vain elvytystä sydämen toiminnan lakatessa. Jos halutaan rajata muita hoitoja, kuten keinotekoinen ravinnon antaminen tai antibioottilihoito, täytyy tästä tehdä omat rajauksensa. (Lehto 2015, 11-12.)

Hoitolinjauksista puhuttaessa täytyy muistaa erottaa hoitolinjat ja hoidonrajaus. Hoitolinjauksella linjataan hoidon pääasiallinen tarkoitus ja tavoite. Se tehdään huolellisen lääkäriarvion perusteella, yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai omaisten kanssa. Hoitolinjauksella on tarkoituksena turvata potilaan arvojen ja toiveiden mukainen hoito, samalla tietysti ottaen huomioon myös paras lääketieteellisesti perusteltu hoito. Lääketieteellisesti perusteetonta hoitoa ei tosin tule antaa edes omaisten tai potilaan vaatimuksesta. Hoidonrajauksella (kuten DNR) taas ilmaistaan se, mistä hoitotoimenpiteistä luovutaan. (Lehto 2015, 11-12.)

Oikea-aikainen saattopäätöksen teko on haaste elämän loppuvaiheen hoidossa. Yksiselitteistä rajaa siihen, milloin saattohoitoon täytyy siirtyä, ei ole. Kuolevan potilaan hoidon käypä hoitosuosituksessa linjataan mahdollisesti lähestyvistä kuolemasta kertoviksi merkeiksi seuraavia oireita tai merkkejä: hoitajalle ei tulisi yllätyksenä potilaan kuolema seuraavan vuoden aikana, kroonisesti sairaan potilaan suorituskyky on jatkuvasti heikentynyt, potilaan paino on laskenut tai potilaalla on ollut suunnittelemattomia sairaalahoitajaksoja viimeisen vuoden aikana kahdesti tai useammin. Yleisten oireiden lisäksi voidaan havaita tautikohtaisia oireita. Sydänsairailta hengenahdistus ja rintakipu minimaalisessakin rasituksessa, oireilu lääkityksestä huolimatta ja systolisen verenpaineen lasku alle 100 mmHg voivat

olla merkkejä taudin pahenemisesta. Hengitystiesairautta sairastavilla vaikeat hengenahdistukset, hengenahdistus levossa tai hyvin pienessä rasituksessa, jatkuva oireilu optimaalisesta lääkityksestä huolimatta, laihtuminen (BMI alle 21) ja oireinen sydämen vajaatoiminta voivat ennakoida kuolemaa. Vaikeasti muistisairailta kuoleman lähestyessä voi ilmetä esimerkiksi kykenemättömyyttä kävelyyn, lisääntyvää nielemisvaikeutta ja toistuvia infektioita tai aspiraatioita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

## 2.1 Hoitajien kokemuksia saattohoidosta

Kuolema on läsnä hoitotyössä. Kuoleman kohtaaminen työssä saa usein myös hoitajan miettimään omaa rajallisuuttaan. Työssä kuoleman ja kuolevien kanssa tarvitaan ammatillisuutta, objektiivisuutta ja toimintakykyä, mutta myös herkkyyttä, eläytymiskykyä ja pehmeyttä. Lähtökohtaisesti hoitaja toimii työssään ammattiroolissaan, mihin liittyy taas riski siitä, että hoito jää etäännyneeksi. (Lindqvist 2004, 294-300.) Hoitohenkilökunnalla tulee olla myös mahdollisuus puhua kuoleman nostamista tunteistaan ilman häpeää (Anttonen 2016, 81). Sosiaali- ja terveysministeriön hyvän saattohoidon linjauksissa linjataan hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin olevan edellytys herkkyyden ja intuition säilyttämiseen ja että niitä ominaisuuksia tulee kehittää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Työ saattohoidon parissa saattaa kuormittaa hoitajia. Kuormittumiseen ja sen säätelyyn liittyy mm. ammattitaito, elämäkokemus ja realismi. (Lindqvist 2004, 294-300.) Hoitajan oma persoonallisuus korostuu kohtaamisessa ja saattohoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Valmius saattohoitotyöhön kehittyy kokemuksen mukana, mutta sitä tulee myös opiskella. Koulutusta ja työhönohjausta tulee lisätä sekä yksilö- että tiimitasolla. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2015.)

Kun suomalaisilta hoitajilta on kysytty heidän omia kokemuksia saattohoidosta, on haasteiksi koettu esimerkiksi saattohoitopäätöksen puuttuminen tilanteessa, jossa

hoitajan mielestä olisi kysymyksessä jo saattohoitoa vaativa potilas ja sellaiset tilanteet, kun hoitaja kokee, että kuolevan vierellä ei pysty viettämään tarpeeksi aikaa. Positiivisiksi kokemuksiksi hoitajat mainitsevat esimerkiksi kokonaisvaltaisen hoidon. (Niemi 2008, 24-26; Heikkilä, Jylhä, Reinikka ja Siirilä 2015, 39-40.) Kun saattohoitopotilaan kohtaamisesta on kysytty sairaanhoidon-opiskelijoilta, koettiin vahvuuksiksi esimerkiksi vainajan laitto ja potilaan perushoito, sekä oma asenne hyvään kivunhoitoon. Heikkouksiksi koulutuksen loppuvaiheilla koettiin taas tunteiden käsittely, potilaan ja omaisten kohtaaminen ja kivunhoidon toteutus (Tiainen 2011, 27.)

## 2.2 Muistisairaahan saattohoitoa koskevat erityispiirteet

Tavallisimpia muistiongelmiin johtavia sairauksia Suomessa ovat Alzheimerin tauti, erilaiset aivoverenkierron sairaudet, Lewyn kappale-tauti, otsalohkojen rappeuma sekä Parkinsonin tauti. Etenevä muistisairaus vaikuttaa aluksi potilaan kognitiiviseen, psyykkiseen, fyysiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn, edeten ennen kuolemaa siihen, ettei potilas kykene toimimaan itse missään tilanteessa. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 560.) Tutkimusten mukaan kuolevan vanhuksen kivunhoito on usein alimitoitettua. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa tutkittiin yli 13 000 hoivakodissa asuvan, syöpää sairastavan vanhuksen kivunhoitoa. Yli 85-vuotiaiden kipua lääkitään vähemmän esimerkiksi morfiinilla tai muilla opioideilla, kuin 65-74-vuotiaiden kipua. Lisäksi 26 prosenttia päivittäisiä kipuja kokevista ei saanut minkäänlaista kipulääkettä. (Bernabei, Gambassi, Lapane, Landi, Gatsonis, Dunlop, Lipsitz, Steel & Mor 1998.)

Muistisairaudet ovat eteneviä sairauksia, jotka johtavat kuolemaan. Muistisairaudet voidaan jakaa eri asteisiin, joista viimeisin, vaikea vaihe määritellään usein tilaksi, jossa potilaan kognitiivinen vaje on niin suuri, että hän ei enää tunnista läheisiään eikä pysty tuottamaan juurikaan puhetta. Lisäksi potilas on myös toiminnallisesti täydellisen avun tarpeessa eli hän ei esimerkiksi kykene kävelemään tai

hallitsemaan rakon tai suolen toimintaa. Kaikista dementia-oireisista n. 15 prosenttia etenee vaikean demencian-vaiheeseen. Saattohoitoon muistisairaahan potilaan kohdalla voidaan siirtyä joko itse muistisairaudesta tai jonkin muun elimellisen sairauden vuoksi. Saattohoitoon siirtymisen ongelmana on usein se, että dementoituneen loppuelämän vaiheita on vaikea ennustaa. Vain kolmasosa vaikeasti dementoituneista oli saattohoidossa ennen kuolemaansa. (Antikainen 2015, 560-564.)

Vaikeasti dementoituneen potilaan viimeisen 3-6 elinkuukauden aikana yleisimpiä elämänlaatua heikentäviä ongelmia ovat ongelmat syömisessä (jopa 90 prosentilla potilaista), kivut, painehaavaumat ja hengenahdistus. Tavallisimpia hoitoratkaisuja vaativia tilanteita ovat keuhkokuume, nesteytys, syömisongelmat ja hoitopaikan valinta. (Antikainen 2015, 560-564.) Ongelmat syömisessä ja toistuvat hengitystieinfektiot voivat olla merkki lähestyvistä kuolemasta, eivätkä niinkään merkkejä huonosta hoidosta. Hoidon linjauksista on hyvä keskustella potilaan ja hänen läheistensä kanssa, sillä esimerkiksi letkuruokinta, siirto sairaalaan tai verikokeiden ottaminen ovat potilaalle enemmän haitaksi kuin hyödyksi. (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013.)

### 2.3 Saattohoitopotilaan kivun tunnistaminen ja arviointi

International Association for the Study of Pain, eli IASP määrittelee kivun olevan epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus ja siihen liittyy mahdollinen tai jo todellinen kudosaivuri tai sitä voidaan kuvata sen käsitteillä (International Association for the Study of Pain 2014). Kipu on yksi pelätyimmistä oireista ennen kuolemaa. Potilaalla ja hänen omaisillaan saattaa olla tunne siitä, että mitä enemmän kipua, sitä lähempänä mahdollinen kuolema on. Kivun taustalla saattaa olla fyysisten oireiden lisäksi myös esimerkiksi ahdistusta tai masennusta. Näiden kipujen erotus on haaste, koska myös hoitotyössä saatetaan kysyä potilaalta somaattisista oireista, jolloin psykosomaattiset oireet jäävät vähemmälle huomiolle. (Vainio & Vuorinen 2015, 45.)

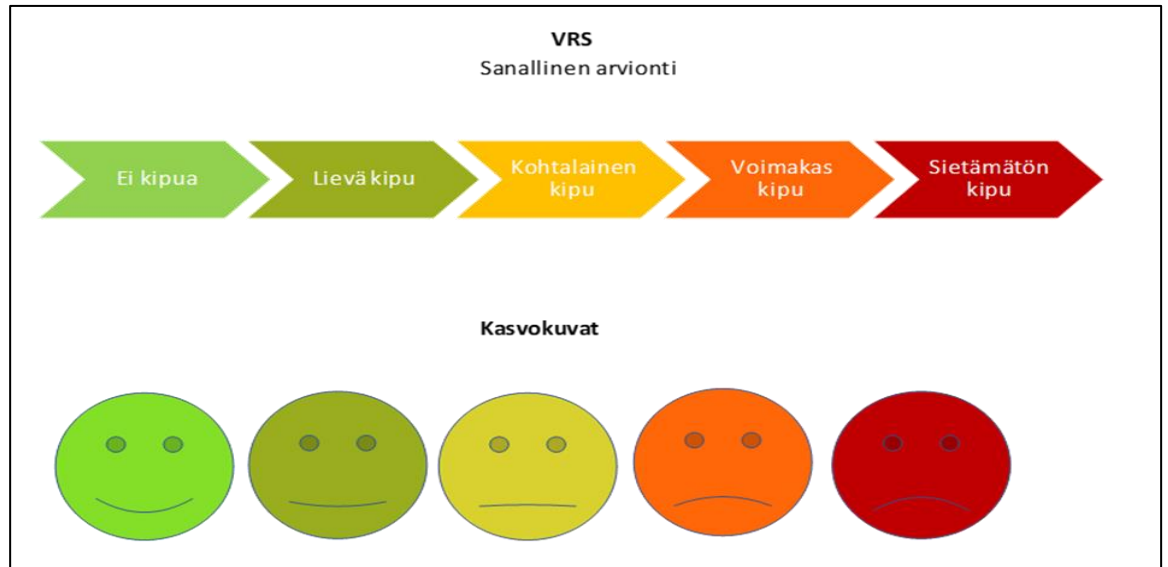
Kipua voidaan jaotella eri osiin. Kudosvauriokivulla tarkoitetaan sellaista kipua, jonka syy on kudosvaurion tai sen uhan aiheuttama kipureseptoreiden aktivoituminen. Neuropaattisella kivulla tarkoitetaan hermovauriokipua, jota voi aiheuttaa hermojärjestelmävaurio tai sen sairaudesta johtuva kipu. Viskeraalista kipua on sisäelinperäinen kipu. Viskeraalista kipua voi olla vaikea paikantaa ja siihen voi liittyä myös heijastekipua. Kipu voidaan jaotella myös kestonsa mukaan. Alle kuukauden kestäneen kivun ajatellaan olevan akuuttia kipua, subakuutti kipu on yhdestä kolmeen kuukautta kestänyttä kipua ja krooninen kipu yli kolme kuukautta kestänyt kipu, eli pitkäkestoinen kipu. (Kipu 2017.)

Kivun esiintyvyyttä on tutkittu useissa eri tutkimuksissa erityisesti syöpäsairaiden kohdalla. Vuonna 2007 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että 64 prosentilla edennyttä syöpäsairautta sairastaneista, 59 prosentilla hoidoissa olevista ja 33 prosentilla jo syövästä parantuneista oli kipua. Kolmasosalla kivut olivat vaikeita tai erittäin vaikeita. Syöpäsairauksien lisäksi myös muilla palliatiivisen hoidon piirissä olevilla potilailla oli viimeisen elinvuotensa aikana kipuja. (Vainio ja Vuorinen 2015, 46.)

Kivun hoitoa on sekä lääkkeellistä, että lääkkeetöntä. Kivun hoidon tulee perustua kokonaistilannearvioon sekä arvioon kivusta potilaalla. Kivun hoidon tavoitteena on kivun lievittymisen lisäksi toimintakyvyn ja elämänlaadun kohentuminen. (Kipu 2017.) Kivunhoidossa on tärkeää arvioida ja kirjata kipua säännöllisesti. Kirjauksessa tulisi kuvata kivun voimakkuus, haittaavuus, laatu ja mekanismi, sijainti, aika, käytössä olevat lääkkeet ja niiden teho sekä haittavaikutukset. Ikääntyneen hoidossa on tärkeää seurata lääke- ja oirevastetta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

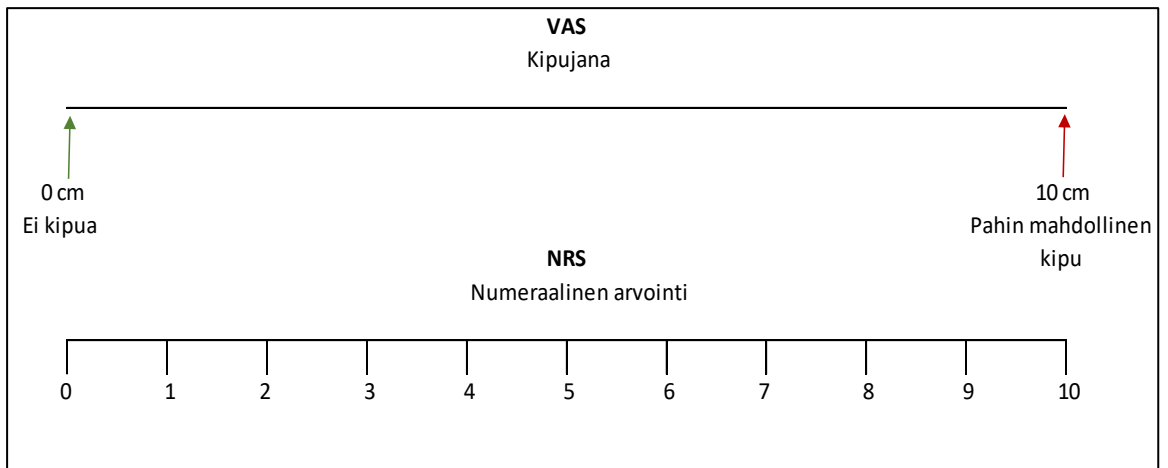
Kivun arvioimisessa on potilaan kuvaus kivusta arvioinnin lähtökohta. Kivun arvioinnin tukena voidaan käyttää erilaisia apuvälineitä. Käytetyimpiä ja Suomessa kivunhoidon käypähoito-suositukseen kuuluvia mittareita ovat VAS-kipujana (visual analogue scale) ja numeraalinen asteikko (NRS) jotka on esitelty kuvassa 3. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää myös sanallista arviointia (VRS) tai kasvokuvia

(Kuva 2). Sanallisessa arvioinnissa potilas voi valita viidestä vaihtoehdosta parhaiten kuvaavan sanallisen arvioin. Kasvokuvia käytettäessä potilas voi osoittaa sormella kipunsa asteen. (Kipu 2017.)



Kuva 2: VRS- ja kasvokuva -kipumittarit

VAS-kipujana on 10 cm pitkä jana, johon potilas merkitsee kokemansa kivun voimakkuusasteen. Asteikolla nolla senttimetriä tarkoittaa tilannetta, jolloin potilaalla ei ole lainkaan kipua ja kymmenen senttimetriä taas tilannetta, jolloin potilas kokee pahinta mahdollista kipua. Janan sijaan voidaan käyttää myös numeraalista arviota, jolloin potilasta kertoo, miltä kipu tuntuu asteikolla nolasta kymmeneen. NRS-mittarissa, kuten myös VAS-asteikolla nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja kymmenen pahinta mahdollista kipua. (Kivun tutkiminen 2017.)



Kuva 3: VAS ja NRS -kipumittari

Kivun paikantumista voidaan arvioida kipupiiirroksen avulla. Näiden lisäksi arvioidaan myös motoriset, sensoriset ja muut oireet, mitkä voivat kertoa kivusta. (Kipu 2017.)

Kivun kokemiseen vaikuttaa potilaan käsitys hyvinvoinnistaan ja hänen mielialansa. Esimerkiksi masennus, pelko tai väsymys alentavat kipukynnystä. Kipu saattaa merkitä potilaalle sitä, että tauti etenee ja kuolema lähestyy, mikä tekee kivusta pelottavampaa ja siten vaikeammin siedettävää. (Hänninen 2013c, 37.)

Pitkälle edennyt muistisairaus vaikeuttaa potilaan kivun arviointia, sillä sairastunut ei usein pysty kommunikoimaan enää ymmärrettävästi. Muistisairaiden kivun arviointiin on kehitetty Pain Assessment in Advanced Dementia -mittari, eli PAINAD-mittari. Mittari on tarkoitettu potilaille, joilla on vaikea muistisairaus. Muistisairaiden kivunmittaukseen on myös muita mittareita, mutta PAINAD-mittarin on tutkittu olevan muistisairaille tarkoitetuista mittareista tarkin ja se on tullut kliiniseen käyttöön myös Suomessa. (Rapo-Pylkkö 2017.)

PAINAD-mittarin käyttö tapahtuu seuraamalla potilasta noin viiden minuutin ajan. Potilaan käyttäytymisen perusteella arvioidaan viittä eri osa-aluetta; hengitystä, negatiivista ääntelyä, ilmeitä, kehon kieltä ja lohduttamisen tarvetta. Jokaisesta osa-alueesta voi maksimissaan saada 2 pistettä, jolloin maksimipistemäärä koko mittarista voi olla 10 pistettä. Tämä pistemäärä tulkitaan siten, että 0 pistettä tarkoittaa ei kipua ja 10 pistettä sietämätöntä kipua (taulukko 1). Kipua tulee aina arvioida säännöllisesti, eli vähintään kerran työvuorossa sekä ennen ja jälkeen kivunhoidon. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014.)

Turun ammattikorkeakoulussa tehdyn opinnäytetyön mukaan hoitajat kokivat PAINAD-mittarin hyödyllisenä työkaluna arvioitaessa dementiaoireisen potilaan kipua. Hyötyä koettiin erityisesti tilanteissa, joissa ei oltu varmoja, johtuuko potilaan käytös kivusta vai esimerkiksi muusta aggressiivisestä käytöksestä. Hoitajat kokivat mittarin myös helpottavan kivusta kirjaamista ja auttavan kivun lääkinnässä. (Mäkynen ja Visuri 2011, 34-35.)



Arvioinnin kohde	0	1	2	Pisteet
<b>Hengitys</b>	Normaalia	Ajoittain vaivalloista, lyhyt hyperventilaatiojakso	Äänekästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso, Cheyene-Stokes-hengitystä (katkohengitys)	
<b>Negatiivinen ääntely</b>	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerusta tai voihkintaa. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerusta tai voihkintaa	
<b>Kasvojen ilmeet</b>	Hymyilee tai on ilmeetön	Surullinen, pelokas, rypistää otsaa	Irvistää	
<b>Kehon kieli</b>	Levollinen	Jännittynyt, ahdistunut kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista	
<b>Lohduttaminen</b>	Ei tarvetta lohduttamiselle	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai rauhoittaa	Lohduttaminen, huomion kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.	

Taulukko 1: PAINAD-taulukko. (Mäkynen & Visuri, 2011).

## 2.4 Saattohoitopotilaan lääkkeetön kivun hoito

Lääkkeettömään kivun hoitoon kuuluvat esimerkiksi fysioterapia, hieronta, asento-ohje, kylmä- ja lämpöhoito, musiikki ja ajatusten pois kääntäminen kivusta (Jokelainen 2013). Kivun käypä hoito -suosituksen mukaan kivun hoidossa ensisijainen menetelmä on lääkkeetön kivunhoito, jota tulee käyttää aina, kun se on mahdollista. Lääkkeettömään hoitoon liitetään tarvittaessa lääketerapia. Tulee muistaa, että käypä hoito -suositus ei kuitenkaan koske syöpäkipua. Keskeisimmät hoitomuodot lääkkeettömässä hoidossa ovat liikunta, kognitiivis-behavioraalinen terapia, terapeuttinen harjoittelu, lämpö- ja kylmähoito ja TNS. (Kipu 2017.) Näiden lisäksi esimerkiksi musiikki ja ajatusten poiskääntäminen kivusta voivat auttaa kivun hoidossa (Jokelainen 2013, 30-31).

Liikunta ehkäisee kipua. Vuodepotilailla aktiiviset tai passiiviset liikeharjoitukset ehkäisevät ja poistavat kipua, parantavat verenkiertoa, ehkäisevät virheasentoja ja vähentävät turvotuksia. Lisäksi liike ylläpitää suorituskykyä ja ehkäisee jäykistymistä. (Koskelo 2015, 28.) Liikkumattomuus ja jännitystilat voivat lisätä kipuja kehossa (Jokelainen 2013, 26). Jos potilas ei voi itse enää juurikaan liikkua, on tärkeää huolehtia asento-ohjeesta. Kun ihminen nousee pystyasentoon, vilkastuu hänen kehonsa verenkierto, koska aivot tarvitsevat veren kuljettamaa happea. Jos ihminen joutuu olemaan pitkään makuuasennossa, ei tuota verenkierron vilkastumista tapahdu samoin, mikä vaikeuttaa kehon kykyä pitää yllä riittävä verenkierto. Makuuasennossa myös laskimoverenkierto hidastuu, kun lihakset eivät liiku, ja pumppaa verta. Tämä lisää riskiä veritulppariskiä. Riskin pienenee riittävällä asento-ohjeella, sillä se vilkastuttaa potilaan verenkiertoa. (Eskelinen 2013, 41.) Kuolevien potilaiden hoidossa ei kuitenkaan suositella käytettävän tromboosi-profylaksiaa rutiinimaisesti (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Vuodepotilailla on myös kohonnut riski saada paine- eli makuuhaavoja (Lumio 2016). Painehaavojen syntyä ehkäistään asento-ohjeella, mikä myös auttaa potilasta saamaan paremman käsityksen kehostaan. Tämä lisää turvallisuuden tunnetta ja vähentää pelkoja, mitkä voivat lisätä kivuntunnetta. (Jokelainen 2013, 26.)

Lämpöhoito tehostaa hoidettavan alueen verenkiertoa ja soveltuu esimerkiksi nivelrikon sekä selkä- ja niskakipujen hoitoon. Kylmähoidon fysiologinen vaikutus on taas päinvastainen kuin lämpöhoito, sillä kylmä supistaa verisuonia, hidastaa aineenvaihduntaa ja turvotuksen muodostumista, mutta siinä myös heikentää verenkiertoa hoidettavalla alueella. Kylmähoito sopii hyvin osaksi nivelrikko- ja nivelreumapotilaiden hoitoa, sillä se lievittää nivelten turvotusta ja lievittää kipua. Lämpöhoitoa voidaan antaa esimerkiksi lämpötyynyillä n. 10 – 20 minuuttia kerrallaan, huolehtien siitä, että se ei vahingoita ihoa. Kylmähoitoa annetaan 10 – 15 minuutin jaksoissa, useita kertoja päivässä kylmäpakkauksien avulla tai mahdollisesti kylmägeelien tai -voiteiden avulla. (Arokoski 2015.)

TNS, eli transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio on sähkökipuhoitomenetelmä, jonka toiminnan uskotaan perustuvan porttikontrolliteoriaan ja opioidimekanismien kautta. Sitä annetaan TNS-laitteella. (Arokoski 2015.) TNS-hoidon vaikutuksista on tehty useita tutkimuksia, mutta tulokset ovat ristiriitaisia. Esimerkiksi kroonista alaselkäkipua sairastavilla se saattoi lievittää kipua hieman, mutta ei parantanut toimintakykyä. (Haanpää 2014.)

Musiikin vaikutus kivun hoidossa on tutkimusten mukaan varsin hyvä. On tutkittu, että kroonisen kivun hoidossa musiikin kuuntelu vähentää kipua 20 – 25 prosenttia, kun kipulääkkeiden vaikutus keskimäärin on n. 30 prosenttia. Musiikin vaikutuksen uskotaan perustuvan kipusignaaleja estävien ns. laskevien ratojen toiminnan tehostumiseen musiikkia kuunneltaessa ja hyvän olon hormonien erityksen kiihtymiseen. Lisäksi musiikki auttaa kääntämään pois ajatuksia kivusta. (Miranda 2016, 160.) Ajatusten kääntäminen pois kivusta toimii myös itsenäisenä kivunlievitysmenetelmänä ja sitä voidaan käyttää erityisesti niiden potilaiden kohdalla, jolla kipuun liittyy jotain emotionaalisia ongelmia. Ajatusten pois kääntäminen onnistuu esimerkiksi rentoutus- tai mielikuvaharjoitusten, huumorin tai muistelun avulla. Vaikutus perustuu siihen, että se vaimentaa elimistön taistelee tai pakene-reaktiota. (Jokelainen 2013, 31.)

## 2.5 Saattohoitopotilaan kivun lääkehoito

Lääkkeellisessä kivunhoidossa iäkkäillä on omia erityispiirteitä, jotka täytyy ottaa huomioon lääkehoitoa suunnitellessa. Elimistön koostumus muuttuu ikääntyessä, mikä vaikuttaa lääkeaineen kulkuun, jakautumiseen, aineenvaihduntaprosessiin ja lääkkeen poistumiseen kehosta. Myös pitkäaikaissairaudet voivat vaikuttaa elimistön lääkeainereaktioihin. Lääkkeiden ottaminen suun kautta voi olla vaikeaa, etenkin jos nielemisrefleksi on jo heikentynyt. Peroraalisesti otettavat lääkkeet voivat olla helpompi runsaan nesteen kera tai jonkin paksumman aineen, kuten jogurtin tai viilin kanssa. Jos lääkkeen saa jakaa tai murskata, se helpottaa lääkkeen ottamista. Tulee kuitenkin muistaa, että entero- tai depottabletteja tai -kapseleita ei saa yleensä murskata, sillä se vaikuttaa haitallisesti niiden oikea-aikaiseen imeytymiseen. (Lääkätietokeskus 2017.)

Elämän loppuvaiheen hoidossa parasetamoli on hyvä peruslääke lievään kipuun. Parasetamolin vaihtoehtona voi toimia myös tulehduskipulääkkeet, mutta niiden käytössä on muistettava mahdolliset haittavaikutukset (kuten vatsanärkytys) ja vasta-aiheet. Tulehduskipulääkkeiden on todettu olevan luustometastaasien aiheuttamassa kivussa tehokkaita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Jos kivunhoito ei ole riittävää miedommilla lääkkeillä, käytetään kivunhoidossa opioideja. On suositeltavaa, että opioidilääkehoito aloitetaan suun kautta annettavilla valmisteilla, jos se on mahdollista. Lääkkeellisessä kivunhoidossa käytettäviä opioideja ovat yleensä morfiini, oksikodoni, metadoni ja fentanyyli. Näistä fentanyyli voidaan annostella laastarilla ja se sopii stabiilin kivun hoitoon. Laastarin käytössä tulee muistaa kuitenkin, ettei se välttämättä sovi kakektisten potilaiden hoitoon, sillä lääkeaineen imeytyminen voi olla heikentynyttä. Opioidien on todettu olevan tehokkaita myös syövän läpilyöntikivun ja neuropaattisen kivun hoidossa. Neuropaattisen kivun hoidossa opiaattien lisäksi voidaan käyttää esimerkiksi trisyklisiä masennuslääkkeitä tai gabapentinoideja. Joskus kipu voi olla niin vaikea, ettei sitä voida hoitaa sairaalan ulkopuolella. Tällöin kipua hoidetaan esimerkiksi spinaalisilla opioideilla tai ketamiinilla. Kipulääkkeiden lisäksi kipua voi vähentää ns. ei-

analgeettisilla lääkkeillä, kuten steroideilla, lihasrelaksanteilla tai kalsiumkanavan salpaajilla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Kipulääkkeiden tavallisimpia haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi ja suunkuivuminen. Näitä oireita voidaan kuitenkin hoitaa myös lääkkeellisesti. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Lääkehoidossa tulee ottaa huomioon lääkkeiden vaikutus iäkkäille ja niiden aiheuttamat interaktiot. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus on kehittänyt iäkkäiden lääkityksen tietokannan, jonka tarkoitus on auttaa suomalaisia terveydenhoidon ammattilaisia toteuttamaan yli 75 vuotta täyttäneiden lääkehoitoa, auttaa sitä koskevassa kliinisessä päätöksenteossa ja parantaa perusterveydenhuollon lääketurvallisuutta. (Fimea 2017.)

## 2.6 Fyysisten ja psyykkisten oireiden hoito ja lievittäminen

Väärään aikaan annettu oireidenmukainen hoito saattaa tutkimusten mukaan lisätä potilaan kärsimyksiä tai jopa ennenaikaistaa kuolemaa. Hyvässä oireenmukaisessa hoidossa toimenpiteet ja tutkimukset suunnitellaan oire- ja potilaslähtöisesti, sillä diagnostiikan laiminlyönti ja heikko tuntemus voivat johtaa alihoitoon tai väärin ajoitettujen tai mitoitettujen hoitotoimien käyttöön. Tavallisimpia oireita pahanlaatuisia sairauksia sairastavilla loppuvaiheessa on ruokahaluttomuus, kipu, uupumus, ahdistus ja masennus sekä ummetus. (Hänninen & Rahko 2013.)

Jopa 30 prosentilla potilaista esiintyy elämän loppuvaiheessa oksentelua ja 60 prosentilla pahoinvointia. Puolet potilaista kärsivät ummetuksesta (alle kolme ulostuskertaa/viikko). Oksentelua ja pahoinvointia voidaan helpottaa hoitamalla pahoinvoinnin syytä, esimerkiksi lopettamalla tulehduskipulääkkeiden käyttö tai askites-nesteen poistolla. Oksentelua, pahoinvointia ja ummetusta voidaan helpottaa myös lääkkeillä. Saattohoitopotilas voi kärsiä ummetuksesta, vaikka hän ei enää söisi paljoa, sillä ulostetta syntyy syödyn ruoan lisäksi maha-suolikanavan eritteistä, bakteerimassasta sekä suolen epiteelisoluista. Ulostuksen lääkehoidossa parhaiten siedetyksi on todettu makrogoli-valmisteet (esim. kauppanimi Pe-

gorion®). On suositeltavaa käyttää yhdistelmää, jossa annetaan pehmittävää laksatiivia (joko makrogoli tai laktuloosi, kuten Levolac®) sekä suolta stimuloivaa laksatiivia (esim. Laxoberon®). Bulkilaksatiivien (kuten Vi-Siblin®) käyttöä ei suositella saattohoitopotilaille, sillä ne imevät itseensä vettä paksusuolesta ja voivat hankaloittaa jo ennalta vähäisellä nesteytyksellä olevaa potilasta (taulukko 2). Jos ummetuksen tiedetään johtuvan opioidien käytöstä, voidaan sitä helpottaa subkutaanisesti annettavalla metyylialtreksonibromidilla, jos laksatiivit eivät ole riittävä hoitokeino. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Syy pahoinvointiin	Hoito
<b>Mahanärsytys/haavauma</b>	PPI-lääkitys (eli protonipumpunestäjälääkitys) tai tulehduslääkkeiden käytön lopetus
<b>Ummetus</b>	laksatiivit, suolen tyhjennys
<b>Yskä tai limaisuus</b>	yskänärsytyksen lievittäminen lääkityksin (kodeiini, morfiini), glykopyrolaatti, erdosteiniini
<b>Lääkkeet</b>	Lääkityksen vaihto, annoksen pienentäminen tai lääkityksen lopetus. Huomaa, että opioidipahoinvointi lievittyy yleensä vasta 3-4 päivää lääkkeen aloituksesta.

Taulukko 2: Yleisimpiä syitä ja hoitoja pahoinvointiin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Saattohoidossa oleva potilas voi kärsiä erilaisista suun oireista, kuten kuivumisesta, kivusta ja infektiosta tai nielemisvaikeuksista (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Nielemisvaikeus eli dysfagia voi liittyä myös joihinkin sairauksiin, kuten Alzheimerin tautiin tai Parkinsonin tautiin (Aivoliitto 2011, 2). Se voi myös johtua esimerkiksi kakeksiasta, limakalvovaurioista (kuten sammus) tai kasvaimista. Nielemistä voi yrittää helpottaa sakeuttamalla nesteitä ja muuttamalla ruoan laatua

helposti nieltäväksi. Joskus jos syljeneritystä on paljon, voidaan sitä hillitä antiko-linergisilla lääkkeillä tai lääkkeillä, joilla on sellaisia vaikutuksia. Saattohoitopotilas voi toisaalta kärsiä myös liian vähäisestä syljen erityksestä, joka voi olla esimerkiksi lääkityksestä johtuvaa. Tähän suunkuivumiseen apuna voi käyttää purukumia, pilokarpiinitabletteja tai tekosylkeä. Potilaan ollessa saattohoidossa, ei potilas yleensä hyödy lisäravinnosta tai nesteytyksestä, vaan tavoitteena on hyvä yleishoito ja esimerkiksi janon tunteen vähentäminen tarvittaessa jääpalojen avulla tai huulia kostuttamalla. Jääpaloilla voi myös lievittää suun alueen kipua. Kipuun voi myös käyttää lidokaiinigeeliä tai morfiinisuuvertä tai -geeliä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Suun kuivumiseen sellaisilla potilailla, joilla nielemis-refleksi on jo heikko, voi käyttää keinosyljen lisäksi suunkostutukseen sitruunatikkuja, vaahtomuovituilla, kostutettua sideharsoa, kostuttavia voiteita tai ruokaöljyä, jota annostellaan suun limakalvoille. On tärkeää myös huolehtia potilaan hammashygieniasta normaaliin tapaan. Suun mahdollinen sieni-infektio tulee hoitaa siihen tarkoitetulla lääkkeellä ja jos potilaalla on käytössä hammasproteesit, tulee ne toimittaa keittopohjaukseen hammasteknikolle, jotta sienilääkkeestä on hyötyä ja sieni saadaan myös poistettua hammasproteeseista. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017.)

Saattohoitopotilaalla raajaturvotus on oire, joka johtuu yleensä lymfavirtauksen estymisestä (erityisesti syöpäpotilaat), hypoproteinemiasta tai sydämen vajaatoimintaan liittyvästä laskimoverenkierron heikentymisestä. Jos raajojen turvotus johtuu lymfakiertoon liittyvistä syistä, voi fysioterapeuttisilla keinoilla olla apua tilanteeseen. Siinä ja hypoproteinemiassa ei lääkehoidosta saatava hyöty ole merkittävä, toisin kun laskimoperäisessä turvotuksessa, jota voidaan hoitaa diureeteilla. Raajaturvotuksessa onkin tärkeää huolehtia ihon rasvauksesta, jotta vältetään infektiot, sekä kivunhoidosta. Toisaalta potilas voi myös olla kuivunut. Kuivumisen tavallisimpia syitä ovat nesteiden menettäminen esimerkiksi oksentelun tai kuumeen vuoksi tai nesteiden riittämätön saanti. Kuivuminen voi joskus johtua myös kiertävän nesteen siirtymisestä interstitiaalitalaan (solujen välitila). Tällöin nesteytys ei auta parantamaan potilaan yleistilaa. On myös tutkittu, että kuolevan potilaan janon tunne ei lieviyty parenteraalisella eli muualta kuin ruoansulatuskanavan kautta

annettavalla nestehoidolla. Jos potilas ei pysty enää nauttimaan tarpeeksi nesteitä suun kautta, voi janon tunnetta lievittää suuta kostuttamalla. Elämän loppuvaiheen hoidossa jopa yli 80 prosenttia potilaista kärsii kakeksiasta, eli vaikeasta aliravitsemus ja kuihtumistilasta. Kaksia-anoreksia on metabolinen oireyhtymä, johon liittyvät primaari kakeksia, eli tahaton laihtuminen ja ravinnon vähyydestä johtuva laihtuminen (sekundaarikakeksia). (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Kuoleman lähestyessä on luonnollista, että ihmisen ruokahalu vähenee sekä ruoan imeytyminen ravintoaineeksi aineenvaihdunnan kautta heikkenee. Ihminen ei tällöin saa käytettyä ruokaa kunnolla ravinnoksi, vaikka hän söisikin. Ruokailua ja nesteiden antoa voidaan jatkaa niin kauan, kuin potilas on siihen kykenevä ja halukas. Tulee kuitenkin muistaa, että jokaisella on itsemääräämisoikeus ja kun potilas ei enää jaksa tai halua ruokailla, tulisi tuota päätöstä kunnioittaa. Suonensisäinen ravitsemus voi lisätä pahoinvointia ja tehdä olon epämukavaksi. Suonensisäinen nesteytys taas voi pahentaa esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa ja siten aiheuttaa turvotusta ja kipuja. Suonensisäistä ravitsemusta ja nestehoitoa tulisikin toteuttaa vain, jos ne helpottavat potilaan vointia ja oloa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017.)

Hengenahdistus on yleistä saattohoidossa etenkin keuhkohtaumatautia sairastavilla (90 – 95 prosentilla), sydämen vajaatoimintaa sairastavilla (60%:lla), keuhkosyöpää sairastavilla (45-90 %:lla) ja muita syöpiä sairastavilla (30-70%:lla). Hengenahdistusta, eli dyspneaa esiintyy myös muiden pitkälle edenneiden tautien oireena. Syynä siihen voivat olla esimerkiksi este hengitysteissä, pleuraneste, askites-neste, keuhkoödeema, anemia, asidoosi tai ahdistuneisuus. Hengenahdistusta voi helpottaa lääkkeellisesti tai eri hoitotoimenpiteillä, kuten pleurapunktiolla tai sädehoidolla. Lääkehoidollisesti opioidien on tutkittu ilmeisesti vähentävän parantumattomasti sairaiden hengenahdistusta. Opioideja voidaan antaa joko suun kautta, laskimonsisäisesti tai ihon alle, niin kauan, että tilanne helpottuu. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Opioidien haittavaikutuksena voi kuitenkin olla hengityslama, jota voidaan ehkäistä antamalla opioideja riittävän pieninä annoksina (Mildh 2000). Hapen ei katsota lievittävän hengenahdistusta sen paremmin,



kuin ilmavirrankaan, ellei kyseessä ole hypoksinen, eli veren alhaisesta happipitoisuudesta kärsivä potilas. Myös yskä on yleinen oire keuhkotaudeista kärsivillä elämän loppuvaiheen hoidossa. Yskän tehokkaassa hoidossa hoidetaan yskän syytä, mikä voi olla esimerkiksi hengitystieinfektio, tuumori hengitysteissä, keuhkoödeema tai pleuran ärsytys. Hoidossa voi käyttää opioideja samaan tapaan kuin hengenahdistuksessa. Lisäksi lääkehoitona runsaaseen hengitystie-eritykseen voidaan käyttää antikolinergisia lääkkeitä inhaloituna, subkutaanisesti tai laskimonkautta annosteltuna. Myös massiivinen verenvuoto hengitysteihin (verensyöksy) on mahdollinen, mutta harvinainen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Kuolemaa lähestyttäessä potilaan hengitys muuttuu yleensä pinnalliseksi ja katkonaiseksi. Hengitys saattaa korista, mikä johtuu keuhkoihin kerääntyvästä limasta, jota ei potilas enää saa yskittyä pois. Hengenahdistusta voi helpottaa myös huolehtimalla hyvästä asennosta. Yleensä paras asento on puoli-istuva-asento tai kylkiasento. Kuoleman lähestyessä hengitys tapahtuu yleensä suun kautta, joten suun kostutuksesta olisi hyvä huolehtia. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017b.)

Painehaava ei ole saattohoitoon kuuluva oire, mutta saattohoitopotilaalla on suurempi riski saada sellaisia. Painehaavojen syntymisen riskiä nostaa kudosten puutteellinen verenkierto. Pitkäaikaista hoivapotilaista noin yhdellä kymmenestä on painehaava. Yleisimmin painehaavat syntyvät sellaisille ihoalueille, jossa luu painaa ihoa ja estää tällä tavoin normaalin verenkierron alueella. Tällaisia alueita ovat lonkat, alaselkä, pakarat ja kantapäät. Vakavasti sairailta painehaava voi syntyä tunneissa. Ehkäisyssä tulee huolehtia riittävän proteiinipitoisesta ruoasta, asentohoidosta ja mahdollisuuksien mukaan hyvästä patjasta. Painehaavojen syntyä ehkäisevällä riittävällä asennon vaihdolla tarkoitetaan esimerkiksi kyljeltä toiselle kääntämistä tai pienempiä asennonvaihtoja. Painehaavojen ehkäisyssä ei ihon rasvauksesta ole todettu olevan hyötyä. (Lumio 2016.)

Vuodepotilaan asento vuoteessa tulisi olla joko tyynyillä tuettu 30 asteen kylkiasento, selinmakuu tai vatsa-asento. Patja tulee valita yksilöllisesti ja sen sopivuus ja toimivuus tulee arvioida jokaisen potilaan kohdalla erikseen. Asentohoidossa

tulee myös huomioida mahdollisimman hyvin potilaan oma toimintakyky ja aktiivisuus. Pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden aktiivisuutta voidaan tukea esimerkiksi musiikilla. Hoitajien avustaessa asennonvaihdossa, tulee mahdollisuuksien mukaan käyttää apuvälineitä kuten siirtolakanaa tai henkilönostinta. Tarvittaessa tulee potilaalle antaa kipulääkettä ennen asennonvaihtoa. (Kinnunen, Ahtiala, Hynninen, Iivanainen, Seppänen & Tervo-Heikkinen 2015, 11-25.)

Fyysisten oireiden lisäksi saattohoidossa oleva potilas voi kärsiä psyykkisistä ongelmista. Psyykkiset ongelmat voivat johtaa myös somaattisiin ongelmiin, kuten unettomuuteen. Lähestyvä kuolema ja saattohoito saattavat aiheuttaa mielenterveysongelmia. Tavallisin elimellisestä sairaudesta johtuva psyykkinen oire on masennus. Potilailla voi olla myös ahdistuneisuutta ja pelkotiloja. (Hiltunen 2015, 223-229.) Potilaalla on kuitenkin oikeus surra. On tutkittu, että elettyä elämää arvostava muistelu ja surutyö voivat suojata vaikeammilta psyykkisiltä häiriöiltä. Käypä hoito -suosituksessa linjataan, että oireita ja kärsimystä tulee lievittää lääkkein ja henkisellä tuella. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Ylempänä mainitut ongelmat kuten masennus ja väsymys alentava myös kipukynnystä (Hänninen 2015 c, 36-37). Saattohoitopotilaan asennusta on vaikea diagnosoida somaattisten oireiden perusteella. Masennusta kuitenkin esiintyy palliatiivisessa hoidossa noin neljäsosalla potilaista. Elämän loppuvaiheen hoidossa voidaan masennusta hoitaa lääkkeillä (ensisijaisesti anksiolyytit), terapialla ja keskusteluilla, joissa on hyvä puhua myös muusta, kuin lähestyvistä kuolemasta. Potilailla voi myös olla ahdistuneisuutta, mikä on luonnollinen reaktio kuoleman lähestyessä. Se voi johtua myös aiemmasta tai piilevästä häiriöstä tai olla osoitus jonkun muun oireen, kuten kivun, alihoidosta. Ahdistuneisuutta voivat aiheuttaa myös esimerkiksi hypoksia, delirium tai vieroitusoireet. Sen hoidossa voivat olla avuksi bentsodiatsepiinit, depressiolääkkeet ja haloperidoli. Myös unettomuus voi aiheuttaa mielialan ja toimintakyvyn laskua. Sitä hoidetaan unihygieniasta huolehtimalla ja lääkehoidolla, kuten bentsodiatsepiineilla, neurolepteilla tai masennuslääkkeillä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Syöpää sairastavilla viimeisinä elinpäivinä jopa 88 prosentilla esiintyy orgaanisia sekavuustiloja eli deliriumia. Se on akuutti sekavuustila, joka johtuu orgaanisen aivotoiminnan häiriöstä. Tietoisuus ja tarkkaavaisuus heikkenevät, muisti ja ajattelu häiriintyvät ja potilaalla voi olla psykomotorisia ja emotionaalisia muutoksia, sekä uni-valverytmin muutoksia. Se jaetaan hypo- ja hyperaktiiviseen muotoon. Hypoaktiivisessa muodossa ulkoiset merkit deliriumista puuttuvat, vaikka sisäinen hajaannus on samanlaista kuin hyperaktiivisessakin muodossa. Deliriumia voivat aiheuttaa esimerkiksi infektiot, lääkehoito (kuten opioidit), hypoksia, hyperkalsemia ja elektrolyyttihäiriöt. Hoidon kulmakiviin kuuluvat turvallisen, rauhallisen ja valvotun ympäristön järjestäminen, turvallisuuden tunteen vahvistaminen läsnäololla, tarvittaessa lääkehoito ja deliriumin oireenmukainen hoito. Kuitenkin esimerkiksi deliriumin hypoaktiivisen muodon hoito vanhuksilla keskittyy ensisijaisesti lääkkeettömään hoitoon. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Hetkiä ennen kuolemaa suurimmalle osalle potilaista ilmestyy merkkejä tulevasta kuolemasta. Tällaisia merkkejä ovat esimerkiksi fyysisten oireiden lisääntyminen, ruokahaluttomuus, voimakas väsymys (ei enää jaksa puhua jne.), virtsan erityksen väheneminen, suolen toiminnan heikentyminen, kuumeilu ilman selittävää tekijää, kipulääkkeen tarpeen kasvaminen ja hengityksen muutokset. Jokainen kuolinprosessi on kuitenkin ainutlaatuinen. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017c.)

Ennen kuolemaa ihmiskeho ei enää tarvitse ravintoa ja nesteitä kuten aikaisemmin eikä se pysty käyttämään saatavaa ravintoa samoin kuin ennen. Ruokahaluttomuuden lisäksi myös virtsan erityks ja suolen toiminta heikkenevät. Potilaalla saattaa olla myös kuumeilua, vaikka hänellä ei olisikaan esimerkiksi mitään virustautia tai tulehdusta. Kuumeilu elämän loppuvaiheessa johtuu aivojen lämmönsäätelykyvyn häiriintymisestä. Kuumetta voidaan hoitaa tarvittaessa kuumetta alentavilla lääkkeillä ja tällöin ei antibiooteista kuumeiluun ole apua. Usein hengitys muuttuu ennen kuolemaa katkonaiseksi ja pinnalliseksi. Ennen kuolemaa voi tulla pitkiäkin hengityskatkoja. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017c.)

## 2.7 Saattohoito ja henkisyys

Saattohoidossa olevan potilaan toimintakyky voi saattohoidon aikana olla jo oleellisesti huonontunut, mutta toisaalta taas osa potilaista voi säilyttää toimintakykynsä, vaikka kuolema olisikin jo lähellä. Kuolevan potilaan hoidon käypä hoito -suositus linjaa, että loppuvaiheen hoidossa pitää paneutua psykologisiin ja sosi-aalisiin, maailmankatsomuksellisiin ja hengellisiin tarpeisiin. (Kuolevan potilaan oi-reiden hoito 2012.) Tuleva kuolema saattaa nostaa toiminta- ja ajattelukykyisellä potilaalla mieleen eksistentiaalisia kysymyksiä elämän tarkoituksesta. Potilas voi kokea arvottomuuden tunnetta, hän voi kokea olevansa taakka ja riippuvainen toi-sista. Lisäksi ennen kuolemaa voivat toiset kärsiä kuolemanpelosta, toiset toivoa kuoleman jouduttamista. (Hänninen 2015.)

Potilaan kärsimystä voivat lisätä myös pelko, ahdistus, masennus, viha tai epä-toivo ja näihin tunteisiin liittyvät pelot, kuten esimerkiksi itsekontrollin menetyksen pelko. Alitajuisesti potilas voi tuntea tilanteestaan vihaa esimerkiksi hoitohenkilö-kuntaa tai Jumalaa kohtaan. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2015.) Eksistentiaaliset, eli olemassaoloa koskevat, pelot koskevat yleensä aikaa kuoleman jälkeen tai siihen, että sitä ei ole. Ajatellaan, että kuole-man ahdistus johtuu pelosta, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu, itse kuolin tapahtu-man pelosta tai olemisen lakkaamisen pelosta. Potilaan lisäksi samat kysymykset vaivaavat myös läheisensä menettävää omaista. (Hänninen 2015b.)

Vuonna 2015 73,0% suomalaisista oli evankelisluterilaisen kirkon jäseniä, 1,1% Ortodoksisen kirkkokunnan jäseniä, 1,6 % muun uskontokunnan jäseniä ja 24,3 % väestörekisteriin kuuluvia tai tuntemattomia (Tilastokeskus 2016). Vaalan kun-nassa vuonna 2014 evankelisluterilaiseen kirkkoon kuului noin 86 prosenttia vaa-lalaisista (Vaalan seurakunta 2014).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on määritelty seuraavasti: ”*Potilaan äidin-kieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otet-tava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.*” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1993).

Vaikka osa iäkkäistä ihmisistä tuntuu valmistautuvan kuolemaansa tyynesti, tulee kaikilla vanhuksilla olla myös oikeus ja mahdollisuus surra päättyvää elämää ja siitä seuraavaa ahdistusta, sosiaalisten siteiden katkeamista. Myös omaisille on pyrittävä järjestämään mahdollisuus hyvästellä kuoleva rauhassa ennen kuolemaa. Arvokas kuolema ja hyvä loppuvaiheen hoito vaativat hyvää, turvallista ja jatkuvaa hoitosuhdetta. Tämä parantaa sekä psyykkistä, että fyysistä hoitoa. (Hiltunen 2015, 223-229.)

Elämän loppuvaiheessa nousevat myös iäkkäille huolenaiheeksi yksinäisyys tai huoli lapsista. Tarvittaessa potilaalle on tarjottava mahdollisuutta ulkopuoliseen keskusteluapuun. Psykologisen tuen lisäksi jaksamista voi auttaa helpottamalla käytännön asioiden järjestelyissä ohjaamalla eri palveluiden pariin, kuten edunvalvonnan järjestämisestä, testamentin teosta tai omaisuuden järjestelystä. (Hiltunen 2015, 223-229). Vaalassa Oulunkaaren kuntayhtymä järjestää psykiatristen sairaanhoitajan vastaanottoja sekä terveyskeskuspsykologin vastaanottoa (Oulunkaaren kuntayhtymä 2017). Tulevaan voi valmistella myös kirjaamalla ylös potilaan hoitotahto. Omaisten psyykkiseen tukemiseen on olemassa sekä julkisia, että yksityisiä palveluita. Omaisille on hyvä antaa mahdollisuus ottaa halutessaan yhteyttä hoitohenkilökuntaan. Psykososiaalinen tuki on tarkoitettu niin potilaalle, kuin omaiselle niin kauan, kun on elämää. Kuoleman jälkeisestä tuesta on hyvä ohjeistaa omaisia. (Hiltunen 2015, 223-229.)

Suomalaista saattohoitoa koskevassa tutkimuksessa on todettu, että hoitajat kokevat kuolemasta puhumisen vähentävän kuolevan perheiden kokemaa emotionaalista stressiä. On koettu, että kuolemasta puhuminen vapauttaa voimavaroja elämälle. Toisaalta omaisilla ja potilaallakin saattaa olla toive sairaan paranemisesta, vaikka todellisuudessa sellaista toivoa ei enää ole. (Anttonen 2016, 81.)

Evankelis-luterilaisen kirkon keskeinen sanoma on, että elämä ei pääty kuolemaan. Evankelis-luterilainen kirkko voi järjestää sairaan tai kuolevan henkilön ja läheisten kanssa yhteisen rukoushetken tai kuoleman jälkeen saattohartauden. Saattohartauden ja rukoushetken voi järjestää seurakunnan työntekijä, yksi hoito-yhteisön henkilökuntaan kuuluvista tai potilaan läheinen. Evankelis-luterilaiseen

kirkkoon kuuluneen vainajan omaiset voivat aloittaa hautajaisjärjestelyt ottamalla yhteyttä kirkkoherranvirastoon. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2017.)

Ortodoksisen kirkon jäsenet haluavat usein valmistautua kuolemaan, jos sen lähestyminen on ennakoitavissa. Valmistautuminen tarkoittaa yleensä synnintunustukseen, sairaanvoiteluun ja ehtoollisen sakramentteihin osallistumista tai sielunhoidollista keskustelua, joten olisi hyvä tarjota kuolevalle mahdollisuuksien mukaan mahdollisuutta tavata pappi. Ortodoksikirkolla on tiettyjä rukouksia, joita on tapana lukea viimeisten hetkien koittaessa. Kuoleman jälkeen omaisten tulee ottaa yhteyttä vainajan kotiseurakuntaan (vaalalaisilla Kajaanin ortodoksinen seurakunta). Ortodokseilla on perinteen mukaan tapa haudata vainaja mahdollisimman nopeasti, mielellään jo kolmantena päivänä kuolemasta, mutta tämä on usein mahdotonta käytännön syistä. (Suomen Ortodoksinen kirkko 2017.)

## 2.8 Kuolema

Kun potilas kuolee, on siitä viipymättä ilmoitettava lääkärille tai poliisille (Laki kuolemansyyntä selvittämisestä 459/73 § 1). Jokaiselle kuolleelle täytyy tehdä joko lääketieteellinen tai oikeuslääketieteellinen kuolemansyyntä selvitys ja laatia kuolintodistus. Koska saattohoitopotilaan kuolema on odotettavissa ja potilas on kuollessaan hoidossa, toteaa hoitava lääkäri kuoleman viivytyksettä tiedon saatuaan. On tärkeää myös ilmoittaa kuolemasta omaisille. Lääkäri kirjoittaa myös hautausluvan, joka tulee toimittaa omaisille. (Sajantila 2016.)

Kuolemanhetkeä on osin vaikea määrittää, sillä elintoiminnot lakkaavat eriaikaisesti. Lainsäädäntö kuitenkin linjaa Suomessa kuoleman tapahtuneen silloin, kun kaikki aivotoiminta on lakannut pysyvästi. Käytännössä kuolema kirjataan yleensä silloin, kun sydämen toiminta on lakannut. Kuoleman merkit voidaan jakaa sekä ensisijaisiin, että toissijaisiin merkkeihin. Ensisijaisia merkkejä ovat sydämen toi-

minnan ja hengityksen lakkaaminen sekä kudusjänteiden heikentyminen. Toissijaisia kuolemanmerkkejä ovat lautumat (aikaisintaan n. 20 minuutin kuluttua), kuolonkankeus (leuassa ja nivelissä 2-4 tunnissa), kehon jäähtyminen ja kuivuminen ja mätäneminen (alkaa kahdessa vuorokaudessa). Kuolinhetkestä kirjataan potilasasiakirjoihin tieto kuolleen viimeisistä hetkistä, tarkka kuolinaika, kuolintapa ja se, ketä oli kuolinhetkellä läsnä. Lisäksi kirjataan myös omaisille annetun tiedon sisältö ja omaisten mahdolliset toiveet. (Iivanainen ja Syväoja 2008, 544, 547.)

Omaiset voivat olla kuolemasta hyvin järkyttyneitä, vaikka se olisikin ollut odotettavissa. Usein omaiset haluavat olla läsnä kuolinhetkellä. Jos omaisia ei ole ollut paikalla, saattaa omaisilla olla itsetsyytöksiä. Saattohoidon aikana olisi omaisia hyvä kannustaa osallistumaan kuolevan hoitoon ja huolenpitoon. Omaisia voi myös tukea käymällä läpi yhdessä vainajan elämää ja viimeisiä vaiheita ja ohjata käytännön asioissa, kuten kuolin- ja hautaustodistuksen kanssa ja hautajaisjärjestelyjen aloituksessa. Hoitajan on myös hyvä huomioida omaisten jaksamisesta, ruoasta, juomasta ja levosta. Täytyy kuitenkin muistaa, että kuolevan luota pois lähteminen täytyy olla aina omaisen oma päätös. (Iivanainen ja Syväoja 2008, 546.) Tarvittaessa omaisen voi ohjata myös kriisipalveluiden piiriin. Arkisin voidaan ohjata ottamaan yhteyttä terveysaseman vastaanottoon, muina aikoina Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatriselle poliklinikalle. (Oulunkaaren kuntayhtymä 2017.)

Jos potilaan omaiset eivät kuolinhetkellä ole paikalla, niin ilmoitetaan kuolemasta mahdollisimman pian lähiomaiselle tai muulle sovitulle yhteyshenkilölle. Omaisten toiveet siitä, ilmoitetaanko kuolemasta yöllä, on hyvä kysyä ennakkoon ja kirjata tieto hoitosuunnitelmaan. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ohjeen mukaan puhelimella kuolemasta ilmoitettaessa tulee soittajan etsiä hälytön tila, josta viestin voi ilmoittaa rauhassa. Hyvä tapa on ottaa osaa omaisen suruun. Hoitaja voi arvioida kriisiavun tarvetta puhelun aikana. Väärinkäsitysten välttämiseksi kuolemasta ilmoitettaessa sanotaan selvästi, että potilas on kuollut ja vältetään kiertoilmauksia kuten ”hän on nukkunut pois” tai ”hän on mennyt pois”. Omaisen voi haluta tietää viimeisistä hetkistä ennen kuolemaa, joten ilmoittajan on hyvä varautua kysymyksiin kuten milloin potilas kuoli, oliko hän tajuissaan, oliko hänellä kipuja,

oliko hän yksin ja mitä hän puhui viimeksi. Jos potilaan vierellä on ollut kuolinhetkellä hoitaja, olisi hänen hyvä ilmoittaa kuolemasta. Samalla puhelussa sovitaan siitä, tuleeko omainen tai muut läheiset katsomaan vainajaa ennen poiskuljetusta. Mikäli potilaan yhteyshenkilö on edunvalvoja, ilmoitetaan hänelle ensimmäisenä arkipäivänä virka-aikaan. Jos taas potilaalla ei ole edunvalvontaa tai omaisia, ilmoitetaan kuolemasta poliisille. (Manner, Patala-Pudas, Elovaara & Lang 2017.)



### 3 PALVELUTALO SUOPURSU

Palvelutalo Suopursu on Vaalassa sijaitseva, Oulunkaaren kuntayhtymän organisoima, tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa on 16 vakituista- ja yhdestä kahteen intervallihoitopaikkaa. Yksikön tarkoituksena on tuottaa asumispalveluja iäkkäille ja mahdollistaa heille turvallinen ja kodinomainen asuinympäristö. Suopursun toiminta-ajatuksiin on kirjattu myös tavoitteet fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvänolon tunteesta, arvostamisen ilmapiiristä ja hyvästä kohtelusta, sekä omatoimisuuden ja toimintakyvyn tukemisesta, itsemääräämisoikeuden arvostukseen ja kuntouttavaan työotteeseen päivittäisessä työssä. (Oulunkaaren kuntayhtymä 2015.) Asukkaat asuvat omissa pienissä asunnoissaan, joissa jokaisessa on oma keittiö sekä WC- ja suihkutilat. Asukkaat asuvat asunnoissa yleensä yksin, mutta joskus myös pariskuntia asuu samassa asunnossa. Intervallihoidossa olevat asukkaat saattavat jakaa asunnon toisen intervalli-potilaan kanssa.

Suopursun henkilökuntaan kuuluu pääasiassa lähi- ja perushoitajia. Heidän lisäksi töissä on myös keittiötyöntekijä sekä vuodesta 2016 lähtien myös yksi sairaanhoitaja. Sairaanhoitaja on tuonut uusia mahdollisuuksia esimerkiksi lääkehoidon toteutukseen, joka on lisännyt saattohoidon toteutettavuutta. Tässä opinnäytetyössä hoitajalla tarkoitetaan yksikössä työskenteleviä sairaanhoitajia, lähihoitajia ja hoitoapulaisia. Palvelutalo Suopursussa ei ole paikalla lääkäriä, vaan lääkäriä konsultoidaan tarvittaessa.

Palvelutalo Suopursussa asukkaat asuvat kodinomaisessa paikassa, jossa on tutut hoitajat ja esimerkiksi omaisilla mahdollisuus viipyä ympärivuorokautisesti omaisensa luona. Tästä syystä saattohoitoa on hyvä toteuttaa Palvelutalo Suopursussa, ilman siirtoa toiseen hoitoyksikköön. Myös se, että saattohoidossa on usein riittävän hyvä oireenmukainen ja perushoito, viittaavat siihen, että saattohoitoa voidaan toteuttaa onnistuneesti myös Palvelutalo Suopursussa.

Kuoleman jälkeen omaiset voivat käydä katsomassa vainajaa Suopursussa. Potilaan tiedoissa on merkintä siitä, haluavatko omaiset tiedon esimerkiksi yöaikaan

heti, vai vasta aamulla. Vainaja siirretään palvelutalo Suopursusta Vaalan terveyskeskukseen, jossa vainajaa voi myös käydä halutessaan katsomassa. Ennen vainajan siirtoa hänet siistitään ja puetaan esimerkiksi omaisten toivomiin vaatteisiin. Terveyskeskuksessa lääkäri käy katsomassa vainajaa ja kirjoittaa hautausluvan ja kuolintodistuksen, jos katsoo kuoleman olevan luonnollinen. Kuljetuksista vuodeosastolle huolehtii henkilökunta. Jatkosta voi sopia hautaustoimiston kanssa. Halutessaan omaiset voivat kuitenkin osallistua esimerkiksi vainajan pukemiseen. Palvelutalo Suopursussa on tapana, omaisten niin luvatta, muistella vainajaa esimerkiksi suruliputuksella, kynttilöitä sytyttämällä ja pienellä yhteisellä muistohetkellä.

Jos potilas kuolee yöllä, on yksikön ohjeistuksena soittaa ambulanssi. Palvelutalo Suopursussa on yöaikaan töissä vain yksi hoitaja, joten tarvittaessa esim. vainajan pukemiseen voi soittaa avuksi hoitajan Vaalan kotihoidosta. Yöllä vainajaa ei siirretä, vaan avataan huoneen ikkuna ja odotetaan aamuun.

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

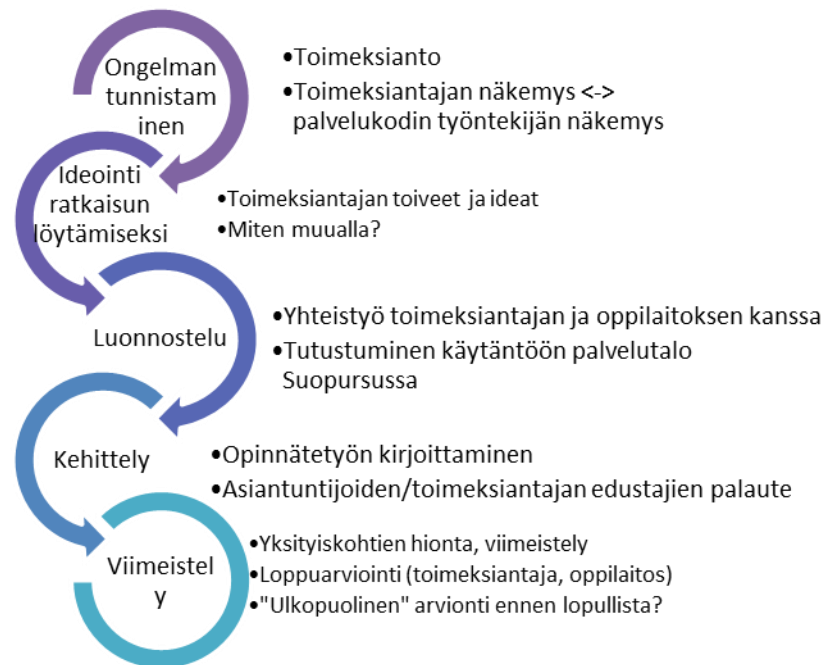
Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tutkia saattohoitoa ja luoda ohjeistus hoitajille saattohoidon toteutuksen avuksi. Ohjeistus toteutetaan saattohoito-oppaana. Opinnäytetyön tuotteena olevalla oppaalla on tarkoitus auttaa palvelutalo Suopursun työntekijöitä saattohoidon toteutuksessa ja kuolevan potilaan hoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää näyttöön perustuvan saattohoidon toteutusta palvelutalo Suopursussa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävä on ”Millainen opas tukee palvelutalo Suopursun hoitohenkilökuntaa näyttöön perustuvassa saattohoidossa?”.

## 5 TUOTTEISTAMISPROSESSI

Opinnäytetyöni on materiaallinen tuote eli opas. Laadukas tuote syntyy tuotekehitysprosessin kautta. Sosiaali- ja terveysalan osaamisen tuotteistamiseen kuuluu viisi eri vaihetta (kuva 4); ongelman ja kehitystarpeen tunnistaminen, ideointi ratkaisun löytämiseksi, luonnostelu, kehittäminen ja viimeistely. (Jämsä, Manninen 2000, 15, 28.)



Kuva 4: Tuotteistamisprosessi

Kun aloitetaan oppimisprosessi, aluksi tiedonhaku on lähinnä aihetta kartoittavaa. Tarkoituksena on saada aiheeseen jokin näkökulma, jotta aiheen jäsentäminen olisi helpompaa. Kun tietoa kartutettu tarpeeksi, pystyy oppija antamaan työllensä tavoitteen ja rajaamaan aiheen. (Sormunen & Poikela, 2008. 12.) Ongelman ja kehitystarpeen tunnistamisen vaiheessa on yleensä lähtökohtana joko tarve jo käytössä olevan palvelun tai tuotteen edelleen kehittämiseen tai kokonaan uuden luominen (Jämsä, Manninen, 2000, 28-29). Palvelutalo Suopursussa ei aiemmin ole ollut minkäänlaista tuotetta saattohoitoa ajatellen, joten kyseessä oli kokonaan uusi tuote. Kun ongelmaa tai kehittämistarvetta täsmennetään, on keskeistä sel-

vittää ongelman laajuus, sillä eri osapuolilla ei välttämättä ole tiedossa koko kehittämistarvetta tai ongelmaa. On myös syytä pohtia, onko valmista tuotetta jo olemassa. (Jämsä, Manninen, 2000, 31-33.) Saattohoito-oppaita on tehty lukuisia esimerkiksi ammattikorkeakoulujen opinnäytteinä. Kuitenkin palvelutalo Suopursussa on esimerkiksi henkilöstön, lääkehoidon jne. mahdollisuudet sellaiset, että valmista opasta ei voida käyttää, vaan oppaan tulee olla räätälöity heidän tarpeisiin.

Ideointivaiheessa ideoidaan sitä, minkälainen tuote auttaa ongelman ratkaisussa ja miten se parhaiten palvelisi tarvetta. Ideointiprosessin tuloksena on tarkoitus syntyä tuotekonsepti, joka on esitys siitä, millainen tuote tai palvelu on tarkoituksenmukaisin. Ideointivaiheessa on hyvä olla mukana useita ihmisiä, joista yhden tehtävä on arvioida työtä kriittisesti. (Jämsä, Manninen 2000, 38-40.) Tässä vaiheessa ideoin tuotetta sekä palveluesimiehen, että palvelutalo Suopursussa työskentelevän sairaanhoitajan kanssa, jotta saan useampia näkökulmia esimerkiksi oppaan käytännön toteutukseen.

Luonnosteluvaiheen ominaispiirteisiin kuulu analyysi, jossa pohditaan sitä, mitkä tekijät ja näkökohdat ohjaavat valmiin tuotteet suunnittelussa ja valmistuksessa. Laadukas tuote syntyy, kun otetaan huomioon eri näkökulmat ja asioita selvitetään asiantuntijatiedon pohjalta. Tuotekonseptista kehittyy tuotekuvaus, joka vastaa esimerkiksi kysymyksiin ketkä ovat tuotteen käyttäjiä ja mitkä ovat tuotteen tavoitteet eri aikaväleillä. (Jämsä, Manninen 2000, 43-44.) Olen tehnyt yhden opintoihin kuuluvan harjoittelujakson palvelutalo Suopursussa opinnäytetyöprosessin aikana ja siellä tutustunut käytäntöihin ja tarpeisiin ja rajannut aihetta siitä näkökulmasta. Loin oppaasta käsikirjoituksen (kuva 5), johon oli koottu kaikki tärkeimmät aiheet, joita oppaassa tulitaisiin käsittelemään. Oppaan käsikirjoitus oli liitteenä myös tutkimuslupaa hakiessa.



Kuva 5: Saattohoito-oppaan käsikirjoitus

Kehittelyvaiheessa pohditaan tuotteen käytännön toteutusta. Yleensä informaatiota välittävissä tuotteissa yleisimpiä ongelmia ovat asiasisällön valinta ja sen määrä sekä tietojen ajantasaisuus. Yksi haaste kehittämissä on myös löytää sopiva tyyli tekstille, jotta lukijan mielenkiinto säilyy, mutta toisaalta taas tarvittava määrä

informaatiota on lukijan käytettävissä. (Jämsä, Manninen 2000, 55-56.) Saattohoito-oppaan kohdalla ajantasaisuus on yksi ongelmista, jonka olen suunnitellut ratkaisevani jättäväni palvelutalo Suopursuun myös sähköisen version oppaasta. Toisaalta taas siitä johtuu jatko-ongelma siitä, kuka tarvittaessa päivittää opasta. Ulkonäöllisesti saattohoito-oppaan tulisi olla sellainen, josta tarvittava tieto löytyy tarvittaessa nopeasti, mutta kattavasti.

Vaikka palautetta saadaankin kaikissa tuotteistamisprosessin vaiheissa, muokataan tuote lopulliseen käyttökuntoonsa viimeistelyvaiheessa, jolloin sitä voidaan esimerkiksi testata koekäyttäjillä tai sen sisällön siirtoa käyttäjille suunnitellaan (Jämsä, Manninen 2000, 80-81). Ennen viimeistely vaihetta jätin sekä opinnäytetyöraportin että saattohoito-oppaan ensimmäisen version arvioitavaksi palveluesimiehelle ja palvelutalo Suopursun henkilökunnalle. Heiltä saaman palautteen perusteella muokkasin vielä hiukan oppaan rakennetta ja toin esille joitain asioita, joita he kokivat tärkeäksi.

Arviointi on tärkeää jatkuvan kehittämisen ja tulosten osoittamisen kannalta ja sen toteuttaminen on hyvä suunnitella jo toiminnan aloitusvaiheessa tekemällä arviointisuunnitelman. Arviointisuunnitelmaa varten on oltava toiminta- tai hankesuunnitelma tai vastaava (tässä tapauksessa opinnäytetyön suunnitelma), johon suunnitelma liitetään. Sitä voidaan kuitenkin muokata tarvittaessa prosessin edetessä. (Nikula 2008.) Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa tein arviointisuunnitelman (kuva 6), johon kirjasin muun muassa sen mitä arvioidaan, miten arvioidaan, mitkä ovat olennaisia seikkoja arvioitaviksi, arviointien kirjaamisen ja kuka arvioi. Saattohoito-oppaan käsikirjoitusta arvioivat palveluesimies ja palvelutalo Suopursun sairaanhoitaja. Heidän lisäksi myös opinnäytetyön vertaisarvioija ja ohjaava opettaja kommentoivat suunnitelmaa. Näiden arvioiden perusteella jatkoin oppaan tekoa ja muokkasin tarvittavia asioita käsikirjoituksesta.



Kuva 6: Tuotteistamisprosessin arviointi



Tuotteen kehittelyvaiheen jälkeen luonnosteluvaiheen arvioijat sekä heidän lisäksi myös muu palvelutalo Suopursun henkilökunta arvioivat viimeistelemätöntä opasta, sen hyödyllisyyttä, käyttömukavuutta ja tarpeellisuutta. Näistä arvioista saadun palautteen mukaan viimeistelin tuotteen viimeistelyvaiheessa.

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia saattohoitoa ja luoda ohjeistus hoitajille saattohoidon toteutuksen avuksi. Ohjeistus toteutettiin suunnitellusti saattohoito-oppaana. Sen tarkoitus oli auttaa palvelutalo Suopursun työntekijöitä saattohoidon toteutuksessa ja kuolevan potilaan hoidossa. Tuotteeksi valmistui saattohoito-opas, jossa on tietoa eri saattohoidon osa-alueista.

Saattohoito on laaja kokonaisuus, joten aloin ensin kartoittamaan saattohoitoa kokonaisuutena. Sitten keskityin hoitajan näkökulmaan ja hoitajan tehtäviin saattohoidossa. Ymmärsin, että saattohoitoprosessi on moniammatillinen ja monialainen prosessi, jonka tavoitteena on kuolevan hyvä hoito, huomioiden myös hänen omaisensa ja hoitohenkilökunnan tarpeet.

Saattohoito koostuu hyvästä kivunhoidosta, hyvästä oireenmukaisesta hoidosta ja henkisestä tuesta sekä omaisille, mutta ennen kaikkea potilaalle. Saattohoidossa huolehditaan potilaan fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä, sosiaalisesta ja henkisistä osista, kunnioittaen potilaan elämäntapaa ja ennen kaikkea itsemääräämisoikeutta. Saattohoidossa jokaisella on oikeus hyvään kivun- ja oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan.

Oppaan tavoitteena oli edistää näyttöön perustuvan saattohoidon toteutumista palvelutalo Suopursussa. Opas on luotu laajan, näyttöön pohjautuvan tietopohjan perusteella ja se on toteutettu toimeksiantajan antamia toiveita ajatellen. Lisäksi sitä suunniteltaessa olen lukenut myös tutkimuksia, joita on tehty siitä, miten hoitajat ja sairaanhoitaja-opiskelijat ovat kokeneet saattohoidon ja mitä sen haasteet ovat. Yksiä tärkeimmistä lähteistä teoreettisessa tietoperustassa olivat käypä hoito-suositukset kuolevan potilaan sekä kivunhoidosta. Nämä suositukset linjaavat valtakunnallisesti saattohoitoa, kuten myös eettisen neuvottelukunnan (ETENE) suositukset. Näiden ja alueen oman, Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin ohjeistusten mukaan on pyritty luomaan ajantasainen, näyttöön perustuva ohjeistus, joka vastaa palvelutalo Suopursun tarpeita.

## 6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessa kaikki vaiheet ovat tärkeässä asemassa luotettavuutta arvioitaessa. Luotettavuuden kriteerejä ovat siirrettävyys, totuudellisuus, vahvistettavuus ja uskottavuus. (Tuomi & Sarajärvi 2002.) Opinnäytetyöni siirrettävyyttä on osin hankala todentaa, sillä se on tehty ajatellen palvelutalo Suopursua ja sen käytäntöjä. Toisaalta taas toiset asiat ovat ”samanlaisia” kaikkialla, kuten kivun hoito ja oikeenmukainen hoito, huomioon ottaen tietenkin esimerkiksi käytettävissä olevan henkilökunnan ja sen koulutuksen. Totuudellisuutta, eli sitä, kuinka paljon minun johtopäätökset vastaavat todellisuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002), voi helpoiten arvioida tuotteen käyttäjät ja toimeksiantaja. Tätä voidaan tutkia myös samalla, kun arvioidaan tuotteistamisprosessin ja tuotteen onnistumista. Vahvistettavuutta voidaan tutkia vertaamalla työtä esimerkiksi muihin palvelukoteihin tehtyihin saattohoito-oppaisiin ja niitä koskeviin opinnäytetöihin. Uskottavuutta, johon kuuluu esimerkiksi tutkijan subjektiivisuus ja objektiivisuus (Tuomi & Sarajärvi 2002), voidaan arvioida samoin, kuin totuudellisuutta, eli toimeksiantajan toimesta. Samoin tutkijan itse on hyvä miettiä omaa objektiivisuutta prosessin aikana, säilyttääkseen neutraalin näkökulman asiaan.

Verratessani opinnäytetyötäni muihin opinnäytteisiin kuten Koskelo (2015) ja Brilli ja Heinänen (2017), voin todeta, että suuret linjat ovat pääosin samoja kuin muilla, eli siis siirrettävyys niiltä osin, kuin sitä on mahdollista verrata, on hyvä. Toki jokaisella yksiköllä on omat tarpeensa saattohoitoon liittyen, joten erojakin löytyy. Olen pyrkinyt opinnäytetyöprosessin aikana säilyttämään neutraalin näkökulman ja olen siinä onnistunut mielestäni hyvin. Totuudellisuutta arvioidessa voin ottaa huomioon oppaan käyttäjien ja toimeksiantajan edustajan mielipiteet ja kommentit, joiden mukaan aiheen valinnat ovat olleet hyviä.

Opinnäytetyön luotettavuutta siis arvioidaan yhteistyöllä toimeksiantajan kanssa, omalla valvonnalla ja hyvää tutkimusetiikkaa noudattamalla. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa myös se, että etenemistä raportoidaan tarkasti, tuodaan omat

lähtöoletukset ja ennakkokäsitykset esiin ja käytetään enemmän aikaa tutkimuksen analysointiin ja tulkintoihin (Tuomi & Sarajärvi 2002). Lähtöodotuksia ja ennakkokäsityksiä saattohoidosta ei minulla ollut paljoa. Omassa työssäni olen nähnyt saattohoitoa jonkin verran. Tästä ennakkokäsitykseksi voi ajatella oman mielihalun kivunhoidon tärkeydestä, mikä myös oli toimeksiantajan toiveena tuoda esille. Ennakoajatuksestani oli, että kipua hoidetaan pääasiassa lääkkeillä, mutta tutkimuksessa tulikin esille lääkkeettömän kivunhoidon merkitys.

Opinnäytetyö ei käsitellyt yksittäisten potilaiden tai potilasryhmien tietoja, joten pääsyä potilastietokantaan ei tarvittu. Ilmiötä tutkittiin yleisesti ilmiönä ja hoitajien näkökulmasta, joten tutkimuseettisyyttä ajatellen ketään ei henkilönä tutkita. Toimeksiantajan kanssa solmittiin toimeksiantosopimus ja Oulunkaaren kuntayhtymältä ja anottiin ja saatiin tutkimuslupa vanhuspalvelujohtaja Hannele Pöykiöltä (Liite 1).

Hyvä tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttyä ja luotettavaa ja tulokset uskottavia vain silloin, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisella tavalla. Tutkimuseettinen neuvottelukunta määrittelee keskeisiksi lähtökohdat seuraavasti: Tutkimuksessa käytetään tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja (rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus) tutkimuksessa, tulosten esittämisessä ja tallentamisessa ja arvioinnissa. Tutkimuksessa käytetään eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus ja arviointimenetelmiä. Tutkija ottaa huomioon muiden tutkijoiden tutkimukset ja saavutukset ja kunnioittaa heidän työtään asianmukaisilla viittauksilla ja arvostuksella. Tutkimus toteutetaan ja suunnitellaan ja siitä raportoidaan ja tieto tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusta varten on hankittu tarvittavat tutkimusluvut ja eettinen ennakoarviointi on tehty. Tutkimushankkeessa ja -ryhmässä sovitaan ennen aloitusta kunkin ryhmän jäsenen oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet ja vastuut, sekä velvollisuudet. Myös aineiston käyttöoikeuksista, säilytyksestä ja muista vastaavista kysymyksistä sovitaan. Tutkimuksen rahoituslähteet ja sidonnaisuudet ilmoitetaan. Tutkijat pidättäytyvät tutkimukseen liittyvästä päätöksen teosta esteellisinä ja organisaatiossa noudatetaan hyvää henkilö- ja taloushallintoa ja tietosuojaa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-8.) Pysin noudattamaan

tutkimuksessani hyviä tutkimuseettisiä perusteita. Induktiivisessa analyysissä tutkitaan tutkimusaineistoa siten, että siitä pyritään löytämään yhtenevät säännönmukaisuudet ja tällä tavoin analysoimaan aineistoa ja sen luotettavuutta (Pitkäranta 2014, 62-63). Kiinnitin lähdeaineistoa valitessani huomiota tiedon yhtenäisyyteen ja siitä johtavaan uskottavuuteen. Pyrin tietoisesti etsimään tietoa, joka on mahdollisimman ajantasaista. Olen arvioinut lähteiden luotettavuutta vertaamalla niiden tietoja keskenään, pohtimalla lähteen ikää ja kirjoittajaa/kirjoittajia ja yleistä luotettavuutta. Lähteistä osan luotettavuutta oli pohdittu esimerkiksi käypä hoitosuosituksen lähteissä. Lisäksi esimerkiksi Valviran ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuja pidin luotettavana, sillä edellä mainitut tahot ovat valvovassa asemassa terveydenhuollossa.

## 6.2 Arvio onnistumisesta ja jatkokysymykset

Kokonaisuutena arvioiden projektini onnistuneen hyvin. Aiheen rajaus olisi voinut olla tarkempi, sillä laaja aihe on aiheuttanut ongelmia aikataulutukseen. Toisaalta taas koen, että jos olisin jättänyt yhdenkään aiheen käsittelemättä, ei työ olisi vastannut toimeksiantajan ja tulevan käyttöpaikan tarpeita riittävästi. Mielestäni oma ammatillinen kehittyminen on ollut erinomaisella tasolla, sillä olen saanut paljon uutta tietoa saattohoidosta ja sen eri näkökulmista. Oman osaamiseni on kehittynyt myös tutkimustyöhön liittyvissä asioissa. Niissä on kuitenkin vielä kehitettävää.

Henkilökohtaisena tavoitteena minulla oli kehittää omaa asiantuntijuuttani hoitotyössä saattohoidon osalta. Minulla oli myös tavoitteena oppia tekemään ammatikorkeakoulutasoista tutkimusta, oppia vertaistyöskentelyä ja muita opinnäytetyöprosessiin liittyviä tehtäviä. Lisäksi halusin kehittyä tunnistamaan lähdekriittisesti hyviä lähdemateriaaleja, jäsentämään materiaaleja ja tunnistamaan niistä tehtävän ja tutkimuksen kannalta oleelliset aineistot. Olen saavuttanut kaikkia asettamani tavoitteita. Erityisesti vertaistyöskentely oli mielestäni hieno kokemus, joka avasi täysin toisenlaisen tutkimuksen ja opinnäytetyön maailmaa.

Tutkimustehtävääni ”millainen opas tukee palvelutalo Suopursun henkilökuntaa näyttöön perustuvassa saattohoidossa?” sain vastattua melko kattavasti. Apunani tehtävään vastaamisessa käytin tutkittua tietoa sekä suoraa tietoa palvelutalo Suopursun henkilökunnalta.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla esimerkiksi saattohoito-opas omaisille tai potilaille. Lisäksi syvemmin mielestäni voisi myös tulevaisuudessa paneutua lääkkeettömään kivunhoitoon. Myös hoitajien kokemuksia saattohoidosta ja saattohoito-päätöksen teosta olisi mielenkiintoista tutkia, varsinkin kun yksikössä ei ole lääkäreitä paikalla.

### 6.3 Ammatillinen kasvu

Saattohoito aiheena on mielestäni kiinnostava, todella ajankohtainen ja tärkeä. Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen osaamiskuvauksissa määritellään EU:n mukaan ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimukset yleissairaanhoidosta vastaavalle sairaanhoitajalle. Kuvauksessa määritellään palliatiivisen hoitotyön ja elämän loppuvaiheen hoidon kohdalla taidoksi osata toteuttaa ja parantumattomasti sairaan ja pitkäaikaissairaan oireenmukaista hoitotyötä ja tukea myös potilaan läheisiä. (Eriksson ym. 2015, 3, 35-47.) Opinnäytetyössään, jonka aiheena oli opintojen loppusuoralla opiskelevien sairaanhoitajaopiskelijoiden valmiuksista kohdata kuoleva, on Satu Tiainen todennut, että opiskelijat kokevat vahvuudeksi esimerkiksi vainajan laitton ja potilaan perushoidon, sekä oman asenteen hyvään kivunhoitoon. Heikkouksiksi koulutuksen loppuvaiheilla koettiin taas tunteiden käsittely, potilaan ja omaisten kohtaaminen ja kivunhoidon toteutus. (Tiainen 2011, 27.) Oma osaamistani saattohoidon toteutuksessa arvioidessani voin olla hyvin pitkälti samaa mieltä Tiainen tulosten kanssa. Oma osaamista arvioidessani ns. tekniset suoritukset kuten vainajan laitto ja asentohoito ovat sellaisia asioita, joita voi harjoitella ja niiden kulku on usein hyvin samanlainen, kun taas esimerkiksi omaisten kohtaaminen voi kerta toisensa jälkeen olla hyvinkin erilainen tilanne.

Samoin omien tunteiden käsittely saattohoitotyössä on vielä osaltaan haaste. Hoitotyö ja sen osana kuolema ei ole opiskelijalle vielä kovinkaan tuttua. Opinnäytetyöprosessi on kuitenkin antanut minulle työkaluja myös hankalaksi kokemieni tilanteiden hoitoon.

Sairaanhoitajan osaamiskuvauksen mukaan sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu myös tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio-osaaminen eli esimerkiksi taito käyttää yleisimpiä terveystieteiden tietokantoja, hän ymmärtää kehittämisprosessin ja ymmärtää näyttöön perustuvan toiminnan -käsitteen ja merkityksen sosiaali- ja terveydenhuollossa (Eriksson ym. 2015, 42). Tutkimusosaaminen on kehittynyt paljon. Varsinkin tuotteistamisprosessi ja oman osaamisen tuotteistaminen ovat tulleet tutuiksi. Vertaisarviointi on perehdyttänyt myös toisenlaiseen tutkimustyyliin. Näyttöön perustuvan hoitotyön merkitys on kasvanut ja ymmärrän, mikä merkitys on sillä, että hoito on ajantasaiseen, oikeaan ja tieteellisesti tutkittuun näyttöön perustuvaa.

Saattohoitoa toteutetaan monipuolisesti eri työpaikoissa ja työympäristöissä ja omilla töissänini pienessä maalaiskunnassa tulen varmasti olemaan mukana myös saattohoidon toteutuksessa käytännössä. Luulen, että tulevaisuudessa SOTE-uudistus ja palveluiden siirtyminen maakunnille tulee lisäämään kotikunnassani sekä kotisaattohoitoa, että saattohoitoa erilaisissa asumispalveluyksiköissä. Hyvä tietoperusta saattohoidosta auttaa hoitotyössä ja tarvittaessa myös perusteluissa miksi näin toimitaan.

## 7 LÄHTEET

- Aivoliitto 2011. Nielemisvaikeus eli dysfagia. Viitattu 10.10.2017 [https://www.aivoliitto.fi/files/823/Dysfagia\\_web.pdf](https://www.aivoliitto.fi/files/823/Dysfagia_web.pdf) 2
- Antikainen, R. 2015. Muistisairaahan vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito – Muistisairaahan elämän loppuvaiheen tavallisimmat hoitoratkaisuja vaativat tilanteet. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A., (toim.) Palliatiivinen hoito. [Helsinki]: Duodecim. 561-564
- Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J., Strandberg, T. 2013. Vaikeasti demen-toituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen lääkärilehti 12/2013.
- Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Tampere university press. Viitattu 24.5.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1> 81.
- Arokoski, J. 2015. Kipu haltuun fysiatrian keinoin. Sic! Lääketietoa Fimeasta. Viitattu 10.10.2017. [http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kipu-haltuun-fysiatrian-keinoin](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kipu-haltuun-fysiatrian-keinoin)
- Bernabei, R., Gambassi, G., Lapane, K., Landi, F., Gatsonis, C., Dunlop, R., Mor, V. 1998. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE study group. systematic assessment of geriatric drug use via epidemiology. *Jama*, 279(23), 1877-1882. Viitattu 18.1.2017 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/9634258>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M., & Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen: Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. [Espoo]: Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto. 3, 35-47
- Eskelinen, A-P. 2013. Vuodepotilaan asentohoidot hoitotyössä. Karelia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.10.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201302031990> 41
- Fimea 2017. Lääke +75. Viitattu 7.8.2017 [http://www.fimea.fi/laakehaut\\_ja\\_luettelot/laake75-](http://www.fimea.fi/laakehaut_ja_luettelot/laake75-)
- Haanpää, M. 2014. TENS kroonisessa alaselkävivussa. Näytönastekatsaus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak08252>
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaahan vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito – Muistisairaudet. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A., (toim.) Palliatiivinen hoito. [Helsinki]: Duodecim. 560.



- Heikkilä, J., Jylhä, N., Reinikka, H., ja Siirilä, N. 2015. Jääthän luokseni, että voin olla turvassa – omaisten ja työntekijöiden kokemuksia saattohoidosta. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.10.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2015052610384> 39-40
- Hiltunen, P. 2015. Psykiatristen oireiden hoito vanhuspotilailla. Saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A., (toim.) Palliatiivinen hoito. [Helsinki]: Duodecim. 223 - 229
- Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A., (toim.) Palliatiivinen hoito. [Helsinki]: Duodecim.10, 256-278.
- Hänninen, J. 2015b. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A., (toim.) Palliatiivinen hoito. [Helsinki]: Duodecim. 306 – 307.
- Hänninen, J. 2015c. Kuolevan kipu. sic! Lääketietoa Fimeasta 4, 36-37.
- Hänninen, J. Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Teoksessa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. [Helsinki]: Duodecim.
- Iivanainen, A., Syväoja, P. 2008. Hoida ja Kirjaa. [Helsinki]: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 544, 546.
- International Association for the Study of Pain 2014. IASP taxonomy. Viitattu <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Jokelainen, L. 2013 Lääkkeetön kivunhoito – opas tehostetun hoidon yksikön hoitohenkilökunnalle. Viitattu 30.5.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013110616648>
- Jämsä, K., Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveystalalla. [Helsinki]: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 12, 28, 31-33, 38-40, 43-44
- Kinnunen, U-M., Ahtiala, M., Hynninen, N., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 18.11.2017 <http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>
- Kipu 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Viitattu 8.10.2017 [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Kivun tutkiminen 2017. Kipupotilaan tutkimisen apuvälineitä. Terve.fi. Viitattu 16.11.2017 <http://www.terve.fi/kivun-tutkiminen/kipupotilaan-tutkimisen-apuvälineita>

Koskelo, K. 2015. Huonetaulu saattohoito-osastolle. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.10.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201504275208> 28

Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Viitattu 15.1.2017 [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012. Suomen laki. Viitattu 9.1.2017 [kamk.fi](http://kamk.fi)- Finna-portaali – Suomen laki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1993. Suomen laki. Viitattu 15.1.2017 [kamk.fi](http://kamk.fi) – Finna-portaali – Suomen laki.

Laki kuolemansyyn selvittämisestä 2009. Suomen laki. Viitattu 11.10.2017. [kamk.fi](http://kamk.fi) – Finna-portaali – Suomen laki.

Lehto, J. 2015. Hoitolinjaukset. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A., (toim.) Palliatiivinen hoito. [Helsinki]: Duodecim. 11-12.

Lindqvist, M. 2004. Vaikeasti sairaiden hoitaminen ja työntekijän uupumus. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (Toim.). Palliatiivinen hoito. [Helsinki]: Duodecim 294 – 300.

Lumio, J. 2016. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.10.2017 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00313](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313)

Lääketietokeskus 2017. Iäkkäiden lääkehoidon erityispiirteitä. Viitattu 10.10.2017 <https://www.laaketietokeskus.fi/laaketieto/tietoa-laakkeista-ja-terveydesta/iakkaiden-laakehoidon-erityispiirteita>

Manner, H., Patala-Pudas, L., Elovaara, R., Lang, L. 2017. Kuoleman jälkeiset toimenpiteet - käytännön ohjeita. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Mildh, Leena 2000. Kipulääkkeet ensihoidossa. Duodecim. Viitattu 11.10.2017 <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/10/duo91539>

Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. [Helsinki]: Kustannusosakeyhtiö Otava. 160

Mäkynen, E., Visuri, T. 2011. PAINAD-mittarin hyödynnettävyys dementiapotilaiden kivun arvioinnissa. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. [Turku]. Viitattu 4.7.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011122018967>

Niemi, S. 2008. Hoitajien kokemuksia saattohoidosta. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.10.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201005057847> 24-26

Nikula, T. 2011. Arvioi ja kehitä: Kokoelma terveyden edistämisen malleja, mittaristoja ja menetelmiä. [Helsinki]: Terveyden edistämisen keskus. 69-70.

Oulunkaaren kuntayhtymä 2017. Mielenterveys. Viitattu 12.10.2017 <http://www.oulunkaari.com/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut/>

Oulunkaaren kuntayhtymä 2015. Sosiaalipalveluiden omavalvontasuunnitelma – Suopursu. Viitattu 15.1.2017 [http://www.oulunkaari.com/tiedostot/vanhuspalvelut/omavalvontasuunnitelmat/vaala/vaalan\\_suopursu.pdf](http://www.oulunkaari.com/tiedostot/vanhuspalvelut/omavalvontasuunnitelmat/vaala/vaalan_suopursu.pdf)

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017b. Hengenahdistus. Viitattu 10.10.2017 <http://www.pkssk.fi/hengenahdistus>

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017c. Lähestyvän kuoleman merkit. Viitattu 10.10.2017 <http://www.pkssk.fi/lahestyvan-kuoleman-merkit>

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2017. Suunhoito saattohoidossa. Viitattu 10.10.2017. <http://www.pkssk.fi/suun-oireet>

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014. PAINAD-mittari. Viitattu 4.7.2017. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2015. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. Viitattu 19.1.2017 [https://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/21119\\_sSaattohoitonetti\\_uusi.pdf](https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_sSaattohoitonetti_uusi.pdf)

Rapo-Pylkkö, S. 2018. Kipumittareiden käyttö vanhuksilla. Espoo. Viitattu 4.7.2017 <https://bestprac.fi/2017/02/28/kipumittareiden-kaytto-vanhuksilla/>

Sand, H. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Väitöskirja. [Tampere]: Tampereen yliopistopaino oy. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5617-3>

Brilli, M., Heinänen, K. 2017. Saattohoitopotilaan diakonien hoitotyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.10.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201704255285>

Sajantila, A. 2016. Lääkärin tehtävät kuolemantapauksissa. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. [kamk.fi](http://kamk.fi) – Finna-portaali – Terveysportti

Scibbr 2016. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys: mitä ja miksi? Viitattu 14.7.2017 <https://www.scribbr.fi/opinnaytetyon-rakenne/opinnaytetyon-teoreettinen-viitekehys-mita-ja-miksi/>

Sormunen, E., Poikela, E. 2008. Informaatio, informaatiolukutaito ja oppiminen. [Tampere]: Tampereen yliopistopaino. 12

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu: 17.3.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Hyvän saattohoidon suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 8.10.2017 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/71948>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 2004. Suomen laki. 2§ Kuolema. Viitattu 17.1.2017 [kamk.fi](http://kamk.fi) – Finna-portaali – Suomen laki.

Suomen evankelisluterilainen kirkko 2017. Kuoleman jälkeen on toivoa. Viitattu 2.11.2017 <https://evl.fi/suru-kriisi/kuoleman-jalkeen-on-toivoa>

Suomen ortodoksinen kirkko 2017. Kuolema ja hautaan siunaaminen. Viitattu 2.11.2017 <https://ort.fi/tutustu-ortodoksiseen-kirkkoon/kuolema-ja-hautaan-siunaaminen>

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2016. Kuolemansyyt - Liitetaulukko 1a. Kuolleet peruskuolemansyyiin ja iän mukaan 2015, molemmat sukupuolet. [Helsinki]: Tilastokeskus. Viitattu: 17.1.2017 [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt\\_2015\\_2016-12-30\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_tau_001_fi.html) Saantitapa: [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt\\_2015\\_2016-12-30\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_tau_001_fi.html)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Mitä on elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 18.1.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-elaman-loppuvaiheen-hoito>

Tiainen, S. 2011. Opintojen loppusuoralla olevien sairaanhoidonopiskelijoiden valmius kohdata kuoleva potilas. Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.10.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105015420>

Tilastokeskus 2016. Väestö. Viitattu 18.1.2017 [http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html](http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html)

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. [Helsinki]: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 133-136.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 19.1.2017 [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) 6-8.

Vaalan seurakunta 2014. Talousarvio 2015. Viitattu 12.1.2017 <http://vaalanseurakunta.fi/lataa/toimintakertomukset-ja-suunnitelmat/toimintasuunnitelma/TA-tekstit%202015.pdf>

Vainio, A., Vuorinen, E. 2015 Kivun esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A., (toim.) Palliatiivinen hoito. [Helsinki]: Duodecim. 45, 46.

Valvira. 2015. Saattohoito. Viitattu 15.1.2017 [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)

Valvira 2015b. Palliativinen hoito. Viitattu 16.1.2017. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/palliativinen-hoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/palliativinen-hoito)

## 8 LIITTEET

### 8.1 Liite 1 – tutkimuslupa-anomus

Luvan hakija

Tutkimuslupa-anomus

Eeva Murtomäki

1.10.2017

Hoitotyön koulutusohjelma – Sairaanhoidaja

Kajaanin ammattikorkeakoulu

eevamurtomaki@kamk.fi

Luvan myöntäjä

Oulunkaaren kuntayhtymä

Vanhuspalvelujohtaja Hannele Pöykö

hannele.poykio@oulunkaari.fi

### **Tutkimus**

Opinnäytetyön mielenkiintona oleva aihe on saattohoito ja saattohoitoprosessi palvelutalo Suopursussa. Opinnäytetyö on tuotteistettu prosessi, jonka tuotteena tehdään saattohoito-opas hoitajille. Lähdeaineistona on tarkoitus käyttää kirjallisia lähteitä, sekä mahdollisesti toimeksiantajan edustajan haastattelua.

Tutkimus on ammattikorkeakoulun opinnäyte.

Tutkimus ei vaadi pääsyä potilastietojärjestelmään.

Tutkimuksesta aiheutuvia kustannuksia toimeksiantajalle on mahdolliset kulut toimeksiantajan edustajan haastatteluajasta ja muusta yhteistyöstä opinnäytetyöprosessin aikana. Muita kuluja toimeksiantajalle ei tule.

Valmis opinnäytetyö tulee nähtäville toimeksiantajalle sekä Theseus-palveluun.

Tutkimuksen tekijää sitoo vaitiolovelvollisuus.

---

Tutkimusluvan hakija

Eeva Murtomäki

---

Tutkimusluvan myöntäjä

Hannele Pöykö

Oulunkaaren kuntayhtymä

## 8.2 Saattohoito-opas