

# SAATTOHOIDON TOTEUTUMINEN KOTIHOIDOSSA

Opas kotihoidon työntekijöille



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeen ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja, Valkeakoski

Kevät 2021

Salla Alanko

Kaisa-Sisko Lähteenmäki

Miia Tolonen

Sairaanhoitaja

Valkeakoski

Tiivistelmä

---

Tekijät	Salla Alanko, Kaisa-Sisko Lähteenmäki & Miia Tolonen	Vuosi 2021
Työn nimi	Saattohoidon toteutuminen kotihoidossa - Opas kotihoidon työntekijöille	
Ohjaajat	Paula Hakala & Piiku Pakkanen	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheena on saattohoidon toteutuminen kotihoidossa. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa saattohoito-opas Valkeakosken kaupungin kotihoidon käyttöön. Oppaan tavoitteena oli selkeyttää ja helpottaa hoitajien työtä kotona tapahtuvassa saattohoidossa. Tavoitteena oli myös lisätä hoitajien tietoutta potilaan oireiden lieventämisestä, sekä potilaan ja hänen läheisensä tukemisesta saattohoidossa. Aiheen valintaan vaikutti oma mielenkiintomme aihetta kohtaan ja koimme oppaan tekemisen tarpeellisenä ja tärkeänä. Opinnäytetyön teossa käytettiin lähteinä kirjallisuutta, jotka arvioitiin luotettaviksi, sekä erilaisia tietokantoja. Opas koottiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta.

Saattohoitoon siirrytään, kun arvioidaan potilaan elinaikaa olevan jäljellä muutamia päiviä tai viikkoja. Saattohoidossa huomioidaan kokonaisvaltaisesti potilaan fyysiset, psyykkiset, hengelliset ja sosiaaliset tarpeet. Yhä useammin potilas toivoo voivansa olla kotona kuolemaan saakka. Kotisaattohoidossa potilaan ja omaisen tukena on moniammatillinen tukiverkosto, jotka ovat tavoitettavissa vuorokauden ympäri. Kotihoito ja kotisairaanhoito osallistuvat kotona olevan potilaan saattohoitoon.

Avainsanat Saattohoito, kotihoito, oirehoito, palliatiivinen hoito

Sivut 42 sivua ja liitteitä 15 sivua

ABSTRACT

The topic of the thesis was hospice realisation at homecare. Thesis was practise based and the purpose was to make guide about hospice to Valkeakoski homecare. The aim of the thesis was to clarify and make nurses' work easier when they work with hospice care at home. The aim was also to increase nurses' knowledge how to ease patient's symptoms, and how they can support patient and patient's family at hospice. The topic of the thesis was selected, because the authors were interested in the topic and it was necessary and important to do hospice guide to homecare. The references for thesis were literate, the reliability of which were evaluated. Different databases were also used. The guide was created from basis of a theoretical framework.

The hospice begins when a patient has a few days or weeks of his or her life left. Patient's physical, psychological, spiritual and social needs are noticed comprehensively at hospice care. More often patient has a hope that he or she can be at home until death. In hospice homecare multiprofessional support helps and supports patient and his or her family and they are available around the clock. Homecare and homenursing are involved in patient's hospice care.

Keywords Hospice, homecare, symptom care, palliative care

Pages 42 pages and appendices 15 pages

## Sisälllys

1	JOHDANTO.....	1
2	SAATTOHOITO PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA .....	2
2.1	Saattohoito.....	2
2.2	Saattohoitopäätös.....	4
2.3	Hoitotahto.....	5
2.4	Saattohoitoon liittyvät sopimukset ja lainsäädännöt .....	6
2.5	Hyvä saattohoito Suomessa .....	6
2.6	Hoitajien työssä jaksaminen saattohoidossa .....	8
3	KUOLEVAN POTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ.....	9
3.1	Fyysiset oireet ja niiden hoito .....	10
3.1.1	Kipu.....	11
3.1.2	Hengenahdistus.....	14
3.1.3	Ummetus .....	15
3.1.4	Suun kuivuminen ja kipu .....	16
3.1.5	Pahoinvointi.....	17
3.1.6	Ravitsemus ja nesteytys .....	18
3.2	Psyykkiset oireet .....	18
3.2.1	Ahdistus ja masennus.....	19
3.2.2	Äkillinen sekavuustila eli Delirium.....	21
3.2.3	Eksistentiaalinen kärsimys .....	21
3.3	Hengellinen tuki .....	22
3.4	Sosiaalinen tuki .....	23
4	SAATTOHOIDON TOTEUTTAMINEN KOTONA .....	25
4.1	Saattohoito kotona .....	25
4.2	Omaisten ja läheisten huomioiminen .....	26
4.3	Moniammatillisuus kotisaattohoidossa .....	28
4.4	Kuoleminen kotona.....	30
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	31
5.1	Tiedonhaku.....	31
5.2	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	32
5.3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet .....	32

5.4	Hyvä opas .....	33
5.5	Saattohoito-oppaan suunnittelu ja toteutus .....	33
6	POHDINTA.....	34
6.1	Opinnäytetyöprosessin arviointi .....	35
6.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	36
	Lähteet.....	38

## **Liitteet**

Liite 1      Saattohoito-opas

## 1 JOHDANTO

Saattohoidon tarpeen ennustetaan lisääntyvän Euroopassa syöpäpotilaiden, sekä muiden sairauksien osalta väestön ikääntymisestä johtuen. WHO määrittelee palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon kuuluvan jokaiselle henkeä uhkaavaa sairautta sairastavalle diagnoosista riippumatta. Jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön tulee hallita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019) Saattohoitoon kuuluu hoito ja tukeminen sairauden viimeisissä vaiheissa ennen kuolemaa ja sen jälkeen. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta ETENE on julkaissut suosituksen saattohoidosta (2003). Suosituksessa korostuu jokaisen potilaan oikeus hyvään ja inhimilliseen saattohoitoon riippumatta diagnoosista. Saattohoidossa turvataan potilaan yksilöllisyyden säilyminen ja ihmisen kunnioittaminen.

Potilaalla on oikeus valita paikka, jossa haluaa kuolla. Paikka voi olla kotona tai muualla, missä hän voi olla läheistensä kanssa. (Etene, 2003, s. 11) Nykyään kotikuolema on mahdollista, mutta ei välttämättä niin usein kuin potilas sitä toivoisi. Kotona tapahtuvaan saattohoitoon ja kuolemaan pyydetään tueksi kunnan kotihoidon yksikkö. Kotona tapahtuvassa hoidossa toteutuu luontevasti saattohoidon tärkeät periaatteet, itsemääräämisoikeus, sekä ihmisen yksilöllisyys. (Grönlund & Huhtinen, 2011, ss. 96–100)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2019) suosituksessa todetaan, että palliatiivisen ja saattohoidon osaamista tulisi olla hoivayksiköistä erikoissairaanhoidossa. Saattohoidon kehittämistarpeita ovat muun muassa saattohoitokotiverkoston ja kotisairaaloiminnan vahvistaminen, saattohoidon riittävän osaamisen varmistaminen niin, että jokainen saisi asianmukaista hoitoa, alueellisen tarjonnan yhdenmukaistaminen sekä saattohoidon opettamisen sisällyttäminen terveydenhuollon opintoihin.

Opinnäytetyön toimeksiantajana on Valkeakosken kaupungin kotihoito. Opinnäytetyömme aihe muodostui työelämän tarpeesta. Toimeksiantajan toiveena oli saattohoito-opas työntekijöille, joka olisi päivitetty ja kattavampi kuin vanha opas. Opinnäytetyössämme

päädymme käyttämään koko opinnäytetyön ajan nimitystä “potilas” saattohoidossa olevasta henkilöstä.

## **2 SAATTOHOITO PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA**

Oireenmukaisella eli palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johtavan tai henkeä uhkaavan sairauden kokonaisvaltaista hoitoa. Se koskee niin potilasta kuin hänen läheisiään ja sillä pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä ja vaalimaan elämänlaatua. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito -suositus, 2019) Vaikka palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, sen tarve kasvaa parantumattomien sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä. Palliatiivinen hoito olisi hyvä aloittaa kroonisen kuolemaan johtavan sairauden alkuvaiheessa itse sairauden hoidon rinnalla. Varhain aloitetulla palliatiivisella hoidolla pystytään helpottamaan sairauden ja/tai hoitojen aiheuttamia oireita ja henkistä kuormaa. (Terveyskylä, 2019a)

Kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana palliatiivisessa hoidossa. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on ylläpitää toimintakykyä mahdollisimman hyvänä, ei pidentää eikä lyhentää elämää. Tavoitteena on myös tukea ja auttaa potilasta sekä hänen läheisiään sopeutumaan lähestyvään kuolemaan. (STM, 2017)

### **2.1 Saattohoito**

Saattohoito ajoittuu kuoleman hetken välittömään läheisyyteen, toisin sanoen viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Sen tarkoituksena on tukea ja hoitaa yksilöllisesti ja parhaalla mahdollisella tavalla kuolevaa ja hänen läheisiään. Inhimillisten arvojen kunnioittaminen on tärkeässä asemassa onnistuneessa saattohoidossa. Saattohoito antaa mahdollisuuden valmistautua lähestyvään kuolemaan niin kuolevalle kuin hänen läheisilleen. (Valvira, 2020) Saattohoidossa pyritään takaamaan kuolevalle mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. Hyvä saattohoito voidaan katsoa toteutuneeksi silloin, kun kuolevan ja hänen läheistensä kokemukset ovat, että kuolema on siirtymistä hyvästä ja ihmisarvoisesta elämästä kuolevan vakaumuksen mukaiseen ikuiseen lepoon. (Aalto, 2013, s. 11)

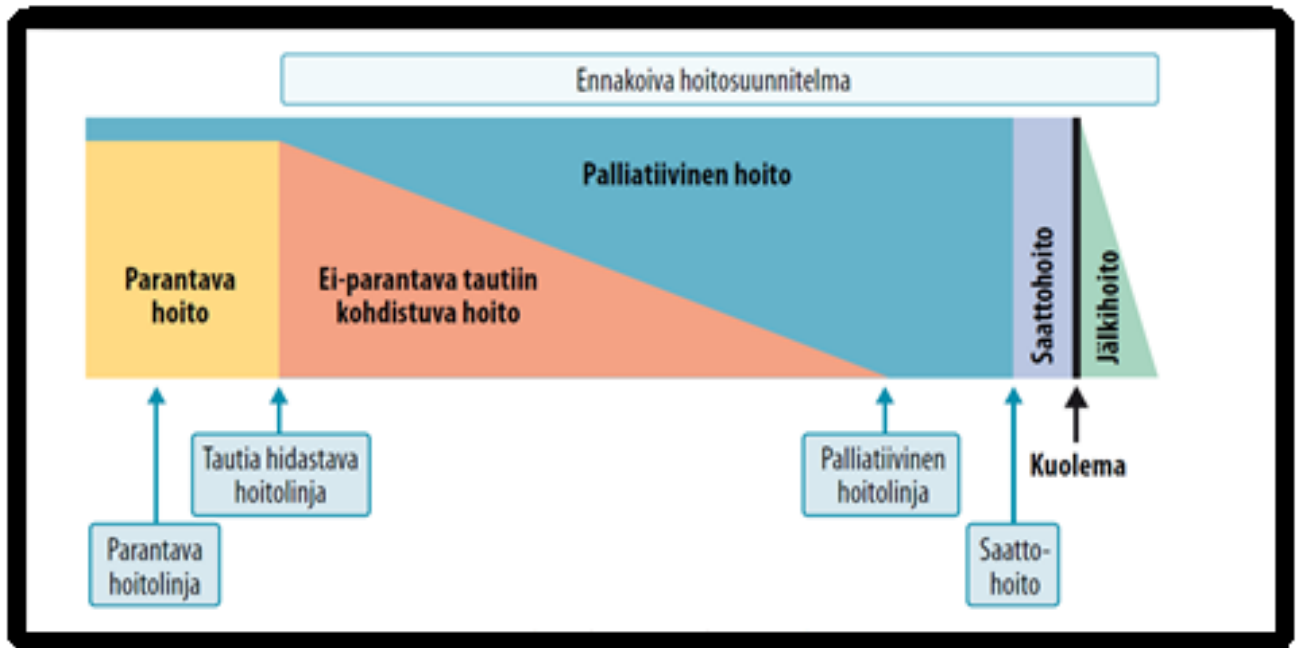
Kaikilla tulee olla oikeus hyvään saattohoitoon ja sen keskipisteenä on ihminen ja hänen elämänsä. Hyvässä saattohoidossa kuolevan elämänlaatua pyritään pitämään mahdollisimman hyvänä elämän loppuun asti, eikä saattohoidon tarkoituksena ja tavoitteena näin ollen ole kuolema. Saattohoito on arvoperusteista toimintaa ja sen eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, ihmisen itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. (Aalto, 2013, s. 12) Saattohoito voidaan järjestää potilaan kotona, terveyskeskuksessa, sairaalassa tai saattohoitokodissa (Hänninen, 2015, s. 10).

Saattohoidon yhtenä tarkoituksena on myös häivyttää kuoleman mystifiointia. Kuolema on luonnollinen asia ja se koskee yhtä lailla kaikkia. Kuolemaan liittyvistä asioista puhutaan niiden oikeilla nimillä ja vältetään kiertoilmaisuja. Avoin ja rehellinen puhuminen kuolemasta voi tehdä siitä monin tavoin helpompaa niin kuolevalle, hänen läheisilleen kuin hoitohenkilöstöllekin, kun aihetta koskevia vältteleviä kiertoilmaisuja vältetään käyttämästä. (Aalto, 2013, ss. 12–13)

Elämän loppuvaiheen hoidon perusta on riittävän varhain laadittu hoitosuunnitelma ja hoitotahto. Hoidosta vastaava lääkäri ja hoitotiimi laatii ennakoivan hoitosuunnitelman yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Ennakoivaan hoitosuunnitelmaan (Kuva 1) kirjataan hoidonlinjaus, hoidon rajaukset ja tarvittavat hoitokeinot. Ennakoivassa hoitosuunnitelmassa huomioidaan ennakoiden fyysisten ja psyykkisten oireiden hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Nämä tulee kirjata mahdollisimman kattavasti hoitosuunnitelmaan. Saattohoitosuunnitelma lisätään osaksi ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Suunnitelmassa huomioidaan kokonaisvaltaisesti tuen tarvetta, jäljellä olevan elämän rajallisuutta ja lisääntynyttä tuen ja avun tarvetta. Suunnitelmassa tulee olla lääkityksen tarpeen arviointi ja oireita lievittävän hoidon varmistuminen. (STM, 2017)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitolinjaa. Saattohoitopäätös tehdään, kun on odotettavissa, että potilas tulee kuolemaan lähipäivinä tai viikkoina. Näin ollen hoitoa osataan suunnata paremmin niihin asioihin, jotka ovat kuolevan ihmisen kannalta tärkeitä. Saattohoidossa merkittäviä asioita ovat välittömästi oireita lievittävät hoidot, jäähyväisten jättö ja henkinen tuki. (Terveyskylä, 2018a)





Kuva 1. Hoitolinjaukset sairauden eri vaiheissa. (Lehto ym., 2019)

## 2.2 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri keskusteltuaan potilaan kanssa. Mikäli potilas ei kykene keskustelemaan hoidostaan, niin saattohoitopäätös tehdään hänen läheistensä kanssa. Yleensä saattohoitopäätös sisältää elvyttämättä jättämispäätöksen eli DNR-päätöksen (Do Not Resuscitate), mutta se voidaan kirjoittaa myös erillisenä. Saattohoitopäätöksestä on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin ja hoitosuunnitelmaan. Niistä tulee käydä ilmi päätöksen tehnyt lääkäri/lääkärit, päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan ja hänen läheisten kanssa käydyt keskustelut sekä heidän kantansa tehtyyn päätökseen. (Valvira, 2020)

Saattohoitopäätös edellyttää, että mahdollisuus hoitoon on tarjolla ja suunnitelma hoidon toteuttamiseksi on olemassa. Varsinainen päätös voidaan jättää myös tekemättä ja ainoastaan poistaa aktiivisen hoidon elementtejä, kuten antibiootit, solunsalpaajat ja suonensisäinen nestehoito. (Hänninen, 2003, s. 16) Saattohoitopäätös ei kuitenkaan tarkoita aktiivista kuolemaan auttamista (Valvira, 2020). Saattohoidon piiriin tulevaa potilasta määrittelevät usein seuraavat asiat: hän sairastaa pahanlaatuista, levinnyttä ja etenevää tautia, oireilee vaikeasti, on suhteellisen huonokuntoinen ja elinajan ennuste on lyhyt ja hän on jo kokeneen erikoislääkärin hoidossa. (Hänninen, 2003, s. 16)

### 2.3 Hoitotahto

Hoitotahto on tahdonilmaisu, jonka potilas esittää etukäteen siltä varalta, ettei hän pysty myöhemmin tekemään päätöksiä omaa hoitoaan koskien. Hoitotahdon oikeudellinen asema on kirjattu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Kykenemättömyys tehdä päätöksiä voi johtua sairauden, tajuttomuuden tai muun vastaavan syyn takia. Hoitotahtoa tehtäessä siihen ei pystytä etukäteen kirjaamaan mahdollisia tulevaisuudessa tarvittavia hoitotoimia. Hoitotahto on siten potilaan yleisluontoinen tahto hoitolinjoista elämänloppuvaiheessa, jota lääkäri yleensä joutuu soveltamaan käytäntöön. Hoitotahtoon potilas kirjaa toiveensa ja ohjeensa ja siinä voi kieltäytyä elintoimintoja ylläpitävistä hoidoista elämän loppuvaiheessa. Hoitotahtoa pystytään muotoilemaan ja lisäämään sairauden edetessä. Hoitotahto yleensä sisältää päätöksen elvyttämättä jättämisestä eli DNR-päätöksen. DNR-päätöksen tekee aina lääkäri. (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 22)

Hoitotahto tulee selkeästi kirjata osaksi saattohoitoneuvottelua. Halila ja Mustajoki (2015) huomauttavat, että hoitotahtoon potilas voi kirjoittaa myös sairaanhoitoon tai lääketieteeseen liittymättömiä toiveita ja asioita. Suullinen hoitotahto kirjataan potilastietoihin, mutta potilas voi tehdä hoitotahdon myös kirjallisesti. Hoitotahtolomakkeita löytyy internetistä, mutta potilas voi kirjoittaa sen myös vapaamuotoisesti. (Surakka ym., 2015, s. 18)

Hoitotahtoon voi kirjata kiellon sellaisesta hoidosta, joka voi pitkittää kärsimystä, elvytyskiellon, hoitoon liittyviä toiveita, elinluovutustahdon, päätöksen osallistumisesta tutkimukseen, pitkälle edenneessä taudissa kiellon iv-hoidosta, ravitsemuksesta ja nesteytyksestä sekä läheispäätäjän eli läheisen ihmisen nimi, joka päättää potilaan asioista, kun hän ei itse siihen enää pysty. Hoitotahtoa pitää noudattaa, ellei hoitotahto ole perustunut potilaan väärään käsitykseen terveydentilansa muutoksista, sairauden luonteesta tai käytettävissä olevan hoidon vaikuttavuudesta tai jos potilaan mieli muuttuu koskien hänen hoitoaan. Hoitotahto tulee voimaan, kun potilas ei enää pysty itse päättämään hoidostaan ja ilmaisemaan toiveitaan, kun todetaan ettei potilas enää toivu ja hänen ennusteensa on huono sekä, kun potilaan hoitotahdossa kuvaama tilanne tapahtuu. Lähtökohtana hoitotahto ei ole voimassa, kun esimerkiksi aiemmin terve ihminen saa sairaskohtauksen, josta hänen odotetaan paranevan. (Laakkonen, 2012)

## 2.4 Saattohoitoon liittyvät sopimukset ja lainsäädännöt

Palliativista ja saattohoitoa määrittelevät niin kansainväliset kuin kansallisetkin lait, sopimukset ja suositukset. Ne perustuvat ihmisten perusoikeuksiin, itsemääräämisoikeuteen, yksilön koskemattomuuteen ja ihmisarvon kunnioittamiseen. (THL, 2019)

Kansainvälisiä saattohoitoa ohjaavia sopimuksia ovat muun muassa YK:n ihmisoikeusjulistus (1948) ja kuolevan oikeuksien julistus (1975), Euroopan ihmisoikeussopimus (1999) ja yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (2010) (THL, 2019). WHO:n palliativisen hoidon suositukset (2014) käsittelevät elämää ja kuolemaa luonnollisena prosessina ja korostavat kivunhoitoa sekä oireidenmukaista hoitoa, ihmisen psykososiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioimista sekä omaisten ja läheisten tuen tarvetta.

Keskeisiä elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavia kansallisia lakeja ja asetuksia on useita: valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (2017), sosiaalihuoltolaki (2014), terveydenhuoltolaki (2010), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2010), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (2000), Suomen perustuslaki (1999), laki potilaan asemasta ja oikeudesta (1992) ja erikoissairaanhoitolaki (1989). (THL, 2019)

Keskeisiä kansallisia suosituksia ovat: suositus palliativisen hoidon tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: palliativisen hoidon asiantuntija työryhmän loppuraportti (2019), käypä hoito -suositus (2019) palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta ja niiden järjestämisestä, sekä työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle (2017). (THL, 2019)

## 2.5 Hyvä saattohoito Suomessa

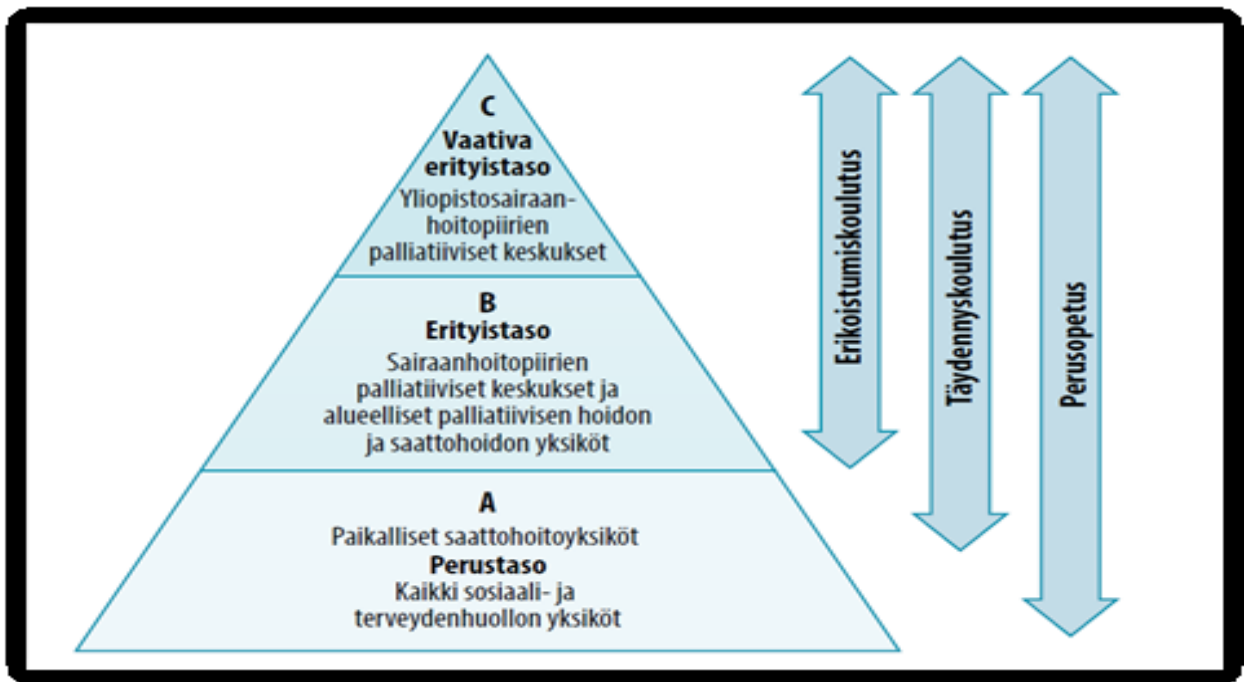
Vuonna 2002 HYKSin alueella tehdyn tutkimuksen mukaan syöpäpotilaiden oireenmukaisessa hoidossa ja saattohoidossa oli selviä puutteita. Tutkimuksessa mukana olleista potilaista kolmannes ei tiennyt jatkohoitopaikkaansa siirtyessään saattohoitoon. Joka toinen potilaista koki, ettei saanut tarpeeksi tietoa omasta tilanteestaan ja sairaudestaan.

Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa ei huolehdittu riittävän hyvästä oirehoidosta. Tilanteen parantamiseksi pääkaupunkiseudulle on perustettu saattohoitoketju vuonna 2011. (Etene, 2012) ETENEn (2012) tekemässä selvityksessä ”Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012” tulee ilmi, että sairaanhoitopiirien ja isojen kaupunkien saattohoitosuunnitelmat ovat viimeisen kymmenen vuoden aikana parantuneet. Uusia saattohoitoyksiköitä on perustettu, myös kotihoitoon.

Tällä hetkellä suomalaista saattohoidon tasoa tarkastellessa eurooppalaisin kriteerein, on taso tyydyttävä. Palliatiivisen hoidon saatavuuden mukaan Suomi kuuluu maailman 45 kärkeen joukkoon. Suomen tulisi edelleen kehittää saattohoidon sisällyttämistä terveydenhuoltojärjestelmään, jotta kaikilla olisi mahdollisuus kattavaan hoitoon asuinpaikasta riippumatta. Kuten muissa Euroopan maissa, myös Suomessa tulisi olla kansallinen palliatiivisen hoidon suunnitelma (National Palliative Care Plan) tasa-arvoisen ja osaavan hoidon turvaamiseksi jokaiselle. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden perusopetukseen tulisi sisältyä enemmän palliatiivisen hoidon opetusta. (Saarto ym., 2015, ss. 24–25)

Jotta tasa-arvoinen palliatiivisen hoidon saatavuus voitaisiin turvata, tulee rakentaa valtakunnallisesti palliatiivisen hoidon palveluketjut, joissa eritasoiset palvelut ovat jokaisen saatavilla. Palveluketjuja koordinoivat sairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuskeskukset. Sairaanhoitopiirin palliatiiviseen hoitoketjuun sitoutuvat kaikki terveydenhuollon- ja sosiaalihuollon yksiköt, jotka tarjoavat elämän loppuvaiheen hoitoa ja ovat vastuussa palliatiivisesta hoidosta vuorokauden ympäri, vuoden jokaisena päivänä. (STM, 2019)

Tasa-arvoisen ja tarvelähtöisen palliatiivisen hoidon turvaamiseksi ympäri maan rakennetaan Suomeen kolmiportainen palliatiivisen hoidon palveluketju palliatiivisen ja saattohoidon järjestämismallin mukaan (kuva 2). Palveluketjun lähtökohta on, että jokaisella parantumattomasta sairaudesta sairastavalla on oikeus sairauden ja hoidon tarpeen edellyttämään palliatiiviseen hoitoon kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Järjestämismallissa palliatiivinen hoito ja saattohoito on jaettu perusosaamisen tason mukaan A-, B- ja C-tasoiksi. A-tasoa ovat perustason saattohoidon yksiköt, B-tasoa ovat erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköt ja keskuskeskukset ja C-tasoa ovat vaativan erityistason palliatiiviset keskuskeskukset. (STM, 2019)



Kuva 2. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto & Lehto, 2019)

## 2.6 Hoitajien työssä jaksaminen saattohoidossa

Hoitajan työ saattohoidossa ja palliativisessa hoidossa on emotionaalisesti rankkaa ja kuormittavaa, koska hoitaja saa osakseen omaisten ja potilaiden vaikeita tunnekokemuksia, joita he käyvät läpi. Toivon ylläpitäminen antaa hoitajalle voimia jaksaa ja työniloa sekä auttaa hoitajaa ehkäisemään henkistä uupumista. Hoitaja saa voimia työssä jaksamiseen pitämällä huolta omasta hyvinvoinnistaan. Tärkeitä asioita työssä jaksamisen kannalta ovat myös työnohjaus ja lisäkoulutus, sillä hoitaja saa niistä lisää välineitä laajentaa omaa osaamistaan. Nämä antavat myös voimia jaksaa rankkoja tilanteita työssä. (Surakka ym., 2015, ss. 114–115)

Kuoleman kohtaaminen työssä koskettaa hoitajaa. Joskus kuoleman kohtaaminen voidaan kokea niin rajuna tunteena, ettei hoitaja selviä siitä yksin. Silloin työkavereiden kollegiaalinen tuki on tärkeää. Tällöin työyhteisöllä tulisi olla selkeä ja turvallinen hoitokulttuuri kuolevan kohtaamisessa. Työnohjauksessa työyhteisöllä on rauha pysähtyä käsittelemään yhdessä koettuja rankkoja kokemuksia työssä. Työnohjaus auttaa hoitajaa ymmärtämään, mikäli hänellä on erityinen vaikeus kohdata kuolemaa. Hoitajan kyky havainnoida omia ja kuolevan potilaan kokemuksia vahvistuu työnohjauksessa. Hoitaja voi kertoa omia kokemuksiaan

kuolevan potilaan ilmaisevista raskaista tunteista, kuten kärsimyksestä, häädystä, kauhusta ja yksinäisyydestä. Näihin kokemuksiin voi saada ymmärtämystä sekä huolenpitoa ja sen kautta taitoja tukea kuolevaa tämän vaikeiden tunteiden käsittelyssä. (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 200)

Saattohoidossa työntekijän tunteet voivat vaihdella paljonkin. Hoitajan tunteet saattavat vaihdella muun muassa hellyydestä vihaan, avuttomuudesta onnistumiseen, ahdistuksesta eheytymiseen ja liiallisesta syyllisyydestä ja häpeästä itsetunnon vahvistumiseen. Hoitajan tunnemaailman selkiytyminen säteilee myös hänen antamaan hoitoon potilaalle. Hoitajan omat elämäkokemukset ja muistot auttavat myös ymmärtämään potilaan tilannetta. Hoitajan omat muistot saattavat myös kuormittaa häntä. (Saarto ym., 2015, s. 301)

Jatkuva suru, menetys ja kärsimyksen näkeminen työssä altistaa uupumukselle. Hoitaja voi kokea potilaan tilanteen epäoikeudenmukaisena, potilaan oireet voi tuntua hoitajasta kestäättömältä ja nuoren potilaan kuolema voi tuoda ajatuksia epäoikeudenmukaisuudesta. Nuoren potilaan kuollessa kuolema on vaikeampaa kohdata, sillä kuolema yleensä kuuluu vanhempaan ikään. Nuoren potilaan kuollessa voi tulla tunne, että hänen elämänsä jää kesken. Joskus hoitokeinot eivät riitä poistamaan kokonaan potilaan kärsimystä. Kuolevan potilaan kärsimys voi liittyä elämän päättymiseen ja oman olemassaolon loppumiseen eli kyseessä saattaa olla eksistentiaalinen kärsimys. Potilaan kärsimystä on vaikeaa nähdä ja kuulla. Hoitajan odotus siitä, että potilas olisi ymmärtäväinen omaan tilanteeseensa voi olla joskus epärealistista. (Saarto ym., 2015, s. 300)

Saattohoidossa suru on aina mukana. Hoitajan tulisi oppia käsittelemään surua ammatillisesti. On muistettava, ettei kyse ole omasta surusta vaan potilaan. Suru saattaa kuitenkin kumuloitua ja näkyä emotionaalisesti herkissä tilanteissa hoitajan kohtuuttomana reaktiona tai täytenä kyynistymisenä. (Saarto ym., 2015, s. 300)

### **3 KUOLEVAN POTILAAN KOKONAISSVALTAINEN HOITOTYÖ**

Elämän loppuvaiheen hoidossa eli saattohoidossa, huomioidaan kokonaisvaltaisesti potilaan psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Oireita lievittävä lääkehoito on osa

saattohoitoa. Oireiden hyvä hoito on tärkeää, sillä huonosti hoidetut oireet heikentävät potilaan elämänlaatua. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019)

Oireiden esiintymiseen vaikuttaa taudin kuva, potilaskohtaiset tekijät sekä annetut hoidot ja ympäristö. Oireet saattavat aiheuttaa potilaalle fyysistä tai psyykkistä vaivaa, ahdistusta tai kärsimystä. Oirehoidossa tärkeää on arvioida oireen häiritsevyyttä. Sama oire saattaa esiintyä monella potilaalla, mutta toiset kokevat sen pahempana kuin toiset. Saattohoidossa keskitytään sellaisen oireen hoitoon, joka potilaasta tuntuu häiritsevältä. Potilaat, omaiset ja hoitohenkilöstö arvioivat oireiden häiritsevyyden usein eri tavalla, sillä jotkin oireet saattavat olla näkyviä, mutta eivät tunnu potilaasta kovin häiritseviltä. (Hänninen, 2003, ss. 29–30)

Saattohoidossa potilaan oireita tulee havainnoida ja arvioida säännöllisesti ja tarpeeksi kattavasti. Myös hoitovastetta tulee seurata. Oireiden arvioinnissa voi käyttää apuvälineenä erilaisia oirekartoitusmittareita. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019) Saattohoidossa yleisesti käytössä on ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) oirekysely. Oirekyselyssä arvioidaan yhdeksän eri oireen häiritsevyyttä. ESAS on luotettava työkalu, joka arvioi erilaisten psyykkisten ja fyysisten oireiden vaikeutta. ESAS-oirekyselyn avulla voi mitata tehokkaasti oireiden häiritsevyyttä, jonka vuoksi se on laajasti käytössä, varsinkin palliativisissa hoitoyksiköissä. ESAS-oirekysely mahdollistaa usean oireen samanaikaisen arvioinnin. (Hui & Pruera, 2016) ESAS-kyselyllä voi arvioida kivun lisäksi potilaan masennusta, uupumusta, hengenahdistusta ja pahoinvointia (Saarto ym., 2015, s. 52).

### **3.1 Fyysiset oireet ja niiden hoito**

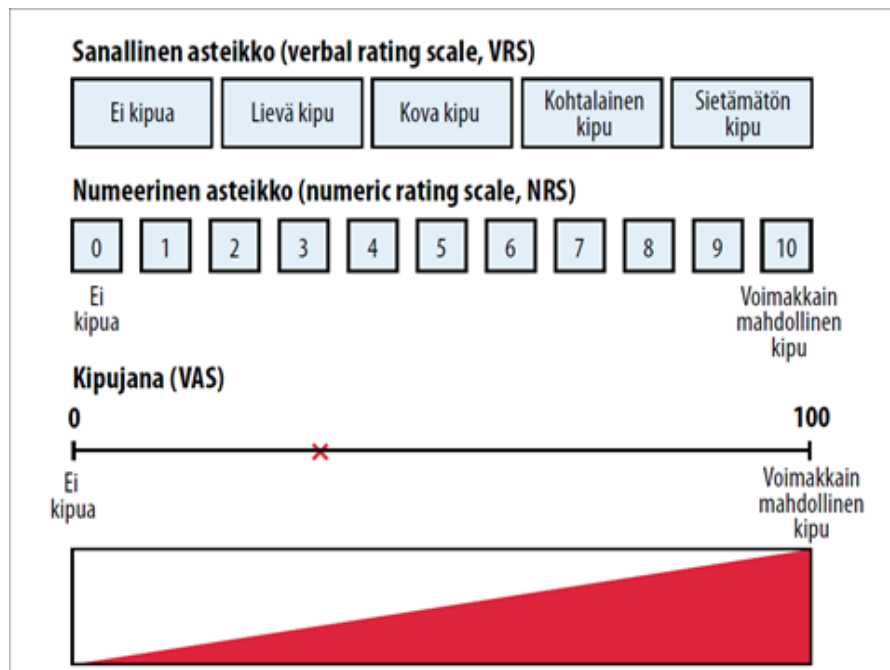
Potilaan fyysiset oireet lisääntyvät kuoleman lähestyessä ja, kun oireet sekoittuvat, lisääntyy oireiden häiritsevyyttä (Saarto ym., 2018, s. 22). Yleisimpiä oireita, joita potilaalla saattohoidossa esiintyy ovat kipu, hengitystieoireet, maha- ja suolisto-oireet, suun oireet sekä ruokahaluttomuus. (Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito): Käypä hoito –suositus, 2019).

Kuoleman lähestyessä ei enää tarvita laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia, vaan potilaan oireita arvioidaan kliinisten löydösten perusteella. Yleensä tarpeettomana lopetetaan

happisaturaation, lämmön ja verenpaineen mittaukset sekä nestelistan seuranta ja huomio kiinnitetään mittauksen sijaan potilaaseen ja hänen oireisiinsa. Saattohoidossa tilanne rauhoitetaan, kaikkea ylimääräistä vältetään ja rutiineiksikin muodostuneita hoitotoimenpiteitä harkitaan tarkkaan. Vaikka mittaukset ja erilaiset toimenpiteet loppuvat, arvioidaan säännöllisesti potilaan kipua, hengitysteiden eritteitä, hengenahdistusta, levottomuutta, pahoinvointia ja oksentelua. (Korhonen & Poukka, 2013)

### 3.1.1 Kipu

Kivun hyvä hoitaminen on yksi hyvän ja laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustasta (Heiskanen ym., 2013). Kuolemaan johtavan sairauden edetessä esiintyy usein kipuja ja se on yksi pelätyimmistä oireista saattohoitopotilaalla. Kipua voidaan arvioida erilaisilla mittareilla (kuva 3), kuten VAS-kipujanalla, NRS-mittarilla, jossa on numeraalinen asteikko tai VRS-mittarilla, jossa on sanallinen asteikko. (Saarto ym., 2018, s. 22)



Kuva 3. Kivun mittaamiseen erilaisia asteikoita. (Kontinen & Hamunen, 2015)

Pitkälle edennyttä dementiaa sairastavan kivun arvioinnissa hyvä työkalu on painad-mittari. Painad-mittari auttaa arvioimaan potilaan kipua silloin, kun potilas ei pysty enää kommunikoimaan ja on menettänyt puhekykynsä. Painad-mittarilla arvioidaan potilaan



käyttäytymistä viiden eri kohdan avulla ja jokainen kohta pisteytetään 0–2 pisteellä. Kokonaispistemäärä 0 vastaa ei havaittua kipua ja kokonaispistemäärä 10 vastaa korkeinta havaittavissa olevaa kipua. (Paulson ym., 2014)

Hyvän kivunhoidon perusedellytykset ovat, että kipua arvioidaan tiiviisti ja siitä kirjataan säännöllisesti. Potilaan kiputilanteen kokonaisvaltainen arviointi luo luottamusta potilaalle toimivasta hoitosuhteesta ja kipulääkityksestä. Potilaalle tulee selittää ymmärrettävästi kivun mekanismeja, jotta potilaan on helpompaa ymmärtää kivun syitä ja näin hänen on helpompaa hallita kipuaan ja hyötyä kipulääkkeistä. Potilaan tiivis seuranta ja hänen kuuntelemisensa auttaa saamaan potilaan kivut hallintaan yksinkertaisin, lääkkeellisin keinoin. Opioidin aloitusta saattohoidossa ei tule viivyttää. Tavoitteena on löytää jokaiselle potilaalle tehokas kipulääkitys, mahdollisimman vähin haittavaikutuksin. (Heiskanen ym., 2013)

Jos potilas ei pysty ilmaisemaan kipua sanallisesti tai kipumittarilla, arvioidaan havainnoimalla hänen ilmeitään ja käyttäytymistään. Kipua saattaa esiintyä levossa, liikkeessä tai koko ajan. Liikekipuun kuuluu kipu, joka ilmaantuu liikkeessä ja esimerkiksi yskiessä. Kipua tulee arvioida ennen kipulääkityksen antoa ja sen jälkeen arvioidaan lääkkeen vaikutusta. Tärkeää on käyttää samaa mittaria kivun arvioinnissa koko hoidon ajan. (Saarto ym., 2015, s. 52)

Kivun taustalla saattaa joskus olla myös sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamia psyykkisiä oireita, kuten ahdistusta ja masennusta. Ahdistus pahentaa kipukokemusta, mutta joskus ahdistus saatetaan tulkita myös somaattiseksi kivuksi. Tällöin kipua hoidetaan kipulääkkeillä, vaikka siihen saattaisi auttaa keskustelu ja potilaan psyykkisten oireiden tunnistaminen. (Saarto ym., 2015, s. 45)

Hospice-liikkeen edistäjä, Dame Cicely Saunders, loi termin ”Total pain”. ”Total pain” tarkoittaa, että kipu on fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten, tunneperäisten ja hengellisten osatekijöiden yhdistelmä. Eli kipu on jokaisen potilaan tilanteessa yksilöllinen ja erityinen kokemus. Potilaiden voi olla vaikea hahmottaa ja ymmärtää kivun johtuvan näiden syiden yhdistelmästä. Joskus esimerkiksi potilaan fyysisesti ilmenevä kipu voi olla tunteita epätoivosta ja hylkäämisestä. (Mehta & Chan, 2008)

Kivun kokemukseen vaikuttaa kokonaisuus, johon kuuluu monia eri osa-alueita. Näitä ovat esimerkiksi kipu ja muut fyysiset oireet, sosiaaliset ja psykologiset ongelmat, kulttuuriset tekijät ja eksistentiaaliset tekijät. Potilas saattaa uskoa lisääntyvän kivun merkitsevän taudin etenemistä ja lähestyvää kuolemaa. Potilaalla ja omaisilla voi olla pelko myös, että opioidien aloituksen jälkeen ei ole enää muita keinoja hoitaa kipua. Potilas voi ajatella, että kivuista kertominen on sama kuin valittaisi hoidosta. Kivun ajatellaan myös liittyvän saattohoitovaiheeseen. (Hänninen, 2003, ss. 75–76)

Saattohoitovaiheessa potilaan kivun hoito perustuu lääkehoidon lisäksi psyykkisen kivunhallinnan käyttöön ja fysioterapeuttisten menetelmien käyttöön. Kivunhoidon valintaan vaikuttavat potilaan ikä, muut sairaudet ja kivun laatu. Potilaalle ei tulisi luvata täydellistä kivuttomuutta, mutta tavoitteena on, ettei kipu olisi keskeisin ja kaikkea toimintaa rajaava elämänsisältö. Potilaan kanssa tulisi käydä kipulääkityksen haittavaikutuksia läpi ja motivoida potilasta jatkamaan kipulääkitystä, vaikka tästä aiheutuisi lieviä haittavaikutuksia, kuten suun kuivumista tai ummetusta. Nämä haittavaikutukset ovat yleensä hyvin hoidettavissa. (Saarto ym., 2015, s. 54)

Kipulääkityksen antotapa on ensisijaisesti suun kautta. Säännölliseksi lääkitykseksi valitaan pitkävaikutteinen kipulääke ja läpilyöntikipuun valitaan lyhytvaikutteinen kipulääke. Usein kipulääkitys aloitetaan saattohoitovaiheessa opioidilla ja siihen liitetään tulehduskipu- tai neuropaattisen kivun lääke. Mikäli kipu on lievää, voidaan kipulääkitykseksi harkita heikkoa opioidia, mutta vahvat opioidit ovat tehokkaimpia syövän aiheuttaman kivun hoidossa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito -suositus, 2019)

Jos kipulääkitys ei onnistu suun kautta pahoinvoinnin, alentuneen tajunnantason tai suolitukoksen vuoksi, voidaan potilaalle määrätä iholle laastarina annosteltava kipulääkitys. Imeytyminen laastarista on epävarmaa, jos potilaalla on kakeksiaa eli kuihtumista ja laihtumista tai kovaa hikoilua. Tällöin kipulääkitys voidaan annostella ihon alle eli subkutaanisesti. Injektiomuotoiset opioidit sopivat myös subkutaanisesti annosteltuna. Suonensisäistä kipulääkitystä käytetään vain, jos potilaalla on jo valmiina suonensisäinen reitti tai ihonalainen infuusio ei onnistu esimerkiksi turvotuksen, heikon ääreisverenkierron tai suuren annostelun takia. (Saarto ym., 2018, s. 27)

### 3.1.2 Hengenahdistus

Saattohoidossa esiintyvistä oireista myös hengenahdistus on yleinen, etenkin keuhkohtaumatautia, keuhkofibroosia, keuhko- ja muita syöpiä sekä sydämen vajaatoimintaa sairastavilla. Hengenahdistusta saatetaan kuvailla tunteeksi ilman loppumisesta, tukehtumisen tunteeksi ja rintakehän kireydeksi. Hengenahdistuksella on merkittävä elämänlaatua, toimintakykyä ja unta heikentävä vaikutus. (Saarto ym., 2015, s. 92)

Hengenahdistusta arvioidaan mittaamalla hengitystaajuutta, arvioimalla hengityslihasten käyttöä, hengitysääniä kuuntelemalla ja arvioimalla kuolevan potilaan hengitystyyppijä. Kuolemaa lähestyvän potilaan hengitystyyppijä ovat Cheyne–Stokesin hengitys, nopea ja pinnallinen hengitys ja kuolemaa edeltävä hengitys. Cheyne–Stokesin hengityksessä kerta-sisäänhengitystilavuudet vaihtelevat ja hengityksiperiodien välillä on pitkiä taukoja. Happisaturaatioarvo ja verikaasuanalyysi eivät suoraan kerro saattohoitopotilaan hengenahdistuksen voimakkuudesta. (Saarto ym., 2018, ss. 38–39)

Hengenahdistuksen lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat puoli-istuva asento, oikean hengitystekniikan opastaminen, kuten pulloon puhallukset, rentoutus ja huulirakohengitys, sekä ikkunan avaaminen huoneessa ja tuulettimen suuntaaminen potilaaseen. Happihoitoa tulisi kokeilla, jos potilaan happisaturaatio on 88–90 %. Happihoitoa jatketaan vain, jos potilas siitä selvästi hyötyy. (Saarto ym., 2018, s. 39) Myös noninvasiivista eli kajoamatonta ventilaatiota voidaan kokeilla (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019).

Lääkehoitona hengenahdistukseen käytetään opioideja. Opioidit vaikuttavat vähentämällä hengityskeskukseen herkkyyttä hiilidioksidille, pienentävät hapenkulutusta, helpottavat hengenahdistuksen kokemusta, vähentävät hengitystyöstä johtuvaa kipua ja ahdistuneisuutta sekä pienentävät hengitystaajuutta. Jossain määrin morfiini myös vähentää hengitysteiden limaneritystä. (Hänninen, 2003, s. 142)

Ensisijaisia keinoja hengenahdistuksen hoidossa ovat lääkkeettömät hoitokeinot ja opioidit. Mikäli nämä eivät auta, voidaan kokeilla lääkityskokeiluna bentsodiatsepiineja. Hengenahdistus ilmaantuu yleensä kohtauksittaisena ja siihen liittyy ahdistuneisuutta ja

paniikin tunnetta. Tällöin bentsodiatsepiini voi lievittää potilaan oirekokonaisuutta anksiolyyttisen eli henkistä ahdistusta lieventävän vaikutuksensa ansiosta, vaikka tutkimuksissa niiden tehoa hengenahdistuksen hoidossa ei ole todistettu. (Saarto ym., 2015, s. 98)

Kuoleman lähestyessä potilaan hengitys saattaa muuttua rohisevaksi ja limaiseksi, hengitysteistä irtoavasta limasta johtuen. Tämä saattaa huolestuttaa omaisia. Heille tulee kertoa, ettei rohiseva hengitys yleensä häiritse potilasta itseään, sillä tässä vaiheessa potilaan tajunta on yleensä laskenut. Suun ja ylänielun alueella olevaa limaa voi yrittää imeä imukateetrilla. (Korhonen & Poukka, 2013)

### **3.1.3 Ummetus**

Ummetus tarkoittaa sitä, että ulostuskertoja on viikossa kolme tai vähemmän. Uloste on kovaa ja ulostaminen on vaikeaa. Ummetus on saattohoidossa yleistä ja siihen saattaa liittyä ikäviä oireita, kuten vatsan turvotusta, vatsakipua, pahoinvointia ja peräaukon kipua. Ummetus voi johtua monesta eri syystä. Yleisimpiä syitä ummetukselle ovat opioidien tai muiden saattohoidossa käytettävien lääkkeiden haittavaikutus, riittämätön nesteiden saantiin, kuumeeseen ja pahoinvointiin liittyvä kuivuminen, selkäydinvaurio ja syöpäkasvaimen leviäminen. Ummetuksessa vatsanpeitteissä saattaa tuntua aritusta ja vasemmalla puolella voi tuntua ulostemassaa. Ummetus saattaa aiheuttaa ohivuotoripulia, kun löysää ulostetta valuu kovan ulostemassan ohi suolessa. (Saarto ym., 2015, ss. 143–144)

Ummetusta hoitaessa tavoitteena on suolentoiminnan normalisoituminen, kivun ja epämukavuuden tunteen helpottaminen sekä itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukeminen ulostamisessa. Lääkehoitoa tarvitaan usein saattohoidossa ummetuksen helpottamiseen. Opioidilääkitys aiheuttaa ummetusta, joten sen rinnalle tulisi aina aloittaa myös laksatiivi, jotta ummetusta ennaltaehkäistäisiin. Useimmiten käytetään suolensisältöön nestettä lisääviä laksatiiveja ja suolen liikkeitä stimuloivia laksatiiveja. Ensisijaisesti ummetuksen hoidossa lääkitys otetaan suun kautta ja aloitetaan osmoottisella laksatiivilla. Osmoottiset laksatiivit lisäävät suolensisältöä, pehmentävät ulostemassaa ja kiihdyttävät suolen liikettä eli peristaltiikkaa. Jos suoli ei toimi osmoottisella laksatiivilla, lisätään potilaan lääkitykseen stimuloivat laksatiivit, jotka kiihdyttävät suolen liikettä, lyhentävät suolen läpikulkuaikaa ja

vähentävät veden imeytymistä paksusuolesta. Jos nämä eivät auta ummetuksen hoidossa, voi ulostamisen käynnistämiseksi käyttää peräruisketta. Saattohoidossa ummetuksen hoitoon eivät sovi kuituvalmisteet, sillä niiden yhteydessä tulee juoda runsaasti nesteitä, mikä voi olla vaikeaa potilaalle. (Saarto ym., 2018, ss. 56–57)

### 3.1.4 Suun kuivuminen ja kipu

Saattohoidossa potilaan suun kuivuminen on tavallista. Tämä johtuu syljen erityksen vähenemisestä ja syljen koostumuksen muuttumisesta. Jotkin lääkkeet ja sienitulehdus saattavat kuivattaa suuta. Suonensisäinen nesteytys ei ikinä auta suun kuivuuteen ja potilaan janon tunteeseen. Hampaat ja proteesit tulee pestä kaksi kertaa päivässä fluorihammastahnalla ja myös kielen peitteet puhdistetaan. Suuta voidaan kostuttaa ruokaöljyllä, apteekista saatavilla suunkostutustuotteilla ja pastilleilla. Suun kipua helpottaa jääpalojen syöminen ja kylmät juomat. Suuta voidaan myös sivellä puudutusgeelillä sekä aftojen ja haavaumien päälle voidaan laittaa paikallisantisepteja eli puhdistusaineita. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypähoito -suositus, 2019) Mikäli potilas ei osaa itse kertoa suun kuivuudesta ja kivusta, tulee potilaan suu tutkia ja tarkkailla merkkejä turvotuksesta, verestä, märkävuodosta, haavaumista ja onko syljeneritystä tarpeeksi sekä onko ikenet ja suun limakalvot ehjät (Saarto ym., 2015, s. 118).

Suukivun hoidossa tärkeimpiä ovat puuduttava lidokaiini oraaliliuos ja paikallisesti tehoavat kipulääkkeet. Paikallisesti vaikuttava morfiini on tehokas kipulääke suun limakalvoille. Puuduttaessa limakalvoja käytetään 2 % lidokaiini oraaliliuosta. Suun limakalvoille käytettäessä 5–15 millilitraa liuosta huljutellaan suussa ja syljetään pois. Kurkunpäättä ja nielun limakalvoja puuduttaessa 5–10 millilitraa liuosta kurlataan ja niellään mahdollisimman hitaasti. Ruokatorvea puuduttaessa 5–15 millilitraa liuosta niellään nopeasti kerralla. Paikalliseen kivunhoitoon suun limakalvoille käytettävän 0,2 prosenttisen morfiini oraaliliuoksen aloitusannos on 10–15 millilitraa ja sitä purskutellaan neljän tunnin välein, liuosta ei saa niellä. Mikäli potilaalla on systeeminen opiaattilääkitys, annos on yleensä suurempi. (Amgen, n.d, ss. 21–22)

Kuolevan potilaan suuta tulisi kostuttaa vähintään kahden tunnin välein pumpulipuikolla ja nesteellä. Suun päivittäiseen puhdistukseen tulisi käyttää kosteaa sideharsotaitosta, jolla

pyyhitään suun limakalvot. Potilaan suupielet ja huulet kuivataan ja rasvataan huulirasvalla. Potilaalle tarjotaan nestettä pieninä annoksina varovasti ruiskulla, pillillä, lusikalla tai nokkamukista. Suun kostuttamisen apuna voi antaa potilaalle myös pieniä ja pehmeitä hedelmänpalasia, jos potilas pystyy nielemään. (Saarto ym., 2018, s. 52)

### **3.1.5 Pahoinvointi**

Pahoinvointi on saattohoitovaiheessa yleinen oire ja heikentää merkittävästi potilaan elämänlaatua. Pahoinvoiva potilas voi olla kylmänhikinen, hänellä voi olla huimausta, päänsärkyä ja syljen erityys voi olla lisääntynyt. Usein potilas, jolla on pahoinvointia, kärsii myös ruokahaluttomuudesta ja uupumuksesta. (Saarto ym., 2015, ss. 132–133)

Pahoinvointiin liittyy myös muita oireita, kuten ahdistusta, ruokahaluttomuutta, ummetusta ja väsymystä. Pahoinvointia saattaa saattohoidossa aiheuttaa esimerkiksi ummetus, suolen vetovaikeudet, ruuansulatuskanavan infektiot ja limakalvovauriot, yskä ja limaneritys, metaboliset syyt, kohonnut kallonsisäinen paine ja psyykinen ahdistus. Pahoinvoinnin syytä tutkiessa voi miettiä pahoinvoinnin yhteyttä ruokailuihin, oksentelun tiheyttä ja lääkityksen sivuvaikutuksia. Pahoinvointia voidaan helpottaa tarjoamalla kylmiä syötäviä ja juotavia, välttämällä mausteisia ja rasvaisia, kuumia ruokia ja potilaan psyykkisellä tuella. Suolenvetovaikeudessa tilapäinen nenämahaletku voi auttaa. Pahoinvoinnin estossa on käytössä erilaisia lääkehoitoja, annosteltuna suun kautta, ihon alle, laastarina tai lihakseen. Mikäli lääkehoitokokeilu osoittautuu pahoinvoinnin hoidossa hyödyttömäksi, tulee se lopettaa. (Saarto ym., 2018, ss. 53–55)

Edennyttä syöpää sairastavan krooniseen pahoinvointiin ja oksenteluun tehokkain lääke on metoklopramidi. Pahoinvoinnin hoidossa saatetaan käyttää myös psykelääkkeitä, kuten haloperidolia ja olantsapiinia, pienellä annostuksella. Apua saattaa olla myös kortisonin yhdistämisestä pahoinvointilääkkeeseen. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019)

### 3.1.6 Ravitseminen ja nesteytys

Kuivumisen merkkejä ovat virtsantulon väheneminen ja loppuminen. Janon tunne ei aina kerro kuivumisesta, vaan voi johtua myös autonomisesta neuropatiasta, suun kuivuudesta tai lääkkeistä. Saattohoidossa suonensisäinen nesteytys ei yleensä ole aiheellista.

Saattohoidossa nesteytyksen haittoja ovat turvotuksen lisääntyminen, askitekseen ja/tai pleuranesteen kertyminen ja hengenahdistuksen lisääntyminen. Kanylointi on myös epämukavaa ja potilas saattaa olla sekava ja irrottaa kanyylin. (Saarto ym., 2018, s. 69)

Kakeksia-anoreksia tarkoittaa metabolista oireyhtymää, jossa tapahtuu tahatonta tai syömisen vähenemisestä johtuvaa laihtumista. Saattohoitovaiheessa yli 80 % potilaista kärsii kakeksiasta, sillä usein potilailla esiintyy ruokahaluttomuutta. Ravitsemushoito ei paranna loppuvaiheessa elämänlaatua eikä pidennä elinaikaa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019)

Läheisillä voi olla huoli potilaan syömisen vähentymisestä ja ruokahalun katoamisesta. Ruokailuun kannustaminen saattaa olla potilaalle stressaavaa ja syöminen ilman ruokahalua saattaa lisätä pahoinvointia. Ruokahalun vähentyessä potilaalle voi maistua paremmin kylmät pienet syötävät, kuten kiisselit, hedelmät ja viilit. Kuoleman lähestyessä nälän tunne usein katoaa ja myös kyky nauttia nesteitä heikkenee. Potilaalla saattaa tajunnantaso laskea ja nielemiskyky heikentyä, joten nesteidensaanti heikkenee. Vaikka potilaan janon tunne vähenee ja loppuu, tulee suu pitää silti kosteutettuna. (Terveyskylä, 2019b)

### 3.2 Psyykkiset oireet

Potilaan kuolemaan johtava sairaus ei ole melkein koskaan vain fyysinen sairaus, vaan siihen liittyy ahdistusta, surua ja kuolemanpelkoa. Kuolemaan johtava sairaus vaatii potilaalla emotionaalista sopeutumista tilanteeseen. Yleisesti ajatellaan, mikäli potilas on saanut elää pitkän, hyvän ja tasapainoisen elämän, on hänen helpompi hyväksyä lähestyvä kuolema. Toisaalta, jos potilaalla on paljon menetettävää, kuolema voi olla sietämättömän pelottava uhka. Lähestyvä kuolema voi tuoda potilaalle surullisia, ahdistavia, katkeria, kateellisia ja vihaisia ajatuksia menetetyistä elämästä sekä pelkoa tulevasta. (Saarto ym., 2015. s. 306)

Kuoleman lähestyessä potilaan psyykkisiä oireita saattavat olla kriisireaktio, sairauteen liittyvät elimelliset muutokset ja osin taas pitkäaikaisempaa psyykkistä oirehdintaa. Psyykkiset oireet saattavat johtua potilaan tavasta kohdata vaikea sairaus ja tieto lähestyvistä kuolemasta. Oireet saattavat olla seurausta myös sairauden aiheuttamista reaktioista perheeseen ja muihin sosiaalisiin suhteisiin. Saattohoidossa potilaalle saattaa tuottaa suurempaa kärsimystä tieto lähestyvistä kuolemasta, luopumisesta sekä suru ja pelko kuolemasta kuin fyysiset oireet. Yleisiä psyykkisiä oireita ovat unettomuus, delirium, masennus, ahdistus ja pelkotilat. (Hänninen, 2003, s. 206)

### **3.2.1 Ahdistus ja masennus**

Psykososiaalinen tuki saattohoidossa on merkittävän tärkeää. Tärkeitä rauhoituskeinoja potilaalle ovat hyvä hoitosuhde, potilaan kuunteleminen ja hänen kanssaan keskustelu, avoin tiedon antaminen potilaan hoitosuunnitelmasta ja hyvä somaattisten oireiden hoito. Mielialälääkkeiden käyttö voidaan aloittaa, mikäli potilaalla esiintyy masennusta, mielialan laskua, ahdistuneisuutta, toistuvaa kohtauksellista psyykkistä oireilua, unettomuutta ja neuropaattista kipua. Lievissä mielialaoireissa ensisijainen hoito on keskustelu ja psykoterapeuttinen ote. (Saarto ym., 2018, ss. 104–105)

Potilaan psyykkistä vointia ja selviytymistä arvioidaan useasti saattohoidon aikana (Saarto ym., 2018, s. 104). Potilaalta tulee avoimesti kysyä useasti saattohoidon aikana hänen psyykkisestä jaksamisestaan ja voinnistaan. Hoitorutiineihin sisällytetään kysymykset arkipäivän selviytymisestä sekä potilaalle tärkeistä sosiaalisista suhteista. Tämä aktivoi potilaan mielessä hänen sosiaalisen tukiverkostonsa merkitystä. (Idman, 2013)

Potilaan psyykkiset oireet ovat tärkeää tunnistaa, sillä ne heikentävät merkittävästi elämänlaatua. Mikäli masennuksen tunnistaa tarpeeksi varhaisessa vaiheessa, se mahdollistaa vielä masennuslääkityksen aloituksen. Masennuslääkkeiden vaikutus ilmenee viiveellä, joten saattohoitovaiheessa sen tehoa ei välttämättä ehditä saavuttamaan. Potilaan psyykkisestä voinnista riippuu, riittääkö potilaalle saattohoitoon liittyvä psyykinen tuki, hyötyisikö hän sairaalapapin tai mielenterveystyön tekijän tapaamisesta vai tuleeko konsultoida psykiatrian erikoisalaa. Potilaan kokema suru saatetaan sekoittaa masennukseen. Myös saattohoidossa esiintyvät fyysiset oireet, kuten pahoinvointi,



ruokahaluttomuus ja uupumus voivat olla merkkejä psyykkisestä oireilusta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019)

Potilaan kokema ahdistus ja pelko lähestyvistä kuolemasta saattaa vaihdella sen mukaan, kuinka hyvin hän on kerennyt käsittelemään kuoleman herättämiä tunteita. Joskus potilas on juuri saanut tiedon sairaudestaan ja on jo saattohoitovaiheessa. Tällöin potilas ei ole ehtinyt käsittelemään sairastumiseen liittyviä tunteitaan. Potilaalla saattaa olla kova huoli siitä, että kuoleman lähestyessä hänellä on kovia kipuja ja huonovointisuutta, joihin ei mikään auta. Pelkoa voi olla, että kuolema tulee yhtäkkiä tai toisaalta on liian hidas. Potilasta voi ahdistaa epä tietoisuus, mitä kuolemassa tapahtuu tai miltä se tuntuu. Potilas ainoastaan tietää, että hänen olemassaolonsa muuttuu radikaalisti. Myös potilaan omaisilla on pelkoja ollessaan kuoleman lähestyessä läheisensä vierellä ja tukena. Omaisilla saattaa ahdistaa luopumisen ja yksinäisyyden tunteet. Hänellä voi olla myös hallinnan tunteen menettämisen pelkoa. Usein potilaan ja hänen läheisensä on vaikeaa ottaa kuolema puheeksi, sillä he pelkäävät puheeksi ottamisen herättävän toisessa pelkoa. Hoitajan olisi hyvä ottaa kuolema avoimesti puheeksi omaisen ja potilaan kanssa. Tällöin omaisesta ja potilaasta voi tuntua luonnollisemmalta ottaa kuolema puheeksi myös ilman hoitajan läsnäoloa. (Surakka ym., 2015, ss. 95–97)

Joskus potilas ei halua puhua kuolemasta, on vetäytynyt ja sulkeutunut. Vetäytymisen taustalla voi olla vaikeita asioita, kuten pelkoa, vihaa, hylätyksi tulemisen tunnetta ja syyllisyyttä. Omaisilta voi kysyä onko potilaan käyttäytyminen hänelle luonteenomaista. Jos selviää, että potilas on luonteeltaan hiljainen ja omissa oloissaan viihtyvä, henkilökunnan tulee antaa hänelle tilaa olla rauhassa. Mikäli selviää, että potilaalla on mieltä painavia asioita, tulisi miettiä työyhteisössä, kuinka häntä voi auttaa. Joskus luottamuksen syntyminen keskusteluun vaatii pitkän ajan. Vaikka potilas on vetäytyvä, eikä päästä lähelleen, tulee hänen luonaan silti käydä useasti lyhyitä aikoja. Luottamuksen syntymiseen auttaa, että sama hoitaja lähestyy häntä. Potilaan torjuva käytös saattaa aiheuttaa hoitajissa pettymyksen tunteita, joita voi käydä läpi työhönsä jatkamisessa hetkissä. (Saarto ym., 2015, s. 250)

### 3.2.2 Äkillinen sekavuustila eli Delirium

Deliriumissa eli akuutissa sekavuustilassa taustalla on orgaaninen aivotoiminnan häiriö. Deliriumissa tietoisuus, tarkkaavaisuus, ajattelu ja muisti häiriintyvät sekä tunteet ja niihin reagoiminen muuttuvat. Deliriumin esiintyvyys on jopa 88 % viimeisten elinpäivien aikana syöpää sairastavilla. Deliriumia hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömällä keinoilla, kuten potilaan ympäristön rauhoittamisella sekä tekemällä ympäristöstä turvallisen ja valvotun. Ellei lääkkeettömät hoitokeinot auta, voidaan deliriumin hoidossa käyttää psykoosilääkkeitä, mutta saattohoitopotilailla niiden käytössä tulee noudattaa varovaisuutta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019)

Potilaan rauhoittamiseksi hoitoympäristön tulisi olla selkeä, hoitotoimien rauhallisia ja potilaalle tulisi selittää selkeästi hoitotoimien kulku. Potilaalle tulisi pitää seuraa ja huoneessa pidetään pientä valaistusta myös yöllä. Viimeisten elinpäivien aikana ilmaantuva sekavuus johtuu monielinvauriosta ja lyhyestä elinajanodotteesta ja ei yleensä enää korjaannu. Oireita voidaan kuitenkin lieventää hoidolla. Potilaan läheisille tulisi selventää deliriumin syitä, sillä deliriumin oireet saattavat pelästyttää ja aiheuttaa läheisissä hämmennystä. (Saarto ym., 2015, ss. 170–171)

### 3.2.3 Eksistentialinen kärsimys

Eksistentialinen kärsimys tarkoittaa kärsimystä, epätietoutta, halua tietää, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu, mutta ymmärrystä siitä, ettei sitä pystytä järjellä selvittämään. Kärsimystä lisää eniten potilaan elämän loppumisen tiedostaminen ja sen tajuaminen, ettei ole varmuutta, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Ihmisen käsitys kuolevaisuudestaan nousee yleensä esiin kuoleman läheisyydessä vakavan sairauden yhteydessä. Tästä käynnistyy potilaan eksistentialinen pohdinta, joka aiheuttaa kärsimystä, kun vastauksia omiin kysymyksiin ei välttämättä löydy. (Haho, 2017)

Eksistentialisessa kärsimyksessä potilas tunnistaa sairaan ja kuihtuneen kehonsa, joka edesauttaa potilaan oivallusta päättyvästä elämästä. Eksistentialinen kärsimys on monimuotoista ahdistusta ja kärsimystä, jolle on vaikeaa löytää syytä. Kuolevalla ihmisellä on usein tarve pohtia tulevaa kuolemaa ja hänelle tulee antaa sille tilaa ja mahdollisuus.

Hoitajan tulisi myötäelävällä vuorovaikutuksella ja sensitiivisyydellä auttaa potilasta löytämään itsestään voimavaroja kestää eksistentiaalista kärsimystä. Kärsimystä voi helpottaa myös suunnittelemalla potilaan kanssa etukäteen saattohoitoa ja mahdollistamaan potilaan toive kuolinpaikastaan, kuten kotona kuolemista. (Haho, 2017)

Saattohoidossa kuoleman ollessa lähellä potilas tietää, että joutuu pian luopumaan läheisistään, elämän odotuksistaan, fyysisestä terveydestään ja riippumattomuudestaan. Näihin ajatuksiin sopeutuminen ja tieto elämän loppumisesta voi aiheuttaa ahdistusta. Eksistentiaalinen pelko liittyy kuoleman jälkeiseen aikaan. Ahdistavinta on, että elämä nykyisessä muodossaan sekä kaikki mikä on ollut ja on loppuu. Joskus voi olla vaikeaa arvioida potilaan sietokykyä kestää kärsimystä. (Saarto ym., 2015, ss. 306–307) Henkinen kärsimys saattaa olla joskus liian sietämätöntä, jolloin kyseeseen voi tulla palliatiivinen sedaatio. Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa sitä, että potilaan tajunnantasoa alennetaan lääkkeillä oireiden lieventämiseksi. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019)

### **3.3 Hengellinen tuki**

Saattohoidossa, kuoleman läheisyydessä, potilas saattaa kaivata hengellisyyttä ja kokemusta siitä, että elämässä on jotakin olennaista, joka ei vain rajoitu näkyvään ja materiaaliseen maailmaan. Ihmisillä on erilaisia hengellisiä tarpeita ja niiden huomioiminen pitämällä esillä erilaisia hengellisen tuen vaihtoehtoja, on potilaan hengellisyyttä kunnioittavaa. Potilaalta voi kysyä, minkälaista hengellistä tukea hän haluaa ja millaisia hengellisiä tarpeita hänellä on. Potilaalla saattaa olla elämän aikana syntyneitä tunteita syyllisyydestä, vihasta ja anteeksiantamisen ja anteeksisaamisen tarve, joista hän haluaa rauhaa. Hengellisyys vahvistaa potilaan luottamusta siitä, että jumala antaa hänelle turvaa ja potilas on arvokas. (Surakka ym., 2015, s. 117)

Saattohoitotyössä pyritään löytämään potilaan hengellisen tarpeen alue, jossa hän tarvitsee apua. Tarpeita selvitetään kysymällä potilaan uskonnollisesta vakaumuksesta sekä kuuluuko hän johonkin hengelliseen yhteisöön. Potilaalta kysytään myös hengellisistä tavoista tai kokeeko potilas hengellistä kipua, joka tarkoittaa hänen kokemustaan jumalasta vieraantumiseen ja pelkoa, ettei jumala pidä hänestä huolta. Jos potilas ei kuulu

kristinuskoon, on tärkeää selvittää minkälaisia tapoja ja perinteitä on uskonnossa, johon hän kuuluu. Näin varmistetaan, ettei hänen uskontonsa tapoja ja perinteitä loukata. (Grönlund & Huhtinen, 2011, ss. 126–127)

Hoitohenkilökunnan hengellinen tuki potilaalle voi vahvistaa hänen turvallisuuttaan, toivoa ja tunnetta elämänhallinnasta. Hengellistä tukea saattaa olla esimerkiksi läsnäolo, yhteinen hartaus tai ehtoollinen, musiikki, lukeminen, keskustelu ja kuunteleminen sekä siunaaminen ja rukoileminen. Hoitajan on tämänlaisissa tilanteissa oltava ehdottomasti empaattinen, hänellä on oltava kyky sietää omaa haavoittuvuuttaan ja kykyä sallia erilaisia tunnetiloja ilman, että korjaa tai muuttaa niitä. (Saarto ym., 2018, s. 141)

Hengellinen keskustelu vaatii rauhallista tilannetta. Hoitajan on oltava läsnä ja kuunneltava potilasta aktiivisesti. Potilaalle annetaan tilaa kertoa peloistaan ja ahdistavista asioista esittämällä hänelle avoimia kysymyksiä. Myös omaiset arvostavat hoitajaa, jolla on aikaa kuunnella heitä ja vastata heidän vaikeisiinkin kysymyksiinsä. (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 128)

### **3.4 Sosiaalinen tuki**

Potilas määrittelee itse hänelle lähimmät ihmiset, jotka ovat hänen elämässään tukena sairastamisen ja saattohoidon aikana. Yksinasuvallakin on yleensä lähipiiri, johon hän kuuluu. Potilas itse päättää, mikä on perheen osuus ja merkitys saattohoidon aikana hoitotyössä. Läheisten huomioiminen ja potilaan pitäminen vahvasti perheensä jäsenenä kuuluvat hyvään kokonaisvaltaiseen saattohoitoon. (Surakka ym., 2015, ss. 31–32)

Perheen arki muuttuu yhden perheenjäsenen sairastuessa. Perheenjäsenet joutuvat ottamaan enemmän vastuuta kotitöiden teosta kotona, ajankäyttö ja rutiinit saattavat myös muuttua. Näitä asioita perheet voivat haluta käydä läpi hoitajien kanssa. Osa läheisistä haluaa myös osallistua potilaan hoitoon. Läheiset yleensä tarvitsevat hoitajien ohjausta ja tukea siihen, miten he voivat halutessaan osallistua hoitotoimiin. (Surakka ym., 2015, s. 32)

Sosiaalinen tuki syntyy arjen verkoston kautta eli potilaan perheen, sukulaisten ja ystävien sekä tuttavien kautta. Arjen sosiaalinen tuki perustuu ystävyteen ja vapaaehtoisuuteen.

Usein läheisillä on potilaan sairastumisen alkuaikoina paljon voimia tukea ja auttaa häntä, mutta sairastamisen jatkuessa pitkään heidän voimansa voivat kumminkin loppua. Tämä voi aiheuttaa potilaassa ja hänen läheisissään turhautumista. Omaisten ja läheisten voimien loppuessa on ammattiauttajien tuki hyvin tärkeää. (Saarto ym., 2015, s. 237)

Sosiaalityön tarkoitus on vähentää sairauden aiheuttamaa taloudellista ja sosiaalista haittaa. Sosiaalityöntekijä selvittää potilaan taloudellista tilannetta sekä tarjoaa keinoja selviytyä paremmin arjesta. Sosiaalityöntekijän tehtävä on huomioida ihmisten erilaisuus ja tämän kautta tunnistaa heidän erilaiset tarpeensa ja sosiaaliset ympäristöt. Jokaiselle potilaalle tulee esitellä mahdollisuus päästä terveysosiaalityöntekijän luokse. Sosiaalityöntekijälle ei tarvitse olla lähetettä ja yhteyttä häneen voi ottaa potilas, omainen tai henkilökunta. (Saarto ym., 2015, ss. 238–239)

Parantumattomaan sairauteen sairastuminen, hoidot, kuolema ja kuoleminen vaikuttavat potilaan ja hänen perheensä taloudelliseen tilanteeseen ja toimeentuloon. Apua voi hakea oman kunnan tai oman hoitopaikan sosiaalityöntekijältä. Sosiaalityöhön kuuluu esimerkiksi kotona selviytymiseen, perheen tarpeisiin ja taloudelliseen toimeentuloon liittyviä asioita. (Terveyskylä, 2018b)

Sosiaalityöntekijän työssä tärkeää on kulkea potilaan ja hänen perheensä rinnalla avoimesti sekä heidän tasavertainen kohtaamisensa ja kuunteleminen. Usein saattohoidossa potilas voi kaivata apua ja vahvistusta keskeneräisten asioiden hoitamiseen. Potilaalle ja hänen omaisilleen annetaan neuvoja arjen asioissa huomioiden potilaan tilanne. Sosiaalityöntekijä voi auttaa myös potilaan ja hänen läheistensä suhteiden hoitoa. Potilaalla voi olla esimerkiksi läheinen, keneen hänellä on yhteys katkennut ja potilas haluaisi selvittää asian ennen kuolemaansa. Tällöin sosiaalityöntekijä voi auttaa ottamaan läheiseen uudelleen yhteyttä ja luomaan mahdollisuuden välien selvittämiseen. Sosiaalityöntekijä voi auttaa myös kotisaattohoidon järjestämisessä esimerkiksi järjestämällä kotisairaanhoidon ja kotihoidon käyntejä kotiin sekä kodin muutostöiden järjestämisessä. (Saarto ym., 2015, ss. 238–239)

## 4 SAATTOHOIDON TOTEUTTAMINEN KOTONA

Koti on monelle se paikka, jossa turvallisuuden tunne korostuu. Ympärillä ovat omat tärkeät esineet, tutut tuoksut ja äänet, rakkaat ihmiset ja lemmikit sekä kaikki elämän varrella kerääntyneet muistot. Kodissa näkyy ihmisen oma minuus. Yhä useamman ihmisen toive on saada olla omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, jopa kuolemaan saakka. (Terveyskylä, 2018c)

Terveyskylän Palliatiivinen hoitotalo (2018c) määrittelee kotisaattohoidon hoidoksi paikassa, jossa ihminen on elänyt elämänsä viimeiset kuukaudet. Paikka voi olla ihmisen oma koti, mutta myös palvelutalo, hoivakoti tai jokin muu vastaava hoitopaikka.

### 4.1 Saattohoito kotona

Kaikilla halukkailla tulisi olla mahdollisuus kotisaattohoitoon. Tällä tuetaan jokaisen yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa, mahdollistetaan omien toiveiden ja elämäntapojen mukainen arvokas elämä loppuun asti. Koti on se tuttu ja turvallinen paikka, jossa näkyy potilaan oma persoona ja eletty elämä. Koti edustaa myös yhteyttä läheisiin ihmisiin. (Terveyskylä, 2018c)

Danielsin ym. (2018) tutkimuksessa kerrottiin kotihoidon sairaanhoitajien kokemuksia asioista, jotka helpottavat kotisaattohoitoa ja kuolemaa kotona. Näitä ovat kotisaattohoidon hyvän aloituksen tärkeys, luottamuksen ja turvallisuuden tunteiden luominen potilaalle ja hänen perheelleen, onnistunut kotiutumisvaihe mahdollisesta sairaalahoidosta, hyvä yhteistyö kotihoidon sairaanhoitajien ja lääkärien välillä, omaisten mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitajiin tai lääkäriin milloin vain, lääkärin ensikäynti potilaan luona ja toimiva yhteistyö ja viestin kulkeminen eri terveydenhuollon toimipisteiden välillä. Kotihoidon henkilökunnalla tulee olla myös joustavuutta, ammattitaitoa ja kokemusta saattohoidosta. Tärkeää on, että henkilökunta antaa tietoa ja valmistaa potilasta ja perhettä saattohoitoon ja tulevaan kuolemaan. Tärkeäksi koettiin myös sairaalan tai terveyskeskuksen palliatiivisen osaston kanssa tehtävä yhteistyö ja heidän antamansa tuki.

Edellytyksenä kotisaattohoidolle on, että potilas itse ja hänen omaisensa haluavat saattohoidon tapahtuvan kotona (Saarto ym., 2015, s. 577). Tilojen tulee olla sellaiset, että

ne sallivat hyvän ja oikeanlaisen hoidon. Mikäli saattohoito tapahtuu yksityiskodissa, ei siis esimerkiksi hoivakodissa, on edellytyksenä myös se, että saattohoitopotilaan luona on läsnä joku läheinen ihminen. (Terveyskylä, 2018c)

Ensimmäisellä kotikäynnillä potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Siinä käydään läpi sekä potilaan että tämän läheisten kanssa potilaan tautitilanne ja tarkistetaan mahdollinen hoitotahto. Hoitosuunnitelmaa varten sovitaan myös yhteydenpidosta sekä tarvittavista oirelääkityksistä ja hoitotoimista. Potilaalle ja läheisille on tärkeää saada yhteystiedot ammattihenkilöstöstä, joka osallistuu potilaan hoitoon. Henkilökunta ei siis ole koko ajan potilaan luona tämän kotona, mutta kuitenkin koko ajan tavoitettavissa. Hoitava lääkäri on vastuussa potilaan hoitoa koskevista lääketieteellisistä päätöksistä. Läheisten tärkeänä tehtävänä on tukea potilasta ja auttaa tämän hoidossa omien voimavarojensa mukaan. (Terveyskylä, 2018c) Hoitosuunnitelmassa tulee tulla ilmi, kuinka saattohoito toteutetaan kotioloissa, mikä on potilaan tukiosasto, jonne hän voi tarvittaessa siirtyä, kuinka toimitaan, jos pahenemisvaihe ei helpota ja kuinka konsultoidaan kotisairaalaan hankalissa tilanteissa (Lehto ym., 2019).

## 4.2 Omaisten ja läheisten huomioiminen

Yhden perheenjäsenen sairastuessa ja sairauden johtaessa saattohoitovaiheeseen, muuttaa se koko perheen arkea erilaiseksi. Koko perheen on sopeuduttava uudelleen tilanteeseen ja ennen kokemattomaan arkeen. Perheen ulkopuoliset sosiaaliset suhteet saattavat muuttua, entiset ystävät ja tuttavat voivat jättäytyä tai heidät jätetään ulkopuolelle ja heidän tilallaan kotona käy lähihoitajia, kotisairaanhoidajia ja muita hoitoalan ammattilaisia. Koko perhe alkaa elää sairastuneen ehdoilla. Myös puolisoilla ja lapsilla saattavat kodin ulkopuoliset suhteet ja sosiaalinen elämä vähentyä. Perhe kokee usein sillä hetkellä tärkeimmäksi sairastuneen perheenjäsenen hoitamisen ja hänen toiveidensa toteuttamisen. Tämä saattaa uuvuttaa perheenjäseniä ja muuttaa ilmapiirin kireäksi. Perheenjäsenillä voi olla huolia ja pelkoja siitä, että sairastuneelle tulee kipuja ja kärsimystä, myös vastuu saattaa ahdistaa heitä. Hoitavalla puolisoilla saattaa olla tunne, että sairastuneen kanssa voi olla vaikeaa puhua ja huolta lisää lähestyvä kuolema. Tärkeintä perheessä olisi avoin ja rehellinen ilmapiiri ja mahdollisuus keskustelulle myös sairastuneen perheenjäsenen kanssa. Jokaisen

voimavarat tulisi yhdistää, jotta perhe pystyisi mahdollisimman vahvana kohtaamaan lähestyvän kuoleman ja elämän rajallisuuden. (Hänninen & Pajunen, 2006, s. 125)

Potilaan perheenjäsenillä on useasti potilasta suurempi huoli kotona tapahtuvasta saattohoidosta. Perheenjäsenillä on tunne, että heillä on iso vastuu läheisensä hoitamisesta, joten he tarvitsevat paljon tukea. Vaikka saattohoito tapahtuu kotona, on lääketieteellinen hoitovastuu aina lääkärillä. Omaiset eivät joudu, eivätkä saa tehdä lääketieteellisiä päätöksiä potilaan hoidosta. Omaisille on tärkeää selvittää, että heillä on aina mahdollisuus kertoa, jos ongelmia saattohoidossa ilmenee. Kynnyksen ottaa yhteys kotihoitoon tai kotisairaanhoidoon tulee olla matala. Omaisen uupumusta lisäävää voi olla yöunien vähyys levottomista öistä johtuen. Omaista tulisikin kannustaa olla enemmän potilaan tukena kuin hoitajana. (Saarto ym., 2015, ss. 578–579)

Keskustelemalla potilaan ja hänen läheistensä kanssa, on paras tapa selvittää heidän kokemustaan sairauden merkityksestä ja hoitolinjoista. Läheisten kanssa keskustellessa tilanteen on oltava rauhallinen, levollinen, salliva ja tasavertainen ilmapiiri. Aluksi on hyvä selvittää läheisten kokemuksia ja näkemyksiä perheenjäsenen sairastumisesta ja vasta sen jälkeen kysyä niihin liittyvistä tunteista. Läheisiltä voi kysyä suoraan, kuinka kotona pärjätään. (Saarto ym., 2015, ss. 282–283)

Läheisten ajatukset potilaan lähestyvistä kuolemasta voivat olla ristiriitaisia. Toisaalta toivotaan potilaalle kivutonta kuolemaa ja kärsimyksen loppumista, toisaalta toivotaan hänen elävän mahdollisimman pitkään. Luopuminen on usein sitä vaikeampaa, mitä läheisempi potilas on. Ihanteellista olisi, että läheiset kykenisivät puhumaan potilaan kanssa lähestyvistä kuolemasta, mikäli potilas sitä toivoo. Kuolemasta puhuminen helpottaisi myös läheisten surutyötä. Läheisten tehtävänä on tuoda turvallisuuden ja läheisyyden tunnetta kuolevalle potilaalle. Omaisten oloa kuolevan lähellä tuetaan mahdollisuuksien mukaan ja heitä rohkaistaan siihen, heidän havaintojaan kunnioitetaan ja heille annetaan tunnustusta toimistaan. (Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky, 2016)

Perheenjäsenen ollessa saattohoidossa koko perhe joutuu miettimään, millaisia valmiuksia heillä on käsitellä menetystä, kuinka jokaisen perheenjäsenen yksilölliset reaktiot otetaan vastaan ja, millainen paikka niillä on perheessä. Perheenjäsenten tulee antaa tilaa myös



negatiivisille tunteille. Omia kokemuksiaan ja tunteitaan tulisi sanoittaa, negatiiviset tunteet eivät kerro heikkoudesta vaan ovat näkyviä osoituksia sisäisestä kokemuksesta ja keinoja purkaa pahaa oloa. Omaisille tulisi olla keinoja purkaa pahaa oloa, koska se antaa tilaa myönteisille tunteille ja kokemuksille. Perheenjäsenen sairastuminen ja tähän sopeutuminen tuo ihmisille kriisin läpikäymistä. Sairastuneen perheenjäsenen kipu ja kärsimys voivat heijastua koko kodin ilmapiiriin ja tunnelmaan. Sairastuneen perheenjäsenen voi olla vaikeaa ottaa huomioon muita perheessä, sillä hänellä voi olla ahdistusta kuoleman lähestyessä käydessään läpi elämästä luopumisprosessia. Potilas voi olla ymmärrettävästi erittäin hankala oman tilanteensa vuoksi ja hän voi purkaa omaa pahaa oloaan lähimpiin ihmisiin. Tätä eivät omaiset välttämättä aina ymmärrä. (Hänninen & Pajunen, 2006, s. 131)

Hoitajan tulee kertoa hoitavalle omaiselle kuolevaa edeltävistä oireista realistisesti. Omaisen tulee tietää, mitä on edessä ja miten näissä tilanteissa tulee toimia. Näin perhe pystyy ajoissa varautumaan tulevaan. Ohjeita tulee kerrata toistuvasti ja ennakoiden. Hoitava omainen kaipaa kannustusta ja tukea hoitaessaan omaistaan. Saadessaan varmuutta siitä, että hän hoitaa omaistaan hyvin, hän saa lisää voimaa ja uskoa jatkaa hoitoa kotona. Omaisella saattaa olla pelkona, että hän tekee hoidossa jotakin väärin tai jättää vahingossa jotakin tekemättä. Usein kotisaattohoito vaatii omaiselta paljon, mutta läheisen kuollessa, omainen on tyytyväinen kotisaattohoitoon. (Grönlund ym., 2008, ss. 143–144)

### **4.3 Moniammatillisuus kotisaattohoidossa**

Vaihtoehtona vuodeosastohoidolle tarjoaa kotisairaala, joka toteuttaa sairaalatasoista saattohoitoa potilaan kotona. Kotona pystytään siis toteuttamaan myös palliatiivista hoitoa, jolloin potilaalle mahdollistetaan yksilöllinen, turvallinen ja korkeatasoinen hoito hänen elämänsä loppuvaiheessa. Tällöin myös kotikuolema mahdollistuu. Palliatiivisen potilaan lääkehoito on melko samankaltaista sekä kotona että vuodeosastolla. Kotona kuitenkin korostuu palliatiivisen hoidon psykososiaaliset, inhimilliset ja eettiset ulottuvuudet aivan eri tavalla kuin osastohoidossa. Potilaille sekä tämän omaisille tärkeitä seikkoja ovat avun ympärivuorokautinen saatavuus, hoidosta vastaavan lääkärin sitoutuminen tehtävään sekä tämän erityisosaaminen palliatiivisessa hoidossa. (Saarelma, 2005)

Sisällöltään kotisairaalan toiminta eroaa kotihoidon palveluista siten, että kotisairaalan potilaat tarvitsisivat välitöntä osastohoitoa ilman kotisairaalan tukea. Kotisairaalassa toimii virka-aikana lääkäri, joka vastaa potilaiden kokonaishoidosta. Kotisairaalan antama hoito painottuu sekä lääketieteelliseen että sairaanhoidolliseen osaamiseen. Pitkäaikaispotilaiden palliatiivinen hoito on mahdollista toteuttaa kotona myös kotihoidon turvin, mikäli lääketieteellinen tuki sekä vastuunkanto tulee kotisairaalan lääkäriltä. Palliatiivisen hoidon toteuttaminen vaatii lääkäriltä ja hoitohenkilökunnalta joustavuutta sekä hyvin intensiivistä suhdetta niin potilaaseen itseensä kuin tämän omaisiinkin. (Saarelma, 2005)

Kotisaattohoidossa oleva potilas ja omaiset saavat avuksi moniammatillisen tukiverkoston, joten asiantuntevaa apua on tarjolla ympäri vuorokauden viikon jokaisena päivänä. Hoitohenkilöstö käy säännöllisin väliajoin sekä myös tarvittaessa hoitamassa potilasta. Saattohoitopotilaalle on myös etukäteen sovittu osastopaikka, jonne hän voi siirtyä niin halutessaan. Osastopaikalle pääsee suoraan ilman päivystyksessä käyntiä. (Terveyskylä, 2018c)

Kotisaattohoidon toteutuksessa tärkeintä on henkilökunta, jolla on palliatiivisen hoidon kokonaisvaltaista osaamista. Ensikäynnillä kotisaattohoitoa suunnitellessa ovat yleensä hoitaja ja lääkäri yhdessä. (Saarto ym., 2015, s. 579) Kotisaattohoidon moniammatillista tiimiä johtaa lääkäri. Tiimin työntekijät voivat vaihdella potilaan tarpeiden ja paikkakunnalla saatavilla olevien ammattihenkilöiden mukaan. Kotisaattohoidon tiimiin voi kuulua sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutti ja muita terveydenhuollon ammattilaisia. Kotisaattohoidon tiimi tuntee potilaan yleensä hyvin ja ovat motivoituneita hoitamaan potilasta parhaalla mahdollisella saattohoidolla. (Gilles ym., 2018)

Kotisaattohoidossa potilaan tukena voi olla saattohoitokotien järjestämä päiväkeskustoiminta. Päiväkeskuksessa potilaalla on mahdollisuus tavata lääkäriä, fysioterapeuttia, pappia, sosiaalityöntekijää ja muita potilaita. Päiväkeskuksessa pääsee myös saunaan ja pesuille. Tarvittaessa potilaalle voidaan tehdä oireita lievittäviä hoitotoimenpiteitä päiväkeskuskäynnin yhteydessä. Omainen voi tulla potilaan kanssa päiväkeskukseen mukaan ja saada näin vertaistukea muilta omaisilta tai omainen voi pitää esimerkiksi vapaan asiointipäivän. (Saarto ym., 2015, s. 582)

Fysioterapeutti kuuluu saattohoidossa moniammatilliseen hoitotiimiin. Fysioterapian avulla potilasta voidaan auttaa viettämään elämänsä viimeisiä hetkiä parhaalla mahdollisella tavalla, tukemalla toimintakyvyn ylläpitämistä. Fysioterapian tavoitteena on potilaan vaivojen minimoiminen ja toimintakyvyn lisääminen kuitenkin ottamalla sairauden realiteetit huomioon. Fysioterapeutti voi ohjata potilasta tekemään hengitysharjoituksia, jotka voivat auttaa selviytymään hengenahdistuksen tunteesta. Fysioterapeutti voi käydä potilaan kotona ohjaamassa omaisia apuvälineiden käytössä ja opettamassa heille käytännön tilanteisiin soveltuvia nosto-otteita. (Grönlund & Huhtinen, 2011, ss. 129–130)

#### **4.4 Kuoleminen kotona**

Kotisaattohoito tarkoittaa aina myös suunniteltua kotikuolemaan valmistautumista. Tästä syystä ennakointi on tärkeää. Hoitohenkilöstön tulee käydä läpi lähestyvään kuolemaan liittyvät mahdolliset oireet ja voinnin muutokset sekä sen, miten niiden suhteen toimitaan. Hoitohenkilökunnan tulisi kannustaa potilasta ja hänen läheisiään puhumaan mahdollisista peloistaan ja huolistaan. Saattohoidossa korostuu siis myös psyyken hoito.

(Terveyskylä, 2018c)

Hoitajien on tiedettävä ajantasaiset, paikkakuntaakohtaiset toimintaohjeet potilaan kuollessa, jotta omaisia osataan ohjata oikein. Omaisten ja läheisten kuoleman synnyttämät reaktiot tulee kohdata rauhallisesti ja heidän turvallisuuden tunnettaan lisätä. Omaisille annetaan mahdollisuus rauhalliseen, ihmisarvoiseen ja kunnioittavaan hyvästelyyn. Jos näyttää siltä, että omaiset ja läheiset tarvitsevat kuoleman lisäkäsittelyssä apua, tulee heidät ohjata oikean avun äärelle. (Grönlund & Huhtinen, 2011, ss. 169–170)

Omaisille annetaan kirjalliset ohjeet siitä, miten tulee toimia, kun saattohoidossa oleva potilas kuolee kotona. Useimmiten riittää, että kuolemasta ilmoitetaan potilasta hoitavalle henkilökunnalle, joko kotisairaalalle tai kotisaattohoitotiimille. Kun on kyse odotetusta kotikuolemasta, ei poliisia tarvitse kutsua paikalle. Kuoleman tapahduttua lääkäri käy toteamassa kuoleman joko kotona tai erikseen sovitussa paikassa, jonne vainaja kuljetetaan. (Terveyskylä, 2018c) Potilaan kuollessa omaiset voivat tahtoessaan ja vainajan mielipiteen tietäessään soittaa paikkakunnan seurakuntaan, josta kotiin voidaan tulla viettämään hartaushetki. (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 173)

Kuolleen potilaan parissa työskentely vaatii hoitajalta kunnioittavaa työskentelytapaa. Potilaan kuollessa hoitaja toimii omaisten tukihenkilönä, sillä usein omaisten reaktiot kuolemaan ja suruun voivat olla voimakkaita. (Grönlund & Huhtinen, 2011, s. 171)

Paikkakunnittain on hiukan erilaiset käytännöt kuoleman toteamisesta sekä virka-ajan puitteissa että päivystysaikana. Varsinaista aikarajaa vainajan siirtämiselle pois kotoaan ei ole, siitä sovitaan erikseen hoitohenkilökunnan kanssa. Vainajan siirtää hautaustoimisto. (Terveyskylä, 2018c)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön toteuttamisen vaiheisiin kuuluu suunnittelu-, toteutus- ja viimeistelyvaiheet. (HAMK opinnäytetyöopas 2020, s. 23) Opinnäytetyön keskeisin tehtävä on aiheen valitseminen ja työn toteuttamistapa ratkeaa aiheen perusteella. Opinnäytetyön onnistunut toteuttaminen vaatii aktiivista, kriittistä, itseohjautuvaa ja tavoitteellista työskentelyä opiskelijalta. Opinnäytetyön toteuttamiseen kuuluu aineiston hankinta ja analysointia. On tärkeää perehtyä lähteisiin hyvin ja joko valita ne lähteeksi tai hylätä lähde. Viitekehyksen kirjoittaminen perustuu sairaanhoitajan ammatin käytäntöihin ja tietoperustaan. (Mattila ym., 2005, ss. 92–93)

### 5.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön teoriaosuuden lähteinä käytettiin luotettaviksi arvioitua suomalaista ja kansainvälistä kirjallisuutta, tutkimuksia, suosituksia ja artikkeleita saattohoidosta. Tiedonhaussa opinnäytetyöhön käytettiin kirjastoja ja erilaisia verkkomateriaaleja. Etsimme tietoa myös useista sähköisistä tietokannoista, kuten Cinahlista, Pubmedista, Terveysportista ja Google Scholarista. Käypä hoito –suositus (2019) ohjasi opinnäytetyön tekoa. Saattohoidosta löytyy paljon kotimaista ja kansainvälistä lähdekirjallisuutta, joten lähteiden rajaaminen oli tärkeää. Lähteitä rajattiin lähteen iän ja tekijöiden luotettavuuden mukaan.

Opinnäytetyön tiedonhaussa yleisimmin käyttämiä hakusanoja olivat saattohoito, palliatiivinen hoito, hospice, palliative care ja kotisaattohoito. Luotettavina lähteen kirjoittajina pidimme palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijoita.

## 5.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö lähtee työelämän tarpeesta kehittää käytännön toimintaa, esimerkiksi ohjeistaa työntekijöitä oppaan avulla. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää teoria- ja käytännön osuuden. Teoriaosaan kuuluu esimerkiksi aiheen tietopohjan teko sekä toiminnallisen osan tulokset ja niiden tarkastelu. Toiminnallinen osa tarkoittaa opasta. (HAMK opinnäytetyöopas 2020, ss. 17–18) Opinnäytetyön tilaajan toiveesta toteutettiin kotihoidon käyttöön opas, joten opinnäytetyö on toiminnallinen. Työn toimeksiantajana on Valkeakosken kaupunki.

Toiminnallista opinnäytetyötä aloittaessa pohditaan kehittämistarvetta, kehittämistehtävää, toimintaympäristöä ja mukana olevia toimijoita. Toiminnallisen opinnäytetyön alussa on keskusteltava yhdessä asioista, jotka ovat merkityksellisiä työskentelyn onnistumisen kannalta. Yhdessä on lisäksi sovittava aiheen rajauksesta, sitoutumisesta ja tuesta. Aloitusvaiheen jälkeen tehdään opinnäytetyön suunnitelma, jossa tulee ilmetä esimerkiksi tavoitteet, ympäristö, vaiheet ja toimijat. On huomioitava, että etukäteen voi olla vaikea suunnitella työskentelyn kaikkia asioita tarkasti. Yleensä nämä tarkentuvat työskentelyn aikana. (Salonen, 2013, s. 17)

Alkuvaiheen jälkeen alkaa toiminnallisen opinnäytetyön työstövaihe. Tämä vaihe on yleensä työllistävin ja vaikein. Tässä vaiheessa tulee ilmi toiminnallisen opinnäytetyön toimijat eli ketkä ovat mukana, mitä he tekevät ja heidän roolinsa, vastuunsa ja sitoutumisensa, opinnäytetyöhön tarvittavat aineistot ja materiaalit sekä niiden dokumentointitavat. Viimeistelyvaiheessa hiotaan toiminnallisen opinnäytetyön raportti ja tuotos. Viimeisenä vaiheena esitellään toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena syntynyt opas. (Salonen, 2013, s. 18–19)

## 5.3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on saattohoito-oppaan tuottaminen kotihoidon työntekijöille. Tavoitteena on helpottaa ja selkeyttää kotihoidossa työskentelevien hoitajien työtä saattohoidon parissa. Tavoitteena on myös antaa ja lisätä tietoa, kuinka lievittää saattohoidossa potilaan oireita, kuinka huomioida hänen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja

hengelliset tarpeensa sekä kuinka tukea potilasta ja hänen perhettään saattohoidon aikana. Oppaan tavoitteena on auttaa kotihoidon hoitajia toteuttamaan laadukasta saattohoitoa ja hoitamaan kuolevaa potilasta kotioloissa sekä käyttää näyttöön perustuvaa tietoa saattohoidossa olevan potilaan hoidosta. Saattohoito-opas auttaa hoitajia yhtenäistämään toimintatapojaan, helpottaa hoitajien työskentelyä ja takaa potilaille mahdollisimman hyvän hoidon elämän loppuvaiheessa.

#### **5.4 Hyvä opas**

Oppaan sisällön suunnittelu lähtee lukijan tarpeista ja siitä, mitä lukija tietää ja osaa aiheesta jo valmiiksi. Opasta suunniteltaessa tuleekin miettiä, mitä uutta lukija osaa luettuana oppaan. Oppaan sisältö muodostuu siitä tiedosta, millaisia ohjeita lukija tarvitsee osataksaan toimia. Hyvin suunniteltu opas auttaa lukijaa oppimaan, tietämään ja tekemään uutta. (Jussila ym., 2006, ss. 92–93)

Hyvä opas perustuu faktoihin. Opasta kirjoittaessa tulee kuitenkin pitää mielessä, että tekstin tärkein tehtävä on olla ymmärrettävää, joten monimutkaisia elementtejä kannattaa välttää. Oppaan rakenteen ja sisällön tulee olla looginen, jotta se palvelee parhaalla mahdollisella tavalla lukijaa. (Jussila ym., 2006, ss. 100–101)

Typografialla eli graafisella ulkoasulla on merkitystä oppaan luettavuuteen. Kun typografia on onnistunutta, tulee lukemisesta helppoa ja miellyttävää. Oppaan visuaalisuus vaikuttaa siis lukukokemukseen. (Loiri & Juholin, 1998, ss. 32–33) Tekstiä voi havainnollistaa kuvilla, mutta kuvien käytön tulee olla perusteltua. Kuvia ei tule lisätä vain piristääkseen tekstiä, mikäli ne eivät muutoin liity kirjoitettuun tekstiin. Lukijalle aiheettomat kuvat eivät tuo varsinaista lisäarvoa. (Jussila ym., 2006, s. 102)

#### **5.5 Saattohoito-oppaan suunnittelu ja toteutus**

Opinnäytetyön toiminnallisena osana toteutettiin saattohoito-opas Valkeakosken kotihoidon työntekijöille. Saattohoito-oppaan suunnittelu aloitettiin toukokuussa 2020, jolloin Valkeakosken kotihoidolta tiedusteltiin, olisiko heillä tarvetta oppaalle kotona tapahtuvasta

saattohoidosta. Tilaajan mukaan käytössä oli hyvin suppea sekä vanhentuneeseen Käypä hoito -suositukseen perustuva ohjeistus hoitajille.

Opinnäytetyö päätettiin rajata koskemaan ainoastaan kotona tapahtuvaa saattohoitoa ja siinä huomioitavia seikkoja. Tärkeinä asioina oppaassa pidettiin erityisesti oirehoitoa ja sen toteutumista ja toteuttamista kotona. Moniammatillisuutta käsiteltiin kotona tapahtuvassa saattohoidossa ja sitä, miten se tällä hetkellä toimii. Kotona toteutettavassa saattohoidossa on tärkeää huomioida, että ihmisoikeuksia ja saatavan hoidon tasoa määrittelevät lait toteutuvat samoin kuin hoitolaitoksissa. Saattohoito-oppaassamme otettiin huomioon saattohoitoa määrittelevät lait ja asetukset.

Teoriaosuuden kirjoittamisen jälkeen ja osittain jo sen aikana, pohdittiin oppaan toteutusta. Oppaan toteutustavaksi valittiin Word-tiedosto sen helppolukuisuuden ja edullisuuden vuoksi. Opas on saatavilla joko sähköisesti ja/tai sen voi tulostaa työyksikköjen käyttöön. On tärkeää pitää opas selkeänä niin, että hoitajat löytävät siitä nopeasti tarvitsemansa tiedon. Word-tiedostoa on helppo muokata, joten mikäli kotihoidon työntekijät haluavat päivittää opasta myöhemmin, se on mahdollista. Opasta voidaan myös heidän halutessaan jakaa muihin kaupungin yksiköihin. Oppaassa olevat kuvat ovat tekijöiden itse ottamia ja soveltuvat saattohoitoaiheeseen.

Oppaan etusivulla on tekijöiden nimet, koulutus ja koulun nimi. Opas alkaa saattohoitoon liittyvien tärkeimpien käsitteiden selittämisellä. Tämän jälkeen käytiin läpi saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita, oireiden arviointia sekä hoitoa, keskittyen nimenomaan kotona tapahtuvaan saattohoitoon. Oppaassa käsiteltiin myös saattohoitopotilaan hengellisen ja sosiaalisen tuen tarvetta. Omat luvut ovat myös hoitohenkilöstön jaksamisesta sekä omaisten tuen tarpeesta. Oppaan lopussa on lueteltu lähteet ja sieltä löytyy myös tila, johon kotihoidon työntekijät voivat kirjoittaa heille tärkeitä yhteystietoja.

## **6 POHDINTA**

Saattohoidossa tulee huomioida kokonaisvaltaisesti fyysiset, psyykkiset, henkiset ja sosiaaliset tarpeet. Oireita on tärkeää havainnoida, jotta niitä pystytään mahdollisimman

hyvin hoitamaan. Siirtyminen oireenmukaiseen hoitoon ja saattohoitopäätöksen saaminen on henkisesti rankkaa niin potilaalle kuin omaisellekin. Saattohoidossa korostuu hoitajan ammattitaito luoda hyvä hoitosuhde, olla avoin, kuunteleva ja empaattinen. Kotona tapahtuva saattohoito tuo saattohoidon toteutukseen omat erityispiirteensä, jotka tulee huomioida.

## **6.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi**

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla. Aiheen ajankohtaisuus ja tärkeys sai meidät valitsemaan saattohoidon opinnäytetyön aiheeksi. Myös kiinnostus saattohoitoa ja sen kehittämistä kohtaan sai meidät päättämään tähän aiheeseen. Työssämme lähihoitajina ja sairaanhoitajaopintojen aikana olemme huomanneet saattohoidon laadun vaihtelevan eri hoitoyksiköissä. Huomasimme myös, ettei sairaanhoitajakoulutuksen opinnoissa käsitelty saattohoitoa kovin laajasti, joten halusimme perehtyä aiheeseen syvemmin.

Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt ja syventänyt meidän omaa osaamistamme saattohoidon toteuttamisessa. Opinnäytetyö on ollut meille oppimisprosessi, joka on auttanut kehittämään asiantuntijuuttamme. Tekeminen on ollut antoisa ja mielenkiintoinen projekti, mutta vaatinut myös paljon ajankäyttöä ja tekemiseen paneutumista. Haastavaa opinnäytetyön teossa on ollut tekijöiden yhteisen ajan puute, samanaikaiset muut opinnot ja kokopäiväinen työssäkäynti. Myös Covid-19-tilanne toi opinnäytetyön tekemiseen omat haasteensa, mutta opinnäytetyö eteni kuitenkin etukäteen laaditun aikataulun mukaan.

Saattohoidosta löytyi runsaasti tietoa kirjallisuudessa ja sähköisesti. Tämän vuoksi toteutimme työn teossa lähdekriittisyyttä. Lähteenä oleva kirjallisuus valittiin tarkasti. Lähteitä tutkiessa ja lukiessa oma tietoutemme saattohoidosta ja sen toteuttamisesta on lisääntynyt.

Meille oli tärkeää ja motivoivaa tehdä kotihoidon työntekijöille opas, joka tulee tarpeeseen, on luotettava sekä ajankohtainen. Koimme tärkeäksi lisätä hoitajien tietoutta laadukkaan saattohoidon toteutuksesta. Oppaasta on helppo löytää oleelliset asiat ja toivomme oppaan helpottavan kotihoidon työntekijöiden työtä kotona toteutettavassa saattohoidossa. Tilaajan



palautetta oppaasta emme ole kuitenkaan vielä saaneet, joten emme voi siltä osin arvioida oppaan onnistumista.

## 6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Saattohoito opinnäytetyön aiheena edellyttää eettistä pohdintaa. Tärkeää oli käsitellä saattohoitoa ja siihen liittyviä asioita eettisesti oikein. Opinnäytetyön teorian kirjoittamista on ohjannut ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n (2019) ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Eettisissä suosituksissa painotetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, tieteellisen käytännön vastuuta ja eettisen ennakoarvioinnin lähtökohtia, tarpeellisuutta ja ennakoarviointimenettelyä.

Opinnäytetyötä kirjoittaessa olemme ottaneet huomioon sairaanhoitajan eettiset periaatteet (1996), joissa ohjeistetaan sairaanhoitajaa lievittämään kärsimystä, kohtelemaan potilasta lähimmäisenä kunnioittaen potilaan vakaumusta, arvoja ja itsemääräämisoikeutta. Sairaanhoitajan tulee kohdata potilas arvokkaana ihmisenä. Sairaanhoitajan tehtävä on toimia oikeudenmukaisesti kohdellen jokaista potilasta tasa-arvoisesti kunkin yksilöllisyys huomioiden.

Perinteisesti terveydenhuollon merkittävimpinä tehtävinä on pidetty sairauksien ehkäisemistä ja hoitamista sekä kärsimyksen lievittämistä, mutta yhtä tärkeää on kuolemaan saattaminen ja kuoleman helpottaminen. Kuolemaan liittyvät kysymykset ja tilanteet edellyttävät usein moniammatillisen tiimin osaamista. Saattohoidon tulisi perustua siitä annettuihin lakeihin ja asetuksiin ja toteutua eettisesti oikein kunnioittaen potilaan ihmisarvoa ja hoitotahtoa. Onnistunut saattohoito edellyttää myös riittäviä resursseja. (Etene, 2004, s. 7)

Elämän loppuvaiheen hoidossa esille nousee kysymys siitä, että millainen elämänlaatu tekee elämästä elämisen arvoisen. Kysymykseen ei ole olemassa oikeaa vastausta vaan se on aina potilaskohtainen. Elämän loppuvaiheen hoidossa potilaan läheisillä tai häntä hoitavalla hoitohenkilökunnalla on merkittävä asema potilaan toiveiden kunnioittamisessa, mikäli potilas ei kykene omia toiveitaan enää saattohoitovaiheessa tuomaan esille. Selkeiden

saattohoito-ohjeiden on katsottu parantavan laadukkaan saattohoidon toteutumista. (Etene, 2004, s. 12)

Opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnin kriteereinä voidaan hyödyntää uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuus edellyttää, että työssä on käytetty laadukkaita ja monipuolisia lähteitä ja lähteet on merkitty selkeästi, jotta lukijan on helppo löytää ne. Siirrettävyydellä puolestaan tarkoitetaan sitä, onko työtä mahdollista hyödyntää muussakin kuin alkuperäisessä yhteydessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2018, ss. 197–198)

Plagiointi on toisen henkilön kirjoittaman tekstin luvaton lainaamista. Tällä tarkoitetaan sitä, että työssä ei ole kerrottu asianmukaisesti alkuperäistä lähdettä. Plagiointi on kielletty tekijänoikeuslaissa. (Arene ry, 2018) Opinnäytetyössämme on noudatettu tieteellistä kirjoittamista ja viittauskäytäntöä.

Arvioidessamme lähdeteoksia opinnäytetyöhön, pohdimme niiden soveltuvuutta työhömmme. Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään ajankohtaisia, näyttöön perustuvia ja muuten luotettavia lähteitä. Kirjallisissa lähteissä tärkeää oli lähdeteoksen kirjoittajan luotettavuus. Luotettavia kirjoittajia valitessamme lähteiksi luotimme palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntijoihin, kuten esimerkiksi Saarto (2015, 2018), Hänninen (2003, 2019), ja Grönlund (2008). Myös alan asiantuntijoiden laatima Käypä hoito -suositus saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta (2019) on toiminut tukipilarina oirehoidosta tietoa etsittäessä. Lähteinä käytettiin myös kansainvälisiä tutkimuksia ja teoksia, jotka arvioitiin ajankohtaisiksi ja luotettaviksi.

## Lähteet

Aalto, K. (2013). *Saattohoito kuolevan tukena*. Helsinki: Kirjapaja.

Amgen. (n.d). *Syöpäpotilaan suunhoito-opas hoitohenkilökunnalle*. Amgen AB Espoo. haettu 5.11.2020 osoitteesta [http://www.epshp.fi/files/11610/Suunhoito-opas\\_terveydenhuollon\\_ammattilaisille.pdf](http://www.epshp.fi/files/11610/Suunhoito-opas_terveydenhuollon_ammattilaisille.pdf)

Arene ry. (2018). *Opinnäytetyön eettiset ohjeet*. Haettu 3.1.2021 osoitteesta [http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene-opinnaytetyoprosessin-eettiset-suositukset\\_muistilistat-opiskelijalle-ja-ohjaajalle.pdf?t=1526903222](http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene-opinnaytetyoprosessin-eettiset-suositukset_muistilistat-opiskelijalle-ja-ohjaajalle.pdf?t=1526903222)

Arene ry (2019). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. Haettu 19.11.2020 <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>

Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). *Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study*. BMC palliative care, 17(1), s. 95. Pubmed. Haettu 18.11.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>

Etene (2003). *Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio*. Työryhmäraportti. Haettu 15.11.2020 osoitteesta <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>

Etene (2004). *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*. Haettu 1.12.2020 osoitteesta <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf.pdf>

Etene (2012). *Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012*. Haettu 15.11.2020 osoitteesta <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE->

- julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7
- Grönlund E. & Huhtinen A. (2011). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita publishing Oy.
- Grönlund E., Anttonen M., Lehtomäki S., Agge E. (2008) *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Haho, A. (2017). *Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys*. Lääkärilehti 33/2017. Haettu 2.11.2020 osoitteesta <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/20/43/850/sl1332017-1704.pdf>
- Halila R. & Mustajoki P. (2016). *Hoitotahto*. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 20.10.2020 osoitteesta [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809)
- Heiskanen T., Hamunen K., Hirvonen O. (2013). *Kipu palliativisessa hoidossa*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Haettu 9.11.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo10822>
- Hui D., Bruera E. (2016). *The edmonton symptom assessment scale 25 years later, past, present and future developments*. J Pain Symptom Manage. 2017 Mar;53(3) ss. 630-643. Haettu 9.12.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370>
- Hänninen, J. (2003). *Saattopotilaan oireiden hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen J., Pajunen T. (2006). *Kuoleman kaari – sairastumisesta, luopumisesta, elämästä*. Helsinki: Kirjapaja
- Hänninen, J. (2015). *Saattohoito*. Potilaan ja omaisen opas. Haettu 21.10.2020 osoitteesta <https://syopa-alueelliset.s3.eu-west-1.amazonaws.com/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>
- Idman I. (2013). *Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliativisessa vaiheessa*. Aikakauskirja Duodecim 129(4), 403–9. Haettu 11.12.2020 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo10809>
- Jussila, R., Ojanen, E. & Tuominen, T. (2006). *Tieto kirjaksi*. Saarijärven Offset Oy.
- Kaikki syövästä. (n.d.) *Saattohoito*. Haettu 21.10.2020 osoitteesta [https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/saattohoito/?gclid=Cj0KCQjwuL\\_8BRCXARIsAGiC51ChoCXnFA3kcULJajXiCS2y0yDSPYWweOrEeLs\\_j3wdtxaUkX0X1qMaAh7mEALw\\_wcB](https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/saattohoito/?gclid=Cj0KCQjwuL_8BRCXARIsAGiC51ChoCXnFA3kcULJajXiCS2y0yDSPYWweOrEeLs_j3wdtxaUkX0X1qMaAh7mEALw_wcB)

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KUVA 1. Lehto J., Marjamäki E., Saarto T. *Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma*. (online). Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 2019. (Luettu 9.11.2020). Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): [www.oppiportti.fi/op/duo14788](http://www.oppiportti.fi/op/duo14788)

KUVA 2. Saarto T., Hänninen J. *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa - kolmiportainen malli*. (online). Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 2019. (Luettu 11.11.2020). Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): [www.oppiportti.fi/op/duo14834](http://www.oppiportti.fi/op/duo14834)

KUVA 3. Kontinen V., Hamunen K. *Leikkauksen jälkeisen kivun hoito*. (online) Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 2015. (Luettu 15.11.2020). Saatavilla internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): [www.oppiportti.fi/op/duo12492](http://www.oppiportti.fi/op/duo12492)

Käypä hoito -suositus (2019). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Haettu 21.10.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Laakkonen M-L. (2012) *Hoitotahto saattohoidossa*. Haettu 29.10.2020 osoitteesta <https://etene.fi/documents/1429646/1570624/2012+Saattohoitotutkimuksen+p%C3%A4iv%C3%A4+Hoitotahto+saattohoidossa.pdf/52d63772-c4fc-47c9-baac-4133a03ce9c2/2012+Saattohoitotutkimuksen+p%C3%A4iv%C3%A4+Hoitotahto+saattohoidossa.pdf>

Loiri, P. & Juholin, E. (1998). *Huom! Visuaalisen viestinnän käsikirja*. Gummerus Kirjapaino Oy.

Paulson, C. M., Monroe, T., & Mion, L. C. (2014). *Pain assessment in hospitalized older adults with dementia and delirium*. Journal of gerontological nursing, 40(6), ss. 10–15. Haettu 10.12.2020 osoitteesta <https://doi.org/10.3928/00989134-20140428-02>

Reymond L., Parker G., Gilles L., Cooper K. *Home-based palliative care*. Aust J Gen Pract, 2018 47(11):747-752. Haettu 18.11.2020 osoitteesta <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.31128%2FAJGP-06-18-4607>

Riihimäen seudun terveystieteiden keskuksen ky (2016). Saattohoitoryhmä. *Saattohoito Riihimäen seudun terveystieteiden keskuksen kuntayhtymän alueella*. Haettu 19.10.2020

- osoitteesta <https://www.khshp.fi/wp-content/uploads/2017/06/Saattohoito-opas-Riihim%C3%A4en-seudun-tkky.pdf>
- Saarelma K. (2005). *Palliativinen hoito kotisairaalassa*. Aikakauskirja Duodecim 121(2), ss. 205-211. Haettu 1.1.2021 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo94746>
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (2018). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (2015). *Palliativinen hoito*. Riika: Kustannus oy Duodecim.
- Sairaanhoitaja (1996). *Sairaanhoitajan eettiset ohjeet*. Haettu 19.11.2020 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>
- Salonen, K. (2013). *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle*. Haettu 15.11.2020 osoitteesta <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- STM (2019). *Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa*. Palliativisen hoidon asiantuntijanryhmän loppuraportti. Haettu 11.11.2020 osoitteesta [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM\\_2019\\_68\\_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- STM (2017). *Palliativisen ja saattohoidon järjestäminen*. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmille. Haettu 9.11.2020 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Surakka T., Mattila K-P., Åstedt-Kurki P., Kylmä J., Kaunonen M. (2015). *Palliativinen hoitotyö*. Helsinki: Fioca Oy.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito)*. Käypä hoito -suositus (2019). Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Haettu 4.10.2020 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>
- Terveyskylä (2019a). *Mitä palliativinen hoito on?* Haettu 21.10.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/mit%C3%A4-palliativinen-hoito-on>

- Terveyskylä (2019b). *Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa*. Haettu 26.10.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/saattohoidon-erityiskysymykset/nesteytys-ja-ravitsemus-saattohoidossa>
- Terveyskylä (2018a). *Hoitolinjat*. Haettu 21.10.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/hoitolinjat>
- Terveyskylä (2018b). *Sosiaalinen tuki*. Haettu 15.11.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/sosiaalinen-tuki>
- Terveyskylä (2018c). *Kotisaattohoito*. Haettu 2.10.2020 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/kotisaattohoito>
- THL. (2019) *Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa*. Haettu 21.10.2020 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>
- Valvira. (2020). *Elämän loppuvaiheen hoito*. Haettu 21.10.2020 osoitteesta [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)
- WHO.(2014) *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. Haettu 21.10.2020 osoitteesta <https://thl.fi/documents/920256/1449649/who+palliative.pdf/85df63d2-572c-4e14-acea-b1bba68554d4>

**Liite 1: Saattohoito-opas**

**SAATTOHOITO-OPAS KOTIHOITON**  
*Opas Valkeakosken kotihoidon hoitohenkilöstölle*



*Salla Alanko, Kaisa Lähteenmäki & Miia Tolonen | Hämeen ammattikorkeakoulu | 2020*



## LUKIJALLE

*Tämä opas on tehty sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetyönä Valkeakosken kaupungin kotihoidolle.*

*Opas on tarkoitettu kotihoidon työntekijöille kotisaattohoidon toteuttamisen apuvälineeksi. Oppaan tavoitteena on lisätä hoitajien tietoutta saattohoidosta sekä helpottaa hoitajien työskentelyä. Tavoitteena on myös auttaa heitä yhtenäistämään toimintatapojaan ja takaamaan potilaille mahdollisimman hyvä hoito elämän loppuvaiheessa. Kotihoidossa käytössä oleva nimitys asiakas on oppaassa muutettu yleisemmin terveydenhuoltoalalla käytetyksi nimitykseksi potilas.*

*Oppaan sisältö koostuu ajantasaiseen ja luotettavaan, näyttöön perustuvaan tietoon koskien saattohoitoa.*

## Sisälllys

1 SAATTOHOITON LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ.....	4
1.1 PALLIATIIVINEN HOITO.....	4
1.2 SAATTOHOITO.....	4
1.3 HOITOTAHTO.....	4
1.4 HOITOSUUNNITELMA .....	5
2 KOTISAATTOHOITO .....	5
2.1 KOTISAIRAALA .....	5
2.2 LÄHEISTEN TUKEMINEN .....	6
2.3 MONIAMMATILLISUUS .....	6
2.4 KUOLEMINEN KOTONA .....	7
3 SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO .....	7
3.1 RAVITSEMUS JA NESTEYTYS.....	8
3.2 SUUN KIPU JA KUIVUMINEN .....	8
3.3 PAHOINVOINTI .....	9
3.4 UMMETUS.....	9
3.5 HENGENAHDISTUS .....	9
3.6 KIPU .....	10
3.7 PSYYKKISET OIREET .....	10
3.8 EKSISTENTIAALINEN KÄRSIMYS.....	11
3.9 HENGELLINEN TUKE .....	12
3.10 SOSIAALINEN TUKE .....	12
4 HOITAJIEN TYÖSSÄ JAKSAMINEN SAATTOHOIDOSSA.....	12

# 1 SAATTOHOITOON LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

## 1.1 PALLIATIIVINEN HOITO

Oireenmukaisella eli palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johtavan tai henkeä uhkaavan sairauden kokonaisvaltaista hoitoa. Se koskee niin potilasta kuin hänen läheisiään ja sillä pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä ja vaalimaan elämänlaatua. Potilas voi tarvita palliatiivista hoitoa kuukausien tai jopa vuosien ajan. Saattohoito on osa palliatiivista hoitolinjaa. Ennakoiva hoitosuunnitelma loppuelämän hoidosta laaditaan yleensä palliatiiviseen hoitoon siirryttäessä.

## 1.2 SAATTOHOITO

Saattohoito ajoittuu kuoleman hetken välittömään läheisyyteen, toisin sanoen viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Sen tarkoituksena on tukea ja hoitaa yksilöllisesti ja parhaalla mahdollisella tavalla kuolevaa ja hänen läheisiään. Inhimillisten arvojen, kuten ihmisarvon kunnioittaminen, ihmisen itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus, ovat tärkeässä asemassa onnistuneessa saattohoidossa. Saattohoito antaa mahdollisuuden valmistautua lähestyvään kuolemaan niin kuolevalle itselleen, kuin hänen läheisilleenkin. Saattohoidossa pyritään takaamaan kuolevalle mahdollisimman arvokas ja oireeton loppuelämä.

Saattohoitopäätös tehdään, kun on odotettavissa, että potilas tulee kuolemaan lähipäivinä tai viikkoina. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri keskusteltuaan ensiksi potilaan ja/tai hänen läheistensä kanssa asiasta. Yleensä saattohoitopäätös sisältää elvyttämättä jättämispäätöksen (eli DNR-päätöksen), mutta DNR-päätös voidaan kirjoittaa myös erillisenä. Saattohoitopäätöksestä on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin ja ennakoivaan hoitosuunnitelmaan. Niistä tulee käydä ilmi päätöksen tehnyt lääkäri/lääkärit, päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan ja hänen läheisten kanssa käydyt keskustelut sekä heidän kantansa tehtyyn päätökseen.

Saattohoitopäätös edellyttää, että mahdollisuus hoitoon on tarjolla ja suunnitelma hoidon toteuttamiseksi on olemassa. Varsinainen päätös voidaan jättää myös tekemättä ja ainoastaan poistaa aktiivisen hoidon elementtejä, kuten antibiootit, solunsalpaajat, nesteytykset jne. Saattohoitoon tulevaa potilasta määrittelevät usein seuraavat asiat: potilas sairastaa pahanlaatuista, levinyttä ja etenevää tautia, oireilee vaikeasti, on suhteellisen huonokuntoinen, elinajan ennuste on lyhyt ja potilas on jo kokeneen erikoislääkärin hoidossa.

## 1.3 HOITOTAHTO

Hoitotahto on tahdonilmaisu, jonka potilas esittää etukäteen siltä varalta, ettei hän pysty myöhemmin tekemään päätöksiä omaa hoitoaan koskien. Hoitotahtoon potilas kirjaa toiveensa ja ohjeensa ja siinä voi kieltäytyä elintoimintoja ylläpitävistä hoidoista elämän loppuvaiheessa. Hoitotahtoa pystytään muotoilemaan ja sen sisältöä lisäämään sairauden edetessä. Suullinen hoitotahto kirjataan potilastietoihin, mutta potilas voi tehdä hoitotahdon myös kirjallisesti. Hoitotahtolomakkeita löytyy internetistä, mutta potilas voi kirjoittaa sen myös vapaamuotoisesti. Hoitotahto tulee voimaan, kun potilas ei enää pysty itse päättämään hoidostaan ja

ilmaisemaan toiveitaan, kun todetaan ettei potilas enää toivu ja hänen ennusteensa on huono sekä, kun potilaan hoitotahdossa kuvaama tilanne tapahtuu.

## 1.4 HOITOSUUNNITELMA

Elämän loppuvaiheen hoidon perusta on riittävän varhain laadittu hoitosuunnitelma. Hoidosta vastaava lääkäri ja hoitotiimi laativat tämän ennakoivan hoitosuunnitelman yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Ennakoivaan hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidonlinjaus, hoidon rajaukset ja tarvittavat hoitokeinot. Siinä huomioidaan ennakoiden fyysisten ja psyykkisten oireiden hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Nämä tulee kirjata mahdollisimman kattavasti.

Saattohoitosuunnitelma lisätään osaksi ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Suunnitelmassa huomioidaan kokonaisvaltaisesti tuen tarvetta, jäljellä olevan elämän rajallisuutta ja lisääntynyt tuen ja avun tarve. Suunnitelmassa tulee olla lääkityksen tarpeen arviointi ja oireita lievittävän hoidon varmistuminen.

Ennakoivassa hoitosuunnitelmassa tulee tulla ilmi, kuinka saattohoito toteutetaan kotioloissa, mikä on potilaan tukiosasto, jonne hän voi tarvittaessa siirtyä, kuinka toimitaan, jos pahenemisvaihe ei helpota ja ketä konsultoidaan hankalissa tilanteissa.

## 2 KOTISAATTOHOITO

Kotisaattohoidolla tuetaan jokaisen yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa, mahdollistetaan omien toiveiden ja elämäntapojen mukainen arvokas elämä loppuun asti. Koti on tuttu ja turvallinen paikka, jossa näkyy potilaan oma persoona ja eletty elämä. Koti edustaa myös yhteyttä läheisiin ihmisiin. Edellytyksenä kotisaattohoidolle on, että potilas itse sekä tämän omaiset haluavat saattohoidon tapahtuvan kotona. Kotisaattohoidon onnistuminen edellyttää myös läheisen ihmisen jatkuvan läsnäolon potilaan luona. Tilojen tulee olla sellaiset, että ne sallivat hyvän ja oikeanlaisen hoidon.

Saattohoitoon siirryttäessä potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma. Siinä käydään läpi sekä potilaan että tämän läheisten kanssa potilaan tautitilanne ja tarkistetaan mahdollinen hoitotahto. Hoitosuunnitelmaa varten sovitaan myös yhteydenpidosta sekä tarvittavista oirelääkityksistä ja hoitotoimista. Potilaalle ja läheisille tärkeää on saada yhteystiedot ammattihenkilöstöstä, joka osallistuu potilaan hoitoon. Henkilökunta ei siis ole koko ajan potilaan luona tämän kotona, mutta kuitenkin koko ajan tavoitettavissa. Hoitava lääkäri on vastuussa potilaan hoitoa koskevista lääketieteellisistä päätöksistä. Läheisten tärkeänä tehtävänä on tukea potilasta ja auttaa tämän hoidossa omien voimavarojensa mukaan.

### 2.1 KOTISAIRAALA

Kotisairaalan toiminta eroaa kotihoidon palveluista siten, että kotisairaalan potilaiden tila on useimmiten sellainen, että he tarvitsisivat välitöntä osastohoitoa ilman kotisairaalan tukea. Kotisairaalan lääkäri vastaa potilaiden kokonahoidosta. Kotisairaalan antama hoito painottuu lääketieteelliseen sekä sairaanhoidolliseen osaamiseen. Potilaiden oirehoidossa noudatetaan samoja periaatteita kuin osastolla.

*Kotisairaalan potilaille on annettu yhteystiedot, joista he saavat apua kellon ympäri kaikkina viikonpäivinä. Ellei kyseessä ole akuutti hätä, kotisairaalan sairaanhoitaja tai lääkäri voi tarvittaessa tulla kotikäynnille arvioimaan tilanteen tai järjestää paikan tukiosastolta. Potilaan ei siis tarvitse hakeutua päivystykseen päästökseen sovitulle lupapaikalle.*

## **2.2 LÄHEISTEN TUKEMINEN**

*Yhden perheenjäsenen sairastuessa ja sairauden johtaessa saattohoitovaiheeseen muuttaa se koko perheen arkea erilaiseksi. Koko perheen on sopeuduttava uudelleen tilanteeseen ja ennen kokemattomaan arkeen. Perheenjäsenillä voi olla huolia ja pelkoja siitä, että sairastuneelle tulee kipuja ja kärsimystä, myös vastuu saattaa ahdistaa heitä.*

*Potilaan perheenjäsenillä on useasti potilasta suurempi huoli kotona tapahtuvasta saattohoidosta. Vaikka saattohoito tapahtuu kotona, on lääketieteellinen hoitovastuu aina lääkärillä. Omaiset eivät joudu, eivätkä saa tehdä lääketieteellisiä päätöksiä potilaan hoidosta. Omaisille on tärkeää selventää, että heillä on aina mahdollisuus kertoa hoitohenkilökunnalle, jos potilaan saattohoidossa ilmenee ongelmia. Omaisia tulee myös rohkaista ottamaan matalalla kynnyksellä yhteyttä potilaan hoidosta vastaavaan henkilökuntaan.*

*Kotihoidon hoitajan tulee kertoa hoitavalle omaiselle kuolevaa edeltävistä oireista realistisesti. Omaisen tulee tietää, mitä on edessä ja, miten näissä tilanteissa tulee toimia. Näin perhe pystyy ajoissa varautumaan tulevaan. Ohjeita tulee kerrata toistuvasti ja ennakoiden. Hoitava omainen kaipaa kannustusta ja tukea hoitaessaan omaistaan. Omaisella saattaa olla pelkona, että hän tekee hoidossa jotakin väärin tai jättää vahingossa jotakin tekemättä. Usein kotisaattohoito vaatii omaiselta paljon, mutta läheisen kuollessa, omainen on tyytyväinen kotisaattohoitoon.*

*Kuolleen potilaan parissa työskentely vaatii hoitajalta kunnioittavaa työskentelytapaa. Potilaan kuollessa hoitaja toimii omaisten tukihenkilönä, sillä usein omaisten reaktiot kuolemaan ja suruun voivat olla voimakkaita. Omaisten ja läheisten kuoleman synnyttämät reaktiot tulee kohdata rauhallisesti ja heidän turvallisuuden tunnettaan lisätä. Omaisille annetaan mahdollisuus rauhalliseen, ihmisarvoiseen ja kunnioittavaan hyvästelyyn. Jos näyttää siltä, että omaiset ja läheiset tarvitsevat kuoleman lisäkäsittelyssä apua, tulee heidät ohjata oikean avun äärelle.*

## **2.3 MONIAMMATILLISUUS**

*Kotisaattohoidossa oleva potilas ja omaiset saavat moniammatillisen tukiverkoston, joten asiantuntevaa apua on tarjolla ympäri vuorokauden viikon jokaisena päivänä. Hoitohenkilöstö käy säännöllisin väliajoin sekä myös tarvittaessa hoitamassa potilasta. Saattohoitopotilaalle on myös etukäteen sovittu osastopaikka, jonne hän voi siirtyä niin halutessaan. Osastopaikalle pääsee suoraan ilman päivystyksessä käyntiä.*

*Kotisaattohoidon moniammatillista tiimiä johtaa lääkäri. Tiimin työntekijät voivat vaihdella potilaan tarpeiden ja paikkakunnalla saatavilla olevien ammattihenkilöiden mukaan. Kotisaattohoidon tiimiin voi kuulua sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, toimintaterapeutti ja muita terveydenhuollon ammattilaisia. Kotisaattohoidossa potilaan tukena voi olla myös saattohoitokotien järjestämä päiväkeskustoiminta. Päiväkeskuksessa potilaalla on mahdollisuus tavata lääkäriä, fysioterapeuttia, pappia, sosiaalityöntekijää ja muita potilaita.*

*Myös fysioterapeutti kuuluu saattohoidossa moniammatilliseen hoitotiimiin. Fysioterapian avulla potilasta voidaan auttaa viettämään elämänsä viimeisiä hetkiä parhaalla mahdollisella tavalla, tukemalla toimintakyvyn ylläpitämistä.*

## **2.4 KUOLEMINEN KOTONA**

*Kotisaattohoito tarkoittaa aina myös suunniteltua kotikuolemaan valmistautumista. Hoitajien on tiedettävä ajantasaiset, toimipaikkakohtaiset toimintaohjeet potilaan kuollessa, jotta omaisia osataan ohjata oikein. Omaisten ja läheisten kuoleman synnyttämät reaktiot tulee kohdata rauhallisesti ja heidän turvallisuuden tunnettaan lisätä. Omaisille annetaan mahdollisuus rauhalliseen, ihmisarvoiseen ja kunnioittavaan hyvästelyyn.*

*Omaisille annetaan kirjalliset ohjeet siitä, miten tulee toimia, kun saattohoidossa oleva potilas kuolee kotona. Useimmiten riittää, että kuolemasta ilmoitetaan potilasta hoitavalle henkilökunnalle. Kun on kyse odotetusta kotikuolemasta, ei poliisia tarvitse kutsua paikalle. Kuoleman tapahduttua, lääkäri käy toteamassa kuoleman joko kotona tai erikseen sovituksessa paikassa, jonne vainaja kuljetetaan. Potilaan kuollessa omaiset voivat tahtoessaan ja vainajan mielipiteen tietäessään soittaa paikkakunnan seurakuntaan, josta kotiin voidaan tulla viettämään hartaushetki. Kuolleen potilaan parissa työskentely vaatii hoitajalta kunnioittavaa työskentelytapaa. Potilaan kuollessa hoitaja toimii omaisten tukihenkilönä, sillä usein omaisten reaktiot kuolemaan ja suruun voivat olla voimakkaita.*

*Jos kuolema tapahtuu virka-ajan ulkopuolella tai omainen ei pysty odottamaan lääkärin käyntiä, hoitohenkilökunta ilmoittaa vainajasta hautaustoimistolle. Hautaustoimisto noutaa vainajan, toimittaa sairaalan kappeliin, jossa päivystävä lääkäri käy toteamassa kuoleman. Kuoleman toteava lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen ja hautausluvan. Kuolintodistuksesta lähetetään kopio omaisille.*

## **3 SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO**

*Elämän loppuvaiheen hoidossa eli saattohoidossa huomioidaan kokonaisvaltaisesti potilaan psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Oireita lievittävä lääkehoito on osa saattohoitoa. Oireiden hyvä hoito on tärkeää, sillä huonosti hoidetut oireet heikentävät potilaan elämänlaatua.*

*Saattohoidossa potilaan oireita tulee havainnoida ja arvioida säännöllisesti ja tarpeeksi kattavasti. Myös hoitovastetta tulee seurata. Oireiden arvioinnissa voi käyttää apuvälineenä esimerkiksi ESAS (eli Edmonton Symptom Assessment Scale) oirekyselyä. Oirekyselyssä arvioidaan yhdeksän eri oireen häiritsevyyttä. ESAS on luotettava työkalu, joka arvioi erilaisten oireiden vaikeutta. ESAS-oirekyselyn avulla on kyky mitata*

tehokkaasti oireiden häiritseväisyyttä, jonka vuoksi se on laajasti käytössä, varsinkin palliatiivisissa hoitoyksiköissä. ESAS-oirekysely mahdollistaa usean oireen samanaikaisen arvioinnin.

Hyvä perushoito on saattohoidon perusta. Ravinnosta ja hygieniasta huolehtiminen, lääkkeiden anto sekä voinnin seuranta ovat perustarpeita, joista tulee aina huolehtia. Hyvään perushoitoon kuuluu myös potilaan itsemääräämisoikeuden sekä yksilöllisyytensä kunnioittaminen. Potilaan tarpeet ja toiveet tulee ottaa huomioon.

### 3.1 RAVITSEMUS JA NESTEYTYS

Kakeksia-anoreksia tarkoittaa etenevää sairaudesta tai vähäisestä syömisestä johtuvaa laihtumista. Tehostetulla ravitsemushoidolla ei ole elämän loppuvaiheessa enää vaikutusta potilaan vointiin tai jäljellä olevan elämän pituuteen. On hyvä yrittää syödä mielitekojen mukaan pieniä annoksia useita kertoja päivässä.

Kuivumisen merkkejä ovat virtsantulon väheneminen ja loppuminen. Janon tunne ei aina kerro kuivumisesta, vaan voi johtua myös autonomisesta neuropatiasta, suun kuivuudesta tai lääkkeitä. Saattohoidossa suonensisäinen nesteytys ei yleensä ole aiheellista. Saattohoidossa nesteytyksen haittoja ovat turvotuksen lisääntyminen, askiteksen ja/tai pleuranesteen kertyminen ja hengenahdistuksen lisääntyminen. Potilas saattaa olla myös sekava ja irrottaa kanyylin. Kuolevalla potilaalla kuivuminen voi johtua myös nesteen siirtymisestä kudoksiin, jolloin nesteytys ei paranna potilaan yleistilaa.

### 3.2 SUUN KIPU JA KUIVUMINEN

Suun kuivuminen ja suun kivun hoito on tärkeä osa kuolevan potilaan hoitoa, se kuuluu jo hyvään perushoitoon. Suun kuivuminen aiheutuu syljen erityksen vähenemisestä, syljen koostumuksen muuttumisesta sekä tietyistä lääkeaineista tai esimerkiksi suun sieninfektioista. Apua suun kuivumiseen saa kostuttamalla suuta veden lisäksi esimerkiksi ruokaöljyllä sekä apteekista saatavilla suun kostutustuotteilla. Suun kuivuuteen ei auta suonensisäisesti nesteyttäminen.

Suun kipua voidaan helpottaa kylmien juomien avulla tai jääpalojen imeskelyllä. Suun limakalvoa voidaan myös puuduttaa sivelemällä suuta puudutusgeelillä. Suukivun hoidossa tärkeimpiä ovat puuduttava lidokaiini-oraaliliuos ja paikallisesti tehoavat kipulääkkeet. Paikallisesti vaikuttava morfiini on tehokas kipulääke suun limakalvoille. Puuduttaessa limakalvoja käytetään 2 % lidokaiini-oraaliliuosta. Suun limakalvoille käytettäessä 5–15 ml liuosta huljutellaan suussa ja syljetään pois. Kurkunpäättä ja nielun limakalvoja puuduttaessa 5–10 ml liuosta kurlataan ja niellään mahdollisimman hitaasti. Ruokatorvea puuduttaessa 5–15 ml liuosta niellään nopeasti kerralla. Paikalliseen kivunhoitoon suun limakalvoille käytettävän 0,2 prosenttisen morfiini-oraaliliuoksen aloitusannos on 10–15 ml neljän tunnin välein. Liuosta ei saa niellä.

Aftoihin ja suun limakalvojen rikkeymien hoitoon voidaan käyttää myös paikallisantiseptejä eli puhdistusaineita, kuten 1 % klooriheksidiinigeeliä, suun limakalvoja suojaavaa geeliä, kortisonisuspensiota tai nelosgeeliä. Kuolevan potilaan suuta tulisi kostuttaa vähintään 2 tunnin välein pumpulipuikolla ja nesteellä. Suun päivittäiseen puhdistukseen tulisi käyttää kosteaa sideharsotaitosta, jolla pyyhitään suun limakalvot. Potilaan suupielet ja huulet kuivataan ja rasvataan huulirasvalla.

### 3.3 PAHOINVOINTI

*Pahoinvointi on saattohoitovaiheessa yleinen oire ja heikentää merkittävästi potilaan elämänlaatua. Pahoinvointiin liittyy myös muita oireita, kuten ahdistusta, ruokahaluttomuutta, ummetusta ja väsymystä.*

*Pahoinvointia saattaa saattohoidossa aiheuttaa esimerkiksi ummetus, suolen vetovaikkeudet, ruuansulatuskanavan infektiot ja limakalvovauriot, yskä ja limaneritys, metaboliset syyt, kohonnut kallonsisäinen paine ja psyykkinen ahdistus. Pahoinvointia voidaan helpottaa tarjoamalla kylmiä syötäviä ja juotavia, välttämällä mausteisia ja rasvaisia kuumia ruokia, suolenvetovaikkeudessa tilapäisellä nenämahaletkulla ja potilaan psyykkisellä tuella. Pahoinvoinnin estoon on käytössä erilaisia lääkehoitoja, annosteltuna suun kautta, ihon alle, laastarina tai lihakseen.*

*Pahoinvointilääkkeillä voidaan lievittää potilaan pahoinvointia. Joskus pahoinvoinnin hoidossa käytetään myös pieninä annoksina psyykenlääkkeitä (kuten haloperidolia tai olantsapiinia). Syöpää sairastavalla potilaalla kroonisen pahoinvoinnin ja oksentelun helpottamiseksi annetaan metoklopramidia. Kortisonin yhdistämisestä muuhun pahoinvointilääkitykseen voi myös olla apua.*

### 3.4 UMMETUS

*Ulostamisen harventuminen, kova uloste tai ponnistelun tarve ulostamisessa ovat merkkejä ummetuksesta. Ummetus on saattohoidossa yleistä ja siihen saattaa liittyä ikäviä oireita, kuten vatsan turvotus, vatsakipu, pahoinvointi ja peräaukon kipua. Ummetus voi johtua monesta eri syystä. Yleisimpiä syitä ummetukselle ovat opioidien tai muiden saattohoidossa käytettävien lääkkeiden haittavaikutus, riittämätön nesteiden saantiin, kuumeeseen ja pahoinvointiin liittyvä kuivuminen, selkäydinvaurio ja syöpäkasvaimen leviäminen. Ummetuksessa vatsanpeitteissä saattaa tuntua aristusta ja vasemmalla puolella voi tuntua ulostemassaa. Ummetus saattaa aiheuttaa ohivuotoripulia, kun löysää ulostetta valuu kovan ulostemassan ohi suolessa. Ohivuotoripulissa ei kuitenkaan yleensä ole kyse varsinaisesta ripulista, vaan syy on edelleen ummetuksessa.*

*Opioidilääkitys aiheuttaa ummetusta, joten sen rinnalle tulisi aina aloittaa myös laksatiivi, jotta ummetusta ennaltaehkäistäisiin. Useimmiten käytetään suolensisältöön nestettä lisääviä laksatiiveja ja suolen liikkeitä stimuloivia laksatiiveja. Ensisijaisesti ummetuksen hoidossa lääkitys otetaan suun kautta ja aloitetaan osmoottisella laksatiivilla. Osmoottiset laksatiivit lisäävät suolensisältöä, pehmentävät ulostemassaa ja kiihdyttävät suolen peristaltiikkaa. Jos suoli ei toimi osmoottisella laksatiivilla, lisätään potilaan lääkitykseen stimuloivat laksatiivit, jotka kiihdyttävät suolen peristaltiikkaa, lyhentävät suolen läpikulkuaikaa ja vähentävät veden imeytymistä paksusuolesta. Jos nämäkään eivät auta ummetuksen hoidossa, voi ulostamisen käynnistämiseksi käyttää peräruisketta. Saattohoidossa ummetuksen hoitoon eivät sovi kuituvalmisteet, sillä niiden yhteydessä tulee juoda runsaasti nesteitä, joka voi olla vaikeaa potilaalle.*

### 3.5 HENGENAHDISTUS

*Hengenahdistuksessa ihminen tuntee, ettei saa ilmaa riittävästi. Hengenahdistusta saatetaan kuvailla tunteeksi ilman loppumisesta, tukehtumisen tunteeksi ja rintakehän kireydeksi. Hengenahdistuksella on merkittävä elämänlaatua, toimintakykyä ja unta heikentävä vaikutus.*

*Hengenahdistusta arvioidaan mittaamalla hengitystaaajuutta, arvioimalla hengityslihasten käyttöä, hengitysäniä kuuntelemalla ja arvioimalla kuolevan potilaan hengitystyyppejä. Hengenahdistuksen lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat puoli-istuva asento, oikean hengitystekniikan opastaminen, kuten pulloon puhallukset,*



rentoutus ja huulirakohengitys sekä ikkunan avaaminen huoneessa ja tuulettimen suuntaaminen potilaaseen. Parantumattomasti sairaiden hengenahdistusta helpotetaan opioideilla. Mikäli hengenahdistus aiheutuu keuhkopussiin keräytyneestä nesteestä, se poistetaan, joko punktoimalla tai lääkärin asettaman dreenin avulla.

Kuoleman lähestyessä potilaan hengitys saattaa muuttua rohisevaksi ja limaiseksi hengitysteistä irtoavasta limasta johtuen. Tämä saattaa huolestuttaa omaisia. Heille tulee kertoa, ettei rohiseva hengitys yleensä häiritse potilasta itseään, sillä tässä vaiheessa potilaan tajunta on yleensä laskenut.

### 3.6 KIPU

Kivun hoito on yksi tärkeimmistä osatekijöistä saattohoidossa. Kipua tulee mitata säännöllisesti ja kirjata tulokset ylös. Sairauden edetessä, kehon lähestyessä kuolemaa, myös kipu saattaa pahentua. Kipua voidaan arvioida erilaisilla mittareilla, kuten VAS-kipujanalla, NRS-mittarilla, jossa on numeraalinen asteikko tai VRS-mittarilla, jossa on sanallinen asteikko.

Jos potilas ei pysty ilmaisemaan kipua sanallisesti tai kipumittarilla, arvioidaan havainnoimalla hänen ilmeitään ja käyttäytymistään. Kipua saattaa esiintyä levossa, liikkeessä tai koko ajan. Liikekipuun kuuluu kipu, joka ilmaantuu liikkeessä ja esimerkiksi yskiessä. Kivun taustalla saattaa joskus olla myös sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamia psyykkisiä oireita, kuten ahdistusta ja masennusta. Ahdistus pahentaa kipukokemusta, mutta joskus ahdistus saatetaan tulkita myös somaattiseksi kivuksi. Tällöin kipua hoidetaan kipulääkkeillä, vaikka siihen saattaisi auttaa keskustelu ja potilaan psyykkisten oireiden tunnistaminen.

Saattohoitovaiheessa potilaan kivun hoito perustuu lääkehoidon lisäksi psyykkisen kivunhallinnan ja fysioterapeuttisten menetelmien käyttöön. Näitä ovat erilaiset asento- ja liikehoidot, rentoutukset ja muut vastaavat kivunhallintakeinot. Kivunhoidon valintaan vaikuttavat potilaan ikä, muut sairaudet ja kivun laatu. Potilaalle ei tulisi luvata täydellistä kivuttomuutta, mutta tavoitteena on, ettei kipu olisi keskeisin ja kaikkea toimintaa rajaava elämänsisältö. Potilaan kanssa tulisi käydä kipulääkityksen haittavaikutuksia läpi ja motivoida potilasta jatkamaan kipulääkitystä, vaikka tästä aiheutuisi lieviä haittavaikutuksia, kuten suun kuivumista tai ummetusta. Nämä haittavaikutukset ovat yleensä hyvin hoidettavissa.

Kipulääkitys valitaan kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaan. Jokaisen potilaan kohdalla annos määritellään yksilöllisesti. Hoitava lääkäri tekee lääkemääräykset ja antaa ohjeistukset esimerkiksi lisäännosten antoon. Varsinkin syövän aiheuttaman kivun hoidossa opioidit ovat tehokkaita lääkkeitä. Jos kipulääkitys ei onnistu suun kautta tabletteina tai liuoksena pahoinvoinnin, alentuneen tajunnantason tai suolitukoksen vuoksi, voidaan potilaalle määrätä iholle laastarina annosteltava kipulääkitys. Imeytyminen laastarista on epävarmaa, jos potilaalla on kakeksiaa eli kuihtumista tai kovaa hikoilua. Tällöin kipulääkitys voidaan annostella ihon alle eli subkutaanisesti. Injektiomuotoiset opioidit sopivat myös subkutaanisesti annosteltuina. Tulehduskipulääkkeen yhdistäminen opioidien kanssa voi tehostaa vastetta kivun lievityksessä tehokkaammin kuin, jos opioideja käytettäisiin yksinään.

Paljon puhutaan myös läpilyöntikivuista. Ne ovat kipuja, jotka ylittävät hetkellisesti hoidolla lievitetyn kivun voimakkuuden. Läpilyöntikipua hoidetaan antamalla potilaalle lisäännos nopeavaikutteisessa muodossa olevaa kipulääkettä (syövän hoito, opioidit).

### 3.7 PSYKKISET OIREET

Kuoleman lähestyessä potilaalla voi esiintyä psyykkisiä oireita, joita saattavat olla kriisireaktio, sairauteen liittyvät elimelliset muutokset ja osin taas pitkäaikaisempaa psyykkistä oirehdintaa. Psyykkiset oireet saattavat

johtua potilaan tavasta kohdata vaikea sairaus ja tieto lähestyvistä kuolemasta, oireet saattavat olla seurausta myös sairauden aiheuttamista reaktioista perheeseen ja muihin sosiaalisiin suhteisiin. Saattohoidossa potilaalla saattaa tuottaa suurempaa kärsimystä tieto lähestyvistä kuolemasta, luopumisesta, suru ja pelko kuolemasta, kuin fyysiset oireet. Yleisiä psyykkisiä oireita ovat unettomuus, delirium, masennus, ahdistus ja pelkotilat.

Masennus- ja ahdistusoireita voidaan yrittää helpottaa psykososiaalisin keinoin. Potilaan psyykkistä vointia ja selviytymistä arvioidaan useasti saattohoidon aikana. Potilaalta tulee avoimesti kysyä useasti saattohoidon aikana hänen psyykkisestä jaksamisestaan ja voinnistaan. Hoitorutiineihin sisällytetään kysymykset arkipäivän selviytymisestä sekä potilaalle tärkeistä sosiaalisista suhteista. Tämä aktivoi potilaan mielessä hänen sosiaalisen tukiverkostonsa merkitystä. Psykososiaalinen tuki saattohoidossa on merkittävän tärkeää. Tärkeitä rauhoituskeinoja potilaalle ovat hyvä hoitosuhde, potilaan kuunteleminen ja hänen kanssaan keskustelu, avoin tiedon antaminen potilaan hoitosuunnitelmasta ja hyvä somaattisten oireiden hoito. Mikäli elinaikaennuste on useita viikkoja tai pidempi, voidaan ahdistuksen ja masennuksen hoidossa yhdistää psykososiaalisiin menetelmiin myös lääkehoitoa.

Potilasta voi ahdistaa epätietoisuus, mitä kuolemassa tapahtuu tai miltä se tuntuu, hän ainoastaan tietää, että hänen olemassaolonsa muuttuu radikaalisti. Myös potilaan omaisilla on pelkoja ollessaan kuoleman läheisyydessä läheisensä vierellä ja tukena. Omaisia saattaa ahdistaa luopumisen, yksinäisyyden ja hallinnan tunteen menettämisen pelko. Usein potilaan ja hänen läheisensä on vaikeaa ottaa kuolema puheeksi, sillä he pelkäävät puheeksi ottamisen herättävän toisessa pelkoa. Hoitajan olisi hyvä ottaa kuolema avoimesti puheeksi omaisen ja potilaan kanssa. Tällöin omaisesta ja potilaasta voi tuntua luonnollisemmalta ottaa kuolema puheeksi myös ilman hoitajan läsnäoloa. Joskus potilas ei halua puhua kuolemasta, on vetäytynyt ja sulkeutunut. Omaisilta voi kysyä onko potilaan käyttäytyminen hänelle luonteensaomaista. Jos selviää, että potilas on luonteeltaan hiljainen ja omissa oloissaan viihtyvä, henkilökunnan tulee antaa hänelle tilaa olla rauhassa. Mikäli selviää, että potilaalla on mieltä painavia asioita, tulisi miettiä työyhteisössä, kuinka häntä voi auttaa. Joskus luottamuksen syntyminen keskusteluun vaatii pitkän ajan.

Äkillinen sekavuustila eli delirium on seurausta aivotoiminnan häiriöstä. Siinä tietoisuus ja tarkkaavaisuus heikkenevät, ajattelu ja muisti häiriintyvät ja tunteet ja niihin reagoiminen muuttuvat. Myös uni-valverytmi saattaa muuttua. Oireita lievitetään lääkkeettömällä hoitokeinoilla eli turvallisella, rauhallisella ja valvotulla ympäristöllä. Potilasta ei saisi jättää yksin huoneeseen ja huoneessa pidetään pientä valaistusta myös yöllä. Lääkkeettömät hoidot ovat ensisijalla, mutta tarvittaessa käytetään myös psykoosilääkkeitä apuna.

### 3.8 EKSISTENTIAALINEN KÄRSIMYS

Eksistentiaalinen kärsimys tarkoittaa kärsimystä, epätietoutta ja halua tietää, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu, mutta ymmärrystä siitä, ettei sitä pystytä järjellä selvittämään. Kärsimystä lisää eniten potilaan elämän loppumisen tiedostaminen ja sen tajuaminen, ettei ole varmuutta mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Kuolevalla ihmisellä on usein tarve pohtia tulevaa kuolemaa ja hänelle tulee antaa sille tilaa ja mahdollisuus. Saattohoidossa kuoleman ollessa lähellä, potilas tietää, että joutuu pian luopumaan läheisistään, elämän odotuksistaan, fyysisestä terveydestään ja riippumattomuudestaan. Näihin ajatuksiin sopeutuminen ja tieto elämän loppumisesta voi aiheuttaa ahdistusta.

Eksistentiaalinen pelko liittyy kuoleman jälkeiseen aikaan. Ahdistavinta on, että elämä nykyisessä muodossaan sekä kaikki, mikä on ollut ja on loppuu. Joskus voi olla vaikeaa arvioida potilaan sietokykyä kestää kärsimystä. Hoitajan tulisi myötäelävällä vuorovaikutuksella ja sensitiivisyydellä auttaa potilasta löytämään itsestään voimavaroja kestää eksistentiaalista kärsimystä. Eksistentiaalista kärsimystä voi helpottaa potilaan mahdollisuus valita kuolinpaikakseen oma turvallinen kotinsa.

### 3.9 HENGELLINEN TUKI

Saattohoidossa, kuoleman läheisyydessä, potilas saattaa kaivata hengellisyyttä ja kokemusta siitä, että elämässä on jotakin olennaista, joka ei vain rajoitu näkyvään ja materiaaliseen maailmaan. Ihmisillä on erilaisia hengellisiä tarpeita, niiden huomioiminen pitämällä esillä erilaisia hengellisen tuen vaihtoehtoja, on potilaan hengellisyyttä kunnioittavaa. Potilaalta voi kysyä, minkälaista hengellistä tukea hän haluaa ja millaisia hengellisiä tarpeita hänellä on.

Saattohoitotyössä pyritään löytämään potilaan hengellisen tarpeen alue, jossa hän tarvitsee apua. Tarpeita selvitetään kysymällä potilaan uskonnollisesta vakaumuksesta, kuuluuko hän johonkin hengelliseen yhteisöön, kysymällä potilaan hengellisistä tavoista tai kokeeko potilas hengellistä kipua, joka tarkoittaa hänen kokemustaan jumalasta vieraantumiseen ja pelkoa, ettei jumala pidä hänestä huolta. Jos potilas ei kuulu kristinuskoon, on tärkeää selvittää minkälaisia tapoja ja perinteitä on uskonnossa, johon hän kuuluu. Näin varmistetaan, ettei hänen uskontonsa tapoja ja perinteitä loukata. Hengellinen keskustelu vaatii rauhallista tilannetta. Hoitajan on oltava läsnä ja kuunneltava potilasta aktiivisesti. Potilaalle annetaan tilaa kertoa peloistaan ja ahdistavista asioista esittämällä hänelle avoimia kysymyksiä. Myös omaiset arvostavat hoitajaa, jolla on aikaa kuunnella heitä ja vastata heidän vaikeisiinkin kysymyksiinsä.

### 3.10 SOSIAALINEN TUKI

Potilas itse päättää, mikä on perheen osuus ja merkitys saattohoidon aikana hoitotyössä. Läheisten huomioiminen ja potilaan pitäminen vahvasti perheensä jäsenenä kuuluvat hyvään kokonaisvaltaiseen saattohoitoon. Sosiaalinen tuki syntyy arjen verkoston kautta eli potilaan perheen, sukulaisten ja ystävien sekä tuttavien kautta. Usein läheisillä on potilaan sairastumisen alkuaikoina paljon voimia tukea ja auttaa häntä, mutta sairastamisen jatkuessa pitkään, heidän voimansa voivat kuitenkin loppua. Tämä voi aiheuttaa potilaassa ja hänen läheisissään turhautumista. Omaisten ja läheisten voimien loppuessa on ammattiauttajien tuki hyvin tärkeää.

Sosiaalityön tarkoitus on vähentää sairauden aiheuttamaa taloudellista ja sosiaalista haittaa. Sosiaalityöntekijä selvittää potilaan taloudellista tilannetta sekä tarjoaa keinoja selviytyä paremmin arjesta. Parantumattomaan sairauteen sairastuminen, hoidot ja kuolema vaikuttavat potilaan ja hänen perheensä taloudelliseen tilanteeseen ja toimeentuloon. Apua voi hakea oman kunnan tai oman hoitopaikan sosiaalityöntekijältä. Sosiaalityöhön kuuluu esimerkiksi kotona selviytymiseen, perheen tarpeisiin ja taloudelliseen toimeentuloon liittyviä asioita.

## 4 HOITAJIEN TYÖSSÄ JAKSAMINEN SAATTOHOIDOSSA

Hoitajan työ saattohoidossa ja palliatiivisessa hoidossa on emotionaalisesti rankkaa ja kuormittavaa, koska hoitaja saa osakseen omaisten ja potilaiden vaikeita tunnekokemuksia, joita he käyvät läpi. Toivon ylläpitäminen antaa hoitajalle voimia jaksaa ja työniloa sekä auttaa hoitajaa ehkäisemään henkistä uupumista. Hoitaja saa voimia työssäjakamiseen pitämällä huolta omasta hyvinvoinnistaan. Tärkeitä asioita työssäjakamisen kannalta ovat myös työnohjaus ja lisäkoulutus, sillä hoitaja saa niistä lisää välineitä laajentaa omaa osaamistaan ja ne antavat voimia jaksaa rankkoja tilanteita työssä sekä lisäävät työssäjakamista saattohoidossa.

Kuoleman kohtaaminen työssä koskettaa hoitajaa. Joskus kuoleman kohtaaminen voidaan kokea niin rajuna tunteena, ettei hoitaja selviä siitä yksin. Silloin työkavereiden kollegiaalinen tuki on tärkeää. Tällöin työyhteisöllä tulisi olla selkeä ja turvallinen hoitokulttuuri kuolevan kohtaamisessa. Työnohjauksessa työyhteisöllä on rauha

*pysähtyä käsittelemään yhdessä koettuja rankkoja kokemuksia työssä. Hoitajan kyky havainnoida omia ja kuolevan potilaan kokemuksia vahvistuu työnohjauksessa. Hoitaja voi kertoa omia kokemuksiaan kuolevan potilaan ilmaisemista raskaista tunteista, kuten kärsimyksestä, hädestä, kauhusta ja yksinäisyydestä. Näihin kokemuksiin voi saada ymmärtämystä sekä huolenpitoa ja sen kautta taitoja tukea kuolevaa tämän vaikeiden tunteiden käsittelyssä.*



**TÄHÄN VOIT LISÄTÄ TÄRKEITÄ YHTEYSTIETOJA**

**OPPAASSA KÄYTETTYJÄ LÄHTEITÄ JA HYÖDYLLISTÄ KIRJALLISUUTTA SAATTOHOIDOSTA:**

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

Amgen. (n.d). Syöpäpotilaan suunhoito-opas hoitohenkilökunnalle. Amgen AB Espoo. haettu 5.11.2020 osoitteesta [http://www.epshp.fi/files/11610/Suunhoito-opas\\_terveydenhuollon\\_ammattilaisille.pdf](http://www.epshp.fi/files/11610/Suunhoito-opas_terveydenhuollon_ammattilaisille.pdf)

Etene (2003). Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Haettu osoitteesta <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>

Etene (2004). Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Haettu osoitteesta <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf.pdf>

Grönlund E., Anttonen M., Lehtomäki S., Agge E. (2008) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Grönlund E. & Huhtinen A. (2011). Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita publishing Oy.

Haho, A. (2017). Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkärilehti 33/2017. Haettu osoitteesta <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/20/43/850/sll332017-1704.pdf>

Hänninen, J. (2015). Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Haettu osoitteesta <https://syopa-alueelliset.s3.eu-west-1.amazonaws.com/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>

Hänninen, J. (2003). Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Käypä hoito -suositus(2019). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Haettu osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#readmore>

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (2018). Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (2015). Palliatiivinen hoito. Riika: Kustannus oy Duodecim.

Surakka T., Mattila K-P., Åstedt-Kurki P., Kylmä J., Kaunonen M. (2015). Palliatiivinen hoitotyö. Helsinki: Fioca Oy.

Käypä hoito –suositus (2019). Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Haettu osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>