

---

# VALVO KANSSANI

Saattohoito-opas omaisille perusterveydenhuollon yksikköön



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivun toimipiste, työn hyväksymispäivä

*Aino Halme*

Aino Halme



Hoitotyön koulutusohjelma  
Hämeenlinna

Valvo kanssani – saattohoito-opas perusterveydenhuollon yksikköön

Aino Halme

Ohjaava opettaja

Ritva Salonen

Hyväksytty

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_

Hyväksyjä

Lahdensivu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Aino Halme	<b>Vuosi</b> 2010
<b>Työn nimi</b>	Valvo kanssani – saattohoito-opas omaisille perusterveydenhuollon yksiköön	

---

## TIIVISTELMÄ

Valvo kanssani – saattohoito-opas omaisille on tarkoitettu kaikille niille omaisille, jotka ovat kiinnostuneita osallistumaan läheisensä saattohoitoon. Saattohoito-opas on toteutettu osana ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Saattohoito-opas on erityisesti suunnattu niiden potilaiden omaisille, joiden saattohoitoa toteutetaan perusterveydenhuollon yksiköissä kuten terveyskeskusten vuodeosastoilla. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Parikkalan sairaala. Opinnäytetyön tavoitteena oli hankkia tietoa kuolevan potilaan hoidosta ja saattohoidon toteuttamisesta Suomessa sekä tehdä saattohoito-opas. Saattohoito-oppaan tavoitteena on kannustaa omaisia osallistumaan kuolevan potilaan saattohoitoon. Opas antaa perustietoa saattohoidosta sekä käytännöllisiä neuvoja siihen, miten voi omainen osallistua saattohoitoon.

Opinnäytetyön aineistona on käytetty monipuolisesti suomalaista ja osittain ulkomaalaista saattohoitoa käsittelevää kirjallisuutta ja tutkimuksia. Saattohoidosta on kirjoitettu paljon ja sitä on tutkittu myös useissa väitöskirjoissa 2000-luvun aikana. Opinnäytetyön sekä oppaan lääketieteellistä hoitoa käsittelevän luvun pohjana on käytetty suomalaista saattohoitoa paljon tutkineen ylilääkäri Juha Hännisen oppikirjoja. Yleiset saattohoitosuosituksukset löytyvät sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisista saattohoitosuosituksista sekä valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan Etenen omista linjauksista. Opinnäytetyön ja oppaan tekemiseen on käytetty sekä lääketieteen, hoitotieteen, psykologian että uskontotieteen kirjallisuutta sekä tieteellisiä artikkeleja.

Saattohoito-opas tulee käyttöön Parikkalan sairaalan vuodeosastoille, mutta se on vapaasti kopioitavissa myös muihin perusterveydenhuollon yksiköihin, joihin sen nähdään soveltuvan. Lisäksi opasta on tarkoitus jakaa kaikille omaisille, joita kiinnostaa saattohoitoon osallistuminen.

**Avainsanat** Saattohoito, kuolevan potilaan hoito, kuolema, omaiset, palliatiivinen hoito

**Sivut** 40 s, + liitteet 10 s.

Nurse

---

<b>Author</b>	Aino Halme <b>Year</b> 2010
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Valvo kanssani- a guide to hospice care in the units of primary healthcare

---

## ABSTRACT

Valvo kanssani – saattohoito-opas omaisille is a guide to hospice care in the units of primary healthcare. It can be used in every unit where they take care of dying patients. The guide is made as a part of Bachelor's thesis in a university of applied sciences. The guide to hospice care is especially made for the relatives and friends of the dying patient who are interested in participating in caring. The guide is made to support them and give them information how to participate in hospice care and how to help a dying patient. The guide gives general information about hospice care and includes practical advice for the relatives, how to organize the hospice care of their relative and how to act at the time of death. The purpose of the thesis was to find information about care of the dying patient and general information about hospice-care in Finland, and make the guide of palliative care. The commissioner of the thesis is the Hospital of Parikkala.

The theory base and material for the thesis and for the guide can be found both in Finnish and international research, articles and books about hospice care, palliative medicine and nursing. Most of the Finnish research is new and made after year 2000 and the theme of hospice care is something which has been studied a lot in this decade. The medicinal part is based mostly on the study and books of palliative medicine specialist and Doctor Juha Hänninen. The ethical base can be found from the Finnish national recommendations and national guidelines for palliative care, such as the national guidelines for care of dying patient of Ministry of health and social issues and the recommendations of European Union commission of human rights.

Hospital of Parikkala will start to use the guide in the units. The guide of hospice care Valvo kanssani- saattohoito-opas omaisille" is free to copy and it can be used in every primary healthcare unit in Finland, which gives palliative and hospice care.

**Keywords** Palliative care, hospice care, dying patient, relatives, death

**Pages** 40 p + appendices 10 p.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2.	SAATTOHOITO.....	2
2.1	Saattohoidon ja hospicehoidon historiaa.....	2
2.2	Saattohoito käsitteenä.....	3
2.3	Saattohoidon toteuttamisen periaatteet.....	4
2.3.1	Saattohoitopotilaan määrittely.....	4
2.3.2	Saattohoidon toteuttamisen periaatteita.....	4
2.4	Potilaan oikeudet ja suositukset saattohoidossa.....	6
2.5	Saattohoitopäätös ja hoitotahto.....	7
2.5.1	Saattohoitopäätös.....	7
2.5.2	Hoitotahto.....	8
2.5.3	Ongelmat saattohoitopäätöksenteossa.....	9
3.	KUOLEVAN HOITO.....	9
3.1	Hyvä perushoito.....	10
3.2	Kivun hoito.....	11
3.2.1	Kipu käsitteenä.....	11
3.2.2	Kipulääkitys saattohoidossa.....	12
3.2.3	Kipulääkitykseen liittyvät uskomukset.....	12
3.2.4	Tehokas kivunhoito ja sedaatio.....	13
3.4	Antibiootit.....	14
3.5.1	Ruokailun merkitys – hoitotyön keinoja saattohoitopotilaan ruokailuun.....	14
3.5.2	Ravitsemuksen ja pahoinvoinnin hoito.....	15
3.6	Nestehoito.....	17
3.7	Hengenahdistus, yskä ja hikka.....	18
3.8	Saattohoitopotilaille tehtävät tutkimukset ja niistä luopuminen.....	19
3.9	Kuoleman hetki ja siinä auttaminen.....	20
3.10	Kuoleman toteaminen ja vainajan laitto.....	21
3.10.1	Kuoleman toteaminen.....	21
3.10.2	Vainajan laitto.....	22
3.11	Hautajaisjärjestelyt.....	22
4.	SAATTOHOITO KOTONA TAI SAIRAALASSA.....	23
4.1	Saattohoito kotona.....	23
4.1.1	Työnjako kotisaattohoidossa.....	23
4.1.2	Kotisaattohoidon edut ja ongelmatilanteet.....	25
4.2	Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla.....	26
4.3	Saattohoito sairaalassa.....	28
5.	KUOLEVAN JA OMAISTEN TUKEMINEN.....	29
5.1	Kuolemasta puhuminen.....	29
5.1	Pelko ja kärsimys.....	30
5.2	Kuolevan oma suru.....	31
5.3	Elämää kuolemaan saakka.....	32
5.4	Omaisten tukeminen saattohoidossa ja sen jälkeen.....	33

---

5.5 Näkökulmia suruun – vanhat ja uudet suruteoriat .....	34
6. SAATTOHOITO-OPAS .....	35
6.1 Valvo kanssani – saattohoito-opas omaisille.....	35
6.2 Hyvä opas .....	36
7. POHDINTA.....	37
LÄHTEET .....	38

Liite 1      Valvo kanssani – saattohoito-opas omaisille

## 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö käsittelee saattohoito-potilaan hoitoon kuuluvia yleisiä periaatteita, jotka ovat diagnoosista riippumattomia. Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt saattohoito-opas on tarkoitettu avuksi kaikille niille henkilöille, joiden perheenjäsenen tai läheisen hoidossa on siirrytty saattohoitoon. Yleisluontoisuutensa takia se sopii kaikkien saattohoitopotilaiden omaisille. Saattohoito-opas avaa lukijalle kuolemaan liittyvää sairaalasanastoa ja kertoo yleisimmistä saattohoitopotilaan hoitoon kuuluvista toimenpiteistä. Opinnäytetyön ja oppaan tarkoituksena on tukea ja kannustaa omaisia osallistumaan kuolevan potilaan hoitoon kertomalla heille mahdollisuuksista osallistua ja hoitaa läheistään. Opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä tietoa saattohoidosta ja kuolevan potilaan hoidosta, sekä kirjoittaa opas joka palvelee saattohoitopotilaiden omaisia.

Saattohoitoa tarvitsee vuosittain n.15 000 potilasta, ja lisäksi palliatiivisen hoidon piirissä on mittaustavasta riippuen n. 200–300 000 potilasta. Suurin osa saattohoidosta tapahtuu perusterveydenhuollon yksiköissä. Vuoden 2008 tilastojen mukaan 75 % 75 vuotta täyttäneistä kuoli perusterveydenhuollon yksiköissä ja 16 % muissa laitoksissa (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.) Saattohoito siis koskettaa suurta osaa väestöstä, ja näin ollen sen kehittäminen on olennainen osa perusterveydenhuollon laatua. Saattohoito toteutetaan perus- ja erikoissairaanhoidon yksiköissä, hoitokodeissa, kotona ja saattohoitokodeissa. Jokainen paikka tuo saattohoitoon omat erityisvaatimuksensa. Tämä opinnäytetyö on tarkoitettu käytettäväksi perusterveydenhuollon yksiköissä kuten terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opas sisältää myös suuntaviivat kotisaattohoidon toteuttamiseen ja ohjaa omaisia hakemaan apua ja tukea oikeasta paikasta.

Käsitteen saattohoito on pitkään ajateltu koskevan ainoastaan niitä potilaita, joiden kuolemaan johtava sairaus on aikaisemmin vaatinut hyvin aktiivista parantavaa hoitoa ja josta sittemmin on luovuttu, tästä esimerkkinä syöpäpotilaan hoito. Nykyisin saattohoidon katsotaan olevan diagnoosista riippumaton potilaan perusoikeus. Opinnäytetyössä ei ole käsitelty minäkään kuolemaan johtavan sairauden erityispiirteitä tai erikoissairaanhoidon liittyviä asioita. Tämän opinnäytetyön perusajatus lähtee siitä, että jokainen kuoleva potilas on oikeutettu saattohoitoon siitä riippumatta, mikä on kuolemaan johtava sairaus ja minkä ikäinen potilas on. Saattohoitoon osallistuvien omaisten on tärkeää tietää, mitä asioita saattohoitoon kuuluu ja miten kuolevaa läheistä voi auttaa. Saattohoidon taso valitettavasti vaihtelee suuresti eri kuntien ja hoitolaitosten välillä, joten usein omaisen on tiedettävä mitkä ovat hänen ja potilaan oikeudet suhteessa saattohoitoon ja miten saattohoitoa toteutetaan. Oppaan tilaajana toimii Parikkalan sairaala ja sitä tullaan tarjoamaan myös muihin Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikköihin, joissa saattohoitoa toteutetaan.

## 2. SAATTOHOITO

### 2.1 Saattohoidon ja hospicehoidon historiaa

Saattohoidolla tai kuolevan ihmisen hoidolla on pitkä historia. Kuolema ja siihen liittyvät rituaalit ovat kuuluneet aina ihmisen elämään. Ihmiset ovat aina käsittäneet, että syntymä ja kuolema, elämäkaaren ääripäävät ovat josain määrin samanlaisia, molemmissa ihminen on yksin ja tarvitsee hoitoa. Vasta viime vuosikymmeninä lääketieteen kehittyessä on kuoleman ajatus pystytty siirtämään pois ajatuksista, sitä ennen se oli olennainen osa elämää. Tästä on seurannut kuoleman laitostuminen ja kuoleamisen hoidon ulkoistaminen kuoleman ammattilaisille, hoitajille ja lääkäreille. Harva kohtaa kuolemaa ennenkuin se sattuu lähipiiriin, omaiselle. Kuoleman ajatuksen poissulkeminen aiheuttaa sen että kuolemantapauksen sattuessa olemme siihen kovin valmistautumattomia.

(Aalto 2000 6–8.)

Keskustelu kuolevan hoidosta laitoksissa sai Suomessa alkunsa jo 1970-luvulla samaan aikaan kun Yhdysvalloissa kehitettiin saattohoitoa hospice-liikkeen innoittamana. Hospice sana juontaa juurensa latinan ”hospes” sanasta, joka tarkoittaa sekä vieraanvaraisuutta että turvapaikkaa. Keski-ajalla Hospice-majataloja pitivät yllä kristityt ja sinne olivat tervetulleita levähtämään väsyneet ja sairaat matkalaiset. Ilmeisesti hospice sana juontaa juurensa jopa 1000-luvun alkuun ja ristiretkiin. Saattohoito kehittyi Suomessa voimakkaasti 1980- ja 1990-luvuilla saattohoitokotien perustamisen myötä. Sandin mukaan ajankohta saattohoidon kehittämiseksi oli Suomessa sopiva. Perinteinen kotikuolema oli suomesta lähes tyystiin kadonnut, yhteiskunnan resurssit olivat paremmat ja hoito- sekä lääketiede pystyivät vastamaan paremmin kuolevan potilaan tarpeisiin. (Sand 2003 12, 27; Lindqvist 2000 15–18.)

Saattohoito ja hospice-ajattelu oli 80 ja 90-luvuilla Suomessa uutta vaikka varsinaisia saattohoitokoteja on ollut Euroopassa ollut jo 1800-luvulta lähtien. Suomalaisen saattohoitokoti-ideologian nähdään pohjautuvan Lontoolaisen St Christopher’s Hospicen ja sen perustajan lääkäri, sosiaalihoitaja Cicely Saundersin elämäntyöhön. St Christopher’s hospice oli ensimmäinen moderni hospice-koti, joka perustettiin Lontooseen vuonna 1967. St Christopher’s hospicessa Cicely Saunders loi pohjat modernille saattohoitoajattelulle talon toimiessa myös tutkimus- ja opetustarkoituksissa. Omissa tutkimuksissaan Cicely Saunders teki uraa uurtavaa työtä osoittaessaan emotionaalisen tuen merkityksen saattohoitopotilaan hoidossa ja tämän kipujen hallinnassa. (Sand 2003 28; Clark 2000.)

Kristillisuus on edelleen osana hospice-kotien toimintaa, sillä tarkoituksena on vastata myös kuolevan hengellisiin tarpeisiin. Myös suomalaisissa saattohoitokodeissa potilaan hengellisiin tarpeisiin pyritään vastaamaan, uskonnollisesta vakaumuksesta huolimatta. Nykyinen saattohoitoajattelu ja ohjeisto pohjautuvat pitkälle saattohoitokotien esimerkkiin kuolevien hoidossa. (Mäntymies 2000 195–218.)



Suomen ensimmäinen saattohoitokoti Pirkanmaan hoitokoti avattiin vuonna 1987 ja pian sen jälkeen Terho-koti Helsinkiin. Myöhemmin 90-luvun alussa perustettiin Carina-koti Turkuun ja Koivikko-koti Hämeenlinnaan. Saattohoitokodit ovat olleet perustamisensa lähtien saattohoidon kehittäjiä ja tiennäyttäjiä Suomessa. Terho-kodin ylilääkäri Juha Hänninen on kirjoittanut useita kirjoja ja oppaita kuolevan potilaan hoidosta, sekä vastaanottanut uusista Käypä hoito-ohjeista saattohoitoon.

## 2.2 Saattohoito käsitteenä

Kuolevan potilaan hoidosta käytetään alan kirjallisuudessa montaa eri käsitettä. Yleisimmin käytetyt käsitteet ovat ”saattohoito”, ”terminaalihoito” ja ”palliativinen hoito”. Kaikki nämä käsitteet tarkoittavat yksinkertaistusti hoitoa, jota annetaan potilaille sairauden siinä vaiheessa, kun käytävissä olevilla hoitomenetelmillä ei ole enää mahdollista parantaa potilaan sairauden ennustetta, sekä hoitoa kuoleman lähestyessä. Hoidon tulee sisältää riittävän oireenmukaisen perushoidon ja huolenpidon sekä potilaan omaisten tukemisen. Hilikka Sand on väitöskirjassaan saattohoidosta avannut näitä käsitteitä. Nykyinen vakiintunut termi puhuttaessa kuolevan potilaan hoidosta on saattohoito. Meillä on saattohoitokoteja ja termi saattohoito on vakiintunut niin ammattihenkilöiden käytössä kuin yhteiskunnassa yleensä. Aikaisemmin termi saattohoito käsitti vain saattohoitokodeissa annettua saattohoitoa. Nykyinen käsitys kuitenkin on, että saattohoitoa tulee pystyä antamaan myös varsinaisten saattohoitokotien ulkopuolella, kuten kotona tai muissa hoitolaitoksissa. Näin ollen puhutaan yleisesti esimerkiksi valtakunnallisista saattohoitosuosituksista, kun tarkoitetaan suosituksia siitä miten meidän tulisi kuolevia potilaita auttaa. (Sand 2003, 41–45.)

Terminaalihoidon määrite syntyi v.1982 Lääkintöhallituksen terminaalihoito-ohjeistuksen myötä. Nykyään sen käytöstä on lähes luovuttu, luultavasti sanaan ”terminaali” liittyvien muiden mielikuvien johdosta. Palliativisella hoidolla tarkoitetaan sananmukaisesti oireita lievittävää hoitoa eli hoitoa joka ei enää tähtää potilaan parantumiseen vaan kivuttomuuteen ja oireettomuuteen. Palliativinen lääketiede on oma erikoisalansa, joka ei ole kuolevan hoitamisen synonyymi vaikka onkin siihen kiinteästi yhteydessä. Palliativiseen hoitoon kuuluu myös muuta kuin kuolevan hoito. (Sand 2003, 41–45.)

Maailman terveysjärjestön määritelmä palliativiselle hoidolle on seuraavanlainen: ”Palliativinen hoito on lähestymistapa, joka parantaa parantumattomasti sairaan ja hänen perheensä elämänlaatua. Se perustuu kärsimyksen ehkäisemiseen ja lievittämiseen kivun ja muiden fyysisten, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien varhaiseen tunnistamiseen, ennaltaehkäisyyn ja lievitykseen” (Vainio & Hietanen 2004, 5).

Tässä opinnäyteytössä käytän termiä saattohoito, kun käsittelen kuolevan potilaan hoitoa. Termit ”terminaalivaiheen hoito” ja ”palliativinen hoito” saattavat esiintyä lakitekstien ja lääketieteellisten lainauksien yhteydessä.

## 2.3 Saattohoidon toteuttamisen periaatteet

### 2.3.1 Saattohoitopotilaan määrittely

Aina ei ole helppoa määrittellä kuka on kuoleva potilas ja kenen hoidossa tulisi jatkaa vielä kuratiivisella linjalla. Suomessa saattohoitopotilaaksi määrittely alkaa perinteisesti hyvin myöhään. Tämä voidaan päätellä lääkärin saattohoitokotiin määrämien potilaiden lähetteisistä. Keskinmääräinen hoitoaika saattohoitokodissa on tutkimusten mukaan 2-6 viikkoa. Kuoleman ennustaminen on vaikeaa, ja liian myöhäinen saattohoitopäätös saattaa aiheuttaa sen, ettei potilas ehdi saattohoidon piiriin lainkaan. Tutkimusten mukaan lääkärin tekemät ennusteet ovat yleensä ylioptimistisiä, etenkin taudin lähestyessä loppuvaihetta. (Hänninen 2004). Tästä seuraa se, että suuri osa saattohoitoa tarvitsevia potilaita jää kokonaan saattohoidon ulkopuolelle tai he eivät ehdi sitä saamaan. Lääkäreitä ja hoitajia tulisikin ohjeistaa miettimään kroonisia sairauksia potevien potilaiden kohdalla, tulevatko he elämään enemmän kuin 12 kuukautta. Jos hoitajan ja lääkärin mielipide on ehdottomasti kielteinen, tulisi keskustelu saattohoidon suunnittelusta aloittaa. (Laakkonen & Pitkänen 2006, 82.)

Lääkärin kriteereitä saattohoitopotilaan määrittämiseksi ovat perustautiin liittyvä tilastollinen kuoleman todennäköisyys, yleistilaan vaikuttavat komorbidit tilat kuten muut sairaudet, yleinen suorituskyky ja sen heikkeneminen, potilaan hoitotahto sekä potilaan ja perheen emotionaalinen tila kuten elämänhalun väheneminen. (Hänninen.2004, 312–313.)

### 2.3.2 Saattohoidon toteuttamisen periaatteita

Saattohoidon tavoitteena on antaa potilaalle mahdollisuus elää sairautensa ja elämänsä viime vaiheet haluamassaan ympäristössä läheistensä seurassa. Saattohoidossa keskitytään elämänlaatuun kuoleman lähestyessä sekä itse kuoleman laatuun. Tärkeimpiä asioita ovat kivuttomuus ja oireettomuus sekä kokonaisvaltainen hoito. Fyysisen kivun ja tarpeiden lisäksi on vastattava potilaan henkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Yhteistyötä voidaan tehdä esimerkiksi paikallisen seurakunnan kanssa, riippuen potilaan uskonnollisesta vakaumuksesta. Onnistuneita yhteistyökokeiluita on tehty myös paikallisten sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten kanssa. Potilaan toiveita tulee kunnioittaa ja ottaa ne huomioon mahdollisuuksien mukaan. Erityisesti itsemääräämisoikeudesta pidetään saattohoidossa kiinni. Potilaan tahtoa tulee kunnioittaa kaikissa hoitopäätöksissä ja niistä keskustellaan omaisten kanssa potilaan niin halutessa. Valituissa hoitotavoissa on kuitenkin pyrittävä yhteisymmärrykseen hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Tiiviillä ja toimivalla moniammatillisella yhteistyöllä saavutetaan parhaat tulokset. (Hyvä saattohoito suomessa 2010.) Hoidon perusta on hyvä perushoito ja potilaan oireiden lievittäminen siten kuin hoidettaisiin itse sairautta.

Saattohoitoa toteutetaan yleensä perusterveydenhuollon yksiköissä, vanhainkodeissa tai kotona. Vain harvoilla on mahdollisuus kuolla saattohoitokodissa. Tämä johtuu resurssien puutteesta ja kuntien haluttomuudesta ostaa saattohoitokotien palveluita. Jos potilas ei saa kunnalta maksusitoumusta, on hänen maksettava hoitonsa itse. Saattohoitokoteihin valikoituvat yleensä ne potilaat, joiden kuolemaan johtava sairaus asettaa erityisiä haasteita esimerkiksi kivunhoidolle. Olennaista saattohoitokotiin pääsemiselle on potilaan halu saattohoitoon juuri saattohoitokodissa. Useat potilaat haluavat kuolla kotonaan ja saattohoitokodit palvelevat myös näitä potilaita yhdessä kotikunnan kotisairaanhoidon kanssa. (Sand 2003, 22–23.)

Onnistunut saattohoito ja saattohoitoon pääsy edellyttää nykyisin sosiaalisesti aktiivisia omaisia ja potilaalta poikkeuksellisia voimia. Silloin kun omaiset eivät vaadi saattohoitoa saattaa kuoleva potilas helposti jäädä hoitojärjestelmässä vähälle huomiolle. Hoitojärjestelmän näkökulmasta saattohoidon esteenä on liian myöhään tehty saattohoitopäätös ja saattohoitokotiin pääsyn esteenä liian myöhään tehdyt lähetteet ja rajallinen saataavuus (Hänninen 2004, 316).

Potilaalla tulisi olla mahdollisuus valita paikka, jossa saattohoito toteutetaan. Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksen mukaan ensisijainen saattohoitopaikka potilaalle tulisi olla koti. Toteutettaessa saattohoitoa laitoksessa tulisi tämän ajan olla mahdollisimman lyhyt. Perusterveydenhuollolla tulisi olla riittäviä resursseja saattohoidon toteuttamiseen yksiköissään sekä haluttaessa potilaan kotona. (Hyvä saattohoito suomessa 2010.)

Saattohoidon toteuttamisessa on paljon alueellista epätasa-arvoisuutta. Saattohoitokodit sijaitsevat kaikki suurimmissa kaupungeissa ja haja-asutusalueilla riittävän kotisairaanhoidon järjestäminen voi olla haastellista. Onnistunut saattohoito tarvitsee moniammattillista yhteistyötä sekä omaisten osallistumista mahdollisuuksien mukaan. Tärkeää olisi, että saattohoitoon osallistuvalla terveydenhuollon henkilöstöllä on riittävä perehtyneisyys asian suhteen. Suomessa on havaittu puutteita erityisesti sairaan ja lähihoitajien koulutuksessa suhteessa saattohoitoon. (Hyvä saattohoito suomessa 2010; Saattohoito – työryhmän muistio 2003.)

Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksen mukaan saattohoitoa toteuttavassa yksikössä tulee olla riittävät valmiudet kuolevan hoitamiseen. Saattohoidosta tulisi olla vastuussa potilaan tilan tunteva lääkäri, jolla on riittävät valmiuden oireiden lievitykseen ja kivun hoitoon. Tarvittaessa hoitavalla yksiköllä tulisi olla konsultaatiomahdollisuus esimerkiksi kipuklinikkoihin tai saattohoitokoteihin. Kotisaattohoitohoidossa olevalla potilaalla pitää olla mahdollisuus avun saantiin ympäri vuorokauden ja hänet pitää pystyä ottamaan osastohoitoon tilanteen niin vaatiessa tai omaisten väsyessä liikaa. Potilaan lääketieteellistä ja sairaanhoitoa ei tulisi liaksi säilyttää omaisten tai vapaaehtoisten harteille vaan sen tulisi olla ammattihenkilöiden vastuulla. (Hyvä saattohoito suomessa 2010; Saattohoito – työryhmän muistio 2003, 11.)

## 2.4 Potilaan oikeudet ja suositukset saattohoidossa

Kuolevan potilaan hyvää hoitoa voidaan pitää terveydenhuollon laadun ja eettisyyden mittarina. Tapa, millä yhteiskunta huolehtii kuolevista jäsenistään, kuvaa hyvin yhteiskuntaa sinänsä. Yhteiskuntaa, joka unohtaa kuolevan oikeudet eikä huolehdi kuolevista, ei voida pitää eettisenä ja ihmisoikeuksia kunnioittavana yhteiskuntana. Lääketieteellisellä hoidolla tulisi olla kuolevien hoidossa palveleva rooli. Lääketieteen tulisi palvella kuolevia siten, että he saavat kohdata kuolemansa mahdollisimman kivutta ja oireettomana diagnoosista huolimatta. Yhteiskunnan medikalisoitumisen eli lääketieteellistymisen myötä tämä ei kuitenkaan ole itsestään selvyyttä. Lääketieteen avulla kuolemaa voidaan lykätä hyvinkin vanhojen ja sairaiden ihmisten kohdalla. Nykyaikainen linjaus tuntuu olevan se, että luonnollinen kuolema tulee erikseen sallia kun potilasta hoidetaan sairaalassa. (Hänninen 2001; Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa 2002.)

Valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan Etenen mukaan tulevien vuosikymmenten todellinen haaste terveydenhuollossa ei ole mahdollisimman pitkän iän saavuttaminen, vaan ihmisten elämänlaadun ja toimintakyvyn säilyttäminen pitkäaikaisissa kroonisissa sairauksissa (Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa 2002). Kun mahdollisuudet itseenäiseen ja laadukkaaseen elämään ovat menneet, on kuolemasta pystyttävä puhumaan ja saattohoitoa suunniteltava.

Saattohoidon oikeudellinen perusta löytyy perustuslain (721/1999) perusoikeuksista ja terveydenhuollon perussäännöksistä. Näitä säännöksiä täydentää Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva yleissopimus, jonka Suomi on allekirjoittanut. Eettinen perusta saattohoidolle löytyy mm. terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista sekä kuolevaa potilasta koskevista suosituksista. (Saattohoito-työryhmän muistio 2003, 7.) Suomi teki ensimmäiset viralliset ohjeet saattohoidoista v.1982 Lääkintöhallituksen terminaalivaiheen säädösten mukaan. Tällöin terveydenhuollon henkilökuntaa ohjeistettiin ensimmäistä kertaa kiinnittämään huomiota hoidon inhimillisyyteen, ja lääkäreille annettiin oikeutus pidättäytyä sellaisista tutkimus- ja hoitomenetelmistä, joilla ei ole oleellista vaikutusta sairauden ennusteeseen. Ohjeita on myöhemmin täydennetty lailla potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92), joista erityisesti lailla potilaan itsemäärämisoikeudesta on vaikutusta potilaan saattohoitoon. Saattohoitopotilaan hoitoa määrittää luonnollisesti myös muu Suomen potilaslainsäädäntö.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi valtakunnalliset saattohoitosuosituksiset syksyllä 2010. Julkaisulle ja saattohoitokäytäntöjen yhtenäistämiseksi oli yhteiskunnassamme selkeä tarve. Saattohoidon laadusta ja erityisesti vanhusten hoidosta ja sen puutteista Suomessa on viime vuosina käyty vilkasta kansalaiskeskustelua. Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksiset linjaavat mm. sen mitä laadukkaaseen saattohoitoon tarvitaan, miten se tulisi terveydenhuollossa organisoida sekä antaa suositukset

saattohoitoa antavien laitosten henkilökunnan määrästä ja koulutuksesta. Saattohoitosuosituksessa korostuu saattohoidon eettiset ja inhimilliset periaatteet. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Saattohoitosuositukset toivottavasti yhtenäistävät saattohoitopotilaan hoidon laatua eri kuntien välillä. Sosiaali- ja terveysministeriö edellyttää sairaanhoitopiirien tekevän omat saattohoitosuositukset paikallistasolla. Ministeriö asettaa kunnat ja terveydenhuollon yksiköt päävastuuseen saattohoidon laadusta ja sairaanhoitopiirit vastaamaan tarvittavasta koulutuksesta ja mahdollisesta toimintojen uudelleen organisoinnista. Paikallistasolla erityistä huomiota kiinnitettiin saattohoitopotilaan hoitopolkuun sairaanhoitopiirin sisällä ja kotihoidon kehittämiseen siten että saattohoito kotona on mahdollista. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.) Saattohoidon lääketieteelliset linjaukset tehtiin vuonna 2008, kun julkaistiin uudet Käypä hoitosuositukset Terho-kodin ylilääkäri Juha Hännisen johdolla.

## 2.5 Saattohoitopäätös ja hoitotahto

### 2.5.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitoon siirtymistä tulee edellyttää saattohoitopäätös. Saattohoitopäätöksellä tarkoitetaan sitä, että siirrytään parantavasta hoidosta palliatiiviseen hoitolinjaan ja sen mukana luovutaan potilasta rasittavista tutkimuksista sekä parantavasta hoidosta tai ollaan aloittamatta niitä. Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, johon tulee varsinaisen saattohoitopäätöksen lisäksi sisältyä potilaan hoidossa valitut hoitolinjat, sekä potilaan ja hänen omaistensa toiveet hoidon suhteen. Suositeltavaa olisi, että saattohoitopäätös tehdään hoitoneuvottelujen yhteydessä. Hoitoneuvotteluihin tulisi osallistua potilaan hoidosta vastaava lääkäri, potilaan omahoitaja, omaiset ja kaikki ne henkilöt jotka osallistuvat potilaan hoitoon. (Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa 2002, 12.) Haastattelututkimusten mukaan potilaat haluavat osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon myös saattohoitopäätöstä tehtäessä. Usein kuitenkin potilaan vointi ei tätä salli (Laakkonen & Pitkälä 2006, 77). Kaikki saattohoitoneuvottelussa sovitut asiat kirjataan terveydenhuollon potilastietojärjestelmään, jotta päätetyt hoitolinjaukset tulevat kaikkien potilasta hoitavien ammattilaisten käyttöön.

Saattohoitopäätöksen tulisi olla diagnoosista riippumaton, mutta tutkimusten mukaan esimerkiksi syöpäpotilaat saavat saattohoitopäätöksen helpommin kuin esimerkiksi kardiovaskulaarisista sairauksista kärsivä potilas, vaikka elinajanodote olisi sama (Hinkka 2001, 30). Tutkimusten mukaan myös elämän loppuvaiheen hoidosta keskusteltiin lähes ainoastaan syöpään sairastuneiden potilaiden kanssa. Potilaat, jotka olivat keskustelleet hoitotoiveistaan hoitavan lääkärin kanssa, saivat kaksi kertaa todennäköisemmin sellaista hoitoa kuin he itse halusivat. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 80).

Saattohoitopäätös tuo mukanaan myös ns. DNR- do not resuscitate tai ER – ei resuskitaatiota päätöksen, joka tarkoittaa sitä, että potilaan mennessä elottomaksi ei häntä elvytetä. DNR-merkintä näkyy kaikissa potilastiedoissa, jotta tieto elvyttämättä jättämisestä saavuttaisi kaikki potilaan hoitoon osallistuvat. Hoitolaitoksilla ei ole velvollisuutta DNR-käytäntöön, mutta käytäntö on käytössä useimmissa länsimaissa ja sen on todettu vähentäneen merkittävästi niitä elvytystoimenpiteitä, joissa potilaan ennuste selvitä on huono. DNR-käytäntö on siis suositeltava ja käytössä useimmissa maan hoitolaitoksissa. Tavoitteena on ensisijaisesti säästää kuolevan potilaan kärsimyksiä, ja helpottaa esimerkiksi päivystävää lääkärinä tekemään eettisesti kestäviä hoitoratkaisuja. DNR-päätöstä tehdessä on olennaista informoida potilasta ja omaisia, sekä selvittää heille päätöksen sisältö. DNR-päätöksen sisältö voi vaihdella riippuen potilaskohtaisesti. Se voi tarkoittaa pelkästä perus- ja paineluelvytyksestä luopumista tai luopumista kaikista parantavista hoidoista, kuten antibioottihoidosta luopumista. DNR-päätöksen sisältö tulee määritellä kaikkien potilaiden kohdalla erikseen, ja päätöksen sisältöä tulee pystyä muuttamaan hoidon kuluessa. (Hinkka 2003, 371.)

Kaikki hoitotoimenpiteet, jotka edistävät potilaan hyvinvointia ja oireettomuutta, sallitaan saattohoidossa mukaanlukien kirurgia ja kuntoutus. Saattohoitopäätöksiä tehdään niin erikois- kuin perusterveydenhuollossa. Saattohoitopäätös ei automaattisesti kulje potilaan mukana hoitolaitoksesta toiseen. Näin ollen potilaan vaihtaessa hoitopaikkaa tulisi hoitoneuvottelu käydä uudelleen. Saattohoito on kuolevan potilaan parasta mahdollista hoitoa. Saattohoitopäätös antaa potilaalle itselleen, sekä hänen omaisilleen mahdollisuuden suunnitella viimeisiä hetkiä ja antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisen keskittyä mahdollisimman hyvään saattohoitoon, sekä samalla vapauttaa heidät parantamisen velvoitteesta. (Saattohoito-työryhmän muistio 2003.)

Saattohoitopäätös tulee kirjata potilaan potilaspapereihin, jotta tieto hoitolinjasta siirtyy myös hoitoketjussa eteenpäin. Hoitoneuvotteluja tulee käydä myös saattohoidon aikana, ja potilasta tulee kuunnella herkästi. Saattohoitopäätökset tai hoitotahdot eivät saa olla muuttumattomia asiakirjoja, vaan potilaalla on oikeus muuttaa mieltään tai perua jo päätetyt asiat. Parhaisiin tuloksiin päästään, kun keskusteluyhteys omaisten ja potilaan välillä säilyy hyvänä ja hoitolinjaa muokataan potilaan muuttuvan tilanteen mukaan. Saattohoitopäätöksen lykkääntyminen saattaa johtaa epäinhimilliseen tehohoitamiseen sen sijaan, että hän saisi kuolla inhimillisesti ja resursseja käytettäisiin hänen kärsimystensä vähentämiseen. (Hinkka 2003; Saattohoito-työryhmän muistio 2003.)

## 2.5.2 Hoitotahto

Hoitotahto tai vanhalta nimeltään hoitotestamentti on juridisesti pätevä asiakirja, jossa potilas ilmaisee tahtonsa hoidosta sen jälkeen, kun hän ei enää pysty ilmaisemaan itseään. Potilas voi kieltäytyä hänelle suunnitelluista hoidosta tai lopettaa hänelle annetut hoidot. Potilaalla on täysi itsemääräämisoikeus itsensä ja hoidon suhteen. Hoitotahdossa käsitellään asioi-

ta, jotka tulevat ajankohtaiseksi potilaan kuollessa ja siinä käsitellään kuolemaan liittyviä hoitotoimenpiteitä. Yleensä hoitotahdossa kielletään elämää pitkittävät hoitotoimepiteet siinä tilanteessa, kun mahdollisuuksia paraneamiseen ja hyvään elämään ei enää ole. (Saattohoito-työryhmän muistio 2003, 15.)

Hoitotahto juridisena dokumenttina ohittavat esimerkiksi omaisten vaatimukset suhteessa potilaan hoitoon. Potilas voi myös halutessaan peruttaa hoitotahdon. Hoitotahdon voi juridisesti sivuuttaa vain lääkäri, jos hän on vakaasti sitä mieltä, että hoitotahto ei ole tehty potilaan ollessa täydessä ymmärryksessä tai, että potilaan tahto ei ole vakaa. Vakaalla hoitotahdolla tarkoitetaan sitä, että potilas ilmaisee tahtonsa toistuvasti tai, kun hän allekirjoittaa kirjallisen hoitotahdon. Etenen suositusten mukaan hoitotahtoa tulee käyttää ainoastaan niissä tilanteissa joihin se soveltuu ja potilaan hoitopäätöksistä tulisi hoitotahdosta huolimatta keskustella aina potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilasta hoidetaan hänen vakaan tahtonsa mukaisesti. (Saattohoito-työryhmän muistio 2003; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.)

### 2.5.3 Ongelmat saattohoitopäätöksenteossa

Eettisiä ongelmia saattohoitopäätöksen tekemisessä saattaa tulla erityisesti niissä tilanteissa, joissa hoitohenkilökunnan ja potilaan omaisten välinen kommunikointi on ollut puutteellista. Omaisilla saattaa olla potilaasta riippumattomia vaatimuksia potilaan hoidon suhteen, tai he voivat esimerkiksi kieltää hoitohenkilökuntaa informoimasta potilasta hänen tilastaan. On tärkeää, että omaiset ymmärtävät hoitohenkilökunnan eettisen velvollisuuden olla ensisijaisesti potilaan puolella eikä omaisten mielipiteen tule ohjata hoitoa ohi potilaan tahdon. Asiallisella keskustelulla, jossa tuodaan asiallisesti esille potilaan hoitoratkaisun kannalta tärkeät tosiasiat sekä hoitojen realistiset mahdollisuudet, voidaan välttää ristiriitatilanteet omaisten kanssa. Omaisille on myös selvitettävä kuolemaan liittyvä prosessi ja palliatiivisen hoidon mahdollisuudet. Perhe ja omaiset ovat saattohoidossa tärkeä voimavara ja hoitohenkilökunnan on pyrittävä yhteisymmärykseen heidän kanssaan. Tärkeää on, että mahdollinen hoitotahto ja tehty saattohoitosuunnitelma on tarkasti kirjattu potilastietojärjestelmään. Tapaukset joissa omaisen vaatii tehohoitoja jo kuoleman hetkellä, voidaan olla vältettävissä tarkasti kirjatulla hoitotahdolla sekä selkeällä saattohoitosuunnitelmalla. (Hinkka 2003, 369 – 372.)

## 3. KUOLEVAN HOITO

### 3.1 Hyvä perushoito

Hyvä perushoito ja hoidon kokonaisvaltaisuus ovat saattohoidon peruspi-lareita. Hyvällä perushoidolla tarkoitetaan sitä, että potilaan psyykkisiin, fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin pyritään vastaamaan hoitohenkilökunnan ja omaisten puolesta. Hyvän saattohoidon toteuttaminen alkaa potilaan kokonaistilanteen kartoittamisesta. On tärkeää, että hoitohenkilökunta tie-tää jotain potilaan taustoista, ja elämäntilanteesta, jotta he pystyisivät aut-tamaan häntä mahdollisimman hyvin. Elämää kuormittavat tekijät kuten huoli perheestä tai riidat perheen sisällä vaikeuttavat sairastamista, ja tällä on suora vaikutus saattohoitopotilaan hyvinvointiin. Saattohoitopotilaan hengelliset tarpeet tulee selvittää jo heti hoidon alussa ja tarpeisiin on py-rittävä vastamaan mahdollisuuksien mukaan. (Idman & Hietanen 2003, 215; Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Fyysiseen perushoitoon kuuluu saattohoitopotilaan kohdalla riittävän ki-vunhoidon lisäksi puhtaudesta huolehtiminen, ravinnon- ja nesteen tar-peesta huolehtiminen, asentohoidot sekä hengityksen helpottaminen. Saattohoitopotilaan fyysinen kunto heikkenee vääjäämättä ja avun tarve li-sääntyy kunnan huonontuessa. Potilaan joutuessa vuodepotilaaksi on hä-nen ihon hoitoonsa kiinnitettävä erityistä huomiota painehaavojen ehkäise-miseksi. Ihon hoidossa riittävä rasvaus ja asentohoidot ovat avainasemas-sa. Ohut iho ja laihtuminen lisäävät haavaumien riskiä. Ihon rasvaaminen on helposti toteutettavaa tärkeää hoitotyötä mitä omaisen voi halutessaan to-teuttaa muiden perushoidollisten toimenpiteiden lisäksi. Ihon kunnosta huolehdittaessa on kuitenkin muistettava, että viimeisinä hetkinä kääntely saattaa tuntua potilaasta kivuliaalta. Tällöin potilaan tulisi antaa maata paikallaan, jos se hänestä hyvältä tuntuu. (Hänninen 2008 98–107.)

Tavallisen perushoidon lisäksi voidaan potilaalle kutsua esimerkiksi kam-paaja, jalkahoitaja tai kosmetologi. Tämä saa usein potilaan tuntemaan olonsa paremmaksi ja vie ajatukset pois sairaudesta. Tärkeää saattohoidos-sa on se, että potilas ja hänen omaisensa ymmärtävät, että potilasta hoide-taan mahdollisimman hyvin. Omaisilla saattaa olla pelko siitä, että kun siirrytään kuratiivisesta hoidosta palliatiiviseen hoitoon, hoidon taso las-kee tai potilas jää hoitamatta. Hoidon tasossa ei kuitenkaan tulisi tapahtua muutosta, yhdenlaisesta hoitolinjasta vain siirrytään toiseen. (Hänninen 2008 96 -107.)

Kuoleva ihminen tarvitsee paljon lepoa ja saattohoitopotilaalle olisikin luotava tarpeeksi rauhallinen ympäristö, jossa hän saa levätä aina tarpeen mukaan. Sairaaloissa ja laitoksissa tulisi kiinnittää huomiota saattohoito-huoneen viihtyisyyteen ja ilmanlaatuun. Siellä tulisi olla tarpeeksi tilaa myös omaisille, jotta he voivat viettää aikaa potilaan seurassa. Potilaan on tunnettava olonsa turvalliseksi ja hänen on luotettava siihen että häntä hoi-detaan ja että hänen tarpeisiinsa vastataan ympäri vuorokauden. Saatto-hoidossa potilaalta ei odoteta enää mitään vaan hoitohenkilökunnan on pystyttävä vastaamaan kaikkiin potilaan fyysisiin tarpeisiin. Jos potilasta hoidetaan sairaalassa tai terveyskeskuksessa, on toivottavaa, että potilaan omaiset osallistuvat perushoidon toteuttamiseen. Omaiset voivat haluttes-saan oppia hoitamaan potilasta hyvinkin itsenäisesti ja hoitohenkilökunnan



on annettava tälle täysi tukensa sekä ohjata heitä hoidon toteuttamista. (Lindqvist 2000, 18)

Hengellisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen on olennainen osa kokonaisvaltaista saattohoitoa. Hoitohenkilökunnan velvollisuutena on antaa emotionaalista tukea niin kuolevalle kuin hänen omaisilleen. Myös hengellisiin tarpeisiin on vastattava. Jos hoitaja ei itse tunne kykenevänsä tähän, olisi hänen huolehdittava, että potilas saa tavata esim.seurakunnan työntekijän tai papin. Yhteistyö kirkon kanssa on tärkeää ja esimerkiksi pappi tulisi olla tavoitettavissa eri vuorokauden aikoina. Saattohoitopotiilaat ovat yksilöitä ja saattohoito tulisi pystyä suunnittelemaan ja toteuttamaan eri-ikäisten ihmisten arvojen, yksilöllisten tarpeiden ja odotusten mukaan. (Lindqvist 2000 14–18; Laukkanen 2001 6-10; Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

## 3.2 Kivun hoito

### 3.2.1 Kipu käsitteenä

Saattohoidossa perusajatuksena on että kuolevan kipua hoidetaan kuin sairautta. Kun potilaan kuolemaan johtavalle sairaudelle ei ole mitään tehtävissä, on hoitohenkilökunnan moraalinen ja eettinen velvollisuus huolehtia siitä, että hänen kärsimyksiään lievitetään. Kipu sinänsä on hankala käsite ja sitämyötä hyvä ja riittävä kivunhoito ei suinkaan ole itsestäänselvyys. Kivusta puhutaan usein kaksijakoisena käsitteenä. On olemassa fysiologinen kipu, jota voidaan mitata kipumittareilla ja siitä kertoo esimerkiksi verenpaineen ja pulssin nousu. Fyysinen kipu voidaan myös luokitella sen mukaan, millaisia ärsykeitä se aiheuttaa ja mikä sen elimellinen syy on. Tästä esimerkkeinä viskeraalinen tai neuropaattinen kipu. Puhdasta signaalikipua ei kuitenkaan ole olemassa vaan kipu tarvitsee aina kokijan. Potilaan omasta kipukokemuksesta puhuttaessa käytetään käsitettä kliininen kipu. Kipu on hyvin subjektiivinen käsitys ja sen lievittämisessä tulisi aina ottaa huomioon potilaan diagnoosin lisäksi myös psykososiaaliset tekijät. On tutkittu tosiasia, että jos potilas ei voi henkisesti hyvin, on myös hänen kipukynnyksensä madaltunut. Fysiologista ja kliinistä kipua ei siis voida erottaa toisistaan ja saattohoidossa olisikin keskityttävä kliinisen kivun hoitoon. On tärkeää kartoittaa kuolevan potilaan kokonaistilanne ja pyrittävä erittelemään ne seikat, jotka aiheuttavat potilaalle epämukavuutta ja huonoa oloa. (Hänninen 2001, 94–95.)

### 3.2.2 Kipulääkitys saattohoidossa

Keinoja fysiologisen kivun hoitamiseksi on paljon erilaisia. Kipulääkkeitä ja niiden annostelumahdollisuuksia on useita. Saattohoitopotilaan kohdalla on useimmiten parasta pyrkiä mahdollisimman ihmisläheiseen, ja yksinkertaiseen kivunhoitoon välttäen monimutkaisia lääketieteellisiä toimenpiteitä. Tämä tukee myös potilaan kotona selviämistä, ja omaisten suurempaa mahdollisuutta osallistua potilaan hoitoon. Psykososiaalinen tuki on kivunhoidossa ensiarvoisen tärkeää. Silloin, kun potilas kokee että hänen tarpeistaan huolehditaan kuolemaan saakka, ovat kivutkin suurimassa osassa tapauksista hoidettavissa yksinkertaisin keinoin.

(Hänninen 2001, 89–97; Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Yhteistä saattohoitopotilaalle diagnoosista huolimatta on oireitten lisääntyminen. Vuosia kroonisesti sairastaneen vanhuksenkin perussairauden pahenemiseen liittyy useimmiten kipua, jota hoitohenkilökunnan velvollisuutena on lievittää, puhumattakaan syöpäpotilaan kivuista. Erilaiset opiaatit ja sen johdannaiset ovat jo vuosisatoja olleet lääketieteen tehokkaimpia keinoja kovan kivun hoitoon. Yleisimmät saattohoidossa käytetyt kipulääkkeet ovat morfiini, fentanyl ja oksanoli. Kaikkia näitä lääkkeitä löytyy monessa eri muodossa ja kuolevan potilaan hoidossa olisi parasta pysyä mahdollisimman yksinkertaisissa lääkintätavoissa. Kipulaastarit ovat nykyaikainen keino helpottaa kuolevan potilaan fysiologista kipua. Tablettien nieleminen voi terminaalivaiheessa olla mahdotonta ja erilaiset pistoshoidot tuottavat potilaalle ylimääräistä kipua. Laastarin vaihtaminen on myös niin yksinkertaista, että siihen pystyy potilas itsenäisesti tai häntä hoitava omainen ilman lisäohjausta. (Hänninen 2001 97 - 101, Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Saattohoitopotilaan kivunhoidon ongelmakohdiksi nousevat epäluottamus- ta herättävä lääkäri-potilas suhde sekä hoitohenkilökunnan tietämättömyys kivun hoidosta. Erityisesti morfiinin ja muiden opiaattien käyttöön liittyy sitkeitä uskomuksia, jotka saattavat johtaa potilaan kärsimysten lisääntymiseen alilääkitsemisen muodossa. Usein potilaan kärsimyksiä lisää myös puuttellinen kommunikointi hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Potilaat eivät usein kerro lääkärille oireittensa lisääntymisestä peläten sitä, että tehokkaat hoidot loppuvat tai ajatus oireitten lisääntymisestä tuo heidät hieman lähemmäksi kuolemaa. (Hänninen 2001, 88–99.)

### 3.2.3 Kipulääkitykseen liittyvät uskomukset

Kipulääkkeitten käyttöön liittyy paljon harhaluuloja, joista hoitohenkilökunnan tulisi ehdottomasti päästä eroon, jotta kuolevan kipua voitaisiin helpottaa parhaalla mahdollisella tavalla. Seuraavaksi käsitellään yleisimpiä morfiinin käyttöön liittyviä pelkoja ja uskomuksia, sekä tutkittuja tosiasioita, jotka toimivat näiden vasta-argumentteina.

- 1) Pelätään potilaan tottuvan kipulääkkeisiin ja sitä, että annosta joudutaan nostamaan jatkuvasti. Tutkimusten mukaan annosten suurentaminen johtuu yleensä sairauden pahenemisesta, kuten tuumorin kasvusta,

ei potilaan tottumisesta. Potilaan tottuminen kipulääkkeeseen taas vähentää sen sivuvaikutuksia kuten pahoinvointia.

- 2) Kipulääkitys koetaan hankalaksi, koska pelätään sen vaativan parenteraalista annostelua. Tosiasiassa kivun hoitoon on kehitetty useita muitakin tehokkaita menetelmiä, kuten laastarit, jotka usein ovat parempia potilaan kannalta kuin parenteraalinen annostelu.
- 3) Pelätään kipulääkeriippuvuuden syntyä. Tähän voidaan vastata että saattohoitopotilaan kohdalla riippuvuus ei ole ongelma vaan kipu. Kipulääkityksen tarkoituksena on helpottaa kuolevan potilaan oloa, ja kun kivut pahenevat, on lääkitystä lisättävä. Saattohoitopotilaan kyseessä ollessa looginen ennuste on potilaan kuolema – ei lääkeriippuvuus.
- 4) Uskomus siitä, että morfiinilla on kattoannos, jonka jälkeen lääke menettää tehonsa. Tutkimusten mukaan morfiinin teho lisääntyy annosta suurentamalla. Ongelmat liittyvät lähinnä suuren morfiinimäärien annosteluun.
- 5) Potilaalle annetaan kipulääkettä vain silloin, kun hän vaikuttaa kivuliaalta tai pyytää kipulääkettä. Hyvän kivunhoidon peruspilari on sen säännöllisyys ja jatkuvuus. Tällä ehkäistään kivun automatisoitumista ja kerta-annokset voidaan pitää pienempinä ja näin sivuvaikutukset vähäisempinä.
- 6) Pelätään potilaan hengityslamaa morfiinia annosteltaessa. Kipu toimii morfiinin hengitystä lamaavan vaikutuksen vastavaikuttajana. Kuolevilla potilailla ongelmana on yleensä hyperventilaatio eikä hengitysvajaus. Näin morfiini rauhoittaa myös hengitystä.

Nämä harhaluulot olisi hoitohenkilökunnan hyvä tunnistaa ja näin poistaa itseltään myös kipulääkitykseen liittyviä pelkoja ja asenteita, jotta kuolevan potilaan kivunhoito olisi mahdollisimman hyvää. (Hänninen 2001, 99–103.)

### 3.2.4 Tehokas kivunhoito ja sedaatio

Aina on olemassa poikkeustapauksia, joissa mitkään tavallisesti käytettävissä olevat kivunhoitokeinot eivät riitä. Tällaisissa tilanteissa kliinisen kivun hoitaminen on hyvinkin monimutkaista ja sen helpottamiseksi joudutaan asentamaan esimerkiksi epiduraalikatetri tai käyttämään muita monimutkaisempia kivunlievityskeinoja. Nämä keinot ovat yleensä lääkkeen annosteleminen suoneen tai ihon alle kipupumppua avuksi käyttäen. Erityisesti syöpäkivut voivat terminaalivaiheessa käydä hyvinkin voimakkaaksi ja potilasta joudutaan lääkitsemään morfiinilla käyttäen suuria annoksia. (Hänninen 2001, 123.)

Viimeiseksi keinoksi jääkin sedaatio, jossa potilas vaivutetaan uneen, josta hän ei enää herää. Sedaatiolla itsellään ei kuolemaa kuitenkaan aiheuteta.

Saattohoitopotilaan sedaatio on Suomessa varsin harvinainen käytäntö eikä sitä toteuteta perusterveydenhuollon yksiköissä. Sedaatioon päädytään joskus terminaalivaiheen syöpäpotilaiden kohdalla kun mikään muu kivunhoitomenetelmä ei auta, potilas on harhainen ja saattaisi aiheuttaa itselleen vielä enemmän kipua. Sedaation kriteerit ovat kuitenkin tiukat, ja se vaatii sekä omaisten ja potilaan hyväksynnän. Sedaation liittyy myös suuri eettinen ongelma sedaation ja eutanasian välisestä erosta. (Hänninen 2001, 122–134.)

### 3.4 Antibiootit

Antibioottihoito on eräs saattohoitopotilaan lääkehoidon ongelmakohdista. Antibioottihoitoa voidaan pitää elämää pitkittävänä hoitona, sillä vakava infektio, kuten keuhkokuume on usein se viimeinen rasitus potilaalle, joka johtaa hänen kuolemaansa. Antibioottihoitoa harkittaessa on tarkkaan mietittävä mikä on hoidon tarkoitus. Useissa tilanteissa se voidaan hyväksyä osana hyvää palliatiivista hoitoa. Tätä voidaan perustella potilaan elämänlaadulla ja kivunhoidolla. Monet infektiot kuten virtsatietulehdukset, ihoinfektiot ja hengitystietulehdukset aiheuttavat potilaalle subjektiivista haittaa sekä kipua. Tällöin antibiootihoidon aloittaminen on perusteltua. (Hinkka 2003, 373.)

Palliatiivista hoitoa toteutettaessa on muistettava että kuolinprosessiin kuuluu myös tulehdukselta vaikuttava tila, johon liittyy tulehdusparametrien nousu, kuumeilu sekä hengityksen rohina ja limaisuus. Tämä tapahtuu usein joitain päiviä ennen kuolemaa, ja tällaiseen tilaan ei antibiootihoidolla ole vaikutusta eikä sen aloittaminen ole potilaan edun mukaista. Usein tilanne haittaa enemmän omaisia kuin potilasta itseään, joka on usein tässä vaiheessa lähes tajuton. Kuumeen nousu katsotaan johtuvan lähinnä lämmönsäätelyjärjestelmän pettämisestä ja siihen oireenmukainen hoito löytyy kuumetta alentavista tulehduskipulääkkeistä kuten paracetamolista. (Hänninen 2008, 50.)

Keuhkokuumeen hoito antibiooteilla ei sekään ole eettisesti perusteltua, jos potilaan ennuste on hyvin lyhyt. Useat saattohoitopotilaat sairastuvat keuhkokuumeeseen ennen kuolemaansa, ja sitä onkin kutsuttu ”vanhan miehen ystäväksi”. Saattohoitopotilaan kohdalla antibiootihoidon aloittamisesta tulisi aina keskustella potilaan ja hänen omaisten kanssa, sekä selvittää hyvin mikä on antibiootihoidon ennuste ja sen tarkoitus. (Hinkka 2003, 373.)

### 3.5 Ravitseminen

#### 3.5.1 Ruokailun merkitys – hoitotyön keinoja saattohoitopotilaan ruokailuun

Ruokahalua on perinteisesti opittu pitämään hyvinvoinnin mittarina, tästä syystä vaikeasti sairaan ihmisen onnistuneella ruokailuhetkellä on sekä psyykkisiä että fyysisiä ulottovuuksia. Vaikeaan sairauteen kuuluu usein-

miten ruokahaluttomuutta, josta automaattisesti seuraa myös painonlaskua. Laihtuvan ruumiin näkeminen voi aiheuttaa potilaalle ahdistusta, jota hoitotyön keinoin voidaan helpottaa. Ruokahaluttomuuden ja siihen usein liittyvän pahoinvoinnin ja oksentamisen hoitaminen on saattohoitopotilaan hoidossa hyvin tärkeää siihen asti, kun potilas pystyy ruokailemaan. Tärkeää on yrittää pitää potilaan yleisvointi mahdollisimman hyvänä. Tähän päästään potilaalle sopivalla kipulääkityksellä ja huolehtimalla pahoinvoinnista. Yleensä ruokailu onnistuu, jos potilas tuntee olonsa olosuhteisiin nähden hyväksi. Tällöin oman merkityksensä saa ruokailun tunnelma. Myös sairaalassa voidaan yrittää järjestää yhteinen ruokailu omaisten kanssa. Onnistunut ruokailuhetki voidaan saada potilas hetkeksi unohtamaan sairautensa ja sillä voi olla suuri merkitys myös omaisille. (Aalto 2000, 26–28)

Kuolevan potilaan on tärkeä saada syödä mieliruokiaan. Hyväksi keinoksi on havaittu tarjota potilaalle useita vaihtoehtoja, joista hän saa itse valita. Ruokailuhetki on mahdollisuuksien mukaan rauhoitettava ja potilaan toiveita olisi noudatettava. Alkoholilla on hyvä ruokahalun herättäjä ja sitä voidaan tarjoilla potilaalle lusikalla ennen ruokailua. Omaisille on sallittava potilaan mieliruokien tuominen ja tarjoileminen osastolla. Hyväksi koettu keino on tarjoilla pieniä annoksia potilaalle mieluisia ruokia. Kuoleva potilas harvemmin jaksaa syödä suuria annoksia, ja hänen on annettava syödä se määrä, joka hänestä tuntuu hyvältä. Jos potilas ei pysty enää nauttimaan kiinteitä ruokia voi tuntua hyvältä kokeilla erilaisia viileitä helposti nieltäviä ruokia, kuten kiisseleitä ja jäätelöä. Heikoissa voimissa olevan potilaan voi olla helpompi vain imeskellä tikkujäätelön muotoon jäädytettyä vettä, mehua tai lihalientä. Kuolevalla potilaalla on viimeisinä aikoinaan harvoin jano tai nälkä mutta kuivuuden tunne saattaa vaivata suuta. Suuta voidaan kostuttaa jääpaloilla, sitruunanmakuisilla glyseriinitikuilla tai antamalla lusikalla vettä. Ravinnotta olo saattaa toimia myös oireita helpottavana elementtinä. (Aalto 2000, 25–29.)

Pahoinvointi ja oksentaminen voidaan hoitaa, joko suun kautta otettavilla lääkkeillä tai peräpuikoilla. Myös saattohoitopotilaan eritystoiminnasta on huolehdittava erityisesti vuodepotilaiden kohdalla. Ulostamisen helpottamiseksi voidaan käyttää erilaisia laksatiiveja ja peräruiskeita. Täysi suoli on sinänsä pahoinvointia aiheuttava tekijä ja luonnollisesti vähentää ruokahalua. Kun potilaan ruokailu ei enää onnistu on tärkeää selvittää omaisille, että tämä kuuluu luonnollisena osana potilaan kuolemisprosessia eikä yleensä vaadi lääketieteellisiä toimenpiteitä. (Aalto 2000, 25–29.)

### 3.5.2 Ravitsemuksen ja pahoinvoinnin hoito

Potilaan tilan edetessä siihen pisteeseen, ettei hän jaksakaan enää syödä on vaihtoehtoiselle ravitsemukselle, kuten suonensisäiselle ravitsemukselle tai nenä-maha letkulle, vain harvoin tarvetta. Ainoan poikkeuksen muodostaa sellainen kuolemansairas potilas, jonka yleiskunto on vielä hyvä mutta hänellä on esteitä ylimissä ruuansulatuskanavassa. Tämä tilanne tulee usein esiin pään ja kaulan syöpien ja neurologisten sairauksien yhtey-

dessä. Yleisin saattohoitopotilaan ravitsemushoito on enteraalinen ravitsemus.(Hänninen 2001, 68–72.)

Vaihtoehtoisia ravitsemusmuotoja ovat mm. perikutaaninen gastrostooma (PEG) tai parentraalinen ravitsemus. Näihin kaikkiin liittyy kuitenkin yleisesti komplikaatioita, kun puhutaan saattohoitopotilaasta. Perikutaaninen gastrostooma voidaan tehdä huonokuntoisellekin potilaalle, mutta sen laittoon saattaa liittyä perforaation, hematoonan tai verenvuodon riski. Itse ravintoliuosten antaminenkin saattaa olla ongelmallista, erityisesti jos potilaalla on ongelmia vatsalaukun tyhjenemisessä. Potilas saattaa kärsiä pahoinvoinnista, refluksiasta, hikasta tai jopa oksennella mistä voi olla seurauksena aspiraatio. Parenteraalinen ravitsemus taas aiheuttaa täyden ja raskaan olon. Kuolevien potilaiden suhtautuminen vaihtoehtoisiin ravitsemismuotoihin on yleisesti ottaen kielteinen ja he ovat hyvillään päästesään irti letkuista ja kanyyleistä, joiden käyttöä vaihtoehtoisen ravitsemusmuodot luonnollisesti edellyttävät.(Hänninen 2001, 68–72.)

Käsitteillä ravitsemus ja ruokailu on suuri henkilökohtainen ja sosiaalinen ero potilaalle itselleen, sekä hänen omaisilleen. Tulisikin ajatella, että ravitsemushoidossa on kyse lääketieteellisestä tapahtumasta, eikä potilaan yleistilaa kohottavasta sosiaalisesta tapahtumasta. Näin ollen ravitsemushoitoa tulisi saattohoitopotilaan kohdalla ajatella niinkuin mitä muuta tahansa lääketieteellistä hoitoa, ja punnita hyvin potilaan siitä saamat edut verrattuna haittoihin.(Hänninen 2001, 58–70.)

Vaikeasti sairas, kuoleva ihminen kärsii yleensä tilasta, jota nimitetään kakeksia-anoreksiaksi. Tällä tarkoitetaan potilaan kuihtumista ja ruokahalluttomuutta. Tutkimusten mukaan yli 80 % saattohoitopotilaista kärsii kakeksia-anoreksiasta (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008). Ravitsemukseen liittyvät vaikeudet voivat olla moninaisia. Ongelmana voi olla ravinnon imeytyminen ja sen hyväksikäyttö elimistössä tai yhtä lailla ravinnon pysyminen elimistössä tai kulutetun ravinnon poistuminen elimistöstä. Kaikki nämä ongelmat voivat johtua sairaudesta kuten syöpä, tai sen hoidosta ja sen liitännäiskomplikaatioista tai näiden kaikkien yhteisvaikutuksesta. Myös potilaan mielentilalla ja psykososiaalisilla tekijöillä on vaikutusta. (Hänninen 2001 22–36, Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Omaisille juuri laihtuminen ja ruokahalun menettäminen tuo potilaan kuolemisen esiin silmännähtävästi. Usein ajatellaan, että potilas joka ei pysty tai halua syödä, kuolee nälkään. Saattohoitopotilaan kohdalla kuolemaan johtava syy ei kuitenkaan ole aliravitsemus vaan kuolemaan johtava tauti, kuten levinyt syöpä. Syöpäpotilaan kohdalla laihtumisen syynä on elimistön kohonnut energiantarve, jota lisäravinnolla ei pystytä korjaamaan. Lisäksi kyseisillä potilailla on muutoksia niin hiilihydraatti-, rasva- kuin proteiiniaineenvaihdunnassa. Näin ollen runsaakaan lisäravinnon antaminen ei paranna potilaan aliravitsemustilaa.(Hänninen 2001 22 - 36, Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Pahoinvointi, ummetus ja nielemisvaikeudet ovat niitä ruokailuun liittyviä asioita, joista saattohoitopotilas yleisesti kärsii. Tehokkaat kipuläkkeet, kuten morfiini ja sen johdannaiset aiheuttavat itsessään ummetusta ja pa-

hoinvointia, jota puoliväkisin nautittu ravinto voi pahentaa entisestään. Kuoleville potilaille myös ruuansulatuskanavan toimimattomuus esim. suolilama on yleistä. Tässä tapauksessa ravinnon anto on luonnollisesti järjenvastaista. Potilaan ravitsemustilan korjaamisessa ei ole hyötyä silloin, kun kaikista aktiivisista ja parantavista hoidoista on luovuttu. Kuihtuminen on nähtävä osana kuolemisprosessia ja pääperiaatteena onkin pidettävä sitä, että kun potilas ei pysty nauttimaan suun kautta ravintoa, voidaan kiinteän ravinnon nauttimisesta luopua ja siirtyä vain nesteiden nauttimiseen. Ravitsemukseen liittyvissä asioissa on kuitenkin herkästi kuunneltava potilaan toivomuksia ja ravitsemushoitoja voidaan luonnollisesti toteuttaa jos potilas näin haluaa, vaikka sillä ei olisikaan merkitystä potilaan yleisvoinnin kannalta. Potilaan omaisille on tärkeää selittää kuolemisen prosessi ja ravinnon osuus siinä. (Hänninen 2001, 26–28, 108–116.)

### 3.6 Nestehoito

Vaikeiden sairauksien kohdalla on useita syitä, miksi potilas saattaa kärsiä janosta tai nestehukasta. Pahoinvointi aiheuttaa oksentelua, ja sen mukana kuivumista. Hyväkuntoisen saattohoitopotilaan suonensisäinen nesteytys ja elektrolyyttiä antaminen voi olla perustelua mutta tilanne muuttuu kun kunto huononee. Terminaalivaiheessa olevan saattohoitopotilaan nesteytyksessä tarkoituksenmukaisin periaate olisi antaa potilaan juoda vain sen verran, kun hän itse jaksaa. Usein pelkkä suun kostuttaminen riittää. Sairauden edetessä terminaalivaiheeseen elimistön kuivuminen kuuluu siihen osana kuolemisen prosessia. Useimmiten sairaaloissa nestehoidon aloittamisen indikaationa on potilaan jano eli näin ollen puhutaan ”janotipasta”. Elimistön kuivuminen saattaa aiheuttaa myös hyperkalsemiaa ja sekavuutta, joita nestehoidolla voidaan yrittää korjata. (Hänninen 2008 18–33.)

Loppuvaiheen saattohoidossa ei nesteytyksellä kuitenkaan saavuteta erityistä hyötyä vaan useimmiten päinvastoin. Kuolevan nesteyttämistä voidaan pikemminkin pitää piintyneenä tapana sairaalamaailmassa. Niin sanotun janotipan laittaminen potilaalle on osoitus omaisille, että jotakin tehdään, vaikka mitään todellisuudessa ei ole tehtävissä. Sillä on siis enemmän psykososiaalinen merkitys kuin lääketieteellinen. Mitään lääketieteellistä perustetta ei terminaalivaiheen potilaan nesteyttämiseksi ole olemassa. Lääketieteen näkökulmasta liianesteytys on useimmiten pikemminkin oireita lisäävä toimenpide eikä suinkaan niitä vähentävä. Voidaan perustellusti sanoa, että tilanteet, joissa saattohoitopotilaan nesteyttämällä saavutetaan todellista hyötyä, ovat harvinaisia. Elinajan ennusteeseen ei nesteyttämällä ole tutkimusten mukaan vaikutusta. Nestehoito on lääketieteellinen toimenpide, jonka järkevyyttä saattohoitopotilaan kohdalla on harkittava, siinä missä muitakin toimenpiteitä (Hänninen 2008 19 – 33.)

Elimistön kuivuminen kuuluu luonnollisena osana kuolemisprosessiin ja tuo usein mukanaan helpotusta potilaalle. Elimistön kuivuminen aiheuttaa

sen, että eritystoiminta vähenee ja potilaan liikuttamisen tarve vähenee. Tällä säästetään potilasta usein kivuliailta tuntuilta vaipanvaihdoilta. Myös usein terminaalipotilaita vaivaava runsas limaneritys vähenee ja samalla hengitys helpottuu. Liika neste elimistössä esiintyy turvotuksina sisäelinten ympärillä ja raajoissa, joka tuottaa potilaalle entisestään lisää kipuja ja vaikeuttaa liikumista. Sydänpotilailla liika neste lisää entisestään sydämen vajaatoimintaa ja sitä mukaa vaikeuttaa hengitystä ja syöpäpotilailla neste voi aiheuttaa lisäkipuja syöpäkasvainten ympärillä. (Hänninen 2008, 18.)

Nestehukan tuomat komplikaatiot, kuten lihasnykäykset ja opiaattien kertymisestä aiheutuva sekavuus, voidaan hoitaa vähentämällä opioidi annosta ja muuten lääkitsemällä. Luonnollisesti nesteytyksen aloittaminen terminaalivaiheen potilaalle on perusteltua, jos hän selkeästi kärsii dehydraation mukaanaan tuomista oireista. Janon hoitoon ei suonensisäisellä nesteytyksellä ole nähty olevan vaikutusta. Saattohoitopotilaan suun hoito ja sen kosteana pitäminen tulisikin nostaa jopa nestehoitoa tärkeämmäksi teemaksi hoitotoimepiteissä. Pieni kulaus vettä tai jääpala saattaa helpottaa janon tunnetta nestehoitoa tehokkaammin. Kuten ravitsemuksen kohdalla, on muistettava että nestehoito on eri asia kuin juominen. On tärkeää että myös omaisille kerrotaan tämä. (Hänninen 2008, 18–22.)

### 3.7 Hengenahdistus, yskä ja hikka

Hengenahdistus on eräs niistä oireista, joita ihmiset pelkäävät eniten ennen kuolemaansa. Oxfordin yliopiston vuonna 2006 tekemän tutkimuksen mukaan jopa 45- 70 % saattohoitopotilaista kärsii dyspneasta viimeisten elinviikkojen aikana. Lisääntyvä hengenahdistus liittyykin yleensä kuoleman läheisyyteen, perustaudista riippuen. Hengenahdistus voi olla huomattavan hankalaa, jos potilaan perustautina on esimerkiksi sydämen vajaatoiminta, tai hengityselinsairaus kuten COPD tai keuhkojen tuumori. Myös hengityselinten heikkous, kuten esimerkiksi ALS-tauti, tai psyykkiset tekijät voivat aiheuttaa hankalaa hengenahdistusta. Pleurapunktiolla voidaan helpottaa tietyissä tilanteissa saattohoitopotilaan oloa, kun nestettä kiertyy keuhkoihin huomattavia määriä. Saattohoitopotilaan ensisijainen hengenahdistuksen hoitomuoto on morfiini. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Happiviiksillä annettu lisähappi tai kasvoille suunnattu ilmavirta saattaa helpottaa saattohoitopotilaan oloa. Happea tulee antaa ilman muuta, jos potilas itse kokee siitä olevan hyötyä. Joillakin potilailla happi kuivattaa suuta ja kipeyttää limakalvoja. Näin ollen happihoitoa annettaessa on muistettava myös suun kosteana pitäminen. Kaikki potilaat eivät kärsi hengenahdistuksesta, vaikka kärsivätkin hypoksiasta. Hengenahdistuksen aiheuttaa hypoksisen potilaan lisääntynyt hengitystarve eli minuttiventilaatio. Automaattisesti happihoitoa ei tule potilaalle antaa, eikä silloin kun potilas kokee happiviikset epämiellyttävinä. Hapen tai ilman antamisesta viiksillä on todettu olevan apua saattohoitopotilaan lepodyspneassa. Elinajan ennusteeseen ei viiksillä annettulla lisähapella ole todettu olevan vaikutusta. (Hänninen.2001; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)



Hoitotyön keinoja saattohoitopotilaan hengenahdistuksen helpottamiseksi ovat esimerkiksi asennon huomiominen ja liman imeminen hengitysteistä. Puoli-istuva asento helpottaa yleensä hengittämistä. Myös PEP-pulloon puhaltaminen saattaa joillain potilailla olla hyvä keino lisätä hetkellisesti keuhkokapasiteettia. Myös potilashuoneen raikkaana pitäminen, esimerkiksi ikkunan avaaminen, saattaa tuoda helpotusta, unohtamatta potilaan rauhoittelua ja henkistä tukemista. (Aalto 2000, 28–32.)

Saattohoitopotilaan yskä tai hikka voi laskea saattohoitopotilaan elämänlaatua huomattavasti. Yskän syynä on yleensä lisääntynyt limaneritys tai heikentynyt limankuljetus. Parhaiten saattohoitopotilaan yskää helpotetaan opioideilla. Yskänlääkkeistä ei ole apua. Perinteisistä konsteista kuten asennonvaihdosta, tai liman hellävaraisesta irrottamisesta imulla tai keittosuolaa inhaloimalla, voidaan myös potilasta auttaa. Hikka voi olla yllättävän kiusallinen ongelma saattohoitopotilaalla. Hikan syyt voivat olla moninaiset. Pitkittynyt hikka saattohoitopotilaalla johtuu yleensä pallean venyttämisestä. Syynä tähän voi olla nesteen kertyminen vatsaonteloon tai metaboliset syyt kuten uremia, hypokalemia, hyponatremia, infektio tai syy voi olla keskushermostoperäinen. Myös lääkkeet voivat aiheuttaa pitkittynyttä hikkaa. Hikkaan on saattohoitopotilaan kohdalla suhtauduttava vakavana oireena ja sitä voidaan yrittää hillitä lääkehoidolla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

### 3.8 Saattohoitopotilaalle tehtävät tutkimukset ja niistä luopuminen

Saattohoidon tärkeisiin periaatteisiin kuuluu se, ettei potilasta saa rasittaa turhilla tutkimuksilla, joilla ei saavuteta enää mitään sellaista tietoa, joka auttaisi potilasta paranemaan. Useat tutkimukset, kuten täyhystykset, ovat potilaalle epämiellyttäviä ja aiheuttavat turhaa kärsimystä. Yksinkertaisemmatkin tutkimukset, kuten verikokeet, sisältävät jonkinasteisen kivun tuottamista potilaalle. Saattohoitopotilaan kyseessä ollessa olisi siis tarkasti mietittävä mitkä tutkimukset ovat potilaan hyvinvoinnin kannalta tärkeitä. (Hänninen 2001 152–158.)

Tutkimuksia määrättäessä on pystyttävä päättelemään potilaan ennuste. Jos potilaalla on vielä odotettavissa elinpäiviä, jotka hän voi laadukkaasti viettää, ovat perustutkimukset kuten veri ja virtsakokeet sekä röntgenkuvat perusteltuja ja tärkeitä. Elektrolyytti ja sokeritasapainon arviointi on perusteltua, kun halutaan seurata saattohoitopotilaan vointia ja pitää hänet mahdollisimman oireettomana. Myös tulehdusarvojen seuraaminen ja virtsakokeet ovat olennaisia, jos epäillään, että potilas kärsii jostain infektiosta, joka tuottaa hänelle kipua ja epämukavuutta. Esimerkiksi thorax - röntgenkuvat ovat tavallisia tutkimuksia, joita tehdään myös saattohoitopotilaalle, kun halutaan selvittää, onko keuhkoissa nestettä ja olisiko se poistettavissa potilaan hengenahdistuksen helpottamiseksi. (Hinkka 2003, 374–375.)

Saattohoitopotilaan kohdalla tulisi kuitenkin välttää ns. rutiinitutkimuksia, jotka ovat yleisiä, kun potilasta hoidetaan sairaalassa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Silloin, kun potilaan ennuste on hyvin lyhyt, on eettisintä luopua kaikista tutkimuksista. Kliinisillä perustutkimuksilla, kuten inspek-

tiolla, auskultaatiolla, perkussiolla ja palpaatiolla, saattohoitoon tottunut lääkäri saa useimmiten tarpeeksi olennaista tietoa potilaan voinnista. Nämä tutkimukset voidaan tehdä helposti myös potilaan ollessa saattohoidossa kotona eikä häntä tarvitse lähteä kuljettamaan enää tutkimuksiin hoitolaitokseen. (Hinkka 2003, 374.)

### 3.9 Kuoleman hetki ja siinä auttaminen

Saattohoito päättyy potilaan kuolemaan. Kuolema on hyvin henkilökohtainen ja sen ajankohtaa on vaikea ennustaa, vaikka kuoleman merkit olisivat jo näkyvissä. Monet potilaat hiipuvat pois vähitellen, mennen ensin tajuttomaksi ja elintoimintojen lakatessa yksi toisensa jälkeen. Toisilla vointi saattaa pysyä hyvänä pitkänkin aikaa, kunnes kunto romahtaa äkillisesti ja kuolema seuraa nopeasti. Näin on usein esimerkiksi syöpäpotilaiden kohdalla. Potilaan kuoleman lähestyessä olisi hänelle varattava rauhallinen huone, jossa omaisilla on mahdollisuus viettää hänen kanssaan niin paljon aikaa kuin he haluavat. On hyvä, jos omaiset pystyvät olemaan läsnä kuoleman hetkellä ja huolehtia potilaasta viimeiseen asti hoitohenkilökunnan tukemana.

On olemassa tiettyjä yhteisiä piirteitä, kun ihminen kuolee. Usein potilas vaipuu jonkinasteiseen tajuttomuuden tilaan. Kipu on tässä vaiheessa enää harvoin ongelma. Hengitys muuttuu pinnalliseksi, potilas käyttää apuhengityslihaksa hengittämiseen ja hengitys saattaa katkoilla. Hengitysteihin kiertyy helposti limaa, joka aiheuttaa korisevan kuuloisen hengityksen. Limaa voi hellä varoen imeä pois mutta se harvoin itsessään aiheuttaa hengityksestä. Ihon väri muuttuu potilaalla harmaaksi ja usein laikukkaaksi. Potilaan selkäpuolelle riippuen makuuasennosta saattaa muodostua lautuman alkua. Potilas ei tässä vaiheessa pysty enää nauttimaan nesteitä ym. suun kautta vaan suun kostutus esim. glyseriinitikuilla auttaa pitämään suun kosteana ja janon loitolla. (Hänninen 2008, 10-12.)

Kuolemaan liittyy usein sekavuutta, mikä saattaa pelottaa omaisia ja tuntua heistä pahalta. Sekavuus liittyy tajunnantason alenemiseen ja tästä elämästä irtautumiseen. Tärkeintä tässä vaiheessa on tutun henkilön läheisyys. Potilasta voi pitää kädessä kiinni ja hänen päätään silittää. Silloin, kun potilas vetää käden pois, se ei välttämättä tarkoita sitä, että hän haluaa olla yksin. Kuulo on viimeinen sammuva aisti, joten omaisia pitää kehoittaa puhumaan kuolevalle potilaille. Hänelle voidaan esimerkiksi lukea äänen tai jutella muuten rauhoittavasti. Hiusten kampaaminen ja ihon rasvaus ovat esimerkkejä hoidosta, jota omaiset voivat helposti tehdä kuolevan hyväksi ja osoittaa kiintymystään. (Seeger 2009, 12–14.)

Kuoleva potilas saattaa haista epämiellyttävälle, sillä hänen ruumiinsa hajoaminen on osaltaan jo alkanut. ”Kuoleman haju” saattaa karkottaa herkkimmät omaiset potilaan luota, joten hoitolaitosten tulisi tällaisessa tilanteessa sallia kynttilöiden sytyttämisen ja esimerkiksi mietojen tuoksukynttilöiden polton huoneessa. Kynttilät tuovat huoneeseen rauhoittavan ja arvokkaan tunnelman. Omaisia voidaan kehoittaa sammuttamaan kynttilät, jos he poistuvan huoneesta. Huone on myös hyvä pitää hämäränä, kirkkaat valot saattavat häiritä potilasta. (Seeger 2009, 12.)

Hoitohenkilökunnan tulee ottaa omaiset mukaan hienovaraisesti ja omaiset saavat osallistua kuolevan perushoittoon siinä määrin kuin he itse haluavat. On muistettava, että joillekin omaisille kuoleman seuraaminen on yksinkertaisesti liikaa. Hoitohenkilökunnan on annettava tässä tilanteessa erityistä tukea mutta myös hyväksyttävä se, kun omaiset eivät enää halua viipyä kuolevan luona. Usein käy myös niin, että kuolema tapahtuu silloin, kun omaiset eivät satu olemaan paikalla, vaikka he muuten olisivat tahtoneet valvoa potilaan vierellä. On tärkeää, että omaiset ymmärtävät ettei tämä vähennä heidän ponnistelujaan, joita he tekivät kuolevan hyväksi. (Pahlman 2004, 345–349.)

Kuolemaan harvoin liittyy mitään dramatiikkaa. Yleensä potilas lakkaa reagoimasta kosketteluun ja aistit hämärtyvät. Kuolemaan saattaa liittyä voimakkaitakin nykäyksiä erityisesti, jos potilaalla on vahva morfiinilääkitys. (Hänninen 2008, 20.) Potilas saattaa myös äännellä, haroa käsillä ilmaa ym. On tärkeää, että omaiset tietävät tämän kuuluvan kuolemaan eikä olevan merkinä esim. kivusta. Itse kuoleman hetki on usein rauhallinen. Hengitys loppuu ja sitten sydän lakkaa lyömästä. Potilas on kuollut.

### 3.10 Kuoleman toteaminen ja vainajan laitto

#### 3.10.1 Kuoleman toteaminen

Saattohoitopotilaan kuolema on odotettu tapahtuma hoitohenkilökunnan kannalta, joten kun potilas kuolee, ei ole mikään kiire. Hoitohenkilökunta merkitsee ylös kellonajan, milloin kuolema tapahtui. Tarkkaa kuoleman hetkeä on vaikea määrittää sillä kuolema on kuin ketjureaktio, jossa elintoiminnot sammuvat yksi toisensa jälkeen. Näin ollen tarkka kuolinaika ei ole kovin olennainen asia. Omaiset voivat rauhassa viipyä kuolleen luona ja halutessaan laulaa, lukea raamatunlauseita tai suorittaa muita perheelleen tärkeitä riittejä, jos niitä on. Lääkäri kutsutaan paikalle toteamaan kuolema vasta, kun tämä omaisille sopii. (Pahlman 2004, 347.)

Lääkäri toteaa potilaan kuolleeksi kuuntelemalla, ettei sydän lyö ja toteamalla toissijaiset kuoleman merkit. Toissijaiset kuolemanmerkit ovat ruumiin jäähtyminen, kuivuminen, lautumat ja joidenkin tuntien jälkeen kuolonkankeus. Klassisen käsityksen mukaan potilasta ei voi pitää kuolleena, ennen kuin toissijaiset kuolemanmerkit ovat havaittavissa tai ennen kuin hänet todetaan aivokuolleeksi. Lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen ja allekirjoittaa hautausluvan. Saattohoitopotilaan kohdalla ei ruumiinavausta tarvita, vaikka potilas kuolisi kotiin, sillä kuolinsyy on yleensä selvä. Poikkeuksen tästä muodostavat ammattitauti tapaukset. (Pahlman 2004, 349; Hänninen 2008, 57.)

Kiire ei ole myöskään silloin, kun saattohoitopotilas kuolee kotiin. Tapah- tumasta ilmoitetaan hoidosta vastaavalle sairaanhoitajalle, joka ilmoittaa tapahtuneesta lääkärille. Ambulanssia tai poliisia ei tarvitse kutsua vaan

ruumisauto kutsutaan paikalle kun omaisille itselleen sopii. (Hänninen 2008, 20.)

### 3.10.2 Vainajan laitto

Vainajan laitto on hoitohenkilökunnan viimeinen palvelus potilaalleen. Omaiset voivat olla tässä mukana, tai hoitohenkilökunta voi laittaa vainajan. Yleensä hoitajan on tärkeää olla tässä mukana. Monilla eri kulttuureilla on omat riittänsä mitä tulee vainajan laittoon, näitä tulee hoitolaitoksessa kunnioittaa. Vainajan laittoon voi hoitajan kanssa osallistua 1-2 omaista, tai omaiset voivat halutessaan laittaa vainajan itse. Vainajan laittoon kuuluu monissa kulttuureissa omia rituaaleja. (Laukkanen 2001, 12-13.)

Vainajan laittamisessa olennaista on arvokkuus ja kiireettömyys. Vainaja siistitään ja kammataan hiukset. Jos vainaja käytti eläessään hammasproteesia, laitetaan se yleensä suuhun. Vainaja voidaan pukea valmiiseen ”exitus-paitaan”, joka löytyy hoitolaitoksesta tai hänet voidaan pukea omiin vaatteisiin. Silmät laitetaan kiinni kostella lapulla ja jalat voidaan sitoa kevyesti yhteen. Jalkoihin sidotaan tunnistelappu. Hoitohenkilökunnan velvollisuus on jättää mahdolliset kanyylit ja nenä-mahaletkut paikoilleen, kunnes lupa niiden poistamiseen saadaan. Vainajan alle laitetaan imukykyinen vaippa ja hänet peitellään lakanan alle. Yleinen käytäntö suomessa on pukea vainaja hautajaisvaatteisiin vasta, kun ruumis luovutetaan hautaustoimiston kuljetettavaksi. Vainaja voidaan haudata hänen omissa vaatteissaan ja esimerkiksi korut voidaan jättää paikalleen hautaan saakka. Omaisten toivomuksia tulee hoitolaitoksessa kuunnella ja toteuttaa ne mahdollisuuksien rajoissa. Kun potilas on kuollut ja vainaja laitettu, on hoitohenkilökunnan siirryttävä tukemaan omaisia heidän surusaan. (Iivanainen & Jauhiainen, Pikkarainen.2001, 577)

### 3.11 Hautajaisjärjestelyt

Vainajan laitton jälkeen ruumis siirretään yleensä kylmään odottamaan hautajaisjärjestelyjä. Potilaan kuollessa terveyskeskuksen vuodeosastolla saavat omaiset käydä katsomassa vainajaa kunhan sopivat tästä ensin hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan kuollessa kotona saattohoidossa voidaan hänet siirtää suoraan hautausmaan ruumishuoneelle, jos arkku on hankittu valmiiksi. Saattohoidossa olevan potilaan hautajaisjärjestelyistä olisi hyvä sopia jo etukäteen. Näin vainaja voi eläessään vielä esittää toiveita, eivätkä järjestelyt tule yllätyksenä. Lääkäri kirjoittaa vainajasta kuolintodistuksen, jonka sairaala lähettää lääninhallitukselle. Omaiset saavat sairaalasta hautausluvan, joka toimitetaan omaan seurakuntaan tai hautauksesta huolehtivalle taholle. (Hautajaiset 2010.)

Omainen huolehtii hautajaisjärjestelyistä ja ruumiin kuljetuksesta. Käytännöllisin ja yleisin tapa on ottaa yhteyttä hautaustoimistoon, joka auttaa kaikissa käytännön järjestelyissä. Hautaustoimistot voivat tarvittaessa järjestää myös polttohautauksen, jos omaiset näin toivovat. Silloin kun vaina-

ja on ollut seurakunnan jäsen, hänet haudataan kirkollisin menoin seurakunnan hautausmaalle. Myös kirkkoon kuulumaton henkilö voidaan papin luvalla haudata kirkkomaalle ja siunata, mutta ainoastaan siinä tapauksessa ettei tämä ollut vainajan tahdon vastaista. Myös tuhkauurnan voi haudata hautausmaalle, tai sen voi ripotella haluamaansa paikkaan. Tuhkan ripottelussa on kuitenkin otettava huomioon soveltuuko paikka vainajan muisteluun myöhempinä aikoina. Tuhkan sirotteluun on oltava myös maanomistajan lupa. Useimmissa kaupungeissa tuhkansirotteluun on varattu erillisiä muistelupaikkoja. (Hautajaiset 2010.)

## 4. SAATTOHOITO KOTONA TAI SAIRAALASSA

### 4.1 Saattohoito kotona

Onnistuneen saattohoidon kannalta on tärkeää, että potilas saa itse vaikuttaa siihen missä häntä hoidetaan. Potilaiden omia toiveita kuolinpaikkansa suhteen on tutkittu. Englantilaisen tutkimuksen mukaan lähes kaikki (94 %) kotiin kuolleista olivat ilmaisseet toivomuksensa kuolla kotonaan. Myös sairaalassa kuolleista kaksi kolmasosaa oli toivonut saavansa kuolla kotonaan. (Vainio 2004, 330.)

Suomessa on viimeisten vuosikymmenten aikana vieraannuttu ajatuksesta hoitaa kuolevat omaisemme kotona. Stakesin tutkimus ”Hyvä kuolema” vuodelta 1995 toi esille, että kotikuolemaan liittyy paljon ennakkoluuloja ja pelkoja, niin omaisten kuin hoitohenkilökunnankin tasolta. Asenneilmapiiri on kuitenkin muuttunut viime aikoina ja monet kunnat ovat kehittäneet voimakkaasti kotihoitoa ja kotisairaanhoidoa, jotta kotikuolema olisi helpommin järjestettävissä. (Vainio 2004; Simonen 1995, 18–22.)

Saattohoidolle kotona on oltava tietyt edellytykset. Ensimmäinen ja tärkein edellytys ovat omaiset ja perhe sekä heidän halunsa hoitaa potilasta kotona. Perheen tuki potilaille ja hoitojärjestelmän tuki perheelle muodostavat kotona hoitamisen ytimen. Ilman aktiivisia omaisia ja hoitoringin perustamisen mahdollisuutta saattaa kotisaattohoito muodostua ylivoimaiseksi ponnistukseksi omaisille. Myös saattohoitopaikaksi ajatellun kodin on oltava sellainen, että siellä on mahdollista hoitaa kuolevaa. Pitkät välimatkat ja liian ahtaat tilat voivat muodostua esteeksi. (Simonen, 20–22.)

Saattohoitosuunnitelman on oltava kattava ja hyvin tehty, kun suunnitellaan saattohoitoa kotona. Yhden tai useamman omaisista on sitouduttava potilaan omahoitoon. Perusterveydenhuollon vastuulla on tukea omahoitajaa potilaan hoidossa. Omaisten ja hoitoalan ammattilaisten välinen työnjako on oltava selvä. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

#### 4.1.1 Työnjako kotisaattohoidossa

Kotisaattohoidossa tulee työnjako hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä olla selvä. Lääketieteellisestä osasta saattohoidossa vastaa lääkäri, jolla on

siihen riittävät valmiudet ja asiantuntemus. Tärkeää on, että lääkäri on tavoitettavissa vuorokauden kaikkina aikoina joko omaisten tai hoidosta vastaavan sairaanhoitajan toimesta. Potilaiden tilanteet vaihtelevat yleensä hyvin nopeasti ja on olennaista, että ongelmiin on varauduttu. Kun mahdollisia muutoksia voinnissa ja niihin vastaamista pohditaan etukäteen, voidaan säästyä potilaan paniikinomaiselta kuljettamiselta päivystysyksikköön. Tästä huolimatta tulee olla mahdollista, että potilas kuljetetaan hoitoon siihen yksikköön, josta hänen hoitoaan koordinoidaan mihin vuorokauden aikaan tahansa. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010; Ahlström 2004, 263–268.)

Lääkäri vastaa myös saattohoitopotilaiden kokonaishoidosta. Lääkäri suunnittelee kotihoidon yhdessä sairaanhoitajan ja omaisten kanssa, tarjoaa riittävää tietoa omaisille ja tarvittaessa konsultoi palliatiivisen hoidon yksiköitä, jos potilaan hoidossa esim. kivun hoidossa tulee ongelmia. Kotikuoleman onnistumiseksi on omaisten tärkeää tietää, mitä asioita kuolemaan liittyy, miten se tapahtuu ja miten sen jälkeen on toimittava. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010; Ahlström 2004, 263–268.)

Sairaanhoitajan tehtävänä on järjestää käytännön hoitotyöt, suunniteltava riittävä kotiapu ja kotisairaanhoidon vierailut. Saattohoitopotilaan hoito olisi hyvä järjestää mahdollisimman yksinkertaiseksi, jotta omaiset pystyisivät vastaamaan potilaan tarpeisiin mahdollisimman itsenäisesti. Esimerkiksi kivun hoidossa saatetaan pärjätä laastareilla ja ruokapumput sekä nesteinfuusiot ovat saattohoidossa useimmiten tarpeettomia. Silloin, kun potilas tarvitsee monimutkaisempaa hoitoa, voidaan hoito opettaa omaisille jos he ovat tähän halukkaita. Omaisten ohjaaminen ja opettaminen on sairaanhoitajalla vastuulla ja tähän on hoitajalla oltava tarpeeksi aikaa. Hoidosta vastaava sairaanhoitaja auttaa omaisia myös hoitotarvikkeiden tilaamisessa ja niiden tarpeen arvioinnissa sekä tarvittavien apuvälineiden lainaamisessa. (Ahlström & Hänninen 2004, 263–268, 318–320.)

Tarvittavia apuvälineitä, kuten sairaalasängyn, potilas saa lainaksi terveyskeskuksen apuvälinelainaamosta. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon tarve on määriteltävä ja käyntikerroista sovittava. Kotisairaanhoito on oltava tavoitettavissa ympärivuorokauden ja kotihoito voi käydä omaista auttamassa myös öisin. Saattohoidosta vastaava lääkäri ja kotisairaanhoitaja ovat olennainen osa potilasta hoitavan perheen turvaverkkoa. (Ahlström & Hänninen 2004, 263–268, 318–320.)

Hoitava omainen kantaa päävastuun kuolevan hoitamisesta. Omaisen tarvitsee tässä kuitenkin sekä käytännöllistä että emotionaalista tukea. Omaista on kannustettava hoitoverkon luomiseen ja ihanteellista olisi, että saattohoitoon osallistuisi yhden omaisen sijasta koko perhe tai muut sukulaiset.

#### 4.1.2 Kotisaattohoidon edut ja ongelmatilanteet

Kotihoidon ehdottomasti tärkein asia on potilaan mahdollisuus normaaliin elämään mahdollisimman kauan. Kotona hänellä on mahdollisuus olla tutussa ympäristössä ja osallistua perheen arkeen. Kotona oleminen mahdollistaa parhaiten potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen ja arvokkaan loppuelämän. Kuolevalla potilaalla on usein myös pelko yksinäjämisestä kuoleman hetkellä. Luottamus perheeseen ja tuttu ympäristö lievittävät tätä pelkoa

Omaiset ovat tutkimuksissa kertoneet perheenjäsenen saattohoidon olleen raskas mutta antoisa prosessi. Kotisaattohoito on antanut heille mahdollisuuden tehdä konkreettisesti jotain potilaan hyväksi ja surutyö on jo hyvässä vauhdissa, kun potilas viimein kuolee. Potilaille voidaan järjestää kotiin kaikki samat palvelut kuin hän saisi esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kaikki riippuu potilaan toiveista ja omaisten aktiivisuudesta. Esimerkiksi fysioterapiaa voidaan järjestää osana kotihoitoa ja seurakunnan työntekijät, kuten pappi, voivat tehdä myös kotikäyntejä saattohoitopotilaan luokse. (Ahlström & Hänninen. 2004, 319, 263–268.)

Ongelmatilanteilta saattohoidossa voidaan välttyä, jos hoitosuunnitelma on tarpeeksi kattava ja ongelmiin, kuten potilaan äkilliseen voinnin laskuun, varaudutaan etukäteen. Saattohoidosta vastaavan terveydenhuollon henkilökunnan on osattava vastata omaisten kysymyksiin asiallisesti ja tarvittaessa konsultoitava asiantuntijoita. Esimerkiksi kivun hoidosta on huolehdittava siten, että se riittää myös kotioloissa. Omaiset tarvitsevat kannustusta ja heidän on tärkeää sisäistää, että juuri heidän kotona antama saattohoito on sitä parasta hoitoa, jota potilas voi saada. Eräs varteenotettava ongelma on omaisten väsyminen kuolinprosessin pitkittyessä. Kotona hoidettavalla saattohoitopotilaalla tulee tarvittaessa löytyä vuodepaikka terveyskeskuksen vuodeosastolta tai sairaalasta. Omaisille on tällöin annettava täysi tuki ja kerrottava, etteivät heidän ponnistelunsa suinkaan olleet hukkaan heitettyjä, vaikka potilas päätyisikin kuolemaan sairaalassa. Potilaan sairaalassaoloajasta peritään normaalit sairaalamaksut. (Ahlström & Hänninen 2004, 263–268.)

Saattohoidon järjestäminen vaihtelee suuresti kunnittain. Silloin, kun kunta ei pysty järjestämään ympärivuorokautista mahdollisuutta tavoittaa sairaanhoitajaa, ei saattohoitoa kotona voida järjestää turvallisesti loppuun saakka. Omaiset odottavat saavansa riittävästi tukea perusterveydenhuollosta omien ponnistelujiensa tueksi. Kotisaattohoidon mahdollisuus vaihtelee suuresti kunnittain. Mahdollisuuksiin vaikuttavat kotihoidon henkilöstön riittävyys, kotihoidon mahdollisuus kolmivuorotyöhön sekä kotisaattohoidon maksullisuus. Jossain kunnissa kotisaattohoito on potilaalle maksutonta, kun saattohoitopäätös on tehty. (Simonen 1995.)

Eräs yhteiskuntamme epäkohta on niiden omaisten taloudellinen epätasa-arvoisuus verrattuna niihin omaisiin, jotka antavat saattohoidon jonkun laitoksen hoidettavaksi. Kotona kuoleva potilas säästää yhteiskunnan rahoja merkittävästi mutta potilaille itselleen ja hänen omahoitajalle se tulee helposti ylitsepääsemättömän kalliiksi. Esimerkiksi jos omahoitaja on työ-

elämässä, on hänen jotenkin järjestettävä hoitaja kotiin hänen poissaollessaan tai jättäytyttävä pois töistä. Saattohoidon toteuttaminen kotona ei oikeuta sairauslomaan, vaikka käytännössä lääkärit sitä määräävätkin erilaisilla diagnooseilla. Kotisaattohoito maksaa omaiselle enemmän kuin sairaalassa toteutettava saattohoito sillä kotihoidossa oleva potilas maksaa itse omat lääkkeensä ja hoitotarvikkeet. Omahoitajan taloudelliset resurssit ja työelämän joustavuus siis ratkaisevat usein onko kotona hoitaminen mahdollista. (Simonen 1995.)

#### 4.1.2 Omaisen taloudellinen tuki

Monet kunnat myöntävät hoitavalle henkilölle omaishoidon tukea. Omaishoitaja on myös oikeutettu vapaapäiviin ja lomiin, jotta hän saa hoitaa omia asioitaan. Saattohoitopotilaalle voidaan järjestää myös lyhyt laitosjakso, jotta omainen saa levätä. Omahoidon tukea haetaan kunnalta ja se on tarkoitettu mahdollistamaan puolison tai läheisen jäänti kotiin hoitamaan omaistaan. Potilaalle kansaneläkelaitos myöntää sairauden vaikeusasteen ja hoitokulujen suuruuden myötä eläkkeensaajan hoitotukea tai vammaistukea. Tukea voidaan hakea myös takautuvasti. Sairasloma ja eläkeasiat onkin syytä selvittää kunnan sosiaalityöntekijällä, ennen kuin kotisaattohoitoon ryhdytään. Kalliisiin syöpä ja kipulääkkeisiin voi saada erityiskorvausta KELA:lta. Hakemusten käsittely voi olla hidasta, joten korvaushakemukset on hyvä laittaa vireille hyvissä ajoin. Omaisten on mahdollista saada KELA:lta tukea myös kodin remontoimiseen, jotta kotona hoitaminen on mahdollista. Tukea voi saada esimerkiksi ovenkarmien leventämiseen tai inva-wc:n rakentaminen. Potilaan kuljettamiseen ja virkistyskäyttöön voidaan vammaislain turvin myöntää kuljetustukea. Kunnan sosiaalityöntekijä ja KELA ovat velvollisia auttamaan tukien hakemisessa. (Ahlström 2004, 318–322.)

#### 4.2 Saattohoito terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla

Terveystieteiden keskuksen vuodeosasto on se paikka, jossa saattohoitoa toteutetaan Suomessa eniten. Ennen saattohoitoon siirtymistä on kuolemansairasta potilasta yleensä hoidettu jossain erikoissairaanhoidon yksikössä, jossa on tehty päätös aktiivihoidosta luopumisesta. On luonnollista, että potilaan seuraava hoitopaikka on kotikuntansa terveystieteiden keskuksen vuodeosasto ja terveystieteiden keskussairaala. Yleensä potilas on tällöin lähempänä omaisiaan ja ympäristö on tutumpi. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Saattohoidon järjestämiseen terveystieteiden keskuksissa on viime vuosina panostettu. Suurista 4-6 hengen huoneista on vähitellen luovuttu ja saattohoidon mahdollistavia yksityishuoneita on rakennettu moniin terveystieteiden keskuksiin. Saattohoitopotilaan ensisijainen hoitopaikka tulisi olla hänen kotinsa, jos potilas näin toivoo. Yleensä potilaat selviytyvät kotonaan kotiavun ja omaisten tuella siihen asti, kunnes potilaan kunto heikkenee niin paljon, ettei hän enää pääse sängystä ylös ja hänestä tulee vuodepotilas. Tässä vaiheessa suurin osa saattohoitopotilaista tuodaan terveystieteiden keskuksen vuodeosastolle, jos omaisilla ei ole mahdollisuutta hoitaa potilasta kuolemaan



saakka tai silloin, kun omaisia ei ole. Tässä tilanteessa vuodeosasto voi olla luonnollinen valinta saattohoidon järjestämiseen. Sosiaalisesti yksinäiselle saattohoitopotilaalle terveyskeskuksen vuodeosasto on yleensä se ainoa paikka, jossa hän voi tuntea olonsa turvalliseksi ja kokea saavansa apua kuolemansa hetkellä. (Simonen 1995, 20–22.)

Saattohoito terveyskeskuksessa vaatii onnistuakseen tietyt edellytykset kuten kotisaattohoitokin. Terveyskeskuksen henkilökunnan motivoituneisuus saattohoitoon ja koulutus esimerkiksi kivunhoitoon ovat tässä avainasemassa. Omaisten kannattaa olla aktiivisia myös terveyskeskuksessa varmistuakseen potilaan hyvän saattohoidon. Hoitohenkilökunnalla saattaa olla kiire terveyskeskuksenkin vuodeosastolla, eivätkä hoitajat pysty korvaamaan omaisia läsnäolossa ja potilaan tukemisessa. Eri terveyskeskusten mahdollisuudet järjestää saattohoitoa vaihtelevat suuresti. Vuonna 1995 Stakesin kyselyn mukaan monissa terveyskeskuksissa ei ollut mahdollisuutta yhden hengen huoneisiin tai omaisten majoittamiseen. Tilanne on kuitenkin parantunut useissa kunnissa, kun saattohoitoon on ruvettu kiinnittämään huomiota. (Simonen 1995 12,14.)

Omahoitajajärjestelmä sopii erityisen hyvin saattohoitoon ja uudet valtakunnalliset saattohoitosuosituksot tukevat tätä. Olisi hyvä, että saattohoitopotilaan tulosta tiedetään etukäteen ja hänen tuloonsa osataan varautua. Ihanteellisessa tapauksessa saattohoitopotilaalle on varattu terveyskeskuksesta oma rauhallinen huoneensa, jossa omaisilla on mahdollisuus yöpyä ja viettää niin paljon aikaa kuin he haluavat. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010; Ahlström 2004, 314.)

Omahoitajan tehtävänä on tehdä potilaalle yhdessä omaisten kanssa saattohoitosuunnitelma, johon koko hoitohenkilökunta sitoutuu. Tärkeää on myös, että muut potilasta hoitavat hoitohenkilökunnan jäsenet sisäistävät toteuttavansa saattohoitoa, jolloin esimerkiksi kivun mittaaminen menee verenpaineen tai lämmön mittaamisen edelle. Omahoitajan tulisi perehtyä potilaan tilanteeseen ja elämänsä historiaan, jotta voisi olla tukena mahdollisimman hyvin. Omahoitajan kanssa omaisten on helpompi kommunikoida ja esittää toiveitaan sillä omahoitaja on jo valmiiksi perehtynyt potilaan tilanteeseen, eikä kaikkea tarvitse kertoa alusta alkaen. Merkittävä osa omahoitajan työtä on myös omaisten tunteiden kohtaaminen ja heidän tukeminen surutyössä. Omahoitaja toimii myös siltana omaisten ja terveyskeskusorganisaation välillä. Kuoleman hetkellä olisi ideaalia, että yksi hoitaja hoitaisi vain yhtä potilasta. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010; Ahlström 2004, 314.)

Moniammatillisuus on toinen asia, joka pienissä terveydenhuollon yksiköissä toimii usein paremmin kuin suurissa. Moniammatillisella yhteistyöllä voidaan saattohoitopotilasta palvella parhaiten. Terveyskeskuksessa esimerkiksi fysioterapia on usein helposti saatavilla sekä sosiaalityöntekijän palvelut. Fysioterapia voi olla avainasemassa potilaan vuodelevosta johtuvan kivun hoidossa. Sosiaalityöntekijä voi auttaa potilasta hoidon aiheuttamien kulujen selvittämisessä ja näin vähentää potilaan huolta. Kivun ja oireiden hoito on tutkimusten mukaan terveyskeskuksen vuodeosas-

tolla yhtä tehokasta kuin erikoissairaanhoidon yksikössä. Moniammattilliseen yhteistyöhön kuuluu myös potilaan psykososiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen. Hyvin toteutetussa saattohoidossa myös papin ja psykiatrian ammattilaisen palvelut ovat käytettävissä.(Vainio 2004, 330-337.)

Terveyskeskus voi olla hyvä paikka saattohoitoon, jos kaikki edellytykset täyttyvät. Se voi olla myös turvallinen paikka kuolla sillä apu on aina saatavilla ja parhaassa tapauksessa asiansa hyvin osaavan hoitajat perehtyvät ja tutustuvat potilaseen ja hänen omaisiinsa palvelukseen mahdollisimman hyvin.

#### 4.3 Saattohoito sairaalassa

Erikoissairaanhoidon yksiköt, kuten keskus- tai yliopistosairaalat, eivät yleensä ole parhaita mahdollisia paikkoja onnistuneen saattohoidon järjestämiseen. Tilastokeskuksen mukaan v.2001 70,3 % suomalaisista kuoli erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä mukaan lukien terveyskeskusten vuodeosastot. Syöpäkuolemista yli 89,4 % tapahtui terveydenhuollon yksiköissä. Monilla ihmisillä on käsitys sairaalan turvallisuudesta, ja näin ollen sairaala katsotaan ”turvalliseksi” paikaksi myös kuolemiselle. Suuri osa potilaista myös kuolee sairaaloihin, ennen kuin saattohoitopäätöstä ehditään tehdä kesken diagnostisten tutkimusten tai hoitojen.(Vainio 2004, 330–331.)

Varsinaista saattohoitoa on voi erikoissairaanhoidon yksikössä olla vaikea järjestää yksilöllisesti ja laadukkaasti. Syöpäpotilaat ry:n tutkimuksen mukaan tämä johtuu lähinnä hoitohenkilökunnan kiirestä ja siitä että heidän tulee keskittyä niiden potilaiden parantamiseen jolla toivoa vielä on. Saattohoitopotilas saattaa tällaisessä paikassa jäädä vähemmälle huomiolle kun hoitohenkilökunnalla ei ole aikaa kun perusasioista kuten puhtaudesta ja kivuhoidosta huolehtimiseen. Myös osastojen suuruus, tilojen ahtaus ja epäviihtyisyys sekä omaisille tarkoitettujen tilojen puute vaikeuttivat saattohoitoa. Toinen eroavaisuus löytyy erilaisten diagnostisten tutkimusten ja parenteraalisten nesteinfuusioiden ja verivalmisteiden käytössä joiden käyttö oli yliopistosairaalassa hyvin yleistä.(Vainio 2004, 332.)

Nykyinen suuntaus on, ettei erikoissairaanhoidossa mielellään jatketa niiden potilaiden hoitoa, joiden parantavasta hoidosta on luovuttu. Tätä puoltavat niin taloudelliset kuin eettiset syyt. Päätös potilaan siirrosta on kuitenkin tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaisten kanssa. Joskus potilaan siirtäminen oman kunnan terveyskeskukseen ei ole enää järkevää, kun elinajanennuste on lyhyt. Tällöin tärkeämpiä ovat olemassa olevat hoitokontaktit. Koti, hoitokoti tai terveyskeskuksen vuodeosastot ovat yleisesti ottaen parempia paikkoja järjestää potilaan saattohoito. Tämä onnistuu parhaiten, kun päätös saattohoidosta tehdään ajoissa. (Vainio.2004, 330–331; Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

## 5. KUOLEVAN JA OMAISTEN TUKEMINEN

### 5.1 Kuolemasta puhuminen

Kuoleman luonteeseen kuuluu pelko ja eräällä tavalla kuoleman pelko onkin elämän ehto. Ihmisluonteeseen kuuluu kuoleman ajatusten siirtäminen pois mielestä, mutta kun omaisen kuolema lähestyy, on meidän otettava siihen kantaa, tahdommepa sitä tai ei. On tärkeää, että kuolemasta pystytään puhumaan. Kuolemaan suhtautuminen riippuu paljon siitä, minkä ikäinen potilas on kuollessaan. Vanhojen ihmisten on luonnollisesti helpompi hyväksyä kuolemansa ja suhtautua siihen odottavan rauhallisesti. Kaikkien meidän osana ei kuitenkaan ole kuolla terveinä tai vanhoina. Usein kuolema koskettaa meitä ja omaisiamme ”liian aikaisin”.

Yleensä saattohoitopotilaat tietävät kuolevansa pian, oli asiasta sitten kerrottu heille tai ei. Avoin puhuminen kuolemasta mahdollistaa hyvän saattohoidon. Tämä on haasteellinen tehtävä sekä omaisille että hoitohenkilökunnalle. Avoin suhtautuminen kuolemaan nimittäin tarkoittaa sitä, että meidän on pakostakin käsiteltävä oman elämämme rajallisuutta. Tutkimusten mukaan myös hoitohenkilökunta kokee ahdistusta kuoleman lähellä. Tämä näkyy usein keskittymisenä hoitotoimenpiteisiin ja muihin rutiineihin eikä vaikeista asioista pysähdytä keskustelemaan. (Grönlund & Huhtinen 1995, 42.)

Englantilaisessa tutkimuksessa vertailtiin avoimen ja pidättäytyvän kohtaamisen eroja kuolevien hoidossa. Tuloksena oli, että ne potilaat, jotka suhtautuivat kuolemaansa avoimemmin, kykenivät suunnittelemaan kuolemaansa ja esimerkiksi valitsemaan kuolinpaikkansa. He myös kuolivat useimmin kotonaan ja harvemmin yksin. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että avoimesta suhtautumisesta kuolemaan on potilaalle konkreettista hyötyä. (Laakkonen & Pitkälä. 2006, 81.) Kuolevaa ei pystytä auttamaan parhaalla mahdollisella tavalla, jos kuolemasta ja sen väistämättömyydestä ei pystytä puhumaan. Saattohoitopotilasta tulisi aina kuunnella, kun hän haluaa puhua omasta kuolemastaan. Olisi hyvä, että kuolemasta pystytään puhumaan silloin, kun saattohoitopotiilaalla on siihen vielä voimia, ei vasta sitten, kun kuolema on jo ovella. (Kübler- Ross 1969, 46.)

Joskus kuolevan on helpompi puhua vieraalle ihmiselle, papille tai hoitajalla kuin omaiselle. Kuolemasta puhuminen lähtee yleensä potilaasta itsestään mutta hoitajalla voi olla tässä tärkeä johdatteleva rooli. Toiset potilaat taas puhuivat kuolemasta avoimesti ja halusivat hoitajilta yhtä avointa suhtautumista sekä läsnäoloa. Saattohoitopotiilaista haastateltaessa tulee usein esille, että kuolevien hoitajilta odotetaan hyvin käytännönläheistä ja avointa suhtautumista kuolemaan. Jotkut potilaat taas eivät halunneet puhua kuolemastaan lainkaan. Tämänlainen suhtautuminen on useissa tutkimuksissa kuitenkin ymmärretty mielummin puolustusmekanismina eli kuoleman kieltämisenä eikä suinkaan rentona suhtautumisena kuolemaan.

Potilasta ei kuitenkaan pidä pakottaa puhumaan lähestyvistä kuolemas-  
taan. (Grönlund & Huhtinen 1995, 42–48.)

Hyvän kuoleman ja onnistuneen saattohoidon mahdollistamiseksi kuole-  
masta puhuminen on kuitenkin ehdottoman tärkeää. Potilaitten kokemus-  
ten mukaan kuolemasta puhuminen myös vähentää kuoleman pelkoa ja  
potilaitten ahdistusta. Avoin suhtautuminen kuolemasta puhumiseen häl-  
ventää myös hoitajien epävarmuutta ja pelkoa asian suhteen. Tärkeää on  
kuintekin se, että kaikkien kanssa ei tarvitse puhua kuolemasta eikä kaik-  
kien tarvitse hoitaa. Saattohoitopotilaalle voi olla tärkeää, että kosketus  
tavalliseen elämään säilyy ja ystävät pysyvät ystävinä eivätkä ryhdy hoita-  
jiksi. (Nikkonen. 1995, 40.)

## 5.1 Pelko ja kärsimys

Kuolemaa ilman jonkinlaista kärsimystä on vaikea kuvitella. Kuolema on  
aina henkilökohtainen joten kuoleva ihminen on itse oman hoitonsa asian-  
tuntija. Avainasemassa kuolevan hoidossa on hänen kuunteleminen. Aut-  
tajan olisi hyvä kärsivällisesti kuunnella kuolevaa, kun hän kertoo pelois-  
taan, toiveistaan ja ajatuksistaan. Sanotaankin, että hyvällä saattohoitajalla  
on lämpimät kädet joilla koskettaa, suuret korvat joilla kuunnella ja pieni  
suu, joka on helppo pitää kiinni. Tutkimusten mukaan kuolevat pelkäävät  
kuolemaa ja heidän auttajansa pelkäävät kuolemaa. Voidaan jopa sanoa,  
että nyky-yhteiskunnassa kuoleman pelko on saavuttanut jopa kohtuutto-  
mat mittasuhteet, niin vieraantuneita kuolemasta olemme. Kuolevaa autta-  
van läheisen olisi kuitenkin pystyttävä käsittelemään kuolemaa ja samalla  
omaa kuoleman pelkoaan, jotta potilaan ongelmiin ja pelkoihin pystyttäi-  
siin vastaamaan. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan empaattisen kuuntelemi-  
sen taidon lisäksi jämyyttä. Jämyys hoitopäätöksen teossa tuo potilaal-  
le turvallisuuden tunteen: on joku johon luottaa kuoleman hetkellä. (Hän-  
nen. 2006, 42.)

Kuoleman läheisyys tuo mukanaan epävarmuuden tulevasta. Saattohoito-  
potilaat pelkäävät tutkimusten mukaan eniten kipua ja sen aiheuttamaa  
kärsimystä. Myös muita oireita, kuten hengenahdistusta ja pahoinvointia,  
pelätään. Muita usein esille tulevia pelon aiheita ovat pelko yksin jäämi-  
sestä kuoleman hetkellä ja oman ruumiin kontrollin menettämisen pelko.  
Kuolemaan liittyviä tarpeita on myös määriteltä. Yleensä kuolevat ihmiset  
tuntevat tarvetta suojautua, kun kaikki uhkaa hajota ja tuhoutua, tarvetta  
kokea sovinto itsensä, omaisten ja Jumalan kanssa sekä tarvetta löytää  
elämän eheys ja saavuttaa sen täyttymys. Kärsimys kattaa myös henkisen  
kärsimyksen ja siihen on saattohoidossa osattava vastata. (Nikkonen 1995,  
38; Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Kuolemaan liittyvää kipua ja epä mukavuutta voidaan monella tavalla lie-  
vittää. Saattohoitopotilaan on tärkeä tietää niistä mahdollisuuksista, mitä  
hänellä on oireittein lievittämisen suhteen. Avoin keskustelu kuolemasta  
tarjoaa myös potilaalle mahdollisuuden käsitellä kuolemaansa konkreetti-  
semmin. Jos perinnönjakoa ja hautajaisia mietitään avoimesti omaisten

kanssa, miksi ei myös toiveita kuolemista. (Laakkonen & Pitkänen 2006, 80.)

## 5.2 Kuolevan oma suru

Kuoleva ihminen joutuu käymään läpi oman surutyönsä ymmärtäessään kuoleman lähestyvän. Surutyön helppous tai vaikeus on suuresti yksilöllistä. Usein kuoleva ihminen katselee elämäänsä taaksepäin ja näin etsii merkitystä olemassaololleen. Meillä kaikilla on oma käsityksemme kuolemasta, sen tarkoituksesta ja meillä on ajatuksia siitä mitä kuoleman jälkeen tapahtuu.

Sveitsiläissyntyinen psykiatri Elisabeth Kübler-Ross kirjoitti vuonna 1976 erään merkittävimmistä saattohoitoa käsittelevistä teoksista nimeltä ”Raportti kuolemista- mitä kuolevat voivat opettaa lähimmäisilleen omaisille, ystäville, sairaanhoitajille, lääkäreille, papeille. Hänen haastattelututkimuksensa käsitti yli 200 kuolemansairasta potilasta. Haastattelujen pohjalta hän kehitti kuuluisan ja edelleen tärkeän teorian kuoleman henkisestä prosessista. Kübler-Rossin mukaan kuolemansairas ihminen käy läpi suruprosessissaan viisi vaihetta (Five stages of grief) ennen kuolemaansa. Vaiheiden järjestys voi vaihdella mutta Kübler-Rossin teesi oli, että jokainen potilas käy läpi näistä vaihteista vähintään kaksi.

Näistä vaihteista ensimmäinen on kuoleman kieltäminen (Denial) ja potilaan eristäytyminen. Kieltäminen on normaali reaktio ja puolustusmekanismi silloin kun ihminen kuulee huonoja uutisia. Vaikka ihminen ymmärtäisi olevansa parantumattomasti sairas, on hänen kiellettävä se jaksakseen elää.

Toinen vaihe on viha (Anger), jossa potilas on vihainen sairautelleen ja epäreilulle kohtalolleen. Viha-vaihe on usein se hankalin vaihe omaisille ja hoitohenkilökunnalle sillä viha kohdistuu usein potilaan ympäristöön ja häntä hoitaviin henkilöihin näiden sitä ansaitsematta.

Kolmas vaihe on kaupankäynti (Bargaining), jossa potilas käy kauppaa Jumalan kanssa, lupaa parantaa itseään ihmisenä jos vain Jumala antaisi hänen elää.

Neljäs vaihe on masennus (Depression) joka seuraa siitä toivottomuuden tunteesta kun potilas huomaa että ettei pysty vaikuttamaan kohtaloonsa. Kübler-Ross kirjoittaa että masennus on kuolevalle potilaalle väline joka valmistaa häntä kestämään sen kaiken rakkaan menettämiseen. Se helpottaa potilasta hyväksymään kuolemansa ja miettimään lähestyvää kuolemaansa. Ei ole mielekäs pyytää potilasta ajattelemaan iloisia asioita elämässään sillä samalla kieltäisimme häntä puhumasta kuolemastaan.

Viides vaihe on hyväksyminen (Acceptance), joka seuraa kun potilasta on autettu selviämään yli muista vaihteista kuten kateudesta terveitä kohtaan ja vihasta elämän epäreiluutta kohtaan. Hyväksyminen on luopumista tais-

telusta ja avain siihen että kuolema voi olla rauhallinen ja hallittu. (Kübler-Ross 1986.)

Kaikkien vaiheille yhteinen asia on toivo. Toivolla tarkoitetaan niitä ajatuksia, joita kuolemansairailla ihmisillä on parantumisensa suhteen. Toivo kulkee mukana potilaan ajatuksissa yleensä kuoleman hetkeen asti. Kun potilas lakkaa toivomasta se on yleensä lähestyvän kuoleman merkki. (Kübler-Ross 1986.)

Mihinkään teoriaan siitä mitä kuolemansairas ihminen ajattelee, on tuskin järkevää takertua kovin kirjaimellisesti. Surun liika teorisoiminen saattaa jopa johtaa siihen, ettei ihmistä kohdata aidolla tavalla. Teorioista voi kuitenkin olla apua saattohoitopotilaan hoidossa, kun halutaan ymmärtää kuolevan ihmisen ajatuksia ja auttaa häntä surutyössään. Suruteorioiden tunteminen voi olla myös hyödyllinen väline hoitotyössä kun autetaan surevia omaisia. (Erjanti 2005.)

### 5.3 Elämää kuolemaan saakka

Kuoleva ihminen ei luonnollisesti halua ajatella lähestyvää kuolemaansa jatkuvasti. Saattohoitolääkäri Juha Hänninen kertoo kirjassaan ”Kuoleman kaari”, miten potilaat usein kuuntelevat huoneessaan hoitajien iloista naurua käytävillä mutta kun he astuvat huoneeseen, on tunnelma harras ja vaivautunut. Suhtautumisemme kuolemaan on niin esoteerinen, että helposti suhtaudumme kuolevaan kuin jo kuolleeseen henkilöön. On tärkeää, että saattohoitopotilas ei tunne jäävänsä elämänpiirin ulkopuolelle. Omaisia on kannustettava mahdollisimman normaaliin kanssakäymiseen saattohoitopotilaan kanssa vaikeita teemoja välttelemättä. Huumorintaju on hyvä taito, kun ollaan tekemisissä niin raskaan aiheen kuin kuoleman kanssa. Sanotaan, että saattohoidossa hoitajan tärkeimmän työkalut ovat hänen oma persoonansa, taito käsitellä tunteitaan ja huumorintaju. Tämä sama koskee myös omaisia. (Hänninen & Pajunen 2006, 48.)

Kuoleman lähestyessä ihmisen aikakäsitys usein muuttuu ja arvostukset muuttuvat. Kuolevalle ihmiselle on tärkeää pystyä nauttimaan elämän pienistä asioista. Juuri nämä pienet ilonaiheet ovat useissa haastattelututkimuksissa nousseet tärkeimmäksi saattohoitopotilaan elämänlaatua kohottaviksi asioiksi hyvän kivun ja oireiden hoidon lisäksi. On tärkeää, että emme sulje kuolevaa liian nopeasti elämänpiirimme ulkopuolelle. Vaipumalla synkkyyteen kuolevan läheisyydessä viemme häneltä viimeisetkin ilon rippeet. Kuolevan potilaan toiveet ovat usein pieniä ja helposti toteutuvia, kuten kotona käyminen tai metsässä kävely pyörätuolilla. Hyvään kuolevan hoitoon kuuluu näiden pienien toiveiden täyttäminen. Iloitsemalla näistä pienistä asioista yhdessä potilaan kanssa voimme hetkeksi hälvittää kuoleman varjoa. (Hänninen 2006 48–50.)

Joskus potilaiden toiveet saattavat olla täysin epärealistisia mutta näitäkin toiveita olisi hyvä pystyä kuuntelemaan. Teologian tohtori Kati Pupita-

Mattila on väitöskirjassaan kirjoittanut siitä, millainen on saattohoitopotilaan toivo. Pupita-Mattila toteaa, että potilaan kannalta ei ole hyväksi ylläpitää toivoa sairauden paranemisesta vaan ns. ”fyysinen toivo” tulisi kohdistaa toiveeseen oireettomasta loppuelämästä ja ihmisarvoisesta loppuelämästä. Metafyysinen, elämän mielekkyyttä etsivä toivo, taas on riippumaton sairauden fyysisistä realiteeteista. Saattohoitopotilaan hoitajan tulisi auttaa potilasta löytämään juuri tämä fyysinen toivo ja kohdistaa se nykyhetkeen. Saattohoitopotilaalta, kuten ei keneltäkään muulta, saa riittää toivoa. Hyvä saattohoitaja kuuntelee tarkasti potilasta, iloitsee ja toivoo hänen kanssaan. Parasta potilaalle olisi, jos häntä tuetaan näiden kahden toivon löytämisessä. (Mattila 2002, 28.)

Kaiken tulisi tapahtua potilaan ehdolla. Hyvät ja huonot päivät seuraavat toisiaan ja potilaan kunto saattaa vaihdella paljonkin saattohoidon aikana. Hyvänä päivänä potilas saattaa tuntea, että kyllä tämä vielä tästä. Tästä tulee iloita potilaan kanssa mutta käytännön toiveitten toteuttaessa olisi kuitenkin hyvä löytää kompromissi potilaan tila huomioon ottaen.

#### 5.4 Omaisten tukeminen saattohoidossa ja sen jälkeen

Saattohoito vaatii hoitohenkilökunnalta tiettyjä piirteitä. Näitä piirteitä ovat empaattisen suhtautumisen ja kuuntelutaidon lisäksi jämäkkyys ja ammattitaito. Onnistunut saattohoito vaatii hoitohenkilökunnalta rohkeutta ottaa puheeksi vaikeita asioita, ja myös oma suhtautuminen kuolemaan olisi hyvä olla mietittynä valmiiksi. Saattohoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden haastatteluista tulee ilmi, kuinka tärkeää omaisille on riittävä tieto potilaan sairaudesta ja sen ennusteesta. Hoitotyöntekijöiden ja lääkärin tulee myös pystyä päätöksentekoon vaikeissa tilanteissa potilaan parhaaksi mutta tämä ei aina ole helppoa. Jämäkkä suhtautuminen potilaan hoitoon ja saattohoitosuunnitelmassa pitäytyminen tuo turvallisuuden tunnetta niin omaisille kuin saattohoitopotilaalle itselleenkin. Tämä tuo omaisille tiedon siitä, että hoito toteutetaan ammattitaidolla ja että hoitajat ja lääkärit tietävät, mitä tekevät. Jos hoitohenkilökunta on epävarma toimissaan ja lääkärit vaihtuvat, tulee omaiselle helposti sellainen kuva, että potilaan etujen ajaminen on ensisijaisesti omaisten tehtävä. (Hänninen 2006, 28-32.)

Omaisten jaksamisesta pitää saattohoidon aikana huolehtia ja heitä tulee kuunnella tarkasti. Omaisilla on oikeus levätä ja heitä tulee tähän kannustaa. Kenenkään ei pitäisi yksin kantaa huolta saattohoitopotilaasta vaan vastuuta tulee pystyä jakamaan. Saattohoidon pitkittyessä ja omaisten väsyessä tulee kuoleman odottamisesta helposti taakka, ja omaiset tuntevat syyllisyyttä toivoessaan potilaan kuolemaa, ulospääsyä vaikeasta tilanteesta. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on kertoa omaisille, että kyllä potilaasta huolehditaan ja päästää heidät välillä lepäämään turvallisesti mielin. Usein kuolema saapuu juuri silloin, kun omaiset eivät ole paikalla, vaikka kuinka olisi suunniteltu, että siinä ollaan ja kädestä pidetään kiinni. Omaisten tulee ymmärtää, että tämä oli potilaan henkilökohtainen kuolema, joka tapahtui sitten näin, heidän poissa ollessaan, eikä vähennä heidän ponnistusten määrää. (Olkinuora 2010.)

Saattohoito on parhaimmillaan omaisten ja hoitohenkilökunnan tiivistä yhteistyötä potilaan hyväksi. Omaiset arvostavat ystävällistä ja kunnioittavaa suhtautumista hoitohenkilökunnan puolelta. Avoimella suhtautumisella ja omaisten hoitoon mukaan ottamisella luodaan saattohoidolle parhaat puitteet. (Heikkinen & Kannel, Latviala 2004.) Jos kyseessä on ollut hyvin raskas menetys, olisi hyvä jos hoitaja soittaisi kotiin parin viikon tai kuu-kauden päästä kuolemasta ja kysyisi kuulumisia. Muissakin saattohoitotilanteissa omaisilla tulisi olla mahdollisuus olla yhteydessä saattohoitoa toteuttaneeseen laitokseen. Lasten kuolemien kohdalla tämä on käytäntönä lähes kaikissa sairaaloissa. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

## 5.5 Näkökulmia suruun – vanhat ja uudet suruteoriat

Sigmund Freud loi käsitteen surutyö, josta on myöhemmin tullut yleissana sille suremisen prosessille, jonka kaikki me joudumme tekemään koettamme suuren menetyksen. Itse Freud tosin ei käyttänyt surutyö-käsitettä kuoleman yhteydessä vaan osana kuuluisaa Oidipus-teoriaansa. Hänen koulukuntansa sovelsi tätä surutyö-teoriaa kuoleman aiheuttamaan suruun. Surutyöllä käsitetään suru prosessina, joka alkaa menetyksestä ja päättyy surusta toipumiseen. Tämä Freudilainen suuntaus vallitsi koko 1900-luvun surututkimuksessa, jonka mukaan surusta toipuu sitten, kun tunnesiteet vainajaan pystytään katkaisemaan ja sitomaan ne uuteen kohteeseen. (Virtaniemi 2008.)

Surutyöstä ja sen prosessoinnista tuli jopa eräänlainen psykiatrian pakko-mielle. Katsottiin, että jos surupotilas ei prosessoisi suruaan tiettyjen mallien mukaan, on hoito epäonnistunut. Surutyön piti siis ehdottomasti päättyä surusta selviytymiseen. (Olkinuora 2010.) Uuden vuosituhannen käsitys surusta on siinä mielessä freudilainen, että surua voidaan vieläkin ajatella prosessina, joka päättyy siihen, että ihminen oppii elämään menetyksensä kanssa. Suru eräällä tavalla löytää paikkansa ihmisen elämässä. Suremisen tavat ovat kuitenkin monet ja meidän selviytymisstrategiamme surusta ovat suurilta osaltaan perittyjä. (Virtaniemi 2008.)

Suomalaista suruteoriaa edustaa esimerkiksi Helena Erjantin väitöskirja vuodelta 1999, joka on nimeltään *From Emotional Turmoil to Tranquility. Grief as a Process of Giving in. A Study on Spousal Bereavement*. Erjantin suruteoriaa on kutsuttu uudeksi suruteoriaksi ja siinä hän korostaa, että surulla ei ole selkeitä vaiheita, vaan että surun ydinprosessi on luopuminen. Luopumisprosessi koostuu surevan ihmisen kärsimyksestä ja kamppailusta lopulta muuttaen ihmisen toisenlaiseksi. Luopumisella taas todetaan olevan kolmetoista ulottuvuutta, jotka ovat tunnemyrsky, elimistön kapina, menetyksen todentuminen, itsetutkiskelu, ajattelun murros, oman todellisuuden mieltämisen muutos, surun säätelijät, tartuntapinnan haku, surun vallan murtaminen, itsesäätely, elpyminen, vuorovaikutus ja persoonalli-



nen kasvu. Erjanti korostaa, että kuolevan suru ja jäljellejäävien suru on luonteeltaan erilaista. (Erjanti 2005.)

Suomalaista surututkimusta on osaltaan tehnyt myös teologi ja psykoterapeutti Hilkka Olkinuora. Olkinuora korostaa, kuinka suru muuttaa ihmistä, ja jos ihminen on kokenut vaikean menetyksen, voi surulla olla vaikutus ihmiseen koko hänen loppuikänsä. Pitkittyntäkään suru ei välttämättä ole paha asia sillä se on osa muistamista ja muistot ovat sureville se ainoa konkreettinen asia, joka heillä on. Erityisesti lapsensa menettäneet vanhemmat tai vanhemman menettäneet lapset pitävät mahdollisuutta muistella niin tärkeänä, että sietävät sen kivun minkä suru aiheuttaa. Surulla on monet kasvot ja meille kaikille on annettava mahdollisuus ja oikeus surra omalla tavallamme. Nykykäsityksen mukaan onkin tärkeää, että tunteet vainajaan säilyvät, ja olisi hyväksyttävä surevan ihmisen tapa säilyttää tavaroita tai esimerkiksi sytyttää kynttilä kuolleen lapsen syntypäivänä. (Olkinuora 2010.)

Surutyölle ei voi asettaa aikarajoja, ja suru omalla tavallaan muuttaa surevaa. Läheisen kuolema voi muuttaa koko elämän. On tärkeää, että sureva ei jää liian yksin surunsa kanssa. Ennen sureminen oli yhteisöllinen asia, nykyään surun kanssa painitaan helposti liian yksin. Surevaa auttavan on huomattava milloin suru tuntuu vammauttavan liiaksi ja milloin sureminen muuttuu epänormaaliksi sureureaktioksi. Jos surulta ei pystytä elämään eikä toimimaan, voidaan katsoa että sureva ihminen jatkuvassa stressitilassa. Näin ollen häntä tulisi pyrkiä auttamaan kriisiavun ja traumaterapian menetelmin. (Olkinuora 2010.)

## 6. SAATTOHOITO-OPAS

### 6.1 Valvo kanssani – saattohoito-opas omaisille

Tähän opinnäytetyöhön kuuluu opas, joka on tarkoitettu käytettäväksi perusterveydenhuollon yksiköissä. Oppaan etu saattohoidossa on siinä, että se on jotain konkreettista minkä sairaalasta saa mukaansa. Oppaan sisältämät asiat tulevat toivottavasti esille myös omaisten ja hoitohenkilökunnan keskusteluissa mutta opasta lukiessa niihin on helppo palata. Saattohoito aiheena on myös useimmille ihmisille niin koskettava että keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa eivät välttämättä jää mieleen ja paljon jää kysymättä. On myös hyvin mahdollista, että saattohoitoon liittyvistä asioista ei sairaalassa keskustella millään tavalla, ja odotetaan että omainen aloittaisi keskustelun. Opas on tehty yhteistyössä Parikkalan sairaalan henkilökuntaan kuuluvan sairaanhoitajan kanssa. Työelämän edustaja on tarkistanut oppaan ja siinä olevien asioiden soveltuvuuden tilaavaan yksikköön.

Opas on tarkoituksella lyhyt ja väriykseltään mustavalkoinen, jotta sen kopiointi olisi helppoa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Painetun oppaan tekemisessä oli pelkona se, että se jää määrärahojen puuttuessa painamatta ja siten hyödyntämättä. Opas saa olla persoonallisen näköinen, ja kysei-

sessä ”Valvo kanssani – saattohoito-oppaassa” on käytetty lasten piirustuksia kuvituksena. Lasten piirustukset kuolemasta haluavat symbolisoida sitä, että saattohoitoon kuuluu kuitenkin aina elettyinä oleva loppuelämä. Kuolemaan liittyvä kuvitus kun on usein kovin herkkää ja esoteriista, kuten esimerkiksi hautajaisadresseissa.

Oppaan kieli on pyritty tarkoituksella pitämään helppolukuisena ja ilmaisukseltaan ihmisläheisenä. Oppaassa on tarkoituksella pyritty pääsemään eroon kuolemaan liittyvästä hartaasta tunnelmasta ja hiljaisuudesta. Opas haluaa herättää keskustelua, ja saada omaiset ajattelemaan saattohoitoa ja sen merkitystä kuolevalle läheiselle. Ensisijainen tarkoitus on jakaa opasta omaisille heidän oman kiinnostuksensa mukaan. Hoitajat voivat kysellä halukuutta saattohoidossa mukana toimimiseen. Jos omainen on kiinnostunut läheisensä hoitamisesta, saattohoito-opas löytää varmasti paikkansa omaisen tukijana ja keskustelun avaajana hoitohenkilöstön kanssa.

Oppaan tilaajana toimii Parikkalan sairaala. Parikkalan sairaala on toiminut kesätyöpaikkana oppaan tekijälle jo vuosien ajan, ja kyseessä on oikeantyyppinen perusterveydenhuollon yksikkö johon kyseinen saattohoito-opas sopii. Parikkalan sairaalassa toteutetaan saattohoitoa osana muuta hoitotyötä. Parikkalassa myös saattohoidon kehittämiseen ja laatuun on haluttu kiinnittää tulevaisuudessa erityistä huomiota. Uusi saattohoito-opas toimii hyvänä kannustimena myös hoitajille, kun he haluavat kehittää saattohoitoa työpaikallaan.

## 6.2 Hyvä opas

Oppaan tärkeimpänä tehtävänä on herättää mielenkiintoa ja opastaa tiedon lähteelle. Oppaan ei tarvitse kertoa kaikkea, mutta siitä on tiivistetysti kerrottava kaikki ne olennaiset asiat, mistä halutaan opastaa. Hyvässä tiivistämisessä ja tärkeimpien asioiden ytimekkäällä esiintuomisessa on oppaan tekemisen suurin haaste. Opas saa olla persoonallinen, mutta asiallinen ja se on tehtävä kohderyhmää silmällä pitäen. Hyvä opas tai potilasohje kertoo heti alussa kenelle se on tarkoitettu. Hyvä opas puhuttelee henkilökohtaisesti ja lukija ymmärtää heti olevansa oppaan kohderyhmää. (Torkkola, Heikkinen, Tiainen 2002, 12 – 19).

Yleisölle tarkoitettussa oppaassa ei saa käyttää ammattitermistöä ellei sitä oppaassa erityisesti avata. Oppaan tulee siis olla helposti ymmärrettävä aliarvioimatta lukijaa. Selvän ilmaisun perustekijöitä tieteellisessä kirjoittamisessa ovat hyvä asiatyylin hallinta, selkeys, luettavuus ja ymmärrettävyys sekä vuorovaikutus lukijan kanssa. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara. 1997. s.267 - 268) Nämä asiat pätevät myös oppaan tekemisessä. Otsikot ovat oppaassa tärkeä asia, varsinkin jos opas on pitkä. Hyvä otsikko kertoo sen alla olevan tekstin olennaisimman asian. Oppaassa tämä korostuu, sillä otsikoiden avulla lukija voi palata tarvitsemansa informaation luokse. (Torkkola ym. 2002, 12–19.)

Oppaasta tehdessä on muistettava, että lukijan kärsivällisyys oppaan lukemiseen on rajallinen. Tärkein asia on parasta sanoa jo kappaleen alussa.

Jos lukijaa kiinnostaa kappaleen sisältö, hän voi jatkaa lukemista. (Torkkola ym. 2002.) Kirjallisen ilmaisun lisäksi oppaan tekemisessä tulee ottaa huomioon myös oppaan graafinen ulkoasu. Kuvilla voidaan selittää asioita mitä teksti ei onnistu kertomaan. Kuvat myös keventävät opasta ja tekevät siitä luettavamman. Hyvässä oppaassa tärkeät asiat voidaan tuoda esille myös graafisin ratkaisuin. Oppaan ulkonäkö on tärkeää myös lukijan mielenkiinnon säilyttämisen kannalta.

## 7. POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen saattohoidosta on kaikinpuolin ollut kasvattava prosessi. Kuoleman käsitteleminen, ja siitä kertovan kirjallisuuden lukeminen, pistää väkisin miettimään omaa kuolemaa, läheisten kuolemaa ja kun saattohoidosta on kyse, kuoleman laatua. Kuoleman jatkuva pohdinta on raskasta ja monien saattohoitotarinoiden lukeminen oli välillä jopa masentavaa. Silmät kuitenkin aukesivat, kun ymmärsin että kuoleman pohdinta ja varsinkin oman kuolevaisuuden käsitteleminen, on jotain mitä jokaisen tulisi elämässään joskus tehdä. Kun elämää katsoo kuoleman silmälasien läpi, se voi olla jopa vapauttava tunne. Elämä muuttuu helpommin elettaväksi, kun ymmärtää yksilön vähäpätöisyyden tässä maailmassa, johon kuolema kuuluu yhtä luonnollisena osana kuin syntyminenkin.

Opinnäytetyötä tehdessäni koen oppineeni paljon. Opinnäytetyöllä on ollut suuri merkitys oman ammattillisen kasvun kannalta. Syynä tähän juuri opinnäytetyön aihe, joka mielestäni on kaikkia sairaanhoitajia koskettava ja alue jonka sairaanhoitajien odotetaan osaavan. Mielestäni kuolemaa ja kuolevan potilaan hoitoa käsitellään sairaanhoitaja koulutuksessa aivan liian vähän verrattuna aiheen tärkeyteen. Samaan asiaan on kiinnittänyt huomiota myös sosiaali- ja terveysministeriö, joka uusissa saattohoitosuosituksissaan moittii kouluja saattohoitokoulutuksen puutteesta. Itse koen että opinnäytetyön prosessin ansiosta ymmärrän enemmän niin kuolevan potilaan hoidosta, kuin hoitamisen syvimmästä olemuksesta.

Saattohoidosta, ja sen tasosta on tänä syksynä 2010 keskusteltu runsaasti kansallisessa mediassa. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi syyskuussa 2010 valtakunnalliset saattohoitosuositukset, jotka tulivat suureen tarpeeseen. Uudet saattohoitosuositukset vauhdittivat myös osaltaan opinnäytetyön tekemistä ja toivat tarvittavaa arvovaltapohjaa siinä kerrotuille asioille. Opinnäytetyöstäni tulikin yllättäen hyvin ajankohtainen, vaikka itse halusin vain pieneltä osaltani vaikuttaa niihin epäkohtiin saattohoidossa mitä olin omissa harjoitteluissani ja työelämässä kiinnittänyt huomiota. Itse halusin kiinnittää erityisesti huomiota omaisille tiedottamiseen ja keskustelun avaamiseen omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä.

Vaikeaa opinnäytetyön tekemisessä on ollut aiheen rajaaminen sekä oikean näkökulman löytäminen juuri opasta silmällä pitäen. Saattohoito on aiheena hyvin laaja ja siitä on vaikea poimia juuri ne asiat, jotka ovat olennaisia saattohoitopotilaan omaisten kannalta. Opinnäytetyöhön käyttämässäni lähdemateriaalissa paistaa myös läpi vanhanaikainen käsitys saattohoidosta sellaisten potilaiden yksinoikeutena, joita on aiemmin hoidettu

hyvin aktiivisesti erikoissairaanhoidon piirissä. Oli vaikeaa löytää tietoa ja näkökulmia aivan tavallisen vanhuspotilaan saattohoitoon, joita suurin osa perusterveydenhuollon puolella kuolevista potilaista on. Juuri näitä potilaita silmällä pitäen halusin kirjoittaa oppaani.

Mielestäni työ on ollut kaiken vaivan arvoista, jos se saa edes yhdenkin potilaan omaiset rohkaistumaan ja osallistumaan saattohoitoon. Saattohoito-opaan jakaminen omaisille asettaa myös omia vaatimuksia hoitohenkilökunnalle. Uudet laatuvaatimukset kuolevan hoidosta edellyttävät välttämättä uudenlaista suhtautumista omaisen rooliin potilaan hoidossa ja asettaa vaatimuksia hoitohenkilökunnan avoimuudelle. Oppaan käyttöön ottaminen sairaalan vuodeosastoilla kertoo kuitenkin kiinnostuksesta ja halusta nostaa saattohoidon taso kansainvälisesti arvostelua kestävälle tasolle, jota saattohoito tällä hetkellä Suomessa ei valitettavasti ole.

## LÄHTEET

Aalto, K. (toim). 2000. Saattohoito, 3.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ahlström, L.2004. Saattohoito kotona. Teoksessa Vainio, A & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim. 263-269.

Clark, D. 2000. Total Pain: The work of Cicely Saunders and the hospice movement. APS Bulletin no.10/2000. American Pain society. Viitattu 18.8.2010 <http://www.ampainsoc.org/pub/bulletin/jul00/hist1.htm>

Erjanti.H. 2005. Uusi suruteoria – surevien auttamisen perusta hoitotyössä. Sairaanhoitaja 6-7/2005. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 10.10.2010 [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7\\_2005/muut\\_artikkelit/uusi\\_suruteoria\\_](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/6-7_2005/muut_artikkelit/uusi_suruteoria_)

Grönlund, E & Huhtinen, A. 1995. Autan kuolevaa. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Hautajaiset. 2009. Suomen evankelisluterilainen kirkko. Viitattu 18.8.2010 <http://www.evl.fi>.

Heikkinen, H & Kannel,V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito - Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Hinkka, H . 2001. Decision-making in end of life care: influence of physicians' training, experience and personal characteristics. University of Tampere. Medical School. Acta Universitas Tamperensis 839. Väitöskirja

Hinkka,H. 2004. Elämää pitkittävä hoito. Teoksessa Vainio,A, Hieta-  
nen,P.(toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.  
s.374-378

Hirsjärvi,S & Remes, P & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita, 3.painos.  
Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saatto-  
hoitosuositukset. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.  
Viitattu 25.9.2010 [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1528097](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1528097)

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Kustannus oy Duodecim.  
Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino oy.

Hänninen, J. 2008. Saattohoito – potilaan ja omaisen opas. 9.painos. Hel-  
sinki: Terhokoti.

Hänninen, J & Pajunen,T. 2006. Kuoleman kaari – sairastumisesta, luo-  
pumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Hänninen, J & Riikola, T. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä  
hoito-suositukset. Duodecim. Viitattu 18.8.2010 <http://www.kaypahoito.fi>

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset  
kuoleman lähestyessä. Keuruu. Kustannus Oy Duodecim.

Iivanainen, A & Jauhiainen, M & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito.  
Korotan, Slovenia: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mattila, K-P. 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset  
ongelmat. Vammala. Suomalaisen teologisen kirjallisuuseuran julkaisuja  
235.

Mäntymies, L. 2000. Hospice ei ole rakennus vaan näkemys. Teoksessa  
Aalto,K(toim.) Saattohoito. Gummerus Kirjapaino Oy. 185 -218.

Kübler-Ross, E. 1984. Raportti kuolemista – mitä kuolevat voivat opet-  
taa lähimmäisilleen, omaisille, ystäville, sairaanhoitajille, lääkäreille, pa-  
peille. Helsinki. Otava.

Laakkonen, M-L & Pitkälä, K. 2006. Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden  
potilaiden elämän loppuvaiheen hoitotoiveita. Teoksessa Hänninen,  
J.(toim.): Elämän loppu vai kuoleman alku - hoitopäätökset kuoleman  
lähestyessä. Keuruu: Kustannus oy Duodecim. 84-87.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu  
10.8.2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

- Laukkanen, M-B. 2001. Monikulttuurinen kuolema – perustietoa eri uskontokuntiin kuuluvien hoitamisesta. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Lindqvist, M. 2000. Johdanto saattohoitoon. Teoksessa Aalto,K.(toim.) Saattohoito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 14-20.
- Nikkonen,M. 1995. Kuolevan hoitotyö – hoitoalan työntekijöiden kokemuksia Helsingissä ja Torniossa. Teoksessa Simonen, L (toim.) Hyvä kuolema. Stakes-tutkimuksia 59. Saarijärvi: Gummerus. 28-42.
- Olkinuora, H. 2010. Surun vuosi. Luento Kuopion yliopistossa. 3.5.2010. Viitattu 10.8.2010 <http://www.kantti.net/artikkeli/2010/05/hilkka-olkinuora-surun-vuosi>
- Pahlman, I. 2004. Kuolema juridisena käsitteenä. Teoksessa Vainio,A&Hietanen,P(toim.) Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Duodecim.
- Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteita 75/2009. Viitattu 10.8.2010. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1394241>
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tampensis 919. Väitöskirja.
- Seeger, I. 2009. Der praxis – Ratgeber für die angewandte Altenpflege. Oeynhausien, Saksa.
- Simonen, L.(toim.) 1995. Hyvä kuolema.Stakes tutkimuksia 59. Saarijärvi.
- Torkkola, S & Heikkinen, H & Tiainen.S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vainio, A& Hietanen,P. 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2002. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Etene-julkaisuja 4. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2003 Saattohoito – työryhmän muistio. Viitattu 2.9.2010. <http://www.etene.fi/julkaisut/2003>
- Virtaniemi, M-P. 2008. Uusia näkökulmia suruun. Helsinki: Kirkon koulutuskeskuksen julkaisu.

