

Mika Myllymäki, Katariina Käkisalo, Anni Siira

SHS18S

**Hoida arvokkaasti –**

**saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle**



Kuva: Klaus Post

Sairaanhoitaja  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Kevät 2021



**KAMK • University  
of Applied Sciences**

## Tiivistelmä

**Tekijä(t):** Myllymäki Mika, Käkisalo Katariina & Siira Anni

**Työn nimi:** Hoida arvokkaasti – saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle

**Tutkintonimike:** Sairaanhoidtaja (AMK)

**Avainsanat:** odotettu kuolema, omaisten merkitys, oireenmukainen hoito, saattohoito

Palliativinen hoito on aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on vähentää potilaan kärsimystä ja ylläpitää elämänlaatua. Hoito aloitetaan, kun potilaalle diagnosoidaan kuolemaan johtava sairaus ja hoito voi kestää jopa useita vuosia. Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen vaihe. Se ajoittuu mahdollisen kuoleman hetken läheisyyteen, viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Lähestyvä kuolema olisi hyvä tunnistaa ajoissa, jotta potilaalle ja hänen läheisilleen ehdittäisiin järjestämään kaikki tarpeellinen apu ja tuki.

Opinnäytetyö oli tuotteistettu ja tarkoituksena oli tuottaa palvelutalo Onnela-kotiin saattohoito-opas, joka toimii myös perehdytysmateriaalina. Opinnäytetyön tavoitteena oli vahvistaa Onnela-kodin hoitohenkilökunnan osaamista saattohoidon toteuttajina.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä olivat ”miten saattohoitoa tulisi toteuttaa perustason yksikössä?” ja ”millainen saattohoito-opas palvelee Onnela-kodin hoitohenkilökuntaa?”. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli palvelutalo Onnela-koti Kajaani. Onnela-kodissa on saatavilla palveluita asukkaan tarpeen mukaan, satunnaisesta avuntarpeesta ympärivuorokautiseen hoitoon. Onnela-kodin palvelut ovat suunniteltu ikääntyville ihmisille, jotka tarvitsevat tukea itsenäisen elämän tueksi. Saattohoito-opas suunniteltiin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa.

Opinnäytetyössä käsitellään saattohoidon järjestämistä terveydenhuollossa. Lisäksi perehdytään oireenmukaiseen hoitoon, odotettuun kuolemaan ja omaisten merkitykseen saattohoidossa. Kuolemaansa lähellä olevat henkilöt useimmiten kärsivät väsymyksestä, tokkuraisuudesta, ruokahaluttomuudesta, heikentyneestä yleisvoinnista, hengenahdistuksesta sekä kivuista. Kokonaisvaltaisessa saattohoitotyössä huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset, hengelliset, henkiset ja sosiaaliset tarpeet.

Saattohoito-oppaan toimivuutta mitattiin koekäyttöjakson aikana palautelomakkeella, johon vastasi viisi työntekijää. Palautteen sisältö oli oppaan toimivuutta puoltavaa. Vastaajat kokivat oppaan kokonaisuuden ja sisällön olevan sopiva saattohoitoon sekä soveltuvan saattohoidon perehdyttämiseen. Opas koettiin helppolukaiseksi ja ulkoasultaan selkeäksi lukuun ottamatta muutamia pieniä virheitä sisällöllisissä kohdissa. Oppaaseen tehtiin tarvittavat muutokset ja korjaukset.

Vaikka vastauksia palautui vain kolmasosa lähetetyistä palautelomakkeista, on vastausten yhtenäinen linja kuitenkin sopivuutta ja hyödyllisyyttä puoltavaa, sekä opas koettiin käyttäjien mielestä hyödylliseksi. Näiden tietojen valossa voitaneen johtopäätöksenä todeta oppaan täyttäneen tavoitteet ja soveltuvan Onnela-kodille saattohoito-oppaaksi.

Jatkokehittämisideana voisi olla esimerkiksi saattohoito-opas omaisille tai potilaille. Omaisten huomioimisen tärkeyteen voisi jatkossa syventyä enemmän. Kiinnostavaa voisi olla selvittää potilaiden kokemuksia saattohoidosta.

## **Abstract**

**Author(s):** Myllymäki Mika, Käkisalo Katariina & Siira Anni

**Title of the Publication:** Caring with Dignity – an end-of-life care guide for nursing staff

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

**Keywords:** end-of-life care, symptomatic treatment, expected death, importance of close ones, significant others.

Palliative care is an active holistic treatment that aims to reduce a patient's suffering and to maintain the quality of life. The treatment is initiated when the patient is diagnosed with a disease leading to death and can last up to several years. End-of-life care is the final stage of palliative care. It is timed to the vicinity of the moment of possible death, to the last days or weeks. Approaching death should be identified in time to ensure that the patient and the relatives of the patient can have all the necessary help and support they need.

This thesis was productized, and the purpose was to produce an end-of-life guide for Onnela-koti Sheltered Housing. The guide also serves as an orientation material. The aim of the thesis was to increase nurses' end-of-life care competence at Onnela-koti.

The research questions of the thesis were the following: how should end-of-life care be implemented in a primary care unit and what type of end-of-life care guide would serve the nursing staff at Onnela-koti? The commissioner of this thesis was Onnela-koti Kajaani. Onnela-koti offers services according to the residents' needs, from occasional help to 24/7 assistance. The services at Onnela-koti are designed for older people who need support for independent living. The end-of-life care guide was designed in collaboration with the commissioner.

The thesis discussed the organization of end-of-life care in health care. In addition, symptomatic treatment, expected death, and relatives' role in end-of-life care are introduced. People close to death most often suffer from fatigue, drowsiness, loss of appetite, impaired general well-being, shortness of breath, and pain. Comprehensive end-of-life care takes into account the patient's physical, mental, religious, spiritual and social needs.

The effectiveness of the end-of-life guide was evaluated during a trial period using a feedback questionnaire which was answered by five employees. The content of the guide was considered functional. Both the subject and content of the guide were regarded as suitable for supporting end-of-life care and for orientation to end-of-life care. The guide was perceived as easy to read and clear in appearance, except for a few minor content-related errors which were later corrected.

Only one a one third of the personnel answered to the questionnaire. Overall, the guide was found very useful and suitable. Therefore, it can be concluded that the guide meets the set objectives and can be used as an end-of-life guide at Onnela-koti.

An idea for further development could be, for example, an end-of-life care guide for relatives or patients. The importance of taking relatives into account could also be further explored in the future. In addition, it might be interesting to study patients' experiences of end-of-life care.

## Sisällysluettelo

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Johdanto .....  | 1  |
| 2     | Saattohoito, säädökset ja hoidon rajaukset .....                    | 3  |
| 2.1   | Saattohoito ja saattohoitopäätös.....                               | 3  |
| 2.2   | Saattohoidon toteuttamista ohjaava lainsäädäntö ja suositukset..... | 4  |
| 2.3   | Hoitosuunnitelma ja hoitoneuvottelu .....                           | 6  |
| 2.3.1 | Hoitotahto .....  | 6  |
| 2.3.2 | DNR-päätös .....  | 7  |
| 3     | Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoito .....                   | 8  |
| 3.1   | Lääkkeellinen hoito .....   | 8  |
| 3.2   | Lääkkeetön hoito.....   | 9  |
| 3.3   | Kivunhoito .....  | 9  |
| 3.4   | Hengitystieoireiden hoito.....                                      | 12 |
| 3.5   | Ihon hoito .....  | 14 |
| 3.6   | Erittämiseen liittyvien ongelmien hoito .....                       | 15 |
| 3.7   | Ruoansulatuselimistön ongelmien hoito.....                          | 17 |
| 3.8   | Nestehoito, ravitsemus ja väsymys saattohoidossa.....               | 18 |
| 3.9   | Psyykkiset oireet.....  | 18 |
| 3.10  | Sosiaaliset tarpeet.....  | 20 |
| 3.11  | Hengelliset tarpeet .....   | 21 |
| 3.12  | Odotettu kuolema saattohoidossa ja kuoleman jälkeinen hoito .....   | 22 |
| 4     | Omaisten tukeminen ja työntekijöiden jaksaminen.....                | 25 |
| 5     | Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....         | 27 |
| 6     | Saattohoito-oppaan toteutuksen vaiheet .....                        | 28 |
| 6.1   | Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen .....                | 28 |
| 6.2   | Ideavaihe .....   | 29 |
| 6.3   | Luonnosteluvaihe .....  | 29 |
| 6.4   | Tuotteen kehittäminen.....  | 31 |
| 6.5   | Tuotteen viimeistely.....   | 33 |
| 7     | Johtopäätökset ja pohdinta .....                                    | 35 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 7.1 | Luotettavuuden arviointi.....                                 | 36 |
| 7.2 | Opinnäytetyön eettisyys .....                                 | 38 |
| 7.3 | Arvio onnistumisesta ja yhteistyö toimeksiantajan kanssa..... | 39 |
| 7.4 | Ammatillinen kasvu .....                                      | 40 |
| 7.5 | Jatkokehittämisaiheet .....                                   | 41 |

|               |    |
|---------------|----|
| Lähteet ..... | 42 |
|---------------|----|

Liitteet

## 1 Johdanto

Palliativinen hoito on aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on vähentää potilaan kärsimystä sekä parantaa elämänlaatua. Hoito aloitetaan, kun potilaalle diagnosoidaan kuolemaan johtava sairaus ja hoito voi kestää jopa useita vuosia. Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen vaihe. Se ajoittuu mahdollisen kuoleman hetken läheisyyteen, viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Lähestyvä kuolema olisi hyvä tunnistaa ajoissa, jotta potilaalle ja hänen läheisilleen ehdittäisiin järjestämään kaikki tarpeellinen apu ja tuki (Mitä on palliativinen hoito 2020; Elämän loppuvaiheen hoito 2020). Hyvin toteutetussa saattohoidossa huomioidaan kuoleva ihminen ja omaiset. Tärkeää on myös nähdä kuoleva potilas muutenkin kuin sairauden kautta. Ammattitaitoinen henkilökunta huomioi potilaat yksilöllisesti. He osaavat ottaa kuoleman puheeksi ja tietävät sen olevan tärkeä osa saattohoitoa (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 365). Palliativisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen on nyt ajankohtaista. Vaikka keskimääräinen elinajanodote on pidentynyt, samalla kuolemaan johtavia sairauksia sairastavien hoidon tarve kasvaa (Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa 2019, 14, 105–106).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa palvelutalo Onnela-kotiin saattohoito-opas. Opinnäytetyön tavoitteena oli vahvistaa Onnela-kodin hoitohenkilökunnan osaamista saattohoidon toteuttajina. Opas suunniteltiin tukemaan palvelutalo Onnela-kodin hoitohenkilökuntaa saattohoidon toteuttajina. Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait, asetukset ja suositukset ohjeistavat hoitohenkilökuntaa toimimaan yhtenäisesti (Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa 2019). Saattohoito-opas yhtenäistää hoitohenkilökunnan käytänteitä saattohoidossa, ja lisää hoidon yhtenäisyyttä jokaisen potilaan kohdalla. Toimeksiantava yritys oli Yrjö ja Hanna -kodit ja sen palvelutaloja on useissa kaupungeissa. Toimeksiantajalta tarjoutui aihe opinnäytetyöllemme. Opinnäytetyömme kohdistettiin Kajaanissa sijaitsevan Onnela-kodin tarpeisiin. Henkilökunnalla oli tarve yhtenäiselle oppaalle, joka ohjaa ja auttaa saattohoidon toteutuksessa. Saattohoito-opasta toivottiin myös hyödynnettävän uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Onnela-kodissa on kymmenen tehostetun palveluasumisen paikkaa, kaksikymmentä palveluasumisen paikkaa ikääntyville ja lisäksi viidelle asukkaalle paikka vammaispuolen asunnoissa. Asuntovaihtoehtona on tilava yksiö tai kaksio. Palveluita on saatavilla asukkaan tarpeen mukaan satunnaisesta avuntarpeesta ympärivuorokautiseen hoitoon. Jokaisella asukkaalla on tarpeensa

mukaan käytössään turva- ja hyvinvointiranneke, joka mahdollistaa voinnin seurannan sekä turvallisen asumisen. Henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Palveluasumisessa vuokran lisäksi peritään peruspalvelumaksu ja hoivapalvelumaksu, jonka suuruus riippuu hoivantarpeesta.

Sairaanhoitajakoulutuksen opintosuunnitelma pohjautuu sairaanhoitajien ammatillisen osaamisen vaatimuksiin, jotka opiskelijan tulee hallita valmistuttuaan (Sairaanhoitajakoulutus, Sairaanhoitaja (AMK): 210 op, Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto 2018). Oman ammatillisen kehittymisen arvioinnissa käytimme opinnäytetyössä vuosikurssiin sisällytettyjä vuonna 2015 laadittujen sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia. Näistä kompetensseista ohjaus- ja opetusosaaminen, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu ja turvallisuus sekä hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, olivat tämän opinnäytetyön ammatillisen kasvun kannalta tavoitteellisemmat kehittämisen kohteet. Sairaanhoitajalla tulee olla päätöksenteossa ymmärrys näyttöön perustuvan toiminnan merkityksestä sekä soveltamisesta kliinisessä hoitotyössä sosiaali- ja terveysalalla. Heidän tulee myös hallita asiakaslähtöisyys, ohjauksen toteuttaminen, suunnitteleminen ja arvioiminen kokonaisvaltaisessa hoitotyössä sekä moniammatillinen yhteistyö (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015).

## 2 Saattohoito, säädökset ja hoidon rajaukset

Eurooppalainen tutkimus elämän loppuajan hoidosta osoitti hyvän loppuelinajan olevan merkityksellistä potilaille. Hoidossa tulisi keskittyä sen sisällön laadullisuuteen eikä vain hoidon määrään ja pelkkään suorittamiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli palliatiivisen hoidon kehittäminen Euroopassa (Daveson ym. 2014). Tämän päivän suomalaista saattohoitoa ohjaa monenlaiset kansalliset suositukset ja lait ja kansainväliset suositukset. Oikeanlaiset ohjeet ja tietoperusta saattohoidosta mahdollistavat hyvän ja turvallisen saattohoidon toteutumisen. Palliatiivinen ja saattohoito on jaettu hoidon vaatimustasojen perusteella perustasolle ja kolmelle erityistasolle. Saattohoidon kannalta olennaisia asioita ovat potilaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen huomioiminen onnistuneessa perustason saattohoidossa. Saattohoidon kokonaisuuteen sisältyy oireenmukaisen hoidon ja kuolemaan liittyvien asioiden lisäksi omaisten huomioiminen ja työntekijöiden jaksaminen.

### 2.1 Saattohoito ja saattohoitopäätös

Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. Tämä vaihe ajoittuu oletetun kuolemanhetken läheisyyteen, viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Saattohoidolla pyritään turvaamaan potilaan viimeisten päivien kivuttomuus ja kärsimyksettömyys. Lähestyvä kuolema ja saattohoidon tarve tulee tunnistaa ajoissa, jotta potilaalle ja hänen läheisilleen ehditään järjestää kaikki tarvittava tuki ja apu. Potilaalla ja hänen läheisillään on tämän aikana mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. Saattohoito on osa oireenmukaista hoitoa ja sen tarkoituksena on hoitaa sekä tukea kuolevaa ihmistä yksilöllisesti. Tärkeää on kunnioittaa kuolevan ja läheisten toiveita ja toteuttaa saattohoitoa parhaalla mahdollisella tavalla kunnioittaen inhimillisiä arvoja. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

Saattohoitopäätös tehdään, kun potilaalla olevan sairauden etenemiseen ei voida enää vaikuttaa. Päätöstä tehtäessä on todennäköistä, että potilas kuolee lähipäivinä tai -viikkoina. Tällöin myös potilaan avun ja tuen tarve on kasvanut (Mitä on palliatiivinen hoito 2020). Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri keskusteltuaan potilaan kanssa. Keskustelu käydään potilaan läheisten kanssa, mikäli potilas ei enää itse pysty päättämään hoidostaan. Hoitosuunnitelmaan on kirjattava merkintä saattohoitopäätöksestä. Merkinnässä tulee näkyä päätöksen tehnyt lääkäri, päätöksen lääketie-



teelliset perusteet, käyty keskustelu saattohoidon aloittamisesta sekä kanta saattohoitopäätöksestä (Elämän loppuvaiheen hoito 2020). Lääkärin olisi hyvä lisätä potilaan diagnooseihin ICD-10 koodi Z51.5 kuvaamaan voimassa olevasta saattohoitopäätöksestä (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019).

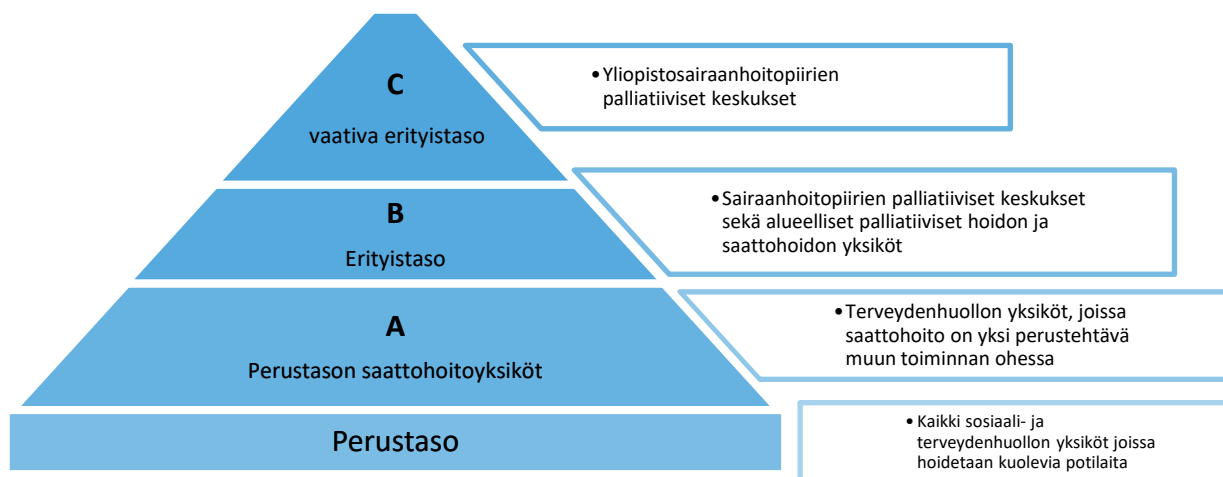
## 2.2 Saattohoidon toteuttamista ohjaava lainsäädäntö ja suositukset

Kansalliset lait, asetukset ja suositukset ohjaavat sekä säätelevät elämänloppuvaiheen hoitoa. Elämänloppuvaiheen hoitoa ohjaavia kansallisia lakeja ovat Suomen perustuslaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista, jotka määrittävät selkeästi potilaan oikeuksia (Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa 2019). Suomen perustuslaissa ilmenee kansalaisten yhdenvertaisuus riippumatta iän, sukupuolen, terveydentilan, alkuperän, uskonnollisten vakaumusten, mielipiteiden, vammaisuuden tai muiden henkilökohtaisten ominaisuuksien tuomista eroista. (L 731/1999). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään jokaisen oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydenhuollon voimavarojen rajoissa. Siinä painotetaan huomioimaan potilaan ihmisarvon kunnioittamista ja yksityisyyttä. Hoidossa tulee huomioida potilaan äidinkieli ja kulttuuri sekä yksilölliset tarpeet. Potilaalla on oikeus osallistua hoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja päättämiseen sekä saada tietoa sairaudestaan ja hoidostaan (L 785/1992). Mikäli potilas ei kykene päättämään hoidostaan, on hänen tahdon saamiseksi kuultava ennen hoitopäätöksen tekoa hänen laillista edustajaansa tai lähiomaistaan. Lääkäri määrää potilaan kannalta parhaan hoitolinjauksen, jos potilaan omaa tahtoa ei saada selville. Potilas on oikeutettu kieltäytymään hoidostaan (L 785/1992). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavien lakien sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä ohjaavan lain tarkoituksena on varmistaa muun muassa jokaisen henkilön oikeus saada tasavertaista palliativista hoitoa sekä saattohoitoa (Lait ja suositukset koskien elämänloppuvaiheen hoitoa 2019).

Suomalaisen saattohoidon järjestämistä sekä hoidon toteuttamista ohjeistavia suosituksia ovat muun muassa Käypä hoito -suositus palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta. Suositus keskittyy kuolemaan johtavan sairauden sekä lähestyvän kuoleman oireiden ja kärsimyksen lievittämiseen potilaille (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Valtakunnallisen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta (ETENE) on ollut mukana saattohoidon laadun ja saatavuuden kehittämisessä. ETENE on tuonut esille sen eettisiä periaatteita sekä ottanut kantaa tarpeesta kehittää saattohoidon laatua ja saatavuutta (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012, suunnitelmat ja toteutus 2012). Sosiaali- ja terveysministeriö ohjeistaa asetuksin ja suosituksin saattohoidon

järjestämistä sekä sen kehittämistä Suomessa. Heidän uusimmassa raportissaan ilmeni erityisesti palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen kasvu ja ammatillisen osaamisen kehittämisen tarve (Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa 2019, 15–17). Sairaanhoitajien hoitotyöskentelyä on myös ohjeistettu sairaanhoitajien ammattieettisin ohjein (Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996).

Sosiaali- ja terveysministeriön uusimmassa raportissa on kuvattu järjestämismalli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon jakamisesta eri tasoille. Perustaso muodostuu sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä, kuten tehostetusta palveluasumisesta, vanhainkodeista sekä muista ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä. Saattohoidon perustasolla osaamisvaatimuksena on palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet. Vaatimuksena on myös osata laatia elämän loppuvaiheen ennakkoiva hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös. Terveydenhuollon yksiköt, joissa saattohoito on yksi perustehtävä muun toiminnan ohessa, kuuluvat perustason saattohoitoyksikköön (A-taso). Tälle tasolle kuuluvat terveyskeskuksien ja sairaaloiden vuodeosastot. Saattohoitotyötä on huomioitu yksiköissä henkilöstön kouluttautumisella, hoitajamitoituksella ja saattohoitopaikkoja varaamalla. Sairaanhoitopiirien palliatiiviseen- ja saattohoitoon erikoistuneet yksiköt, joissa palliatiivinen hoito on päätehtävä ja henkilökunta on siihen erikoiskoulutettu, kuuluvat saattohoidon erityistasolle (B-erityistaso). Tälle tasolle kuuluvat palliatiiviset kotisairaalat tukiosastoineen, palliatiiviset- ja saattohoito-osastot ja -kodit sekä sairaaloiden konsultaatiotiimit ja palliatiiviset poliklinikat ja päiväsaирaalat. Tällä tasolla tulee olla saatavilla potilaalle ammattimaista hengellistä, eksistentiaalista ja psykososiaalista tukea. Erityistason yksiköiden on annettava konsultaatiotukea perustason yksiköille (A-taso ja perustaso). Yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuskeskukset, joiden palliatiivisen hoidon koordinointi kuuluu yliopistosairaaloiden keskuksille, kuuluvat vaativalle erityistasolle (C-vaativa erityistaso). Ne muodostuvat palliatiivisen hoidon poliklinikoista, palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimistä, psykososiaalisen tuen yksiköstä, palliatiivisesta osastosta, kotisairaalasta, päiväsaairaalasta ja saattohoitokodista tai vastaavasta saattohoito-osastosta. Palliatiiviset keskuskeskukset vastaavat tutkimuksesta ja opetuksesta yliopistojen ja oppilaitosten kanssa. Seuraava kuvio on palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisesta mallista (kuvio 1), joka havainnollistaa millä tasoilla eri terveydenhuollon yksiköt toimivat. Kuvio on mukailtu Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän raportissa esitetyn kolmiportaisen mallin mukaisesti (Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa 2019, 15–17.)



KUVIO 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa 2019, 16–17.)

### 2.3 Hoitosuunnitelma ja hoitoneuvottelu

Saattohoidossa olevalle potilaalle tulisi olla laadittuna hoitosuunnitelma jo palliatiivisen hoidon alkuvaiheessa. Hoitosuunnitelma laaditaan hoitoneuvottelun yhteydessä potilaalle, jolla on pitkälle edennyt kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus. Hoitosuunnitelma sisältää käydyt keskustelut ja sairauden vaiheiden kirjaukset, hoitomenetelmät ja niiden tavoitteet sekä hoitolinjaukset, hoidon rajaukset, hoidosta vastaava taho, potilaan toiveet ja pelot sairauden edetessä sekä kuoleman lähestyessä. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.) Sosiaali- ja tervetystenministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista säädetään hoitovastuussa olevan tervetystenhuollon ammattihenkilön vastuusta merkitä potilaskertomukseen potilaan taudinmääritys tai hoidon kannalta merkitävät puhelinneuvottelut sekä muut vastaavat konsultaatiot ja hoitoneuvottelut (A 298/2009). Potilaskertomukseen merkitään konsultaation tai neuvottelun ajankohta, paikalla olevat henkilöt sekä tehdyt hoitoratkaisut ja hoidon toteuttaminen (A 298/2009).

#### 2.3.1 Hoitotahto

Hoitotahto on päätös, jonka potilas voi halutessaan täyttää. Hoitotahdolla potilas voi ilmaista toiveitaan koskien hoitoa tai siitä kieltäytymisestä (Elämän loppuvaiheen hoito 2020). Mikäli potilas on ilmaissut vakaasti ja pätevästi hoitotahdonsa joko kirjallisesti tai suullisesti on sitä kunnioitett-

tava (L 785/1992). Tämän potilas voi tehdä omakanta-järjestelmässä, kirjallisesti todistajien vakuuttamana tai suullisesti (Hoitotahto 2021). Hoitohenkilökunta voi potilaan niin halutessaan, auttaa häntä tekemään hoitotahdon. Hoitotahto hyödyntää hoitohenkilökuntaa silloin, kun potilas ei itse ole enää kykeneväinen ilmaisemaan tahtoaan tai päättämään omasta hoidostaan. Hoitohenkilökunta voi hoitotahdosta selvittää potilaan toivomat hoitoon liittyvät rajaukset (Elämän loppuvaiheen hoito 2020). Potilaan olisi hyvä tehdä hoitotahto terveenä ollessaan. Silloin hän on vielä kykeneväinen päättämään hoidostaan (Kuolemasta saa ja pitää puhua 2018).

### 2.3.2 DNR-päätös

DNR-päätös on lääkärin tekemä elvyttämättä jättämispäätös (Do Not Resuscitate). Se on hoitopäätös pidättäytyä elvytystoimenpiteistä. Elvytystoimenpiteitä ovat esimerkiksi sydämen sähköinen rytminsiirto, paineluelvytys ja hengityksen avustaminen siinä vaiheessa, kun potilas on eloton. DNR-päätös rajaa vain elvytyksen sulkematta pois muita hoitomuotoja. Muut hoidonrajauspäätökset lääkärin tulee tehdä erikseen. Näihin sisältyy päätös olla antamatta tehohoitoa tai kaivoavaa hengityslaittehoitoa. Ilman muita hoidollisia rajoituksia DNR-päätöksen saaneelle potilaalle voidaan antaa esimerkiksi tehohoitotasosta hoitoa. DNR-päätöksen tekeminen ei edellytä palliativisen- tai saattohoidon hoitolinjausta potilaalla. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020; palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Lääkäri arvioi potilaan tilanteen yksilöllisesti, jonka perusteella hän tekee DNR-päätöksen elvytystilanteiden varalle. Lääkärin on huomioitava potilaan kohdalta sairauksien ennuste ja potilaan jäljellä olevat voimavarat pystyäkseen arvioimaan, onko elvytyksestä potilaalle enemmän haittaa vai hyötyä. Mikäli potilas on kykenemätön päättämään hoidostaan, on lääkärin tällöin DNR-päätöstä tehdessä käytävä siitä keskustelu potilaan läheisten kanssa. Lääkärin käymässä keskustelussa läheisten kanssa pyritään kartoittamaan millainen hoito vastaisi parhaiten potilaan omaa tahtoa. Lääkärin on tehtävä hoitosuunnitelmaan merkinnät, missä käy ilmi DNR-päätöksen tehnyt lääkäri, päätöksen sisältö ja lääketieteelliset perusteet, potilaan ja läheisten kanssa käydyn keskustelun sisältö ja kannanotto tehtyyn päätökseen. Potilaan terveydentilaa on tarkkailtava, mikäli terveydentilassa tapahtuu muutoksia lääkäri voi purkaa DNR-päätöksen. DNR-päätöksen purkuun tarvitaan lääketieteelliset perusteet, päätöstä ei voi purkaa potilaan tai läheisen pyynnöstä. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

### 3 Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoito

Oireenmukaisellahoidolla tarkoitetaan nimensä mukaisesti oireita lievittävää hoitoa. Sen tarkoituksena on lievittää potilaan tuskaa, kärsimystä ja parantaa näin hänen elämänlaatuansa vielä viimeisinä elinpäivinä. Oireita voi olla paljon ja ne voivat kasautua tai oirekuva muuttuu sairauden edetessä. Oireiden lisäksi merkittävää on niiden häiritsevyys sekä potilaiden kokemus avun tarve. Oireiden häiritsevyydellä tarkoitetaan potilaalle fyysistä, psyykkistä, ahdistusta tai kärsimystä aiheuttavaa vaivaa. Potilaiden tuntema oireiden häiritsevyys vaihtelee yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti. Kuolemaansa lähellä olevat henkilöt useimmiten kärsivät väsymyksestä, tokkuraisuudesta, ruokahaluttomuudesta, heikentyneestä yleisvoinnista, hengenahdistuksesta sekä kivuista. Oireiden arviointiin voidaan käyttää erilaisia oiremittareita, joilla voidaan selvittää tämän oiretaakkaa. (Hänninen 2015a, 32–33.) Esimerkiksi sydämen vajaatoiminnasta kärsivän henkilön sairauden vaikeusasteen arvioimisessa hyödynnetään NYHA-luokitusta (New York Heart Association) (Sydämen vajaatoiminta 2017). Palliatiivisen hoidon sekä saattohoidon tueksi on kirjoitettu muutamia teoksia, joista yksi on Saarron, Hännisen, Antikaisen & Vainion toimittama, Palliatiivinen hoito -teos. Teos käsittelee palliatiivista hoitoa sekä saattohoitoa moniammatillisesta näkökulmasta kokonaisvaltaisesti ja teoksen sisältö tukee käytännön hoitotyötä (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018).

#### 3.1 Lääkkeellinen hoito

Saattohoitopotilaan oireiden hoidossa lääkkeillä on merkittävä osuus, koska potilaan viimeisten elinpäivien tarkoitus on olla hänelle kivuttomia ja siedettäviä rauhallisen kuoleman saavuttamiseksi. Kaikille potilaille tulisi säännöllisen lääkityksen lisäksi määrätä tarvittaessa annettava lääkitys oireiden pahentumisen varalle. Saattohoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin tavanomaisessakin oireidenhoidossa. Poikkeavasti lääkkeen annostusta voidaan kasvattaa tavanomaista oirehoitoa suuremmaksi hyödyn ollessa suurempi kuin haittojen. Saattohoidossa potilaan perussairauksien lääkehoidon tarvetta arvioidaan ja sitä voidaan vähentää tai lopettaa. Kuitenkin oireita lievittävää lääkitystä jatketaan koko saattohoidon ajan ja tarvittaessa lääkkeiden annostelureittiä voidaan vaihtaa. Potilasta sekä hänen läheisiä informoidaan lääkemuutoksiin vaikuttaneista syistä. Kuolevan potilaan kuumeen hoidossa käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Pahoinvoinnin hoidossa käytetään metoglopramidia, haloperidolia, deksametasonia. Hengenahdistuksessa voidaan käyttää opioideja. Hengityksen rohinan hoitoon voidaan käyttää limaisuutta

estäviä lääkkeitä kuten skopolamiinia. Ahdistuneisuuteen voidaan käyttää sitä lievittäviä lääkkeitä (diatsepaami). Sekavuuden hoitoon käytetään psykoosilääkkeitä (haloperidi, diatsepaami). Kouristelun hoitoon voidaan käyttää epilepsialääkkeitä (diatsepaamia, midatsolaamia). (Poukka & Korhonen 2018, 114–117; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

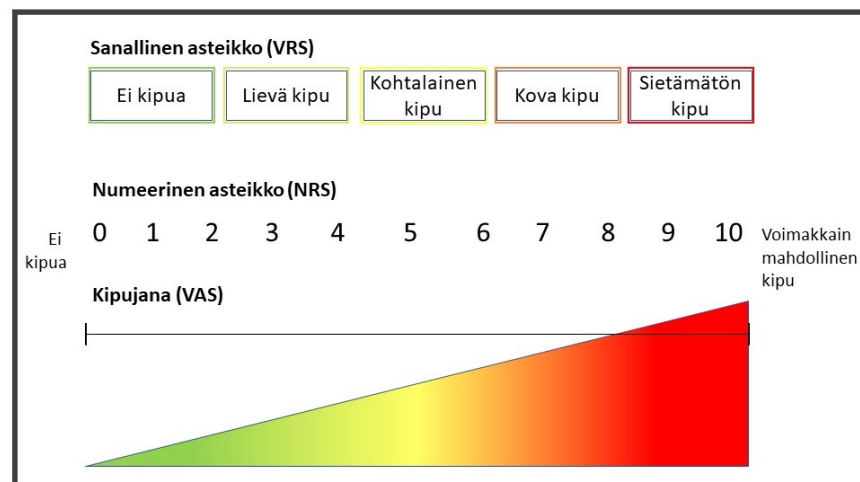
### 3.2 Lääkkeetön hoito

Lääkkeetöntä hoitoa tulee käyttää oireenmukaisessa hoidossa lääkehoidon rinnalla. Hoitomuodon valinta perustuu oireen syntyperän selvittämiseen. Tarvittaessa syyn selvittämisessä voidaan kääntyä moniammatilliseen konsultaatioapuun. Oireita lievittävät lääkkeettömät hoitotoimenpiteet vaihtelevat kajoamattomista kajoaviin hoitomuotoihin. Esimerkiksi hengenahdistuksen hoidossa kajoamattomana hoitona voidaan käyttää asentohoitoa, happihoitokeilua tai hengitystekniikoita. Keuhkopussiin kertyneen nesteen poistamiseen voidaan käyttää kajoavana hoitona kertapunktiota tai dreneerausta (laskuputkea). (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Kuolevan potilaan suun kuivuutta hoidetaan kostuttamalla suuta siihen tarkoitetulla vaahtomuovituksella tai vanupuikolla. Huulia myös rasvataan kostutuksen jälkeen. Tällä parannetaan potilaan elämänlaatua viimeisinä päivinä sekä suun kipua, jota kuivuus voi aiheuttaa (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2018, 48–52). Potilaan omat ruumiineritteet esimerkiksi infektoituneet haavat aiheuttavat pahaa hajua. Potilas voi kokea nämä elämänlaatua heikentävänä tekijänä. Tätä voidaan helpottaa käyttämällä tuoksuja sekä huoneen tuulettamisella (Isoherranen 2018a, 84–86). Hengenahdistuksen tunteen helpottamisessa hyödynnetään avoimen ikkunan tai tuulettimen kasvoille suunnattua kevyttä ilmavirtaa. Lääkkeettömiä hoitokeinoja ovat myös erilaiset lämpö- ja kylmähoidot, joita käytetään kivun lievityksen tukena. Lisäksi musiikin ja erilaisten rentouttavien hengitysharjoitteiden hyödyntämisestä fyysisen kivun sekä psyykkisten oireiden, kuten ahdistuksen hoidossa, on julkaistu erinäisiä tutkimuksia (Lehto & Pöyhiä 2015, 99–101).

### 3.3 Kivunhoito

Tämän päivän teknologia mahdollistaa hyvän potilaan kivunhoidon. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi kipupumpuilla sairaalassa ja kotona, mikäli suunkautta toteutettava kivunhoito ei onnistu tai ole riittävä. Potilaan kivun sekä yleisvoinnin arviointia tulisi tehdä aktiivisesti ja systemaattisesti jokaisella hoitokäynnillä. Erilaisia mittareita on kehitetty kivunarvioinnin helpottamiseksi. (Heiskanen 2018a, 22–23; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Saattohoitopotilaan kivunhoito aloitetaan kivun tunnistamisesta. Kivun tunnistamisessa selvitetään, missä kipu sijaitsee, millainen on kivun luonne sekä kuinka voimakasta kipua on. Kognitiivisesti hyvässä kunnossa olevan potilaan kipua voidaan arvioida muun muassa numeraalisella asteikolla (NRS), sanallisella asteikolla (VRS) tai kipujanalla (VAS). (Tasmuth 2019.) Kipua arvioidaan levossa sekä liikkeessä. Kipuasteikko valitaan potilaskohtaisesti hänelle sopivimmaksi (Heiskanen 2018b, 22). Alla olevassa kuvassa on esimerkki sanallisesta ja numeraalisesta asteikosta sekä kipujanasta (kuva 1), joka mukailee Kontisen & Hamusen artikkelissa esiteltyä kipuasteikkoa (Kontinen & Hamunen 2015, 1921–1928).



KUVA 1. Verbaalinen ja numeraalinen kivunarvioinninasteikko sekä kipujana (Kontinen & Hamunen 2015, 1921–1928).

Mikäli potilas on kyvytön ilmaisemaan kipuaan, on sitä arvioitava potilaasta eri tavoin. Tähän tarkoitukseen on kehitetty kansainvälinen, Suomeenkin validioitu PAINAD-kivunarviointimittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). Mittarissa eleet, hengitys, ilmeet ja ääntely sekä kehonkieli ja lohduttaminen on jaettu omiksi havaintokategorioiksi ja pisteytetty. Näitä verrataan potilaan eleisiin ja pisteytetään taulukon vastaavuuden mukaan. Lopuksi kategorioiden yhteenlaskettu pistemäärä kertoo potilaan kärsimästä kivun voimakkuudesta. (Kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma 2019, 18–19.)

Kivun lääkehoitoa voidaan toteuttaa World Health Organization (WHO) syöpäkivun hoidon portaiden mukaisesti. Lääkehoito on jaettu neljään eri portaaseen, jossa alimmaisena on peruskivunhoito. Kivunhoito aloitetaan yleensä tältä portaalta ja käytössä on perustulehduskipulääkkeet

(ibuprofeeni, naprokseeni, ketoprofeeni) ja parasetamoli. Seuraavassa portaassa voidaan peruskipulääkkeiden lisäksi ottaa mukaan hoitoon heikkoja ja keskivahvoja opioideja (buprenorfiini, tramadoli, kodeiini). Kolmannessa portaassa opioidiksi otetaan käyttöön pitkävaikutteinen vahva opioidi säännölliseksi lääkkeeksi. Sen rinnalla käytetään tarvittaessa nopeavaikutteista vahvaa opioidia läpilyöntikipuihin (kipukohtaus, joka selvästi erottuu siedettävästä taustakivusta). Viimeisessä portaassa otetaan käyttöön erityismenetelmät. Niitä ovat opioidien muut annostelureitit kipusädehoito, neurolyysit ja neurokirurgiset toimenpiteet. Kolmannen ensimmäisen portaan lääkehoitoa voidaan soveltaa myös palliatiivisen- ja saattohoidon kivunhoidossa. Saattohoidossa voidaan aloittaa kivunhoito suoraan jo vahvoilla opioideilla. (Kontinen 2018, 23–25; Heiskanen 2018a, 22; 2018b, 25–29.)

Tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia käytetään peruslääkkeenä kivunhoidossa. Niitä voidaan käyttää erikseen tai yhdessä. Yhdessä käytettynä niillä voi olla tehokkaampi vaikutus. Yleisempiä haittavaikutuksia tulehduskipulääkkeillä ovat maha-suolikanavan ärsytys ja verenvuoto (yleisin haittavaikutus pitkäaikaisessa käytössä). Muita haittavaikutuksia ovat munuaistenvajaatoiminta, sydän- ja verenkiertoelimistön haitat. Näitä voi aiheuttaa lääkkeen jatkuva käyttö, nostaen verenpainetta sekä voi pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Verenvuotoriskiä lisää potilaalla käytössä oleva verenohennuslääkitys. Tulehduskipulääke voi myös pahentaa astmanoireita. Parasetamoli ei vaikuta tulehdukseen ja sillä on vähän haittavaikutuksia. Yliannosteltuna (> 4 g/vrk) maksavaurion riski kasvaa. Lääkkeen käytössä tulee huomioida aikaisempi maksavaurio ja maksanvajaatoiminta. Maksamyrkytyksen vaaraa lisää lääkeaineiden yhteisvaikutukset sekä alkoholin käyttö yhdessä parasetamolin kanssa. (Kontinen 2018, 23–25.)

Lääkkeellisessä kivunhoidossa voidaan käyttää opioideja esimerkiksi oksikodonia ja morfiinia, jotka ovat vahvoja keskushermostoon vaikuttavia huumaavia kipulääkkeitä (Heiskanen 2018b, 25; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Näitä voidaan käyttää läpilyöntikipuihin, joihin ei tavanomaiset kipulääkkeet (tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli) enää auta. Palliatiivisessa hoidossa voidaan esimerkiksi pahanlaatuisen syöpäkasvaimen aiheuttamaan kipuun aloittaa suoraan opioidi lääkitys. Tärkeää on kuitenkin potilaan tilan ja lääkkeen vaikuttavuuden seuranta ja kirjaaminen (Heiskanen 2018b, 27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Opioideja käytettäessä on huomioitava niiden haittavaikutukset. Niitä voivat olla esimerkiksi ummetus, väsymys, pahoinvointi sekä vaarallisimpana lääkkeen yliannostuksen aiheuttama hengityslama, joka hoitamattomana johtaa kuolemaan (Heiskanen 2018b, 25–27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Lääkityksen aloituksesta päättää aina lääkäri. Hän arvioi yksilöllisesti potilaan lääkityksen tarpeen hy-



vin tehdyn oirekuvan selvityksen jälkeen. Hoitajalla on vastuu lääkityksen toteuttamisesta. Hoitaja arvioi ja seuraa lääkkeen vaikutusta sekä mahdollisten haittavaikutusten ilmaantumista potilaalla (Heiskanen 2018b, 25–27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Morfiinia ja oksikodonia voidaan annostella suun kautta, jotka soveltuvat ensimmäisiksi opioideiksi. Kipulaastaria voidaan käyttää, kun suun kautta opioidien ottaminen ei enää onnistu esimerkiksi kivun, pahoinvoinnin tai nielemisvaikeuksien vuoksi (Heiskanen 2018b, 25–27). Iäkkäillä potilailla suositellaan käytettävän pienempiä aloitusannoksia vahvojen opioidien käytössä. Opioideilla ei ole kattoannosta. Lääkeannosta voidaan nostaa lisäämällä vuorokausiannokseen 20–30 % kerrallaan potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan 2–3 vuorokauden välein seuraten haittavaikutuksia (Heiskanen 2018b, 25–27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

### 3.4 Hengitystieoireiden hoito

Hengenahdistus on kuolemaa lähestyvän henkilön tyypillinen lisääntyvä oire. Se koetaan epämiellyttävänä sekä tukehtumisen pelkoa lisäävänä oireena. Elämänlaatua heikentävän hengenahdistukseen on liitetty masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, uupumusta sekä kipuilua. Yleisimpiä syitä hengenahdistukselle voivat olla erilaiset kasvaimet (tuumorit) rintakehän alueella tai kasvoissa, jotka painavat tai tukkivat hengitysteitä. Myös pleuraneste (keuhkopussissa) sekä askites (vatsaontelossa oleva neste) vaikeuttavat keuhkojen toimintaa, painamalla keuhkoja kasaan. Hengitysteitä ahtaavat sairaudet, kuten keuhkohtaumatauti (COPD) ja astma aiheuttavat hengenahdistusta. Keuhkohtaumatauti hitaasti etenevänä sairautena tuhoaa keuhkokudosta, estäen näin hapensaantia sekä hiilidioksidin poistumista. Astman pahenemisvaiheet supistavat keuhkoputkia ja siten vaikeuttavat hengittämistä. Muita keuhkokudoksen ongelmia voi olla keuhkoihin kertyvä neste, keuhkofibroosi, säde- tai lääkeainereaktiot. Kipu hengittäessä voi vaikuttaa hengitystajuuteen sekä hengityksen pinnallisuuteen, joka voi tuntua hengenahdistukselta. Anemia, keuhko-kuume, eräät lihasrappeumasairaudet (ALS, MS-tauti) sekä psykososiaaliset syyt voivat vaikuttaa hengenahdistukseen. Hengityksen tarkkailulla saadaan paljon tietoa hengityksen ongelmista. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Lehto & Pöyhiä 2015, 95,97; 2018, 38.)

Hengenahdistuksen lääkkeellisessä hoidossa voidaan käyttää opiaatteja. Ne vähentävät aivoissa hengenahdistuksen aistimusta, pienentävät hengitystiheyttä sekä lievittävät hengitystyössä tulleen kivun tunnetta. Opiaateista morfiini on yleisimmin käytetty hengenahdistuksen hoidossa. Annokset ovat hieman kivun hoidossa käytettyä pienemmät ja ovat yksilöllisistä tekijöistä riippuvaisia kuten iästä, perussairauksista ja munuaisten toiminnasta. Bentsodiatsepiineja voidaan

käyttää lisänä, mikäli morfiinilla ei saada vaikuttavaa tulosta. Niitä voidaan käyttää myös sen ahdistusta lievittävän vaikutuksen vuoksi helpottamaan potilaan olotilaa. (Lehto & Pöyhä 2015, 96–99.)

Yskä voi oireena olla häiritsevää ja elämänlaatua heikentävää. Yskä toimii elimistön yhtenä suojamekanismina, refleksinä, joka saa ihmisen yskimään. Tämän tarkoituksena on suojata keuhkoja poistamalla hengitysteihin kuulumattomat eritteet ja partikkelit. Keuhkojen, sydänpussin ylä- ja alahengitysteissä sekä ruokatorvessa olevat kemialliseen ja mekaaniseen ärsytykseen reagoivat reseptorit lähettävät sähköimpulsseja, jotka välittyvät yskärefleksiä suorittaviin pallea-, kylkiväli- ja vatsalihaksiin aiheuttaen yskimisen. Palliatiivista yskää voivat aiheuttaa samat tekijät kuin muullakin väestöllä kuten esimerkiksi refluksitauti. Yskän hoidon tulisi perustua sen taustalla olevien syiden ja oireiden hoitoon. Toteutunut hoito perustuu kuitenkin lähinnä yskänrefleksin hillintään aivoissa tai muualla elimistössä. Yskän hillinnässä on yleisesti lääkkeenä käytetty kodeiinia (heikko opioidi), jonka teho on kliinisesti todettu. Myös puudutteita voidaan hengitettynä kokeilla hillitsemään kurkunpään ärsytystä. (Lehto & Pöyhä 2018, 40–41.)

Palliatiivisella- ja saattohoito potilaalla hengitystie-eritteitä voi kertyä niin, että ne aiheuttavat oireita kuten yskää sekä hengenahdistusta ja rohinaa. Eritteinä voi olla limaa, verta, kudosnestettä tai aspiraatioeritteitä kuten oksennusta, ruokaa tai juomaa. Myös tulehdukselliset krooniset keuhkosairaudet voivat aiheuttaa liman kertymistä hengitystie-eliimiin aiheuttaen oireilua. Hoidon tavoitteena on oireettomuus, niiden helpottuminen tai väheneminen. Lääkkeetöntä hoitoa ovat muun muassa positive expiratory pressure (PEP) menetelmä, joka tunnetaan myös nimityksellä ”pulloon puhallutukset”, joka lisää liman irtoamista keuhkoista ja helpottaa eritteiden yskimistä. Tämän lisäksi yskimistekniikoilla ja mekaanisella yskittämislaitteella sekä fysioterapeuttisilla käsittelyillä voidaan helpottaa yskimistä. Lääkkeellisillä hoidoilla voidaan auttaa liman irtoamista ja nousemista keuhkoista sekä vähentää liman kertymistä hengitysteihin. (Lehto & Pöyhä 2018, 41–42.)

Hikkaa palliatiivisessa hoidossa esiintyy syöpäpotilailla yleisemmin. Hikka on harmiton oire, mutta pitkittyneenä tai toistuvana oireena vaikuttaa elämänlaatua merkittävästi huonontaan. Hikkaa tulisi hoitaa sillä kroonisena vaivana voi aiheuttaa kipuilua, psyykkisiä oireita sekä lisätä hengitystieaspiraation vaaraa. Joidenkin lääkkeiden on todettu altistavan hikalle. Hikkaa voidaan hoitaa lääkkein ja lääkkeettömästi. Hikkaa voidaan kokeilla lievittää kitalaen tai nielun stimulaatiolla vanupuikon avulla, kitakielekkeen kohottamista lusikalla, kulmakarvojen yläpuolelta painamista,

kylmän nesteen juomista ja paperipussiin hengittämistä. Lääkkeistä eniten näyttöä hikan hoidossa on baklofeenista, gabapentiinistä sekä eri lääkeyhdistelmistä (Pöyhiä, Lehto & Hänninen 2018, 42–43.)

Pleuraneste voi kerääntyä keuhkopussiin esimerkiksi vaikeassa sydämenvajaatoiminnassa. Se painaa keuhkoja kasaan ja estää keuhkoja laajenemasta ja näin vaikeuttaa hengittämistä. Tämä voi tuntua hengityksen vaikeutumisella, hengenahdistuksena ja kipuina. Hoitona palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa käytetään mahdollisuuksien mukaan pleurapunktiota ja dreneerausta sekä hyvää kivunhoitoa, joilla saadaan helpotettua potilaan oireita ja oloa. (Lehto & Thanos 2018, 43–45.)

### 3.5 Ihon hoito

Saattohoidossa, lähellä kuolemaa olevan potilaan ihonhoidossa keskeisintä on voinnin helpottaminen ja kipujen lievittäminen. Saattohoidossa olevat ihmiset voivat olla fyysisesti jo huonokuntoisia ja kykenemättömiä liikkumaan vuoteestaan. Paikallaan vuoteessa makaaminen aiheuttavat eniten haavaumia, kuten painehaavoja (makuuhaavat) sekä tuskaa potilaalle. Mikäli asentoa ei riittävän säännöllisesti vaihdeta, aiheuttaa se alttiuden painehaavojen syntymiselle. Tyypillisiä painehaavan ilmaantumiskohtia ovat luisevat kehon osat, kuten kantapäät, ristiselän alue, lonkat, takaraivo sekä korvat. Ihorikot ja painehaavat ovat estettävissä päivittäisellä tarkkailulla, oikeanlaisella asentohoidolla sekä suojilla, niihin kohdistunutta painetta vähentäen. (Isoherranen 2015a, 182–183; 2018a, 84–86; Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015, 7–9.)

Saattohoidossa haavanhoidon keskeisintä on kivun hoito. Haavoja, ihorikkoumia voi syntyä runsaan hikoilun, inkontinenssin, hiertymien, infektion, tuumorin tai kuivan ihon seurauksina. Paikallishoitoa voidaan harkita ja antaa, mikäli se on järkevää potilaan tilanteeseen nähden. Haavanhoidossa huomioidaan potilaan kivun lievitys kipulääkkein, kuten paikallisesti laitettavin puuduttein. Infektoituneiden haavojen ja hautuneiden ihopoimujen aiheuttama paha haju voi aiheuttaa potilaalle epämiellyttävän kokemuksen ja etovan tunteen. Potilas voi kokea tämän elämänlaatuun heikentävänä asiana. Pahaa hajua voidaan poistaa antimikrobisilla sidoksilla ja haavanpuhdistukseen tarkoitetuilla hoitotuotteilla. Myös aromaattisilla hajusteilla haavasidokseen laitettuna voidaan vähentää hajuhaittoja. (Isoherranen 2015a, 182–183; 2018a, 84–86.)

Kutinaa voi aiheuttaa niin somaattiset kuin psykosomaattiset oireet. Ihon kuivuus on melko yleinen oire palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevilla henkilöillä. Muita kutinaa aiheuttavia tekijöitä voivat olla lääkkeet, erilaiset syövät, munuaissairaudet, maksasairaudet, sappiteiden tukkeuma (sappihapot voivat aiheuttaa kutinaa), autoimmuunisairaudet (atopia, psoriaaris, allerginen ihottuma) tai vyöruusun jälkeinen ihottuma. Kutinaa voidaan hoitaa paikallishoidoilla kuten hajusteettomilla perusvoiteilla. Lääkkeellisessä hoidossa voidaan keskivahvoja sekä vahvoja kortisonivoiteita käyttää 1–3 viikon hoitosykleissä. Väsyttävillä antihistamiineilla on todettu jonkin verran apua kutinaan, mahdollisesti tehon perustuen lääkkeen väsyttävään vaikutukseen. Suun kautta otetuilla kortisonilääkkeillä sekä masennuslääkkeillä on saatu hyvä hoitovaste kutinalle. Psykoosilääkkeistä esimerkiksi haloperidoli ja risperidoni sopivat psykogeenisessä kutinassa. Epilepsia lääkkeistä gabapentiinillä on todettu hyviä tuloksia opioidien ja syövän aiheuttamalle kutinalle. Hikoilun välttämällä, väljillä vaatteilla, keittosuolalla kostutetuilla sidoksilla sekä kapsaisiinivoiteen käytöllä voidaan myös hillitä kutinaa. (Isoherranen 2015b, 183–184; 2018b, 86–87.)

Turvotusta voi esiintyä varsinkin, leikkaus, kasvain ja sädehoitopotilailla. Imusuonijärjestelmän toiminnallinen häiriö aiheuttaa lymfakuormittumista, jolloin kuljetuskapasiteetti ei enää tehokkaasti poista nesteitä kudoksista. Kudoksiin pakkautuva neste saa aikaan näkyvää turvotusta ja kudoksen tiikymistä iholle. Turvotus muun muassa aiheuttaa kiristymisen ja painon tunnetta, kipua turvonneessa raajassa sekä liikerajoituksia. Turvotus altistaa herkästi infektioille, joten hyvä ihonhoito (rasvaus) ja hygienia on tärkeää. Turvotusten hoidossa diureeteista on todettu vain vähän apua, sen sijaan tukisukkia ja sidoksia voidaan hoidossa kokeilla. Turvotuksiin on olemassa lymfahierontaa, jota on mahdollista kokeilla. (Hänninen 2018b, 90.)

### 3.6 Erittämiseen liittyvien ongelmien hoito

Ummetuksesta puhutaan, kun suoli on toiminut harvemmin kuin kolme kertaa viikossa. Tai ulostaminen on hankalaa kovan ulostemassan vuoksi ja ulostaminen ei onnistu yrittämisestä huolimatta. Syitä suolen toimimattomuuteen on monia. Näitä voi olla esimerkiksi vähäisen nesteiden saanti, opioidien aiheuttama suolistolama, suolen liikkeiden hidastuminen, kasvaimen aiheuttama tukkeuma, Parkinsonin tauti, lantiopohjan toimintahäiriö tai kilpirauhasen vajaatoiminta. Ummetuksen oireina voi olla vatsa kipua, vatsan turvotusta, pahoinvointia ja peräaukon kipua. Ummetuksen hoitaminen on oleellista potilaan elämänlaadun ja suolen toiminnan kannalta. Ummetusta voidaan hoitaa lääkevalmisteilla, kuten laksatiiveilla. Niitä voidaan antaa potilaalle suun kautta tai suoraan peräsuoleen. Laksatiivit voivat lisätä ja pehmentää ulostemassaa tai aktivoida

ja kiihdyttää suolen toimintaa. Ummetuksen ja sen ennaltaehkäisevässä hoidossa on hyvä ajoittain nostaa hetkellisesti käytetyn valmisteiden annoskokoa suolen säännöllisen toiminnan varmistamiseksi. Kuoleman lähestyessä elämän viimeisinä päivinä ei suolen toimimattomuus ole enää merkittävä tekijä. Kuolevan ihmisen yleistilan ja tajunnan heikentyessä, suolistonkin toiminta heikkenee. Tällöin ei enää ole tarpeellista käyttää suunkautta sekä peräsuoleen annettavia laksatiiveja ja niiden antaminen tulisivin lopettaa. (Hillilä 2018, 59; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Ripulia voi esiintyä yhtä lailla kuin ummetustakin. Vanhusten ripuloinnin syynä usein on ohivirtausripuli, joka johtuu jonkin asteisesta suolen tukkeutumisesta (ummetus, kasvaimet). Liiallinen laksatiivien käyttö lisää ripulin mahdollisuutta. Ripulia voidaan lievittää lääkkein ja vähentämällä tai lopettamalla laksatiivien käyttö. Ripulin syntyperä on hyvä selvittää, jotta ripulin oikea syy voidaan hoitaa, kuten esimerkiksi ummetus. Ripulin hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa loperamidi, metronidatsoli, vankomysiini (bakteeri peräisissä ripuleissa) sekä opioidit (kipu peräisessä ripulissa). (Saarto 2018a, 59–62; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Askites on vapaaseen vatsaonteloon kertyvää nestettä. Maksakirroosi potilailla nesteen kertyminen on yleistä. Askitesta voidaan hoitaa nesteenpoistolääkityksellä tai dreneeraamalla (laskuputki). Saattohoidossa kuolemaa lähestyvän henkilön askitekseen hoidossa ei diureeteista ole juurikaan koettu hyötyä. Dreneerausta ja kertaluontoista punktiota voidaan kokeilla, mikäli siitä koetaan vielä apua. (Saarto 2018b, 62–63; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Virtsateiden oireet voivat johtua monista syistä, minkä vuoksi virtsarakko voi olla ärtynyt, yliaktiivinen tai tyhjentymisen ei onnistu. Virtsauksen syyt voi olla lukuisia ja niistä yleisimpiä miehillä virtsaputken ahtauma sekä naisilla rakkolihaksen supistusvoiman heikkeneminen, rakon tulehdus, ulosvirtaus este ja gynekologiset syyt. Virtsauksen voi olla akuuttia tai kroonista. Akutteja oireita ovat alavatsan turvotus, kipu ja pakottava virtsaamisen tarve. Kroonista oireilua on tiheävirtsaus ja ylivuotoinkontinenssi, joka voi olla täysin oireeton. Runsasta verivirtsaisuutta voi esiintyä ennen virtsarakon hemotamponaatiota (virtsarakon täyttyminen verihyytymillä). Virtsauksen hoitona voidaan suorittaa katetrointi virtsaputken kautta. (Taari 2018, 63–65; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Vuodepotilaana olevan asukkaan virtsaamista voidaan tukea apuvälinein esimerkiksi virtsapullolla (”sorsat”) tai alusastialla (Anttila ym. 2015, 222–227). Lisäksi virtsaamista voidaan tukea seuraavin keinoin: antamalla aikaa virtsaamiseen, alavatsan kevyt painaminen voi parantaa virtsarakon tyhjentymistä sekä lämmin haude alavatsalla voi helpottaa virtsaamista. Myös puoli-istuva asento, voi helpottaa, jolloin rakkoon kohdistuu suurempi paine. Mikäli

edellä mainituilla keinoilla ei virtsaa saada tulemaan, voidaan tarvittaessa kokeilla toistokatoeroointia. Virtsankarkailussa voidaan käyttää inkontinenssisuojia (Anttila ym. 2015, 222–227).

### 3.7 Ruoansulatuselimistön ongelmien hoito

Suun kuivuutta voi aiheuttaa monet tekijä kuten lääkkeet, dehydraatio (kuivuminen) tai sairaudet. Saattohoidossa keskitytään suun limakalvojen kostuttamiseen kuivan suun kipuilun, pahan hajun poistamiseksi, puhumisen ja nielemisen helpottamiseksi sekä janon tunnetta lievittämään. Kostutusta tulee antaa säännöllisin väliajoin, kuitenkin vähintään 1–2 tunnin välein. Kostukkeina voi toimia mieluinen juoma, myös säilykehedelmät voivat toimia joillekin suun kostukkeena. Kun potilas vielä kykenee nielemään, tarjoamisen apuna voidaan käyttää nokkamukia, pilliä, pillimehua tai jopa injektioruiskua. Ruiskun avulla voidaan annostella neste suuhun ja näin välttää nesteen henkeen vetäminen. Juotava voidaan tarjota myös jäädytetyssä muodossa esimerkiksi sorbettina. Mikäli potilas ei kykene enää nielemään eikä itse ilmaise toivetta suun kostuttamisesta, voidaan suun limakalvoja kostuttaa vanupuikoilla tai harsotaitoksella. Kuolevan suuta puhdistetaan kaksi kertaa vuorokaudessa. Myös huulten ja suunpielten kunnosta huolehditaan niitä rasvaamalla tarvittaessa. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015, 119, 132; 2018, 52.)

Pahoinvoinnilla tarkoitetaan tyypillisesti kuvattua etovaa, epämiellyttävää tunnetta, johon liittyy oksettavaa oloa. Oire on subjektiivinen tuntemus, johon voi ylävatsatuntemuksien lisäksi liittyä sydämen tykytystä tai harvalyöntisyyttä, kylmänhikisyyttä, huimausta tai päänsärkyä. Pahoinvointi usein johtaa oksenteluun, mutta oksentaminen voi tapahtua ilman pahaa oloakin. Pahoinvointia voivat aiheuttaa ja provosoida muun muassa useat eri lääkkeet kuten opioidit, tulehduskipulääkkeet tai solunsalpaajat. Myös erilaiset elimistön elektrolyyttihäiriöt, vagushermon reseptori ärsytys suoliston, vartalon, pään ja kaulan alueilla sekä aivopaineen nousu ja migreeni voivat aiheuttaa pahoinvointia. Pitkään jatkuva ja tiheään toistuva oksentelu vaikuttaa elimistön happo-emästasapainoon sekä kuivumiseen. Tätä voidaan korjata suonensisäisellä tai ihonalaisella nesteytyksellä. Saattohoidossa nesteytystä on mietittävä ja punnittava aiheuttaako nesteytys enemmän haittaa ja kärsimystä, kuin hyötyä kuolevalle henkilölle. Elämän loppuvaiheessa olevan ihmisen elintoiminnot ja suonet ovat heikenneet niin että liika nesteytys voi aiheuttaa turhaa kudosturvotusta, kipua ja hengenahdistusta. (Rahko & Koskela 2015, 132–142; 2018, 52–55.)

### 3.8 Nestehoito, ravitseminen ja väsymys saattohoidossa

Lähellä kuolemaa olevan potilaan juomattomuus, ruokahaluttomuus ja kuivuminen voi johtua kivun, pahoinvoinnin, mekaanisen esteen (tuumori: nielu, ruokatorvi suolisto) tai elimistön asteittaisen toiminnan pettäessä. Syömättömyys ja juomattomuus johtaa kuihtumiseen, joka näkyy potilaan väsymyksenä, voimattomuuden, lihasmassan vähentymisenä ja ulkonäön muuttumisena (anorektinen). Väsymystä voi aiheuttaa myös masennus ja kovat kipulääkkeet kuten opioidit. Palliatiivisen hoidon aikana vatsa-avanteen kautta (PEG) aloitettu ruokinta on mahdollista jatkaa vielä saattohoidon puolella. Suoneen annettavaa ravitsemusta ja nestehoitoa ei suositella enää kuolevalle saattohoitopotilaalle sen aiheuttamien haittojen vuoksi ja lisäksi potilaan kärsimystä. Saattohoidossa kuolemansyy on perussairaus eikä ravitsemuksen puute. Tämän vuoksi päätettäessä potilaan ruokinnan aloittamisesta saattohoidossa tuleekin miettiä, onko potilas todella kuolemassa nälkään vai sairauteen. Mikäli potilas on saattohoidossa aliravittu, mutta vielä toimintakykyinen, voi ravitsemushoidosta olla hyötyä. Hoitohenkilökunnan tulee perustella omaisille ravinnon merkityksellisyys kuolevan loppuvaiheessa. (Hänninen 2015b, 346.) Vastentahtoisella syömisellä voi ahdistuneisuus, pahoinvointi ja raskas olo lisääntyä. Sairauden edetessä tajunnan taso ja nielemisrefleksi laskevat, joka lisää vaaraa ruuan ja juoman joutumisesta hengitysteihin syöttämisen aikana. Sakeutetut nesteet ja soseutetut ruuat voivat helpottaa nielemistä. Hoito-henkilökunnan tulee perustella omaisille ravinnon merkityksellisyys kuolevan loppuvaiheessa (Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa 2019).

### 3.9 Psykkiset oireet

Palliatiivisen- ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksessa käsitellään psyykkisten oireiden tunnistamista sekä niiden hoitoa elämän loppuvaiheen kannalta. Se on edellytys lähestyvän kuoleman ja palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistamisessa hyvän elämän loppuvaiheen hoidolle. Käypä hoito -suosituksessa keskeisintä on muun muassa sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttavien psyykkisten, sosiaalisten kuin eksistentiaalisten kärsimysten lievitys sekä elämänlaadun vaaliminen. Suosituksessa käsitellään kattavasti edellä mainittuja käsitteitä ja perehdytään hoitotyön näkökulmasta oireiden tunnistamiseen sekä niiden hoitoon. Kuolevilla potilailla esiintyy yleensä depressio eli masennusoireita ja ahdistuneisuutta. Depressiota voidaan seuloa esimerkiksi PRIME-MD:n seulalla, joka on perusterveydenhuollossa käytetty kahden kysymyksen seulontamenetelmä masennuksen tunnistamiseksi. Mikäli vähintään toiseen kysymykseen vastataan

myöntävästi kysymyksessä voi olla depressio, joka vaatii tarkempia tutkimuksia. Orgaaniset sekavuustilat, kuten esimerkiksi delirium (akuutti sekavuustila), ovat seurausta aivotoiminnan häiriöstä. Deliriumissa tarkkaavaisuus ja tietoisuus heikkenevät, muisti ja ajattelu häiriintyy, tunteisiin reagoiminen muuttuu sekä uni-valverytmi voi muuttua. Ensisijaisena hoitona suositellaan lääkkeettömiä hoitoja. Oireita voi lievittää jo esimerkiksi turvallinen ja valvottu ympäristö. Saattohoidon deliriumin lääkkeellisessä hoidossa antipsykoottien on katsottu lisäävän deliriumin haittavaikutuksia ja sekavuutta. Psykoosilääkkeitä käytetään, mikäli delirium oireita ei saada lääkkeettömästi hallintaan. Saattohoitopotilailla psyykelääkkeisiin tulisi kuitenkin suhtautua varauksellisesti. (Depressio 2020.)

Yleisempiä lääkeaineita, joita on käytetty psykoottisten oireiden hallitsemiseen ovat haloperidoli, risperidoni ja olantsapiini (Depressio 2020). Osa palliatiivista hoitoa on tunnistaa psyykkiset oireet sillä ne heikentävät elämänlaatua. Masennus, joka todetaan elämänloppuvaiheessa, on useimmin kehittynyt jo aikaisemmassa vaiheessa. Masennuslääke tulisi aloittaa varhaisessa vaiheessa, koska saattohoitopotilailla masennuslääkkeen hoidon vastetta ei aina ehditä saamaan ajoissa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Lääkkeettömillä hoidoilla voidaan lievittää kuolevan potilaan masennus- ja ahdistusoireita psykososiaalisin keinoin. Mikäli odotettu elinaika on useita viikkoja tai pidempi silloin masennuksen ja ahdistuneisuusoireiden hoitoon voidaan yhdistää lääkkeitä. Pitkälle edenneissä sairauksissa psyykkisten oireiden arviointia vaikeuttavat somaattiset oireet esimerkiksi ruokahalukkuuden muutokset, uupumus sekä kognitiiviset oireet (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Eksistentiaalisesta ahdistuksesta on mainittu palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksessa hoitajan valmiudesta olla potilaalle eksistentiaalisen tuen antajana (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019), mutta Seppäsen, Vähäkankaan & Anttosen kirjoittamassa artikkelissa Hyvä kuolema, on eksistentiaalista ahdistusta kuvattu ikääntymiseen kuuluvien kriisien kautta (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 364–366). Tämä sisältää viisi ydinaluetta, joita ovat: kuoleman kohtaaminen, merkityksettömyyden kokeminen, syyllisyys, sosiaalinen eristäytyneisyys sekä ristiriidat oman identiteetin ja ympäröivän maailman välillä. Kaikki kuolevat ihmiset eivät koe eksistentiaalista ahdistusta, mutta se on kuitenkin hyvin yleistä, joten tämä tulee huomioida hyvässä saattohoidossa (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 364–366). Artikkelissa kuvaillaan myös hyvään kuolemaan kuuluva tuki osana palvelujärjestelmää, jossa tulee huomioida riittävästä osaamisesta ja resursseista hoitaa kuolevia ja tukea heitä sekä läheisiä. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 364–366.) Käypä hoito -suosituksen näkökulmana tähän oli lähestyvässä kuolemassa tarvittavan potilaan somaattisen hoidon ja psyykkisen tuen riittävyys. Lisäksi



muiden ammattiryhmien tarpeen arvioiminen esimerkiksi sairaalapappia tai mielenterveystyön ammattilaista vai konsultoidaanko psykiatrasta erikoisalaa (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019).

### 3.10 Sosiaaliset tarpeet

Sosiaaliset kärsimykset, joita saattohoidossa oleva kohtaa, johtuvat vuorovaikutussuhteiden muutoksista ja eristäytymisestä (Hyvä saattohoito suomessa 2010). Suhteet, jotka tukevat hyvinvointia ovat välttämättömiä lähestyvän kuoleman kannalta. Sen vuoksi iäkkäät ihmiset, joilla ei ole läheisiä tarvitsevat luonnollisesti enemmän tukea. Kuolemanprosessissa, jossa sairaudet sekä toimintakyvyn menetys ovat hyvinvoinnin kannalta suuri rasitus, korostuu sosiaalisten suhteiden tärkeys. Vaikeat ja kipeät perhesuhteet eivät poistu mielestä kuoleman lähestyessä, vaan niitä pohditaan myös silloin (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 363–364). Sosiaalinen tuki on tärkeää. Alkuvaiheessa läheisillä voi olla paljon voimia olla läsnä ja avuksi, mutta tilanteen pitkittyessä voimat voivat alkaa hiipua. Tämä voi aiheuttaa sekä auttajassa että autettavassa turhautuneisuuden tunnetta, kun väsymys alkaa painaa. Läheinen ei myöskään aina ole se paras keskustelukumppani, sillä läheisen kriisi voi tuntua myös auttajan omalta kriisiltä. Kun huomataan, että omaisten ja läheisten voimat alkavat loppua voidaan tarjota muiden ammattihenkilöiden apua (Saranpää 2015, 237).

Seppäsen, Vähäkankaan & Anttonen Hyvä kuolema -artikkelin näkökulmasta ammattilaisten lisäksi hoivan antajia kuoleman prosessissa ovat läheiset, yleensä puoliso, lapset sekä ystävät (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 363–364). Vapaaehtoistoimintaa voidaan hyödyntää esimerkiksi psykososiaalisen tuen, vertaistuen ja läheisten tuen tukimuotojen tarjoajina. Nämä kuuluvat yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien tarjoamiin palveluihin (Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017). Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen asiantuntijaryhmän laatimassa suosituksessa esitetään yksityisen ja kolmannen sektorin palveluita hyödynnettävän palveluketjussa julkisen palvelujärjestelmän ohessa. Seurakunnat ja uskonnolliset yhteisöt sekä järjestöt, yhdistykset ja muut toimivat tahot, jotka toimivat vapaaehtoisuuden kannalta, ovat julkisia palveluita ja ne ovat täydentävä voimavara (Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017).

### 3.11 Hengelliset tarpeet

Hengellisten tarpeiden huomioiminen kuuluu kokonaisvaltaiseen saattohoitoon. Tämän toteutuminen käytännössä tarkoittaa läsnä olemista, pyhien toimitusten mahdollistamista ja palvelemaan asettumista. Hengellisten tarpeiden arviointi tulisi tehdä osana hoitoprosessia, joiden toteutumista tulisi arvioida koko hoitoprosessin ajan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Kärpänniemi käsittelee artikkelissaan hengellisyyttä käytännön hoitotilanteiden näkökulmasta. Kärpänniemi kuvailee hoitajan ominaisuuksia, joita olisi hyvä olla hengellisissä hoitotilanteissa. Näitä ovat muun muassa koskettamiseen liittyvä herkkyys, hoitajien omien asenteiden ja puhetyylin vaikutus tilanteeseen (Kärpänniemi 2008, 113–116). Gothóni kuvaa artikkelissaan hengellisen tuen merkityksen näkökulmasta, jossa ihminen haluaa kuolla kotonaan. Silloin kotisairaala toimii palliatiivisten käytäntöjen mukaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttajana. Se sisältää kivun sekä muiden oireiden lievittämisen, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden tukemisen (Gothóni 2009, 94).

Suomalaisista suurin osa kuuluu luterilaiseen kirkkoon, mutta tieto kirkon opetuksista kuoleman jälkeisestä elämästä on puutteellista. Moni kaipaa viimeisinä kuukausinaan tähän epätietoisuuteen tukea. Suomessa ajatellaan yleensä niin, että henkisyys ja hengellisyys ovat yksityisasioita. Seppäsen, Vähäkankaan & Anttonen käynnissä oleva tutkimushanke on osoittanut, että hengelliset ja henkiset kokemukset kuoleman lähestyessä eivät koske ainoastaan kuolevaa vaan myös hänen lähipiiriään. Henkiset kokemukset kuolevalla voi tuoda lohdutusta, mutta voi yhtä lailla myös lisätä ahdistusta. Osalle kuolevista mahdollisuus suunnitella omat hautajaiset, sillä se luo tunnetta, että he voivat tuoda toiveitaan esille tulevaisuutensa suhteen. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 365.) Kuolevalle potilaalle tulee järjestää tarvittaessa mahdollisuus osallistua ehtoolliselle, ripittäytymiseen sekä osallistua hengelliseen tilaisuuteen tai jumalanpalvelukseen. Tarvittaessa voidaan käyttää sairaalapastoria tai muuta seurakunnan henkilökuntaa hengellisten tarpeiden tukemisessa. Mikäli siihen ei ole mahdollisuutta olisi henkilökunnan velvollisuus silloin keskustella hänen kanssaan asioista, jotka askarruttavat mieltä. Potilaalle nämä asiat voivat olla erittäin tärkeitä ja samalla kuolemaan valmistavia. Kuolevan potilaan hoidossa hengellisen hoidon tavoite voi olla esimerkiksi kuolemaan valmistautumisen toiveet tai mielenrauhaan pääseminen. (Kärpänniemi 2008, 113–116; Gothóni 2009, 94.)

### 3.12 Odotettu kuolema saattohoidossa ja kuoleman jälkeinen hoito

Kuolemaan reagoidaan yksilöllisesti, mutta aina se on kuitenkin järkytys. Kuoleman reagointiin vaikuttavat ihmisen ikä, persoonallisuus, aiemmat kokemukset ja kuinka nopeasti tieto kuoleman lähestymisestä tulee. Parantumattomastisairasta hoidetaan saattohoidon keinoin, kun parantavaa hoitoa ei enää ole ja seuraava vaihe on kuolema (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2015). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta säätää perusteet sille, milloin ihminen voidaan todeta kuolleeksi sekä tehtävät toimenpiteet kuoleman toteamisessa. Asetuksen 2–3§ mukaan ihminen katsotaan kuolleeksi, kun aivot toiminta on pysyvästi loppunut. (A 27/2004, 2–3§). Kuoleman toteamisen edellytyksenä voidaan pitää sydämen sykkeen loppumista. Silloin ihminen voidaan todeta kuolleeksi jollakin näistä seuraavista perusteista: toissijaisista kuoleman merkeistä tai elimistön tuhouduttua elinkelvottomaksi tai verenkierto ja hengitys on pysähtynyt, eikä annetusta hoidosta ole hyötyä tai siihen ei ryhdytä koska sairaus joka potilaalla on, tiedetään ettei hoidosta ole apua tai elvytys on aloitettu liian myöhään verenkierron käynnistämiseksi. (A 27/2004, 2–3§). Kuolema tulisi todeta mahdollisimman pian. Mikäli lääkäreitä ole välittömästi saatavilla, voidaan kuolema todeta viimeistään seuraavana arkipäivänä. Kuolinhetkeksi merkitään aika, jolloin kuolevan hengitys ja sydämen toiminta loppuu (A 27/2004, 7§).

Hautausta varten tarvitaan lääkärin allekirjoittama kuolintodistus (Kuolintodistus 2020). Kuoleman toteamisesta ja ajankohdasta pitää tehdä tarpeelliset merkinnät potilasasiakirjoihin. Tutkimukset ja tulokset, ajankohta sekä tutkimuksen tekijä, joka on aina lääkäri, merkitään potilasasiakirjoihin (A 27/2004, 7§). Asetuksessa kuoleman syyn selvittämisessä säädetään niin, että lääkärin on saavuttava viivästyksettä ilmoituksen saatuaan suorittamaan ulkoinen ruumiintarkastus kuoleman toteamiseksi ja sen syiden sekä mahdollisen ruumiinavauksen tarpeen mahdollisuutta (A 948/1973). Laki kuolemasta ilmoittaminen ja kuolleen hautaamisesta pykälät 2–4 määrittää, että hautauslupa antaa lääkäri, mikäli valtioneuvoston asetuksessa ei toisin määrätä. Joskus tarvitaan lääketieteellinen ruumiinavaus kuolemansyyn selvittämiseksi, jos kuollut henkilö on viimeisen sairautensa aikana ollut lääkärin hoidossa tai jos ruumiinavaus on yleisen terveyden- ja sairaanhoidon kannalta tarpeellinen (L 459/1973, 2–4§). Kuolintodistuksella osoitetaan, että kuolemansyyn selvittäminen on tehty loppuun ja näin ollen ruumiin saa joko haudata tai luovuttaa lääketieteellistä opetusta tai tutkimuskäyttöä varten (Kuolintodistus 2020). Kuoleman jälkeisiin vaiheisiin kuuluvat vainajan hoito (puhutaan myös vainajan laitosta), vainajan arvokas kohtelu sekä omaisten tukeminen, jotka ovat on tärkeässä osassa vainajan arvokkaassa kohtelussa kuoleman jälkeen. Vainajan hoidossa käytettävästä välineistöstä käytetään nimeä exitus-setti, joka sisältää tarpeellisen tarvikkeet vainajan hoitoon. Vainajan hoidossa huomioidaan eri uskontoihin kuuluvat

sekä uskonnottomien vainajien tarpeet sekä mahdolliset toivomukset (Monikulttuurinen kuolema 2015). Vainajan pukemisessa on kaksi vaihtoehtoa, hänet voidaan pukea exitus-setistä löytyviin vaatteisiin tai omiin vaatteisiin. Vainajan hoitamiseen tarvitaan aina kaksi hoitajaa. Vainajaa hoitaessa tulee huomioida, mikäli vainajalle tehdään lääketieteellinen tai oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus, jätetään kaikki vainajassa olevat hoitovälineet paikoilleen (Aalto 2009).

Vainajan hoitaminen aloitetaan siitä, että hoitajat pesivät ja desinfioivat kätensä sekä pukevatsuojaessun. Vainajaa valmisteltaessa sopivan tilan saamiseksi vuoteesta poistetaan vuodevaatteet sekä hoitovälineet. Vainaja asetetaan luonnolliseen asentoon selälleen. Ennen vainajan pesua letkut ja drenit poistetaan sekä virtsarakko tyhjennetään. Vainajalta riisutaan vaatteet ja poistetaan korut, jos muita toivomuksia ei ole. Vainajalle tehdään vuodepesu, joka sisältää myös suunhoidon, hammasproteesin laitton paikoilleen tarvittaessa myös kertakäyttö vaippa laitetaan paikoilleen. Miesvainajilta ajetaan parta. Mikäli vainajalla on haavoja, ne peitetään sidoksilla. Silmät suljetaan varovasti ja hiukset kammataan. Silmäluomien kuivumisen ehkäisemiseksi silmille voidaan laittaa kosteat taitokset. Alaleuka sidotaan, jotta se ei painuisi alas. Taitokset ja side poistetaan ennen kuin omaiset tulevat katomaan vainajaa. Vainajalle puetaan valkoinen avopaita (exitus-setissä). Vainajan päälle asetetaan valkoinen lakana ja rinnan päälle voidaan asettaa kaunis kukka. Tunnistuslappu täytetään, joka sisältää vainajan nimen, syntymäajan, kuolinajan ja paikan nimen missä on kuollut. Tunnistuslappu laitetaan ranteeseen tai nilkkaan. (Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2018, 361–363; Anttila ym. 2015, 381–383.)

Vainajaa voidaan tarvittaessa säilyttää huoneessaan seuraavaan päivään asti, jotta läheiset ehtivät halutessaan jättää jäähyväiset vainajalle. Muuten tavanomaisesti vainaja siirretään kahden tunnin kuluttua kuolemasta obduktio-osastolle sairaalaan. Onnela-kodissa vainaja siirretään hautausmaaston autolla virka-aikana sairaalaan vainajan säilytystiloihin. (Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2018, 361–363). Yksikkö, joka säilyttää ruumista saa luovuttaa vainajan ruumiin haudattavaksi, sitten kun lääkäri on laatinut hautausluvan ja antanut sen omaiselle tai muulle hautauksesta huolehtivalle tai hautausmaastolle (Tieto kuolemasta ilmoitettava viipymättä väestötietojärjestelmään 2018). Nämä teoriaan pohjautuvat käytänteet ovat yleisiä, joita voidaan soveltaa muissakin saattohoitoa toteutettavissa yksiköissä. Onnela-kodilla eroavaisuus on vainajan säilytyksessä, sillä heillä ei ole yksikössä vainajan säilyttämiseen tarvittavia tiloja, joten vainaja siirretään kuoleman jälkeen sairaalan obduktio-osastolle.

Vainajan hoidossa huomioidaan myös eri uskontokuntaan kuuluvien mahdolliset tarpeet ja toiveet (Gothöni & Jokela 2009, 151). Katolilaisten ja ortodoksien vainajan hoito etenee samoin pe-

riaattein kuin evankelisluterilainenkin vainajan hoito, mutta ortodokseilla vainajan käteen sijoitetaan ikoni. Muslimivainajalle ei laiteta mitään uskonnollista symbolia päällyslakanaan. Romanivainajalle puetaan hänen omat hautausvaatteensa, sillä romanit eivät mielellään suosi exitus-setin vaatetusta. Romanivainajan rinnanpäälle asetetaan ruusuja ja Raamattu mikäli mahdollista. Uskonottoman vainajan hoidossa käytetään exitus-settiä, mutta ei liitetä mitään uskonnollisia rituaaleja. (Monikulttuurinen kuolema 2015.)

#### 4 Omaisten tukeminen ja työntekijöiden jaksaminen

Hyvään saattohoitoon kuuluu omaisten tukeminen niin saattohoidon aikana kuin kuoleman jälkeenkin (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 365–367). Norjalaisessa tutkimuksessa kotiin annettavan saattohoidon turvallisuuden tunteen kokemisen merkitys on suuri potilaan ja läheisten kannalta. Potilaan läheisten jaksaminen ja tukeminen sekä potilaan turvallisuuden tunteen luominen omaisille on tärkeää yhteistyön ja kommunikaation muodostumisen kannalta hoitohenkilökunnan kanssa saattohoidossa (Bjørnsland, Hov, Kjøs & WildeLarsson 2020, 6–8). Saattohoidossa korostetaan yhtenä tärkeänä asiana jäähyväisten sanomisen tärkeyttä. Menetys ja suru koetaan yksilöllisesti, joskus ammattiauttajasta voi olla apua käytännön järjestelyiden neuvomisessa ja surun läpikäymisessä. Vapaaehtoistoimintaa voidaan hyödyntää myös osana omaisten tukemisessa (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 365–367). Tärkeää olisi huomioida, että omaiset saisivat tukea ja ohjausta niissä asioissa, jotka ovat heille tärkeitä. Hoitajan rauhallisuus ja levollisuus tuovat lohdutusta tilanteeseen. Hoitaja voi rauhallisesti kertoa omaisille heidän läheisensä kuoleman viimeisistä hetkistä ja tunteista (Hovilainen-Kilpinen ja Oksanen 2018, 363). Tätä tukee Aallon artikkeli, joka käsittelee asiaa hoitohenkilökunnan merkityksen näkökulmasta. Hoitohenkilökunnan tulee osata ottaa kuolema puheeksi luontevasti ja ymmärtää keskusteluiden olevan osa saattohoitoa (Aalto 2009, 67–68).

Tulevista tapahtumista keskusteleminen voi auttaa henkisesti kohtaamaan lähestyvän kuoleman, joka tukee myös omaisia surussa ja luopumisprosessissa. Kuolemasta voidaan keskustella avoimesti ja kiertelemättä, mutta siihen ei kuitenkaan pakoteta. Omaisille ja läheisille myönteisen ja avoimen ilmapiirin luominen on tärkeää, jolloin omien tunteiden ilmaiseminen voi olla helpompaa. Kiireetön tunnelma hoitoyhteisössä on tärkeää, jotta omaisilla on riittävästi aikaa jäähyväisten jättämiseen. Omaisille on myös annettava mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä saattohoito paikkaan kuoleman jälkeen. (Hyvä saattohoito suomessa 2010.) Seurakunnat tarjoavat surun kohdatessa palveluita, joita ovat muun muassa, sururyhmä ja saattohoidon tukihenkilö, joka on seurakunnan vapaaehtoinen. Hän toimii tukena kuolevalle, kuin myös tukea tarvitseville omaisille. Tukihenkilöä voi pyytää kuoleva sekä myös hänen omaisensa. Läheisen menetyksen jälkeen alkaa surutyö, joka on pitkä prosessi. Surutyö voi olla raskasta, siksi läheisten tuen lisäksi voidaan tarvita vertaistukea tai ammattiauttajia. Diakoniatyöntekijät ja papit ovat valmiita henkilökohtaisiin keskusteluihin surevan ihmisen kassa (Surun tai kriisin kohdatessa 2021).

Työntekijöiden jaksamisen huomioiminen saattohoitotyössä on tärkeää. Saattohoidossa emotionaalisesti latautuneet suhteet vaikuttavat hoitajan työhön. Kasautuva suru ja menetykset voivat kuormittaa työntekijää. Kuolema herättää kaikissa ahdistusta. Tärkeää on tunnistaa mikä on omaa ahdistusta kuoleman kohtaamisessa ja mikä kuolevan potilaan. Tällöin hoitaja kykenee arvioimaan tilannetta potilaan näkökulmasta. Uupumus on tila, jossa elimistön sopeutuminen stressiä aiheuttavaan tilanteeseen ei onnistu. Paine potilaan tai omaisten vaatimuksista tai ymmärryksen puutteesta altistavat väsymiselle. Myös työyhteisöstä ja esimieheltä tulevat paineet voivat altistaa riittämättömyyden tunteelle ja uupumukselle. Tämä voi johtua positiivisen palautteen ja tuen puutteen vuoksi. On tärkeää saada jakaa mieltä painavat asiat työyhteisössä. Silloin mieltä painavat asiat eivät kuormita liikaa yhtä ihmistä. (Hänninen 2015c, 299.)

## 5 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa palvelutalo Onnela-kotiin saattohoito-opas, joka toimii myös perehdytysmateriaalina. Opinnäytetyön tavoitteena oli vahvistaa Onnela-kodin hoitohenkilökunnan osaamista saattohoidon toteuttajina.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten saattohoitoa tulisi toteuttaa perustason yksikössä?
2. Millainen saattohoito-opas palvelee Onnela-kodin hoitohenkilökuntaa?



## 6 Saattohoito-oppaan toteutuksen vaiheet

Tuotteistamisprosessista voidaan tunnistaa viisi eri vaihetta, joiden mukaisesti tuotteen toteutus etenee. Tuotekehityksen ensimmäinen vaihe on ongelman ja kehittämistarpeen tunnistaminen, jossa kehitetään kokonaan uusi tuote tai kehitetään aikaisempaa tuotetta. Ratkaisuvaihtoehtojen löytämiseksi käynnistyy prosessin toinen vaihe eli ideointivaihe, kun kehittämistarpeesta on saatu varmuus. Kolmantena vaiheena on luonnosteluvaihe, kun on päätetty, millainen tuote aiotaan valmistaa. Tuotteen kehittäminen on neljäs vaihe, jossa työ etenee ratkaisuvaihtojen mukaan. Viimeisenä vaiheessa prosessissa on tuotteen viimeistely, jossa arvioidaan tuotetta saadun palautteen mukaisesti. (Jämsä & Manninen 2000, 29–80.)

### 6.1 Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen

Tuotteistamisprosessi käynnistyy ongelman ja kehittämistarpeen tunnistamisella. Lähtökohtana on tutustua nykyiseen käytössä olevaan tuotteeseen sekä sen ongelmakohtiin, jotta muutosta tarvitsevan tuotteen kehittämistarve voidaan tunnistaa. Tarkoituksena voi olla aikaisemman tuotteen kehittäminen tai kokonaan uuden luominen, kun entinen tuote ei enää vastaakaan sen hetkistä tarkoitustaan. Keskeistä ongelmien ja kehittämistarpeen täsmentämisessä on tunnistaa kehittämistarpeen laajuus, johon sisältyy mm. kohderyhmän rajaaminen. Tuotekehitysprosessin voi käynnistää uudet toimintamallit ja niiden kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla. (Jämsä & Manninen 2000, 29–33.)

Lähtökohtana tuotteemme kehitystarpeelle on ollut toimeksiantajayrityksen palvelutalon saattohoitotyötä koskeva ohjeistus. Tutustuimme Onnela-kodin käytössä olleeseen sen hetkiseen oppaaseen. Tieto ja ohjeistukset löytyivät hajautetusti heidän tietokannastaan ja olivat varsin suppeita, näin vaikeuttaen käytännönhoidon toteuttamista sekä uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä. Kehittämistarpeeksi muodostui yhtenäistää ja laajentaa saattohoitoa koskeva tieto. Tämän lisäksi Onnela-kodin toiveena oli saada heidän yksikkönsä tarpeita vastaava saattohoito-opas. Opinnäytetyömme aiheeksi rajautui saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle, joka sisältää teoretietoa sekä käytännön ohjeistusta hoitotyön tueksi. Onnela-koti on yksityinen palveluntarjoaja ja sen toiminnassa voi olla pieniä eroavaisuuksia julkisen terveydenhuollon

kanssa. Eroavaisuuksia voi olla saattohoidon käytännön järjestelyissä esimerkiksi kuoleman jälkeiset toimet tai saattohoidon toteutumisen laajuus. Tämän vuoksi he tarvitsivat heidän tarpeisiinsa sovitettua oppaan.

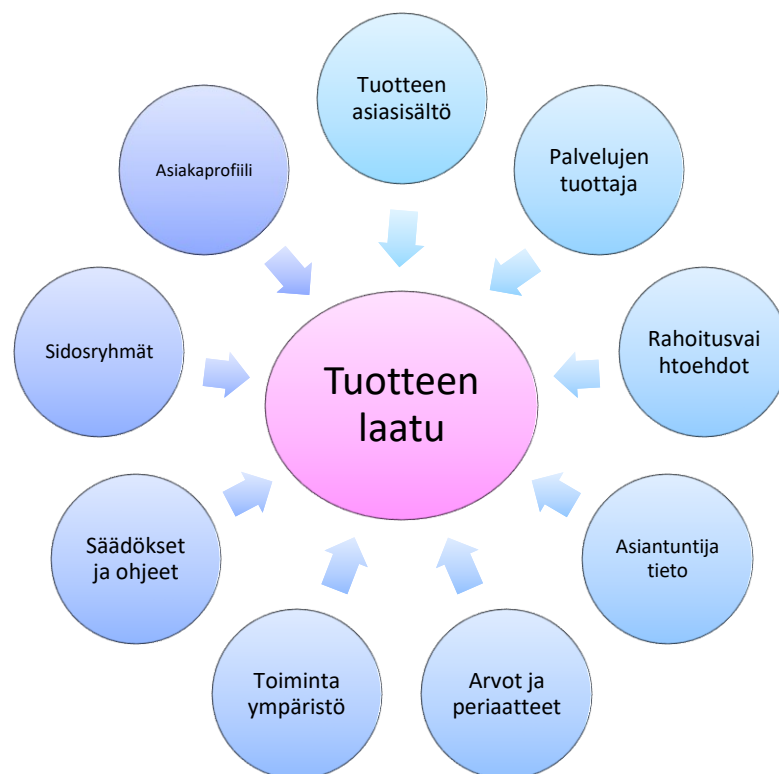
## 6.2 Ideavaihe

Tuotteen kehittäminen etenee ideavaiheeseen, kun kehitystarve on tunnistettu. Mikäli ratkaisukeinoja ei ole löydetty, käynnistyy ideointiprosessi. Oivalluksilla ja erilaisilla vaihtoehtoilla yritetään löytää ratkaisu juuri sillä hetkellä oleviin paikallisiin organisaatiokohtaisiin ongelmiin. Tämä vaihe ei välttämättä ole kovin pitkä, koska kyseessä voi olla olemassa olevan tuotteen päivittäminen vastaamaan sen hetkistä käyttötarkoitusta. Tuotteen ideoinnin taustalla voi toimia jokin visio, jossa vaihtoehtojen ja mahdollisuuksien tunnistaminen on keskeistä ongelmien ratkaisemisessa. Tuotteistamisen tarve on aina asiakaslähtöinen. Ideointiprosessissa pidetään vahvuutena tekijöiden erilaisuutta, koska kaikilla tekijöillä voi olla eri näkökulmia ja ratkaisuvaihtoehtoja. Arviointiin ideoinnista osallistuvat tekijät itse, että prosessiin osallistuvat muut osapuolet (palveluntarjoaja/kohde ryhmä), joilta myös palautetta on hyvä saada yhteisen näkökulman saavuttamiseksi. (Jämsä & Manninen 2000, 35–39.) Ongelman tunnistamisen jälkeen pidimme neuvottelun toimemksiantajan kanssa. Yhdessä palveluesimiehen sekä palvelutalon sairaanhoitajan kanssa saimme useampia näkökulmia oppaan käytännön toteutukseen, sekä samalla rajautui ja täsmen-tyi tulevan oppaan sisältö. Tärkeänä pidettiin oppaan helppokäyttöisyyttä ja toimivuutta. Uutena näkökulmana henkilökunta toivoi oppaan sisältävän omaisten huomioimisen saattohoidossa sekä oppaan toimivan myös perehdytysmateriaalina. Suunnittelimme tuotteen toteuttamista Onnela-kodille tulosteen lisäksi myös sähköisenä versiona, jotta henkilöstön olisi helppo päivittää saattohoito-oppaan sisältöä.

## 6.3 Luonnosteluvaihe

Tuotteen luonnostelu käynnistyy, kun on selvitetty, millainen tuote suunnitellaan ja tuotetaan (Jämsä & Manninen 2000, 43). Luonnostelun apuna käytimme Jämsän & Mannisen teoksessa mainittuja tuotteen luonnostelua ohjaavia näkökulmia, joiden mukaan saimme turvattua tuotteen laadun. Jämsä & Manninen toivat esille teoksessaan tuotteen luonnostelua ohjaavia näkökohtia, joita ovat muun muassa tuotteen asiasisältö, palvelujen tuottaja, asiantuntijatieto, säädökset ja ohjeet, toimintaympäristö ja asiakasprofiili (Jämsä & Manninen 2000, 43).

Luonnostelu perustuu tuotteen asiakasprofiilin laadintaan, jossa selvitetään kohderyhmänä olevan asiakasryhmän tarpeet ja odotukset. Analyysi eri tekijöistä ja näkökulmista tuotteensuunnittelussa ja valmistamisessa on ominaista luonnostelulle. Tärkeää on olla selvillä suunniteltavan tuotteen loppukäyttäjät ja mahdollisen välillisen hyödyn saajat. Huomioon tulee ottaa sosiaali- ja terveydenhuollossa myös asiakkaat (potilaat ja omaiset), vaikka he eivät ole välttämättä tuotteen ensisijaisia hyödynsaajia, vaan saavat hyödyn esimerkiksi hoitohenkilökunnan kautta. Huomioimalla molempien osapuolten (kohderyhmien) tarpeet, varmistetaan tuote vastaamaan tarkoitustaan. Toimintayksikön arvot sekä toimintatavat tulee ottaa huomioon tuotteen sisällön ja tyylin valinnassa. Myös yksityiseen ja kolmanteen sektoriin kuuluvilla palveluyksiköillä voi olla yksikkökohtaisia linjauksia sekä huomioitavia kohtia tuotteen kehittämisen kannalta. Luonnosteluvaiheessa tehdään tuotteesta suunnitelma esimerkiksi käsikirjoitus, johon on jäsennelty tuotteen sisältö mahdollisimman tarkasti. Kuvio (kuvio 2) kuvastaa tuotteen luonnostelussa huomioitavia näkökohtia tuotteen laadun turvaamiseksi. (Jämsä & Manninen 2000, 43–52.)



KUVIO 2. Tuotteen luonnostelussa huomioitavat näkökohdat (Jämsä & Manninen 2000, 43–52).

Palvelutalossa käydyn yhteisen neuvottelun jälkeen täsmentyi tuotteen sisältö. Tämän jälkeen suunnittelimme haluttujen asiakokonaisuuksien järjestyksen tuotteeseemme. Kohderyhmä tuotteessamme oli hoitohenkilökunta, joka käyttää tuotetta käytännöntyön tukena. Olemme huomioineet tuotteen luonnostelun näkökohdat muun muassa tuotteen sisältöön vaikuttavat asiat, asiakasprofiilin ja palvelun tuottajan, joiden yhteen sovitettu näkökanta vaikutti tuotteemme laadun varmistamiseen. Saattohoito-oppaan sisällöstä teimme käsikirjoituksen, josta selvisi oppaassa käsiteltävät asiat (liite 1). Lähetimme opinnäytetyösuunnitelman ja sen mukana käsikirjoituksen toimeksiantajalle arvioitavaksi ja kommentoitavaksi ennen varsinaisen oppaan mallikappaleen kirjoittamista.

#### 6.4 Tuotteen kehittäminen

Tuotteen kehittäminen voidaan aloittaa, kun luonnosteluvaiheessa sisältöä koskevat ratkaisut ja rajaukset on päätetty. Tuotteen valmistamisen ensimmäisenä vaiheena on valmistaa tuotteesta ensimmäinen vedos tai mallikappale. Sosiaali- ja terveysalalla tehdyillä tuotteilla on tarkoitus olla lukijaystävällisiä, näin ollen tekstityyliksi tulisi valita asiatyylä. Asiatekstin tarkoitus on välittää lukijalle tekstin tieto mahdollisimman helposti ja ymmärrettävästi. Lukijalle hyvä otsikointi ja tekstin hyvä jaottelu selkeyttävät pääajatusta luetusta tekstistä. Eri organisaatiot omaavat tyyliinsä (värit ja logo), erottuakseen muista. Se on osa organisaation imagoa (brändiä), joka auttaa valmistettujen painotuotteiden tunnistamisessa. Tällaiset organisaatioissa olevat käytännöt voivat myös helpottaa tai vaikeuttaa uuden tuotteen tuottamista. (Jämsä & Manninen 2000, 54–57.) Loimme ensivedoksen oppaasta, johon jäsentelimme sisällön muotoa, värimaailmaa, rakennetta sekä ulkoasua. Tarkoituksena oli mukailla oppaassa Onnela-kodin asiakirjoissa käytettyä värimaailmaa. Tämän jälkeen kirjoitimme varsinaisen mallikappaleen oppaasta koekäyttöä varten Onnela-kodille.

Palautetta ja arviointia tarvitaan tuotteen kehittämisessä koko prosessin ajan. Hyviksi keinoiksi on koettu tuotteen koekäyttö tai esitestaus ennen tuotteen viimeistelyvaihetta. Tuotteen suunnittelussa alusta asti mukana olleille tuote voi olla liian tuttu arvioitavaksi, mikä voi vääristää tuotteesta saatua arviointia palautetta. Jotta tuotteesta saataisiin myös kritiikkiä, olisi palautetta kerättävä sellaisilta tuotteen loppukäyttäjiltä, jotka eivät ennestään tunne tuotetta. (Jämsä & Manninen 2000, 80.) Koekäytimme opasta kuukauden ajan Onnela-kodissa kerätäksemme palautetta oppaan laadunvarmentamiseksi. Palveluesihenkilölle ja Onnela-kodin sairaanhoitajalle oppaan sisältö oli ennestään tuttu, heidän jo ollessa aikaisemmin mukana oppaan suunnittelussa. Yksistään

heidän arviotaan tuotteesta ei voitu käyttää. Tuotetta arvioi tuotteen loppukäyttäjät (Onnela-kodin hoitohenkilökunta). He eivät ennestään tunteneet tuotetta, jolloin myös tuotteen arvioinnin kritiikki mahdollistui.

Jämsä & Manninen toivat esille teoksessaan, että laadunvarmistamisessa voidaan käyttää laadunmittausta. Tällä selvitetään täyttyvätkö tuotteelle annetut tavoitteet, ominaisuudet ja laadullisuus. Tämä on kokonaisuus, jossa tuote täyttää kohdistuvat odotukset. Jämsä & Manninen käsitelivät teoksessaan laatukäsitteitä Stakesin (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) laatiman laatusanaston mukaisesti. Käsitteenä laatu avataan Jämsä & Mannisen teoksessa niin, että tuote kokonaisuudessaan täyttää sille kohdistetut odotukset. Laatukriteeri on valittu ominaisuus laadun määrittämiseksi, jota mitataan. Laatuvaatimus asettaa laatukriteerille rajat, joiden sisällä laatu on vielä hyväksyttävää. Laatuvaatimus voi olla organisaation oma sisäinen tavoite. Laadunarviointi on toimintaa, jolla mittauksessa saatuja tuloksia verrataan asetettuihin laatuvaatimuksiin. Niiden perusteella tehdään johtopäätökset. (Jämsä & Manninen 2000, 128–135.) Saattohoito-oppaalle asetettuja tavoitteita olivat hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja saattohoitotyön toteuttamisen tukeminen. Mittaamiseen käytettiin palautelomaketta (liite 2), jonka kysymysten sisältö on laadittu yhdessä määriteltyjen kriteerien mukaisesti. Näitä olivat oppaan käytettävyys, sisällön vastaavuus, hyödynnettävyys perehdytysmateriaalina sekä luettavuus.

Palautelomake lähetettiin kuudelletoista työntekijälle Onnela-kotiin ja vastauksia saimme takaisin viisi kappaletta, mikä oli kolmasosa kokonaismäärästä. Oppaan käytettävyyden arvioinnissa tämä voi vaikuttaa tulosta heikentävästi. Näin ollen emme saaneet kaikkien oppaan arviointiin osallistuvien mielipidettä ja siksi arviointi perustui vain saamaamme viiteen vastaukseen ja niiden pohjalta tehtyihin johtopäätöksiin. Alhaiseen vastausprosenttiin on vaikuttanut muun muassa sillä hetkellä yksikössä vallitseva kiire pohjautuen sairauspoissaoloihin. Lähetimme muistutusviestin viikkoa ennen viimeistä palautelomakkeen palautuspäivää. Saamiemme vastauksien määrän perusteella pohdimme, olisiko parempaan vastausprosenttiin mahdollisesti voitu vaikuttaa ensimmäisen muistutusviestin lähettämällä, jo puolessavälissä ennen palautuspäivämäärää.

Palautelomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin oppaan käytettävyydestä. Kolme viidestä vastasi oppaan käytettävyyden soveltuvan Onnela-kodin saattohoitotyöhön. Osa on verrannut sitä aikaisempiin tilanteisiin saattohoidossa. Toiset kokivat tiedon olevan jo tuttua, mutta oppaasta löytyi hyvin uutta ja päivitettyä tietoa. Kaksi viidestä vastaajasta ei arvioinut käytettävyyttä, sillä koekäyttäjäksi Onnela-kodissa ei ollut asukasta saattohoidossa. Toisessa kysymyk-

sessä arvioitiin sisällön vastaavuutta ja laajuutta saattohoidon tarpeisiin. Neljän vastaajan mielestä opas on vastannut laajasti ja yksityiskohtaisesti Onnela-kodin tarpeita. Yksi vastaajista koki, että opas eteni systemaattisessa järjestyksessä todellisen elämänkulun mukaisesti saattohoidossa. Lisäksi hän korosti, että yksityiskohtainen asiantieto lisää oppaan arvoa. Kahdessa vastauksessa ilmeni korjausehdotuksia oppaaseen. Toisessa vastauksessa ehdotettiin joidenkin teosten avaamista Onnela-kodin arkeen sopivammaksi. Toinen ehdotus oli, että huomioitaisiin myös omaisten ravitsemus heidän jaksamisensa yhteydessä esimerkiksi iltapalan muodossa.

Kolmannessa kysymyksessä pyydettiin arvioimaan oppaan toimivuutta perehdytysmateriaalina. Kaikki vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että opasta voidaan käyttää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Kysymykset neljä ja viisi olivat kohdistettu oppaan ulkoasuun ja luettavuuteen. Ulkoasu koettiin vastaajien mukaan hyväksi, selkeäksi sekä tyylikkääksi ja aihetta vastaavaksi. Oppaan teksti oli jäsennelty hyvin. Se oli helppolukuista, mutta tarvitsee vielä oikolukua kirjoitusvirheiden osalta. Palautelomakkeen lopussa oli vastaajille ”vapaa sana” kohta, johon he saivat tuoda esille mahdollisia kehitysideoita opasta varten. Kahdessa palautteessa huomioitiin eri uskontokuntiin kuuluvien hengellisten tarpeiden kohdassa sekavuutta kahden uskontokunnan välillä. Toisena asiana yksi vastaajista mainitsi, että Onnela- kodissa saattohoitovaihe alkaa yleensä vain muutamaa päivää ennen oletettua kuolemaa. Tämän vuoksi kotisairaala harvoin osallistuu saattohoidon toteutukseen ja on myös epäloogista puhua elämänlaadun parantamisesta tai rikastuttamisesta saattohoidossa. Kuolemaa käsittelevässä osiossa yksi vastaajista toivoi selkeämpää ohjeistusta kuoleman jälkeisistä tehtävistä. Kaksi vastaajaa koki oppaan jo sellaiseen käytännölliseksi, eivätkä kokeneet tarvitsevana muutoksia siihen. Tulosten käsittelyn jälkeen aloitimme oppaan viimeistelyn saadun palautteen mukaan

## 6.5 Tuotteen viimeistely

Tuotteen valmistuttua mahdollisten eri versioiden jälkeen alkaa tuotteen viimeistelyvaihe koekäytöstä saatujen palautteiden ja kokemusten pohjalta. Viimeistelyssä voidaan tarkentaa yksityiskohtia, toteutusohjeita sekä suunnitella tuotteen päivittämiseen liittyviä asioita (Jämsä & Manninen 2000, 80–81). Teimme muutoksia oppaaseen koekäyttöjaksosta saadun palautteen mukaisesti. Omaisten tukemisesta käsittelevässä kappaleessa huomioimme uutena näkökulmana omaisten ravitsemuksesta huolehtimisen surun keskellä. Koekäyttäjät olivat tyytyväisiä oppaan ulkoasuun, joten suurempia muutoksia ei tarvinnut tehdä. Halusimme itse kuitenkin selkeyttää

oppaassa olevien taulukoiden ulkoasua. Oppaassa ilmeni kirjoitusvirheitä, joten oikoluimme oppaan ja korjasimme kirjoitusvirheet sekä lauserakenteet. Kahden uskontokunnan välillä oli sekaannuksia, joten teimme tarvittavat korjaukset. Teimme myös tarvittavat korjaukset kotisairaalan käynneistä sekä elämänlaadun parantamisesta. Lisäsimme oppaaseen selkeän tiivistelmän kuoleman jälkeisistä tehtävistä.

Valmis toimiva tuote vaatii valmistuakseen tuotteistamisprosessin kaikki vaiheet. Tätä prosessia selkeyttää seuraava kuvio (kuvio 3) (Jämsä & Manninen 2000, 85).



KUVIO 3. Oppaan toteutuksen vaiheet tuotteistamisprosessissa (Jämsä & Manninen 2000, 85).

## 7 Johtopäätökset ja pohdinta

Opinnäytetyömme tarkoitus oli tuotteistaa saattohoito-opas Onnela-kodin hoitohenkilökunnalle. Ennen tuotteistamisprosessin aloittamista tutkimme saattohoidon kokonaisuuden sisältöä. Saattohoito-oppaan tarkoitus oli tukea hoitajia saattohoidon toteutuksessa ja toimia myös perehdytysmateriaalina uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Johtopäätöksiä tehtäessä mietimme, kuinka opas oli täyttänyt tavoitteet. Palautteesta saatu arvio puolsi oppaan toimivuutta Onnela-kodissa ja oli laajuudeltaan heidän tarpeisiinsa soveltuva. Vaikka vastauksia palautui vain kolmasosa lähetyistä palautelomakkeista, on vastausten yhtenäinen linja kuitenkin sopivuutta ja hyödyllisyyttä puoltavaa, sekä opas koettiin käyttäjien mielestä hyödylliseksi. Näiden tietojen valossa voitaneen johtopäätöksenä todeta oppaan täyttäneen tavoitteet ja soveltuvan Onnela-kodille saattohoito-oppaaksi.

Saattohoito oli kokonaisuudessaan laaja käsite. Aiheemme rajautui perustason saattohoitoon ja hoitajien näkökulmiin sekä tehtäviin. Tiedostimme saattohoitoprosessin koostuvan moniammatillisesta ja monialaisesta yhteistyöstä, jonka tavoitteena oli antaa kuolevalle potilaalle mahdollisimman hyvää hoitoa, huomioiden hänen läheisensä sekä hoitohenkilökunnan tarpeet saattohoidon toteuttajina. Saattohoidossa huolehditaan hyvästä kivun arvioinnista ja kivunhoidosta, oireenmukaisesta hoidosta sekä hengellisistä, psykososiaalisista ja fyysistä tarpeista. Saattohoidossa kunnioitetaan kuolevan potilaan elämäntapoja, toiveita ja itsemääräämisoikeutta esimerkiksi potilaan hoitotahdon avulla. Kuolevilla potilailla on oikeus hyvään kivun- ja oireenmukaiseen hoitoon sekä arvokkaaseen kuolemaan. Tätä kokonaisuutta selkeytimme kuvan avulla, joka havainnollistaa perustasolla annettavan saattohoidon kokonaisuutta (liite 3).

Oppaamme tavoitteena oli edistää näyttöön perustuvan saattohoidon toteutumista palvelutalo Onnela-kodissa. Opas oli toteutettu laajan näyttöön perustuvan tietopohjan ja toimeksiantajamme ohjeiden ja toiveiden perusteella. Tärkeimpiä lähteitä teoreettisessa tietoperustassa oli Käypä hoito -suositus saattohoidosta, ajantasaiset lait ja suositukset, jotka ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä saattohoitoa koskeva kirjallisuus. Näiden lisäksi käytimme Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän työohjetta kuoleman toteamisesta ja vainajien säilytyskäytännöistä. Opinnäytetyöllä osoitetaan kykyä yhdistää tietoa käytännöllisen ammatillisen taidon ja teoreettisen tiedon välillä siten, että tieto jotenkin hyödyttää alan ammattihenkilöstöä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 159–160). Saattohoito-oppaaseen on koottu saattohoidosta ajantasainen ja sitä ohjaava tieto, joka täydensi aiempaa hoitohenkilökunnan tietämystä saattohoidosta.



Oppaan sisältävä tieto tukee hoitohenkilökuntaa saattohoitotyön toteutuksessa. Se sisältää myös käytännön ohjeita, joista voi olla apua.

Olimme sopineet ryhmämme kesken yhden jäsenen, toimivan yhteyshenkilönä toimeksiantajan kanssa. Tämä helpotti tiimityöskentelyä ja työn jakoa työn edetessä. Yhteistyö sujui hyvin ja yhteyshenkilömme oli aktiivinen prosessin eri vaiheissa ja helposti tavoitettavissa koko ajan. Pidimme työn edetessä palavereita työn edistymisestä. Ryhmämme kanssa saimme hienosti suunniteltua yhteisiä päivämääriä opinnäytetyön tekoon ja jokainen tekijä oli motivoitunut työn tekemiseen.

### 7.1 Luotettavuuden arviointi

Vilkkaan ja Airaksisen teoksen mukaan toiminnallisessa ja tutkimuksellisessa opinnäytetyössä on eroavaisuuksia, joten arvioinnit eroavat toisistaan. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitteiden saavuttaminen on merkityksellinen tekijä opinnäytetyön arvioinnissa. (Vilka & Airaksinen 2003, 154–155.) Tavoitteen täyttymistä arvioidessamme vertasimme palautelomakkeista saatuja vastauksia asetettuihin tavoitteisiin. Vastausten mukaan opas koettiin sopivaksi Onnela-kotiin ja se vastasi heidän tarpeitaan sekä sen koettiin tukevan heidän saattohoitotyötään. Lisäksi opas koettiin sopivan myös perehdytysmateriaaliksi uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Saatu palaute puolsi tavoitteidemme täyttymistä. Hoitohenkilökunnan toiveena oli konkreettiset ohjeet hoitamisen tueksi. Kuitenkin käytännön tasolla suorien toimintaohjeiden kirjoittaminen on melko mahdotonta, sillä potilaan hoito on arvioitava yksilöllisesti. Lääkehoidon osalta suorien ohjeiden antaminen voi vaarantaa potilaan turvallisuuden. Tämän vuoksi lääkehoidollinen ohjeistus on laadittu suuntaa antavaksi, jota voidaan soveltaa lääkärin antaman määräyksen mukaisesti. Sen sijaan oppaassa lääkkeettömiä hoidollisia ohjeistuksia voidaan hyödyntää suoraan hoitotyössä soveltaen potilaan tarpeisiin.

Prosessin kaikissa vaiheissa luotettavuuden arviointi on tärkeää. Luotettavuuden arviointia voidaan tehdä esimerkiksi seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus ja siirrettävyys. Nämä kriteerit ovat syntyneet useiden eri tutkijoiden näkemysten yhdistämisestä (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129). Opinnäytetyömme siirrettävyyttä on osittain vaikea todentaa, koska opas on tehty vastaamaan Onnela-kodin tarpeita ja käytäntöjä. Kuitenkin jotkut asiat

ovat teoriassa samanlaisia kaikkialla kuten esimerkiksi oireenmukainen hoito ja kivunhoito. Op-  
 paamme käytännön ohjeistukset ovat kohdistettu ainoastaan Onnela-kodin tarpeisiin, joten  
 emme voi olla varmoja siitä toteutuisiko ne samanlailla muuallakin. Verrattaessa opinnäytetyö-  
 tämme kuitenkin muihin opinnäytteisiin kuten, Niemen (Niemi 2013) ja Närhen & Väisäsen töihin  
 (Närhi & Väisänen 2016) voimme todeta, että saattohoito-oppaiden sisällön vastaavuus on pää-  
 osin samankaltaista ja työmme siirrettävyys siltä osin kuin sitä on mahdollista verrata, on hyvä.

Uskottavuus tutkimuksessa voidaan todeta tuloksia tarkastelemalla niin, että tutkimustulokset  
 vastaavat osallistuvien henkilöiden käsityksiä tutkittavasta kohteesta (Kylmä & Juvakka 2007,  
 127). Kysymysten läpikäyminen sekä arvioitavan kohteen avaaminen tuotteen käyttäjille ennen  
 tuloksien keräämistä vähentää kysymysten väärinymmärrystä (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Vah-  
 vistettavuus luotettavuuskriteerinä tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tut-  
 kija kykenee seuraamaan prosessin kulkua pääpiirteittäin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Raporttia  
 kirjoitimme mahdollisimman johdonmukaisesti, jotta lukijan on helppo seurata lukemaansa teks-  
 tiä sekä pystyy muodostamaan siitä johtopäätöksiä. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan yh-  
 teistyössä toimeksiantajan kanssa sekä omalla raportoinnilla ja tulosten kriittisellä tarkastelulla  
 prosessin aikana ja noudattamalla hyvää tutkimusetiikkaa.

Palautelomakkeen kysymyksillä haettiin vastauksia saattohoito-oppaan käytettävyyteen ja sisäl-  
 lön sopivuuteen saattohoidon toteuttamisessa sekä hyödyntämiseen perehdytysmateriaalina.  
 Hirsjärvi & kumppaneiden Tutki ja kirjoita- teoksessa käsitellään aineiston ja tuloksien hankin-  
 nassa kysymysten sisältöä ja rakennetta. Esimerkiksi avoimilla kysymyksillä voidaan saada vastaa-  
 jien todellinen mielipide tarkemmin esille. Kysymyksiä ohjeistetaan teoksessa yksinkertaistamaan  
 ja selkeyttämään sekä varmistamaan kysymysten samanlainen ymmärrettävyys. (Hirsjärvi, Remes  
 & Sajavaara 2015, 193–195, 202–203.) Palautelomakkeen kysymyksiin käytimme Hirsjärven, Re-  
 meksen ja Sajavaaran teoksen ohjeistusta, jolla saavutimme yksilöllisen mahdollisuuden vastaa-  
 jalle vaikuttaa parhaiten saattohoito-oppaan sisältöön palvelutalon toiminnan mukaiseksi. Tulok-  
 sien tarkastelun olemme suorittaneet jokainen itsenäisesti ja olemme verranneet johtopäätök-  
 siämme yhdessä, joissa olemme tulleet yhteiseen johtopäätökseen tuloksista. Palautelomakkeet  
 hävitimme käsittelyn ja käytön jälkeen asianmukaisesti.

Lähteiden kriittisessä arvioimisessa on otettava huomioon kirjottajan tunnettavuus ja arvovalta,  
 lähteiden ikä sekä uskottavuus, julkaisijan arvovalta ja vastuu (Hirsjärvi ym. 2015, 113–114). Opin-  
 näytetyötä tehdessämme olemme lähdemateriaalia valitessamme noudattaneet tiukkaa lähde-  
 kritiikkiä. Lähteet ovat valikoituneet ajantasaisuuden sekä luotettavuuden perusteella. Lähteiden

kirjoittajat ovat olleet oman alansa tunnustettuja asiantuntijoita ja heidän kirjoittamiaan julkaisuja on ollut useita. Julkaisijoiden sivustot ovat olleet tunnettuja ja luotettavia, kuten esimerkiksi sosiaali- ja terveys ministeriö. Löytämämme tieto on ollut samansisältöistä useammassa lähteessä. Teoksien ja julkaisuiden tuoreus on ollut pääsääntöistä ja vanhempien julkaisuiden käyttämistä olemme kriittisesti arvioineet ja hyödyntäneet vain niitä lähteitä, joiden asiasisältö ei ole vanhentunut. Kerätyn materiaalin pohjalta olemme kehitelleet ammattikäytänteitä edistävän saattohoito-oppaan.

## 7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tekemisessä eettiset periaatteet ovat merkittäviä. Alkuvaiheessa on merkityksellistä pohtia opinnäytetyön seurauksia. Aiheen valinta on eettinen ratkaisu, missä tulee huomioida työn kokonaisuus, aiheen osuvuus, huomioidaan työn käyttäjät ja ettei työllä aiheuteta haittaa kenellekään. Valitaan tutkimusmenetelmä, millä työ halutaan toteuttaa sekä saadaanko haluttu tieto valitulla tutkimusmenetelmällä. Kiinnitetään huomiota myös, onko valitut tutkimusmenetelmät eettisesti oikeutettuja. Tulosten raportointi on eettinen velvoite. Yksi tutkimusta ohjaava eettinen periaate on oikeudenmukaisuus, se toteutuu, kun saadut tulokset arvioidaan. Tulosten eettisessä raportoinnissa merkittäviä asioita ovat avoimuus, rehellisyys ja tarkkuus, joita noudatetaan tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksen tekijän on suojeltava tutkimukseen osallistujien yksityisyyden suojaa. Tutkimusetiikassa on monia valinta- ja päätöksentekotilanteita, joita tutkimuksen tekijät ratkaiset prosessin eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–155). Opinnäytetyön eettisyydessä ja luotettavuudessa on huomioitava hyvä tieteellinen käytäntö. Hirsjärvi ym. muut kertovat teoksessaan, että jokainen, joka julkaisee tai hankkii tietoa, on vastuussa tutkimuseettisten periaatteiden tuntemisesta ja niiden noudattamisesta. Toisin sanoen, kun muiden tekijöiden tutkimustuloksia tai artikkeleita aiotaan hyödyntää omassa tekstissä, on niihin viitattava asianmukaisella tavalla (Hirsjärvi ym. 2015, 23–24). Opinnäytetyömme prosessin alkuvaiheessa aiheen valinta oli jo eettisesti merkittävä ratkaisu. Aiheen valintaa tehdessä huomioimme työn kokonaisuuden. Osuvuutta lisäsi aiheen rajaaminen tuotteen loppukäyttäjille eli hoitohenkilökunnalle. Tällä pystyimme huomiomaan hoitohenkilökunnan tarpeita paremmin ja tuottamaan heille yksikön tarpeita vastaavan oppaan. Opasta he voivat käyttää turvallisen saattohoidon toteutuksen tukena Onnela- kodin asukkaille. Käytettyjä lähteitä arvioimme kriittisesti ja olemme huomioineet lähteiden ajantasaisuuden. Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitoksen, Valviran ja Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivuja pidimme luotettavina. Nämä tahot valvovat ja ohjaavat terveydenhuollon toimia ja toimijoita. Muiden internet aineistojen kohdalla olimme erityisen tarkkoja lähteen

julkaisijasta ja kirjoittajasta. Vältimme opinnäytetyössämme luvaton lainaamista ja viittasimme asianmukaisin lähdemerkinnöin.

Liikesalaisuuslaki määrittää salassapitovelvollisuuden työntekijöiden ja muiden henkilöiden osalta. Tällä turvataan yrityksen liikesalaisuutta ja muita arkaluontoisia asiakirjoja, jotka ulkopuolisille päästessään voisivat olla vahingoksi yritykselle (L 595/2018). Allekirjoitimme toimeksiantajan kanssa salassapitovelvollisuutta koskevan sopimuksen. Onnela-kodista saatu materiaali oli käytössämme paperiversiona. Yksi ryhmämme jäsenistä hallitsi ja säilytti sitä suojattuna ulkopuolisilta kirjekuoressa. Saatava materiaali sisälsi saattohoidon kannalta tarvittavia tietoja, mutta se ei sisällä potilasasiakirjoja tai muita arkaluontoisia henkilötietoja. Hävitimme materiaalin käytön jälkeen asianmukaisesti.

### 7.3 Arvio onnistumisesta ja yhteistyö toimeksiantajan kanssa

Arvioimme opinnäytetyö prosessimme onnistuneeksi. Aiheemme rajautui hyvin, eikä ollut aikataulullisesti mahdotonta toteuttaa. Pysyimme hyvin suunnitellussa aikataulussa. Tutkimuskysymyksinäme oli ”Miten saattohoitoa tulisi toteuttaa perustason yksikössä?” ja ”Millainen saattohoito-opas palvelee Onnela-kodin hoitohenkilökuntaa?” ja saimme näihin vastattua kattavasti. Rajatun alueen sisällä oli opinnäytetyöprosessin alussa hankaluutta pysyä ja saatoimme kertoa tietoa liian laajasti. Tämä toi työtunteja lisää, kun jouduimme välillä käymään samoja kohtia useamman kerran läpi. Prosessin edetessä taitomme kehittyi ja osasimme keskittyä vain olennaisiin seikkoihin. Saattohoito-opas toteutui alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Haasteita oppaan käytettävyyden ja soveltavuuden arviointiin toi kuitenkin palautelomakkeen alhainen vastausten määrä. Opinnäytetyöprosessin aikana yhteistyö toimeksiantajan kanssa kehitti yhteistyötaitojamme. Olimme sopineet ryhmämme kesken yhden jäsenen, toimivan yhteyshenkilönä toimeksiantajan kanssa. Tämä helpotti tiimityöskentelyä ja työn jakoa työn edetessä. Yhteistyö sujui hyvin ja yhteyshenkilömme oli aktiivinen prosessin eri vaiheissa ja helposti tavoitettavissa koko ajan. Pidimme työn edetessä palavereita työn edistymisestä. Ryhmämme kanssa saimme hienosti suunniteltua yhteisiä päivämääriä opinnäytetyön tekoon ja jokaisella tekijällä oli hyvä motivaatio ja tavoitteet.

#### 7.4 Ammatillinen kasvu

Tulevina sairaanhoitajina tulemme kohtaamaan saattohoidossa olevia potilaita. Olemme opinnäytetyö prosessin aikana syventäneet teoria osaamista saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Uskomme, että tulevaisuudessa pystymme hyödyntämään oppimaamme tietoa. Sairaanhoitajakoulutuksen opintosuunnitelma pohjautuu sairaanhoitajien osaamisvaatimuksiin, jotka opiskelijan tulee hallita valmistuttuaan (Sairaanhoitajakoulutus, Sairaanhoitaja (AMK): 210 op, Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto 2018). Oman ammatillisen kehittymisen arvioinnissa käytimme opinnäytetyössä vuosikurssiin sisällytettyjä vuonna 2015 laadittujen sairaanhoitajan osaamisvaatimuksia. Osaamisvaatimuksia sairaanhoitajalle määritellään Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuushankkeen raportissa, jonka ovat koonneet Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio. Osaamisvaatimukset ovat määriteltä hankkeessa omille osa-alueilleen. Sairaanhoitaja noudattaa työssään voimassa olevaa lainsäädäntöä ja sosiaali- ja terveystieteellisiä linjauksia, jotka ovat ammatillisen toiminnan lähtökohtia. Työssään sairaanhoitaja toimii näyttöön perustuvasti ja hyödyntää hoitotieteellistä tietoa, toteuttaessaan, suunnitellessaan ja arvioidessaan hoitotyötä. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 19–20.) Tämän opinnäytetyön kannalta tärkeimmiksi kompetensseiksi valitsimme ohjaus- ja opetusosaamisen, näyttöön perustuvan toiminnan ja päätöksenteon, sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun ja turvallisuuden ja hoitotyön eettisyyden ja ammatillisuuden.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme kehittyneet näyttöön perustuvan tiedon hakemisessa ja hyödyntämisessä, joka on osa sairaanhoitajan kompetensseja (Eriksson ym. 2015, 41–42). Haasteita sopivan tiedon löytämisessä ja hakemisessa kuitenkin esiintyi jonkin verran opinnäytetyön suunnitelma- ja toteutusvaiheessa. Haimme ohjausta tähän keskustellen ohjaavan opettajan ja ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikon kanssa lähteiden sopivuudesta ja teoksista, joita voimme käyttää opinnäytetyössämme. Lähteiden kriittisyydessä olemme kehittyneet arvioimalla lähteiden sopivuutta ammatilliseen käyttöön. Kehitimme näyttöön perustuvassa toiminnassa ongelmanratkaisukykyä. Ongelmia esiintyi suunnitelmavaiheessa enemmän kuin toteutusvaiheessa ja ohjausta haettiin koko opinnäytetyöprosessin aikana ohjaavalta opettajalta. Opinnäytetyöprosessin aikana saatu palaute oli välillä haasteellista suhteuttaa opinnäytetyöhön aiheen laajuuden vuoksi. Asiakokonaisuuksien kohdistaminen oikeisiin kohtiin toi myös prosessin alussa haasteita.

Ohjaus- ja opetusosaaminen kuuluu yhdeksi osaamisvaatimukseksi sairaanhoitajan kompetensseissa. (Eriksson ym. 2015, 43). Oppaasta tehtiin aluksi hyvä suunnitelma yhdessä toimeksiantajan kanssa huomioiden heidän toiveensa oppaasta. Opinnäytetyöprosessin aikana kehitimme ohjaus-

ja opetusosaamista, jonka yhtenä osana on huomioida asiakaslähtöisyys. Osasimme huomioida asiakaslähtöisesti yksikön tarpeet. Ohjaustaitoa pääsimme kokeilemaan ja kehittämään henkilökuntaa ohjeistamalla oppaan käytössä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu ja turvallisuus kompetenssin olemme huomioineet osana sairaanhoitajien kompetensseja. (Eriksson ym. 2015, 46–47). Sillä opas tuli osaksi hoitotyötä, huomioimme potilasturvallisuuden saattohoito-oppaan sisältöä tuottaessa. Olemme kehittäneet hoitotyön laatuun ja turvallisuuteen liittyvää osaamis- tamme oppaan teon aikana. Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus on osa sairaanhoitajan osaa- mista käytännön työssä, jota tukevat erilaiset ohjeistukset ja suositukset (Eriksson ym. 2015, 37). Opimme suunnittelemaan potilaan hoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon suosituksia hyödyntäen ja sopeuttaen ne osaksi käytäntöä. Opimme opasta tehdessämme huomioimaan potilaan lisäksi myös omaiset, ja hoitoon osallistuvat muut tahot sekä niiden merkityksen hoidossa.

Yhteistyö ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan kanssa kehitti yhteistyötaitojamme opinnäyte- työprosessin aikana. Tulevina sairaanhoitajina tarvitsemme kollegiaalisia taitoja moniammatilli- sessa työyhteisössä toimiessamme. Mielestämme meidän ammatillinen kehittymisemme on ollut hyvällä tasolla. Kehityimme saattohoidon osaajina opinnäytetyöprosessin aikana. Saimme katta- vasti uutta tietoa saattohoidosta ja sen käytänteistä. Ymmärrämme tuotteistetun opinnäytetyön prosessin vaiheet. Olemme saaneet hyvää ohjausta ja rakentavaa palautetta koko opinnäytetyö- prosessin ajan, joka on auttanut meitä työssämme eteenpäin. Osaamme tulkita ja arvioida kriitti- sesti myös muiden tutkimuksia ja opinnäytetöitä.

## 7.5 Jatkokehittämisaiheet

Uutena kehittämisideana voisi olla esimerkiksi saattohoito-opas omaisille tai potilaille. Omaisten huomioimisen tärkeyteen voisi jatkossa syventyä enemmän. Myös potilaiden kokemuksiin saat- tohoidosta perustason yksikössä sekä saattohoitopäätöksen saamisesta ja sen tuomista tunteista olisi mielenkiintoista saada lisää tietoa.

## Lähteet

- A 27/2004. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>, Suomen Laki.
- A 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>, Suomen laki.
- A 948/1973. Asetus kuolemansyyn selvittämisestä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730948>, Suomen laki.
- Aalto, R. (2009). Suru ja kuolema. Teoksessa K. Aalto & R. Gothöni (toim.) *Ihmisen lähellä*. (67–75). Kirjapaja Helsinki.
- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. (2020). Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. saatavilla 23.4.2020 <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. (2015). *Hoitamalla hyvää oloa*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Bjørnsland, B., Hov, R., Kjøs, B. & WildeLarsson, B. (2020). A sense of security in palliative homecare in a Norwegian municipality; dyadic comparisons of the perceptions of patients and relatives - a quantitative study. *BMC Palliative Care* 19(7). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0513-7>
- Daveson, B., Alonso, J., Calanzani, N., Ramsenthaler, C., Gysels, M., Antunes, B., Moens, K., Groeneveld, E., Albers, G., Finetti, S., Pettenati, F., Bausewein, C., Higginson, I., Harding, R., Deliens, L., Toscani, F., Ferreira, P., Ceulemans, L. & Gomes, B. (2014). Learning from the public: citizens describe the need to improve end-of-life care access, provision and recognition across Europe. *The European Journal of Public Health* 24(3), 521–527. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt029>
- Depressio. (2020). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavilla 14.3.2021 <https://www.kaypahoito.fi/>

Elämän loppuvaiheen hoito. (2020). Valvira. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 10.2.2021 [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. (2015). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke*. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy.

Gothóni, R. & Jokela, U. (2009). Eri uskontojen ja kulttuurien haaste hoitotyössä. Teoksessa K. Aalto & R. Gothóni (toim.). *Ihmisen lähellä*. (151–165). Helsinki: Kirjapaja.

Heiskanen, T. (2018a). Kipu ja sen hoitoperiaatteet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (22–23). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heiskanen, T. (2018b). Opioidit. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (25–28). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hillilä, M. (2018). Ummetus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (55–58). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. (2015). Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. (2018). *Lähihoitajan käsikirja*. Helsinki: Sanomapro Oy.

Hoitotahto. (2021). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 20.2.2021 <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotahto>

Hyvä saattohoito suomessa. (2010). Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 5.11.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

Hänninen, J. (2015a). Oireiden hoito palliativisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativinen hoito*. (32–40). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. (2015b). Ravitsemus saattohoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A (toim.) *Palliativinen hoito*. (346–347). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. (2015c). Työntekijän jaksaminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A (toim.) *Palliativinen hoito*. (299–300). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.



Hänninen, J. (2018a). Oireiden ja ennusteen arviointi. T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (16–19). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. (2018b). Lymfaturvotus. T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (16–19). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Idman, I. (2018). Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito palliativisen hoidon osana. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (104–106). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isoherranen, K. (2015a). Haavat. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativinen hoito*. (182–183). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isoherranen, K. (2015b). Hikoilu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativinen hoito*. (183–184). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isoherranen, K. (2018a). Haavat ja verenvuoto. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (84–86). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isoherranen, K. (2018b). Kutina. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (86–87). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jämsä, K. & Manninen, E. (2000). *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi.

Kontinen, V. & Hamunen, K. (2015). Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. *Duodecim-lehti* 131(20), 1921–1928.

Kontinen, V. (2018). Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (23–25). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kuolemasta saa ja pitää puhua. (2018). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 16.2.2021 <https://stm.fi/-/kuolemasta-saa-ja-pitaa-puhua>.

Kuolintodistus. (2020). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 14.2.2021 <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon-erityispalvelut/oikeuslaakinta/kuolemansyyn-selvittaminen/kuolemansyyn-selvittamiseen-liittyvat-asiakirjat-ja-julkisuus/kuolintodistus>

Kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma. (2019). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 20.2.2021 <https://thl.fi/documents/10531/2018104/PACE-toimintamalli+Kuusi+askelta+palliatiivisen+hoidon+kehittamiseen.pdf/ace7b20c-c35b-4ef7-94f1-ebba332ae8d6>

Kylmä, J. & Juvakka, T. (2007). *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Kärpänniemi, R. (2008). Sairaanhoidaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) *Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito*. (113–116). Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

L 459/1973. Laki kuolemansyyn selvittämisestä. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730459>, Suomen Laki.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>, Suomen Laki.

L 595/2018. Liikesalaisuuslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20180595>, Suomen Laki.

L 731/1999. Suomen perustuslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>, Suomen Laki.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>, Suomen Laki.

L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>, Suomen Laki.

L 1062/1989. Erikoissairaanhoitolaki. Saatavilla <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>, Suomen Laki.

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>, Suomen Laki.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>, Suomen Laki.

Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. (2019). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 22.3.2021 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Lehto, J. & Pöyhiä, R. (2015). Hengitysteiden oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativinen hoito*. (92–107). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J. & Pöyhiä, R. (2018). Hengitysteiden oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (38–40). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lehto, J. & Thanos, S. (2018). Pleuraneste. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (43–45). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mitä on palliativinen hoito. (2020). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 19.4.2020 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliativinen-hoito#Palliativinen>

Monikulttuurinen kuolema. (2016). Kivimäki. Saatavilla 13.2.2021. <https://kapy.fi/wp-content/uploads/monikulttuurinen-kuolema.pdf>

Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. (2019). Palliativinen talo. Terveyskylä. Saatavilla 20.4.2021 <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/saattohoidon-erityiskysymykset/nesteytys-ja-ravitseminen-saattohoidossa>

Niemi, M. (2013). *Saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle*. AMK-opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 22.3.2021 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201302252571>

Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. (2018). Suun oireet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (48–52). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Närhi, K. & Väisänen, M. (2016). *Hyvä saattohoito: opas hoitohenkilökunnalle*. AMK-opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla 23.3.2021 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201601191443>

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. (2015). Hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 22.3.2021 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs-lyh.pdf>

Palliativinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 12.3.2020 [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. (2017). Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3896-0>

Palliativisen hoitotyön ja lääketieteen osaaminen. (2021). Palliativisen koulutuksen kehittäminen, EduPal-hanke. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Saatavilla 2.2.2021 <https://www.palliativisen-koulutuksenkehittaminen.fi/sample-page/>

Pesola, J. & Ålgars, E. (2019). *Vainajan asioiden hoito - ihmisarvoa kunnioittavat käytännöt*. Tutkimusraportti. Helsingin yliopisto. Saatavilla 13.2.2021 [http://www.socca.fi/files/8163/RA-PORTTI - Vainajan asianhoito Jenni Pesola ja Emma Algars.pdf](http://www.socca.fi/files/8163/RA-PORTTI_-_Vainajan_asianhoito_Jenni_Pesola_ja_Emma_Algars.pdf)

Post, K. (N.d.). *Purple flower*. Freeimages. saatavilla 5.5.2021 <https://www.freeimages.com>

Pöyhiä, R. Lehto, J. & Hänninen, J. (2018). Hikka. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (42–43). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rahko, E. & Koskela, R. (2015). *Pahoinvointi ja oksentelu*. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativinen hoito*. (132–143). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rahko, E. & Koskela, R. (2018). Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (52–55). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). (2015). *Palliativinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. (2018a). Krooninen ripuli. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (59–62). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. (2018b). Maligni askites. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (62–63). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012, suunnitelmat ja toteutus. (2012). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). Sosiaali- ja terveys ministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3270-8>

Sairaanhoitajakoulutus, Sairaanhoitaja (AMK): 210 op, Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto. (2018). Kajaanin ammattikorkeakoulu Oy. Saatavilla 1.4.2021 <http://opinto-opas.kamk.fi/index.php/fi/68146/fi/68088>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. (1996). Sairaanhoitajat.fi. Sairaanhoitajaliitto. Saatavilla 2.3.2021 <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>

Saranpää, A. (2015). Sosiaalityöntekijä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A (toim.) *Palliativinen hoito*. (236–239). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Seppänen, M., Vähäkangas, A. & Anttonen, M. (2020). Hyvä kuolema. *Gerontologia* 34(4), 363–366.

Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. (2019). Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>

Surun tai kriisin kohdatessa. (2021). Kajaanin seurakunta. Saatavilla 13.2.2021 <https://www.kajaaninseurakunta.fi/apua-ja-tukea/suru-kriisi>

Taari, K. (2018). Virtsaumpi. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (86–87). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tasmuth, T. (2019). Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Lääkärilehti* 9, 540–544. Suomen lääkäriliitto.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Tammi.

## Saattohoito-oppaan toteutunut sisältö

## Sisällys

|      |   |    |
|------|---|----|
| 1    | Saattohoito .....   | 1  |
| 2    | Hoitosuunnitelma ja hoitoneuvottelu .....                                       | 4  |
| 2.1  | Hoitotahto .....  | 5  |
| 2.2  | DNR-päätös .....  | 6  |
| 2.3  | Saattohoitopäätös .....   | 7  |
| 3    | Saattohoidossa olevan asukkaan oireenmukainenhoito .....                        | 8  |
| 3.1  | Kivunarvointi .....   | 9  |
| 3.2  | Oireita lievittävä lääkehoito sekä lääkkeetöhoito .....                         | 13 |
| 3.3  | Hengitystieoireiden hoito .....   | 15 |
| 3.4  | Ihon hoito .....  | 21 |
| 3.5  | Ruoansulatuskanavan ongelmien hoito .....                                       | 23 |
| 3.6  | Erittämisen ongelmien hoito .....   | 26 |
| 3.7  | Nestehoito, ravitseminen ja väsymys saattohoidossa .....                        | 28 |
| 3.8  | Psyykkiset oireet .....   | 29 |
| 3.9  | Sosiaaliset tarpeet .....   | 30 |
| 3.10 | Hengelliset tarpeet .....   | 32 |
| 4    | Odotetun kuoleman saapuessa, miten toimitaan .....                              | 37 |
| 4.1  | Kuoleman toteaminen, vainajan säilyttäminen ja kuolintodistus .....             | 37 |
| 4.2  | Vainajan arvokas kohtelu .....  | 42 |
| 4.3  | Vainajan hoito (vainajan laitto) .....  | 42 |
| 4.4  | Tarkistuslista tehtävistä kuoleman tapahtuessa sekä muistilista omaisille ..... | 47 |
| 5    | Omaisten tukeminen sekä työntekijän jaksaminen .....                            | 49 |
|      | Yhteystietoja .....   | 53 |
|      | Kirjallisuutta .....  | 54 |
|      | LIITTEET 5kpl   |    |

## Palautelomake saattohoito-oppaasta

Hei.

Olemme 3 vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Kajaanin ammattikorkeakoulusta. Teemme toimeksiantona opinnäytetyötä saattohoito-oppaasta, joka tuotetaan palveluysiköille. Olette saaneet yksikköönne maaliskuun alkupuolella mallikappaleen saattohoito-oppaasta koekäyttöön, jonka toimivuutta olette voineet kokeilla käytännötyössä sekä perehdytysmateriaalina. Tämän lomakkeen tarkoituksena on kerätä tietoa oppaan toimivuudesta sekä sisällön sopivuudesta käytännötyössä saattohoidossa. Palautteen kerääminen on meille tärkeää, jotta palautteen avulla voimme tehdä lopullisesta saattohoito-oppaasta teidän palveluysikköönne toimivan kokonaisuuden. Palautteet käsittelemme anonymisti ja palautelomakkeet tuhotaan käsittelyn jälkeen. Toivomme myös, että pilotoitijaksolla opas arvioitaisiin myös perehdytysmateriaalina.

Olemme lähettäneet sähköpostin välityksellä tämän kyselylomakkeen palveluysikköönne esimiehelle, joka on jakanut tämän kyselylomakkeen työntekijöille. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja kysymyksiä on 6 kappaletta. Aikaa kyselyn täyttämiseen menee noin 5–8 minuuttia. Toivomme että täytätte kyselylomakkeen Word-tekstinkäsittelyohjelmaa käyttäen, joka helpottaa lomakkeen täyttämistä. Toivomme rehellistä vastausta oppaaseen liittyvissä kysymyksissä. Valmis täytetty lomake tulostetaan ja palautetaan yhteiseen kirjekuoreen, jolle on yksikössänne ennalta sovittu paikka. Palautukset tulisi olla tehtynä viimeistään 25.03.2021 mennessä. Toivomme mahdollisimman pikaista vastausta, jotta ehdimme käsitellä vastaukset ja tehdä mahdolliset tarvittavat muutokset oppaalle kevään aikana.

Mikäli herää kysymyksiä kyselyyn liittyen, olethan yhteydessä allekirjoittaneille sähköpostin välityksellä.

Ystävällisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat

Anni Siira, [annisiira@kamk.fi](mailto:annisiira@kamk.fi)

Katariina Käkisalo, [katariinakakisalo@kamk.fi](mailto:katariinakakisalo@kamk.fi)

Mika Myllymäki, [mikamyllymaki@kamk.fi](mailto:mikamyllymaki@kamk.fi)

Kajaanin ammattikorkeakoulu



## Palautelomake saattohoito-oppaasta

1. Kuvaile miten oppaan käytettävyys näkyi saattohoitotyössä?

2. Vastasiko oppaan sisällön laajuus saattohoidon tarpeita? Perustele vastauksesi.

3. Koetko oppaan olevan sellainen, että pystyisit käyttämään sitä myös perehdytysmateriaalina?

4. Millainen oppaan ulkoasu on?

5. Entä oppaan luettavuus?

6. Vapaa sana. Otamme mielellämme vastaan korjaus- ja kehitysehdotuksia.

Kiitos ajastasi kyselyn vastaamiseen!

Vastaukset ovat meille tärkeitä lopullisen oppaan muodostamisessa.



