

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja

Isabella Leinonen ja Mirja Pulkkinen

## **Laadukkaalla saattohoidolla kohti hyvää kuolemaa**

Opinnäytetyö 2016

## Tiivistelmä

Isabella Leinonen ja Mirja Pulkkinen  
Laadukkaalla saattohoidolla kohti hyvää kuolemaa, 61 sivua, 1 liite  
Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö 2016  
Ohjaaja: Yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Saattohoito ei riipu ihmisen iästä eikä diagnoosista, se kuuluu kaikille, joilla on parantumaton sairaus ja jäljellä olevan eliniän odotetaan olevan lyhyt. Saattohoidolla pyritään lievittämään ihmisen oireita ja kärsimystä elämän viime vaiheessa, tukemaan häntä ja hänen omaisiaan ennen kuolemaan ja sen jälkeen. Nyt ja tulevaisuudessa hoidot monipuolistuvat, väestörakenne muuttuu, elinikä pitenee ja kroonisten sairauksien todennäköisyys kasvaa. Samanaikaisesti tiukka taloustilanne asettaa kustannustehokkuusvaatimuksillaan omat haasteensa saattohoidon kehittämiseksi.

Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yksilöä huomioivia laadukkaan saattohoidon menetelmiä. Tavoitteena oli selvittää, mistä osatekijöistä hyvä suomalainen saattohoito muodostuu, ja miten sairaanhoitaja voi niitä hyödyntäen turvata kuolevalle ihmiselle oikeudenmukaisen ja ihmisarvoa kunnioittavan hoidon ja kuoleman.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineistoon valittiin kaksi teosta, yksi opas, yksi väitöskirja, kaksi pro gradu tutkielmaa ja 17 aiheeseen liittyvää tutkimusta ja artikkelia. Saadusta aineistosta pyrittiin luomaan ydinkohdat sisältävä yhtenäinen kokonaisuus aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen.

Tuloksista ilmeni, että tärkeintä on kuolevan ihmisen kokonaisvaltainen hoito, jossa hänen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeensa huomioidaan omaisia unohtamatta. Aito läsnäolo, potilaan ja omaisten kohtaaminen ja kunnioittaminen sekä hyvä oireiden hoito takaavat inhimillisen, elämänarvojen mukaisen saattohoidon.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla saattohoidon toteutuminen omaisten näkökulmasta sekä hoitoneuvottelukäytännöt ja niiden toteuttaminen.

Asiasanat: palliatiivinen hoito, saattohoito, kuolema

## **Abstract**

Isabella Leinonen and Mirja Pulkkinen

Towards good death with qualitative hospice care, 61 pages, 1 appendix

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Program in Nursing

Bachelor's Thesis 2016

Instructor: Päivi Löfman, Principal Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences

Everyone having an incurable disease with a short prognosis has the right to hospice care. The aim of hospice care is to relieve the symptoms and suffering and to offer support to the patient, and the family members. The selection of available treatments is constantly improving, structure of the population keeps changing, people live longer than ever and chronic diseases will become even more common.

The purpose of the study was to describe methods of quality hospice care from the individual perspective. The aim was to examine what elements high-quality hospice care in Finland consists of and how nurses could use the different methods to secure decent and dignified care and death for a dying person.

The study was carried out by using descriptive literature review as the research method. Two books, one guide book, one doctoral thesis, two master's theses and 17 articles were included in the research material. The data was analysed with content review. The aim was to create a coherent conception of the topic containing the key points.

The results of the study indicate that the most important aspect is to nurse the dying patient holistically. All physical, psychological, social and emotional needs should be taken into account and family members should not be disregarded. Care with genuine presence as well as respectful treatment will ensure humane and individual hospice care.

Further studies could be carried out on hospice care that consider the perspective of the family as well as consultation meetings and their practices.

Keywords: palliative care, hospice care, death

## Sisällys

1	Johdanto .....	5
2	Saattohoito ja sitä määrittävät tekijät.....	6
2.1	Palliatiivinen hoito .....	6
2.2	Hoitoneuvottelu .....	7
2.3	Saattohoitopäätös .....	7
2.4	Kokonaisvaltainen hoito .....	8
2.5	Hoitotahto ja itsemääräämisoikeus .....	9
2.6	Edunvalvontavaltuus .....	10
2.7	Päätös elvyttämättä jättämisestä.....	10
3	Saattohoitopotilaan hoitopolut .....	11
4	Kuolema .....	12
5	Saattohoidon nykytilanne Suomessa .....	13
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja toteutus .....	14
6.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus .....	15
6.2	Aineiston keruu.....	17
6.3	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi .....	18
7	Tulokset.....	20
7.1	Hyvä perushoito .....	24
7.2	Fyysisten oireiden hoito .....	28
7.3	Psyykinen hoito sekä henkinen ja hengellinen tukeminen .....	41
7.4	Sosiaaliset tarpeet .....	44
7.5	Hyvä kuolema.....	47
8	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	51
9	Pohdinta .....	53
	Kuviot.....	57
	Lähteet.....	58
	Liitteet.....	
	Liite 1 Kirjallisuuskatsauksen aineisto	

# 1 Johdanto

Tällä hetkellä Suomessa saattohoitoa tarvitsee noin 15 000 potilasta ja palliativista hoitoa 200 000 - 300 000 potilasta vuosittain. Eliniän pidentyessä myös sairauksien todennäköisyys kasvaa, ja ennusteiden mukaan puolet eurooppalaisista kuolee tulevaisuudessa johonkin krooniseen sairauteen. (Pihlainen 2010, 11, 15, 23.) Kansainvälisten kokemusten mukaan laadukas ja hyvin organisoitu saattohoito vähentää hoidon kustannuksia ja lääkekuluja, pienentää tehohoidon ja laboratoriotutkimuksien tarvetta sekä ensiapukäyntejä, ja lyhentää hoitajaksoja akuuttisairaalassa. Samalla hoidon laatu paranee. (Vuorinen & Hänninen 2010, 1606-1607.)

Nykyisin kun saattohoitoon erikoistuneita hoitopaikkoja ja hoitoyksiköitä ei ole riittävästi, yhdistyy saattohoidon toteutus sairaanhoitajien ja muun hoitohenkilöstön normaaliin työhön. Koulutusta tulisikin suunnata sekä perus- että erikoisosaamisen kehittämiseen ja luoda saattohoidon opetukseen valtakunnalliset, yhteiset käytännöt ja toimitavat. Saattohoidon koulutusta pitäisi järjestää kaikissa alan oppilaitoksissa, ettei se tulevaisuudessa olisi enää lähinnä järjestöjen, kuten Suomen Palliativisen hoidon yhdistyksen tai saattohoitokotien ja jopa yksittäisten henkilöiden vastuulla. (Pihlainen 2010, 20-21.) Palliativisen ja saattohoidon hoitotyön asiantuntijan tulee hallita parantumattomasti sairaan lääkehoito sekä lääkkeettömän hoidon toteuttaminen yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa. Työssä korostuvat lohduttamisen, rauhoittamisen, aidon läsnäolon, kuuntelun ja kuulemisen taidot sekä potilaan omien voimavarojen hyväksikäyttö. Tämä edellyttää ammatillisuuden ymmärtämistä ja itsensä kehittämistä. (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki, Kylmä & Kaunonen, 2015, 12-14.)

Saattohoidon kehittämiskohteita ovat muun muassa tiedotuksen ja yhteistyön parantaminen saattohoitoon osallistuvien yksiköiden välillä, sekä saattohoitopäätösten ja hoitosuunnitelmien tekeminen riittävän ajoissa. Lisäksi potilaat ja heidän läheisensä tarvitsevat riittävästi ymmärrettävää ja monipuolista tietoa potilaan sairaudesta ja hoidosta voidakseen osallistua hoitopäätösten tekoon. (ETENE 2003, 3; Varvikko 2013, 5–6.) Tutkimme opinnäytetyössämme keinoja laadukaasti saattohoidon toteuttamiseen kirjallisuuskatsauksen avulla. Erityisesti meitä

kiinnostaa hyvän kokonaisvaltaisen hoidon menetelmät saattohoitopotilaan näkökulmasta. Tutkimme myös, miten turvataan hyvä ja inhimillinen kuolema, johon hyvällä ammattitaidolla suoritettu saattohoito johtaa.

Tulevassa ammatissamme voimme hyödyntää tutkimustietoa yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelussa huomioimalla esimerkiksi uudet menetelmät, hoitotavat ja lääkityksen. Tämä opinnäytetyö antaa hyvän pohjan tiedon etsimiseen, sen arvioimiseen, tulkitsemiseen, sekä löytämään sen oman niin sanotun punaisen lankamme, jonka avulla kehitämme työtapojamme. Se myös valmentaa tapaamme lähestyä potilasta ja olla läsnä hoitajana sekä saattohoitopotilaalle että hänen omaisilleen.

## **2 Saattohoito ja sitä määrittävät tekijät**

Saattohoidon lähtökohtana on potilaan diagnoosista riippumaton, etenevä, parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja odotettavissa oleva elinikä on lyhyt. Saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheessa, kuoleman prosessin aikana ja kuoleman jälkeen. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, siihen kuuluu potilaan kärsimysten ja oireiden lievittäminen, hyvä perushoito sekä potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin vastaaminen sekä omaisten huomioinen ja tukeminen. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16-21.) Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) mukaan hyvän saattohoidon kulmakivi on inhimillinen, potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava hoito, jolla pyritään lievittämään kuolevan ihmisen kärsimyksiä ja kipuja (Pihlainen 2010, 11).

### **2.1 Palliatiivinen hoito**

Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jolla pyritään lievittämään ja ehkäisemään potilaan kärsimyksiä. Tavoitteena on, että potilas ja hänen läheisensä voisivat elää mahdollisimman hyvää elämää potilaan kuolemaan asti, sillä hoito

voi kestää kuukausia, jopa vuosia. Palliatiivinen hoito voidaan aloittaa myös parantavan hoidon yhteydessä. Siihen voi sisältyä eripituisia hoitajaksoja perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. (Heikkinen ym. 2004, 17-19.)

## **2.2 Hoitoneuvottelu**

Valviran (2015a) mukaan hoitoneuvottelu on tärkeä tekijä elämän loppuvaiheen hyvässä hoidossa. Siihen osallistuvat potilas itse, hänen suostumuksensa mukaisesti omaiset, lääkäri ja omahoitaja tai -hoitajat. Lääkärin tulisi keskustella potilaan hoidosta omaisten kanssa salassapitovelvollisuus huomioon ottaen silloinkin, jos potilas on kieltänyt omaistensa hoitoneuvotteluun osallistumisen. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (Etene 2003, 7) työryhmän raportin mukaan hoitoneuvottelussa mukana olevien henkilöiden lukumäärä pitäisi mitoittaa niin, että potilas ja hänen omaisensa kokevat tulevansa kuulluiksi. Valviran (2015a) ohjeessa myös korostetaan potilaan toiveiden huomioon ottamisen tärkeyttä. Potilaalle ja hänen omaisilleen kerrotaan taudin kulusta, oireiden hoidosta, hoitojen vaikutuksista sekä hoitopäätösten perusteista. Käydystä hoitoneuvottelusta, sen sisällöstä, neuvotteluun osallistujista sekä potilaan ja omaisten näkemyksistä kirjataan tiedot potilasasiakirjoihin.

## **2.3 Saattohoitopäätös**

Hoitoneuvottelut edeltävät saattohoitopäätöstä. Usein se on päätös siirtyä parantumattoman, pitkäaikaisen sairauden kuratiivisesta eli parantavasta hoidosta oireita lievittävään hoitoon. Työryhmän raportin (Etene 2003, 10 - 11) mukaan lääkäri tekee saattohoitopäätöksen hoitolinjauksineen yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Päätöstä tehdessään lääkäri huomioi potilaan näkemykset hoidoista, arjen toimivuudesta sekä sairauden ja pelon tuntemuksista. Valviran (2015b) mukaan saattohoitoneuvottelussa on oltava mukana potilaan lähiomainen, muu läheinen tai potilaan laillinen edustaja, mikäli potilas ei itse pysty päättämään hoidostaan. Tehty päätös kirjataan potilasasiakirjoihin yksityiskohtaisesti ja selkeästi. Päätökseen pitää kirjata sen lääketieteelliset perusteet, päätöksen tekijä, käyty keskustelu sekä potilaan ja/tai omaisen näkemys päätöksestä. Saattohoitopäätökseen sisältyy myös päätös pidättäytyä elvytyksestä (DNR-päätös), mutta DNR-päätös ei pidä sisällään saattohoitopäätöstä.

Saattohoitopäätös voidaan tehdä palvelukodissa, perusterveydenhuollossa tai erikoisairaanhoidossa. Jos potilasta joudutaan siirtämään hoitoyksiköstä toiseen, tulisi vastaanottavassa yksikössä pitää hoitoneuvottelu, jossa potilaan hoitoa koskevat asiat käydään riittävän yksityiskohtaisesti läpi. (Etene 2003, 10-11.)

Ajoissa ja yhteisymmärryksessä tehdyllä saattohoitopäätöksellä annetaan potilaalle ja hänen läheisilleen mahdollisuus viettää elämänsä loppuvaihe tutussa, turvallisessa ympäristössä, tuttujen hoitajien ja lääkäreiden hoidossa ilman äkillisiä siirtoja esimerkiksi päivystykseen. (Valvira 2015a.)

## **2.4 Kokonaisvaltainen hoito**

Ihminen on kokonaisuus, jossa eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Sosiaalinen tai psyykinen kärsimys voi heijastua fyysisenä oireena ja päinvastoin. Siksi potilasta tutkittaessa pitäisikin olla herkkyyttä tunnistaa oireiden monimuotoisuus ja hoitaa potilasta kokonaisuutena, osa-alueidensa summana.

Saattohoidossa, kun kuoleva ihminen on haavoittuvimmillaan, korostuu kokonaisvaltaisen hoidon merkitys. Potilasta kunnioitetaan ja arvostetaan ehyenä ihmisenä, hänen toiveitaan kuunnellaan ja tahtoaan noudatetaan. Kokonaisvaltaiseen hoitoon sisältyy myös potilaan omaisten tukeminen ja huomioinen hoidon aikana ja vielä potilaan kuoleman jälkeenkin. (Surakka ym. 2015, 12-15.)

Ollilan (2013, 66) mukaan kokonaisvaltaisessa saattohoidossa pyrkimyksenä on ylläpitää ja parantaa kuolevan potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua sekä lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, henkistä ja hengellistä kärsimystä. Haho (2015, 9-10) kuvaa hyvää fyysistä hoitoa hyvänä perushoitona ja kivottomuutena sekä turvallisena hoitoympäristönä. Hyvässä psyykkisessä hoidossa kuolevalla on turvallinen olo, hän kokee, että hänestä pidetään huolta loppuun asti, häntä kuunnellaan ja tuetaan kaikissa vaiheissa myötäeläen. Hyvä sosiaalinen hoito sisältää mahdollisuuden tavata ja viettää aikaa läheisten ja ystävien kanssa, sekä hoitohenkilökunnan taholta arvokkaan ja kunnioittavan kohtelun ja kohtaamisen. Hahon mukaan toivon ylläpitämiseen kuuluu toivon kohdistaminen muuhun kuin paranemiseen.



## 2.5 Hoitotahto ja itsemääräämisoikeus

Potilaalla on lain suoma mahdollisuus ja oikeus osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin sekä myös kieltäytyä hoidoista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, myöhemmin potilaslaki). Hoitotahto on juridisesti sitova henkilön suullinen tai kirjallinen tahdon ilmaisu omista hoitotoiveistaan silloin, kun hän ei itse pysty tahtoaan kertomaan vanhuudenheikkouden, tajuttomuuden tai jonkun muun syyn takia. Hoitotahto voi olla joko vapaamuotoinen kertomus tai allekirjoitettu hoitotahtolomake, ja mielellään kahden riippumattoman henkilön todistama. Kirjallinen hoitotahto voi olla tallennettuna sairauskertomuksen liitteeksi, tai sairauskertomukseen voidaan kirjata hoitotahdon olemassaolo ja potilas pitää sitä mukanaan. Myös suullisesta hoitotahdosta tulisi tehdä merkintä potilaan sairauskertomukseen ja olisi hyvä, jos potilas allekirjoittaisi merkinnän. Oman hoitotahdonsa voi peruttaa tai muuttaa sitä milloin tahansa. Kansalliseen terveystietoon (KanTa) tallentuvat tiedot terveydenhuollossa annetuista ja säilytetyistä hoitotahoista, ja sen Omakanta-palvelun kautta potilas voi sekä tehdä hoitotahdonsa että päivittää sitä. Hoitotahdon sisältö ja ajanmukaisuus olisi hyvä tarkistaa säännöllisesti, muutaman vuoden välein. (Kaarola 2009; Halila & Mustajoki 2015.)

Halilan & Mustajoen (2015) mukaan hoitavalla lääkäriellä tai lääkäriryhmällä on aina vastuu hoitopäätöksistä, mutta niiden tekoa ja hoitolinjauksien valintaa helpottaa potilaan tekemä hoitotahto. Hoitotahtoon tulisi kirjata ne tilanteet, joissa hoitotahtoa sovelletaan, kuten toimenpiteet, joilla vain voitaisiin pidentää pitkäaikaisesta, parantumattomasta sairaudesta kärsivän potilaan elämää. Tällöin sellaiset tilanteet jäävät hoitotahdon ulkopuolelle, joissa potilas joutuu sairaalaan äkillisen sairauden tai tapaturman vuoksi, ja joista on mahdollista toipua.

Potilaslain (1992/785) 6§:ssä sanotaan potilaan itsemääräämisoikeudesta seuraavasti: *Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.* Lisäksi lain 8§:ssä sanotaan kiireellisestä hoidosta, että *Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa kos-*

*kevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.* Näitä oikeuksia tulee noudattaa myös saattohoitopotilaiden kohdalla. Hannikaisen (2008, 18-19) mukaan potilaan itsemääräämisoikeus on vahvimmillaan silloin, kun potilas kieltäytyy hoidosta, ja kun päätös on selkeä ja potilas ymmärtää päätöksen merkityksen. Tällöin potilas voi kieltäytyä myös hänen henkeään ylläpitävistä välttämättömistä hidoista. Oikeus päättää omaa elämää koskevista kysymyksistä säilyy potilaan kuolemaan asti.

## **2.6 Edunvalvontavaltuutus**

Vuonna 2007 tuli voimaan laki edunvalvontavaltuutuksesta (25.5.2007/648). Tekemällä edunvalvontavaltuutuksen ihminen voi valtuuttaa luotetun henkilön hoitamaan asioitaan sen varalta, että valtuuttaja itse tulee kykenemättömäksi hoitamaan niitä sairauden tai heikentyneen terveydentilan vuoksi Edunvalvontavaltuutus voi koskea valtuuttajan omaisuuden ja muiden taloudellisten asioiden hoitoa sekä valtuuttajan terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia päätöksiä. Edunvalvontavaltuutusta koskeva valtakirja on tehtävä kirjallisesti ja valtuuttajan on allekirjoitettava se. Kahden todistajan on valtakirjan allekirjoituksella vahvistettava valtuuttajan allekirjoitus sekä se, että he todistajina ovat tietoisia, mistä asiakirjasta on kyse, mutta asiakirjan sisältöä todistajien ei tarvitse tietää. Valtuuttajan kotikunnan holhousviranomaisen vahvistaa edunvalvontavaltuutuksen valtuutetun hakemuksesta, kun valtuutuksen edellytykset täyttyvät. Jos valtuutus on koskenut myös valtuuttajan taloudellisia asioita, on edunvalvontavaltuutus myös rekisteröitävä.

## **2.7 Päätös elvyttämättä jättämisestä**

DNR-päätös (do not resuscitate) eli päätös elvyttämättä jättämisestä tarkoittaa sydämen sähköisestä rytminsiirrosta ja paineluelvytyksestä pidättäytymistä silloin, kun potilas menee elottomaksi. Elvytyksestä pidättäytymisestä käytetään myös termiä DNAR (do not attempt resuscitation - älä yritä elvytystä) tai termiä AND (allow natural death – salli luonnollinen kuolema). Nykyisin suositellaan käytettäväksi AND-termiä, koska se kuvastaa paremmin tehtävää päätöstä. Valviran (2015c) ohjeen mukaisesti lääkäri tekee päätöksen arvioituaan potilaan perussairauden niin vaikeaksi, että elvytyksestä huolimatta hänen tilansa ei kohentuisi

vaan elvytyksestä olisi hänelle enemmän haittaa kuin hyötyä. Se on lääketieteellinen päätös, joka ei vaikuta potilaan muuhun hoitoon, ja josta lääkärin on keskusteltava ensisijaisesti potilaan itsensä, tai hänen suostumuksellaan tai mikäli tilanne niin vaatii, potilaan omaisten kanssa. Samoin kuin muut potilaan hoitoa koskevat päätökset kirjataan DNR-päätöskin perusteluineen, keskusteluun osallistujineen ja kannanottoineen potilasasiakirjoihin. Potilas tai omainen ei voi vaatia lääkärinä perumaan lääketieteellisesti asianmukaista ja perusteltua DNR-päätöstä. Mutta jos potilaan tilanne muuttuu, voidaan päätös purkaa. Hirvonen & Pöyhä (2016, 847) korostavat hoitavan lääkärin potilaan kanssa riittävän ajoissa käytävää keskustelua ajanvarausvastaanotolla. DNR-päätöksen tekemistä päivystysvastaanotoilla tulisi harkita huolellisesti, koska lääketieteellisin perustein tehty DNR-päätös pitää aina perustua riittäviin tietoihin potilaasta. Hannikaisen (2008, 17-18) mukaan päätös luopua elvytyksestä on osa potilaan kokonaistilanteen arviointia, ei yksittäinen ja irrallinen hoitopäätös ja sen sisältö tulee määrittellä riittävä tarkasti.

### **3 Saattohoitopotilaan hoitopolut**

Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitoa koskevien suositusten mukaan saattohoitopotilaan hoitopolkuja pitää kehittää, jotta pystytään turvaamaan hoidon laatu ja jatkuvuus. Hoidon toteuttamisessa huomioidaan potilaan toiveet ja tarpeet. Terveyskeskukset ja sairaanhoitopiirit huolehtivat hyvän saattohoidon yhdenvertaisesta järjestämisestä siellä, missä saattohoitopotilas asuu ja elää tai on hoidossa. Laadukasta saattohoitoa voidaan toteuttaa saattohoitokodissa, sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla, palvelutaloissa ja potilaan kotona. (Pihlainen 2010, 30-31.)

Suosituksen pohjalta on laadittu hoidon vaatimustason mukainen kolmiportainen hoitojärjestelmä. Portaikon ala-askelmalla ovat kaikki terveydenhuollon yksiköt, jotka vastaavat perustason saattohoidosta. Henkilökunta koostuu perustason koulutuksen omaavista terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Toisella askelmalla ovat alueelliset saattohoidon yksiköt, kuten kotisairaalat tukiosastoineen sekä saattohoito-osastot ja –paikat. Nämä toteuttavat saattohoitoa alueellaan ja toimi-

vat alueellisina konsultoivina yksikköinä. Hoidosta vastaa moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu vähintään lääkäri ja sairaanhoitaja, ja jossa henkilökunnan saavutettavuus on 24/7. Henkilökunnalla on perustason koulutuksen lisäksi palliatiivisen hoidon/lääketieteen koulutusta. Ylimpänä kolmannella askelmalla ovat saattohoitokodit sekä keskus- ja yliopistosairaaloiden palliatiiviset lääketieteen yksiköt. Ylimmän tason yksiköt tarjoavat vaativan tason hoitoa ja koulutusta, ja toimivat alueellisina konsultaatioyksikköinä. Lisäksi ne osallistuvat hoidon kehittämiseen ja tekevät alan tutkimusta. Moniammatilliseen palliatiivisen hoidon/lääketieteen koulutuksen omaavaan työryhmään kuuluu lääkärin ja sairaanhoitajan lisäksi erikoistyneet henkilöt, ja henkilökunnan saatavuus on 24/7. (Hermanson, Vertio & Mattson 2010, 64-67; Saarto 2013, 188-192.)

## **4 Kuolema**

Kuolema on sanana pysähdyttävä ja jokainen joutuu sen joskus kohtaamaan, mutta sen määrittely ei ole yksiselitteistä. Katsotaanko kuolemaksi yksi fyysinen hetki, vai onko kuolema filosofinen, uskonnollinen, kulttuurinen ja sosiaalinen ilmiö. Yhden määrittelyn sijaan kuolemaan voidaan sisällyttää useampia vaiheita, kuten kuolemisen prosessi, kuoleman hetki ja kuolleena olo. Kuolema koskettaa kuolevan lisäksi myös omaisia, ystäviä, yhteisöä ja hoitohenkilökuntaa. Suhtautuminen kuolemaan, sen lopullisuuteen, vainajan käsittelyyn, suremiseen ja muistelemiseen on omanlaisensa eri yhteiskunnissa, kulttuureissa ja uskonnoissa. (Hakola, Kivistö & Mäkinen 2014, 9-21; Grönlund 2015, 19-44.)

Kuolema on läsnä jokapäiväisessä elämässä, siitä on uutisia ja otsikoita tiedotusvälineissä, lehdistä voi lukea kuolinilmoituksia ja sitä käsitellään myös taiteen keinoin. Toisaalta Suomessa on viimeisten vuosikymmenten aikana vieraannuttu kuolemasta, se kohdataan useimmiten sairaalassa tai muussa hoitolaitoksessa, ei kotona omaisten ja läheisten ympäröimänä. Kuolemalta pyritään suojautumaan, halutaan välttää tunteita, joita kuolevan tai kuolleen ihmisen näkeminen ja koskettaminen herättää. Kuolema voi olla sananakin tabu, siitä käytetään kiertoilmaisuja kuten poisnukkua, saada iäisyyskutsu, edesmennä, potkaista tyhjää.

Kuolemaa kohtaan tunnetaan pelkoa, usein pelätään muun muassa omaa tai toisen kuolemaa, kipua, kärsimystä, luopumista, tuntematonta, läheisten menettämistä. (Molander 2009, 14; Grönlund 2015, 51, 149-158.)

Sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen 27/2004 mukaisesti ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet. Ihminen voidaan todeta kuolleeksi myös sydämen pysähtyttyä, jos ruumis on tuhoutunut, hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet tai jos niin sanotut toissijaiset kuolemanmerkit, kuten lautumat ovat ilmaantuneet. Asetuksessa kuoleman toteamisen vastuulliseksi viranomaiseksi on määritelty yksinomaan lääkäri. Asetuksen mukaan kuoleman voi todeta laillistettu lääkäri tai luvan saanut lääkäri, taikka terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa asetuksessa tarkoitettu, laillistetun lääkärin tehtävää valtiolla, kunnassa tai kuntayhtymässä hoitava lääketieteen opiskelija. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 27/2004; Valvira 2015d.)

## **5 Saattohoidon nykytilanne Suomessa**

Tällä hetkellä Suomessa toimii neljä saattohoitoon erikoistunutta hoitokotia: Pirkanmaan hoitokoti Tampereella, Terhokoti Helsingissä, Karinakoti Turussa ja Koivikko-koti Hämeenlinnassa. Vuosittain näissä kodeissa hoidetaan noin 1000 - 1500 potilasta, joista suurin osa on syöpäsairaita. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 julkaisemien saattohoitosuosituksen jälkeen sairaanhoitopiirit ja suuret kaupungit ovat päivittäneet tai tehneet saattohoitosuunnitelmat alueellisten hoitopolkujen toteuttamiseksi. (Huttunen, Pihlainen & Topo 2012, 4-7; Pihlainen 2010,11.)

Saattohoidon tarjoamisessa olemme kuitenkin vielä kaukana muiden Pohjoismaiden tasosta. Suomessa saattohoito ei ole kaikkien kuolevien saatavilla, sen järjestäminen on sattumanvaraista, eikä potilaan toive saada kuolla kotonaan useinkaan toteudu. (Vuorinen & Hänninen 2010, 1606; Jyrkkiö & Hietanen 2015.) Myös ammattihenkilöstön osaamisessa on puutteita, ja lisäksi saattohoidon laatu vaihtelee ja on epätasa-arvoista (Pihlainen 2010, 7). Lisäksi hoitotyöyksiköiden arjessa on tullut esiin paljon epäkohtia saattohoidon toteuttamisessa: tarkoituksenmukaisten tilojen puute, liian kiireinen työrytmi, hoitosuunnitelmien puute, potilai-

den edestakainen siirtely hoitopaikkojen välillä sekä yleinen asenne, että saattohoitopotilaat eivät kuulu meidän yksikköömme. (Varvikko 2013, 6.) Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) laatimien kriteereiden mukaan saattohoidossa työskentelevällä henkilökunnalla pitää olla alan erikoiskoulutus. Hoitohenkilöstön perusopetuksen pitäisi antaa valmiudet perustason saattohoidon antamiselle. Saattohoitoyksiköissä ja saattohoitovuodeosastoilla työskentelevillä pitäisi myös olla palliatiivisen hoidon koulutus. Vaativasta saattohoidosta vastaavien yksiköiden henkilökunnan pitäisi olla erikoiskoulutettua, ja sillä pitäisi korkeatasoinen tietotaito kaikilta saattohoidon osa-alueilta. Yliopisto- ja keskussairaaloitten palliatiiviset yksiköt vastaisivat hoidon kehittämisestä ja erityistason opetuksesta. Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyden on Suomessa voinut suorittaa vuodesta 2007 lähtien. Professuurit ovat Tampereella ja Helsingissä. (Saarto 2013, 188-197.)

Saattohoito on viime vuosina ollut hyvin esillä julkisuudessa. Vuoden 2014 Yhteisvastuukeräyksen teemana oli Hyvä kuolema on yhtä tärkeä kuin hyvä elämä. Keräyksellä haluttiin lisätä kansalaisten tietoisuutta saattohoidon tilanteesta ja sen kehityksen tarpeesta Suomessa. Keräysvaroilla on tarkoitus luoda valtakunnallinen saattohoidon osaamisverkosto, ja koulutuksen avulla lisätä kaikkien saattohoidon parissa työskentelevien osaamista. Kertyneillä varoilla perustetaan myös sähköinen tuki- ja neuvontajärjestelmä, jota alan ammattilaiset, potilaat ja omaiset voivat hyödyntää käytännön hoitotyössä esiin tulevien ongelmien ratkaisemisessa. (Peltonen 2014.)

Pitkään jatkunut Suomen heikko taloustilanne on tuonut omat haasteensa sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Laadukkaan, yksilöllisen saattohoidon järjestäminen joustavine hoitopolkuineen ei ole helposti ratkaistavissa, kun resurssit pienenevät ja kustannustehokkuusvaatimukset lisääntyvät. Ihmisten elinikä pitenee ja väestörakenne muuttuu ikääntyneiden määrä kasvaessa merkittävästi sekä suhteessa lasten ja työikäisten määrään että absoluuttisena lukumääränä.

## **6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja toteutus**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata yksilön huomioivia laadukkaan saattohoidon menetelmiä Suomessa. Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Mitä on laadukas saattohoito?
2. Mitä on hyvä kuolema?

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa saattohoidon menetelmistä. Tavoitteenamme on myös, että hoitohenkilöstö ja opiskelijat voivat siirtää tiedon käytännön hoitotyöhön kokonaisvaltaisen ja yksilöllisen saattohoidon toteuttamiseksi

Opinnäytetyömme suunnittelu alkoi aiheen valinnalla. Olimme kumpikin eri työharjoittelujaksoilla osallistuneet saattohoidossa olevien potilaiden hoitoon, mikä herätti kiinnostuksemme. Rajasimme tutkimuksen kuvaamaan konkreettisia keinoja kokonaisvaltaisen ja laadukkaan saattohoidon toteuttamiseksi. Päätimme tehdä kirjallisuuskatsauksen, koska tutkitun tiedon avulla saisimme tarkimmat vastaukset tutkimuskysymyksiimme ja näin oppisimme lisää saattohoidosta sekä saisimme erilaisia näkökulmia aiheeseen.

### **6.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Kirjallisuuskatsaus on paljon käytetty tutkimusmenetelmä lääke- ja terveystieteissä. Sen avulla voidaan hahmottaa aiempien tutkimuksien kokonaisuuksia, yhdistää aiheeseen liittyviä eri tutkimusalueita, selvittää minkä verran tutkittua tietoa on olemassa ja millaista saatu tieto on sisällöllisesti ja menetelmällisesti. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituvat tutkimusaineisto riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. (Johansson 2007, 3.) Kirjallisuuskatsaus kuvaa aiheen aiempien tutkimusten näkökulmia ja tapaa sekä antaa tehdyille tutkimukselle teoreettisen pohjan (Stolt 2007, 58). Kirjallisuuskatsauksen avulla rakennetaan tietystä asiakokonaisuudesta kokonaiskuva, tunnistetaan ongelmia, arvioidaan, kehitetään nykyistä ja rakennetaan uutta teoriaa sekä kuvataan teorian historiallista kehitystä (Salminen 2011, 3).

Opinnäytetyön menetelmäksi valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Muita tyyppejä ovat muun muassa systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi (Johansson 2007, 4; Salminen 2011, 6). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittavaa ilmiötä lähestytään laaja-alaisesti, sitä tarkastellaan useista näkökulmista ilman tarkkoja ja tiukkoja sääntöjä. Tutkimus perustuu tutkimuskysymyksiin, jotka usein esitetään kysymysmuodossa. Tutkimuskysymykset voivat olla

väljiä, jolloin pyritään tutkittavan ilmiön monipuoliseen tarkasteluun. Tutkimuskysymykset voivat myös olla rajattuja ja täsmällisiä, jotta tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella riittävän syvällisesti. Valitun aineiston pohjalta voidaan tutkittavaan ilmiöön löytää kuvaileva, laadullinen ja samalla uusi, toisenlainen näkökulma. (Salminen 2011, 6; Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291-295.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään aineistolähtöisesti etsimään vastauksia tutkimuskysymyksiin, sekä kertomaan mitä ilmiöstä tiedetään, mitkä ovat ilmiön keskeisiä käsitteitä ja niiden suhteet sekä selittämään ilmiötä ymmärrettävästi. Menetelmä voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostamiseen, aineiston valintaan, kuvailuun ja tulosten esittämiseen. Nämä vaiheet on kuvattu Kuviossa 1. Kuvailevalle kirjallisuuskatsaukselle on tyypillistä, että menetelmän eri vaiheet etenevät hermeneuttisesti ja päällekkäisesti suhteessa toisiinsa. (Kangasniemi ym. 2013, 291-294.)



Kuvio 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet (mukaillen Kangasniemi ym. 2013, 294)



## 6.2 Aineiston keruu

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinnassa pyritään löytämään riittävän ajankohtaista, merkityksellistä tietoa, joka vastaa tutkimuskysymykseen, avaa ja täsmentää sitä. Aineiston valintaa ohjaavat tutkimuskysymykset ja valinta on vastavuoroista ja jatkuvaa reflektointia tutkimuskysymysten kanssa, ja sekä tutkimuskysymykset että aineiston valinta tarkentuvat koko tutkimuksen ajan. Tutkimuskysymysten laajuus määrittelee valittavan aineiston riittävyden. (Kangasniemi ym. 2013, 295-296.)

Aineiston keräämistä varten valitaan tietokannat, määritetään hakutermit sekä sisäänotto- että poissulkukriteerit (Johansson 2007, 6). Näin tutkimukseen mukaan otettava aineisto voidaan valita esimerkiksi kielen tai julkaisuvuoden perusteella (Salminen 2011, 10). Aineisto haetaan yleensä joko manuaalisilla hauilla tieteellisistä julkaisuista tai elektronisista tieteellisistä tietokannoista (Kangasniemi ym. 2013, 295).

Kirjastomme informaattikko opasti eri tietokantojen valinnoissa ja niiden käytössä sekä antoi vinkkejä hakutermeistä ja tulosten rajaamisesta. Valitsimme seuraavat tietokannat: Arto, Medic, Melinda ja Terveysportti. Haut tietokannoista teimme syksyllä 2015. Käytimme hakusanoja palliatiivinen hoito, saattohoito, kuolema, saattohoito ja kuolema. Lisäksi teimme manuaalihakuja Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö-lehtien arkistoista sekä tarkasteltaviksi valittujen tutkimusten lähdeluettelosta. Haimme tutkimukseen lähteitä tietokannoista aikaväliltä vuodesta 2008 vuoteen 2015. Manuaalihakujen pohjalta löysimme kuitenkin Hännisen tutkimukseen perustuvan teoksen vuodelta 2003 ja Ridanpään pro gradu tutkielman vuodelta 2006, joiden tulokset ovat edelleen ajankohtaisia. Lisäksi otimme mukaan yhden vuonna 2016 julkaistun väitöskirjan sen sisällön merkityksellisyyden vuoksi. Opinnäytetyömme päälähteenä käytimme Terhokodin ylilääkäri Hännisen lukuisia julkaisuja, koska hän on Suomessa saattohoidon ehdoton teorian sekä kliinisen lääketieteen osaaja ja uranuurtaja.

Hakutuloksista suoritimme aineiston karsinnan ensin otsikon, sitten tiivistelmän perusteella ja lopuksi aineiston sisällön pohjalta. Jokaisessa vaiheessa nouda-

timme valitsemiamme sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Sisällön perusteella valitsimme tutkittavaksi 17 artikkelia ja tutkimusta, kaksi pro gradu tutkielmaa ja yhden väitöskirjan, yhden oppaan ja kaksi aihetta laajemmin käsittelevää teosta.



Kuvio 2. Aineiston valintakriteerit

### 6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineiston analysoinnin tarkoituksena on tiedon tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla (Kylmä & Juvakka 2012, 112). Metodina sisällönanalyysi soveltuu monenlaisen tutkimuksen tekoon, siinä tutkittavasta ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetysti ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103). Analyysi voidaan jakaa sen tekoa ohjaavien tekijöiden mukaan aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen tai teorialähtöiseen analyysiin. Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt valitaan tutkimuksen tarkoituksen pohjalta, ne eivät ole etukäteen harkittuja tai sovittuja. Lopputuloksena saadaan teoreettinen kokonaisuus. Teoriasidonnaisessa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, jotka eivät kuitenkaan pohjautu suoraan mihinkään teoriaan. Teorialähtöinen analyysi vastaavasti pohjautuu johonkin tiettyyn malliin tai teoriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-98.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa sisältöä analysoidaan kriittisesti, siinä pyritään jäsenneltyyn kokonaisuuteen, jossa alkuperäinen tieto säilyy muuttumattomana, mutta tulkinta voi olla uusi. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä pyritään tuottamaan sellainen käsittelyosa, jossa aineistosta tehdään laajempia päätelmiä aineiston sisäisen vertailun ja olemassa olevan tiedon heikkouksien ja vahvuuksien analysoinnin avulla. (Kangasniemi ym. 2013, 296.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee kolmivaiheisesti, ensin aineisto pelkistetään eli redusoidaan, seuraavaksi se ryhmitellään eli klusteroidaan ja lopuksi luodaan teoreettiset käsitteet, eli aineisto abstrahoidaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108).



Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet

Aineiston redusoinnissa etsitään tutkimukselle tärkeät ja merkitykselliset seikat karsimalla epäolennaisuudet pois. Pelkistämistä ohjaavat tutkimustehtävät ja se voi olla joko tiedon tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109; Kangasniemi ym. 2013, 297.)

Aineiston klusteroinnissa aineistosta valitut alkuperäisilmaukset käydään huolella läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia tai eroavuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään sen jälkeen luokiksi, jotka nimetään kunkin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston ryhmittely on jo osa sen abstrahointia, eli teoreettisten käsitteiden luomista. Aineiston abstrahoinnissa luokitusten yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin se on sisällön

osalta mahdollista. Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja sen tiedon pohjalta muodostetaan johtopäätöksiä ja teoreettisia käsitteitä. Tutkijan on myös muistettava, että sisällönanalyysin tuloksena saadut luokat ovat vain apukeino tutkimuksessa esiin tulleen tiedon tarkasteluun, eivät kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-113, 124.)

Opinnäytetyössä sovellettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmää. (Kuvio 3). Tutkimukseen valittu aineisto luettiin useita kertoja läpi tarkastellen sitä tutkimustehtävien kannalta. Aineistosta etsittiin yhtäläisyyksiä, ja sisällön samankaltaisuuden perusteella yhtäläisyydet luokiteltiin alaluokiksi. Alaluokat nimettiin niiden sisältöä kuvaavilla nimillä, samansisältöiset alaluokat yhdistettiin yläluokiksi ja yläluokat nimettiin sisällön perusteella. Yläluokiksi muodostui viisi kokonaisuutta: hyvä perushoito, fyysisten oireiden hoito, psyykinen hoito sekä henkinen ja hengellinen tukeminen, sosiaaliset tarpeet ja hyvä kuolema. Pääluokaksi sisällönanalyysissä hahmottui laadukas saattohoito ja hyvä kuolema (Kuvio 4).

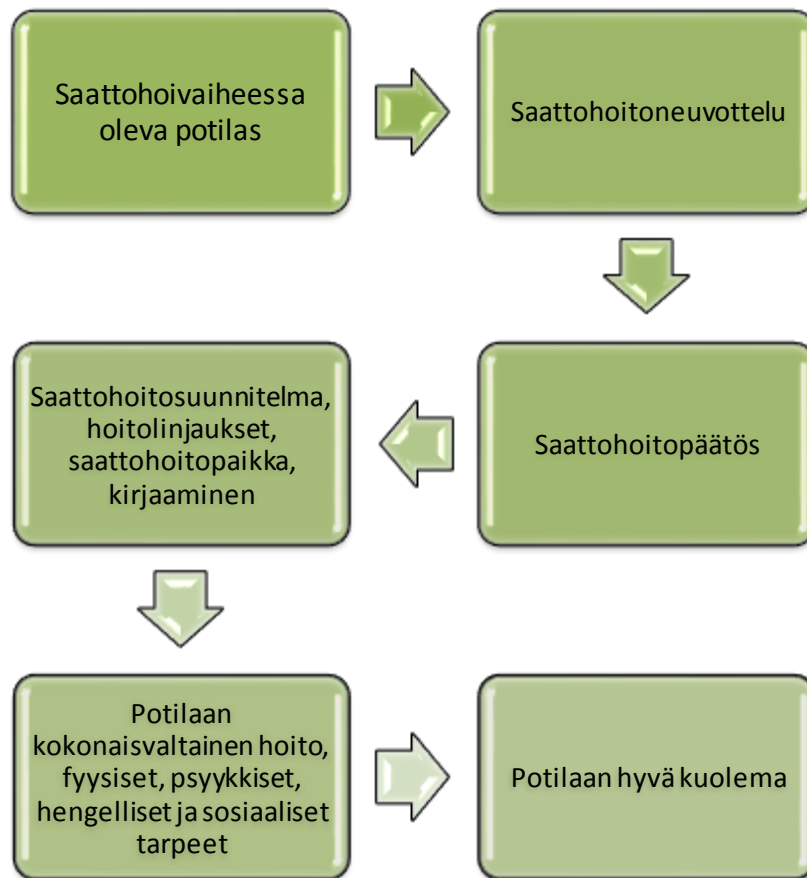
## **7 Tulokset**

Laadukkaan saattohoidon päämääränä on kuolevan potilaan saattaminen rauhallisesti ja arvokkaasti elämän ja kuoleman rajan yli potilaan toivomassa paikassa. Siihen sisältyy kuolevan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, kivun ja kärsimyksen lievittäminen, toivon ja hengellisyyden tukeminen sekä läheisten huomioiminen. Hoitoympäristön viihtyisyys, henkilökunnan pätevyys ja empatiakyky sekä kuolevan ja läheisten kohtaamiselle annettu aika vaikuttavat hoidon laatuun. (Tasmuth, Poukka & Pöyhiä, 2012, 452; Häkkinen 2015. 11-13.) Euroopassa tehdyn tutkimuksen mukaan enemmistö ihmisistä haluaisi kuolla kotonaan (Jyrkkiö & Hietanen 2015, 520). Käytännössä hoito tapahtuu useimmiten terveyskeskuksen vuodeosastolla, potilaan kotona, erikoissairanhoidossa tai saattohoitoon erikoistuneessa yksikössä (Herlevi, Oikemus-Määtäjä, Rissanen & Heikka 2011, 23). Ridanpään (2006, 55) tutkimuksessa hoitoympäristön laadullisiksi kriteereiksi määriteltiin rauhallisuus, tuttuus, yksityisyys, puhtaus, kuolevan läheisten läsnäolo ja mahdollisuus myös yöpyä potilaan luona.

Alaluokkia kuvaavia määreitä	Alaluokat	Yläluokat	
Itsemääräämisoikeuden toteutuminen Elämänlaadun ylläpito Puhtaus Kunnioitus Turvallisuuden tunteen luominen Kiireettömyys Tuttuus ja kodikkuus	Hoitosuunnitelman teko Hoitosuunnitelman noudattaminen Hyvä hygienian taso Nesteytys ja ravitsemus Hoitoympäristön viihtyisyys Ammattitaitoinen hoitohenkilökunta	HYVÄ PERUSHOITO	<p><b>LAADUKAS SAATTOHOITO JA HYVÄ KUOLEMA</b></p>
Potilaan oma kokemus oireista, niiden häiritsevyys Potilaan kuuntelu Potilaan ohjaus Oireiden monimuotoisuuden huomioiminen Kärsimyksen lievittäminen	Oireita lievittävä lääkehoito Hengenahdistuksen hoito Kivun hoito Ruoansulatuskanavan oireiden hoito Sekavuuden ja levottomuuden hoito Väsymysoireyhtymän hoito Palliativinen sedaatio	FYYSISTEN OIREIDEN HOITO	
Minuuden säilyttäminen uudessa roolissa Aktiivinen kuuntelu Viipyilevä vierellä olo Psykoterapia Oikea-aikainen lääkitys Toivon ylläpito Hoitajien rohkeus kohdata vaikeita kysymyksiä	Oireita ennaltaehkäisevä hoito Pelon hallitseminen ja hoito Masennuksen hoito Ahdistuksen hoito Unettomuuden hoito Deliriumin hoito	PSYKKINEN HOITO SEKÄ HENKINEN JA HENGELLINEN TUKEMINEN	
Sosiaaliset verkostot voimavarana Perheen oman historian huomioiminen Yksinäisyyden lievitys Läheisten läsnäolo	Perhe Läheiset henkilöt Hoitohenkilökunta Vapaaehtoistyöntekijät Moniammatillisuus ja yhteistyö	SOSIAALISET TARPEET	
Arvokkuus Pyhyys Ainutlaatuisuus Ihmisyys Suruprosessi Omaisten huomioiminen	Kuoleman hyvyys Kuoleman lähestyminen Kuoleman kohtaaminen Kuoleman jälkeen	HYVÄ KUOLEMA	

Kuvio 4. Sisällön analyysin eteneminen

Tutkimuksessa keskityttiin kuvaamaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja hyvää kuolemaa. Saattohoitopäätökset, neuvottelut sekä saattohoitoketjun toteutuminen ovat itsessään niin laajoja käsitteitä, että ne vaativat omat tutkimuksensa. Toisaalta ne ovat myös hyvin oleellisia elementtejä saattohoidon onnistumisen kokonaisuutta tarkastellessa – ilman näiden päätösten tekoa ja toteutumista ei kokonaisvaltainen hyvään kuolemaan johtava hoitokaan voi toteutua. (Kuvio 5.)



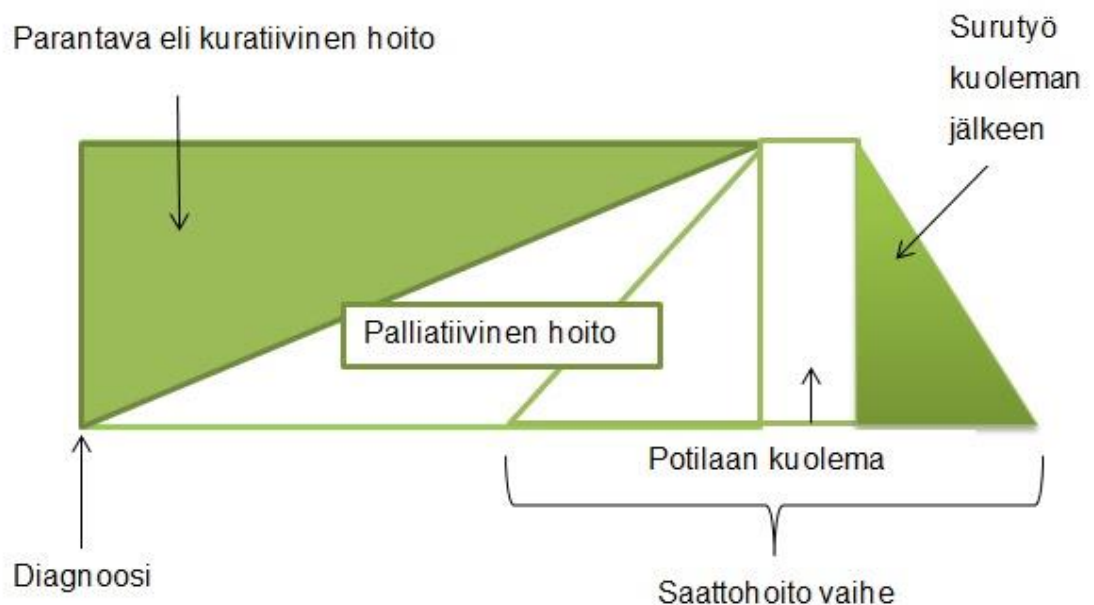
Kuvio 5. Saattohoitopotilaan polku (mukaillen Herlevi 2011, 24)

Potilaan kokonaisvaltainen hoito koostuu fyysisten, psyykkisten sekä sosiaalisten tarpeiden huomioimisesta. Kaikki nämä hoidon osa-alueet liittyvät kiinteästi toisiinsa – yhden alueen pettäessä toinenkin kärsii. Yhteinen nimittäjä kaikille oireille on monisyisyys, yhtä selittävää tekijää ei useinkaan löydy. Hyvällä oireiden

hoidolla taataan kuolemaa lähestyvän potilaan hoidon inhimillisyys, jatkuvuus sekä elämänlaatu. (Hänninen 2003, 14-29.)

Potilaan hoidon toteuttaa moniammatillinen hoitotiimi, joka parantaa hoidon mahdollisuuksia myös kotona ja luo turvaa loppuelämän ajaksi (Hänninen & Rahko, 2013, 433). Hoitoon osallistuvat omaisten ja läheisten lisäksi muun muassa lääkärit, sairaanhoitajat, eri alojen terapeutit, sosiaalityöntekijä sekä sairaalapastori. Ridanpää (2006, 53-54) kuvaa omahoitajan potilaan sekä hänen läheistensä tukijaksi ja hoitajaksi. Omahoitaja on oleellinen osa hyvää saattohoitoa, hänen tulisi hallita hoidon kokonaisuus, osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä toimia yhteyshenkilönä hoitoon osallistuvien tahojen kanssa.

Riittävän ajoissa tehty saattohoitopäätös sekä samalla hoitolinjan selkeyttäminen mahdollistavat potilaalle ja läheisille valmistautumisen kuoleman kohtaamiseen. Päätöksen siirtäminen lisää potilaan kärsimyksiä ja voi aiheuttaa ennenaikaisen kuoleman. (Hänninen & Rahko 2013, 433.) Kuviossa 6 on kuvattu potilaan hoidon vaiheittainen ja limittäinen eteneminen parantavasta hoidosta aina kuoleman jälkeiseen surutyöhön asti.



Kuvio 6. Aikajana diagnoosista kuolemaan (mukaillen Tasmuth ym. 2012, 451)

## 7.1 Hyvä perushoito

Kaiken saattohoitopotilaalle annettavan hoidon perustana on hyvin suoritettu yksilöllinen ja kokonaisvaltainen perushoito. Saattohoito ei saisi aiheuttaa potilaalle haittaa, vaan päämääränä on oireiden lievitys ja elämänlaadun säilyttäminen niin hyvänä kuin se on mahdollista. (Pöyhiä 2012, 458.) Hyvän perushoidon edellytyksenä on asianmukainen hoitoympäristö, jossa huomioidaan potilaan hoidon lisäksi hänen omaistensa/läheistensä mahdollisuus olla läsnä ja osallistua hoitoon kaikkina vuorokauden aikoina. Kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tulisi tietää, keitä nämä mukana olevat henkilöt ovat. Tämä helpottaa hoitosuunnitelman tekemistä ja päivittämistä. (Ridanpää 2006, 53.)

Hyvään perushoitoon kuuluu hygieniasta huolehtiminen, suun hoito, ihon hoito, yksilöllisesti toteutettu ravinnon saannista huolehtiminen, lääkityksestä huolehtiminen, asento- ja liikehoito, henkinen ja hengellinen tukeminen, läsnäolo sekä potilaan unen tarpeen arvioiminen ja turvaaminen. Ei tule unohtaa, että saattohoidossa oleva potilas on samalla vielä elossa oleva ihminen, jolla on samoja toiveita ja tarpeita, kuin meillä kaikilla: hyvässä perushoidossa onkin pitkälle kyse turvallisuuden tunteen luomisesta sekä ihmisen kunnioittamisesta. (Hänninen 2003, 14-40.) *Kuolevan tulee voida tuntea, että hänestä välitetään ja häntä hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla jäljellä olevan elämänsä kaikissa vaiheissa, myös kuoleman hetkellä. Kuolevan käteen tarttuminen, ystävällinen sana tai katse, tutun hoitajan läsnäolo, kiireetön hetki kuolevan luona ja aidon välittämisen osoittaminen kuvasivat turvallisuuden ja potilaan läheisyyden tarpeiden huomioimista hoidossa.* (Ridanpää 2006, 47.)

Saattohoitopotilailla voi ennen kuolemaa ilmetä yleistä heikkoutta (fatigue) tai näivettymistä (kakeksia). Terminaalista kakeksiaa ei voida korjata ravitsemuksella. Ravitsemuksessa tulisi huomioida pelkästään potilaan oma tahto: tulisi antaa ruokaa sen verran ja sellaisessa muodossa kuin potilas itse haluaa ja silloin kun hän haluaa. Ravinnon annossa kannattaa suosia pieniä ja helposti sulavia annoksia, mahdollisuuksien mukaan potilaan lempiruokia. Useat potilaat pitävät viileistä ruoista kuten mehujäädästä. (Pöyhiä 2012, 456-457.) Myös Ridanpään mukaan ravitsemuksen suunnittelussa tulee huomioida monia eri tekijöitä ja korostaa yksilöllisyyttä. Huomioon tulee ottaa ruokailun ajankohta, potilaan kunto,



ruoan laatu ja yksilölliset mielihalut. (Ridanpää 2006, 48-49.) Ruokaa ei tulisi tuottaa potilaalle, sillä kuoleman lähestyessä elimistö ei enää kykene käsittelemään ravintoa samoin kuin ennen. Omaisille potilaan ruokahalun heikentyminen ja syömättömyys on usein kova paikka, ja hoitohenkilöstön tulisikin painottaa, ettei pakkoruokinta tai nesteytys vaikuta elämää pidentävästi – siitä voi seurata kipujen lisääntymistä, hengenahdistusta sekä kudosten yleistä turvotusta. Kuolevan potilaan ruokailun tulisikin tapahtua enteraalisesti (ruuansulatuskanavan kautta) ja potilaan omasta halusta, suonensisäisestä ravinnosta ei ole yleisesti hyötyä, se ei ole ateria, eikä anna potilaalle nautintoa. (Pöyhiä 2012, 457-458.)

Suun terveyden ongelmat vaikeuttavat ruokailua sekä puhumista ja laskevat näin elämänlaatua. Suun kuntoa heikentävät nesteiden vähäinen nauttiminen, suuta kuivattava lääkitys sekä mahdolliset säde- ja sytostaattihoidot ja erilaiset virusinfektiot. Limakalvot voivat rikkoutua ja makuaisti muuttua. Suun hyvä perushoito, kuten hampaiden harjaus säännöllisesti pehmeällä harjalla sekä proteesien säännöllinen puhdistus ehkäisevät ongelmien syntymistä. Juominen tai suun kostuttaminen ovat hyvää hoitoa. Monet potilaat kokevat myös jäämurskan tai jääpalojen imeskelyn auttavan ja olevan miellyttävää. Mahdolliseen kipuun on myös saatavilla erilaisia geelejä ja voiteita. Myös puudutteita käytetään syömisen ollessa kovin kivuliasta, niissä on kuitenkin yleensä haittana paha maku. (Hänninen 2003, 168-172.)

Hännisen (2003, 188-196) mukaan yleinen hygieniasta huolehtiminen sekä ihon hoito ovat keskeisiä asioita saattohoitopotilaan perushoidossa. Potilas osallistuu itse hoitoon voimiensa ja kuntonsa mukaan. Pesu, saunominen ja rasvaus ovat oikea perusta ihon hoidolle, sekä samalla luonnollinen tapa osoittaa potilaalle välittämistä ja huolenpitoa. Saattohoitopotilaalle syntyy helposti etenkin loppuvaiheessa ihorikkoja ja haavaumia. Iho voi olla ohut ja kutista, jolloin rasvaus on erityisen tärkeää. Kutinaan on myös saatavilla erilaisia lääkkeitä. Myös Ridanpää (2006, 51) painottaa tutkimuksessaan säännöllisesti ja yksilöllisesti toteutettua hygienian hoitoa, kuten ihon säännöllistä pesua, huolellista kuivausta ja rasvausta.

Hänninen (2003, 158) korostaa, että potilaan eritystoiminasta huolehtiminen on ihmisarvon ja potilaan omanarvontunnon kannalta ensiarvoisen tärkeää. Vaippon vaihtaminen riittävän usein ehkäisee makuuhaavojen syntyä ja pitää olon puhtaana ja miellyttävänä. Suolisto- tai virtsa-avanteen vaihtaminen säännöllisesti voi vaikuttaa oleellisesti potilaan pahoinvointi tuntemuksiin. Myös asento- ja liikehoidoilla on tärkeä merkitys ihoon kohdistuvan yhtäjaksoisen paineen estossa ja ihorikkojen synnyssä. Myös Ridanpään (2006, 51) mukaan hoitotoimien ja perushoidon ennaltaehkäisevä merkitys on suuri juuri asento- ja liikehoidossa, etenkin siinä vaiheessa, kun potilasta pystytään enää hoitamaan vain vuoteessa. Hänninen (2003, 18-28) toivoo kykyä nähdä sairas ihminen yksilöllisenä kokonaisuutena tässäkin kohtaa - hän on muutakin kuin pelkkä sairas keho, jota hoidetaan. Jalkahoitajan, kosmetologin tai kampaajan käynnit ovat osa normaalia elämää, ja näitäkin mieltä kohentavia hoitoja tulisi olla saattohoitopotilaan arjessa hänen voimiensa mukaan.

### **Oireiden hoito**

Hännisen mukaan saattohoitopotilaat kärsivät usein monista oireista samanaikaisesti. Oireet ovat monimuotoisia, ja niihin vaikuttavat useat yksittäiset tekijät kuten ympäristö, jossa potilasta hoidetaan, taudin luonne, potilaskohtaiset tekijät sekä potilaalle annetut hoidot. Hän painottaa oirehoidossa näkökulmaa, jossa hoidetaan potilaan oirekokonaisuuksia, eikä yksittäistä oiretta. Ajatuksena on, että potilaan kärsimys koostuu erilaisista oireista, jotka vaikuttavat toisiinsa aiheuttaen yhden kokonaisuuden ja haitan. *Potilas kärsii enemmän, jos johonkin oireeseen liittyy jokin toinen oire, ja oireiden kokonaissumma on usein enemmän kuin yksittäisten oireiden summa.* Hännisen mielestä oirehoidon ideaalitilanteessa potilaan oma kokemus oireesta ja kärsimyksestä havaitaan sekä huomioidaan niin, ettei se ole vain yhteydessä kipuun tai johonkin muuhun sairauden aiheuttamaan patofysiologiseen muutokseen. Näin vältetään Hännisen mielestä harhalta, jossa potilaan näkökulmasta kuoleman lähestyessä olisi tärkeintä lääketieteellinen hoito, minkä ongelmakeskeinen lähestymistapa hoidossa usein luo. Oireiden lievitys - kuten kivun ja hengenahdistuksen - on tietenkin potilaalle tär-

keää, mutta kuoleman lähestyessä monet muut seikat nouseva esiin: suhde läheisiin, elämän päättyminen, sekä fyysisten ja henkisten tarpeiden arvostus. (Hänninen 2003, 28-29.)

### **Nesteytys ja ravitseminen**

Saattohoidossa olevan potilaan kyky nauttia normaalisti ruokaa ja juomaa suun kautta heikkenee kuoleman lähestyessä. Tämä aiheuttaa yleensä ahdistusta sekä potilaalle että omaisille. Janon tunnetta aiheuttavat esimerkiksi kuiva suu, mahdolliset vauriot autonomisessa hermostossa, tai oirehoidossa käytetyt lääkkeet, kuten mielialalääkkeet tai opioidit (keskushermostoon vaikuttava vahva kipulääke). Jopa 25 – 64 % kuolevista potilaista kärsii janon tunteesta. (Pöyhiä 2012, 456.) Kuitenkaan potilaan dehydraatiota (kuivuminen) kuvaavien laboratoriolöydösten ja potilaan janon tunteen välillä ei ole mainittavaa yhteyttä (Hänninen, Hamunen, Laakkonen, Laukkala, Lehto, Matila, Rahko, Saarto, Tohmo & Vuorinen 2013, 372).

Pöyhiän (2012, 457-458) mukaan parenteraalinen (suonen sisäinen) neste- tai ravitsemushoito ei pääsääntöisesti kuulu saattohoitoon. Nesteytyksellä ei ole vaikutusta potilaan elinikään.

Kroonisen kuolemaan johtavan sairauden loppuvaiheessa verisuonien läpäisevyys heikkenee ja kudospaineen määrä lisääntyy, jolloin nestehoito vain lisää haittoja, kuten turvotusten syntymistä sekä nesteen kertymistä vatsaonteloon ja keuhkopussiin. Hänninen (2014, 6) toteaa nesteenoton vähenevän potilaalla luonnollisesti yleensä asteittain, ja nesteytyksen mahdolliset edut tulisi aina päättää potilaskohtaisesti. Pöyhiän mukaan suonensisäisestä nesteytyksestä on vain harvoin apua kuolevan potilaan hoidossa. Parenteraalisen nesteytyksen on todettu vain vähäisin määrin auttavan lihasnykäykseen ja sedaatioon (kevytnukuutus). (Pöyhiä 2012, 457-458.) Jos epäillään potilaan kärsivän varsinaisesta nestehukasta, voidaan kokeilla muutaman vuorokauden ajan nesteytystä esimerkiksi annoksella 1000 ml/vrk. Jos vointi ei kohene, nesteytys lopetetaan. Suun kuivumiseen nesteytys ei auta, siihen on parasta suun hyvä perushoito ja paikallishoito. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

Pitkälle edenneet krooniset sairaudet aiheuttavat elämän loppuvaiheessa muutoksia elimistön aineenvaihdunnassa, jolloin elimistön kyky ravintoaineiden hyödyntämiseen heikkenee väijäämättä. Myös nieleminen voi olla vaikeaa. Kuolemaan johtavan sairauden tyypillisiä metabolisia muutoksia ovat muun muassa insuliiniresistenssi (heikentynyt insuliinin teho), lipolyysi (rasvasolujen hajoaminen), proteiinien aineenvaihdunnan muutos, glukoosi-intoleranssi (heikentynyt sokerinsietokyky) ja lepoenergian kulutuksen kiihtyminen. (Pöyhiä 2012, 456-457.) Ravitsemushoito on lääketieteellinen toimenpide, eikä sitä voida antaa samalla tavalla kuin ruokaa, ja siihen sisältyy riskejä ja epämukavuustekijöitä. Ainoastaan potilaat, joiden elinennuste on useita kuukausia tai vuosia, saattavat hyötyä ravitsemushoidosta. (Hänninen 2014, 7.) Pöyhiä (2012, 458) tyrmää nenä-mahaletkuruokinnan mielekkyyden, eikä näe järkevänä myöskään vatsapeitteiden läpi mahalaukkuun asennettua ravitsemusletkua. Kumpikaan toimenpide ei kuulu saattohoitoon ja aiheuttaa potilaalle kärsimystä. Kroonisten, kuolemaan johtavien sairauksien loppuvaiheisiin liittyvä näivetystila on peruuttamaton, eikä tehoruokinnasta ole mitään hyötyä.

## **7.2 Fyysisten oireiden hoito**

Yleisimpiä fyysisiä kuolemaan johtavassa kroonisessa sairaudessa ovat kipu, hengenahdistus, ruokahaluttomuus, pahoinvointi, uupumus ja masennus (Hänninen & Rahko 2013, 443). Myöhemmin, kuoleman ollessa jo lähellä, yleistyvät anoreksia/kakeksia, delirium (sekavuustila) sekä ummetus (Hänninen 2014, 4). Potilaan oireiden diagnosointi tulee tehdä huolellisesti, tai vaarana on väärin ajoitettujen hoitojen käyttäminen tai potilaan alihoitaminen (Hänninen & Rahko 2013, 372). Hänninen (2003, 24, 29-30) toteaa, ettei oirehoidossa ole tärkeintä oireiden esiintyminen tai yleisyys, vaan niiden häiritseväisyys potilaan kannalta. Potilaan oma oirekuvaus ja subjektiivinen kokemus sen tuottamasta fyysisestä tai psyykkisestä haitasta sekä kärsimyksestä tulisi olla oirehoidon suunnittelun perustana. Havaitut oireet sekä hoitovaste annettuihin hoitoihin tulisi myös kirjata huolellisesti potilaskertomuksiin, jotta hyvä ja jatkuva hoito voitaisiin taata myös oirekuvan mahdollisesti muuttuessa.

## Oireita lievittävä lääkehoito

Lääkehoidon perustana on saattohoidossa potilaan oireiden hallinta. Tarkoituksena on parantaa potilaan hyvinvointia yksilöllisesti ja mahdollisimman yksinkertaisella lääkityksellä sivuvaikutuksia minimoiden. Saattohoitopotilaan oireet ovat usein monisyisiä, ja erilaisia lääkkeitä on käytössä useita – polyfarmasia on usein välttämätöntä hoitovasteen saavuttamiseksi. Moneen oireeseen vaaditaan siis useaa eri lääkettä, ja näiden lääkkeiden aiheuttamiin sivuvaikutuksiin toisia lääkkeitä. Usein potilaat kärsivät myös erilaisista metabolisista häiriöistä, ovat kakektisia ja saattavat kärsiä elinten toimintavajauksista. Saattohoitopotilaan oirelääkitys on siis haasteellista ja lääkityksen hoitolinjasta tulisikin tarkastaa säännöllisesti. Keskeistä on tehdä ensin oikea diagnoosi oireen syystä. Hoitolinjaukset selitetään potilaalle sekä omaisille. Kroonisessa vaivassa pidetään yllä jatkuvaa säännöllistä lääkitystä ja samalla varaudutaan vaivan tilapäiseen pahenemiseen sekä lääkityksen mahdollisiin sivuvaikutuksiin. Polyfarmasian aiheuttamat sivuvaikutukset sekä yleisimpien saattohoidossa käytettävien lääkkeiden interaktiot ovat useimmiten ennakoitavissa, esimerkiksi opioidien kanssa tulee käyttää aina ummetusta ehkäisevää laksatiivia. (Hänninen 2003, 44-49.)

Saattohoitopotilaalle annetaan myös aktiivihoidoja esimerkiksi tietyissä infektioidissa, jotka aiheuttavat potilaalle oireita ja epämukavuutta. Antibiootteja käytetään esimerkiksi virtsatieinfektioiden tai keuhkokuumeen hoidossa, jolloin niistä aiheutuvat oireet kuten kipu, kirvely ja limaisuus saadaan hallintaan. Antibioottien aloituksen järkevyydessä tulee kuitenkin ottaa potilaan yleistila ja ennuste huomioon, ja antibioottien käyttö lopetetaan, jos hoidolle ei saada vastetta. Kuume tai CRP:n nousu ovat useimmiten osa normaalia tautiprosessia, eivät merkki infektiosta. (Hänninen 2003, 44-47.) Hänninen (2014, 21,29) toteaa antibioottien käytössä olevan käytäntönä kolmen päivän säännön: aloita hoito, jos vastetta ei havaita kolmen päivän kuluessa, lopeta hoito. Akuutissa laskimotukoksessa käytetään hoitona hepariineja, kuten Klexaneja, säännöllistä Marevan-lääkitystä ei suositella verenvuotoriskien vuoksi. Raajaturvotuksissa ei diureeteista ole yleensä apua, mutta lymfahoito saattaa auttaa, kuten myös ihon hyvä hoito infektioiden ehkäisemiseksi.

Hänninen (2003, 49 - 50) painottaa, että lääkkeiden annostelureittinä tulisi suosia tehokkainta, yksinkertaisinta ja potilasta vähiten häiritsevää reittiä. Oraalisesti (suun kautta) tapahtuva annostelu on potilaan kannalta yksinkertaisin tapa, ja hoito voidaan helposti toteuttaa myös kotihoidossa. Aina suun kautta annettava lääkitys ei kuitenkaan potilaan tilanteen tai lääkkeen ominaislaadun vuoksi onnistu: potilas voi olla pahoinvoiva, sekava, suun limakalvot saattavat olla liian kuivat, nieleminen on vaikeaa, suussa voi olla sieni- tai jokin muu infektio tai potilas on tajuton.

Rektaalista (peräsuoleen) lääkitystä suositaan Hännisen (2003, 50-51) mukaan tilanteissa, jossa tarvitaan säännöllisen lääkityksen lisäannostelua, tai saattohoitopotilaan äkillisissä hätätilanteissa. Ummetus tai ripuli estää rektaalisen reitin käytön. Yleisimmät käyttöaiheet ovat kouristukset, pahoinvointi tai rauhoittavan lääkityksen antaminen. (Hänninen 2014, 9.)

Transkutaanista (ihon kautta annettavaa) annostelutapaa käytetään saattohoidossa yleisesti kivun, pahoinvoinnin sekä limaisuuden ja liiallisen syljenerityksen hoitoon (Hänninen 2003, 56). Kakektisilla potilailla tulee huomioida, että lääkeaineen imeytyminen laastarista usein heikkenee, ja tällöin tulee harkita muita antoreittejä (Hänninen ym. 2013, 373).

Suonensisäistä lääkitystä suositaan Hännisen (2003, 57) mukaan yleensä vain silloin, jos saattohoitopotilaalle on jo valmiiksi asennettu laskimoportti tai keskuslaskimokatetri - tällöin se on potilaan kannalta miellyttävintä tapa annostella lääkitys.

Ihonalaista infuusiota ja ruiskeita käytetään korvaamaan toistettuja injektioita, jolloin potilaalle aiheutuu lääkityksestä vähemmän haittaa. Niitä käytetään yleensä suolistotukoksen hoitoon, oksentelevalle tai tajuttomalle potilaalle. (Hänninen 2014, 9.)

Hänninen (2014, 9) toteaa lihasinjektioiden olevan suositeltavaa vain poikkeustapauksissa, ne eivät kuulu saattohoitoon.

Intratekaalisessa (selkäyttimeen) lääkityksessä epiduraali- tai selkäydintilaan menevän katetrin avulla hoidetaan vaikeaa neuropaattista tai regionaalista kipua (Hänninen 2014, 9).

### **Hengenahdistus ja muut hengitystieoireet**

Erilaiset hengitystieoireet kuten yskä, veriyskä, sekä hengenahdistus tai rintakehän kipu voivat aiheuttaa saattohoitopotilaalle merkittävää kärsimystä. Oireet heikentävät toimintakykyä, aiheuttavat ahdistusta, kipua ja sosiaalista eristäytymistä. Potilaan loppuelämän laatuun vaikuttaa vahvasti se, kuinka näitä oireita onnistutaan lievittämään. (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013, 395.) Syitä hengitystieoireisiin ja hengenahdistukseen on lukuisia ja niistä monet esiintyvät usein yhtä aikaa. Yleisimpiä syitä ovat hengitystieobstruktio (ahtautuminen), jota voi aiheuttaa esimerkiksi tuumori (kasvannainen) tai yskimisvoiman heikkous, hengitystilavuuden pieneneminen, joka voi johtua pleuranesteestä (neste keuhkopussissa) tai askiteksen (neste vatsaontelossa) kertymisestä. Syitä hengitystieoireisiin voivat olla myös verenkierron ongelmat, esimerkiksi veritulppa, sekä kakeksia, kipu, anemisoituminen, väsymys ja yleinen heikkous. (Lehto, Toikkanen & Saarto, 2011, 1090.) Tärkeitä vaikuttajia hengitysoireisiin ovat myös psykososiaaliset tekijät, kuten ahdistuneisuus, masentuneisuus, pelko ja turvattomuus. Hännisen (2003, 132) mukaan ahdistusta aiheuttaa etenkin pelko kuolemisen tuelle.

Hengenahdistuksessa paras hoitovaste saadaan syynmukaisella hoidolla, esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa diureeteilla. Syynmukaista hoitoa tehostetaan oireenmukaisella hoidolla, esimerkiksi happihoidolla. (Lehto ym. 2013, 395.) Oireenmukaisessa lääkityksessä ovat opioidit ensisijainen vaihtoehto. Ne lievittävät hengenahdistukseen liittyvää kipua, harventavat hengitystaajuutta ja vähentävät ahdistuneisuutta. Samalla tulee muistaa hoitaa opioidien haittavaikutukset, etenkin ummetuksen ehkäisy on tärkeää, sillä mahdollinen turvotus vatsan alueella heikentää palleahengitystä. (Lehto ym. 2011, 1090.) Hengenahdistukseen usein liittyvää ahdistusta ja paniikin tunnetta hoidetaan bentsodiatsepiineillä. Muu hengenahdistuksessa käytettävä lääkitys valitaan yksilöllisesti poti-

laan perussairauden mukaan, esimerkiksi kortikosteroideja käytetään muun muassa kasvainturvotuksen yhteydessä ja inhaloitavaa furosemidia keuhkohtaumapotilaan hoidossa. (Lehto ym. 2011, 1091.)

Happihoitoa käytetään laajasti hengenahdistukseen – ahdistus koetaan usein hapen loppumisena. Happi ei kuitenkaan lievitä hengenahdistusta, ellei potilaalla ole hypoksiaa (hapen puutetta). (Lehto ym. 2013, 397.) Tutkimustulokset happihoidosta ovat ristiriitaisia: hypokseemisilla keuhkohtauma- ja syöpäpotilailla hoito auttaa elämänlaatua parantavasti, mutta muilla ryhmillä sitä ei ole todettu huoneilmaa tehokkaammaksi hoitokeinoksi (Lehto ym. 2011, 1091). Hänninen (2003, 140) painottaa kuitenkin hoidon tavoitteena olevan potilaan voinnin parantamisen, eikä happisaturaatiomittarin arvojen tarkkaa tulkittamista. Hoito tulisi suunnitella yksilöllisesti potilaan kanssa, ja happihoidon tuloksellisuuden pitäisi perustua potilaan kokemaan hoitovasteeseen. Myös tuulettimen suuntaama ilmavirta on yleisesti käytetty, yksinkertainen ja tehokkaasti helpotusta tuova keino (Lehto ym. 2011, 1091).

Yskän taustalla voi olla useita eri syitä, kuten pleuraneste, embolia, aspiraatio (henkeen/keuhkoihin vetäminen), pneumonia (keuhkokuume), ALS (selkäytimen liikehermojen sairaus), MS (keskushermoston pesäkekovettumatauti) tai lymfangiitti (imusuonitulehdus). Saattohoitopotilailla imeytyminen ilmasteissä vähenee, ja liman erityksen määrä kasvaa ja sen kuljetus eteenpäin hidastuu. Kehon yleinen inflammatorinen tila (tulehdus) puolestaan vain lisää liman eritystä. (Hänninen 2014, 22.) Liman poistumista voidaan tehostaa uloshengityksen vastapainetta lisäämällä (PEP), jolloin käytetään apuna vesipulloon puhaltamista letkulla tai muita PEP- apuvälineitä (Lehto ym. 2013, 399). Yskää hoidetaan ensisijaisesti syynmukaisesti, näyttö yskän oireenmukaisesta hoidosta on vähäistä. Bronkoskopiasta (keuhkoputken tähystyksestä) tai sädehoidosta voi olla apua, jos syynä on hengitysteiden kasvain. Ensisijaisena helpottavana lääkityksenä käytetään opioideja ja joitain inhaloitavia (hengitettäviä) lääkkeitä. (Lehto ym. 2013, 398-399.)

Veriyskä ei esiintyessään ole yleensä runsasta, mutta se aiheuttaa potilaalle ahdistusta ja pelkoa. Syövän aiheuttaman veriyskän hoitoon käytetään sädehoitoa



ja lääkehoitona traneksaamihappoa. Hengitystieinfektioärsytyksessä voidaan ko-  
keilla mikrobilääkitystä. (Lehto ym. 2013, 399.)

Muina hoitokeinoina käytetään muun muassa potilaan voinnin rajoissa tapahtu-  
vaa liikkumista ja liikuntaa, liikunnassa käytetään apuvälineitä kuten rollaattoria,  
lisäksi käytetään fysioterapiaa sekä psykososiaalista tukea. Potilaan pelkojen  
kuunteleminen ja hoitomahdollisuuksista kertominen ovat tärkeä osa hengenah-  
distuksen hoitoa. (Lehto ym. 2013, 398.) Vielä saattohoitovaiheessakin yksinker-  
taiset keinot, kuten puoli-istuvan asento ja niin sanotun ajurin asento tuovat hel-  
potusta hengenahdistukseen (Lehto ym. 2011, 1092).

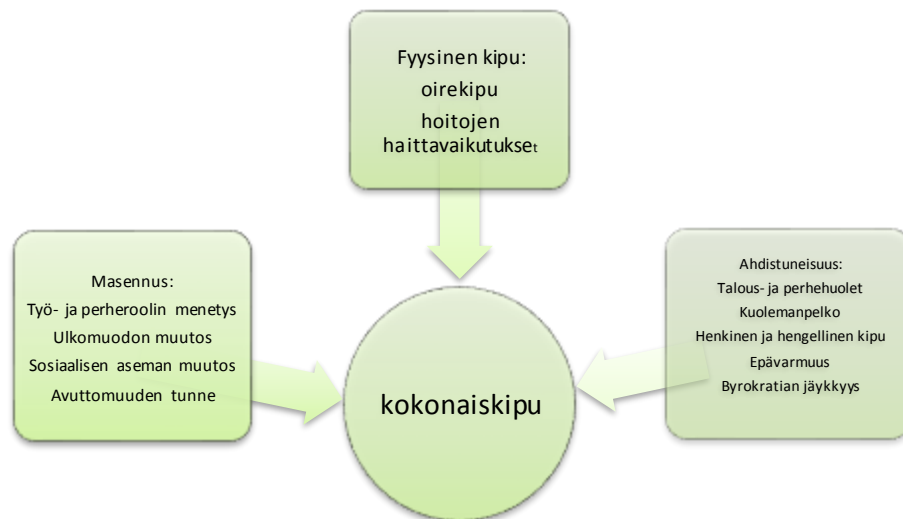
Palliativista sädehoitoa käytetään lievittämään keuhkosyövän paikallisoireita.  
Parhaiten sen on todettu auttavan rintakehän kipuun, veriyskään sekä hengenah-  
distukseen. (Lehto ym. 2011, 1094.) Pahanlaatuista pleuranestettä poistetaan  
aluksi punktoimalla, myöhemmin voidaan asettaa tunneloitava pleurakatetri, jota  
potilas voi vointinsa salliessa itsekin tyhjentää (Lehto ym. 2013, 400-401).

### **Kipu ja sen hoito**

Hyvä kivunhoito on oleellinen osa tehokasta palliativista/saattohoitoa. Kivunhoi-  
don tavoitteena on saavuttaa mahdollisimman hyvä elämänlaatu oikein menetel-  
min, riittävällä lääkityksellä sekä minimoimalla lääkkeiden haittavaikutukset.  
(Heiskanen, Hamunen & Hirvonen, 2013, 385.) Kipu itsessään on potilaan oma  
epämiellyttävä ja kärsimystä aiheuttava subjektiivinen kokemus, johon vaikutta-  
vat vahvasti hänen psyykinen olotilansa ja hänen käsityksensä omasta hyvin-  
voinnistaan, samoin kuin kivun rajoittavat vaikutukset jokapäiväiseen arkielä-  
mään. Kipukynnystä alentavat väsymys, pelko, ahdistuneisuus, masennus ja  
unettomuus. Kivun diagnostiikkaa selvittäessä tuleekin aina ottaa huomioon  
myös sosiaalisten ja psyykkisten tekijöiden vaikutukset. (Hänninen 2003, 73-83.)  
Myös Ridanpään (2006, 51) mukaan kivun taustalla ovat itse sairauden aiheutta-  
mien fyysisten muutoksien lisäksi potilaan henkinen ja hengellinen ahdistus, pelot  
sekä hoitotoimien rasittavuus.

Kipuoireen oikeassa diagnosoinnissa kliininen tutkimus (palpointi, auskultointi)  
sekä kuvantaminen auttavat määrittämään oireperäistä diagnoosia. Kipuoireen  
hoidossa tulee kuitenkin aina selvittää potilaan oirekokonaisuus. Fyysistä kipua

mitattaessa käytetään apuna erilaisia kipuasteikkoja, jolloin tulos on selkeä: kivulla on tietynlainen kesto ja luonne. Kliininen kipu puolestaan kokoaa yhteen kaiken epämukavuuden, jota potilas tuntee. Tällöin voi olla vaikea erottaa, onko kokemus tiukan määritelmän mukaan pelkkää kipua, vai esimerkiksi ummetusta tai närästyä. Myös elämästä luopumisen tuska voi aiheuttaa kiputuntemusta.



Kuvio 7. Kivun kokemiseen vaikuttavia tekijöitä (mukaiillen Korhonen & Poukka 2013, 443)

Erilaiset kivun määrittämistä auttavat mittarit, kuten VAS-asteikko, ovat hyviä kivun intensiteetin mittareita. Ne eivät kuitenkaan kerro kivun luonnetta, eli onko kyseessä fyysinen kipu vai onko potilas ahdistunut tai peloissaan. Pelkkiä kivun voimakkuutta mittaavia asteikkoja tiukasti seuraamalla voidaan helposti päätyä hoitamaan ahdistuneisuutta tai ummetusta morfiinilla. Osaavan lääkärin tulisi pystyä arvioimaan ja hoitamaan kipua myös hengellisenä- ja henkisenä kipuna. (Hänninen 2003, 73-87.)

Kipua voidaan jaotella eri tavoin. Esimerkiksi syöpäkipu jaetaan mekanismin mukaan neljään eri ryhmään: nosiseptiiviseen kipuun eli kudostuhon aiheuttamaan (esim. luustometastaasit), viskeraaliseen kipuun eli elinten ja sileän lihaksen venytyskipuun, neuropaattiseen kipuun eli hermovauriokipuun sekä idiopaattiseen

kipuun, jonka syytä ei tiedetä. Kipu jaotellaan myös ajallisesti sen mukaan onko kipu äkillistä, kroonista vai läpilyöntikipua eli äkillistä, kovaa ja lyhytkestoista kipua. Etiologisesti puhutaan myös syövän itsensä aiheuttamasta sekä syövän hoitojen aiheuttamista kivusta. Syövässä kipu alkaa yleensä ensin akuuttina muutuen krooniseksi. (Hänninen 2003, 73-75.)

Kivunhoitoa suunniteltaessa arvioidaan ensin tarkasti kivun sijainti, luonne, intensiteetti sekä mahdolliset vaikutukset potilaan toimintakykyyn. Jatkuva ja säännöllinen kivun arviointi ja kirjaaminen ovat pohjana hyvälle hoidolle. Empaattinen ja potilasta kuunteleva hoitosuhde sekä kokonaisvaltainen kiputilan arvioiminen ovat oleellisia tekijöitä onnistuneelle lääkehoidolle sekä luottamukselliselle hoitosuhteelle. (Heiskanen ym. 2013, 385.) Myös Ridanpää (2006, 52) painottaa kivun tunnistamisen, hallinnan ja ennaltaehkäisyn tärkeyttä. Ennaltaehkäisyä toimivat oikein toteutetun lääkehoidon lisäksi hyvä asento- ja liikehoito, huolellinen ihonhoito sekä henkisen hyvinvoinnin turvaaminen. Kivunhoito tulisi toteuttaa yhteistyössä potilaan, omahoitajan ja lääkärin kesken yksilöllisen kivunhoitosuunnitelman mukaan. Heiskanen ym. (2013, 386) ohjeistavat huomioimaan kivun mekanismin, sijainnin, ajallisuuden ja voimakkuuden, kivun vaikutuksen potilaan elämään sekä kipulääkkeiden tehon ja haittavaikutukset.

Kivun lääkityksessä noudatetaan WHO:n laatimaa kivunhoidon porrastusmallia. Potilaan näkökulmasta hoidon tulisi olla mahdollisimman helppoa ja ennaltaehkäisevää, turhia tekniikoita ja pistelyitä tulisi välttää. (Hänninen 2003, 88-89.) Peruslääkkeenä hoidossa käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Porrasmallista poiketen voi palliatiivisessa hoidossa lisätä kohtalaiseen tai voimakkaaseen kipuun suoraan vahvan opioidin. Pitkävaikutteisen opioidin mukana tulee antaa läpilyöntikipuun lyhytvaikutteinen valmiste (oksikodoni, morfiini, fentanyl). On tärkeää erottaa neuropaattinen kipu, sillä opioidiherkkyys siihen vaihtelee. Neuropaattiseen kipuun tehoavat usein parhaiten trisykliset masennuslääkkeet tai epilepsia lääkkeet, myös Tramadolista voi olla apua. (Heiskanen ym. 2013, 385-386.)

Lääkkeiden tai hoitojen aiheuttamista haittavaikutuksista tulee informoida potilasta. Tulehduskipulääkkeet voivat ärsyttää mahasuolikanavaa, jolloin siirrytään

käyttämään parasetamolia tai cox2 salpaajia. Parasetamoli sopii myös astmaattikoille sekä veren hyytymishäiriöistä kärsiville. Opioidien yleisin haitta on ummetus. Niiden käytön kanssa aloitetaan aina laksatiivilääkitys. Mahdolliseen pahoinvointiin käytetään muun muassa haloperidolia. (Heiskanen ym. 2013, 387.) Opioidit voivat aiheuttaa myös väsymystä, uneliaisuutta tai sekavuutta. Tällöin tarkistetaan annostus, vaihdetaan opioidia tai annetaan vaivaan soveltuvaa lääkettä. Opioidien käyttöön liittyy vieläkin vahvasti pelko riippuvuudesta tai hengityslaman mahdollisuudesta. Palliativisessa hoidossa on kyse kuitenkin kroonisen kivun hoidosta, eikä näitä ongelmia silloin ole. Kutina on harvinaista, mutta siihenkin on saatavana omat lääkkeensä. (Hänninen 2003, 105.)

Kipua voidaan hoitaa myös ihonalaisilla infuusioilla, kun se katsotaan aiheelliseksi. Epiduraalista tai spinaalista kivunhoitoa käytetään, jos lääkkeellä on paljon sivuvaikutuksia, tai jos muu kivunhoito ei ole riittävää. Sädehoitoa voidaan käyttää luustokivuissa ja murtumien ehkäisyssä. (Hänninen 2014, 28.) Jos kivun hallintaan saamisessa on ongelmia, tulee miettiä uudelleen kivun mekanismia: onko syöpätauti mahdollisesti edennyt, onko lääkkeelle kehittynyt toleranssia, imeytyvätkö lääkkeet huonosti, onko kivun syynä ahdistus tai masennus tai hoitomyöntyvyyteen liittyvä ongelma. Hallitsemattoman kivun hoidossa voidaan turvautua palliativiseen sedaatioon. Hoitohenkilökunnan tulisikin ajoissa konsultoida kivunhoitoon erikoistunutta lääkäriä, jotta ääritilanteilta ja turhalta kärsimykseltä vältyttäisiin. (Heiskanen ym. 2013, 389-390.)

### **Ruoansulatuskanavan oireet**

Saattohoitopotilaalla voi olla ongelmia monissa eri syömiseen, ravinnonkuljetukseen ja ruoansulatukseen liittyvissä toiminnoissa; ravinnon imeytyminen voi olla heikkoa, ravinto ei pysy elimistössä niin kauan, että sitä voitaisiin hyödyntää tai käytetty ravintoaine ei suostu poistumaan elimistöstä. Syyt ongelmiin johtuvat joko itse sairaudesta tai sen hoitomenetelmistä tai erilaisista psykososiaalisista tekijöistä. Yleisimpinä syinä ongelmiin ovat autonomisen hermoston häiriöt, lääkitys ja kakeksiaoireyhtymä tai näiden kaikkien yhteinen vaikutus. (Hänninen 2003, 152.)

Nielemisvaikeudet voivat johtua monista eri sairauksista ja niitä esiintyy tutkimusten mukaan yli 10 %:lla potilaista. Ne ovat yleisiä muun muassa neurologisissa sairauksissa, pään ja kaulan alueen syövissä sekä loppuvaiheen dementiassa. Nielemisvaikeuksia ratkottaessa huomioidaan niihin johtaneet syyt ja mahdolliset hoitokeinot, esimerkiksi kuiva suu, infektiot, tukos, aspiraatoriski tai sopimaton proteesi. (Saarto, Nousiainen, Nivala, Huhtaniska, Rahko, Koskela & Hillilä 2015, 115.) Hänninen (2003, 152-153) toteaa nielemisvaikeuksien asettavan usein haasteita hoitajien ja omaisten välille. Ruokailuun liittyvät sosiaaliset sekä emotionaaliset merkitykset ovat usein omaisille tärkeitä. Omaisten neuvominen on tärkeää, sillä aspiraatio riski voi olla todellinen ja koitua kohtalokkaaksi.

Palliativisista potilaista yli 60 %:lla esiintyy pahoinvointia ja heistä 30 %:lla on elämän loppuvaiheessa oksentelua (Hänninen ym. 2013, 372). Hännisen (2003, 158) mukaan potilaalle on usein rankempaa jatkuva vellova pahanolon tunne, kuin satunnaiset oksentamiset. Pahoinvoinnista voi muodostua vaikeasti hoidettava noidankehä. Esimerkiksi syöpätaudeissa alentunut ravitsemustila voi johtaa autonomiseen neuropatiaan (ei-tahdonalaisen hermoston vaurioon), joka ylläpitää pahoinvointia, ja näin ravinnonsaanti edelleen heikkenee.

Pahoinvoinnissa on oleellista selvittää, johtuuko se perussairaudesta, lääkityksestä vai jostakin muusta sairaudesta tai tilasta. Myös oksennuksen laatu (haju, paksuus, väri) sekä pahoinvoinnin esiintyvyyssajankohdat sekä mahdollisten vatsakipujen tulkinta auttavat diagnoosin teossa. Potilaan yleistila, toiveet ja elinajan ennuste tulee arvioida tarkkaan muiden lisätutkimusten kuten gastroskopian (mahalaukun tähytys) kohdalla. Nielemisvaikeuksia ratkoessa huomioidaan niihin johtaneet syyt ja mahdolliset hoitokeinot, esimerkiksi kuiva suu, infektiot, tukos, aspiraatoriski tai sopimaton proteesi. (Saarto ym. 2015, 115.)

Yleisimmät syyt pahoinvointiin ovat vatsaontelon kasvaimet, ummetus, lääkitys kuten opioidit tai antikolinergit, kohonnut aivopaine, limanerityksen lisääntyminen, infektio, kiinnikkeet, askites, metaboliset häiriöt, ahdistuneisuus tai suolistotukos. Pahoinvoinnin hoitolinja valitaan oireen aiheuttajan mukaan, esimerkiksi opioidit voidaan vaihtaa toisiin, infektio hoidetaan antibiooteilla, ahdistukseen annetaan bentsodiatsepiinejä. Saatavilla on myös tehokkaita lääkkeitä pelkästään pahoinvoinnin ehkäisyyn, kuten deksametasoni. (Hänninen 2003, 158–162.)

Myös lääkkeettömät hoitokeinot ovat tärkeitä, ravinto voidaan perustaa vain miehille, vältetään potilasta ärsyttäviä hajuja sekä käytetään erilaisia rentoutustekniikoita (Saarto ym. 2015, 138).

Ummetuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa suoli toimii harvemmin kuin 72 tunnin välein ulostemassan kovuuden vuoksi. Yleisimmät syyt ummetukseen ovat syöpäkasvaimen leviäminen tai lääkkeiden haittavaikutukset, etupäässä opioidien. Myös antikolinergit, masennuslääkkeet, diureetit tai epilepsialääkkeet voivat aiheuttaa ummetusta. (Hänninen 2014, 11.) Muita mahdollisia aiheuttajia ovat ravinnon muutokset, yleinen heikkous ja liikkumattomuus, kuivuminen, metaboliset sekä neurologiset tekijät. Ummetuksen oireita ovat muun muassa vatsan turvotus, pahoinvointi, närästys tai sekavuus. Ummetuksen ennaltaehkäisyssä on tärkeää riittävä nesteytys, kuitupitoinen ruoka, rauhallinen ulostusmahdollisuus ja tehokkaat vatsantyhjennykset sekä laksatiivien käyttö opioidien yhteydessä. Olisi myös tärkeää antaa potilaalle tarpeeksi aikaa ja yksityisyyttä ulostamiseen. Potilaan hoidossa pyritään normalisoimaan suolen toimintaa, lievittämään kipua sekä säilyttämään potilaan omatoimisuus ulostamisessa. Ummetuksen hoitaminen on tärkeää potilaan elämänlaadun, suolen toiminnan sekä mahdollisten komplikaatioiden, kuten suolen tukkeuman estämiseksi. (Hänninen 2003, 164-166.)

Ripulia esiintyy saattohoitopotilailla huomattavasti vähemmän kuin pahoinvointia tai ummetusta. Yleisin ripulin syy on liika laksatiivien käyttö tai sytostaattien aiheuttama suolistoärsytys. Myös mikrobilääkitys voi aiheuttaa ripulia, ja tarpeettomia antibioottilääkityksiä tulisikin välttää. Ripulin diagnoosissa tulee olla tarkkana, sillä kyse voi olla myös ummetuksen aiheuttamasta ohivuodosta. Ripulin hoito on oireenmukaista, lääkkeinä ovat muun muassa oktreotidi tai loperamidi. (Hänninen & Rahko 2013, 434.)

Askites tarkoittaa vatsaonteloon kertynyttä nestettä. Askitekseen esiintyminen on tyypillistä maksakirroosissa ja monissa syöpätyypeissä. Sen ilmaantuminen tietää yleensä huonoa ennustetta. Askites aiheuttaa potilaalle vatsan pinkeyttä ja kivuliaisuutta, oksentelua sekä suolenvetovaikeuksia. Hoito on oireenmukaista, poistetaan tilanteesta riippuen askitesdreenin kautta 3-6 litraa muutaman vuorokauden aikana tai sitten asennetaan tunneloitava katetri, jota voidaan käyttää

kauemmin, ja jota potilas pystyy itsekin tyhjentämään. (Saarto ym. 2015, 148–149.)

### **Sekavuuden ja levottomuuden sekä väsymysoireyhtymän hoito**

Levottomuutta tai sekavuutta potilaalle voivat aiheuttaa fyysinen kipu, aineenvaihdunnalliset syyt ja lääkitys. Hoidossa pyritään aina ensin rauhoittamaan akuuttitilanne ja sitten selvittämään mahdolliset syyt. Sekavuutta aiheuttavia lääkkeitä, kuten opioideja, antikolinergeja sekä neuroleptejä koetetaan karsia mahdollisuuksien mukaan. Äkillisen kivun aiheuttaja pyritään selvittämään. Sekavuuden riittää aiheuttamaan venynyt rakko tai suoli, jolloin oireenmukaisena hoitona voi olla niinkin yksinkertainen toimenpide kuin katetrointi. On tärkeää pitää potilaan hoitoympäristö rauhallisena, turvallisena ja valvottuna. (Korhonen & Poukka 2013, 443-444.) Myös elimistön yleinen stressitila kuoleman lähestyessä voi aiheuttaa sekavuutta. Hänninen (2014, 30) katsookin jonkinasteisen sekavuuden kuuluvan usein normaalina osana kuoleman prosessiin.

Delirium on saattohoitopotilailla yleinen oire, noin 70-90 %:lla potilaista esiintyy kognitiivista häiriötä ennen kuolemaa. Deliriumissa potilaan orientaatio ja älylliset toiminnot heikkenevät, hänellä voi olla hallusinaatioita ja harhaluuloja, potilas saattaa olla kiihtynyt, sekava ja vetämätön. Läheisille nämä suuretkin toimintakyvyn muutokset ja koko minuuden mahdollinen katoaminen saattavat olla hyvin ahdistavia. Deliriumin syytä ei aina saada saattohoitopotilaalla selville. Mahdollisia syitä voivat olla käytettävät lääkkeet, hapen puute, hyperkalsemia (liikaa kalsiumia) tai infektio. Delirium hoidossa käytetään oirehoitoa, esimerkiksi infektiin antibiootteja, mutta palautuvia sekavuustiloja on saattohoitopotilailla hyvin vähän. (Hänninen 2003, 207-217.)

Väsymysoireyhtymällä tarkoitetaan tilaa, jossa potilaan kyky kognitiiviseen (älylliseen ja psykologiseen) toimintaan on alentunut, potilas tuntee itsensä voimattomaksi sekä yleisesti väsyneeksi, jolloin myös lihasten rasituskyky on selvästi laskenut. Levon sekä unen tarve lisääntyvät, ja potilaalle on tyypillistä jonkinasteinen apaattisuus. Väsymys voi olla luonteeltaan ahdistavaa tai masentavaa, ja hoidossa otetaan huomioon oireen häiritsevyys potilaan kannalta. Tulisi tarkasti

selvittää potilaan muiden sairauksien, oireiden ja häiriöiden merkitys huomioiden kuitenkin samalla potilaan yleistila ja ennuste.

Yleisimmin väsymystä aiheuttavat lääkkeiden ja oireiden epäsuhta, erilaiset infektiot tai anemia. Yhden väsymystä aiheuttavan oireen korjaaminen tuo kuitenkin harvoin ratkaisua, sillä oireyhtymä on yleensä monisyinen kokonaisuus. (Hänninen 2003, 60-66.) Pöyhiänkään (2012, 458) mielestä esimerkiksi anemia ei yksin selitä väsymyksen syitä sairauden loppuvaiheessa. Hän kuitenkin toteaa verensiirron virkistävän potilasta hetkellisesti ja auttavan häntä nauttimaan omaisen vierailusta tai merkittävästä tapahtumasta lähitulevaisuudessa. Hänninen & Rahko (2013, 437) ovat samoilla linjoilla: he toteavat väsymyksen verensiirron jälkeen palautuvan parissa viikossa, vaikka hemoglobiiniarvo pysyisikin parempana. Muiksi hoitokeinoiksi Hänninen (2003, 64 - 68) listaa muun muassa potilaan yleisestä hyvinvoinnista huolehtimisen, säännöllisen vuorokausirytmien ja lääkityksen tarkistuksen. Ravitsemuksen lisäämisestä tai nesteytyksestä ei saattohoitopotilaan väsymyksen hoidossa ole merkittävää hyötyä. Potilaalle tulisi myös selvittää väsymyksen johtuvan hänen perussairaudestaan, jolloin potilaan sopeutuminen tilanteeseen voi helpottua. Väsymystä voidaan jossain tapauksissa myös hoitaa oireenmukaisella lääkityksellä kuten steroideilla, se on kuitenkin aina tapauskohtaista.

Palliativinen sedaatio on osa saattohoitopotilaan kärsimyksen oirehoitoa. Sitä käytetään sietämättömän kivun, deliriumin, pahoinvoinnin tai hengenahdistuksen hoitoon. (Hänninen ym. 2013, 373.) Sedaation päämääränä on hallitsemattomien oireiden aiheuttaman kärsimyksen lievittäminen laskemalla potilaan tajunnantasoja ja vaivuttamalla hänet uneen. Keskustelut sedaatiosta potilaan ja omaisten kanssa tulisi käydä hyvissä ajoin ennen potilaan tilan heikkenemistä. Hätätilanteissa sedaatio aloitetaan potilaan parhaaksi ajattelun mukaan. Sedaation aloittamisesta päättää aina palliativiseen hoitoon perehtynyt lääkäri tai hoidon asiantuntija. Lääkeaineena käytetään yleisesti Midazolamia, opioideja jatketaan sedaation aikana kivun hoidossa. (Hänninen 2014, 10.)



### 7.3 Psyykkinen hoito sekä henkinen ja hengellinen tukeminen

Psyykkisen hyvinvoinnin turvaaminen on yhtä tärkeää kuin somaattisten oireiden hoito. Hoitohenkilökunnan tulee tunnistaa ja hoitaa yleisimmät psyykkiset oireet: ahdistus, masennus sekä unihäiriöt. (Idman 2013, 403.) Ridanpää (2006, 46-47) toteaa henkisen ja fyysisen hoidon olevan vahvassa yhteydessä toisiinsa: ahdistus ja masentuneisuus voivat ilmetä myös fyysisenä kipuna sekä unettomuutena. Myös Hänninen (2003, 207-208) painottaa yhteyttä: masentuneisuus alentaa potilaan kipukynnystä ja somaattinen kipu aiheuttaa masennusta. Ongelmat ovat jälleen monisyisiä, erilaiset psyykkiset ja fyysiset oireet kietoutuvat toisiinsa, eikä yksi valmis hoitomalli sovi kaikille. Idman (2013, 403) tarkentaa monioireisuuden rajoittavan psykologisen mielen autonomiaa ja vaikuttavan suoraan potilaan viireystilaan, jolloin ruumiillinen oleminen täyttää mielen ja elämänpiiri pienenty.

Tärkeimmät osa-alueet psyykkisessä oirehoidossa ovat ehkäisy, oireiden varhainen tunnistaminen sekä asianmukainen hoito.

Oireiden ehkäisyssä hyvällä somaattisella hoidolla luodaan perusta psyykkistä jaksamista tukevalle luottamukselle. Keskeistä on hoitoon perehdyttävä potilasohjaus sekä aktiiviseen kuunteluun perustuva vuorovaikutus. (Idman 2013, 405.) Oleellinen osa vuorovaikutusta ovat tunteet. Tunteista kertovat puheen vivahteet, rytmi ja voimakkuus. Katse viestii enemmän kuin sanat. Kasvojen ilmeet, liikkeet, läheisyys sekä elehtiminen ovat tapoja viestiä. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida, että kaikki nämä tavat kertovat potilaalle heidän emotionaalisesta osallisuudestaan ja kyvystä olla aidosti läsnä potilaan tilanteessa. Hoitajan kyky sietää hiljaisuutta sekä kohdata vaikeita tunteita ovat edellytyksenä sille, että potilas kykenee ottamaan esille kipeitä henkilökohtaisia asioita ja kertomaan peloistaan. Tällaiset hetket syventävät hoitosuhdetta ja luovat luottamusta. Ridanpää (2006, 44) korostaa potilaan kohtaamisessa luonnollisuutta ja inhimillisyyttä: hoitajan tulisi olla ymmärtäjä, lohduttaja ja yksilöllisen hoidon toteuttaja. Teoilla, olemuksella ja sanoilla välitetään kuolevalle, että häntä arvostetaan ja kunnioitetaan juuri sellaisena kuin hän on.

Pelko on kuolevan potilaan psyykkisen oireilun ytimessä. Hänninen (2003, 206) kuvaa elämästä luopumisen ja kuoleamisen tapaa koskevien pelkojen olevan usein suurempaa kärsimystä aiheuttava tekijä kuin esimerkiksi fyysisten kipujen.

Pelko on voimakas aistimus, joka aiheuttaa epämääräistä painetta ja voi purkautua motorisena toimintana tai somaattisina oireina. Hoitavan lääkärin tulisi olla perillä pelon neurobiologisesta etenemisestä aivoissa: potilaan sopeutuminen ja sairauden hyväksyminen ohjautuvat näiden mekanismien mukaan ja niitä tulisi pystyä ymmärtämään ja käyttämään hyväksi psyykkisen oireilun hoidossa. Pelko aiheuttaa voimakasta psyykkistä ahdistusta ja voi aiheuttaa niin suuren reaktion, ettei potilas pysty hoitokontaktissakaan tavoittamaan tilannetta kognitiivisesti. Tällöin voi ainoana keinona olla potilaan tilapäinen rauhoittaminen anksiolyyttisillä lääkkeillä, esimerkiksi oksatsepaamilla. (Idman 2013, 404-405.)

Masennuksen diagnosoinnissa on keskeistä osata erottaa toisistaan sairauden aiheuttama väsymys ja huonovointisuus sekä normaali suruprosessi. Apuna käytetään erilaisia masentuneisuutta mittaavia kyselyjä ja mittareita. Hoitolinja valitaan masennuksen vaikeuden mukaan: lievissä ensisijaisena hoitona ovat psykoterapeuttiset keskusteluhoidot, keskivaikeissa ja vaikeissa on lääkehoito suuremmissa roolissa. Paras hoitovaste saadaan yhdistämällä molempia. (Idman 2013, 406-408.)

Ahdistus voi aiheuttaa potilaalle voimavarojen ehtymistä, pelkotiloja tai pahimmillaan täydellistä toimintakyvyttömyyttä. Ahdistus voi aiheuttaa myös erilaisia somaattisia oireita, kuten sydämentykytystä, pahoinvointia sekä hengenahdistusta. Yleisimmin ahdistusta aiheuttavat kuoleman sekä kovien oireiden pelko. Diagnoosi tehdään psyykkisten oireiden tai potilaan oman kertomuksen perusteella. Kuoleman lähestyminen aiheuttaa kuitenkin väistämättä potilaalle ahdistavia ajatuksia tai kärsimystä. Hoitona käytetään psykoterapiaa ja lääkehoitona bentso-diatsepiinejä sekä neuroleptejä. (Hänninen 2003, 212-214.)

Unettomuus voi Ridanpään (2006, 48) mukaan ilmetä monin eri tavoin: uni voi olla katkonaista, nukahtaminen vaikeaa tai unirytmä on voinut muuttua kokonaan toiseksi. Univaikeuksia aiheuttavat etenkin kuoleman odotukseen liittyvä ahdistus ja pelko, fyysinen kipu tai sairauden aiheuttamat fysiologiset muutokset kehossa.

Hänninen (2003, 214-215) peräänkuuluttaa yksityisyyden huomioonottamista: saattohoitopotilaan paikka ei ole monihenkisessä potilashuoneessa, jossa nukkuminen uniongelmiensa kanssa on mahdotonta. Potilaan tulisi voida nukkua silloin kun hän haluaa. Unettomuuden moninaisia ongelmia hoidetaan niiden syntymechanismin mukaan: pyritään poistamaan unta häiritsevät oireet, rentoutuksella tai unilääkkeillä.

Henkisyys kuvaa kiinnostusta korkeampaa voimaa tai jumaluutta kohtaan. Hengellisyys - osana henkisyttä - tarkoittaa ihmisen perimmäistä kiinnostusta elämän arvoja ja oman olemassaolon merkitystä kohtaan. Vakavan sairauden aikana ja kuoleman lähestyessä kysymykset inhimillisestä olemassaolosta ja elämän päättymisestä ei-olemiseen vahvistuvat. Hyvinvoinnin kannalta on keskeistä kokea elämä tarkoitukselliseksi. Palliatiivisessa hoidossa autetaan potilasta löytämään ne kokemukset ja asiat, jotka tekevät juuri hänen elämästään ainutlaatuisen. (Muurinen 2015, 307-308.) Ridanpään (2006, 82) tutkimuksessa käy ilmi hoitohenkilöstön vaikeudet antaa hengellistä tukea kuolevalle. Hengellisiä asioita saatetaan pitää potilaan yksityisasiana, eikä niitä aina mielletä kuuluvaksi hoitotyöhön. Hoidossa tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota hengellisiin asioihin myös kirjallisissa ohjeissa. Muurinen (2015, 308-310) listaa hengellisen hoidon välineiksi vierellä viipyvän läsnäolon, musiikin, lukemisen, hiljentymisen sekä uskonnolliset esineet. Nämä keinot yhdistettynä oireenmukaiseen hoitoon vaalivat elämänlaatua, vaikka kaikkein syvimmit kysymykset olemassaolosta jäisivätkin ratkaisematta. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan joustavuutta, hienotunteisuutta, rohkeutta sekä kykyä sietää hiljaisuutta kohdatessa potilas eksistentiaalisten pohdintojen keskellä.

Uskonnollisuudessa ihminen toteuttaa hengellisyytään erilaisilla yhteisöllisillä rituaaleilla. Sairauden edetessä inhimillisen toivon merkitys korostuu, jolloin sielunhoidollisten tarpeiden huomioimisen tarve kasvaa. Potilaalle tulisi mahdollistaa kirkolliset toimitukset sekä sairaalapastorin tapaaminen – myös hoitajan tulisi osata hiljentyä potilaan kanssa. (Muurinen 2015, 308-310.) Ridanpää (2006, 81-82) kaipaa hoitohenkilöstölle enemmän selkeitä ohjeistuksia potilaan vakaumuksen ja henkisen tukemisen avuksi. Konkreettiset ohjeet ovat hajanaisia, eikä toimintatavoista käydä tarpeeksi keskustelua työyhteisössä.

## 7.4 Sosiaaliset tarpeet

Saattohoitoon siirtyminen on raskasta sekä potilaalle että hänen omaisilleen ja siinä korostuu tukemisen merkitys. Painopiste siirtyy potilaan kokonaisvoinnin ja elämänlaadun ylläpitoon, asioita katsotaan potilaan näkökulmasta. Hoidossa korostuvat läsnäolo, välittäminen sekä yhteiset tavoitteet, joilla taataan turvallisuuden ja luottamuksen tunteen välittyminen potilaalle ja hänen läheisilleen. Saattohoidossa olevan potilaan ja hänen perheensä arki muuttuu, tulevaisuus näyttäytyy erilaisena ja epävarmana. Potilas ja koko perhe joutuvat käsittelemään kuoleman väistämättömyyden, elämän rajallisuuden. Voidakseen löytää keinot selviytyä uudessa tilanteessa, oma paikkansa ja roolinsa tarvitaan rehellistä ja totuudenmukaista tietoa. Hoitohenkilökunnalle on tärkeää tuntea potilaan ja perheen tilanne, ymmärtää perheen tarina ja historia. Saattohoitopotilas perheineen herkistyy tiedon vastaanottamiselle, hoitohenkilökunnan käyttäytymiselle, sanoille ja teoille. Hoitohenkilöstön kunnioittavalla käytöksellä, kohteliaisuudella, kiinnostuksen osoittamisella ja aidolla kuuntelemisella on suuri merkitys luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen aikaansaamiseksi potilaaseen ja hänen perheeseensä. Avoimen keskustelun kautta helpotetaan myös potilaan taakkaa, jos perheenjäsenten välillä on puhumattomuutta tai vaikeuksia käsitellä tilannetta. (Rhen 2013, 64-66; Anttonen 2016, 59-65.)

Kokonaisvaltaiseen ja yksilölliseen saattohoitoon sisältyy potilaan ja omaisten toiveiden huomioiminen sekä omaisten mahdollisuus osallistua hoitoon ja sen suunnitteluun. Tutkimusten mukaan moni kuoleva haluaisi viettää viimeiset elinpäivänsä kotona ja kuolla siellä läheisten ja rakkaiden ympäröimänä. Samoin saattohoitoyksiköissä tai sairaaloissa pitäisi omaisten voida hoitaa kuolevaa ja olla kuolevan lähellä. Tärkeiden ihmissuhteiden halutaan jatkuvan myös kuoleman läheystyössä. Perheen ja ystävien läsnäolo vähentää yksinäisyyttä, ahdistusta ja masentuneisuutta. Yhdessä voidaan käydä läpi elettyä elämää, muistella merkityksellisiä tapahtumia, matkoja, ja jakaa kokemuksia henkisenä perintönä seuraaville sukupolville. Pyrkimykset toteuttaa potilaan toiveita, esimerkiksi saunomista, kesämökillä tai muuten tärkeiksi koetuilla paikoilla käymistä, antavat lohtua ja sisältöä päivittäiseen elämään. Omaisten mahdollisuus olla läsnä kuoleman hetkellä, jäähyväisten rauhallinen jättäminen ja osallistuminen vainajan laittoon

kertovat henkilökunnan arvostavasta ja kunnioittavasta suhtautumisesta. Perheyhteisöjen kielelliset, kulttuuriset ja vakaumukselliset erot asettavat omat haasteensa hyvän saattohoidon toteutumiselle. (Saarto, Halinen, Ahlblad, Utriainen, Lindgren, Konttila, Lahti, Hallamaa, Sirola, Puustinen, Karjalainen, Papinaho, Peiponen, Juva, Kallunki, Kuuskoski, Vainio, Sipiläinen & Stoor 2014, 526-528; Hävölä, Rantanen & Kylmä 2015, 138-139.)

Ympäristöllä on suuri vaikutus niin saattohoitopotilaisiin, omaisiin kuin hoitohenkilökuntaankin, ja ympäristön vaikutus vahvistuu mitä haavoittuvaisempi ihminen on. Tutkimusten mukaan merkittävimpänä asiana on yksityisyys ja seuraavana ympärillä olevan elämän näkeminen. Oma tilava, kodikas ja valoisa huone, jossa hoito on esteetöntä ja vaivatonta helpottaa omaistenkin osallistumista hoitoon sen eri vaiheissa. Potilas omaisineen tarvitsee myös yksityisyyttä ja rauhallista ympäristöä käydessään luottamuksellisia keskusteluja arkaluontoisista, itselle tärkeistä ja hoitoon liittyvistä asioista lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan kanssa. Yhteys luontoon on tärkeä, näköala ulos ikkunasta järvelle tai metsään on rauhoittava elementti samalla kun luonnon- ja auringonvalo lievittävät kipua ja masennusta. Viihtyisyyttä tuovat sisustus, kalustus, valaistus, puhtaus sekä tuoksut ja äänet. Omat tutut esineet ja valokuvat lisäävät turvallisuutta. Kuoleman lähestyessä aistihavainnot, kuten haju- ja kuuloaistimukset, voivat korostua, jolloin sairaaloiden meluisuus, levottomuus ja räikeä valaistus lisäävät stressiä ja ahdistusta. (Ridanpää 2006, 55; Häkkinen 2015, 13; Saarto ym. 2014, 530.)

### **Moniammatillisuus ja vapaaehtoistyö**

Suomen lainsäädännön mukaan jokaisella on oikeus hyvään ja yksilölliseen hoitoon, jossa huomioidaan myös hoidettavan äidinkieli ja kulttuuri. Elämän loppuvaiheen laadukas hoito edellyttää riittävää osaamista ja moniammatillista tiimityötä hoitopaikasta riippumatta. Hyvässä tiimityössä vastuunjako on selkeää, yhteistyö toimii ja hoidon jatkuvuus on turvattu eri toimipisteiden ja organisaatioiden välillä. Tilanteen ja tarpeen mukaan kuolevan potilaan hoitoon ja omaisten tukemiseen osallistuvat lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan lisäksi fysio-, toiminta- ja ravitsemusterapeutti, psykiatri, psykologi, sairaalapastori ja sosiaali- ja vapaaehtoistyöntekijä.

Potilaan lääketieteellinen hoito, kuten oire- ja kivunhoito, on lääkärin vastuulla, ja hoitotyöstä vastaavat sairaanhoitajat ja muu hoitotyöhenkilöstö. Omahoitajuudella on suuri merkitys saattohoidossa. Omahoitaja on potilaan ja perheen eräänlainen yhteistyökumppani ja asianajaja, luotettava ja turvallinen kanssakulkija koko hoitosuhteen ajan. Omahoitajalla on kokonaiskuva potilaan sairauden historiasta, nykytilasta ja hoidosta ja hän on selvillä potilaan perhetaustasta, perheen elinolosuhteista ja elämäntilanteesta. Omahoitaja tekee yhteistyötä muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa ja arvioi esimerkiksi fysioterapeutin tarvetta potilaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi.

Liikkuminen on yksi potilaan perustarpeista, joka lisää omatoimisuutta, vähentää eristyneisyyttä, masennusta ja tuo iloa päivärytmiin. Kun potilas selviytyy itse ruokailusta, pukeutumisesta ja peseytymisestä, säilyttää hän samalla minuutensa, ihmisarvonsa ja omanarvontunteensa kuoleman läheisyydestä huolimatta. Omaisille fysioterapian keinoin toteutettu rentoutustuokio tarjoaa kaivatun lepo hetken jopa ympärivuorokautisen hoivaamisen lomaan. Lisäksi ohjaamalla omaisia huolehtimaan omasta kunnostaan edesautetaan heidän edellytyksiä selviytyä surutyöstä.

Sosiaalityö saattohoidossa pitää sisällään sekä taloudellisen tuen järjestämistä että sosiaalisten kipujen huomioimista. Näitä ovat esimerkiksi potilaan huoli läheisten selviytymisestä sekä ihmissuhteet. Sosiaalihoitaja toimii tiedon välittäjänä neuvoteltaessa potilaan, omaisten ja viranomaisten kanssa toimeentuloon ja muihin arkipäiväisiin asioihin liittyvistä kysymyksistä. Hän auttaa konkreettisesti sosiaaliturvaan liittyvien hakemusten täyttämässä ja vireille laitossa. Potilaan kuoleman jälkeen monet omaiset kaipaavat sosiaalihoitajan neuvoja ja opastusta hautajaisjärjestelyiden, testamentin ja perunkirjoituksen suhteen sekä apua keinojen löytämiseen arjessa selviämiseksi. Sosiaalihoitaja voi olla ulkopuolinen sovitteija, joka rohkaisee potilasta ja omaisia käymään lävitse yhteistä elämää, selvittämään ristiriitoja, hän on ymmärtäjä ja kuuntelija. Lisäksi hän kannustaa omaisia huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan, ylläpitämään omia harrastuksia sekä sosiaalisia suhteitaan ja viettämään lepotaukoja. Sosiaalihoitajalla pitää olla herkkyyttä vaistota piilossa pidettäviä esimerkiksi kehitysvammaisuuteen tai mielen-

terveyteen liittyviä asioita. Hän kannustaa ja auttaa omaisia selvittämään arka-luontoisia asioita yhdessä muun muassa perheneuvolan, mielenterveystoimen tai seurakunnan kanssa. Sosiaalihoitajalla on myös tärkeä rooli vapaaehtoistyöntekijöiden kouluttamisessa ja perehdyttämisessä.

Vapaaehtoistoiminta on olennainen osa saattohoitoa ja Suomessa se on alkanut yhtä aikaa saattohoitokotien toiminnan käynnistyttyä. Vapaaehtoistyöntekijät ovat osa työyhteisöä, voimavara ja henkilökunnan apu, mutta eivät korvaa ammattihenkilöstöä. Maallikkoina he omin kyvyin, tiedoin ja taidoin rikastuttavat potilaan ja omaisten elämää järjestämällä vaikka musiikki- ja runotuokioita tai itsenäisyyspäivä- ja joulujuhlia. Virkistystä tuo myös avustaminen käsitöiden teossa, ristisanojen ratkaisemissa, lukemisessa ja piirtämisessä. Motivaation lisäksi vapaaehtoistyöntekijällä tulee olla rohkeutta kohdata niin potilaan kuin omaistenkin pelot, ahdistukset ja kykyä eläytyä kuolevan ja hänen läheistensä asemaan. Omat kokemukset saattohoidosta, läheisen kuolemasta ja surun läpikäymisestä antavat vapaaehtoiseksi ryhtyvälle valmiuksia kulkea kuolevan rinnalla. Voidakseen toimia saattohoidon ja eettisten periaatteiden mukaisesti ja omaksuakseen oman roolinsa ja tehtävänsä tarvitsee vapaaehtoistyöntekijä huolellista perehdytystä ja koulutusta, jota voi antaa henkilökuntaa kuuluva vapaaehtoistoiminnan ohjaajaksi nimetty henkilö. Vapaaehtoistyöntekijä on samalla tavoin vaitiolovelvollinen kuin ammattihenkilötkin, ja salassapitovelvollisuus potilaan ja omaisten asioista sitoo häntä työn päätyttyäkin. Työnohjaus, tunne työyhteisöön kuulumisesta ja tuen saanti motivoivat ja tekevät vapaaehtoistyöstä mielekästä. (Ridantaa 2006, 53-54; Grönlund & Huhtinen 2011, 103,112-138; Tasmuth ym. 2012, 454; Rhen 2013, 71-72; Saarto ym. 2014, 525-527; Häkkinen 2015, 50- 62.)

## **7.5 Hyvä kuolema**

Miten hyvä kuolema voidaan määrittää? Käsitteellä voi olla erilainen merkitys, kun sitä tarkastellaan potilaan, omaisten tai hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kuoleman hyvyttä voi pohtia kysymyksenä, johon terveydenhuollolla on näkemys tai sen voi ajatella sisältävän jotain pyhää ja arvokasta, joka kuvastaa yhteisön kulttuuria. Jokaisen kuolema on kuitenkin ainutlaatuinen, monimutkainen tapahtumaketju, joka ei aina etene arvioidun mukaisesti. Hyvään kuolemaan kuu-

luu kärsimysten vähentäminen, ihmisten voimavarojen vahvistaminen, kuole-  
malle annetaan tilaa eikä kuoleminen ja luopumisen vaikeutta kielletä. Tähän  
päästään potilaan, läheisten sekä ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan vuorovai-  
kutteisella yhteistyöllä. Potilaan vointi ja oireet sekä omaisten jaksaminen vaikut-  
tavat toiveeseen kuolinpaikasta ja toive kuolinpaikasta voi vaihdella tilanteen mu-  
kaan Useat saattohoitopotilaat, etenkin vanhukset, toivovat voivansa viettää elä-  
mänsä viimeiset päivät kotonaan ja kuolla siellä nopeasti läheistensä ympä-  
röimänä. Jollekin toiselle on taas tärkeää saada kuolla yksin ja hän voi jopa kat-  
kaista lähes kaikki sosiaaliset suhteensa muihin ihmisiin. Potilas, jonka ihmissuh-  
teet ovat katkenneet aiemmin, jonka läheiset ovat jo kuolleet ympäriltä tai olosuh-  
teet ja etäisyys estävät heidän läsnäolon, on yksinäinen. Siinä tilanteessa oma-  
hoitaja tai vapaaehtoistyöntekijä voi esimerkiksi olla se rakastava henkilö, joka  
pitää kädestä ja lievittää kuoleman kohtaamisen vaikeutta. Kun saattohoitopää-  
tös on tehty riittävän ajoissa, potilaalle jää aikaa hyvästellä läheisensä ja valmis-  
tautua omaan kuolemaansa. Tällöin hyvässä kuolemassa potilas ymmärtää ele-  
tyn elämän merkityksellisyyden ja oma elämä eheytyy kokonaisuudeksi. Oma-  
selle potilaan hyvä kuolema antaa mahdollisuuden surulle ja elämän jatkumiselle.  
Hoitohenkilökunnan moniammatillinen yhteistyö, potilaan oireiden hyvä hoito, ih-  
misyyden ja arvokkuuden säilyttäminen, turhien toimenpiteiden välttäminen sekä  
potilaan ja omaisten kuuntelu, huomioonottaminen ja tukeminen mahdollistavat  
rauhallisen, turvallisen lähdön – hyvän kuoleman. On tärkeää, että kuolevalle ja  
hänen läheisilleen annetaan tietoa, tukea ja toivoa niin paljon kuin he haluavat.  
(Hänninen 2010, 283; Grönlund & Huhtinen 2011, 93-95; Herlevi ym. 2011, 23;  
Korhonen & Poukka 2013, 440-446; Rhen 2013, 69-70; Anttonen 2016, 8, 55-56,  
95.)

### **Kuoleman lähestyminen**

Korhosen ja Poukan mukaan (2013, 440-441) kuoleman lähestyminen on havait-  
tavissa, kun

- potilas kykenee olemaan pelkästään vuoteessa, on väsynyt ja heikko
- potilas ei kykene enää syömään eikä juomaan
- potilaan pintaverenkierto on heikentynyt ja kehon perifeeriset osat viilen-  
tyvät



- potilaan hengitys muuttuu epäsäännölliseksi.

Tällöin turhista mittauksista, tutkimuksista ja toimenpiteistä luovutaan ja keskitytään oireiden kliiniseen havainnointiin. Potilaan kipua, oksentelua, pahoinvointia, hengenahdistusta, hengitysteiden eritteitä ja levottomuutta seurataan säännöllisesti, vähintään neljän tunnin välein, ja hoitoa ja lääkitystä muutetaan tarpeen mukaan. Toimenpiteiden sijaan keskitytään potilaaseen ja hänen läheisiinsä. Rauhallinen ympäristö, läsnäolo, keskustelu ja kuuntelu, ahdistuksen ja pelon lievittäminen kuuluvat hyvään hoitoon siinä missä oireiden lievityskin.

Kuoleman prosessia ei pyritä pitkittämään ja omaisille annetaan rehellistä tietoa tulevasta. Hoitohenkilökunnan on hyvä keskustella omaisten kanssa etukäteen siitä, mitä kuoleman hetkellä tapahtuu sekä selvittää heidän halunsa olla läsnä kuoleman lähestyessä ja kuolinhetkellä. Kuoleman ajankohtaa ei voi tarkasti ennalta määrittää, mutta usein se tapahtuu asteittain, jolloin omaisetkin tunnistavat sen lähestyvän. Kuolevan iho muuttuu kylmäkosteaksi, kalpeaksi tai syanoottiseksi eli sinertäväksi, hengitys voi olla haukkovaa, äänekästä, ja kasvoilla on rauhallinen ilme. Kun omaiset ovat tietoisia potilaan olemuksessa tapahtuvista muutoksista, ne eivät enää herätä niin voimakasta pelkoa ja ahdistusta. Kaikki osalliset voivat keskittyä hoitamaan potilasta kokonaisuutena kohti rauhallista, arvokasta kuolemaa, turvallisesti ja rakastettuna. (Ridanpää 2006, 62; Herlevi ym. 2011, 23; Tasmuth ym. 2012, 451-452.)

### **Kuoleman kohtaaminen**

Nykyisin kuolemasta puhutaan enemmän ja suhteemme kuolemaan on eräänlaisessa murroksessa. Tavoittelemme terveyttä, elinvoimaisuutta ja hyvää suorituskykyä, ja vastaavasti kuolema on pitkittänyt lääketieteen kehittymisen myötä. Pyrkimys kivun ja kärsimysten lievittämiseen on tuonut keskusteluun mukaan myös eutanasian, kuolemassa avustamisen. Siitä käytävä keskustelu on lisääntynyt tiedotusvälineissä. Eutanasian kannattajat vetoavat ihmisen oikeuteen päättää omasta elämästään sekä potilaan ennen kuolemaa kokemiin voimakkaisiin kipuihin. Vastustajat perustelevat kantaansa väärinkäytösten mahdollisuudella ja sillä, ettei kenelläkään ole oikeutta päättää toisen ihmisen kuolemasta. Suomessa lainsäädäntö kieltää eutanasian. Eutanasia on moraalisesti ja eettisesti vaikea aihe

ja siihen suhtautumiseen vaikuttavat myös uskonto ja kulttuuri. (Ridanpää 2006, 30-31; Grönlund & Huhtinen 2011, 26-27.)

Lähes päivittäin uutiset kertovat sodissa, onnettomuuksissa ja terrori-iskuissa kuolevista ihmisistä, mutta ellei niissä menehdy läheisiä ihmisiä, tuntuu kuolema kuitenkin kaukaiselta asialta, se ei ole osa arkea. Lisäksi nykypäivänä enemmistö ihmisistä kuolee sairaaloissa tai muissa hoitolaitoksissa, ja moni kohtaakin kuoleman ensimmäisen kerran vasta omien vanhempiansa kuollessa. Kuolema on vieras, pelottava ja ahdistava asia.

Elämä päättyy luonnollisesti kuolemaan, mutta milloin on oikea hetki keskustella siitä potilaan tai hänen läheistensä kanssa? Hoitohenkilökunnan pitäisi olla valmiina keskustelemaan kuolemasta aina kun potilas tai läheinen sitä haluaa. Samoin silloin, kun sairauden havaitaan aiheuttavan potilaalle eksistentiaalisia tai psykososiaalisia oireita, tai kun fyysiset oireet kuoleman lähestyessä lisääntyvät. Näitä keskusteluja joudutaan käymään useitakin ja ne edellyttävät aitoa välittämistä ja kiinnostusta lähimmäisestä, kärsivällisyyttä, herkkyyttä ja hyviä vuorovai-  
kutustaitoja. Tutkimusten mukaan potilaat ja läheiset haluavat keskustella lähestyvistä kuolemasta, mutta usein siihen ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Kuolevan henkistä ja fyysistä koskemattomuutta kunnioitetaan hienotunteisella kohtelulla ja hänen läheiset ihmissuhteet, vakaumukset ja arvot huomioidaan hoitotyössä. Kuoleman hetkellä, mikäli omaisia on paikalla, hoitohenkilökunta pysyttelee taustalla, mutta läsnäolollaan suojelee perheen intiimiä ja ainutkertaista hetkeä. (Ridanpää 2006, 30; Tasmuth ym. 2012, 453–454; Korhonen & Poukka 2013, 445; Anttonen 2016, 101.)

### **Kuoleman jälkeen**

Elämän päättyminen on pyhä, juhlallinen hetki, jonka jakaminen on perheenjäsenille ainutkertainen kokemus. Hoitohenkilökunnan huomaavainen käytös, viipyvä läsnäolo, halaus ja jopa sylissä pitäminen lohduttavat perheenjäseniä ja lieventävät kuoleman tuskaa. Läheisille annetaan aikaa hyvästellä vainaja kiireettömästi omaan tahtiin ja perheen omin rituaalein, kuoleman virallinen toteaminen voi odottaa. Mahdollisuus osallistua vainajan laittoon antaa tunteen viimeisen pal-

veluksen suorittamisesta rakkaalle omaiselle. Läheisen kuolema herättää monenlaisia tunteita: ikävää, surua, turvattomuutta ja yksinäisyyden pelkoa jopa suuttumusta. Hoitohenkilökunta sallii erilaiset surun ilmentämistavat ja tunteet niitä arvottamatta sekä auttaa hienotunteisella, empaattisella käytöksellään omaisia ymmärtämään niitä ja pääsemään tilanteen yli. Perheen kulttuuritaustan ja vakaumuksen mukaisesti vainajan vierellä voi olla myös pappi, muu seurakunnan jäsen, yhdessä voidaan laulaa ja rukoilla. On tärkeää, ettei perhe koe jäävänsä yksin ilman apua. Perheenjäsenten kanssa puhutaan, keskustellaan saattohoidon kokemuksista ja omasta pärjäämisestä. Mielikuvat, jotka omaisille jäävät läheisen kuollessa, vaikuttavat myöhempään elämään ja siihen, millaisina tulevat kuolemantapaukset koetaan. (Hänninen 2010; Korhonen & Poukka 2013; Saarto ym. 2014; Anttonen 2016, 100-103.)

Käytännön asioiden järjestely voi tuntua omaisista haastavalta ja ahdistavalta tilanteelta, eivätkä asiat jää yhdellä keskustelukerralla mieleen. Hoitohenkilökunnan lisäksi sosiaali- ja vapaaehtoistyöntekijät ohjaavat ja neuvovat omaisia muun muassa hautajaisten ja perunkirjoitusten järjestelyissä, tapaamisia järjestetään perheen tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Moniammatillinen tuki on omaisille tärkeää myös surun tunteiden tunnistamisessa ja käsittelemisessä. Erilaiset vertais-tuki- ja sururyhmät auttavat hyväksymään itkun, helpotuksen, syyllisyyden ja vihan kokemisen normaaleina surun tunteina ja osana oman elämän jatkumista. Omaisille on myös tärkeää tietää, että he voivat aina ottaa yhteyttä hoitohenkilökuntaan, mikäli haluavat. (Häkkinen 2015, 54-60; Anttonen 2016, 102-106.)

## **8 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta keskeiseksi tekijöiksi muodostuvat valitun aineiston perusteiden kuvaus, valintatapa ja selkeät tutkimuskysymykset. Perusteiden kuvaamatta jättäminen vaarantaa tutkimuksen luotettavuuden ja asettaa sen perusteella tehdyt johtopäätökset kyseenalaisiksi. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkimustulosten monipuolinen ja laaja-alainen tarkastelu, keskittyminen itse tutkimukseen, ei tutkijoihin sekä analysoitujen tutkimusten liittäminen tiiviisti teoreettiseen taustaan. Tutki-

muksen luotettavuutta lisää myös se, että tehdyt johtopäätökset ovat samansuuntaisia ja yhdenmukaisia valitun aineiston kritiikin kanssa, ja että tuloksina esitetyt väitteet perustellaan riittävän hyvin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-141; Kangasniemi ym. 2013, 297-298.) Lukijan mahdollisuudet arvioida tutkimuksen etenemistä ja onnistumista paranevat, jos tutkija on katsauksessaan tarkasti kuvannut tutkimusten hakua, valintaa ja käsittelyprosessia, jolloin tutkimuksen luotettavuus myös paranee (Johansson 2007, 4–6).

Aiheen valinnan jälkeen mietimme eri näkökulmia saattohoidon tutkimiseksi. Vaihtoehtoina olivat myös koulutus ja sen haasteet, vapaaehtoistyöntekijöiden merkitys saattohoidossa, hoitoneuvottelukäytännöt ja hoitopolkujen toteutuminen käytännössä. Rajasimme tutkimuksemme kohteeksi konkreettisten keinojen tarkastelun laadukkaan hoidon toteuttamiseksi potilaan siirryttyä saattohoitovaiheeseen sekä hyvän kuoleman kohtaamiseen (Kuvio 5). Jotta mukaan otettava aineisto kuvaisi monipuolisesti tutkittavaa ilmiötä, mietimme aineiston valintakriteereitä tarkasti ja haimme tietoa laajasti eri tietokannoista sekä manuaalihauilla. Lähdekritiikkiä noudattaen valitsimme aineistoksi alan asiantuntijoiden kirjoittamia tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia. Aineiston haussa käytetyt hakusanat, tietokannat sekä aineistonvalintaprosessi on selitetty luvussa 7. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu Kuviossa 2. Pelkästään suomenkielisen aineiston käyttö ei vähentänyt tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkimme laadukasta, suomalaista saattohoitoa. Saatuja tutkimustuloksia pystyimme vertaamaan omiin kokemuksiimme saattohoitotyön parissa. Teimme tutkimusta parityönä ja joka vaiheissa varmistimme, että tulkintamme oli yhteneväistä tutkimusaineistoon perustuvaa. Saadut tulokset vastasivat myös tutkimuskysymyksiimme.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys kulkevat rintarinnan. Johdonmukainen eteneminen tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin, ja tutkimuksen kaikkien vaiheiden selkeä kuvaus lisäävät tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Menetelmän väljyys vaatii eettisyyden pohdintaa tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkijan oman subjektiivisen näkökulman vinouttavan vaikutuksen tunnistaminen tutkimuskysymystä muotoiltaessa on yksi eettisyyttä parantava tekijä. Eettisyys korostuu myös tutkimuksen aineiston valinnan

ja käsittelyn rehellisessä, tasapuolisessa ja oikeudenmukaisessa raportoinnissa sekä muiden tutkijoiden työn kunnioittamisessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133; Kangasniemi ym. 2012, 297.) Tutkijan aito kiinnostus aiheesta, halua etsiä uutta tietoa, huolellinen paneutuminen aiheen tutkimiseen ja sen yhteiskunnallisen merkityksen pohtiminen lisäävät tutkimuksen eettisyyttä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212, 218).

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen oman kiinnostuksemme pohjalta. Havaintomme käytännön harjoittelujaksoilla lisäsi innostusta tutkimuksen tekemiseksi, samalla tiedostimme omien näkemystemme vaikutuksen tutkimuksen näkökulman valintaan. Tutkimusaineiston laajuus kuvasi vastaavasti aihetta monipuolisesti usean alan ammattilaisen näkökulmasta. Yhteiskunnallisesti saattohoito on aiheena arka ja sensitiivinen, mutta samalla mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Laadukkaan saattohoidon toteuttaminen on haasteellista koko ajan tiukkenevassa taloustilanteessa. Tulevat sairaanhoitopiirit joutuvat pohtimaan kuolevan potilaan hoitopolkuja myös hoitoa tarvitsevien määrän kasvaessa tulevina vuosina. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajan käytännön hoitotyössä eri saattohoitoyksiköissä.

Opinnäytetyössä olemme pyrkineet rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen tulosten esittämisessä, tallentamisessa ja arvioimisessa. Opinnäytetyön tutkimusaineiston kirjasimme asianmukaisesti lähdeluetteloon ja tekstissä käytimme lähdeviitemerkintää, kun viittasimme muiden tutkijoiden tekstiin.

## **9 Pohdinta**

Tutkimusten mukaan laadukkaan saattohoidon ja hyvän kuoleman lähtökohdat on hyvin tiedostettu, mutta liian usein ne jäävät Suomessa toteutumatta. Saattohoitoketjujen toimimattomuus, alueellinen eriarvoisuus, turhat siirrot yksiköiden välillä sekä potilaiden ohjautuminen päivystyspoliklinikoiden kautta erikoissairaanhoidon heikentävät hoidon laatua ja lisäävät kustannuksia. Saattohoitopäätöksen, oirekartoituksen ja hoitosuunnitelmien viivästyminen sekä niiden kirjaimatta jättäminen eivät kuvaa potilaslähtöistä hoitotyötä. Parannettavaa on myöskin saattohoitoon keskittyvässä koulutuksessa ja yhteistyössä eri yksiköiden ja ammattiryhmien välillä. (Hänninen 2011, 2024-2025; Tasmuth ym. 2012, 452-

454; Vuorinen, Zinhu, Turppo 2012, 1838-1839; Saarto 2013, 189, 195-196; Jyrkiö & Hietanen 2015, 520.)

Halusimme selvittää oikeat menetelmät ja käytännöt, joiden avulla turvataan saattohoitoon siirtyneen potilaan laadukas hoito ja hyvä kuolema. Tahdoimme opinnäytetyön tekemisen auttavan meitä myös kehittymään ammatillisesti, joten keskityimme kokonaisvaltaiseen saattohoitopotilaan hoitotyöhön sekä hyvään kuolemaan.

Tutkimukseen valitsemamme aineisto antoi laajan kokonaiskuvan sekä yksityiskohtaisia hoitokäytäntöjä tulevan hoitotyömme työkaluiksi. Aineistossa toistuivat samat vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin, ja tulokset vain vahvistivat käytännön hoitotyössä havaitsemiamme puutteita. Keskeisiksi käsitteiksi nousivat elämänlaadun turvaaminen, turhan kärsimyksen estäminen, yksilöllinen ja potilaslähtöinen hoitotyö, turvallisuus, empaattisuus ja kuoleman ainutlaatuisuus. Hoitotyön eri yksiköissä nämä käsitteet ovat usein vain kaunista sanahelinää, joiden toteutuminen on hyvin sattumanvaraista. Samaa tulokseen on tultu myös FSTKY:n seudullisen saattohoidon kehittämisprojektissa (Varvikko 2013, 6). Halusimme työssämme avata ja tutkia näitä määritteitä sekä keinoja, joilla niitä voidaan käytännössä toteuttaa potilaan hoitopaikasta riippumatta.

Vaikka olimme jo oman kokemuksen kautta todenneet, kuinka vaihtelevasti – jos ollenkaan - kuolevan potilaan hoitokäytännöt toimivat, niin olimme silti yllättyneitä, kuinka laajaa sekä yksityiskohtaista ammatillista osaamista potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu. Jo pelkästään erilaisten fyysisten oireiden hoito on monisyinen kokonaisuus, jonka hallitseminen vaatii paljon teoreettista tietoa. Psykkisen hyvinvoinnin turvaaminen on yhtä tärkeää kuin fyysisenkin, ja tällä alueella olemme todenneet käytännön työssä puutteita. Useimmiten hoitajilla ei vain yksinkertaisesti ole aikaa viipyä potilaan vierellä tarpeeksi kauan saadakseen häneen yhteyden, jossa pystytään keskustelemaan inhimillisestä olemassaolosta, kärsimyksestä ja elämän päättymisen tuskasta. Tällöin Idmanin (2013, 45) korostama aktiiviseen kuunteluun perustuva psyykkistä jaksamista tukeva luottamus potilaan ja hoitajan välillä jää syntymättä.

Saattohoito ja kuolema ovat herkkiä ja synkkiä aiheita, joista on usein vaikea puhua. Yllättävää kuitenkin oli, että aineistossa vain yhdessä tutkimuksessa nousi esiin huumorin käyttö saattohoidon aikana. Pohdimme, koetaanko huumori jotenkin luvattomaksi ja kuoleman pyhyyttä loukkaavaksi aiheeksi. Kuitenkin perheen sisäinen, joskus rankkakin huumori auttaa käsittelemään vaikeita asioita, se lievittää ahdistusta ja suo hetken unohduksen sairauden kanssa elämisen todellisuuteen. Anttosen (2016, 75) mukaan huumori antaa levähdystauon saattohoidon todellisuudesta, vahvistaa voimavaroja ja lisää henkilökunnankin työssä jaksamista. Huumori ei oikein käytettynä vähennä kuoleman vakavuutta ja syvällisyyttä.

Saattohoito tulisi käsittää erityisosaamisen alueena, jota jokaisen sairaanhoitajan pitäisi yksiköstään riippumatta hallita edes jossain määrin. Olisi toivottavaa, että koulutuksessa paneuduttaisiin aiheeseen muutamaa Power Point-esitystä laajemmin, sillä jokainen hoitotyön ammattilainen tulee jossain vaiheessa kohtaamaan kuolevan potilaan hoidon haasteet.

Opinnäytetyön tekeminen oli antoisa ja opettavainen kokemus aiheen laajuudesta ja vaikeudesta huolimatta. Prosessin aikana opimme paljon lähdekriittisyydestä, tieteellisestä kirjoittamisesta sekä lähdeviitteiden käytöstä. Henkilökohtaisten syiden vuoksi työn valmistumiseen tuli välillä viivettä, mutta työtä tehdessä aikataulutus ja yhteistyömme toimi hyvin.

Jatkotutkimusaiheina näkisimme tärkeäksi tutkia saattohoitopotilaan polun (Kuvio 5) muita vaiheita, kuten saattohoitoneuvotteluiden, -päätösten sekä -linjausten onnistumista. Tärkeää olisi myös saada tutkittua tietoa omaisten kokemuksista saattohoidon toteutumisesta.

Hänninen (2010) näkee kuoleman yhteyden sammumisena. Se on aina tavallaan yksinäistä ja lohdutonta, ja oman olemassaolon lakkaamista on vaikea selittää tai ymmärtää. Kuoleman väistämättömyys on ainut varma asia maailmassa ja sen kohtaamme jokainen yksin, mutta yhteydessä toisiin ihmisiin. Läheiset kokevat usein keskustelut kuolevan kanssa ahdistavina: kuoleva potilas kokee kuolemassa viimeisen kokemuksensa ja haluaa yleensä keskustella ajasta ennen kuo-

lemaa, kun taas läheinen ajasta kuoleman jälkeen. Luisuminen pois tästä maailmasta kohti tuntematonta kuolemaa on poistumista yhteydestä, se katkeaa. Häninen peräänkuuluttaa kuoleman pyhyyttä, inhimillisyyttä ja arvokkuutta – se ei saisi olla pelkästään vain jotain, johon terveydenhuolto ottaa kantaa.



## **Kuviot**

- Kuvio 1. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet, s. 16
- Kuvio 2. Aineiston valintakriteerit, s. 18
- Kuvio 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheet, s. 19
- Kuvio 4. Sisällönanalyysin eteneminen, s. 21
- Kuvio 5. Saattohoitopotilaan polku, s. 22
- Kuvio 6. Aikajana diagnoosista kuolemaan, s. 23
- Kuvio 7. Kivun kokemiseen vaikuttavia tekijöitä, s. 34

## Lähteet

- Anttonen, M. S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>. Luettu 18.8.2016.
- ETENE. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf>. Luettu 3.12.2015.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Grönlund, E. 2015. Matkavalmisteluja ja opastajia. Elämän viimeisen vaiheen kokemukset. Helsinki: Basam Books Oy.
- Haho, A. TtT. 2015. Luentomateriaali 28.10.2015 Sokos Hotel Pasila, Helsinki.
- Hakola, O. Kivistö, S. & Mäkinen, V. (toim.) 2014, Kuoleman kulttuurit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus Oy, 9-21.
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2015. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809&p\\_haku=hoitotahto](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809&p_haku=hoitotahto). Luettu 27.11.2015.
- Hannikainen, P. 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtonen, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 11-22.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito – haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY, 16-23.
- Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 385-392.
- Herlevi, H., Oikemus-Määttä, J., Rissanen, L., Heikka, H. 2011. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Sairaanhoidaja 84 (10), 23-25.
- Hermanson, T., Vertio, H. & Mattson, J. 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2971-5>. Luettu 27.11.2015
- Hirvonen, O. & Pöyhiä, R. 2016. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan DNR-päätös – uskallanko ottaa puheeksi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 132 (9), 844-849.
- Huttunen, H., Pihlainen, A. & Topo, P. 2012. Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf>. Luettu 3.12.2015.

Häkkinen, P. 2015. ”Tärkeää on hyvän jakaminen ja antaminen niin, että siinä on sydän mukana” Sosiaalityötä saattohoidossa – kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen sosiaalityön keinoin. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201512112525>. Luettu 3.12.2015.

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

Hänninen, J. 2010. Kuinka kuolla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126 (3), 283-287.

Hänninen, J. 2011. Saattohoitopolku kulkee läpi koko terveydenhuoltojärjestelmän. Suomen Lääkärilehti 66 (24), 2024-2025.

Hänninen, J. 2014. Saattohoidon lääkeopas.3. painos. Helsinki: TERHO-säätiön julkaisusarja nro 1.

Hänninen, J., Hamunen, K., Laakkonen, M-L., Laukkala, T., Lehto, J., Matila, A., Rahko, E., Saarto, T., Tohmo, H. & Vuorinen, E. 2013. Kuoleva potilaan oireiden hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 372-373.

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 433-439.

Hävölä, H., Rantanen, A. & Kylmä, J. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede 27 (2), 132-147.

Idman, I. 2013. Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 403-409.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51, 3-6.

Jyrkkiö, S. & Hietanen, P. 2015. Voisiko Suomessakin kuolla kotona? Suomen Lääkärilehti 70 (9), 520.

Kaarlola, A. 2009. Hoitotahto. Duodecim. [http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=tht00281&p\\_haku=hoitotahto](http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00281&p_haku=hoitotahto). Luettu 27.11.2015.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvailtava kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291-301.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki Sanoma Pro Oy.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 440-445.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Laki edunvalvontavaltuutuksesta 648/2007.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Lehto, J., Toikkanen, V. & Saarto, T. 2011. Hengenahdistuksen palliatiivinen hoito. Suomen Lääkärilehti 66 (13), 1089-1096.
- Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitysoireiden palliatiivinen hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 395-402.
- Molander, G. 2009. Matka mullan alle – kuolemantyöntekijöiden arki. Helsinki: Työterveyslaitos, 12-14.
- Muurinen, S. 2015. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 307-310.
- Ollila, M. 2013. Missä haluaisin kuolla – laitoksessa vai kotona. Teoksessa Pöyhiä, R., Tasmuth, T. & Reinikainen, P. (toim.) Lääkäri saattajana. Pohdintoja kärsimyksestä, kuolemasta ja eutanasiasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 65-74.
- Peltonen, S. 2014. Hyvä kuolema on yhtä tärkeä kuin hyvä elämä. Diakonia 14 (1), 3. [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/B1470CB0401C4C72C22577450028CA5F/\\$FILE/diakonia\\_0114\\_Tabloid\\_Netti%20\(2\).pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/B1470CB0401C4C72C22577450028CA5F/$FILE/diakonia_0114_Tabloid_Netti%20(2).pdf). Luettu 3.12.2015.
- Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>. Luettu 27.11.2015.
- Pöyhiä, R. 2012. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. Finnanest 5 (45), 456-458.
- Rhen, B. 2013. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: TERHO-Säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava, 64-71.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-15712>. Luettu 27.11.2015.

Saarto, T. 2013. Palliatiivisen hoidon opetus Suomessa. Teoksessa Hänninen, J., Luomala, M. (toim.) Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: TERHO-säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava, 188-197.

Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J., Utriainen, T., Lindgren, M., Konttila, T., Lahti, P., Hallamaa, J., Sirola, J., Puustinen, R., Karjalainen, P., Papinaho, S., Peiponen, A., Juva, K., Kallunki, M., Kuuskoski, E., Vainio, A., Sipiläinen, H. & Stoor, H. 2014. Vanhuskuolema. Konsensuslausuma. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130 (5), 523-531.

Saarto, T., Nousiainen, A., Nivala-Huhtaniska, N., Rahko, E., Koskela, R. & Hillilä M. 2015. Ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireet. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 115-153.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus. Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004.

Stolt, M. 2007. Tutkimusartikkelin valinta ja käsittely. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51, 58.

Surakka, T., Mattila, K-P., Åsted-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.

Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhiä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa. Finnanest 45 (5), 450-454.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Valvira. 2015a. Hoitoneuvottelu. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/hoitoneuvottelu](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitoneuvottelu). Luettu 3.12.2015.

Valvira 2015b. Saattohoito. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito). Luettu 3.12.2015.

Valvira. 2015c. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/paatos\\_elvyttamatta\\_jattamisesta](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta). Luettu 3.12.2015.

Valvira. 2015d. Kuoleman toteaminen. [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/kuoleman\\_toteaminen](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/kuoleman_toteaminen). Luettu 3.12.2015.

Varvikko, V. 2013. Seudullinen saattohoidon kehittämisprojekti. Loppuraportti. FSTKY/Forssan sairaala. Kirurgian osasto 1.  
<http://www.khshp.fi/img/file.php?id=505>. Luettu 27.11.2015.

Vuorinen, E & Hänninen, J. 2010. Saattohoito eurooppalaiselle tasolle myös Suomessa. Suomen Lääkärilehti 65 (18), 1606-1607.

Vuorinen, E., Zinhu, D. & Turppo, A. 2012. Hyvä saattohoito jää liian usein toteutumatta. Suomen Lääkärilehti 67 (23), 1838-1839.

Anttonen, M. S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>. Luettu 18.8.2016.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 385-392.

Herlevi, H., Oikemus-Määttä, J., Rissanen, L., Heikka, H. 2011. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Sairaanhoidaja 84 (10), 23-25.

Häkkinen, P. 2015. ”Tärkeää on hyvän jakaminen ja antaminen niin, että siinä on sydän mukana” Sosiaalityötä saattohoidossa – kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen sosiaalityön keinoin. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201512112525>. Luettu 3.12.2015.

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

Hänninen, J. 2010. Kuinka kuolla. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126 (3), 283-287.

Hänninen, J. 2014. Saattohoidon lääkeopas.3. painos. Helsinki: TERHO-säätiön julkaisusarja nro 1.

Hänninen, J., Hamunen, K., Laakkonen, M-L., Laukkala, T., Lehto, J., Matila, A., Rahko, E., Saarto, T., Tohmo, H. & Vuorinen, E. 2013. Kuoleva potilaan oireiden hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 372-373.

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 433-439.

Hävölä, H., Rantanen, A. & Kylmä, J. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede 27 (2), 132-147.

Idman, I. 2013. Syöpäpotilaan psyykkisten oireiden hoito palliatiivisessa vaiheessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 403-409.

Jyrkkiö, S. & Hietanen, P. 2015. Voisiko Suomessakin kuolla kotona? Suomen Lääkärilehti 70 (9), 520.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 440-445.

Lehto, J., Toikkanen, V. & Saarto, T. 2011. Hengenahdistuksen palliatiivinen hoito. Suomen Lääkärilehti 66 (13), 1089-1096.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitysoireiden palliatiivinen hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129 (4), 395-402.

Muurinen, S. 2015. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 307-310.

Pöyhiä, R. 2012. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. Finnanest 5 (45), 456-458.

Rhen, B. 2013. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen. Teoksessa Hänninen, J. & Luomala, M. Elämän puu. Kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: TERHO-Säätiö ja Kustannusosakeyhtiö Otava, 64-71.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-15712>. Luettu 27.11.2015.

Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J., Utriainen, T., Lindgren, M., Konttila, T., Lahti, P., Hallamaa, J., Sirola, J., Puustinen, R., Karjalainen, P., Papinaho, S., Peiponen, A., Juva, K., Kallunki, M., Kuuskoski, E., Vainio, A., Sipiläinen, H. & Stoor, H. 2014. Vanhuskuolema. Konsensuslausuma. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130 (5), 523-531.

Saarto, T., Nousiainen, A., Nivala-Huhtaniska, N., Rahko, E., Koskela, R. & Hillilä M. 2015. Ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireet. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 115-153.

Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhiä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa. Finnanest 45 (5), 450-454.