

**PALLIATIIVISEN HOIDON OPAS  
SALLAN KUNNAN KOTISAIRAALAN OMAISILLE**

Huovinen Matti  
Lämsä Minna  
Peltoperä Essi

Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Terveystenhoitaja (AMK)

2020

Hoitotyön koulutus  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Terveydenhoitaja (AMK)

---

<b>Tekijät</b>	Matti Huovinen Minna Lämsä Essi Peltoperä	2020
<b>Ohjaaja</b>	Raija Seppänen	
<b>Toimeksiantaja</b>	Sallan kunta, Karoliina Aho	
<b>Työn nimi</b>	Palliativisen hoidon opas Sallan kunnan kotisairaalan omaiselle	
<b>Sivu- ja liitesivumäärä</b>	53 + 9	

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia palliativisen hoidon opas Sallan kunnan kotisairaalan asiakkaiden omaisten käyttöön. Opinnäytetyö on toiminnallinen projekti, jonka lopputuotoksena syntyi opas. Projekti sisältää tämän opinnäytetyöraportin, toimeksiantosopimuksen ja palliativisen hoidon oppaan. Tämä opinnäytetyöraportti käsittelee palliativista hoitoa ja saattohoitoa käsitteinä, sekä hoitoa ohjaavia lakeja, asetuksia ja suosituksia. Käsitteiden avaamisessa on käytetty usean tahon määräyksiä saattohoidosta ja palliativisesta hoidosta. Raportissa käsitellään myös palliativiseen hoitoon siirtyminen, saattohoitopäätös, parantumattomista sairauksista aiheutuvien fysiologisten muutosten oireita sekä oireiden hoitoa, kuoleman kohtaamista, surua ja surutyötä. Raportti käsittelee myös aikaa kuoleman jälkeen sekä käytännön ohjeita välttämättömien asioiden hoitamiseen Sallan kunnan alueella.

Palliativinen hoito on parantumattomasti sairaan asiakkaan oireenmukaista hoitoa. Palliativisen hoidon ajallista määrettä on vaikea määrittää, mutta se muuttuu määritelmien mukaan saattohoidoksi loppuvaiheessaan, kun elinaikaa on jäljellä viikoista päiviin ja kuolema on jo selkeästi odotettavissa. Suomessa hyvää palliativista hoitoa ja saattohoitoa ohjaavat mm. kansainväliset saattohoitosuosituksien, käypähoitosuositus, WHO:n suositus saattohoidosta sekä lait ja asetukset – niitä kaikkia sivutaan tässä työssä.

Opas keskittyy antamaan tietoa potilaiden omaisille aikuisen asiakkaan palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta. Opas sisältää tietoa parantumattomasti sairaan potilaan oireista, oireiden hoitamisesta, kotona tapahtuvan palliativisen hoidon järjestämisestä Sallan kunnan sosiaali- ja terveystalvelujen avulla sekä kivunhoidosta niin lääkkein kuin lääkkeettömin menetelmin. Valmis opas on selkeä ja helppolukuinen.

Avainsanat  
Muita tietoja

Saattohoito, Palliativinen hoito, Hoitotyö, Opas  
Opas

School of Northern Well-being and  
Services  
Degree Programme in Nursing and  
Health Care  
Bachelor of Health Care

---

<b>Author</b>	Matti Huovinen Minna Lämsä Essi Peltoperä	2020
<b>Supervisor</b>	Raija Seppänen	
<b>Commissioned by</b>	Municipality of Salla, Karoliina Aho	
<b>Subject of thesis</b>	Palliative Care Guide for The Salla Municipality Home Hospital	
<b>Number of pages</b>	53 + 9	

---

The aim of this thesis was to create a palliative treatment guide for the relatives of patients in the home hospital care at the Salla municipality. The guide is the final output of a functional thesis project. The project included making of the thesis report, the commissioner contract, and the palliative treatment guidelines. This project report discusses palliative treatment and terminal care as concepts as well as the legislature and recommendations. Several definitions of palliative treatment and terminal care are included in the analysis. In addition, the report covers admission to palliative treatment, decision of admittance in terminal care, symptoms of physiological changes caused by incurable diseases, and care of them, facing death, grief and the grieving process. Finally, the time after the patient's death is addressed and practical instructions for necessary arrangements in the Salla municipal region are provided.

Palliative treatment is symptomatic treatment of a person with an incurable disease. The temporal attribute of palliative treatment is difficult to define. By definition, palliative treatment is transformed into terminal care at the final stage when the remaining life expectancy of the patient is from weeks to days. In Finland, qualified palliative treatment and terminal care are guided by the international terminal care recommendations, national current care recommendations, WHO recommendations on terminal care, and national laws and regulations.

The focus of the guide is to provide information to the relatives of adult patients in palliative treatment or terminal care. The guide contains information of symptoms of an incurably sick person and the treatment of these symptoms, including pain management with medication and other methods. The guide also covers the organisation of palliative treatment in home hospital care with the help of social and health services of the Salla municipality. The guide was made with the aim to be clear and reader-friendly

**Key words** Terminal care, palliative treatment, nursing, guide.

Koulutusalan nimi  
Koulutusala  
Koulutus

---

Special remarks

The thesis includes a guide for palliative care.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	7
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA MERKITYS ALALLE .....	9
3	PARANTUMATTOMAN ASIAKKAAN PALLIATIIVINEN HOITO .....	11
3.1	Palliatiivisen hoidon määritelmä .....	11
3.2	Parantumattomasti sairas asiakas .....	11
3.3	Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ohjaavat lait ja asetukset .....	12
3.4	Kansainväliset hoitosuositukset .....	13
3.5	Palliatiiviset tukihoidot ja lääkehoito .....	15
3.6	Palliatiivinen hoito kotiympäristössä .....	16
4	SAATTOHOITOPOTILAAN HOITO .....	19
4.1	Saattohoidon määritelmä ja tavoitteet .....	19
4.2	Saattohoitopäätös ja -suunnitelma .....	20
4.3	Arvokas kokonaisvaltainen perushoito .....	21
5	SAIRAUKSIEN AIHEUTTAMAT MUUTOKSET JA NIIDEN HOITO .....	23
5.1	Fysiologiset muutokset .....	23
5.2	Muutoksista aiheutuvat oireet .....	23
5.2.1	Hengenahdistus, yskä ja limaisuus .....	23
5.2.2	Ahdistus ja unettomuus .....	24
5.2.3	Ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja ummetus .....	25
5.2.4	Väsymysoireyhtymä .....	27
5.2.5	Kuolemanpelko .....	28
6	KIVUNHOITO .....	29
6.1	Lääkkeetön kivunhoito .....	29
6.2	Kivun lääkehoito .....	29
6.3	Palliatiivinen sedaatio kivunhoitomenetelmänä .....	31
6.4	Muu lääkehoito .....	31
6.5	PCA- pumppu kivunlievityksenä .....	32
7	KUOLEMAN JÄLKEEN .....	35
7.1	Kuoleman hetkellä .....	35
7.2	Vainajan hoito .....	35

Koulutusalan nimi  
Koulutusala  
Koulutus

---

7.3	Kuoleman jälkeiset käytännön asiat.....	36
8	SURUN TYÖSTÄMINEN .....	39
8.1	Suru .....	39
8.2	Surutyö .....	40
8.3	Lapsen suru.....	43
9	PALLIATIIVISEN HOIDON OPPAAN VALMISTAMINEN .....	45
9.1	Palliativisen hoidon opas toiminnallisena opinnäytetyönä.....	45
9.2	Palliativisen hoidon oppaan tavoite .....	46
9.3	Palliativisen hoidon oppaan suunnittelu .....	46
9.4	Palliativisen hoidon oppaan toteutus.....	47
9.5	Palliativisen hoidon oppaan arviointi .....	49
10	POHDINTA .....	51
10.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	51
10.2	Sairaanhoitajan (AMK) osaamisen kehittyminen palliativisessa hoitotyössä opinnäytetyön edetessä .....	52
10.3	Johtopäätökset.....	53
	LÄHTEET .....	55
	LIITTEET .....	61

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Sallan kunnan Kotisairaala ja heidän kanssaan on tehty työstä toimeksiantosopimus (liite 1). Tuotamme opinnäytetyönämme kotisairaalan käyttöön Palliatiivisen hoidon oppaan, joka on suunnattu kotisairaalan asiakkaiden omaisille. Oppaassa on kerrottu palliatiivisesta hoidosta – mitä se on ja millaista apua eri tahot Sallan kunnassa tarjoavat palliatiivisessa hoidossa oleville asiakkaille ja asiakkaiden omaisille. Oppaassa esitetään kivunhoidon ja tukimuotojen lisäksi myös mahdollisia toimenpiteitä, joilla voidaan lievittää asiakkaan sairauden aiheuttamia kärsimyksiä palliatiivisen hoidon eri vaiheissa. Oppaassa kerrotaan myös parantumattomien sairauksien mahdollisesti aiheuttamista fysiologisista muutoksista. Työmme ohjeistaa palliatiivisen hoidon asiakkaiden omaisille myös eri tahoja sekä Sallan kunnasta, että valtakunnallisesti, joihin voi olla yhteydessä hoidon aikana heräävien kysymysten tai ahdistuksen kanssa.

Väestörakenteen muuttuminen on vaikuttanut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeeseen, koska ihmiset kuolevat yhä vanhempina. Suomessa kuoli yhteensä 53 722 ihmistä vuonna 2017. Naisten elinikä keskimäärin oli 85,4 vuotta ja miehillä 77,4 vuotta. Väestörakenteen ikääntyessä, yksin asuvien osuus on lisääntynyt merkittävästi. Suomalaisista yli miljoona asuu yksin ja heistä viidesosa on yli 74-vuotiaita. Tämä on palliatiivisessa hoidossa suuri haaste. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Toimintakyky heikkenee kroonisten sairauksien edetessä ja hoidon tarve kasvaa jo ennen viimeistä elinvuotta. WHO on arvioinut 30 000 suomalaisen vuosittain tarvitsevan saattohoitoa sairautensa kanssa. Suurempi osa jo ennen sitä tarvitsee hoitoa, koska ikääntymiseen kuuluva hiipuminen tuo mukanaan hiljattain lisääntyvää palliatiivisen hoidon tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Mielestämme kotiin tarjottava palliatiivinen hoito on mielenkiintoinen konsepti ja haasteellinen asia. Nykyinen suuntaus on tarjota mahdollisimman paljon tukea ja apua kotona selviytymiseen. Nykyinen vallitseva linjaus on, että jokainen voisi asua kotonaan mahdollisimman pitkään erilaisten kotiin tarjottavien palveluiden

turvin. On hienoa päästä toteuttamaan opasta, jolle on selkeää tarve sekä toimeksiantajan, että kotisairaalan asiakkaidenkin puolesta.



## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA MERKITYS ALALLE

Opinnäytetyön tarkoitus oli laatia kirjallinen palliatiivisen hoidon opas Sallan kunnan Saattohoito-oppaan rinnalle. Oppaassa on lyhyesti kerrottu, mitä palliatiivinen hoito on ja millaista tukea Sallan kunnan eri tahot tarjoavat kotona tapahtuvaan palliatiiviseen hoitoon. Oppaaseen on koottu yhteystietoja Sallan kunnan sisältä eri tahoilta, jotka tukea ja apua tarjoavat. Yhteystiedoissa on myös valtakunnallisia puhelinnumeroita mm. eri järjestöihin. Oppaassa on myös käyty läpi kivunhoitomenetelmiä ja palliatiivisia tukihaitoja, joita voidaan mahdollisesti hyödyntää eri sairauksien kohdalla.

Opinnäytetyön tuotteen, palliatiivisen hoidon oppaan tarkoituksena on lisätä asiakkaiden sekä heidän omaistensa palliatiiviseen hoitoon liittyvää ymmärrystä. Hoidettavan lähipiirin ihmiset voivat toimia mukana asiakkaan hoidossa, keskustella asioista ja kertoa omista toiveistaan parantumattomasti sairaan hoitoon liittyen hoitohenkilöstölle. Oppaan on määrä tarjota apua myös hoitohenkilöstölle tukemalla hoitohenkilöstön osaamista ja antamalla varmuutta keskusteluavun tarjoamiseen. Hoitotyön kehittymisen näkökulmasta opas antaa tukea ja eväitä kotisairaalan henkilökunnalle, kun tulevaisuuden suuntaus on tarjota enenevässä määrin mahdollisimman paljon hoitotyötä kotiin – se koskee myös palliatiivisen hoidon linjaa ja saattohoitoa. Monen kuolevan ihmisen kuulee sairaalaympäristössä toteavan useasti ääneen toiveen ”kunpa saisin kuolla kotiin, enkä täällä sairaalan vuoteessa”.

Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä omaa tietopohjaa, taitoa ja ymmärrystä palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa kohtaan ja oppia keskeisiä asioita em. asioista. Haluamme oppia myös eron palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välillä, jonka vuoksi tässä työssä on käsitelty laajasti molempia aiheita. Omia oppimistavoitteitamme ovat: oppia mitä ja millaista on hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito, miten saattohoitopäätös ja lähestyvä kuolema vaikuttavat sairastavaa ihmistä ympäröiviin omaisiin ja muihin läheisiin. Tavoitteena on tukea hyvän kokonaisvaltaisen hoitotyön nojalla palliatiivisen hoidon turvallista toteutumista lisäämällä asiakkaiden tietoa niihin liittyen, sekä hälventää tabua palliatiivisen hoidon käsitteen ympäriltä.

Opinnäytetyömme keskeisin tavoite oli laatia hyvien käytänteiden mukainen palliatiivisen hoidon opas Sallan kunnan kotisairaalan omaisille, joka on selkeä, helppolukuinen ja kansankielinen. Haluamme lisätä kotisairaalan potilaiden omaisten palliatiiviseen hoitoon liittyvää tietoutta ja tarjota tietoa selkeästi ymmärrettävässä muodossa. Puhutaan paljon siitä, että suullisesti kerrottu tieto ei jää ihmisten mieleen ja siksi onkin hyvä, että ohjeistus asioista saadaan jatkossa kirjallisena, jotta niihin on helppo palata myöhemmin, myös itsenäisesti.

Toimeksiantaja hyötyy oppaasta, kun parantumattomasti sairaan tilanne on omaisille vaikea ymmärtää, etenkin tiedonsaannin alkuvaiheessa. Kun palliatiivinen hoitomuoto ei käsitteenä muine asioineen vastaa omaisen kysymyksiin kyseiseen hoitolinjaukseen siirtymisestä ja siihen liittyvien asioiden kulusta - opas tarjoaa tukea sairastuneen omaiselle ja kertoo tiivistetysti yleisellä tasolla palliatiivisesta hoidosta, oireista ja oireiden hoidosta, mahdollisista tukihoidoista sekä lääkehoidosta. Tavoitteena on tarjota hoitohenkilöstölle konkreettinen materiaalipaketti annettavaksi omaisten avuksi ja tueksi vaikeana aikana. Oireiden taustalla olevia fysiologisia syitä avataan tässä opinnäytetyön raportissa, mutta oppaaseen niistä kerrotaan vain vähän toimeksiantajan pyynnöstä oppaan mahdollisimman selkeän luettavuuden vuoksi.

### 3 PARANTUMATTOMAN ASIAKKAAN PALLIATIIVINEN HOITO

#### 3.1 Palliatiivisen hoidon määritelmä

WHO:n (2019) määritelmän mukaan palliatiivinen hoitolinja ja saattohoito ovat lähestymistapa parantumattomasti sairasta asiakasta ja hänen omaisiaan kohtaan, joilla pyritään parantamaan ja ylläpitämään parantumattomasti asiakkaan sekä omaisten elämänlaatua. Osana palliatiivista hoitoa on tavoitteena helpottaa asiakkaan kipua ja oireita, parantaa tai pitää yllä elämänlaatua ja pitää kuolemaa luonnollisena osana elämää, pitää hoito psykofyysishenkisenä kokonaisuutena, tukea asiakkaan ja omaisten mahdollisimman aktiivista elämää aina kuolemaan saakka. Tavoitteena on tukea omaisten elämää myös kuoleman jälkeen, tukea asiakkaiden omaisia eri menetelmin sairauden ja kuoleman hetkellä sekä tarjota ohjausta ja neuvontaa eri tilanteissa. Lisäksi tavoitteena on parantaa elämänlaatua ja vaikuttaa positiivisella tavalla sairauden kulkuun sekä varhaisessa sairauden vaiheessa yhdessä muiden hoitomuotojen kanssa pidentää elämää, samoin kuin sytostaattien ja sädehoitojen avulla sisältäen tutkimuksia ja hoitoja, jotka antavat parhaan käsityksen kliinisten komplikaatioiden parempaan ymmärtämiseen ja hallintaan.

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan ihmisen oireenmukaista hoitoa ja oireita lievittävää hoitoa. Tärkeää oireen mukaisessa hoidossa on kivun arviointi ja hoito. Asiakkaiden hoidon tehokkuutta tulee arvioida aktiivisesti ja muuttaa tehokkaasti arviointitulosten perusteella. (Kuparinen 2014.)

#### 3.2 Parantumattomasti sairas asiakas

Parantumattomasti sairaan asiakkaan loppuelämän hoitoa kutsutaan palliatiiviseksi hoidoksi ja loppuvaiheessa saattohoidoksi. Palliatiivinen hoito ja saattohoito käsitteinä sisältävät kuolemaan johtavan sairauden oireiden lievittämisen, hyvän kokonaisvaltaisen perushoidon, parantumattomasti sairaan ja hänen omaistensa tukemisen sekä ihmisarvon kunnioittamisen. Terminaalihoitoa voidaan pitää palliatiivisen hoidon ja saattohoidon

synonyyminä, johon kuuluvat samat em. periaatteet. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2015. 568.)

Syöpöpotilaiden osuus palliatiivisen hoidon ja saattohoidon keskuudessa on noin 40 prosenttia. Loput 60 prosenttia sairastavat kroonisia sairauksia, kuten sydämen, munuaisten ja maksan vajaatoimintaa, neurologisia sairauksia, keuhkosairauksia ja dementiaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Maailmanlaajuisten raporttien mukaan parantumattomasti sairailta asiakkailla on huomattu useita fyysisiä, henkisiä ja psykologisia ongelmia. Tämän vuoksi palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on alettu järjestää maailmanlaajuisesti, jotta asiakkaat saisivat tukea sekä laadukasta, tehokasta hoitoa. Hyvä hoitosuhde helpottaa muita palliatiivisen hoidon avaintekijöitä, kuten päätöksenteon tilanteita. (Aghaei, Vanaki & Mohammadi 2020.)

Osana hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa tulisi huomioida asiakkaan hengelliset, maailmankatsomukselliset näkemykset. On hyvä huomioida myös omaisten jaksaminen ja tarjota heille tukea tarpeen mukaan. Jotta hoitaminen olisi riittävän laadukasta ja kokonaisvaltaista, toteutus vaatii riittävästi hoitohenkilökuntaa, jolla on hoitoalan koulutus sekä riittävästi hankittua työkokemusta palliatiivisesta hoitotyöstä ja saattohoidosta. (Kuparinen 2014.)

### 3.3 Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ohjaavat lait ja asetukset

Vaikka palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta ei ole olemassa suoranaista omaa lakiaan, sovelletaan useimpia sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja ja asetuksia niitä toteutettaessa.

Terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa ohjaavat monet lait ja asetukset. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), erityisesti kyseisen lain §3 määrää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Samassa pykälässä on säädetty, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään sairaanhoitoon, sisältäen myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon. Hoito on järjestettävä ja potilasta on

kohdeltava ihmisarvoa kunnioittavasti ja potilaan vakaumusta tai yksityisyyttä loukkaamatta.

Palliativinen hoito voi koskea ketä tahansa parantumattomasti sairasta iästä riippumatta. Siitä syystä ikääntyneitäkin koskevaa lakia toimintakyvyn tukemisesta sekä sosiaali- ja terveystalveluita määrittelevää lakia palveluiden riittävydestä sovelletaan myös kotiin tarjottavan palliativisen hoidon sekä kotisaattohoidon tapauksissa kaikenikäisten asiakkaiden kohdalla. Asiakkaille iästä ja taustasta riippumatta tulee tehdä palvelutarpeen kartoitus, jonka pohjalta toteutetaan myös hoitosuunnitelma. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2012.)

#### 3.4 Kansainväliset hoitosuositukset

Palliativista hoitoa ohjataan lakien ja asetusten lisäksi kansallisilla ja kansainvälisillä suosituksilla. Nämä suositukset perustuvat itsemääräämisoikeuteen, yksilön koskemattomuuteen sekä ihmisarvon kunnioittamiseen ja meidän jokaisen perusoikeuksiin. Kansainvälisiin suosituksiin kuuluvat mm. YK:n Kuolevan oikeuksien julistus (1975), Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) (jäljempänä EU:n ihmisoikeussopimus), Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (2010) sekä WHO:n suositus palliativisesta hoidosta (2014). (THL 2019.)

YK:n kuolevan oikeuksien julistuksessa on lueteltu kuolevan oikeudet seuraavasti; Oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaan saakka. Oikeus pitää yllä toivoa. Oikeus saada hoitoa niiltä, jotka voivat ylläpitää toivoa, vaikka se muuttuisikin. Oikeus ilmaista tunteet omalla tavalla kuoleman lähestyessä. Oikeus osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Oikeus odottaa jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa ja hoitotyötä, vaikka paranemisen tavoite olisikin muuttunut lievittämisen tavoitteeksi. Oikeus olla kuolematta yksin. Oikeus olla vapaa kivuista. Oikeus saada totuudenmukaiset vastaukset esittämiinsä kysymyksiin. Oikeus olla tulematta petetyksi. Oikeus saada apua omalta perheeltä ja apua omalle perheelle kuoleman hyväksymisessä. Oikeus saada kuolla arvokkaasti ja rauhallisesti. Oikeus säilyttää yksityisyys, eikä tulla arvostelluksi päätöksistä, vaikka ne poikkeaisivatkin muiden käsityksistä. Oikeus

odottaa oman ruumiin pyhyyden kunnioittamista kuoleman jälkeen. Oikeus saada hoivaa huolehtivilta, herkiltä ja asiansa osaavilta ihmisiltä. (Penttinen 2016.)

Palliativiseen hoitoon suositukset on antanut myös WHO vuonna 2002. Suosituksissa ovat nousseet esille oireiden mukainen hoito, kivun hoito, elämä ja kuolema luonnollisina prosesseina, lisäksi ihmisten hengelliset ja psykososiaaliset tarpeet, myös omaisten tuki nousee esille. Lisäksi on olemassa Euroopan neuvoston laatimat palliativisen hoidon suositukset koonnuttu työryhmä. Hoidon järjestäminen, koulutus ja tutkimus, mutta myös palliativisen hoidon tilanne ja historia, ovat nousseet Euroopan neuvoston suosituksessa esille. Palliativisen hoidon periaatteet, jotka ovat oireen mukainen hoito, läheisten ja hoitohenkilökunnan henkinen, emotionaalinen ja hengellinen tuki kuoleman kohdatessa. Lisäksi on todettu, että palliativista hoitoa tulisi järjestää ensisijaisesti kodeissa, mutta palliativisen hoidon tulisi myös onnistua eri toimintaympäristöissä. Euroopan maista 45 on hyväksynyt tämän suosituksen. Palliativisen hoidon palveluja tulisi olla sairaaloissa, kodeissa ja saattohoitokodeissa, näin korostetaan Euroopan parlamentin raportissa ja Euroopan neuvoston suositukset tukevat tätä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010, 16.)

Euroopan neuvoston suosituksessa esille nousee erityisesti ennakoiva hoitosuunnitelma, joka pitää olla jokaisella elämän loppuvaiheen potilaalla. Suosituksessa myös nousee esille henkilökunnan ammattitaito, riittävä koulutus sekä vuorovaikutustaidot. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut palliativista hoitoa ja saattohoitoa koskevat suositukset vuonna 2010. Hoitoa järjestetään laitoksissa, mutta myös kotona. Palliativisen hoitolinjan tai saattohoidon aloittamisen tulee perustua kirjallisesti tehtyyn hoitosuunnitelmaan. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimissa suosituksissa asiakkaan ihmisarvo, inhimillisuus, itsemääräämisoikeus korostuvat. Sairaanhoitopiireittäin täytyy olla alueellinen hoitosuunnitelma koskien palliativista hoitoa ja saattohoitoa, mutta jokainen terveyskeskus silti laatii omansa ja asiakkaille laaditaan aina yksilöllinen asiakkaan tarpeita vastaava hoitosuunnitelma. (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017, 9.)

Käypähoitosuosituksen (2020) mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikenikäisille kuolemaan johtavaan tai henkeä uhkaavaan tautiin sairastuneille ilman diagnoosirajauksia.

### 3.5 Palliatiiviset tukihoidot ja lääkehoito

Parantumattomasti sairaan asiakkaan hoidossa sädehoito on hyväksi havaittu ja tärkeä hyvää elämänlaatua tukeva hoitomuoto. Sädehoitoa annetaan syöpäkasvaimen tai etäpesäkkeiden pienentämiseksi. Oireiden lieventämiseksi sädetetään kasvaimia, joita ei voida parantavasti leikata tai joille ei ole olemassa muutenkaan lääketieteellistä parantavaa hoitomuotoa. Sädehoito, jota käytetään oireiden lievittämiseen palliatiivisessa hoidon vaiheessa, annetaan tietyn mittaisina hoitojaksoina. Sädehoidon kokonaisannos ja hoitojakson kesto riippuu kasvaimen tyypistä ja sijainnista sekä siitä, tavoitellaanko hoidolla paranemista, jolloin puhutaan radikaalisädehoidosta vai parantumattoman sairauden oireita lievittävästä hoidosta, jolloin kyseessä on palliatiivinen hyvää elämänlaatua tukeva ja ylläpitävä sädehoitomuoto. (Terveystukena.fi 2018.)

Yleensä sädehoito on hyvin siedettyä, koska vaikutus on nimenomaan tarkalleen säädetylle alueelle kohdistuvaa paikallista hoitoa. Yleisimpiä sädehoidon haittavaikutuksia ovat kohdealueelle ilmaantuvat paikalliset limakalvo- tai ihomuutokset, joita voi hoitaa radiologin antamien ohjeiden mukaisesti. Haittavaikutukset muodostuvat kehon terveiden solujen tuhoutumisen vuoksi, koska ne reagoivat säteilylle paljon syöpäsoluja herkemmin. (Terveystukena.fi 2018).

Suun hoito korostuu ennen sädehoitoa ja sen aikana, koska sillä voidaan ennaltaehkäistä tulehduksia ja vähentää kipuja. Sädehoidot ja sairaus itsessään aiheuttavat asiakkaalle väsymystä, joten riittävä lepo myös hoitojen yhteydessä on tärkeää asiakkaan oman jaksamisen kannalta. (Johansson 2018.)

Verensiirto vähentää palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa anemiaan oireita lyhytaikaisesti. Potilaalla on anemia, kun veren hemoglobiinipitoisuus alle 80 g/l. Vaikka hemoglobiiniarvo pysyisikin aiempaa arvoa parempana, ei siltikään vaikutus väsymykseen ja hengenahdistukseen kestä kuin pari viikkoa. Vähäiseen verihiutalemäärään liittyvää vuotoriskiä on pyrittävä hallitsemaan. Näin tehdään

välttämällä tai tauottamalla verenvuotoa aiheuttavat lääkkeet eli tulehduskipulääkkeet, varfariini ja antikoagulantit. Rutiininomaisen verikokeiden otto ei ole enää tarpeellista, jos potilaan yleistila on laskenut niin, että hän on pääsääntöisesti vuodepotilaana. (Hänninen & Rahko 2013.)

### 3.6 Palliatiivinen hoito kotiympäristössä

Olosuhteiden salliessa potilasta ja hänen omaisiaan tuetaan kotona tapahtuvaan palliatiiviseen hoitoon. Kotona tapahtuvaan hoitoon siirryttäessä pidetään hoitoneuvottelu yhteistyössä potilaan, mahdollisten omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken. Hoitoneuvottelu turvaa hoidon jatkuvuuden ja luo sitä kautta myös omaisille ja potilaalle turvallisuuden tunnetta. Henkilökunnan varmuutta hoitotyössä toimimiseen on myös helppo lisätä ja tukea toimivan hoitosuunnitelman ja yhteisten hoitolinjausten avulla. Kotona tapahtuva palliatiivinen hoito toteutetaan, mikäli potilas ja hänen omaisensa niin haluavat. Hyvän palliatiivisen hoidon toteutumiseksi ja myös sen suunnittelulle tuovat hyvän perustan hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen ja tietyn väliajoin tapahtuva tarkastaminen (ns. hoitopalaverit). Kotioloissa laadukkaan elämän kriteerit täytyvät luonnostaan. Tärkeät ihmiset ovat lähellä, ympäristö on tuttu ja potilaan oma arkirytmii voidaan taata, toisin kuin osasto-olosuhteissa. Kotiin tapahtuva hoito antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua normaaliin arkeen sairaudesta huolimatta. (Kuparinen 2014.)

Yleensä päävastuu kotona tapahtuvasta palliatiivisesta hoidosta on kotisairaalan nimetyllä vastuulääkärillä, vaikka palliatiivinen hoito kotiin järjestetäänkin moniammatillisen tiimin turvin ja sairaanhoidon ammattilaiset ovat lähinnä potilasta ja potilaan omaisia. Palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon siirtyessä kotisairaanhoidajan käyntejä voidaan tarpeen vaatiessa lisätä entisestään. Kotona tapahtuvista käynneistä on aina sovittava erikseen. Etenkin saattohoitovaiheessa, tarpeen niin vaatiessa potilaalla on lakiin perustuva oikeus päästä vuodeosastohoitoon puhelinsoiton perusteella. Hoitoringin järjestämistä kotiin ympärivuorokautisen hoidon tarjoajana voidaan tarvittaessa selvittää ja resurssien mukaan myös järjestää. Tärkeää on myös huomioida henkinen ja sosiaalinen tukiverkosto omaisten jaksamisen kannalta. Tukiverkosto on tärkeä,



jotta omainen voi hoitaa omia asioitaan rauhallisin mielin, kun hän tietää, että potilas on kotona hyvässä hoidossa. (Kuparinen 2014.)

Sallan kunta tarjoaa monipuolisesti tukea kotiin palliativisen hoidon vaiheessa kotisairaalan asiakkaille. Saatavilla on mm. kotihoidon, kotisairaanhoidon ja fysioterapian palveluja asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja kotona selviämiseen.

Kotihoidon fysioterapeutin toimenkuvaan Sallan kunnassa kuuluu apuvälineiden tarpeiden arviointi asiakkaalle sekä mahdolliset muutostöiden kartoitukset asiakkaiden kotona. Asiakkaan fyysisen toimintakyvyn heikentyessä tarvitaan erilaisia apuvälineitä toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja liikkumisen helpottamiseksi. Kotihoidon lähihoitajat, sairaanhoitajat tai potilaan ollessa vuodeosastolla lääkäri voivat tehdä fysioterapeutille tarvittaessa apuvälinekartoituspyynnön.

Kodin muutostöihin voivat kuulua esim. kynnyksien poistot tai liukurampit portaiden tilalle, jotta liikkuminen olisi sujuvampaa mm. pyörätuolin kanssa. Rakennusmiehet huolehtivat tukikahvojen laitosta ja kotihoidon fysioterapeutti huolehtii niiden sijoitukset, jotta asiakkaan on helpompi liikkua. Fysioterapeutin arvion perusteella voidaan myöntää asiakkaalle sairaalasänky, mikäli asiakas sellaisen tarvitsee. Laitosmiehet huolehtivat sängyn siirrosta asiakkaan kotiin. Jos varastossa ei ole sänkyä saatavana, fysioterapeutti voi tilata ylimääräisen sängyn apuvälinelainaamosta. (Niemelä 2020.)

Sallan kunnan alueella palliativisen hoidon tukena voi tarvittaessa toimia kotihoito osana kotisairaaloimintaa. Kotihoitoa annetaan tilanteissa, jossa kotona selviytyminen on vaikeaa ilman ulkopuolista apua. Säännöllinen kotihoito alkaa asiakkaan kotona palveluntarpeen arviointikäynnillä. Palvelutarpeen arvion tekee Sallan kunnan kotihoidon terveydenhoitaja. Hoidon arviointi ja potilaan tarpeet kartoitetaan hoitopalaverissa palliativiseen hoitolinjaukseen siirryttäessä. Kotihoidon lähihoitajat huolehtivat perushoidosta, johon kuuluu ravitsemuksesta, hygieniasta ja lääkehoidon toteutuksesta huolehtiminen. Kotihoito huolehtii tarpeen mukaisesti päivittäiset pienet pesut, suuhygieniasta ja kerran viikossa tapahtuvasta peseytymisestä. Kotihoito huolehtii myös asiakkaan asunnon

yleisestä siisteydestä. Tarvittaessa kotihoidon käynneistä voidaan sopia myös yöaikaan. Kotihoidon hoitajat huolehtivat myös sairaanhoidollisten tarvikkeiden riittävyyden asiakkaiden kotiin, jos lääkäri/sairaanhoitaja on tehnyt lausunnon hoitotarvikkeiden tarpeesta. (Aho 2020.)

Kotisairaala tarjoaa sairaanhoitoa asiakkaiden kotiin. Kotisairaalan potilaaksi pääsee lääkärin läheteellä. Kotisairaalan asiakkaita voivat olla muun muassa palliatiivisessa hoidossa olevat asiakkaat, jotka tarvitsevat sairaanhoidollisia palveluita kotiin. Hoitajakson aikana asiakas voi tarvittaessa tulla osastohoitoon. Hoitoa voidaan antaa myös kotisairaalan omissa tiloissa akuutti- ja kuntoutusosastolla Sallan sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Kotisairaalan sairaanhoitaja huolehtii perustarpeiden lisäksi mahdollisesta neste- ja lääkehoidosta suonensisäisesti. Sairaanhoitaja vastaa tarvittaessa kipupumpusta sekä sen huollosta. Sairaanhoitaja huolehtii, että kasetissa on riittävästi lääkeainetta seuraavaksi vuorokaudeksi. Sairaanhoitaja myös ohjaa kotiväelle kipupumpun käytön omatoimisen kipulääkeannoksen ottamisen osalta. Lisäksi sairaanhoitajat huolehtivat suonensisäisestä lääkehoidosta, esimerkiksi antibiooteista, joita voidaan käyttää palliatiivisena oireita lievittävänä hoitomuotona ts. tukihoidoina. Kotisairaalan sairaanhoitajat tekevät hoitokäyntejä arkisin ja viikonloppuisin. Lääkärinkin kotikäynnit ovat sovittavissa. (Hautajärvi 2020.)

## 4 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITO

### 4.1 Saattohoidon määritelmä ja tavoitteet

Käypähoitosuosituksen (2020) määrittämissä saattohoidosta, se on kiinteä osa palliatiivista hoitoa, mutta ajoittuu oletetun kuolinhetken välittömään läheisyyteen eli viimeisiin elonhetkiin – viikkoihin tai päiviin ennen kuolemaa. Samalla on määritetty, että saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen on edellytys hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle ilman potilaan turhaa kärsimystä. Ajoissa ja oikein tehdyt hoitolinjaukset ja -suunnitelmat antavat mahdollisuuden onnistuneelle elämän loppuvaiheen hoidolle.

Parantumattomasti sairaiden asiakkaiden kohdalla, joiden arvioitu eliniän ennuste on muutama viikko tai enintään kuukausi siirrytään palliatiivisesta hoidosta moniammatillisessa tiimissä yhteistyössä omaisten ja asiakkaan kanssa tehtyjen saattohoitopäätökseen ja -hoitosuunnitelmaan perustuvaan saattohoitoon. Keskeisintä saattohoidossa on lievittää kipua ja kärsimystä kuoleman lähestyessä, huomioiden myös hyvä oireenmukainen hoito. (Kuparinen 2014.)

Saattohoidon tavoitteena on asiakkaan kivunlievitys ja kärsimyksen minimointi ja sitä kautta pyritään tarjoamaan asiakkaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu huomioiden myös asiakkaan läheisten elämänlaadun tukeminen. Potilaan toimintakyky heikkenee viimeisien elinpäivien ja elinviikkojen aikana yleensä radikaalisti toki sairaudesta hieman riippuen, mutta yleensä siksi saattohoito ajoittuu vain viikkoihin tai päiviin ennen asiakkaan kuolemaa. On tärkeää, että asiakkaalle on tehty saattohoitopäätöstä edeltävästi hoitosuunnitelma jo hyvissä ajoin ennen saattohoitovaiheeseen siirtymistä. On tärkeää kuunnella asiakkaan toiveita hänen omaa hoitoansa koskien. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on huomioitu henkilöstön osaamis- ja laatuksiteerit. Saattohoidon sekä palliatiivisen hoidon järjestämisestä suositukset on laatinut sosiaali- ja terveysministeriö. Suosituksien mukaan hoitoa on saatava palvelujärjestelmän jokaisessa portaassa niin, että yliopistollisenkin hoidon taso toteutuisi myös asiakkaan kotihoidossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon

ammattilaisten perustaitoihin kuuluu oireita lievittävä hoito. (Sosiaali- ja terveysministeriö Saattohoito 2019.)

Hoitajan ja saattohoidettavan asiakkaan välinen hyvä hoitosuhde johtaa asiakkaan tyytyväisyyteen saamaansa hoidon suhteen ja voi auttaa merkittävästi sairauteen sopeutumisessa. Moniammatillisen hoitotiimin ammatillisuus sekä vuorovaikutustaidot auttavat selviämään saattohoidettavan asiakkaan hoidon haasteista. Tutkimukset ovat osoittaneet, että laadukkaaseen saattohoitoon kuuluu empatia, potilaan kuunteleminen sekä turvallisen ilmapiirin luominen, jotta voidaan keskustella hoitotavoitteista sekä kuolemasta. (Aghaei, Vanaki & Mohammadi 2020.)

Saattohoito ei ole erillinen, selkeästi rajattu hoitomuoto, vaan elämän loppuvaiheessa olevan asiakkaan ja asiakkaan läheisten auttamiseen tähtäävien hoitojen kokonaisuus. Saattohoitoa toteutetaan moniammatillisesti. Tavoitteena on kivun ja muiden oireiden hallinta sekä psykososiaalisten ja kokemuseräisten ongelmien ratkaiseminen. Ne ovat oleellinen osa hoitoa. Hoidon tavoitteena on potilaan ja hänen omaistensa paras mahdollinen elämänlaatu. Kuolema nähdään elämän normaalina päätepisteenä ja asiakkaan oireita lievitetään, asiakkaalle tarjotaan psyykkistä ja henkistä tukea, asiakasta tuetaan aktiiviseen elämään jäljellä olevana aikana ja omaisille tarjotaan tukea sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. (Käypä hoito –suositus, 2019.)

#### 4.2 Saattohoitopäätös ja -suunnitelma

Saattohoidon aloittaminen edellyttää lääkärin, asiakkaan ja asiakkaan omaisten yhdessä tekemää saattohoitopäätöstä, joka on lääketieteellinen linjaus elämän loppuvaiheen hoidosta. Päätös tulee kirjata potilasasiakirjoihin ja samalla tehdään myös saattohoitosuunnitelma. Osaksi saattohoitosuunnitelmaa sisällytetään usein myös päätös elvyttämättä jättämisestä ts. elvytyskielto. Päätös merkitään yleensä merkinnöillä; DNR (Do not resuscitate), DNAR (Do Not Attemp Resuscitate) tai AND (Allow Natural Death). Elvytyskiellosta tehty päätös tulee perustua lääketieteelliseen arvioon asiakkaan tilasta ja/tai asiakkaan itse laatimaan hoitotahtoon tai -testamenttiin. (Anttila ym. 2015. 568.)

Elvytyskielto (DNR, DNAR, AND) ei kuitenkaan tarkoita, että kuolevaakin asiakasta ei hoidettaisi yhä aktiivisesti. On päätöksestä huolimatta muistettava saattohoitoperiaatteiden mukainen kokonaisvaltainen oireet huomioiva ja niitä lievittävä perushoito.

Keskusteltaessa palliatiivisesta hoidosta tai saattohoidosta ja sen järjestämisestä on hyvä siihen liitteeksi ottaa kirjallinen opas, jotta omaiselle jää selkeä käsitys siitä, mitä hoitohenkilökunta puheillaan tarkoittaa. On tärkeää, että päätöksistä ja linjauksista puhutaan suoraan ja yleiskielellä, ilman ammattisanastoa. Keskustelu tapahtuu hoitavan tahon, asiakkaan ja omaisen kanssa yhteistyössä. Päätös täytyy tehdä yhteisymmärryksessä ja ennen saattohoitoon siirtymistä täytyy tehdä selkeä päätös myös hoitolinjauksista. Saattohoitopäätöksen ja saattohoitoon siirtymisen kirjaa potilasasiakirjoihin hoitava lääkäri. Hoitolinjaus tulee merkitä selvästi, jotta asiakkaan hoidossa pysyy yhtenäinen linja ja linjaus on kaikkien hoitavien tahojen ja henkilöiden tiedossa selkeästi ja väärinymmärryksiltä välttyttäisiin. Asiakas välttyy turhilta rasituksilta ja ylimääräisiltä toimenpiteiltä, kun saattohoitopäätös on tehty riittävän ajoissa. Oikea ajankohta antaa myös valmistautumisaikaa asiakkaalle itselleen ja hänen läheisilleen kuoleman kohtaamiseen. Lääkärin päätöstä saattohoitovaiheeseen siirtymisestä helpottaa, jos asiakas on itse tehnyt hoitotahdon tai -testamentin. (Kuparinen 2014.)

Hoitotahdossa tulee ilmi asiakkaan oma tahto hoitotoimenpiteistä kuoleman lähestyessä. Hoitolinjasta keskustellaan omaisten kanssa, jos potilaalla ei ole hoitotahtoa. Potilasasiakirjoissa tulee olla selkeä maininta, jos potilaalla on hoitotahto. (Kuparinen 2014.)

#### 4.3 Arvokas kokonaisvaltainen perushoito

Saattohoidettavan asiakkaan kuoleman lähestyessä tavoitteena on tilanteen rauhoittaminen. Asiakkaan oireita arvioidaan kliinisesti, eikä laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia enää tarvita. Huomio kohdistetaan täysin asiakkaaseen. Mm. nestelistan seuranta sekä verenpaineen, happikyllästeisyyden ja lämmön mittaaminen lopetetaan tarpeettomina. Mittausarvojen sijaan kuolevalta asiakkaalta tulee arvioida säännöllisesti kipua, levottomuutta, hengitysteiden

eritteitä, hengenahdistusta sekä oksentelua ja pahoinvointia. Näitä oireita tarkkaillaan säännöllisesti vähintään neljän tunnin välein, jolloin samalla huolehditaan myös suun kostutuksesta. (Korhonen & Poukka 2013.)

Kaikkea ylimääräistä on syytä välttää, ja rutiiniksikin muodostuneita toimenpiteitä on harkittava tarkkaan. Jos potilaalla on rytmihäiriötahdistin, tulee pyytää kardiologia kytkemään iskuhoidot pois päältä. Toimenpiteiden sijaan hoitaminen muuttuu läsnäoloksi, keskusteluksi ja ennen muuta kuunteluksi. Yhtä aikaa potilaan voinnin seurannan kanssa on syytä tarkkailla omaisten jaksamista ja tuen tarvetta. On tärkeää, että omaiset kokevat saavansa rehellistä tietoa ja tulevansa kuulluksi kuolevan läheisensä vierellä. (Korhonen & Poukka 2013.)

## 5 SAIRAUKSIEN AIHEUTTAMAT MUUTOKSET JA NIIDEN HOITO

### 5.1 Fysiologiset muutokset

Parantumattomasti sairaille ihmisille tapahtuu sairauksien myötä erinäisiä fyysisiä muutoksia. Fyysisiä muutoksia on paljon ja osa näyttäytyy myös ihmisen normaalien tarpeiden muutoksina sekä erilaisina oireina. Potilaan toimintakyky huononee ja hän ei välttämättä jaksakaan kävellä enää pitkiä matkoja tai istua pitkiä aikoja. Elämänlaadussakin tapahtuu muutoksia mm. sosiaalisen elämän supistuessa ihmisen väsyessä sairauksien myötä. (Lähestyvän kuoleman merkit 2019.)

Sairastavalle ilmaantuu ruokahaluttomuutta ja hän ei kaipaa ravintoa ja juomaa. Puhutaan, että ihminen kuolee, jos hän ei syö, mutta todellisuudessa hän ei syö, koska kuolema lähestyy ja elimistön ravinnontarve ja kyky hyödyntää ravintoa loppuu. Potilaan virtsaaminen vähenee ja suolen toiminta hidastuu, lisäksi hänen kehonlämpötilansa alkaa hiljalleen nousta, ilman selkeää syytä. Potilas alkaa kipulemaan ja kipulääkitystä täytyy nostaa asteittain, koska jokaisen ihmisen oikeus on olla kivuton. Lisäksi potilaan hengitys muuttuu ja loppuvaiheessa potilaalla voi ilmetä hengityskatkoja. Hengitys menee vaivalloiseksi ja potilas joutuu käyttämään enemmän lihastyötä hengityksen ylläpitämiseksi. Hengitys on pinnallista ja se tapahtuu apulihaksia käyttäen. (Lähestyvän kuoleman merkit 2019.)

### 5.2 Muutoksista aiheutuvat oireet

#### 5.2.1 Hengenahdistus, yskä ja limaisuus

Parantumattomissa ja etenevissä sairauksissa sairaan yleisiin oireisiin kuuluu hengenahdistus. Tämä oire huonontaa sairastavan elämänlaatua siitä riippumattomasta syystä, mutta oiretta voidaan hoitaa monin eri keinoin. Runsas ja sitkeä lima hengitysteissä, hengitysteiden tukkeutuminen, sydämen vajaatoiminta, anemia, hengitystietulehdukset, keuhkopöhö ovat hyvin yleisiä syitä hengenahdistukseen. (Hengenahdistus 2018.)

Palliatiivisessa hoidossa, täytyy ensiksi arvioida hengenahdistuksessa aiheutuva haitta asiakkaalle ja onko hengenahdistus voimakasta. Arvioidessa voidaan käyttää havainnointia, voiko asiakas puhua kokonaisilla lauseilla, laskea hengitystaajuutta ja tarkastelemalla apulihasten käyttöä. Samalla voidaan kokeilla perifeerinen lämpö ja tarkastella ihon väriä. Lisäksi kuunnellaan hengityssäniä. (Hengenahdistus 2018)

On olemassa lääkkeellisiä, mutta myös lääkkeettömiä keinoja hengenahdistuksen helpottamiseksi. Limaa voidaan irrottaa lääkkeellisesti, esimerkiksi on olemassa lääkelaastareita, jotka vähentävät liman erittymistä. Höyryhengityksellä limaa saadaan juoksevamaksi, joka on helpompi yskiä ulos. Asiakkaalle voidaan tehdä myös limaimuja, jotta irronnut lima saadaan pois hengitysteistä. Nesteen kertyessä keuhkoihin aiheutuu myös hengenahdistusta, tämä voidaan hoitaa nesteenpoistolääkkeillä. Jos tämä ei auta ja todetaan, että neste on keuhkopussissa, voidaan se poistaa kertapunktiolla tai vaihtoehtoisesti keuhkopussiin voidaan asentaa katetri eli pleuradreeni, jota pitkin keuhkoissa oleva neste saadaan keuhkoista ulos. (Hengenahdistus 2018)

Asiakkaan oloa voidaan hengenahdistustilanteessa helpottaa myös antamalla lisähapetta. Hengenahdistus voi johtua myös siitä, että verenkierrossa on liian vähän happea kudoksille ja lihaksille, jolloin kompensatio mekanismina elimistö pyrkii hapettamaan kudoksia lisäämällä hengitystyön määrää. Huonoennusteisilla asiakkailla hapen lisäksi hengenahdistusta voidaan hoitaa vahvoilla kipulääkkeillä. Opioideilla voidaan myös hoitaa asiakkaan kiputiloja. Hengenahdistukseen usein liittyy pelkoa ja ahdistuneisuutta, tällöin opioidin rinnalle olisi hyvä aloittaa lääke, joka lievittää ahdistusta asiakkaan olon helpottumiseksi. (Hengenahdistus 2018)

### 5.2.2 Ahdistus ja unettomuus

Puhuttaessa ahdistuksesta tarkoitetaan tunnetilaa, joka sisältää pelkoa, jännitystä, levottomuutta, paniikkia, kauhun sekaisia tunteita ja huolestuneisuutta. Jokaisen elämään kuuluu ahdistusta, mutta ahdistuneisuushäiriössä se on kestoiltaan pitkää, voimakasta ja jopa rajoittaa



häiriöistä kärsivien toimintakykyä ja heikentää elämänlaatua. (Ahdistuneisuushäiriöt 2019.)

Puhuttaessa unettomuudesta, tarkoitetaan ihmisen kykenemättömyyttä riittävään uneen. Unettomuus ilmenee nukahtamisen vaikeutena, heräämisenä liian aikaisin tai heräilynä kesken unen. Unettomuudesta kärsivän henkilön katsotaan kärsivän edellä mainituista ongelmista useampana yönä viikossa. Unettomuus oireena tai vaivana on hyvin yleinen. Lisäksi unettomuus voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista. Tilapäinen unettomuus voi johtua stressistä, ristiriidoista, uni- ja valverytmin häiriöistä. Puhuttaessa pitkäaikaisesta unettomuudesta, sen taustalla on usein masennustila, ahdistus tai stressaava elämäntilanne. (Huttunen. 2018)

Syöpäpotilaat esimerkiksi kärsivät unettomuudesta ja heidän hoidoissaan tulisi ottaa huomioon unenlaatu ja mahdolliset nukahtamisongelmat. Tieto vakavasta ja jopa parantumattomasta sairaudesta aiheuttaa ahdistusta, joka vaikuttaa uneen ja sen laatuun. Unettomuus voi jopa huonontaa paranemisennustetta, huonontaa elämänlaatua tai heikentää immuunivastetta. Lisäksi on otettava huomioon, että syöpähoitojenkin jälkeen asiakkailta voi ilmetä unettomuutta. Tieto vakavasta sairaudesta kasvattaa masennusriskiä ja asiakas tulisi saada hoidon piiriin mahdollisimman nopeasti. (Syöpäpotilaan unettomuus 2019.)

### 5.2.3 Ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja ummetus

Parantumattomat kuolemaan johtavat sairaudet aiheuttavat usein erilaisia syömiseen liittyviä ongelmia. Esimerkiksi painon säilyttäminen ennallaan voi olla todella haastavaa, kun ruokahalu katoaa pahoinvoinnin myötä, kaikki etoo ja mikään ei tunnu maistuvan. Ravitsemuksen suunnitteluun tukea voidaan pyytää apua ravitsemusterapeutilta. Ruoan koostumusta voi tarvittaessa muuttaa helpommin nieltäväksi, jos pureskeltava koostumus aiheuttaa etomista tai potilaalla on esimerkiksi nielemisvaikeuksia. Maun parantamiseen ja ravinnepitoisuuteen voi helposti vaikuttaa lisäämällä ruokaan rasvaa tai kermaa, joka tukee osaltaan myös tavoitepainon ylläpysymistä ja voi viivyttää parantumattomasti sairaan aliravitsemusta. Tarjolle kannattaa asettaa

mahdollisuuksien mukaan sairaan lempiruokia, joka myös osaltaan tukee ravitsemuksen toteutumista. (Palliativinen talo, 2018.)

Pöyhiä (2012) esittää artikkelissaan, että janon tunnetta saattohoidossa olevilla potilailla voivat aiheuttaa mm. kuiva suu, eri lääkkeet kuten opioidit, trisykliset masennuslääkkeet, antikolinergit sekä ei-tahdonalaisen hermoston vaurio. Saattohoidossa janon tunne ei kuitenkaan liity nesteen saantiin tai kuivumista kuvaaviin verikokeisiin. Saattohoitopotilaan janoa ei voi verrata muuhun janoon, joka liittyy kehon kuivumiseen. Saattohoitopotilas jatkaa nesteenottoa ja ruokailua suun kautta niin kauan kuin siihen pystyy. Nenämahaletkua tai pegletkua ei pitäisi laittaa enää, kun potilaan ennuste on korkeintaan 1–2 kuukautta.

Jos potilas on tarvinnut aiemmin pahoinvointilääkitystä, sen käyttöä tulee jatkaa. Joskus tarvitaan useampia eri syihin tarkoitettuja pahoinvointilääkkeitä, jotta pahoinvointi saadaan hallintaan. Jos potilas ei pysty nielemään lääkettä, voidaan pahoinvointilääkityksenä käyttää metoklopramidia peräpuikkoina tai haloperidolia ihonalaisina ruiskeina. Haloperidoli on mahdollista antaa myös lääkannostelijalla yhdessä morfiinin tai oksikodonin kanssa. (Korhonen & Poukka 2013.)

Käypä hoito –suosituksessa (2019) kerrotaan, että ummetuksella tarkoitetaan harventunutta ulostamista alle 3 kertaa viikossa. Ummetuksessa ulostemassa on kovaa, vaikeutunutta ja massan maha-suolikanavan läpimenoaika on yli 5 vuorokautta. On arvoitu, että noin puolet palliativisessa ja saattohoidossa olevista asiakkaista kärsii ummetuksesta. Heidän lisäksi siitä kärsivät lähes kaikki asiakkaat, joiden kipua hoidetaan opioideilla. Asiakas voi kärsiä ummetuksesta, vaikka hän ei söisi paljon, koska ulostetta muodostuu mahasuolikanavan eritteistä, suolen epiteelisoluista ja bakteerimassasta. Opioidien aiheuttamalle ummetukselle ei kehity toleranssia.

Ummetuksen hoitoon Käypä hoito –suositus suosittelee pehmittävän laksatiivin ja suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmän käyttöä, jos jommankumman ryhmän valmisteella ei yksin saavuteta riittävää tehoa. Molempien annosta suurennetaan tarpeen mukaan. Bulkkilaksatiiveja (ulosteen tilavuutta suurentavat laksatiivit, kuten vehnänleseet tai metyyliiselluloosa) ei suolen vetovaikeuksien sekä

vähäisen nesteytymisen vuoksi ei voida käyttää saattohoidossa olevien asiakkaiden ummetuksen hoitoon.

#### 5.2.4 Väsymysoireyhtymä

Parantumattomasti sairaalla ihmisellä väsymyksen taustalla on fysiologisia ja psykososiaalisia tekijöitä. Suorien syy-seuraussuhteiden osoittaminen on lähes mahdotonta, mutta väsymystä usein edesauttavat paitsi parantumattomasti sairaan asiakkaan kokemat kivut myös hiljalleen lisääntyvät hengitysvaikeudet. Parantumattomasti sairas usein vähentää liikkumistaan säästääkseen voimiaan, joka saattaa itsessään lisätä väsymystä, koska fyysisen liikunnan on todettu lievittävän mm. sädehoitoon liittyvää väsymystä. Toisaalta parantumattomasti sairaan ihmisen lihasmassa heikkenee yleensä sairauden tai sairauksien myötä, joka lähtökohtaisesti antaa väsymykseen myös oman lisänsä, kuten Hänninen kirjassaan *Saattopotilaan oireiden hoito* (2003) on maininnut. Saattohoitotapauksissa väsymyksen taustalla on useimmiten myös muita energia-aineenvaihduntaan liittyviä muutoksia, kuten infektiot, syöpäkasvaimen kasvu, kuume yms. Edellä mainituista etenkin infektiot ovat väsymystä lisäävä tekijä – usein pitkälle edennyttä syöpää sairastavien immunitetti on todella heikko ja heillä esiintyy herkästi hyvin monisyisiä infektioita. Krooniset tulehdukset synnyttävät samoja välittäjäaineita kuin syöpä.

Osa parantumattomasti sairaista asiakkaista saattaa myös rasittaa itseään liikaa – osa ajattelee, että pysyäkseen kunnossa täytyy pystyä liikkumaan tietty määrä päivän aikana ja he käyttävät liikuntaa suojautumiskeinonaan kuolema-ajatusta vastaan. Kuoleman koetaan lykkääntyvän niin kauan, kuin liikkuminen on mahdollista, mutta runsas rasitus kuitenkin lisää helposti sairaan ihmisen turvotuksia ja kipuja ja vaikuttaa sitä kautta myös väsymykseen. Parantumattomasti sairaat asiakkaat myös anemisoituvat usein pitkän ajan kuluessa ja se lisää väsymyksen tunnetta ja hengenahdistusta. (Hänninen 2003.)

Hänninen kertoo myös, että monissa tapauksissa taustalta on löydetty lääkityksen ja parantumattomasti sairaan asiakkaan oiretuntemusten välinen epäsuhta – kipua on voitu arvioida väärin tai siinä on tapahtunut muutoksia ja

opioideja on annettu liian suurella annostuksella. Opioidit ovat vahvoja keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä ja ne voivat lisätä väsymystä ja tokkuraisuutta asiakkailla.

### 5.2.5 Kuolemanpelko

Ihminen suhtautuu tulevaan kuolemaansa joko torjuen, sopeutuen tai hyväksyen. Elämänhistoria ja ikä, persoonallisuus sekä perhetilanne vaikuttavat suhtautumiseen. Iäkkäämmät ehkä osaavat jo odottaa kuolemaa luonnollisena elämän päätöksenä. Nuoremmille kuolema voi aiheuttaa katkeruuden tunnetta ja sitä on vaikea hyväksyä omalle kohdalle, sillä tunne elämättömästä elämästä voi olla kokemuksena katkera. Lähestyvä kuolema voi aiheuttaa kuoleman pelkoa. Siihen voi liittyä pelkoa kivusta ja kärsimyksestä sekä kuoleman kohtaamisen hetkestä. Luopuminen ajasta, läheisistä ja kesken jääneestä elämäntehtävästä voi tuntua ahdistavalta. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2019.)

Jokainen ahdistuksesta kärsivä voi työstää omia pelkojaan erilaisten harjoitusten avulla, esimerkiksi mielikuvaharjoituksilla. Paniikkikohtaukset, pelot tai ahdistus voivat kasvaa niin suureksi, että ne voivat haitata ihmisen tavallista toimintakykyä ja mielialaa. Pelot voivat aiheuttaa avuttomuuden ja huonommuuden tunnetta, ja nämä tunteet voivat estää pelkojen, kuten esimerkiksi kuolemanpelon kohtaamisen. Ne voivat estää tekemästä mielikuvaharjoituksia, jotka voisivat rauhoittaa ja auttaa pelkojen kohtaamisessa. (Huttunen 2017.)

Kun ihminen on kuullut olevansa parantumattomasti sairas, hän voi kokea kirjavien tunteiden. Aluksi tilanne voi olla hyvinkin hämmentävä, ja siihen voi liittyä vihan, avuttomuuden ja katkeruuden tunteita. Luonnollisia tunteita ovat ikävän sekä hylätyksi tulemisen tunne sekä tyhjyyden, toivottomuuden, syyllisyyden ja epätodellisuuden olo. Ihminen voi kysyä Miksi-kysymyksiä. Sitä saattaa syyttää itseään miettien, että onko hän tehnyt jotain paha ja sairastuminen on rangaistus. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2019.)

## 6 KIVUNHOITO

### 6.1 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömät hoidot kuuluvat myös kivun hoitoon. Niitä tulee käyttää aina, kun mahdollista. Lääkkeettömien hoitokeinojen käyttämättä jättäminen on perusteltava. Lääkkeettämiä hoitoja ovat muun muassa liikunta (myös passiivinen toisen suorittama liikehoito), fysikaaliset hoidot, kylmä- ja lämpöhoito, ihon kautta tapahtuva sähköinen hermoärsytys eli TNS-hoito sekä kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia. (Käypähoito 2019.)

Lääkkeettömänä kivunhoitona voidaan käyttää myös asiakkaan asennon muuttamista, hierontaa ja rentouttavaa musiikkia. Kivunhoitoon kuuluu myös kuolemaan liittyvän ahdistuksen, masennuksen tai levottomuuden hoitaminen. Lääkkeettömänä keinona asiakas voi kaivata tukea, läsnäoloa ja keskustelua. Tätä tarjoavat omien läheisten lisäksi hoitohenkilökunta, sairaalapastori ja/tai psykologi. (Tasmuth 2019.)

Käypä hoito –suosituksen mukaisesti syöpäsairaudesta johtuvaa kipua ei voi hoitaa vain lääkkeettömin keinoin, koska sillä ei ole riittävää vastetta. Lääkkeettömään hoitoon liitetään asiakkaan kiputyypin, muiden sairauksien ja niiden riskitekijöiden mukainen lääkehoito tarvittaessa. Kipulääkkeeksi valitaan tulehduskipulääke tai parasetamoli, jos se sopii asiakkaan muiden lääkitysten ja mahdollisten sairauksien vuoksi, eikä asiakkaalla ole lääkeaineeseen allergiaa. Pitkäkestoista kipua voidaan lievittää ja asiakkaan psykososiaalista selviytymistä tukea, vaikkei kipua pystyittäisikään kokonaan poistamaan.

### 6.2 Kivun lääkehoito

Saattohoidossa olevan asiakkaan kivun lääkehoitokin on yksilöllistä ja riippuu kipudiagnoosista. Koska kivulla on usein kaksi puolta sekä sensorinen, että affektiivinen, toiset lääkkeet vaikuttavat kivun intensiteettiin ja toiset epämiellyttävään kivusta aiheutuvaan tuntemukseen. Lääkitystä suunniteltaessa on tiedostettava, että kipukokemus rakentuu useista eri osa-alueista ja siihen vaikuttavat mm. asiakkaan useat muut komplisoivat oireet, aikaisempi lääkitys,

sairauden aiheuttamat psykofyysiset hankaluudet sekä tulevaisuutta koskeva pelko ja kuolemanpelko. Kokemukseen vaikuttavat myös asiakkaan kokemukset aikaisemmin koetuista kivuista sekä mahdolliset muistikuvat omien vanhempien tai muiden läheisten sairastamisesta, oireista ja kuolemasta. (Hänninen 2003.)

Kivunhoidon tulee olla saattohoidossa olevalle asiakkaalle yksinkertaista ja helppoa toteuttaa. Kivun lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä ja siitä siirrytään asteittain kohti vahvempia opioidipitoisia kipulääkkeitä. WHO:n vuoden 1986 julistuksesta saakka yleiset kivunhoidon periaatteet ovat olleet nämä: Ensisijainen lääkitysmuoto on suun kautta annettava lääkehoito, lääkityksen tulee olla säännöllinen, lääkitystä suunniteltaessa varaudutaan myös läpilyöntikipuihin ja lisäksi lääkityksen tulee perustua ns. porrastettuun kivun hoitoon. Porrastettu kivunhoito merkitsee, että kipua hoidetaan sen voimakkuuden mukaisesti. Lääkitys aloitetaan NSAID-lääkkeillä tai parasetamolilla. Annosrajojen tullessa vastaan tai sivuvaikutusten rajoittaessa näiden lääkkeiden käyttöä, lisätään lääkitykseen heikkoja opioideja. Näiden kattovasteannosten täytyessä heikko opioidi vaihdetaan vahvempaan vastaavaan, joka soveltuu käytettäväksi tulehduskipulääkkeiden tai parasetamolin kanssa yhdessä. Tarvittaessa osana palliatiivista hoitoa ja kivunhoitoa voidaan käyttää myös palliatiivisia säde- tai sytostaattihoidoja. (Hänninen 2003.)

Lääkitystä jatketaan entiseen tapaan, mikäli asiakkaalla on jo käytössään säännöllinen kipulääkitys ja kivut ovat hallinnassa. Jos asiakkaan tajunta on jo heikentynyt, jatketaan kipulääkitystä entistä vastaavalla annoksella, mutta käyttäen toista antoreittiä. Kun asiakas on tajuissaan, mutta tablettien nieleminen ei enää onnistu, voi lääkkeen vaihtaa vastaavaan liuokseen lyhytvaikutteiseen opioidiin, joka annetaan neljän tunnin välein. PEG-letkun kautta voi antaa raemuodossa olevan pitkävaikutteisen morfiinivalmisteeseen, jonka voi sekoittaa veteen tai ruokaan. Ihon kautta annettavaa kipulääkettä, esim. laastaria ei kannata antaa uutena lääkityksenä viimeisien elinpäivien aikana, koska oikean annoksen määrittäminen on hankalaa ja se voi kestää liian kauan, jolloin kipu pääsee yltyämään ja lisää asiakkaan kärsimystä. (Korhonen & Poukka 2013.)

### 6.3 Palliatiivinen sedaatio kivunhoitomenetelmänä

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan asiakkaan rauhoittamista lääkkein ja tajunnan alentamista oireiden lieventämiseksi tavalla, jonka niin asiakas, asiakkaan läheiset kuin hoitohenkilöstö hyväksyvät. (Käypä hoito 2019.)

Palliatiivista sedaatiota voidaan harkita, kun parantumattomasti sairaalla asiakkaalla on sietämättömiä kärsimyksiä, joita ei voida lievittää tavanomaisin lääkintämenetelmin. Sedaation tarkoitus on saada asiakkaan oireet hallintaan, kuitenkin kuolemaa tuottamatta. Sedaatio toimii, kun asiakas on rauhallinen, kivuton ja hänet voidaan helposti herättää. Palliatiivisessa sedaatiossa, kuten kaikessa hoidollisessa toiminnassa, on perustana asiakkaan vapaa suostumus ja keskustelu asiasta asiakkaan läheisten kanssa. (Tasmuth 2019.)

Parantumattomasti sairaan asiakkaan sedaatiota käytetään sietämättömän, muuten hallitsemattoman kivun, agitaation (ahdistuneisuuden, johon liittyy voimakas levottomuus), deliriumin, hengenahdistuksen ja ahdistuneisuuden hoitoon. Ennen kuin sedaatio aloitetaan, on varmistettava, että muut keinot oireiden hallitsemiseksi on kokeiltu kipulääkärin tai palliatiivisen hoidon lääkärin konsultaatiolla. Tämän lisäksi asiakkaan, hänen läheisensä ja hoitohenkilöstön tulee ymmärtää hoidon tavoitteet ja kuinka se toteutetaan. Käytettävän lääkityksen määräävät asiakkaan oireet ja hoitopaikan tottumukset erilaisten sedatiivisten lääkkeiden käytöstä. Annos määritetään yksilöllisesti, sitä suurennetaan asteittain ja oireiden lievittymistä seuraten. Jatkuvaa syvää sedaatiota tulee käyttää vain asiakkaille, joiden elinajanodote on tunteja tai vuorokausia. (Käypähoito 2019.)

### 6.4 Muu lääkehoito

Asiakkaan lääkkeiden tarve arvioidaan uudelleen. Verenpaine-, rytmihäiriö- ja osteoporoosilääkkeet, vitamiinit ja hivenaineet, kolesteroli-, diabetes- ja vatsansuojalääkkeet, masennuslääkkeet ja mahdollisesti mikrobilääkkeet monesti todetaan saattohoitovaiheeseen siirryttäessä tarpeettomiksi ja karsitaan pois. Omaiset ovat voineet jo huolehtia asiakkaan lääkityksestä, ja siksi onkin

tärkeää selvittää heille, miksi ja miten lääkelistaa karsitaan. Aiemmista lääkkeitä annetaan edelleen kipu- ja pahoinvointilääkkeitä sekä ahdistusta vähentäviä lääkkeitä. (Korhonen & Poukka 2013.)

Asiakkaalle voidaan määrätä tarvittava lääkitys kipujen, levottomuuden, limaisuuden, hengenahdistuksen sekä pahoinvoinnin tai oksentelun varalle. Jos on aihetta epäillä asiakkaan menehtymistä äkillisesti, esimerkiksi verensyöksyn seurauksena, on syytä olla varalla niin sanottu katastrofilääkitys (opioidi ja bentsodiatsepiini asiakkaan nopeaan sedatoimiseen), vaikkei sitä hoidossa koskaan tarvitsisikaan. Kuolema on kuitenkin yleensä rauhallinen. (Korhonen & Poukka 2013.)

Suun kautta olevat lääkkeet, ainakin liuosmuotoisena, pystyy osa asiakkaista yleensä ottamaan vielä hyvin lähellä kuolemaansakin. Kuitenkin useimmat asiakkaat tarvitsevat muuta antoreittiä viimeisinä päivinään. Antoreitin valintaan vaikuttaa kliininen tilanne sekä lääketyypin tarve. Suonensisäisestä nesteytyksestä on vain harvoin hyötyä kuolevan hoidossa. (Korhonen & Poukka 2013.) Suonensisäisen nesteytyksen on tutkimusten mukaan johtanut turvotusten, pleuranesteen ja verentungoksen (kognestio) lisääntymiseen, mutta ei ole kohentanut asiakkaan elämänlaatua (Pöyhiä 2012).

Jos asiakkaan epäillään kärsivän nestehukasta, voi suonensisäistä nesteytystä kokeilla esimerkiksi annoksella 1 000 ml/vrk muutaman vuorokauden ajan. Jos vointi ei kohene, kokeilusta voidaan luopua. Suun kuivumiseen ei suonensisäinen nesteytys auta, koska ongelmana on yleensä lääkkeiden tai eitahtonalaisten hermoston vaurion aiheuttama suun limakalvojen kuivuminen. Hyvin hoidettu suu ja sen paikallishoito auttaa parhaiten. (Korhonen & Poukka 2013.)

## 6.5 PCA- pumppu kivunlievityksenä

PCA on lyhenne sanoista (patient controlled analgesia), tämä tarkoittaa kivun itsehoitoa. Laitteeseen on määriteltä asiakkaan omakohtaiset asetukset lääkkeen annostelua varten, lääkärin annosmääräysten mukaisesti. On tärkeää huomioida, että jokainen asiakas kokee kivun yksilöllisenä ja siksi on tärkeää saada kipulääkettä ilman viivytystä. Esimerkiksi asennonvaihtojen tai ylösnousemisen



yhteydessä asiakas voi kokea kipua. Tämä menetelmä on todettu hyväksi esimerkiksi syöpäkipujen hoidossa tai silloin, jos asiakas on pahoinvoiva tai kärsii nielemisvaikeuksista. Asiakkaalla on voinut olla myös käytössä ihon läpi vaikuttava kipulaastari, jonka käytöstä ei ole ollut riittävää helpotusta asiakkaan kiputiloihin. Menetelmää käyttöön ottaessa on erityisen tärkeää, että asiakas ymmärtää miten ja missä tilanteissa lääkettä annostellaan. PCA-annosteluun soveltuvat parhaiten sellaiset opioidit, jotka ovat vaikutusajaltaan keskipitkiä, vaikutus on riittävän tehokasta ja vaikutuksen huippu ilmaantuu nopeasti. Näitä lääkkeitä ovat esimerkiksi alfentanyyli, oksikodoni ja morfiini. Annostelu voi tapahtua i.v. eli suonensisäisesti tai s.c. eli ihonalaisesti. Puhuttaessa taustainfuusiosta tarkoitetaan nesteinfuusiota, joka pitää kanyylin auki. PCA-pumppu on kytkettynä kolmitiehanaan, jossa on takaiskuventtiili. Takaiskuventtiilillä estetään lääkeaineiden takaisin virtaus infuusioletkussa. Venttiili estää kerta-annoksen kertymisen infuusioletkuun ja näin ennen aikaisen kuoleman, joka johtuisi lääkkeen yliannostuksesta. Takaiskuventtiili myös estää lääkeannoksen joutumisen infuusionesteen sekaan. (PCA kivunhoitomenetelmänä 2019.)

Kun asiakas ei enää kykene käyttämään kipulääkkeitä suun kautta, ensisijainen vaihtoehto parenteraaliselle annostelulle on ihon alainen annostelumuo ts. subcutaaninen annostelu, yleensä infuusiopumpulla. Lääkkeen annostusta tulee muistaa suhteuttaa 1:2 tai 1:3 siirryttäessä parenteraaliseen lääkintään, jotta vältetään lääkkeen yliannostukselta. Subcutaanisella infuusiolla on osoitettu saatavan yhtä vakaat pitoisuudet lääkeannoksille kuin suonensisäisellä infuusiolla. Subcutaanisesti ja suonensisäisesti voidaan annostella kipulääkkeiden lisäksi myös useita muita lääkkeitä, joten reitti on hyödyllinen myös muutoin. Yleisimmät syyt kipupumppuhoitoon siirtymiselle ovat alentunut tajunnantaso, nielemisvaikeudet sekä pahoinvointi ja oksentelu. (Hänninen 2003.)

Kipulääkkeen kerta-annoksen pitää olla riittävän suuri takaamaan kivunlievityksen eli analgesian. Lääkkeen annostelu on yksilöllistä, koska se riippuu asiakkaan koosta, iästä ja aikaisemmasta lääkityksestä. Asiakkaan kipuja ja olemusta arvioidaan, jotta voidaan annostella lääkettä oikealla annoksella. Pumppuun täytyy myös asettaa lukitusaika, jonka aikana lääkettä ei tule, vaikka

asiakas painaisikin uuden yksittäisen annoksen. Tärkeää on kuitenkin huomioida, että lukitusaika ei saa olla pitempi kuin lääkkeen vaikutuksen vaikutusaika. Maksimiannos tulee myös arvioida ja asettaa kipupumpun asetuksiin. Se suhteutetaan kerta-annoksen suuruuteen ja tapahtuu yksilöllisesti. Tavoitteena on valita sellainen kerta-annos, jotta painalluksia tarvitaan mahdollisimman vähän riittävään kivunlievitykseen. (PCA- kivunhoitomenetelmänä 2019.)

Sallan kunnan kotisairaalan sairaanhoitajat tarjoavat tarvittaessa asiakkaalle kipupumppua kivunhoitomenetelmänä. Hoitajat perehdyttävät kotiväen pumpun käyttöön omatoimisen lääkeannoksen ottamisen osalta. Hoitajat itse huolehtivat perehdytyksen saatuaan päivittäisestä kipulääkekasetin vaihtamisesta, lääkärin määräämän lääkeannoksen voimakkuuden oikeasta säätämisestä sekä pumpun huollosta ja letkujen ja kanyylien asianmukaisesta vaihtamisesta. (Aatsinki 2020.)

Lisäksi on myös hyvä tiedostaa, että vahvoja opioideja ei käytetä vaan kivun hoidossa, sillä lievitetään myös hengenahdistusta. Suonensisäistä nesteytystä tai ravitsemusta ei yleensä katsota tarpeelliseksi siirryttäessä palliatiivisesta hoidosta saattohoitovaiheeseen. Sekavuustila eli delirium on yleinen oire, joka on myös hoidettava. Hoitomuotona voidaan käyttää muun muassa palliatiivista sedaatiota. (Kuparinen 2014.)

## 7 KUOLEMAN JÄLKEEN

### 7.1 Kuoleman hetkellä

Elottomuuden todennut hoitaja tekee kirjaamiset, joissa käy ilmi kellonaika, kuolemaa edeltänyt vointi sekä oirekuva, ja soittaa asiasta omaisille. Kuolemasta ilmoitetaan sovitusasiasta yhdelle omaiselle ja hän ilmoittaa asiasta muille. Kotioloissa kuitenkin omaiset voivat olla ensimmäisenä paikalla kuolleen vierellä, jolloin ilmoitusta ei tarvita. Omaisille annetaan aikaa ja heitä kuunnellaan. Kuolemasta on ilmoitettava lääkärille kuolemansyyn selvittämiseen koskevan lakipykälän mukaan (Laki kuolemansyyn selvittämisestä, 1973). Lääkärin on todettava kuolema ja se on osa lääkärin tekemää kuoleman syyn selvittämistä. Poliisille ilmoitusta kuolemasta ei tarvita, kun kyseessä on kotona kuoleva saattohoidossa ollut asiakas. Asiakkaan kotona on oltava kirjattuna lääkärin linjauksen saattohoidosta, koska se on hautausseuran kuljetuksen edellytys. Vainaja siirretään kylmätiloihin aikaisintaan kahden tunnin kuluttua kuolemasta. Kaupunki vastaa vainajan siirtokustannuksista siihen saakka, kunnes kuolema on todettu ja kuolemansyy selvitetty, mutta tämän jälkeen siirtokustannusten maksaminen kuuluu omaisille. (Heino 2017.)

Omaisilta kysytään haluavatko he tulla hyvästelemään vainajan. Saattohoidossa olleen asiakkaan kuoliinsyy on yleensä selvä eikä ruumiinavausta tavallisesti tarvita. Omaisille ilmoitetaan kuolemasta sovittulla tavalla eli etukäteen on sovittu, että kenelle ilmoitetaan ja soitetaanko myös yöllä. (Heino 2017.)

### 7.2 Vainajan hoito

Vainajan hoidossa omaiset voivat olla mukana, jos he niin haluavat. Vainajalle laitetaan hammasproteesit suuhun, kammataan hiukset ja vaihdetaan puhdas vaippa. Vainajalle voidaan pukea myös siistit omat vaatteet. Vainajan tunnistaminen varmistetaan laittamalla nimi ja henkilötunnus korttiin ja kiinnittämällä kortti nilkkaan. Vainajan silmille laitetaan laput silmien sulkemista varten ja leuka sidotaan harsorullalla tarvittaessa. Kasvojen päälle laitetaan pieni liina. Nilkat sidotaan yhteen nauhalla. Lopuksi vainaja peitetään exitus-settiin kuuluvalla lakanalla. Lakanaan voidaan taitella risti. Rinnan päälle asetellaan

kukka. Vainajan ja omaisten toiveita, vakaumusta ja kulttuurisia tapoja kunnioitetaan. Lopuksi vainajan vieressä voidaan laulaa esimerkiksi laulu tai virsi. (Heino 2017.)

### 7.3 Kuoleman jälkeiset käytännön asiat

Kun saattohoidossa ollut asiakas kuolee, jää omaisille käytännön asioita, jotka tulee hoitaa kuoleman jälkeen. Vainaja on voinut jättää tiedon omaisille asioista, jotka pitää hoitaa kuoleman koitettua. Vainajan puhelinliittymä, luotto- ja pankkikortit ja lehti- sekä muut palvelut tai tilaukset tulee irtisanoa. Lisäksi vainajan passi ja muut henkilöllisyystodistukset tulee mitätöidä. Vainajan kuolemasta tulee ilmoittaa postiin ja pankkiin. Vakuutusyhtiöön tulee ottaa yhteys, mikäli hänellä on ollut voimassa olevia vakuutuksia. Omaisen kannattaa lakkauttaa vainajan sähköposti, sosiaalisen median tilit kuten esimerkiksi Facebook-sivu tai muuttaa muistosivuksi. Vainajan mahdollinen vuokrasopimus tulee irtisanoa, mikäli asunto on jäämässä tyhjilleen ja hoitaa muut asuntoon liittyvät asiat, kuten omaisen tavarat. Mikäli vainajalla on ollut lemmikkieläimiä eikä niille löydy uutta kotia, omaisen tulee ottaa yhteyttä paikalliseen eläinsuojeluyhdistykseen. (Terveyskylä 2019.)

Käytännön asioiden hoitamisen jälkeen on hyvä aika suunnitella hautajaisia. Hautajaiset ovat tärkeä osa surutyötä. Siunaustilaisuus ja muistotilaisuus antavat vainajan omaisille, sukulaisille sekä ystäville mahdollisuuden yhdessä suremiseen. Usein vainajan yhdessä muisteleminen lohduttavat surussa. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2019.)

Kirkko tukee vaikeissa tilanteissa eikä kenenkään tarvitse jäädä yksin huolien ja murheiden kanssa. Seurakunnan perustehtävänä niin käytännöllisissä asioissa kuin henkisessä selviämisesäkin on auttaa ja tukea vaikeuksissa. Seurakunnan työntekijän kanssa voi keskustella kaikesta, mikä mieltä painaa ja he ovat vaitiolovelvollisia. Seurakunta ei kysele uskoa tai kirkon jäsenyyttä. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2020.)

Väestörekisterikeskus (2019) kertoo, että hautauslupa täytyy saada lääkäriltä ennen hautaamista. Lisäksi omaisen tulee selvittää, oliko kuollut läheinen tehnyt

hautaustestamentin tai muuten ilmaissut toiveitaan hautajaisia varten. Toiveita tulee toteuttaa niin paljon, kuin se vain on mahdollista. Budjetin laatiminen hautajaisia varten on järkevä tehdä. Sen kautta voi laskea, että paljonko hautajaisiin menee kustannuksia. Mikäli vainaja oli varaton, kunnan sosiaalitoimistosta saa rahallista tukea hautausavustuksen järjestämiseksi (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2019).

Jos kuollut omainen kuului uskontokuntaan, omaiset sopivat hautausseremonian ajankohdasta sekä sen sisällöstä uskontokunnan kanssa. Jos omainen ei ollut uskovainen, hänen omaisensa voivat suunnitella haluamansa hautajaiset tietenkin vainajan toiveet huomioiden, mikäli niitä oli. Hautausjärjestelyistä voi huolehtia vainajan puoliso, lapsi, muu sukulainen tai ystävä. Läheiset voivat järjestää hautajaiset täysin itsenäisesti ilman hautaustoimiston apua tai vaihtoehtoisesti ostaa palvelun kokonaan tai osittain. Hautauskustannukset maksetaan vainajan eli kuolinpesän varoista. Läheisen tulee säilyttää kuitit ostoksista perunkirjoitusta ajatellen. Kuitteja voidaan tarvita myöhemmin mahdollisessa perinnönjaossa. (Väestörekisterikeskus 2019.)

Hautaamiseen liittyvät kustannukset vaihtelevat seurakunnasta ja hautaustavasta riippuen. Niihin voi tarvittaessa hakea hautausavustusta kunnan sosiaalitoimesta, jos vainajalla ei ollut varallisuutta. Kalleimmat hankinnat ovat arkku tai uurna, hautapaikka ja hautaamiseen liittyvät palvelut sekä hautamuistomerkki. Hautamuistomerkki voi kuitenkin olla hautakivi, risti tai veistos. Se ei kuitenkaan ole pakollinen, vaan sen voi myös jättää hankkimatta. Monesti seurakunta pystyttää tällöin vainajalle merkin, joka voi olla esimerkiksi valkoinen puuristi tai musta metalliristi. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2019.)

Myös kirkkoon kuulumaton vainaja on oikeutettu saamaan hautapaikan evankelisluterilaisen kirkon seurakuntien hautausmaalta. Ne toimivat yleisinä hautausmaina. Monilta hautausmailta löytyy myös arkkuhautapaikkojen lisäksi urnahautapaikkoja sekä tuhkan sirottelualue. Arkun ja mahdollisen uurnan lisäksi tarvitaan vainajan valmistelu arkkuun sekä vainajan kuljetukset. (Väestörekisterikeskus 2019.)

Jokaisella kirkon jäsenellä on oikeus tulla siunatuksi hautaan. Vaikka kirkkoon kuulumattomat omaiset eivät tahtoisi siunausta, vainaja on silti oikeutettu saamaan siunauksensa. Mikäli omaiset pyytävät, kirkkoon kuulumatonkin voidaan siunata hautaan. Siunaustilaisuus voidaan toimittaa kirkossa, siunauskappelissa, sairaalan kappelissa tai haudalla. Läheisen kuoltua voidaan pitää saattohartaus eli rukoushetki. Tällöin omaiset voivat nähdä vainajan halutessaan. Saattohartaus voidaan pitää vainajan luona potilashuoneessa, sairaalan kappelissa tai hänen kodissaan. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2019.)

Hautapaikka hankitaan seurakunnan hautausmaan toimiston kautta. Hautapaikkaan vaikuttaa se, onko vainajalla arkkuhautaus vai tuhkan hautaaminen. Hautaustoimisto voi huolehtia hautapaikan hankkimisesta omaisen puolesta. Jos haudan hoidosta ei pysty huolehtimaan itse, hautausmaan ylläpitäjä voi huolehtia paikasta omaisen puolesta rahallista korvausta vastaan. Kun hautajaiset lähestyvät, hautajaispäivästä tulee ilmoittaa kaikille, joiden toivotaan tulevan. Arkunkantajat tulee sopia, mikäli niitä tarvitaan. Kukat, mahdollisen muistotilaisuuden tarjoilut ja ohjelma tulee suunnitella etukäteen. Tämänkin voi hoitaa hautaustoimiston kanssa. (Väestörekisterikeskus 2019.)

Perunkirjoitus täytyy hoitaa 3 kuukauden kuluessa kuolemasta. Perunkirjoituksen järjestetään tavallisesti perheen sisäisesti. Sen hoitaa yleensä omainen, joka tuntee parhaiten vainajan varallisuustilanteen. Yleensä perunkirjoituksen järjestää puoliso tai lapsi. Esimerkiksi pankit, lakitoimistot ja oikeusaputoimistot laativat perunkirjoituksia. Ne myös voivat koota omaisen puolesta perunkirjoituksessa vainajan varoista ja veloista tarvittavat asiakirjat. Jos omainen tekee perunkirjan itse, hänen täytyy huolehtia siitä, että hänen käytössään on kaikki asiakirjat. (Verohallinto 2019.)

## 8 SURUN TYÖSTÄMINEN

### 8.1 Suru

Suruun kuuluu kaikenlaisia tunteita laidasta laitaan, esimerkiksi ikävää ja kaipuuta, masennusta, ahdistusta, syyllisyyttä, epätoivoa, ulkopuolisuutta, avuttomuutta, väsymystä, uupumusta, pelkoa, kauhua, tuskaa, turvattomuutta, häpeää, vihaa, katkeruutta, raivoa, epätoivoa, kipua, yksinäisyyttä. Nämä tunteet ovat täysin normaaleja surutyötä tehdessä. Menetykseen voi liittyä huojennusta, mikä on positiivinen tunne. Näiden tunteiden lisäksi läheisen ihmisen menettäminen heijastuu surevan käyttäytymiseen ja asenteisiin. Suru voi tuntua surevalla myös fyysisesti kipuna kehossa. Kaipaus ja ikävä eivät poistu koskaan lopullisesti, mutta ajan myötä tapahtuneeseen menetykseen liittyvä raastavinkin kipu helpottaa. (Surevan kohtaaminen -hanke 2018.)

Läheisen ihmisen kuolema voi olla pysäyttävä kriisi elämässä. Suru voi heijastua ihmisen elämän eri osa-alueisiin sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, johon kuuluu fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen hyvinvointi. Sureminen voi vaikuttaa myös sosiaalisiin suhteisiin ja saada surevan ihmisen maailman näyttämään uudessa valossa muuttaen omia elämänarvoja. Surun lisäksi epätodellisuuden tunne, syyllisyys, syyllisen etsiminen tai viha ovat tavallisia tunteita ja ilmiöitä, joita läheisen menettäneet käyvät läpi. (Mielenterveysseurat 2019.)

Surevan läheisen tehtävänä ei ole päästää irti kuolleesta, vaan menetyksen jälkeen edessä on totuttelu uuteen elämään ilman poistuneen omaisen läsnäoloa. Vaikka aika toisikin elämään uusia asioita, se ei kuitenkaan katkaise ihmissuhdetta menehtyneeseen. Suru ei ole häiriötila eikä sairaus. Sitä ei pitäisi hoitaa pois, vaan kohdata se normaalina reaktio menetykseen. (Surevan kohtaaminen –hanke 2018.)

Kaikki surevat eivät tarvitse lääketieteellistä hoitoa, mutta kaikki tarvitsevat myötätuntoisia kohtaamisia, joissa heidän menetykseensä suhtaudutaan kunnioittavasti. Suurin riskitekijä läheisen kuolemassa onkin se, että sureva ei saa apua ja tukea. Raskaskaan menetys ei kuitenkaan aina johda ammattiavun tarpeeseen, vaan sureminen on hyvin yksilöllistä. Ammattilaisen tehtävä on myös

ohjata surevan lähipiiriä auttamaan menetyksen kokenutta sekä ohjata sureva vertaistuen ja tarvittaessa muun ammattiavun pariin. Ammatilaisen tarjoamalla tuella on surevan hyvinvoinnille suuri merkitys. Moni sureva on kokenut vertaistuen kaikkein tärkeimmäksi. (Surevan kohtaaminen -hanke 2018.)

## 8.2 Surutyö

Surutyössä ihminen kohtaa menettämiseen kuuluvia tunteita kuten ikävää, kaihoa, vihaa, syyllisyyttä ja pettymystä. Tuen saaminen surun kohtaamisessa edesauttaa läheisensä menettäneen hyvinvointia. (Suomen mielenterveysseura 2015.)

Hoitohenkilöstön työnä on kartoittaa tuen tarve. Konkreettisenä tukena läheisiä voidaan ohjata hoidon piiriin sekä kertoa avusta ja rohkaista ottamaan sitä vastaan. Henkilöstön tulee huomioida läheisten sairasloman ja mahdollisen lääkityksen tarvetta. He voivat tarvita apua myös läheisensä kuolemaan liittyvissä konkreettisissa käytännön asioissa. Niitä voivat olla papereiden täyttäminen, muistojen kerääminen tai yhteydenpito eri organisaatioiden kanssa. (Hoitotyön tutkimussäätiö. 2018)

Suru ei ole kuin murtunut käsi tai mustelma, joka paranee ajallaan itsestään, vaan vaatii työtä ja selviytymisresursseja. Siksi sureva tarvitsee suruunsa tukea ja lohdutusta. (Vaakanainen 2018. 13.)

Hoitohenkilöstön työ on tukea läheisten perustarpeiden täyttymisestä, kuten esimerkiksi ruoka ja uni. Hoitajan tulee olla rauhallinen ja hillitä omia reaktioitaan, koska auttajasta ei saa tulla autettavaa. Hoitohenkilöstö puhuu ystävällisellä, selkeällä ja rauhallisella äänellä läheisille selkeästi, ammattikieltä välttäen sekä toistaen keskeisimpiä asioita. Sureva ei tunnetilansa vuoksi välttämättä muista kuulemaansa, joten siksi varmistetaan tärkeimpien asioiden muistaminen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018.)

Surutyössä on havaittavissa selviä vaiheita, mutta jokaisella surevalla on oma aikataulunsa. Vaiheet ovat tunteiden herättämiä reaktioita. Ne voivat kestää minuuteista tunteihin ja vaihdella vaiheesta toiseen. Sureva ei järjestelmällisesti



etene vaiheita, vaan saattaa kulkea edestakaisin vaiheita. (Vaakanainen 2018. 13.)

Surutyötään tekevä voi menettää elämänhalunsa ja kokea, ettei elämässä ole minkäänlaista merkitystä. Menetyks voi tuntua vievän pohjan koko elämältä ja suru voi kestää vuosia. Läheisen ihmisen kuolema voi aiheuttaa suruista suurimman, jolloin surussa jätetään viimeiset hyvästit vainajalle. Järkytys voi viivästyttää surutyötä, jos kuolema on äkillinen. (Suomen mielenterveysseura 2015.)

Surutyön ensimmäinen vaihe on kieltäminen. Tällöin on vaikea uskoa tapahtunutta. Tieto on sillä hetkellä liikaa psyykelle. Kieltämisellä ja järkytyksellä on kuitenkin tärkeä rooli suruprosessin alussa. Nämä tunteet ovat psyykensäuojelumekanismia ja tärkeitä, koska psyyke päästää tietoa sisään sen verran, kuin se pystyy sillä hetkellä käsittelemään.

Toisena vaiheena on viha. Viha tulee esiin siinä tilanteessa, kun surevan olo on niin turvallinen, että tilaa on jo muille tunteille. Tällöin surun tunteen lisäksi oloon sekoittuu loukkaantumisen, paniikin, yksinäisyyden ja erityisesti vihan tunteet. Viha voi kohdistua esimerkiksi lääkäreihin, tai jopa itseen, koska läheistä ei voitu pelastaa tai tapahtunutta estää. Vihassa ei välttämättä ole loogisuutta, mutta se on tärkeä vaihe surutyössä. Suuttumus on tärkeää tuntea, koska se on luonnollinen reaktio menetykseen, jonka sureva kokee epäreiluksi.

Kolmantena vaiheena on kaupanteko, jonka yhteydessä on usein syyllisyyden tunnetta. Surutyötä tekevä voi syyttää itseään ja ajatella, että hän olisi voinut tehdä jotain eri tavalla. Hän voi ajatella, että tekisi mitä tahansa, jotta läheinen säästyisi ja elämä palaisi takaisin ennalleen.

Neljäs vaihe eli masennuksen tunne on surutyöhön kuuluva, hyvin asiaankuuluva ja luonnollinen reaktio. Tyhjyyden tunne on syvä, ja arkipäiväiset asiat ovat menettäneet merkityksensä. Masennuksen vaihe, kuten muutkin vaiheet, on kuitenkin tärkeä surutyössä. Surevan ympärillä olevat ihmiset voivat yrittää piristää häntä, mutta surutyötään tekevä tulisi saada elää suruaan. Masennuksessa on piirteitä, jotka auttavat suruprosessissa. Vaiheeseen kuuluu itsetutkiskelu ja tilannekatsaus menetyksestä. Tämä edistää uuden perustan rakentamista.

Viimeinen, viides vaihe, on hyväksyminen. Tämä vaihe sekoitetaan usein tunteeseen, jossa tapahtunut ei enää vaivaa ja ihminen kokee olevansa kunnossa läheisensä menettämisen jälkeen. Kuitenkaan tosiasiasa monet omaiset eivät koskaan koe olevansa kunnossa. Hyväksymisessä on kyse siitä, että läheisen poissaolo on hyväksyty. On vain opeteltava elämään elämää, jossa läheistä ei enää ole. Vaikka menetetty ei palaa koskaan takaisin, sureva voi surutyötään tehdessä pikkuhiljaa solmia uusia ihmissuhteita. Tähän sureva kuitenkin kykenee vasta, kun suru on saanut oman aikansa. (Vaakanainen 2018. 14-16.)

Hoitohenkilöstön vuorovaikutus, vainajasta puhuminen hänen nimellään ja vainajaa kohtaan osoitettu kunnioitus vaikuttavat läheisen suruprosessiin. Vainajasta puhuminen nimellä antoi läheisille tunteen siitä, että vainajaa kohdeltiin kunnioittavasti. Kunnioittavat ja omaisia tukevat kohtaamiset vähentävät emotionaalista sekä psykologista taakkaa. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2018.)

### 8.3 Lapsen suru

Alle viisivuotiaat lapset eivät kykene pitämään kehittymättömän ajattelun vuoksi kuolemaa lopullisena, ja tämä ilmenee selkeästi heidän kysymyksissään. Lasten mielestä kuollut voi vielä palata takaisin. Lapsi pitää kuolemaa ikään kuin edestakaisin liikkuvana heilurina. Tuon ikäiset lapset eivät myöskään ymmärrä, että kuolema on lopullinen tila ja se koskettaa jossain vaiheessa kaikkia meitä. Alle viisivuotiaiden lasten on vaikea ymmärtää abstrakteja ilmaisuja kuolemaan liittyen, johtuen siitä, että lapsen mieli konkretisoi kaiken lapselle selitetyn. Aikuisten tulisikin näin ollen välttää kaunistelevia ja abstrakteja selityksiä, jotka lapsi mieltää hyvinkin kirjaimellisesti. Suurta hämmennystä aiheuttaa helposti, jos lapselle sanoo, että äiti on nyt haudattu, mutta hän on taivaassa. Kuolemasta puhuminen unena tai pitkänä matkana hämmentää myös lapsen mieltä.

Lapsi, jolle kuolema on selitetty unena tai matkana, usein pelästyy vanhemman iltapäiväunia tai reagoi voimakkaasti, kun joku lähtee pitkälle matkalle. Kehittymättömästä ajattelusta huolimatta pienikin lapsi voi ymmärtää, että joku on poissa ja muistaakin sen pitkän aikaa. (Dyregrov 1993. 13.)

Esikouluikäisen lapsen ajankäsitys on sirkulaarinen; aamulla herätään, valvotaan ja illalla mennään takaisin nukkumaan ja seuraavana päivänä sama kaava toistuu. Tämä luo lapselle kuvan, että aika kiertää ikään kuin ympyrää. Ajattelutapa heijastuu myös kuoleman käsittelyyn, me elämme, kuolemme ja elämme jälleen. Samoin, kuin esikouluikäinen, myöskään nuorempi lapsi ei ymmärrä kuoleman lopullista merkitystä. Monet vanhemmat ovat kertoneet lasten ensireaktiosta vanhemman tai muun läheisen kuolemaan liittyen, että lapsi vain vaihtaa puheenaihetta tyyliin ”voinko nyt mennä ulos leikkimään?” ja kysyy myöhemmin ”milloin isä tulee kotiin” tai missä kauan poissa ollut sukulainen on. Myös tunneilmaisu on vajaata esikouluikäisillä ja sitä nuoremmilla lapsilla – tunteita ei osata pukea sanoiksi, vaan jokin on vaan ”tosi kurjaa”. Sanaa ”tosi” toistetaan monissa asiayhteyksissä, mutta tunteita ei kyetä kuvailemaan sen tarkemmin. (Dyregrov 1993, 14.)

Dyregrovin (1993, 15.) mukaan kuoleman peruuttamattomuus ja lopullisuus iskostuu lapsen tajuntaan vasta kuudennen ja kymmenennen ikävuoden välillä.

Kirjassaan *Lapsen suru* hän kertoo, että tuossa iässä lapsi ymmärtää, että kuollut ihminen todellakin on kuollut ja elintoiminnot pysähtyneet eikä tilaa voi peruuttaa. Kirjassa kerrotun mukaan noin seitsemänvuotiaana lapset näyttäisivät tajuavan kuolevan lopullisuutta ja universaalisuutta, mutta pitävät omaa kuolemaansa mahdottomana. Koska ajattelutapa on tuon ikäisellä vielä lähes yhtä konkreettista kuin nuoremmilla lapsilla, tarvitsevat hekin konkretiaa ajattelun ja surutyön tueksi, esim. hautajaiset, kuvia tai käynnin hautausmaalla.

Dyregrov (1993, 15.) kertoo lapsen kuoleman käsityksen muuttuvan abstraktisemmaksi kymmenen ikävuoden jälkeen, jolloin seuraussuhdeajattelu alkaa kehittyä normaaliksi ja mieli kykenee ymmärtämään laajemmin kuoleman seuraukset. Ajatukseen kuolemasta liitetään tuossa iässä paitsi oikeuden- ja epäoikeudenmukaisuutta, myös yliluonnollisia ajatuksia ja kohtaloa.

## 9 PALLIATIIVISEN HOIDON OPPAAN VALMISTAMINEN

### 9.1 Palliatiivisen hoidon opas toiminnallisena opinnäytetyönä

Opinnäytetöitä on kahdenlaisia: toiminnallisia tai tutkimuksellisia. Tutkimusmenetelmät ovat joko määrällisiä tai laadullisia. Työstämämme opinnäytetyö kuuluu toiminnalliseen, joka eroaa tutkimuksellisesta siten, että lopullinen tuotos on jotain konkreettista. Teemme opinnäytetyönämme palliatiivisen hoidon oppaan Sallan kunnan kotisairaalaan potilaiden omaisille, eli toimeksiantajalle jää jotain konkreettista materiaalia, opinnäytetyömme ollessa valmis. Kirja, ohjeistus, portfolio tai tapahtuma lasketaan myös toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Yhteiseksi piirteeksi toiminnallisissa opinnäytetöissä korostuu tavoitteeksi asetetut päämäärät ja niihin pyrkiminen. (Vilka & Airaksinen 2004. 51.)

Ensisijaisia kriteerejä opinnäytetyössä on muoto, lisäksi on huomioitava, että tuote soveltuu kohderyhmälle. Tuotteen on oltava sisällöltään ohjeistava, lisäksi sen on oltava johdonmukaisesti jäsenneily ja selkeästi luettava. Opinnäytetyömme on opas, joten lähdekriittisyys nousee isoon osaan. Tärkeää on, että olemme lähdekriittisiä, käyttäessämme erilaisia lähteitä kirjoittamisen apuna. (Vilka & Airaksinen 2004. 53.)

Toiminnallisena opinnäytetyönä oppaamme noudattaa lineaarisen työn mallia kuten K. Salonen on tuoksessaan *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön* (2013, 15) määritellytkin. Meikin etenimme lineaarista mallia hyödyntäen opinnäytetyössämme niin, että oppaan valmistamiselle on määritetty tavoitteet ja tarve toimeksiantajan eli Sallan kunnan kotisairaalan kautta. Tavoitteiden määrittely on kirjattu tähän opinnäytetyösuunnitelmaan. Työ etenee suunnitelmallisesti vaiheittain pikkuhiljaa kohti toteutusvaihetta, joka sisältää varsinaisen opinnäytetyön suunnitelman, teoriaosuuden sekä tuotteemme palliatiivisen hoidon oppaan Sallan kunnan kotisairaalan potilaiden omaisille. Toteutusvaiheesta edetään työn kokonaisarviointiin, jonka suorittavat opinnäytetyötämme ohjaava opettaja Raija Seppänen, sekä opponenteinamme toimivat opiskelijatoverimme ja tietysti toimeksiantajan edustaja Sallan kunnan kotisairaalan esimies.

## 9.2 Palliatiivisen hoidon oppaan tavoite

Opinnäytetyön lineaarisen rakenteen mukaan työlle määritellään ensimmäiseksi tavoite. Lineaarisen mallin mukaisesti selkeästä tavoitteesta lähdetään työstämään opinnäytetyön suunnitelmaa. (Salonen 2013, 15.)

Palliatiivisen hoidon oppaan tavoitteena on antaa tietoa asiakkaiden omaisille palliatiivisesta hoidosta. Sallan kunnassa on ollut pitkään kehitteillä kotisairaaloiminta, joka on nyt ollut puoli vuotta toiminnassa. Opas sisältää lyhykäisyydessään tietoa palliatiivisen hoidon kokonaisuudesta, Sallan kunnan sosiaali- ja terveystietojen tarjoamista tukimuodoista palliatiivisen hoidon asiakkaille sekä yhteystietoja, joihin omaiset voivat olla yhteydessä, kun heillä herää kysymyksiä koskien omaisensa hoitoa. Oppaassa kerrotaan myös erilaisista vaihtoehdoista koskien kotiin tarjottavaa hoidollista ja välineellistä apua päivittäisessä arjessa selviämiseen. Oppaassa käsitellään myös parantumattomien sairauksien oireita ja tukihoitoja, joilla oireita voidaan helpottaa. Myös palliatiivista lääkehoitoa on käsitelty.

## 9.3 Palliatiivisen hoidon oppaan suunnittelu

Lineaarisen työn mallia noudattaen tavoitemäärittelyä seuraa toiminnallisen opinnäytetyön eli Palliatiivisen hoidon oppaan suunnittelu ja toteutus. Kari Salosen oppaan *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön, opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle (2013, 15.)* mukaisesti suunnittelu sisältää kirjallisen opinnäytetyösuunnitelman, johon on kerätty teoretietoja lopullista opinnäytetyön teoriaosuutta varten. Suunnitelma on myös esitetty lineaarisen toteutusmallin mukaisesti opinnäytetöiden suunnitelmaseminaarissa ohjaavalle opettajalle sekä opponenteille. Seminaarin jälkeen opponetit ja ohjaava opettaja antavat kehitysnäkökulmia työn jatkojalostukselle, jonka mukaan sisältöä on lähdetty vielä hiomaan suunnitteluvaiheen jatkoksi.

Alkuperäinen ajatus oli toteuttaa opinnäytetyönä Sallan kunnan kotisairaalan omaisten käyttöön Saattohoito-opas. Opinnäytetyötä lähdettiin suunnittelemaan alkusyksystä alkuperäisen toimeksiantajan kanssa sähköpostiviestien,

tekstiviestien ja puhelinkeskustelujen välityksellä. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus on tehty alkuperäisen toimeksiantajan edustajan Merja Kunnarin kanssa, joka vaihtui myöhemmin Karoliina Ahoon. Toimeksiantosopimuksessa on määritelty opinnäytetyön tuotos saattohoito-oppaaksi.

#### 9.4 Palliatiivisen hoidon oppaan toteutus

Suunnitteluvaiheesta siirrytään opinnäytetyön toteutusvaiheeseen. Toteutus sisältää lineaarisen mallin mukaan kenttätyön tuotoksen, joka pannaan täytäntöön opinnäytetyösuunnitelman mukaisesti ja tieto siihen kirjoitetaan opinnäytetyön teoreettisen tuotoksen pohjalta. (Salonen 2013, 15.)

Kirjoittaessamme opinnäytetyön toteutusvaihetta edeltävää teoriaosuutta, suhtaudumme kriittisesti lähdemateriaaleihin ja katsomme, että hakemamme tieto on ajantasaista, luotettavaa ja näyttöön perustuvaa hoito- tai lääketieteen tuottamaa tietoa. Sallan kunnan kotisairaalan kanssa on sovittu, että lopullinen opas kotisairaalan omaisille tulee olemaan sähköinen tuotos, todennäköisesti .pdf-muotoinen tiedosto, jonka työntekijät voivat itselleen ladata ja tulostaa. Sen jälkeen jakaa sitä työssään potilaille ja omaisille.

Opinnäytetyösuunnitelmamme rakentui syksyllä 2019 sopimuksessa määritellyn saattohoitoaiheen ympärille. Suunnitelmaan keräsimme laajalti tutkittua teoriatietoa saattohoidosta ja kotihoidosta, joita yhdistelimme ja joiden avulla saattohoito-opasta oli tarkoitus lähteä rakentamaan. Alkuperäisen toimeksiantajan sovimme, että suunnitelman ollessa valmis alamme tehdä tiiviimmin yhteistyötä. Koska toimeksiantajan edustaja vaihtui yhtäkkisesti, toi se meille suuria haasteita työn eteenpäin saattamiseksi, koska uusi toimeksiantajan edustaja ei ollut saanut työstämme minkäänlaista infoa.

Kun työ lähetettiin ensimmäisen kerran uudelle toimeksiantajan edustajalle luettavaksi helmikuussa 2020, saimme hyvää palautetta sen hetkisestä työstämme ja edustaja piti saattohoitoaihetta erittäin tärkeänä. Jatkoimme aiheen parissa sellaisenaan toukokuulle saakka hakien lisää teoriatietoa saattohoidosta.

Opinnäytetyön tuotos saattohoito-opas Sallan kunnan kotisairaalan omaisille meni kommentoitavaksi kotisairaalan työntekijöille 10.4.2020. Heidän kanssaan sovittiin viikon kommentointiajasta raa'alle tuotoksellemme, jonka perusteella olisimme jälleen vieneet opasta eteenpäin. Alkuperäisen aikataulutuksen mukaan meidän oli tarkoitus esittää opinnäytetyömme 14.5, jolloin opinnäytetyö olisi pitänyt jättää esiarviointiin 20.4. mennessä. Palautteen saaminen venyi viikoilla, minkä vuoksi myös esitysaikataulu meni uusiksi ja uuden palautteen saatuamme aihekin vaihtui toimeksiantajan pyynnöstä. Saimme kommentit ja uuden aiheen tietoon vasta 5.3.2020.

Aihe muutettiin kiireisellä aikataululla saattohoito-oppaasta palliatiivisen hoidon oppaaksi. Opasta kehitettiin sähköpostilla saadun palautteen ja idean pohjalta laajaksi kokonaisuudeksi palliatiivisesta hoidosta. Lähetettäessä kommentoitavaksi ensimmäistä versiota palliatiivisen hoidon oppaasta, opas sisälsi laajasti tietoa palliatiivisesta hoidosta, hoitoa ohjaavista laeista, oireista, lääkehoidon toteutuksesta, elimistössä tapahtuvista muutoksista yms. Toimeksiantaja koki oppaan liian yksityiskohtaiseksi ja liian suorapuheiseksi omaisille. Tämän jälkeen muutimme oppaan kansankielisemmäksi ja helpommin ymmärrettävämmäksi ja otimme saattohoitoasiat oppaasta pois. Pidimme palaverieita Microsoft Teamsin kautta muutamaan kertaan ja teimme kaikki muutokset, mitä toimeksiantajan edustaja meiltä pyysi. Toimeksiantaja halusi meidän lisäksi koko kunnan terveystieteiden vastaavan saattohoitotyöryhmän palaveriinkin mukaan.

Useiden palavereiden myötä saimme työryhmältä ideoita oppaan sisällön kehittämiseksi valmiiksi saakka. Lisäksi otimme yhteyttä mielenterveystoimiston hoitajiin, Sallan Syöpäyhdistykseen ja Sallan sydän yhdistykseen. Näiltä tahoilta emme saaneet vastausta, joten jätimme aiheet vertaistuellisesti käsittelemättä. Oppaassamme kuitenkin on yhteystiedot. Opas valmistui viimeiseen toimeksiantajan hyväksymään muotoonsa perjantaina 22.5.2020. Opas on tämän opinnäytetyön liitteenä 2. Opinnäytetyöhön liitettyssä Palliatiivisen hoidon oppaan versiossa oppaasta näkyy vain kansilehti ja sisällysluettelo toimeksiantajan esittämän toivomuksen mukaisesti.



## 9.5 Palliativisen hoidon oppaan arviointi

Kari Salosen (2013, 15.) teoksessaan *Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön, opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle* esittämän Lineaarisen opinnäytetyömallin mukaan toteutusvaiheen jälkeen seuraa arviointivaihe. Kokonaistyötämme; opinnäytetyösuunnitelmaa, opinnäytetyön teoriaosuutta ja opasta arvioidaan useasta näkökulmasta ohjaavan opettajan, opponivien opiskelijatovereiden, sekä työelämän edustajan eli Sallan kunnan kotisairaalan yhdyshenkilön toimesta.

Opinnäytetyön kokonaisuutta on arvioitu koko ajan sen kirjoittamisvaiheesta aina valmistumiseen saakka. Lähdemateriaaliin on suhtauduttu kriittisesti ja kunnioittavasti mainiten käytetyissä tekstissä niiden lähdekirjallisuus. Työtämme arvioivia tahoja meidän itsemme lisäksi ovat opinnäytetyömme ohjaava opettaja Raija Seppänen, toimeksiantajamme edustaja Karoliina Aho Sallan kunnasta sekä opponenttimme Laura-Maria Oiva, Jenna Kerttula & Henna Autio.

Olemme tasaisin väliajoin lähettäneet opinnäytetyömme ohjaavalle opettajalle Raija Seppäselle, joka on ohjannut sitä kommentein. Joulukuussa 2019 saimme suunnitelman valmiiksi ja aloitimme työstämään työtä enemmän, tammikuun alussa aloimme suunnittelemaan opasta. Helmikuun jälkeen maaliskuuhun saakka päivitimme raporttia toimeksiantajalta saamamme sähköpostipalautteen perusteella ja haimme lisää tietotietoa eri lähteitä käyttäen. Huhtikuun puolessa välissä toimitimme silloisesta saattohoito-oppaastamme ensimmäisen kerran kommentoitavaksi Kotisairaalan henkilökunnalle. Totesimme itse jo tässä vaiheessa, että opasta täytyy karsia. Oppaan on tarkoitus olla selkokieline ja lyhyt, jotta omaiset kokevat sen selkeäksi ja hyödylliseksi. Oppaasta saatiin kommenttia viiveellä ja samalla toimeksiantaja oli saanut idean Sallan kunnan saattohoitotyöryhmältään aiheen muuttamisesta Palliativisen hoidon oppaaksi Sallan kunnan kotisairaalan potilaiden omaisille.

Aiheen vaihtuminen työn loppuvaiheessa saattohoito-oppaasta palliativisen hoidon oppaaksi tuotti meille työstävänä osapuolena melkoisesti työtä – käytännössä koko opinnäytetyö meni uusiksi, huolimatta olemassa olevasta ja allekirjoitetusta toimeksiantosopimuksesta, johon edellinen aihe oli määritelty

yhdessä. Prosessi opinnäytetyön kanssa olisi ollut helpompi, jos idea olisi tullut esille jo opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa. Väistämättä tämä puolentoista viikon kireä aikataulu koko työn uudelleen tekemiseksi vaikuttaa työn laatuun, mutta huomioimme sen itsearvioinnissa.

Haluamme kiittää Sallan kunnan kotisairaalan henkilökuntaa ja saattohoitotyöryhmää heidän työpanoksestaan Palliativisen hoidon oppaan valmistamisen ohjauksessa. Kiitos heille myös jo olemassa olevista kunnan saattohoitomateriaaleista, jotka saimme lähdekäyttöön uutta Palliativisen hoidon opasta työstäessämme, ne helpottivat ajatusten ja otsikoiden asiajärjestykseen saamista opasta kootessamme.

Suuri kiitos työpanoksesta myös opponenteillemme Laura-Maria Oivalle, Henna Autiolle ja Jenna Kerttulalle, jotka antoivat aikaansa kommentoidakseen keskeneräistä työtämme. Kommentit auttoivat suurin harppauksin eteenpäin asiajärjestyksen aikaan saamiseksi opinnäytetyön raportin kanssa.

## 10 POHDINTA

### 10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Toimeksiantajamme pyysi, että oppaassamme käytettäisiin palliatiivisen potilaan sijaan nimitystä asiakas, sillä Sallan kunnan kotisairaalassa sekä kotihoidossa potilaista käytetään nimitystä asiakas. Olemme siksi valinneet kutsua raportissamme palliatiivisesta potilasta ja saattohoitopotilasta paikoin asiakkaana, lukuun ottamatta lakitekstejä, joita emme halunneet sisällön muuttumisen takia muokata. Oppaassa puhutaan pelkästään asiakkaasta.

Opinnäytetyön liitteeksi tulevat vain oppaan kansilehti ja sisällysluettelo - jätämme toimeksiantajamme pyynnöstä oppaan pois liitteistä. Päädyimme olla julkaisematta oppaan muun sisällön, koska toimeksiantajamme pelkäsi, että oppaassa olevat yhteystiedot voivat muuttua. Vanhoja yhteystietoja ei saa oppaasta pois julkaisun jälkeen Theseuksesta. Julkaisemme kuitenkin oppaastamme kansilehden ja sisällysluettelon.

Mielestämme on tärkeää, että ihmisellä on mahdollisuus ja oikeus kuolla tuttuun ympäristöönsä esimerkiksi kotiin. Lisäksi on tärkeää, että omaiset kohtaa henkilökunta ammattimaisesti ja tilanteen tiedostaen. On myös huomioitava se, että osa ihmisistä ei pidä kotia normaalina paikkana kohdata kuolema. Hoitohenkilökunnan täytyy myös osata opastaa omaisia keskustelemaan, jotta tilanteesta ei tulisi liian kuormittava.

Opinnäytetyö luodaan sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan eettiset suositukset huomioiden, ETENE:n suositusten mukaisesti, joka neuvoo kunnioittamaan potilaiden ihmisyyttä ja perusoikeuksia, säilyttämään lähtökohtana potilaan edun, hyvät vuorovaikutustaidot hoitajan suhteessa potilaaseen ja omaisiin, hyvän työnlaadun varmistamisen ja vastuullisuuden. (ETENE 2019.)

Opinnäytetyömme pohjautuu teoriatietoon, huomioiden myös ajankohtaiset tutkimukset ja näin ollen varmistamme opinnäytetyömme luotettavuuden. Olemme kriittisiä etsiessämme lähteitä ja tarkastelemme lähteiden luotettavuutta. Huomioimme myös, että emme kirjoita liian vanhoista lähteistä.

Opinnäytetyömme luotettavuus perustuu siihen, että emme ole plagioineet lähdeoteksiamme. Plagiointina voidaan pitää epäselviä lähdemerkintöjä, keksittyjä lähteitä tai väitteitä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78). Opinnäytetyössämme käyttämämme lähteet on pyritty merkitsemään selkeästi Lapin ammattikorkeakoulun opinnäytetyömallin mukaan tekstin joukkoon ja niistä käy ilmi alkuperäisten teosten kirjoittajat sekä sivunumerot ja vuosiluvut. Internet-lähteissä on merkitty päivä, jolloin lähteitä on käytetty.

## 10.2 Sairaanhoidajan (AMK) osaamisen kehittyminen palliatiivisessa hoitotyössä opinnäytetyön edetessä

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet kokonaisvaltaisesti palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Ammatillinen kasvu kohti sairaanhoidon asiantuntijuutta on ollut suuri. Olemme kaikki aikaisemmalta ammatiltamme lähihoitajia, joten palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat olleet meille kaikille kolmelle lähtökohtaisesti jollain tasolla tuttuja aiheita aikaisemman työkokemuksemme kautta. Kuitenkin osaaminen on syventynyt siinä määrin, että kykenemme työn jälkeen jatkossa ohjaamaan saattohoidettavan omaisia saattohoitotilanteissa paremmin sekä kertomaan ja perustelemaan heille hoidon kulkua syvällisemmin. Osaamme määritellä hoitotyön käsitteenä koostumaan ihmisestä, ympäristöstä, terveydestä ja hoitamisesta. Hoitaminen ja hoitotyö taas koskee suppeammin toimintaa ja toimenpiteitä hoitotyössä, myös palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa.

Mielestämme työkentällä pitäisi valottaa enemmän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon eroa. Saattohoidosta tulisi puhua vasta, kun kuolema on selkeästi odotettavissa, mutta palliatiivinen hoito erotettava edellä mainitusta sen vuoksi, koska se voi alkaa jopa vuosia ennen potilaan tilan taantumista saattohoitokuntoiseksi, vaikka sairaus olisikin lähtökohtaisesti parantumaton ja kuolemaan johtava. Saattohoitopotilaasta puhuminen palliatiivisen hoidon käsitteen sijaan liian aikaisin luo mielestämme epätoivoa niin potilaalle itselleen kuin hänen omaisilleenkin. Epätoivo taas lisää ahdistusta ja pahimmillaan aiheuttaa mielenterveyden järkkymistä herkimmille. Tähdentäkäämme siis tästä lähtien kentällä palliatiivisen hoidon ja hoitolinjan eroa suhteessa käsitteeseen saattohoito.

Opinnäytetyö on ollut meille kaikille kolmelle hyvä oppitunti siitä, että kannattaa aikatauluttaa tällainen projektiluontoinen työ erittäin tarkasti. Olemme myös huomanneet, että kirjoittamistyötä helpottaa kovasti, kun jakaa heti alusta lähtien keskenään yhteisen dokumenttipohjan, jota kaikki voivat työstää yhtä aikaa myös etänä, kuin kirjoittaminen tapahtuisi samassa tilassa yhteiselle paperille. Se on helpottanut työmme määrää. Jos ajatellaan, että kaikki olisivat hakeneet tietoa itsenäisesti omista lähteistään ja kirjoittaneet omalla tyylillään asioita esseemuotoon, olisi nyt suuri työmaa kirjoittaa ja koota kaikki tämä tietomäärä samankaltaisesti yhteiselle pohjalle jälkikäteen.

Opinnäytetyöprosessi on tuonut runsaasti varmuutta myös tiedonhakuun ja paljon erilaisia lähteitä käytettäväksi myös jatkoa ajatellen. Jos meillä on tarve hakea tietoa saattohoidosta tai palliatiivisesta hoidosta, nyt tiedämme, mistä sitä löytää luotettavasti.

### 10.3 Johtopäätökset

Keskustelimme toimeksiantajamme kanssa ja ilmeni tarve saattohoito-oppaalle. Sallan kunnassa käynnistettiin kotisairaalan toiminta ja yhdessä aloimme pohtia, jos tekisimme sinne saattohoito-opas. Tarkoituksenamme oli tehdä Sallan kunnan saattohoito-opas omaiselle. Toteuttaessamme opinnäytetyötä kävi ilmi, että omaisille osoitettuja opinnäytetöitä on vähän. Pidimme tärkeänä, että myös omaiset saavat tietoa mitä palliatiivinen hoito ja saattohoito käytännössä tarkoittavat. Olemme työstäneet syksystä asti opinnäytetyötämme. Lokakuussa 2019 allekirjoitimme toimeksiantosopimuksen.

Toimeksiantajan edustajan vaihduttua toiseen henkilöön ja edetessämme prosessin loppumetreille työn toimeksiantaja ryhmänsä kanssa tuli siihen tulokseen, että opinnäytetyössämme olemme käsitelleet laajemmin palliatiivista hoitoa kuin saattohoitoa. Työryhmässä muodostui tällöin idea aiheen vaihdosta saattohoito-oppaasta palliatiivisen hoidon oppaaksi, mutta edelleen kotisairaalan potilaiden omaisille. Muutos vaati meiltä opiskelijaryhmänä melkoisen loppuponnistuksen, jotta saimme aiheen muutettua, koska palliatiivinen hoito on sisällöllisesti saattohoitoa paljon laajempi hoitomuoto, voi kestää potilaasta, sairaudesta ja palliatiivisista tukihoidoista riippuen vuosia ja on täten myös paljon

monimutkaisempi kokonaisuus käsiteltäväksi. Pidimme palavereita toimeksiantajan edustajan ja Sallan kunnan saattohoitotyöryhmän kanssa uuden aiheen tiimoilta useita kertoja. Palaverissa katsoimme ja pohdimme yhdessä oppaan sisältöä ja sitä muokattiin moneen kertaan. Asiat on valmiissa oppaassa koottu ja kerrottu toimeksiantajan toiveiden mukaisesti. Saimme viimeisessä palaverissa palautteen oppaasta, että se on kyllin kattava ja siinä on kaikki olennainen tieto palliatiivisesta hoidosta sekä siihen liittyvistä asioista selkeästi ja kansankielellä kerrottu. Toimeksiantaja on tyytyväinen lopputulokseen. Toimeksiantajan kanssa on sovittu, että he päivittävät opasta jatkossa omatoimisesti omaisilta saamansa palautteen perusteella vastaamaan kulloistakin tiedontarvetta ja aina tietojen muuttuessa. Koemme ryhmänä aiheen vaihduttua opinnäytetyömme laajentuneen merkittävästi.

## LÄHTEET

Aaltonen, M. Saarto, T. Hänninen, J. Antikainen, R. & Vainio, A. 2015.

Palliativinen hoito. Duodecim

Aatsinki, E. 2020. Sallan kunta. Geriatriaan erikoistuva lääkäri. Haastattelu 19.5.2020.

Aho, K. 2020. Sallan kunta. Vs. osastonhoitaja, Sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen akuutti- ja kuntoutusosasto. Haastattelu. 15.5.2020.

Aghaei, M., Vanaki, Z. & Mohammadi, E. Emotional Bond: The Nature of Relationship in Palliative Care for Cancer Patients. 2020. EBSCOhost.

<http://web.b.ebscohost.com.ez.lapinamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a41a55a2-71ca-4a12-ab41-85c5f6ad653b%40pdc-v-sessmgr01>

Ahdistuneisuushäiriöt. 2019. Viitattu 24.11.2019.

<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>

Dyregrov, A. Makkonen, M. Tanhua, A. & Tanhua, I. 1993. Lapsen Suru.

Mannerheimin lastensuojeluliitto. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Eettiset suositukset sosiaali- ja terveystieteille. ETENE. 2019. Viitattu 24.11.2019.

<https://etene.fi/documents/1429646/1555962/ETENE+esite+fin.pdf/365d8223-108f-4181-9d75-a9cf2973e5e2/ETENE+esite+fin.pdf>

Hautajärvi, S. 2020. Sairaanhoitaja, Sallan kunnan kotisairaala. 18.5.2020.

Haastattelu.

Heino, H. 2017. Luentomateriaali: Saattohoitosuunnitelma. Ikäihmisen hoito ja

hoiva. Viitattu 8.4.2020. <https://docplayer.fi/44754251-Saattohoitosuunnitelma-ikaihmissen-hoito-ja-hoiva.html>

Hengenahdistus. 2018. Viitattu 24.11.2019.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/hengenahdistus>

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2018. Viitattu 2.4.2020. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/akillisestikuollut-hs.pdf>

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidonjasaattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01078](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01078)

Huttunen, M. Lääkkeet mielen hoidossa. 2019. Viitattu 21.11.2019.  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00058](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00058)

Huttunen, M. 2018. Viitattu 24.11.2019  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00534](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534)

Hänninen, J., Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Viitattu 15.5.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798>

Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R. Ripatti, T. Schmidt, H. & Saarto, T. 2019. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt.

Johansson, R. 2018. Sädehoito Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.5.2020  
[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01078](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01078)

Korhonen, T. & Poukka, P. Kuolevan potilaan hoito. 2013. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>

Kuparinen, M. 2014. Saattohoito. Sairaanhoidajan käsikirja 3.9.2014. Viitattu 17.3.2020  
[http://www.terveysportti.fi.ez.lapinamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01690&p\\_haku=saattohoito](http://www.terveysportti.fi.ez.lapinamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01690&p_haku=saattohoito).

Käypä hoito -suositus. Kipu. 2017. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.03.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#NaN>

Käypä hoito -suositus. Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2019.

Käypä hoito -suositus. Palliativinen hoito. 2018. Viitattu 10.4.2020.  
<https://www.kaypahoito.fi/kht00072>



Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012/2§). Valtioneuvosto. 2012. Viitattu 1.4.2020.

<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20ik%C3%A4%C3%A4ntyneen%20v%C3%A4est%C3%B6n%20toimintakyvyn%20tukemisesta%20sek%C3%A4%20i%C3%A4kk%C3%A4iden%20sosiaali-%20ja%20terveyspalveluista>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (782/1992/3§). Valtioneuvosto. 1992. Viitattu 1.4.2020.

<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim katsaus.

Lähestyvän kuoleman merkit. 2019. Viitattu 27.10.2019.

<http://www.pkssk.fi/lahestyvan-kuoleman-merkit>

Mielenterveysseurat. 2019. Läheisen kuolema. Viitattu 19.11.2019.

<https://www.mielenterveysseurat.fi/turku/materiaalit/tietoa-kriiseista/laheisen-kuolema/>

Niemelä, H. 2020. Sallan kunta. Kotihoidon fysioterapeutti. Keskustelu. 14.5.2020.

Palliativinen talo. 2018. Ravitsemus. Viitattu 15.5.2020.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/palliativisessa-hoidossa/ravitsemus>

PCA kivunhoitomenetelmänä. 2020. Viitattu 16.3.2020. <https://www.khshp.fi/wp-content/uploads/2017/01/PCA-kivunhoitomenetelmänä.pdf>.

Penttinen, H. 2016. Luentomateriaali: Kuolevan potilaan kohtaaminen. Viitattu 23.10.2019. <https://docplayer.fi/14328606-Kuolevan-potilaan-kohtaaminen-heidi-penttinen-lt-syopatautien-erikoislaakari-syopakeskus-hus-psykoterapeutti-yet.html>

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2020. Viitattu 2.4.2020. <http://www.pkssk.fi/surutyo>

Pöyhiä, R. 2012. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. Finnarest. Sivut 456-458. [http://www.finnanest.fi/files/poyhia\\_nesteytys.pdf](http://www.finnanest.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf)

Pöyhiä, R. Güldogan, E. & Vanhanen, A. 2018. Kotisairaala. Duodecim.

Rosenberg, P. Alahuhta, S. Lindgren, L. Olkkola, K. & Ruokonen, E. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön, opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun Ammattikorkeakoulu.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Viitattu 1.4.2020. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN:NBN:fi-fe201504225791.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa - Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Viitattu 23.10.2019 Saattohoito. <https://stm.fi/saattohoito>

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44 . 2017. Viitattu 6.4.2020. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20järjestäminen.pdf>

Suomen evankelis-luterilainen kirkko. 2019. Viitattu 27.11.2019. <https://evl.fi/perhejuhlat/hautajaiset/hautaus-ja-hautapaikka#ce7952ee>

Suomen evankelis-luterilainen kirkko. 2020. Viitattu 23.05.2020. <https://evl.fi/apua-ja-tukea>

Suomen mielenterveysseura. 2015.

[https://mieli.fi/sites/default/files/materials\\_files/mieli\\_suru\\_netti.pdf](https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/mieli_suru_netti.pdf)

Surevan kohtaaminen –hanke. 2019. Mitä suru on? Viitattu 19.11.2019.

<https://www.surevankohtaaminen.fi/suru/>.

Syöpäpotilaan unettomuus. 2019. Viitattu 24.11.2019.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50067#s18>

Tasmuth, T. 2019. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 7.11.2019.

<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>

Terveyskylä. 2019. Kuoleman jälkeen huomioitavaa.

<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-j%C3%A4lkeen-huomioitavaa> Viitattu 24.11.2019

Terveyden tukena. 2018. Viitattu 15.5.2020.

<https://www.terveydentukena.fi/sairaudet-ja-hoito/syopa/syovan-hoito/sadehoito>

THL. 2019. Viitattu 23.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Vaakanainen, K. 2018. Auttava kohtaaminen surussa. Pro gradu -tutkielma.

Itä-Suomen yliopisto. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20180380/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20180380.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180380/urn_nbn_fi_uef-20180380.pdf)

Verohallinto. Perunkirjoitus. 2019. Viitattu 5.11.2019.

[https://www.vero.fi/henkiloasiakkaat/omaisuus/perinto/perunkirjoitus\\_ja\\_perukirj/](https://www.vero.fi/henkiloasiakkaat/omaisuus/perinto/perunkirjoitus_ja_perukirj/)

WHO. 2019. Viitattu 23.10.2019.

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vilkkä, H & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Väestörekisterikeskus. 2019. Viitattu 27.11.2019.

<https://www.suomi.fi/kansalaiselle/parisuhde-ja-perhe/laheisen-kuolema/>



## LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Palliativisen hoidon opas – kansi ja sisällysluettelo

**OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Sallan kunta / postilaaja ja terveyspalveluiden toimiala / Akuntijokunt. O.S.	
	Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Mega numero p. 040 2999470 mega.kunni@sallo.fi	
	Työn aihe Saattohoito-oppas kotisairaalan omaisille	
Tekijä	Nimi Essi Peltopää	Opiskelijanumero [redacted]
	Katuosoite [redacted]	Postinumero 96100
	Puhelin [redacted]	Postitoimipaikka Rovaniemi
	Suorittava tutkinto Sairaanhoidtaja AMK	Sähköpostiosoite essi.peltopaa@edu.lapinamk.fi
Lapin AMK	Ryhmätunnus R72H175	Tehtävänimike Hoivaja tulevaisuuden terveyyst.
	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Raija Seppänen	Toimipaikka ja osoite Jokiväylä 11C 96300 Rovaniemi
	Puhelin 0400 219687	Sähköpostiosoite raija.seppanen@lapinamk.fi
<b>Toimeksiantosopimuksen ehdot</b>		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan	Tuo tehdään yhdessä Matti Huovisen ja Minna Lämsän kanssa	
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjotushetkellä.	
	<b>Paikka ja päivämäärä</b>	<b>Allekirjoitus</b>
Toimeksiantaja	Sallo 7.10.2019	[Signature] Merja Kumpulainen
Tekijä	Sallo 7.10.2019	Essi Peltopää
Lapin AMK	ROVANIEMI 1.10.2019	Raija Seppänen



# PALLIATIIVISEN HOIDON OPAS

Sallan kunta



Huovinen Matti, Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)  
Lämsä Minna, Terveystenhoitajaopiskelija (AMK)  
Peltoperä Essi, Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)

**LAPIN AMK**<sup>7</sup>  
Lapland University of Applied Sciences

## Sisällys

Saatesanat.....	2
Palliativinen hoito .....	3
Hoitotyötä ohjaavat lait ja asetukset.....	3
Palliativinen hoito kotona .....	3
Palliativiset tukihoitomuodot .....	3
Ahdistus ja kuolemanpelko.....	3
Palliativinen hoito ja apu kotiin .....	4
Kotihoidon rooli .....	4
Kotisairaalan rooli .....	4
Apuvälineet kotiin.....	4
Apu seurakunnalta.....	5
Elimistössä tapahtuvat muutokset .....	5
Lääkehoito .....	5
Lääkelistan karsiminen .....	5
Kivun lääkehoito .....	5
Lääkkeetön kivunhoito .....	5
Yhteystiedot.....	7
Lähteet.....	8