



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Marja Ketomäki e1800054 ja Anni Kiiskilä e1800062

# SAATTOHOITO-OPAS KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE

Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyö

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Anni Kiiskilä ja Marja Ketomäki
Opinnäytetyön nimi	Saattohoito-opas kotihoidon työntekijöille
Vuosi	2021
Kieli	suomi
Sivumäärä	38 + 26 liitettä
Ohjaaja	Suvi Kallio

---

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa saattohoito-opas kotihoidon työntekijöille. Opinnäytetyön tilaaja oli Vaasan kaupungin kotihoito. Tavoitteena oli tuottaa opas kotihoidon työntekijöille kuolevan ihmisen hoitoon ja kuoleman jälkeiseen toimimiseen ammatillisesti. Opinnäytetyön aihe ja tavoitteet valikoituivat tekijöiden henkilökohtaisen kiinnostuksen ja kokemusten kautta.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä on kuvattu, miten määritellään saattohoito kotihoidossa. Palliatiivinen hoito eli oireidenmukainen hoito sekä saattohoito eli kuolemaa edeltävä kokonaisvaltainen hoito on globaalisti kehittyvä aihealue sairaanhoidossa.

Teoreettiseen viitekehykseen haettiin tietokannoista tutkittua tietoa saattohoidosta ja saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Oppaan tekemisen menetelmiin tekijät hakivat ideoita aikaisemmista hyväksi todetuista esitteistä, sekä ohjeita saattohoitoon liittyvästä kirjallisuudesta.

Aiheeseen saatiin lupa joulukuussa 2019 Vaasan kaupungin kotihoidon johtajalta. Tämän jälkeen tekijät laativat työsuunnitelman, etsivät tutkimustietoa teoreettiseen viitekehykseen tietokantoja hyväksi käyttäen. Opas laadittiin yhteistyössä Vaasan kaupungin kotihoidon kanssa.

Oppaan kohderyhmänä ovat Vaasan kaupungin kotihoidon hoitajat. Työntekijät voivat käyttää opasta ohjeena kuolevan potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa. Hoitajat voivat lukea oppaasta saattohoidon perusteista ja yleisestä hoitolinjasta, kuinka palliatiivinen hoito etenee saattohoitoon ja aina kuolemaan asti sekä sen jälkeiseen aikaan.

## ABSTRACT

Author	Anni Kiiskilä and Marja Ketomäki
Title	Hospice Care Guide to Home Care Staff
Year	2021
Language	Finnish
Pages	38 + 26 Appendices
Name of Supervisor	Suvi Kallio

---

The purpose of this bachelor's thesis was to produce a hospice care guide for homecare nurses. The homecare unit in the City of Vaasa is the client organization of this bachelor's thesis. The objective of this thesis was to produce a professional hospice and after death care guide for homecare nurses. The topic of this bachelor's thesis was chosen based on the authors' personal interest and work experience.

The theoretical framework describes how hospice care is defined in a homecare environment. Palliative care or symptomatic treatment, as well as, hospice care or holistic end-of-life care is a globally developing topic in the field of healthcare.

For the theoretical framework, information was searched from sources of reliable research information and databases related to hospice care and holistic end-of-life care. Brochures of high quality and professional literature related to hospice care were used when looking for ideas for creating the guide.

The research permission was received from the head of homecare services in the City of Vaasa in December 2019. After that, the authors made a research and working plan and investigated research information for the writing the theoretical framework, using information available in databases. This guide was developed in cooperation with the homecare unit in the City of Vaasa.

This guide is aimed at the nurses working in homecare in the City of Vaasa. The nurses can use this guide in the treatment of dying patients as part of a holistic care. The nurses can read in this guide the core principles of end-of-life care, general treatment, how hospice care proceeds from palliative care to death and what happens after the patient has died.

---

Keyword                      palliative care, hospice care, guide, homecare

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	7
3	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA .....	8
	3.1 Projektin määritelmä.....	8
	3.2 SWOT-analyysin määritelmä.....	9
	3.3 Projektin SWOT-analyysi.....	9
4	SAATTOHOIDON LAATU JA JÄRJESTÄMINEN.....	13
	4.1 Hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheeseen.....	14
	4.1.1 Hoitosuunnitelman sisältö.....	14
	4.1.2 Hoitotahto.....	15
	4.2 Lähestyvä kuolema hoitajan näkökulmasta .....	16
	4.2.1 Salassapitovelvollisuus .....	16
	4.2.2 Ammatillinen eettisyys.....	17
5	KUOLEVAN POTILAAN HOITAMINEN .....	18
	5.1 Fyysiset oireet ja hoito .....	18
	5.1.1 Kipu.....	18
	5.1.2 Kivun mittaaminen ja seuranta.....	20
	5.2 Ravitseminen ja nesteytys .....	21
	5.3 Tajunnantaso .....	22
	5.4 Hengitys .....	22
	5.5 Perushoito .....	23
	5.6 Psykkinen hyvinvointi .....	23
	5.6.1 Suru .....	24
	5.6.2 Pelko.....	24
	5.6.3 Ahdistuneisuus .....	25
6	LÄHEISTEN KOHTAAMINEN .....	26
	6.1 Saattohoito kotona .....	26

6.2 Elisabeth Kübler-Rossin (1926-2004) ja surun vaiheet .....	27
6.3 Viimeiset jäähyväiset .....	29
6.4 Käytännön asioiden hoitaminen potilaan kuoleman jälkeen .....	29
7 SAATTOHOITO OPPAAN LAATIMINEN .....	30
8 POHDINTA.....	32
LÄHTEET .....	34
LIITTEET .....	38

## 1 JOHDANTO

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen opas Vaasan kaupungin kotihoidon henkilökunnalle. Aihe valikoitui tekijöiden henkilökohtaisen kiinnostuksen ja kokemusten kautta. Saattohoidon jalkautuminen kotihoitoon ja siitä seurannut keskustelu sekä tuttujen hoitajien tuntemukset aiheesta vakuuttivat työn tekijät oppaan tarpeellisuudesta.

Oikeanlaisesti toteutettu saattohoito takaa potilaalle/asiakkaalle kunniakkaan, ihmisarvoisen kuoleman. Hyvä saattohoito helpottaa epätietoisuutta ja pelkoa tulevasta. Oppaan sisältöä voidaan hyödyntää kaikessa saattohoidossa riippumatta potilaan/asiakkaan iästä tai kuolemaan johtavasta sairaudesta. Yleisimmät kuolemaan johtavat sairaudet ovat verenkiertoelinten sairaudet, kuten sepelvaltimotauti, Alzheimer, hengityselinten sairaudet ja erilaiset kasvaimet. Tapaturmat ovat myös yksi yleisimmistä kuolinsyistä. (Tilastokeskus 2018.)

Saattohoito on tärkeä osa hoitotyötä myös silloin, kun hoidettava asuu kotona kotihoidon turvin. Jokaisella on oikeus elää elämänsä viimesetkin hetket kivutta, hyvässä hoidossa ja mahdollisimman pelottomana.

Hoitajat tarvitsevat tukea kotisaattohoitotyöhön, kun kohtaavat kuolevia ja heidän omaisiaan. Opas antaa tukea asiakkaan kotona tapahtuvaan saattohoitotyöhön. Oppaan tarkoitus on antaa hoitajille näkökulma eettisyyteen ja ammatillisuuteen, joka ohjaa toimintaa asiakkaan hoitotilanteissa. Kotisaattohoito on lähitulevaisuudessa lisääntyvä hoitomuoto ja oppaan tarkoitus on varmistaa, että hoitajilla on riittävä tieto saattohoitotyön erilaisiin tilanteisiin.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Oppaan tarkoituksena on antaa hoitajille työväline, joka tarjoaa tietoa ja neuvoja riippumatta siitä, kuinka paljon hoitajalla on käytännön kokemusta saattohoidosta ja helpottaa tiedonhaun nopeutta sekä sujuvuutta. Opas tukee hoitajan päätöksentekoa oikealaista hoitotapaa valittaessa. Opasta voi käyttää apuvälineenä perehdytyksessä ja se on helppo ottaa mukaan kentälle, jossa sitä voi tarpeen mukaan käyttää suuntaa ja neuvoa antavana elementtinä, eräänlaisena ”to do- listana”.

Tavoitteena on, että opas toimii hoitajan ammattitaidon tukijana ja kasvattajana, josta voi tarvittaessa kerrata vieraamat asiat, tarkistaa oikeanlaiset hoitotoimenpiteet. Myös tarvittavien tahojen yhteystiedot ovat helposti saatavilla. Tavoitteena on myös, että moniammatillisen työyhteisön eri tekijöiden välinen kuilu kapenee, kun hoitaja tietää omat vastuunsa ja velvollisuutensa saattohoitoa toteuttaessaan sekä sen, kehen olla tarvittaessa yhteydessä silloin, kun kohtaa muille työntekijöille kuuluvia tehtäviä. Hoitajien tietotaidon lisääntyessä hoidon laatu paranee ja potilas/asiakas, sekä hänen sukulaisensa ja läheisensä kokevat tulleensa kuulluksi, nähdyksi ja ymmärretyksi sekä hyvin hoidetuksi kuolemaan saakka. Opinnäytetyön tekeminen ja oppaan kokoaminen lisäävät myös opinnäytetyön tekijöiden ammattitaitoa ja ATK-taitoja. Opinnäytetyön tekeminen on haaste, joka kasvattaa ja kehittää niin ammatillisesti kuin tietotaidollisesti.

### 3 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ PROJEKTINA

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena projektina.

#### 3.1 Projektin määritelmä

Projekti, eli hanke, on selkeästi tavoitteiltaan määritelty ja aikataulutettu tehtäväkokonaisuus. Resurssit määritellään etukäteen ja projektin toteuttamisesta vastaa varta vasten perustettu organisaatio (Silfverberg 2007, 21). Projekti on aina yksilöllinen ja laadultaan kertaluontoinen. Hyvä suunnittelu ja valmistelu luovat pohjan onnistuneelle projektille, joka johtaa projektiin toteuttamiseen ja lopuksi sen päättämiseen. Projektin kohdistumisen ja laajuuden määrittää sekä rajaa aina tarve, jonka vuoksi projekti käynnistetään (Mäntyneva 2016, 16.) Yksityiskohtainen suunnittelu alkaa, kun päätös projektin aloittamisesta on tehty. Suunnittelu määrittää projektin kattavuuden ja laajuuden sekä tavoitteet. Tässä vaiheessa projektia on tärkeää suunnitella riittävän tarkasti projektin aikataulu, kustannukset ja resurssit (Mäntyneva 2016, 17).

Toteutusvaiheen aikana projekti pyritään toteuttamaan suunnitelmassa kuvatulla tavalla. Toteutusvaiheen aikana on tärkeää tunnistaa projektin ongelma- ja vaarakohdat. Oppiva prosessi on hyväksi todettu tapa tehdä projekti, jolloin suunnitelmia muutetaan, mikäli toteutuksen aikana huomataan, että alkuperäinen suunnitelma ei johdakaan projektin tavoitteiden toteutumiseen. Jos tulosten kestävyys näyttää vaarantuvan noudatettaessa alkuperäistä toimintamallia, tulee suunnitelmia muuttaa (Silfverberg 2007, 34.)

Projektin päättämisen yhteydessä tehdään usein erillinen projektiraportti, jossa dokumentoidaan tuotokset ja arvioidaan, kuinka projekti onnistui. Projektin päättämisestä seuraa valmis tuotos. Projektiorganisaatio puretaan ja tuotos luovutetaan tilaajalle, kun projekti on päätetty (Mäntyneva 2016, 17.)

Tämä opinnäytetyö sisältää teoreettisen osuuden, jonka perusteella koostetaan opasvihko Vaasan kaupungin kotihoidon hoitohenkilökunnalle. Oppaassa käsitellään palliatiivisen ja saattohoidon määritelmät ja näiden hoitolinjausten/rajausten



mukanaan tuomat erityispiirteet, saattohoidossa olevan potilaan/asiakkaan yleiset oireistot, hoitaja osana moniammatillista työyhteisöä, vuorovaikutus moniammatillisessa työyhteisössä sekä potilaan/asiakkaan sekä hänen perheensä ja läheistensä kanssa. Oppaassa tulee olemaan tietoa eri uskontokunnista ja heidän tavoistaan sekä käytännöistään kuolevan ja kuolleen kanssa. Hoitaja voi tarkistaa huomionarvoiset käytännöt ja tavat suoraan oppaasta ja pystyy tarvittaessa tukemaan potilaan/asiakkaan hengellisyyttä. Lähestyvän kuoleman merkkien synty ja tunnistaminen sisällytetään oppaaseen.

### **3.2 SWOT-analyysin määritelmä**

SWOT-analyysin (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) avulla voidaan selvittää projektin sisäisten tekijöiden vahvuudet (S) ja heikkoudet (W) sekä ulkoisten asioiden mahdollisuudet (O) ja uhat (T). Nämä neljä luokkaa kuvaavat, onko päätöksen osa negatiivinen vai positiivinen ja onko se ulkoinen vai sisäinen. Perusteellinen SWOT-analyysi voi olla hyvän strategisen suunnittelun selkäranka (StoryboardThat 2021.)

Sisäiset tekijät ovat tässä tapauksessa opinnäytetyön tekijät ja ulkoiset tekijät valmis opas, työn tilaaja ja muut sidosryhmät (paino, kuvittaja jne), joiden toimintaan opinnäytetyön tekijät eivät voi vaikuttaa. Analyysi toteutetaan mahdollisimman tarkasti kirjaamalla kaikki mieleen tulevat realistiset vahvuudet ja heikkoudet sekä mahdollisuudet ja uhat. Taulukko puretaan ja jokaista esiin tullutta asiaa varten mietitään paras mahdollinen toteutus- tai ennaltaehkäisemistapa. Vahvuuksia ja mahdollisuuksia vahvistetaan ja heikkouksia ja uhkia lievennetään tai eliminoidaan niin hyvin, kuin se on mahdollista. Hyvällä suunnittelulla ja analysoinnilla ehkäistään pitkälti ikävien yllätysten ilmaantuminen.

### **3.3 Projektin SWOT-analyysi**

Analyysi aloitettiin miettimällä omia henkilökohtaisia sisäisten tekijöiden vahvuuksia ja heikkouksia. Ulkoiset tekijät ovat suurimpia vaikuttajia oppaan tekemiseen. Opinnäytetyötä tehdessä käytetään monipuolisesti kummankin tekijäosapuolen vahvuuksia ja samanaikaisesti vahvistetaan heikkouksia.

Positiivisiin tekijöihin kuuluu motivoituneisuus ajankohtaiseen aiheeseen, joka puolestaan tuo ahkeruuden työ tekemiseen. Omakohtaiset kokemukset ovat tuoneet saattohoidon lähelle molempien sydäntä. Tekijöiden oma motivoituneisuus oman osaamisen kehittämiseen ja taito etsiä uusin ajankohtainen tieto aiheesta on antanut hyvät lähtökohdat saadun tiedon jakamiseen eteenpäin. Molempien pedanttisuus näkyy myös hyvänä paineen ja kiireen sietokykynä. Tekijöiden idearikkaus näkyy uusina kehittävinä ideoina työyhteisössä kuin myös yksilöllisellä tasolla. Näin saadaan aikaan yksilöity tuote, eikä työn tilaaja tarvitse toista vastaavaa opasta, jolloin hyödynnettävyys paranee.

Opinnäytetyön tekijöiden heikkoudet voidaan nähdä myös vahvuutena työn eri vaiheissa. Kokemattomuus oppaan tekemisessä ja atk-taitojen puutteellisuus on hyvä mahdollisuus oppia uutta ja hyödyntää molemman idearikkautta suunnittelussa. Työn tilaajan omat kriteerit oppaan ulkonäössä ja sisällössä huomioidaan lopullisessa tuotoksessa.

Pedanttisuuden tiedostaminen on tärkeää, ettei työn aiheen fokus lähde sivuraiteille. Vaarana on myös, että työ lähtee ”rönsyilemään” liian laajaksi ja tekijät hiovat jokaista aihealuetta liian pitkään. Pikkutarkkuus saadaan kanavoitua oikein, kun työ saadaan tehtyä tehokkaasti ja tarkasti. Työn tekijöillä on vahvat mielipiteet. Tämä vaatii yhteistyökykyä ja vastaan tulemisen taitoa yhteistä työtä tehdessä.

Haasteena on aikataulutuksen tekemiselle. Tapaamisia järjestetään useamman keran työnteon merkeissä. Tarkoitus on, että työ valmistuu aikataulun mukaisesti.

Ulkoisten tekijöiden, kuten tiedon ja taidon lisääntyminen sekä moniammatillisen työryhmän tuki, ovat upea tilaisuus oppia uutta, jotka tukevat työn tekijöiden motivoituneisuutta. Työtä tehdessä tuen saaminen on ehdottoman tärkeää. Tuki tulee ammattikorkeakoululta opinnäytetyön ohjaajan tutorointi hetkien merkeissä ja työn tilaajan tuki näkyy hyvänä ja monipuolisena yhteistyönä, joka vahvistaa oppaan tekijöiden osaamista teorian ja käytännön osalta. Mahdollisuutena ja tavoitteena voi myös pitää moniammatillisen työyhteisön kuilun pienentämistä ja yhteistyön parantamista. Pyrkimys on toimia tiiviissä yhteistyössä eri sidosryhmien kanssa, jolloin aikataulutusergelmiä saadaan vähennettyä. Uhkana voi olla se, että työntekijät

näkevät oppaan tarpeettomana. Saattohoidon tiedetään olevan ajankohtainen aihe, joka rantautuu myös kotihoitoon tulevaisuudessa, joten tavoitteena on saada aikaan kattava ja käytännöllinen tuote niin kotihoitoon kuin myös muun moniammatillisen työryhmän avuksi. On tärkeää tunnistaa uhat ja pyrkiä osoittamaan oppaan merkitys työn tukena.

Taulukossa 1 esitetään tämän projektin tekijöiden laatima SWOT-analyysi tälle opinnäytetyölle.

Taulukko 1 -SWOT analyysi

	POSITIIVISET	NEGATIIVISET
SISÄISET TEKIJÄT	<p><b>VAHVUUDET</b></p> <p>Tekijöiden henkilökohtainen kiinnostus ja kokemus aiheesta</p> <p>Ahkeruus</p> <p>Motivaatio</p> <p>Idearikkaus</p> <p>Halu oppia uutta</p> <p>Halu jakaa tietoa ja opettaa</p> <p>Halu osoittaa osaamisensa ja tietotaitonsa</p> <p>Hyvä paineen- ja kiireensietokyky</p>	<p><b>HEIKKOUEDET</b></p> <p>Tekijöillä ei kokemusta oppaan tekemisestä tai toteuttamisesta</p> <p>Tekijät pedantteja- mikä on liikaa? → jumiutuminen→aikataulu</p> <p>Rönsyily</p> <p>ATK- taidot</p> <p>Kaksi tekijää, kahdet mielipiteet asioiden tärkeydestä</p> <p>Tekijöiden henkilökohtainen elämäntilanne ja sen tuomat haasteet</p>
ULKOISET TEKIJÄT	<p><b>MAHDOLLISUUDET</b></p> <p>Hyvä tuki</p> <p>Konkreettiset toiveet→ räätälöity lopputuote</p> <p>Tiedon lisääntyminen</p> <p>Taidon lisääntyminen</p> <p>Moniammatillisen työyhteisön välisten tekijöiden kuilun pienentäminen → toimintatapojen ja – mallin vakiintuminen käyttöön</p> <p>Hyöty myös muille, kuin työn tilaajille</p>	<p><b>UHAT</b></p> <p>Opasta ei koeta tarpeelliseksi</p> <p>Opasta ei hyödynnetä 100 %</p> <p>Vastaavanlaisen tuotteen hyödyntäminen</p> <p>Sidosryhmien aikataulut ja toimiminen</p>

## 4 SAATTOHOIDON LAATU JA JÄRJESTÄMINEN

Palliativinen hoito eli oireidenmukainen hoito sekä saattohoito eli kuolemaa edeltävä kokonaisvaltainen hoito on globaalisti kehittyvä aihealue sairaanhoidossa. Vuonna 2019 Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut uuden suosituksen palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. Palliativiseen hoitoon erikoistuneita yksiköitä konsultoidaan tarvittaessa ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi hallita palliativisen hoidon perusteet (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

HYKS Syöpäkeskuksen ylilääkäri Tiina Saarron näkemyksen mukaan suuri ongelma on, ettei palliativista osaamista ole riittävästi. Lähihoitajien perusopintoihin kuuluu palliativisen hoidon osuus, mutta ei sairaanhoitajien eikä lääkäreiden, ainakaan säännönmukaisesti (Vierula, 2019). Saattohoito on yleistymässä kotihoidossa hoidon kehityksen myötä. Yhä suurempi osuus ikäihmisistä tahtoo olla kotona loppuun saakka ja heillä on siihen oikeus.

Turvallisen struktuurin saattohoidolle luovat hoitohenkilökunnan osaaminen sekä heidän käsityksensä. Struktuurin avulla sekä potilas että hänen perheensä pystyvät etsimään subjektiivisen tapansa käsitellä kuoleman todellisuutta (Anttonen 2016, 7.)

Pro gradu- tutkielmassa Kansalaisten käsityksiä kuolemasta ja hyvästä kuolemasta oli lähestytty aihetta myös ammattilaisen näkökulmasta. Työn kuvattiin vahvistaneen tunnetta elämän hetkellisyydestä ja elämän arvosta (Jäntti-Leivo, 2018, 41).

Linjaus potilaan palliativiseen hoitoon tulisi tehdä riittävän varhaisessa vaiheessa. Riittävän varhain tehty hoitopäätös auttaa potilasta sopeutumaan tulevaan saattohoitoon. Oppaan merkitys työkentällä on suuri, sillä se on ”pikakurssi” saattohoidon perusteisiin silloin, kun asiakkaan kuolema lähestyy tai on jo läsnä. Tulee myös huomioida, että palliativinen- ja saattohoitotyö eivät ainoastaan liity vanhuksiin tai tiettyyn sairauteen. Kuolema voi yllättää kenet tahansa. Myös silloin on huomioitava läsnä olevat omaiset.

Kunta on vastuussa kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon järjestämisestä (L30.12.2014/1301; L1326/2010) ja halutessaan kunta voi yhdistää nämä palvelut kotihoidoksi. Kotihoidon palveluiden avulla tuetaan kotona selviytymistä ja kansallisenä tavoitteena onkin, että iäkäs, vammautunut tai sairas ihminen, jonka toimintakyky on alentunut, voi asua mahdollisimman pitkään, jopa elämänsä loppuun saakka, omassa kodissaan. (THL 2019, STM 2019.) THL:n tilastoraportin (2019, 41) mukaan kotihoidon asiakasmäärässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia vuosina 2000-2018. Kuitenkin yli 60 kotihoitokäyntiä kuukaudessa saavien osuus on kasvussa. 11 % koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä on säännöllisen kotihoidon asiakkaita. Vaasassa säännöllistä kotihoitoa saa 885 henkilöä (THL tilastoraportti 2019, 15). Työn keskeisiä käsitteitä ovat palliatiivinen hoitotyö, saattohoito ja kotihoito.

#### **4.1 Hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheeseen**

Konkreettisesta hoitosuunnitelmasta elämän loppuvaiheessa on keskusteltava, riippuen sairauden vaiheesta ja potilaan valmistautumisesta, hyvissä ajoin (Lehto J., Marjamäki E. & Saarto T, 2019, 341). Lain (17.8.1992/785) mukaan ”suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.” Hoitava lääkäri laatii ennakoivan loppuelämän hoitosuunnitelman (advance care planning, ACP) yhdessä pitkälle edennyttä ja kuolemaan johtavaa sairautta sairastavan kanssa. Tarvittaessa läheisten kanta kuullaan (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

##### **4.1.1 Hoitosuunnitelman sisältö**

Valviran (2015) mukaan ”hoitoneuvottelun perusteella tehtävä suunnitelma sisältää keskustelut ja kirjaukset sairauden vaiheesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksesta, hoidon rajauksista, hoidosta vastaavasta tahosta sekä potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä.”

Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyssä laissa (17.8.1992/785) on hoitosuunnitelmaan tarkoitettuja hoitopäätöksiä, kuten DNR-päätös (elvyttämättä jättämispäätös), sekä hoitolinjaukset ja rajaukset oireenmukaiseen, eli palliatiiviseen hoitoon.

Saattohoito on osa palliatiivista, eli oireenmukaista, hoitoa. Hoito ajoittuu oletettujen viimeisten päivien tai viikkojen välittömään läheisyyteen, aikaan, jolloin kuoleman oletetaan tapahtuvan. Kuolevaa ja hänen läheisiään tuetaan ja hoidetaan yksilöllisesti, inhimillisiä arvoja kunnioittaen, saattohoitoa toteuttaessa. Saattohoito antaa mahdollisuuden sekä kuolevalle että hänen omaisilleen mahdollisuuden valmistautua lähestyvään kuolemaan (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019; Valvira 2015.)

Päätöksen tehnyt lääkäri, lääketieteelliset perusteet, potilaan ja/tai omaisen kannanotto päätökseen sekä potilaan ja/tai läheisen kanssa asiasta käydyn keskustelun sisältö merkitään potilasasiakirjoihin saattohoitopäätöstä tehtäessä. Aktiivinen kuolemaan auttaminen ei kuulu saattohoitoon (Valvira 2015.)

Kipua tulee mitata säännöllisesti ja tulokset tulee kirjata ylös. Kivun voimakkuus ja sijainti sekä luonne, vaikutus mielialaan, toimintakykyyn, nukkumiseen ja liikkumiseen sekä mahdolliset läpilyöntikivut kirjataan (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

#### **4.1.2 Hoitotahto**

Hoitotahto on hoitoa koskeva tahdonilmaisu. Hoitotahdossa voi kirjata hoitoa koskevia toiveita ja ohjeita sekä esimerkiksi kieltäytyä hoitotoimenpiteistä siltä varalta, että henkilö ei pysty osallistumaan itseään koskeviin hoitopäätöksiin sairauden, vanhuuden heikkouden, tajuttomuuden, tai muun vastaavan syyn vuoksi. (Valvira 2015.) Hoitotahdon avulla voidaan helpottaa niin hoitoon osallistuvien kuin läheisten toimintaa. Hoitotahdon voi tehdä suullisesti, lomakepohjalle tai vapaamuotoiseksi. Kirjallisen hoitotahdon katsotaan olevan voimassa, vaikka siinä on vain henkilön oma allekirjoitus ja päiväys. Kahden perheeseen kuulumattoman ulkopuolisen todistajan käyttöä suositellaan, mutta se ei ole pakollista (Terveystyö 2019a.)

## 4.2 Lähestyvä kuolema hoitajan näkökulmasta

Kuoleman etenemistä ei aina pystytä ennustamaan, sillä se on monimutkainen prosessi. ”Hyvällä kuolemalla” saattaa olla erilainen merkitys potilaan, hoitohenkilökunnan ja omaisten kannalta, ja jokaisen kuolema on ainutkertainen. Kuolevan potilaan hoidossa tärkeä merkitys on omaisten huomioimisella, kommunikaatiolla ja hyvällä oirehoidolla (Korhonen & Poukka, 2013.)

Potilaan oikeudet on säädetty ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ottaa säädökset huomioon. Laadultaan hyvä terveyden- ja sairaanhoito on potilaan oikeus. Hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan tulee kunnioittaa ja hoito sekä potilaan kohdeltu on järjestettävä siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. (Valvira 2015.)

Uupumuksen ehkäisemiseksi kaikilla saattohoitotyötä tekevillä työyhteisöillä tulisi olla mahdollisuus työnohjaukseen. Saattohoitotyö on raskasta, mutta palkitsevaa sillä työ vaatii rehellisyyttä olla oma itsensä, empatiaa ja herkkyyttä (Korhonen ym., 2013).

Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat (L 28.6.1994/559).

### 4.2.1 Salassapitovelvollisuus

Salassapitovelvollisuus on yksi suurimmista vastuista hoitajan työssä. Se tarkoittaa hoitohenkilökunnan vastuuta pitää salassa potilaisiin liittyvät asiat ja asiakirjat.

Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen (L28.6.1994/559).



#### 4.2.2 Ammatillinen eettisyys

Eettisesti hyvä hoito tarkoittaa hyvän hoidon toteuttamista ja kärsimyksen lievittämistä. Hoitotyön etiikka ohjaa hoitohenkilökuntaa työssään päivittäin. Jokaisella moniammatillisen työryhmän jäsenellä on oma vastuualue ja jokaisen päätöksen takana on hoitaja, lääkäri tai jokin muu terveydenhuollon ammattilainen.

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen (L28.6.1994/559).

Eettiset arvot, kuten yksilön ja elämän oikeuksien kunnioittaminen, korostuvat kuoleman lähestyessä. Näiden arvojen laiminlyönti koetaan henkilökunnan aiheuttamana heitteillejättönä ja loukkauksena. Sairauskeskeisestä ajattelusta siirrytään ihmiskeskeiseen ajatteluun kuoleman läheisyydessä. (Suomen lääkäriliitto 2021.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on laatinut vuonna 2001 raportin kuolemaan ja kuolevan hoitoon liittyvistä eettisistä kysymyksistä. Raportissa puheenjohtaja Dosentti Martti Lindqvistin määrittää kuoleman ydin tasolla yhdellä lauseella kaiken kattavasti ”kuolema on yksinkertaisin, tavallisin ja demokraattisin asia maailmassa. Se koskee jokaista” (ETENE, 2004, 20)

Eri uskonnoilla on erilaisia tapoja suorittaa kuolleen saattaminen ja hyvästely. Yhteiskunta on nykyään monikulttuurinen ja -uskontoinen, joten on erityisen tärkeää ottaa selvää omaisten ajatuksista, tarpeista ja vakaumuksista. Hienotunteisuutta on noudatettava ja olettamusten varassa toimimista tulee välttää (ETENE 2004, 15-16.)

## 5 KUOLEVAN POTILAAN HOITAMINEN

Suurimmalla osalla kuolevista havaitaan fyysisessä sekä psyykkisessä voinnissa muutoksia, jotka voivat kertoa lähestyvistä kuolemasta. (Terveystalo 2018.) Kuolema todetaan, kun sydän pysähtyy ja hengitys lakkaa, silloin myös verenkierto pysähtyy. Kuolema voidaan todeta myös, jos sydämen toiminta on lakannut, ja toissijaiset kuoleman merkit ovat havaittavissa. Asetuksen 564/1994 mukaan kuoleman voi todeta laillistettu tai luvan saanut lääkäri tai lääketieteen opiskelija, joka hoitaa laillistetun lääkärin tehtävää kuntayhtymässä, kunnassa tai valtiolla (L27/2004; Valvira 2015.)

### 5.1 Fyysiset oireet ja hoito

Palliativisessa- ja saattohoidossa oireiden hoitaminen on erityisen tärkeää hyvän ja arvokkaan hoidon kannalta.

#### 5.1.1 Kipu

Kivun hoidon tarkoituksena on lievittää oireita, kärsimystä ja parantaa loppuvaiheen elämän laatua. Kuolevan ihmisen kivuttomuus on merkki hyvästä ja toimivasta palliativisesta hoidosta. Kivun arvioinnin lähtökohta on potilaan oma arvio kivustaan (Kipu: Käypähoito -suositus 2017).

Kipulääkitys valitaan kivun syntymekanismien ja voimakkuuden mukaan. Pitkäaikaisessa kivussa lääkitystä annetaan säännöllisesti ja annos määritetään yksilöllisesti. Lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja, kuten asento- ja liikehoitoja sekä rentoutusta tulee käyttää lääkehoidon rinnalla (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

Äkillinen eli akuutti kipu tai pitkäaikainen eli krooninen kipu määritellään kivun keston perusteella. Jos kipu on kestänyt pitempään kuin mitä sen aiheuttaneen kudos- tai hermovaurion paraneminen normaalisti edellyttäisi, on kipu kroonista (Valvira 2019.)

Hyvän hoidon perusedellytyksiin kuuluu kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen. Kivusta kirjataan voimakkuus (numeerinen tai sanallinen asteikko), vaikutus mielialaan, toimintakykyyn, nukkumiseen ja liikkumiseen, luonne, sijainti, esiintymisaika, mahdolliset tuntohäiriöt ja läpilyöntikivun esiintyminen (Kipu: Käypähoito -suositus 2017.)

Lääkkeellisen kivun hoidon lisäksi on lääkkeettömiä kivunhoitomahdollisuuksia, joista kuoleva potilas saa apuja. Lääkkeettömiä hoitoja ovat psyykkisen pahoinvoinnin ja kivun hoito, asentohoito, joka ehkäisee myös mahdollisia painehaavoja sekä liikehoito. Potilaiden oireiden hallinta on saattohoidossa lääkehoidon lähtökohta. Spontaania parannusta potilaan yleisilassa ja hänen oireissaan tapahtuu harvoin (Hänninen 2003, 44.)

WHO:n kivunhoitoporaat ovat tutkitusti tehokkaat, varsinkin syöpäpotilaiden hoidossa. Ohjeiden mukaan toteutetun hoidon tuottama kivun lievitys oli hyvä 76 %:lla, tyydyttävä 12 %:lla ja riittämätön 12 %:lla potilaista. Kipua arvioitiin sen kovuuden (voimakas, erittäin voimakas tai maksimaalinen) ja ilmenemispäivien mukaan hoidon aikana. Kipuportaiden mukaan eteneminen aloitetaan tulehduskipulääkkeistä ja asteittain edetään vahvempiin opioideihin, kun kipu yltyy (Kipu: Käypähoito -suositus 2017; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypähoito -suositus 2019.) Potilaan kipua sen yltymistä tulee seurata tarkasti. Kivun lievityksen on oltava toimiva vuorokauden ympäri (Hänninen 2003, 89).

Parasetamolien toksinen annos saattaa ylittyä, jos potilaat ottavat säännöllisen lääkeytyksen lisäksi lääkettä läpilyöntikipuihin. Etenkin kotona hoidettavilla, jotka itse säätelevät lääkkeensä, on riski toksisiin annoksiin (Hänninen 2003, 92.)

Äkillisesti ilmaantuvia kipuja, jotka eivät liity asennon muutoksiin tai liikkumiseen ja ilmaantuvat äkillisesti, kutsutaan läpilyöntikivuksi. Läpilyöntikipua ilmenee, vaikka kivut ovat muutoin hallinnassa. Tyypillisesti läpilyöntikipu ilmaantuu rinnan, vatsan tai jalkojen alueelle. Hankalahoitoinen ja vaikea kipu heikentää potilaan elämänlaatua (Hänninen 2003, 101.)

### 5.1.2 Kivun mittaaminen ja seuranta

Potilaan subjektiivinen kokemus ja arvio kivusta on aina diagnoosin pohja. Kipua voidaan hoitaa, kun tiedetään, millaista potilaan kokema kipu on (Hänninen 2003, 81.) Kivun määrää voidaan arvioida havainnoimalla potilaan käyttäytymistä, mikäli potilas ei suullisesti kykene kertomaan kivuistaan. Näissä tilanteissa voidaan tarvita potilaan hyvin tunteman läheisen apua. Potilas ja hänen kiputilanteensa määrittävät kivun arviointiin käytettävät mittarit ja yksityiskohdat (Terveyskylä 2019b.)

Voimakkuutta voidaan arvioida erilaisilla kipumittareilla. Yleisimmin käytettyjä kipumittareita ovat NRS, VRS ja VAS. NRS:a käytettäessä (numeric rating scale) kipua arvioidaan numeraalisesti 0-10, jolloin 0 tarkoittaa kivuttomuutta. VRS (verbal rating scale) on sanallinen asteikko: ei kipua- lievä kipu- kohtalainen kipu- kova kipu- sietämätön kipu. VAS (visual analogue scale) on kipujana, jonka vasen pääty kuvaa kivuttomuutta (Terveyskylä 2019b.)

Tajuttoman potilaan kivun seuraaminen on haastavampaa, sillä hän ei kykene verbaalisesti tai osoittamalla ilmoittamaan tuntemaansa kipua. Tajuttoman potilaan kivun arvioinnissa voidaan käyttää CPOT- (Critical-Care Pain Observation Tool), BPS- (Behavioral Pain Scale) tai PAINAD- (Pain Assessment In Advanced Dementia) mittaria. CPOT- ja BPS- mittaria käytetään yleensä syvästi sedatoiduilla sekä intuboiduilla potilailla, PAINAD soveltuu dementoituneen tai tajuttoman potilaan kivun arviointiin (Chiaranda, Contino, Novario, Serafinelli & Severgnini 2016; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Kukin mittari auttaa määrittämään kipua pisteyttämällä mm. potilaan ilmeitä, ääntelyä ja lihaskäykkyyttä ja niitä voidaankin pitää tarkkoina ja spesifisinä mittareita arvioimaan tajuttoman potilaan kipua. Pistemäärän suuruus on verrannollinen koetun kivun määrään. Mittareiden käyttö vaatii lyhyen teoriaan tutustumisen (Ely, Kotfis, Szydłowski, Zegan-Barańska & Żukowski 2017).

## 5.2 Ravitseminen ja nesteytys

Ruoansulatusongelmia ja ruokahaluttomuutta esiintyy usein kuolevalla potilaalla. Saattohoitopotilaan ravinnonottoon, ruokahuuun ja suoliston toimintaan liittyy usein kärsimystä aiheuttavia ongelmia. Ruoansulatuskanavan ongelmat voivat johtua itse sairaudesta tai sen hoidosta, tai erilaisista psykososiaalisista syistä (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 62-63.)

Sairaudesta johtuvaa tahatonta ja etenevää laihtumista tai syömisen vähydestä johtuvaa laihtumista kutsutaan kakeksia-anoreksiaksi. Kakeksiasta kärsii elämän loppuvaiheessa yli 80 %. Tehostetulla ravitsemushoidolla ei enää ole vaikutusta jäljellä olevan elämän pituuteen tai potilaan vointiin, vaan pyrkimyksenä on syödä mielihaluksen mukaan useamman kerran päivässä pieniä annoksia. Suun kostuttamiseen ja hoitoon kiinnitetään huomiota, kun kuoleva potilas lakkaa kokonaan syömästä (Hänninen 2003, 156; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Ummetuksella tarkoitetaan vaikeutta tyhjentää suoli tai harventunutta suolen tyhjenemistä. Ummetusta esiintyy lähes kaikilla opioideja käyttävillä potilailla. (Hänninen 2003, 105.) Suolen vetokyvyn rajukin heikkeneminen on tyypillistä kuolevalla potilaalla. Suolisto voi tukkeutua joko puuttuvan peristaltiikan tai mekaanisen esteen takia. Ummetuksen hoidon ei kuitenkaan pidä nousta keskeiseen osaan kuolemaan saattamisessa, vaikka ummetus hankaloittaa potilaan elämää. Hoito on kirurginen, jos potilaalla on vielä odotettavissa olevaa elinaikaa (Hänninen 2003, 164.)

Ruoansulatuskanavan toimimattomuus aiheuttaa yleistä epämukavuuden tunnetta, pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, laihtumista, närästystä ja kipua. Riittäviä hoitokeinoja ovat ennaltaehkäisevät toimet, säännöllinen arviointi ja tehokkaat vatsan-tyhjennykset (Hänninen 2003, 163-164.)

Turvotusta, eli nesteen kertymistä, esiintyy yleensä raajoissa tai raajan läheisissä vartalon osissa. Potilaan saamat hoidot sekä itse tauti vaikuttavat turvotuksen syntyyn. Hoidon päämääränä on nestemäärän aiheuttaman epämukavuuden vähentäminen sekä komplikaatioiden ehkäisy (Hänninen 2003, 197-198.) Erilaisia

tukisidoksia, -sukkia ja -käsineitä sekä kompressiopumppua voidaan käyttää turvotuksen vähentämiseen. Sydänperäisen turvotuksen hoidossa voidaan käyttää diureettia, mutta imunesteperäisen turvotuksen hoidossa sen teho on vähäinen. (Hänninen 2003, 201.)

### **5.3 Tajunnantaso**

Tajunnantaso heikkenee ja ympärillä tapahtuvan elämän seuraaminen vähenee kuoleman lähestyessä. Ilmeet, eleet ja äänet kertovat kivusta, sekavuudesta ja ihmisen tajunnantasosta silloin, kun potilas ei enää jaksa tai voi puhua. Glasgow Coma Scale (GCS) on kansainvälisesti käytetty mittari tajunnantason arviointiin. Mittarin avulla arvioidaan kuolevan ihmisen tajunnantaso ja mittarin avulla voidaan määrittää tajunnantaso kolmen osa-alueen yhteispisteytystä. Nämä kolme osa-alueita ovat silmien avaaminen (SI), puhuminen (PU) ja liikkuminen (LI). Pisteet jakautuvat 3–15 alueelle. Vakavan aivotoiminnan puutteen pisteytys on 3 ja normaalin aivotoiminnan pisteytys on 15 (Terveyskylä 2018; Terveyskylä 2019c.)

### **5.4 Hengitys**

Hengenahdistus on usein nesteenkertymän aiheuttama epämukava oire. Saattohoitopotilaiden ongelmina ovat usein vatsan tai keuhkopussin nestekertymä, vaikea anemia ja kakeksiasta seurannut hengitysilhasheikkous. Hengenahdistus koskettaa lähes kaikkia kuolevia potilaita: syömisen, kivun ja väsymykseen liittyvien ongelmien jälkeen hengitysvaikeudet ovat saattopotilaiden yleisin oire (Hänninen 2003, 132.) Ensisijaisesti kuolevan potilaan hengenahdistuksen lääkehoitona voidaan antaa opioideja tai bentsodiatsepiinia ihon alle tai laskimonsisäisesti. Näitä lääkkeitä voidaan käyttää myös esimerkiksi ahdistuneisuuden ja kivun hoitoon. Lääkkeettömiä hoitoja hengenahdistukseen ovat viileä tai kostea ilma ja asentohoito. Kertynyttä pleuranestettä voidaan poistaa dreenaamalla. Hengenahdistus ja hengityskatkot ovat useimmiten merkki lähestyvistä kuolemasta (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

## 5.5 Perushoito

Iho on kehon suurin elin, joka tukee kudoksia ja suojaa erilaisilta tulehduksilta. Kutina, hikoilu ja ihoinfektiot, metastasointiin liittyvät haavaumat ja painehaavat ovat yleisimpiä iho-oireita. Iho-oireet aiheuttavat usein sosiaalista eristäytymistä, sillä ihomuutokset ovat näkyviä ja niihin liittyy myös psykologisia ongelmia hajun ja erityksen sekä ruumiinkuvan muutosten vuoksi. Näkyvät haavaumat, toistuva hikoilu tai jatkuva kutina myös muistuttavat potilasta ja lähiympäristöä sairaudesta. Kehon riskialueita ovat ristiluu ja lonkat, kantapää, kyynärpäät, korvat ja olkavarret. Ennaltaehkäisy on hoitoa tärkeämpää: ”ei painetta, ei haavaumaa.” Itsehoito ja ihon kunnon ylläpito ovat iho-oireiden ennaltaehkäisyn avainasemassa (Hänninen 2003, 188, 191.)

Suun hoidossa päämääränä on syömisen helpottuminen kipua vähentämällä. Suun kostuttaminen on tärkeää epämukavan tunteen ja infektioiden välttämiseksi. Suun kuivuminen ja kipu ovat saattohoitopotilailla yleisiä oireita (Hänninen, 2003, 169.) Suun säännöllinen kostutus ja hoito auttavat kuivan suun aiheuttamaan kipuun (Korhonen ym. 2013). Suun alueella voi ilmetä monia erilaisia elämää hankaloittavia oireita kuten kuivuuden tunnetta, kipua ja puhumis- sekä syömisvaikeuksia ja nämä oireet pahentavat anoreksiaa ja kuihtumista (Hänninen, 2003, 169.)

## 5.6 Psykkinen hyvinvointi

Ruumiillisia oireita suurempia kärsimyksen aiheuttajia ovat kuolemaan liittyvä elämän päättymien, luopuminen ja pelko kuolemistavasta (Hänninen 2003, 206). Suru, pelko ja ahdistus ovat moniulotteisia käsitteitä, jotka tunnetaan eri tavoin ja eri näkökulmasta. Masennus ja ahdistuneisuus sekä sopeutumishäiriöt ovat yleisiä kuolevan potilaan psyykeen ongelmia. Oireiden tunnistaminen ja hoitaminen ovat tärkeä osa palliativista hoitoa, sillä hoitamattomina ne heikentävät elämänlaatua (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2019.)

### 5.6.1 Suru

Suru on normaali reaktio menetyksiin ja vastoinkäymisiin. Kukaan ei voi etukäteen tietää, kuinka suurta tuskaa läheisen menettäminen itselle aiheuttaa, vaikka suru käsitteenä onkin kaikille tuttu. Pahimmillaan suru vie kokijaltaan elämänhalun (Suomen mielenterveysseura 2015, 3-4, 6-7.) Jokainen ihminen kokee surun ja luopumisen omalla tavallaan, ja tärkeää olisi, että kukaan ei jää surunsa kanssa yksin (Terveyskylä 2019d).

Odottamaton ja äkillinen kuolema saattaa aiheuttaa kuolleen läheisille hallintantunteen menetyksen ja traumaattisen kriisin, josta toipuminen voi kestää jopa eliniän. Kuolemaan liittyvä suru vaikuttaa kokonaisvaltaisesti ja pitkäkestoisesti surevaan läheiseen ja hänen elämäänsä. Suru yksilöllinen, normaali ja etenevä prosessi (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen. Hoitotyön suositus 2018.)

Sureva voi kokea monia fyysisiä oireita, kuten vatsavaivoja, hengenahdistusta, pyörrytystä ja epämääräisiä rintakipuja. Tunteukset ovat täysin normaaleja, joskus hyvin voimakkaita, reaktioita tapahtuneeseen, jotka yleensä helpottuvat ajan kuluessa. Voimavarat ja keinot ovat yksilöllisiä, ja jokaisen tulisi saada surra omalle persoonalleen sopivalla tavalla (Suomen mielenterveysseura 2015, 6-8.)

### 5.6.2 Pelko

Yleisimpiä psyykkisiä oireita saattohoidettavalla ovat masennus, ahdistus, pelkotilat, unettomuus ja delirium. Pelko kuolemasta on aina läsnä kuolevalla ihmisellä ja hänen läheisillään (Hänninen 2003, 206.)

Kuoleman pelko ja tuska luovat äänettämiä kysymyksiä. Ajatukset kuolemasta aiheuttavat ahdistusta, sillä kuoleman on alueena tuntematon. Kuolinvuoteella sairaat usein ilmaisevat tuskaisuutta, mutta kysyttäessä onko kipuja, he sanovat, että niitä ei ole (Dodds 2011, 44.)



### 5.6.3 Ahdistuneisuus

Ahdistuneisuus voi johtua monesta eri tekijästä, kuten fyysisistä hallitsemattomista oireista, psyykkisistä oireista ja lääkityksestä. Ahdistuneisuuden taustalla voi olla alkoholin, opioidien tai rauhoittavien lääkkeiden käyttöön liittyvät vieroitusoireet, sillä kotihoidossa ollessaan potilas on voinut käyttää alkoholia tai lääkkeitä tavalla, josta lääkärillä ei ole tietoa. Psykkiset ja fyysiset oireet vaikuttavat lähes poikkeuksetta toisiinsa: kipu lisää masennusta, ja masentuneisuus laskee kipukyvystä ja saa kivun tuntumaan pahemmalta (Hänninen 2003, 207-212.)

## 6 LÄHEISTEN KOHTAAMINEN

Läheisen ihmisen kuolema aiheuttaa kaipausta. Sureva tahtoisi tietää, missä rakas vainaja on (Dodds 2011, 40.) Olennaisesti saattohoidon kokonaisuuteen kuuluu omaisten ja läheisten tukeminen sekä neuvonta ja käytännön asioiden ohjaus (STM 2010, 17). Vierellä olevalle läheiselle kuoleman hetki usein on tunteita herättävä kokemus ja on täysin luonnollista, että se voi herättää pelon ja ahdistuksen tunteita. On tärkeä keskustella hoitavan yksikön kanssa, jos hoitoon tai kuolemaan liittyen on jäänyt epäselviä asioita tai ikäviä kokemuksia (Terveyskylä 2018.) Kuolevan potilaan hoidossa on vaarana, että läheisten huomioiminen ei toteudu, sillä arvokkuudella, kuin olisi tarkoitus. Läheisten kohtaaminen saattohoitotyössä on yksi tärkeimmistä osa-alueista potilaan hoidon lisäksi. Heikkinen ym. (2004, 119) toteavat, että läheiset muistavat loppuikänsä sen hetken, jolloin viesti kuolemasta kerrottiin heille.

Tukea suruun ja luopumiseen voi hakea esimerkiksi erilaisista yhdistyksistä ja seurakunnan sururyhmistä. Jos läheisen menehtyminen aiheuttaa paljon ahdistuneisuutta tai pelkoa, yhteys kannattaa ottaa omaan terveyskeskukseen tai työterveyteen. Koska suru ja luopuminen ovat yksilöllisiä kokemuksia, on tärkeää, ettei kukaan jää surunsa kanssa yksin. Hoitohenkilökunnan hyvä suhde saattohoidossa olevaan ihmiseen ja hänen läheisiinsä luo turvallisuutta ja luottamusta, joka takaa hoidon sujuvuutta (Terveyskylä 2019d.)

### 6.1 Saattohoito kotona

Kotona tapahtuva saattohoito ja sitä seuraava kuolema ovat aina potilaan oma tahto. Erityistä huomioita tulee kiinnittää hyvän ja turvallisen hoitosuhteen luomiseen kotiutumisvaiheessa. Asioiden yksityiskohtainen sopiminen etukäteen kannattaa. Sovitut asiat kirjataan ja tiedon kulusta kodin ja hoitavan yksikön välillä huolehditaan hoitoon osallistuvien kesken. Tuki ja neuvot ovat potilaalle ja hänen läheisilleen tarpeen, ja heillä on oltava kaikkina vuorokauden aikoina mahdollisuus saada yhteys häntä hoitaviin henkilöihin (Etene 2004 16, 23.)

Saattohoitosuositusten mukaan kotisaattohoidon tulisi olla mahdollista sitä haluavalle. Kotisaattohoito mahdollistaa omien toiveiden mukaisen elämäntavan ylläpidon tukemalla ihmisarvoa ja yksilöllisyyttä. Usein koti edustaa ihmiselle omaa persoonaa ja yhteyttä läheisiin, tuttuutta ja turvallisuutta sekä jo elettyä elämää (Terveyskylä 2019e.)

Vuorovaikutustaidot ja itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioitus myös korostuvat työskennellessä potilaan kotona (STM 2004, 18). Kotisaattohoidossa omaisten kanssa sovitaan etukäteen, kuinka kuoleman tapahtuessa omaiset menettelevät ja kuinka he ottavat yhteyttä hoitohenkilökuntaan: näistä käytännönjärjestelyistä ja mm. yhteydenottotiedoista on annettava kotiin kirjalliset ohjeet. Jos saattohoidossa ollut kuolee kotona, poliisia ei tarvitse kutsua (Heikkilä, Kannel & Latvala 2004, 118-119.)

## **6.2 Elisabeth Kübler-Rossin (1926-2004) ja surun vaiheet**

1969 Elisabeth Kübler-Ross kehitti teorian viidestä surun vaiheesta, joita kutsutaan yleisesti DABDA:ksi. Kuolevan potilaan läheisen surun kuvaaminen on kyseisen teorian ydin. Teorian viisi vaihetta ovat kieltäminen, viha, kaupankäynti, masennus ja hyväksyminen (Gregory 2020).

Kuolevan ihmisen läheisen on hyvin vaikea ymmärtää ja myöntää, että hänelle tärkeä ja läheinen ihminen on kuolemassa ja heidän yhteiset hetkensä ovat päättyneissä. Läheisen on vaikea myöntää, että hän ei enää tule näkemään kuolevaa ihmistä tai kuule hänen ääntään. Ajatuksena läheinen voi kokea tämän kokonaisvaltaisesti lamaanuttavalta. Kun käsittelemme menetyksen todellisuutta, yritämme myös selviytyä emotionaalisesta kivusta (Clarke 2021).

Toisena tunteena suruprosessin edetessä on viha, kiukkuisuus ja mieltymä siitä, kuinka kuoleva ihminen on huonosti kohdellut itseään ja kehoaan. Vihaisuus voi ilmetä myös yksinäisyydestä, jonka kuoleva ihminen jättää taakseen. Viha on voimakas tunne, johon ei ole perusteltua syytä kuoleman kohdatessa. Vihan tunteet voivat kohdistua hoitohenkilökuntaan ja kuolleeseen läheiseen. On ajateltu, että vaikka ihminen saattaa vaikuttaa olevan loputtomassa vihan kierteessä, se haihtuu

ja mitä enemmän tuntee vihaa, sitä nopeammin se haihtuu, ja sitä nopeammin voi parantua. Ei ole terveellistä tukahduttaa vihan tunteita, sillä se on luonnollinen tunne surun keskellä – ja ehkä kiistatta välttämätön (Gregory 2020.)

Ihmisen on helppo paeta totuutta päästämällä mieli paikkaan, jossa on vaihtoehtoja. Kuolevan ihmisen läheisen kysymykset etsivät ratkaisua siihen, olisiko asioita ja elämää voinut tehdä toisin tai olisiko jotain muuta ratkaisua asiaan, kun kuolema. Huoli tulevaisuudesta ja oman itsensä sairastumisesta ajaa kuolevan tai kuolleen ihmisen läheisen käymään kauppaa siitä, kuinka kuolema ja sairastuminen jatkossa estettäisiin. Tämä avuttomuuden tunne voi saada ihmisen reagoimaan vastalauseena neuvottelemalla, mikä antaa meille tunteen hallita jotain, joka tuntuu niin hallitsemattomalta (Clarke 2021).

Kun suruprosessia käyvä ihminen on lähellä totuuden myöntämistä, mieli palaa reaalisuuteen ajatteluun ja silloin mieli voi masentua. Todellisuus on läsnä ja suru tuntuu raskaammalta ja vaikeammalta kantaa. Jokapäiväiset rutiinit voivat olla ylitsepääsemättömän raskaita hoitaa, eikä elämä tunnu enää elämisen arvoiselta. Surun käsittelyssä masennus on keino suojata itseään, mikä on tärkeä osa suruprosessia. Päivät jatkavat kulkuaan, mutta arjen pyörittäminen voi tuntua vaivanloiselta ja yksinäiseltä. Yksinäisyyden tunne voi kohdata ihmisen, vaikka ympärillä olevat ihmiset olisivat joka päivä läsnä (Clarke 2021).

Viimeisenä kuolleen ihmisen läheinen lähenee prosessin viimeistä vaihetta, jolloin hyväksytään läheisen ihmisen kuolema. Tämä ei tarkoita sitä, että ihminen päästäisi kokonaan irti kuolleesta läheisestä, mutta uuden elämä rakentaminen voi alkaa ilman häntä. Hyväksyminen on tunteiden, kuten surun ja syyllisyyden työstämistä pienin askelin. Kun hyväksymisen vaihe koittaa, kyse ei ole siitä, että emme enää tunne menettämisen tuskaa (Clarke 2021).

### 6.3 Viimeiset jäähyväiset

Hoitohenkilökunnan on hyvä tarjota mahdollisuutta nähdä vainaja ja jättää jäähyväiset viimeisen kerran. Läheisten kanssa on syytä käydä etukäteen läpi, mitä kuoleman hetkellä tapahtuu ja kuinka toimitaan hengityksen lakattua sillä se ehkäisee turhia toimenpiteitä ja lieventää pelkoja. Mikäli lääkäri tai hoitaja on paikalla huoneessa, hän pysyy taka-alalla antaen läheisten hyvästellä kuollut heille sopivalla tavalla (Korhonen ym. 2013.)

On järjestettävä rauhalliset, selkeät ja ihmisarvoa kunnioittavat ulkoiset puitteet vainajan hyvästelylle ja saattamiselle. Tukea tarjotaan vainajan läheisille ja heidän toiveistaan ja kokemuksistaan otetaan riittävästi selvää (STM 2004, 23.)

### 6.4 Käytännön asioiden hoitaminen potilaan kuoleman jälkeen

Lain (27/2004) mukaan ”ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet.” Ensisijaisesti ilmoitus tehdään vastuussa olevalle lääkärille (L27/2004). Poliisille ilmoitetaan ennakoimattomasta kuolemasta (Terveyskylä 2019f).

Valviran (2019) mukaan lääkärin tulee päättää kuoleman toteamisen menettelyta-voista, eli suorituspaikasta ja ajasta, sekä siitä millaisella aikavälillä vainaja siirretään kuolinpaikalta vainajien säilytyspaikkaan. Kuollutta ei saa siirtää vainajien säilytyspaikkaan ennen kuoleman toteamista. Kuoleman voi todeta laillistettu tai luvan saanut lääkäri tai laillistetun lääkärin tehtävää valtiolla, kunnassa tai kuntayhtymässä hoitava lääketieteen opiskelija. Potilasasiakirjoihin on tehtävä merkintä kuoleman toteamisesta ja sen ajankohdasta (L27/2004).

Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen (2019) mukaan lääkäri laatii kuolintodistuksen ja lausunnon kuoleman syystä, kun kaikki kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tutkimukset on saatu päätökseen. Asiakirjojen arvioitu valmistumisaika on noin kolmesta kuuteen kuukauteen.

## 7 SAATTOHOITO OPPAAN LAATIMINEN

Kirjallisen oppaan tarkoitus on tukea suullista ohjeistusta. Opas voi olla ohjeistuksena potilaalle ja hänen läheisilleen ja hoitohenkilökunnalle missä vaiheessa hoitopolkua tahansa. Yleisesti ottaen opas hoitohenkilökunnan käyttöön on yksilöity tiettyyn osa-alueeseen, kuten tämä tuleva opas on rajattu saattohoitoon kotihoidossa.

Tekstin sisältö vaatii usein suunnittelua, johon kuuluu tekstin sisällön ja rakenteen suunnittelu ja ideointi. Tekstin ulkoasua on mietittävä jo suunnitteluvaiheessa (Alajärvi, Hägg, Kärkkäinen, Leveelahti, Vallisaari, Vuorio & Yli-Kerttula 2014, 110.) Työelämän kaikissa teksteissä käytetään asiatyyliä. Asiatyyli on havainnollista, asiakeskeistä ja tiivistä kieltä (Alajärvi ym. 2014, 105.) Otsikko tuo esiin tekstin pääasian ja pääotsikon lisäksi kannattaa käyttää väliotsikoita, jotka auttavat lukijaa saamaan silmäilemällä kokonaiskuvan tekstistä. Väliotsikot ovat tarpeen, jos teksti on pitkä ja monisivuinen tai jos tekstin pääkohdat halutaan osoittaa yhdellä silmäyksellä (Alajärvi ym. 2014, 115.)

Oppaan tarkoitus on olla ohjenuora kotihoidon työntekijöille. Oppaaseen sisällytettiin palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon kuuluvien erikoistahojen puhelinnumerot ja ohjeet, milloin näihin tahoihin voi tarvittaessa olla yhteydessä.

Onnistuneen ohjeen/oppaan tavoittelijan kannattaa muista ainakin kolme asiaa: tunnista ohjattavan toiminnan olennaiset tiedot ja vaiheet, käytä käskymuotoa sekä esitä ohjeet helposti hahmottuvassa muodossa (Kotimaisten kielten keskus 2020). Tekstiä on helppo luonnostella, kun tietää, mitä haluaa tekstillä kertoa (Alajärvi ym. 2014, 111). Aiheen herkkyyden vuoksi opinnäytetyön tekijät kuitenkin välttivät käskymuodon käyttöä oppaassa. Järkeen vetoavassa tekstissä keskitytään tosiasioihin ja tyyli on asiallista sekä suhteellisen neutraalia (Alajärvi ym. 2014, 127).

Suunnitteluun otetaan mukaan myös sidosryhmä, että oppaasta tulee Vaasan kaupungin kotihoidon kriteerien sallima opas ammattikäyttöön. Saattohoidon opas sisältää tiivistetyssä muodossa tämän opinnäytetyön tietopohjan on sisältää tarkemmin toimintaohjeita kenttätyöhön.

Sidosryhmien sitouttaminen on tärkeä, mutta välillä suuritöinen kokonaisuus. Viestinnällä on tärkeä merkitys hyvän sidosryhmäyhteistyön tukena. Projektipäällikön keskeisenä tehtävänä on olla yhteydessä eri sidosryhmien edustajien kanssa ja saada heidät puolelleen projektin edistämiseksi (Mäntyneva 2016, 128.)

Tietoa on osattava hakea oikein ja eri paikoista. Tiedonhaussa ja tietolähteiden käytössä pitää olla kriittinen. E- kirjat ja -lehdet, verkkosivut sekä tietokannat, jotka ovat sähköisiä tietokokoelmia, ovat tyypillisiä verkkolähteitä (Alajärvi ym. 2014, 17.) Opinnäytetyöhön tarvittava tiedonhaku toteutettiin tietokantoja ja muuta aiheeseen liittyvää tietokirjallisuutta hyödyntäen. Teoreettisen tiedon haun käsitteet olivat: palliatiivinen hoito, saattohoito, opas ja kotihoito.

Tämän oppaan laatimisessa pyritään siihen, että tekstisisältö ja ulkoasu on aihetta kunnioittava ja tuntee työn tilaajan tarpeen. Tiedostettuina riskejä on kaksi: ohjeita ei aina välttämättä lueta ja oppaan tekstin vaikea ymmärrettävyys. Jos on olemassa vaara väärin ymmärtämiseen, väärin ymmärryksiä tulee varmasti. Jokaisen oppaan ensimmäisenä sääntönä voisi pitää sen, että oppaan ensimmäinen vilkaisu kertoo mitä asiaa opas koskee ja kenelle se on suunnattu.

Kun projektin tulokset saadaan valmiiksi, projektin toteutuksesta on tehty loppuraportti ja tilaaja hyväksyy tuotoksen, projektin päättäminen on ajankohtainen (Mäntyneva 2016, 144).

## 8 POHDINTA

Tässä osiossa on pohdintaa koko projektista, sekä arviointia siitä, miten opinnäytetyön tekeminen on sujunut.

Opinnäytetyön prosessi on kokonaisuudessaan iso projekti. Työn tekijöillä oli aluksi vaikeuksia rajata opinnäytetyön aihe kompaktiin kokoon, sillä aihealue on todella laaja. Työn tekemisessä huomattu myös, että saattohoitoon liittyviä kirjoja on rajallinen määrä kirjastoissa, eikä aivan tuoreinta teosta ole saatavilla. Tietokannat ja Duodecim sekä käypähoitosuositukset tarjosivat tuoreinta tietoa aiheesta.

Mielekkäintä tässä työssä on ollut huomata oma kehitys tiedonhakuun ja oman projektin muotoutuminen kokonaiseksi tietopakettiksi. Yhteistyö työn tilaajan kanssa on ollut saumatonta ja helppoa.

Heikkouksia löytyi työn tekijöiltä matkan varrella monta. Ensiksi eteen tuli kokeamattomuus näin ison projektin tekemisessä. Rajalliset atk-aidot tuovat aina oman haasteensa. Kuitenkin työn tekijöillä on taito kääntää heikkous vahvuudeksi. Opetelemalla ja kokeilemalla heikkoudet kääntyivät vahvuudeksi. Vallalla ollut pandemia hankaloitti sopivien tilojen hyödyntämistä ja aiheutti ajoittain motivaationpuutetta sekä muutti alkuperäistä suunnitelmaa toteuttaa opinnäytetyö tiiviillä tapaamisella työn tekijöiden kesken.

Itse oppaan kokoaminen oli ajoittain haastavaa, sillä kuten koko opinnäytetyön, myös oppaan rajaaminen sopivan napakaksi paketiksi oli alkuun hankalaa. Työn tilaaja antoi tekijöille suhteellisen vapaat kädet oppaan laatimiseen, joten tekijät kokosivat oppaan sisällyttäen työn tilaajan toiveet, oppaiden kokoamista käsittelevät ohjeet sekä omat mieltymykset selkeäksi ja helppolukuisiksi kokonaisuudeksi.

Vaikka saattohoito oli molemmille työn tekijöille jo entuudestaan tuttu aihe käytännön kautta, koimme oppineemme ja sisäistävämme kokonaisvaltaista palliatiivista- ja saattohoitoa kattavammin ja syvemmin, varsinkin kotihoitoyön aspektista. Lisäksi työn tekijät kokivat, että oppaan sisältämien asioiden vieminen kentälle,



ilman palliatiivista hoitolinjaustakin, lisäsi työn tekijöiden tietotaitoa heidän omassa työssään.

## LÄHTEET

Alajärvi, K., Hägg, M., Kärkkäinen, V., Leveelahti, S., Vallisaari, M., Vuorio, P. & Yli-Kerttula M. 2014. Ammattilainen viestii, 17, 105, 110-111, 115, 127. Sanoma Pro. Helsinki.

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa, 7. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Clarke, J. 2012. Five stages of grief. Learning about emotions after loss can help us heal. Very well mind. Viitattu 20.1.2021. <https://www.verywellmind.com/five-stages-of-grief-4175361>

Dodds, E. 2011. Kammatkaa minun hiukseni, 40, 44. Mediapinta.

Ely, E., Kotfis, K., Szydłowski, L., Zegan-Barańska, M. & Żukowski, L. 2017. Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients — Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale) Anaesthesiology Intensive Therapy 2017. 49, 1, 66–72.

Gregory, C. 2021. Five Stages of grief. Understanding the Kubler-Ross model. Remedy health media. Viitattu 20.1.2021. <https://www.psycom.net/depression.central.grief.html>

Heikkinen, H., Kennel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle, 62-63, 119. WSOY. Porvoo.

Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito, 44, 81, 89, 92, 101, 105, 132, 156, 163-164, 169, 188, 197-198, 201, 206-212. Gummerus. Helsinki.

Jäntti-Leivo, M. 2018, Kansalaisten käsityksiä kuolemasta ja hyvästä kuolemasta, 41. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 20.1.2021. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50103#s8>

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim aikakauskirjat. Viitattu 3.2.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>

Kotihoito. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.11.2019 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Kotihoito ja kotipalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.11.2019 <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Kotimaisten kielten keskus 2020. Vinkkejä ohjetekstin tekijöille. Helsinki. Viitattu 24.5.2020. [https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakieliyhjeita/ohjeita\\_ohjeiden\\_tekijoille](https://www.kotus.fi/ohjeet/virkakieliyhjeita/ohjeita_ohjeiden_tekijoille)

Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, 15-16, 20, 23. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettama työryhmä. 2004. Helsinki. Viitattu 20.5.2020. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyvat+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e>

Kuoleman toteaminen. 2019. Valvira. Helsinki. Viitattu 24.5.2020. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/kuoleman\\_toteaminen](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/kuoleman_toteaminen)

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.2.2021. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Kuolinsyyt. 2018. Tilastokeskus. Tilasto. Helsinki. Viitattu 24.5.2020. [https://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt\\_2018\\_2019-12-16\\_kat\\_001\\_fi.html](https://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_001_fi.html) ok

L 13.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 24.5.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.2.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P4a>

L 27/2004. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus kuoleman toteamisesta Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 21.5.2020. <https://www.finlex.fi/laki/alkup/2004/20040027>

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon henkilöistä. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 24.5.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 28.11.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019 Ennakoiva loppuelämän hoitosuunnitelma, 341. Katsaus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 24.5.2020. <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.puv.fi/xmedia/duo/duo14788.pdf>

Lähellä kuolemaa. 2021. Suomen lääkäriliitto. Viitattu 3.2.2021. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/elaman-loppu/lahella-kuolemaa/>

Mielikäinen, L. & Kuronen, R. 2019. Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumis- palvelut marraskuussa 2018 41. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisuarkisto Julkari. Viitattu 28.11.2019.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019111337862>

Mielikäinen, L. & Kuronen, R. 2019. Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marras- kuussa 2018 21, 15. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisu- arkisto Julkari. Viitattu 28.11.2019.  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019052917651>

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti, 19-17, 128, 144. Kauppakamari. Viro.

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lää- käriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.12.2020.  
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi, 21, 34. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Suru. 2015, 3-1, 6-8. Suomen mielenterveysseura. Suomen mielenterveysseuran SOS- kriisikeskuksen työryhmä. Toim. Liikamaa, P. Grano. Helsinki. Viitattu 21.2.2021. [https://mieli.fi/sites/default/files/materials\\_files/mieli\\_suru\\_netti.pdf](https://mieli.fi/sites/default/files/materials_files/mieli_suru_netti.pdf)

SWOT-analyysi-malleja. 2021. Storyboardthat. Viitattu 20.1.2021.  
<https://www.storyboardthat.com/fi/articles/b/swot-analyysi-malleja>

Terveyskylä 2018. Kuoleman lähestyminen. Palliativinen talo. Viitattu 26.2.2021  
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-l%C3%A4hestyminen>

Terveyskylä 2019a. Hoitotahto. Palliativinen talo. Viitattu 26.1.2021.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/hoitotahto>

Terveyskylä 2019b. Opi arvioimaan kipua. Kivunhallintatalo. Viitattu 3.2.2021.  
<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

Terveyskylä 2019c. Tajunnantason arviointi. Aivotalo. Viitattu 24.5.2020.  
<https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivovammat/tietoa-aivovammoista/tajunnantason-arviointi>

Terveyskylä 2019d. Suru ja luopuminen. Palliativinen talo. Viitattu 24.5.2020.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/suru-ja-luopuminen>

Terveyskylä 2019e. Kotisaattohoito. Palliativinen talo. Viitattu 26.1.2021.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/saattohoidossa/kotisaattohoito>

Terveyskylä 2019f. Saattohoidossa kuoleman jälkeen huomioitavaa. Palliatiivinen talo. Viitattu 24.5.2020. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-jälkeen-huomioitavaa>

Valvira 2020. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 26.1.2021. [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito)

Valvira. 2019. Kivun hoito. Viitattu 24.5.2020. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

Vierula, H. 2019. Rakenteita on, osajia ei. Lääkärilehti. Viitattu 5.12.2019. <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.puv.fi/ajassa/ajankohtaista/rakenteita-on-osajia-ei/>

Äkillisesti kuolleen henkilön läheisen tukeminen. Hoitotyön suositus 2018. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön Tutkimussäätiö. Viitattu 26.1.2021. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2018/11/killisesti-kuolleen-henkilon-laheisten-tukeminen.pdf>

**LITTEET**

LIITE 1 Saattohoito-opas kotihoidon työntekijöille



# SAATTOHOITO-OPAS KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE



## Sisällys

<b>ALKUSANAT .....</b>	<b>3</b>
<b>LAADUKAS SAATTOHOITO .....</b>	<b>4</b>
<b>SAATTOHOIDON LAINSÄÄDÄNTÖ .....</b>	<b>5</b>
<b>PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITOTYÖ .....</b>	<b>6</b>
<b>SAATTOHOIDETTAVAN KOHTAAMINEN .....</b>	<b>7</b>
<b>LÄHEISTEN KOHTAAMINEN .....</b>	<b>7</b>
<b>HOITOTAHTO .....</b>	<b>8</b>
<b>HOITOSUUNNITELMA ELÄMÄN LOPPUVAIHEESEEN .....</b>	<b>8</b>
<b>KIPU .....</b>	<b>9</b>
<b>OPIOIDIT .....</b>	<b>10</b>
<b>KIPUMITTARIT .....</b>	<b>11</b>
<b>HENGITYS .....</b>	<b>14</b>
<b>MAHA- JA SUOLIKANAVAN OIREET .....</b>	<b>14</b>
<b>SUUN HOITO .....</b>	<b>14</b>
<b>RUOKAHALUTTOMUUS JA KUIHTUMINEN .....</b>	<b>15</b>
<b>IHO-OIREET .....</b>	<b>15</b>
<b>DELIRIUM .....</b>	<b>15</b>
<b>LÄHESTYVÄN KUOLEMAN MERKIT .....</b>	<b>16</b>
<b>KOTISAATTOHOITO .....</b>	<b>16</b>
<b>KUOLEMA KOTONA .....</b>	<b>16</b>
<b>YHTEYSTIEDOT .....</b>	<b>18</b>



## ALKUSANAT

Tämä opas on tehty antamaan sinulle ohjeita saattohoitopotilaan ja hänen läheisten kokonaisvaltaisessa hoidossa ja tukemisessa. Tähän on koottu saattohoitopotilaan hoitoon liittyviä seikkoja, sekä tarvittavat yhteystiedot kuoleman lähestyessä ja kohdatessa.

## LAADUKAS SAATTOHOITO

Saattohoito tarkoittaa kuolevan ihmisen kokonaisvaltaista ja hyvää loppuelämän hoitoa, sekä kunnioittavaa hoitoa kuoleman jälkeen.

Edellytys saattohoitopäätökselle on parantumaton ja etenevä sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa tai sairautta hidastavaa hoitoa tai ihminen on hoidosta kieltäytynyt.

Tavoitteena on, että kuoleva ihminen saisi mahdollisimman hyvän ja kivuttoman loppuelämän. Saattohoito on osa oireenmukaista hoitoa, joka ajoittuu kuoleman läheisyyteen.

Saattohoidossa keskitytään ihmiseen ja hänen elettyyn elämäänsä, kivun ja kärsimyksen lievittämiseen, sekä psyykkisten, fyysisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden hoitamiseen.

Kun saattohoito on ammattitaitoista, se tuo turvaa henkilöstölle ja saattohoidettavalle, sekä hänen läheisilleen.



## SAATTOHOIDON LAINSÄÄDÄNTÖ

Perustuslaissa 731/1999 säädetään, että ihmiset ovat yhdenvertaisia, eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Perustuslain 11§ pykälässä säädetään, että uskonnon ja omantunnon vapauteen sisältyy oikeus tunnustaa ja harjoittaa uskontoa, oikeus ilmaista vakaumus ja oikeus kuulua tai olla kuulumatta uskonnolliseen yhdyskuntaan.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 säädetään, että potilaalla on oikeus hyvään ja terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaamustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitamaan potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai toimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua.

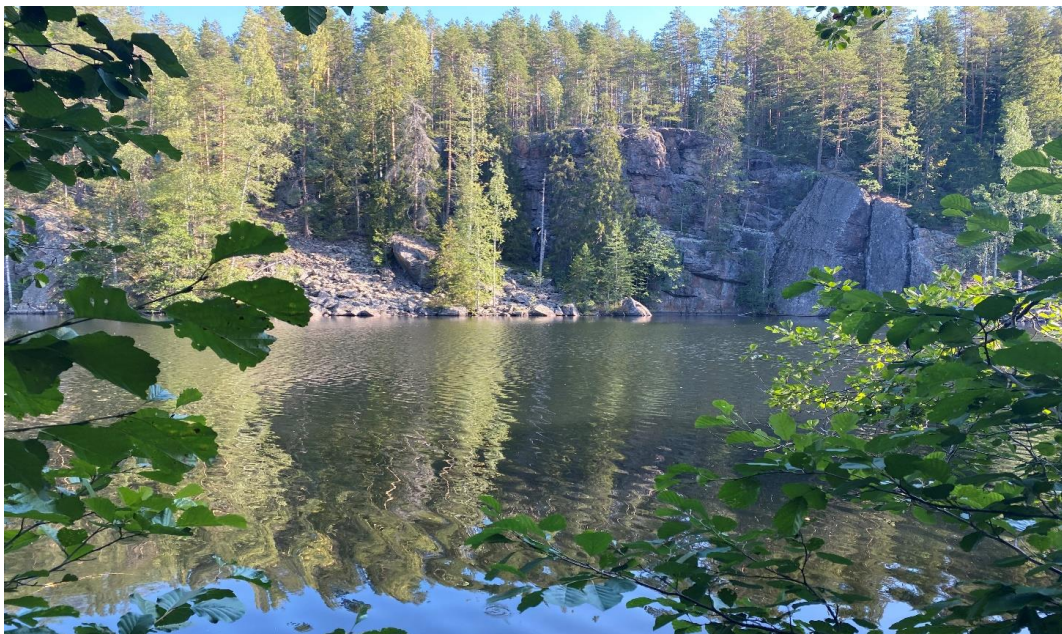
Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä 17§ velvoittaa, että terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen.

Yhdenvertaisuuslain 1325/2014 tarkoituksena on edistää yhdenvertaisuutta ja ehkäistä syrjintää sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvaa.

(Finlex)

### **PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITOTYÖ**

Palliatiivinen hoitotyö on parantumattoman sairaan elämän loppuvaiheen aktiivista hoitoa. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, joka ajoittuu elämän viimeisiin kuukausiin ja viikkoihin. Hyvä elämän loppuvaiheen hoito taataan hoitolinjauksilla, jotka on tehty hyvissä ajoin potilasta ja potilaan läheisiä kuunnellen. Palliatiivisen potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä, joka tekee saumatonta yhteistyötä potilaan parasta ajatellen. Palliatiivisen ja saattohoidon käypähoitosuosituksessa keskeisin sanoma on, että potilaan hoito keskittyy sairauden ja lähestyvän kuoleman tuomien fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja eksistentiaalisten kärsimysten lievittämiseen ja elämänlaadun parantamiseen.



## **SAATTOHOIDETTAVAN KOHTAAMINEN**

Kuoleva potilas kohdataan aina arvokkaasti ja kunnioittaen. Hyvä kohtelu parantaa potilaan hoitomyönteisyyttä ja luottamusta hoitosuhteen syntymiseen. Saattohoidossa oleva potilas ei pelkäästään kuolea, vaan myös tiedostaa kuolevansa. Vakavasti sairas potilas tuntee ahdistusta ja pelkoa tulevasta, silloin aito läsnäolo ja kuunteleminen ovat hoidon kulmakivinä. Potilasta ei tule painostaa puhumaan tulevasta kuolemasta, jos hän ei itse ota asiaa esille. Suurempaan arvoon nousevat eletty elämä ja siihen liittyvät merkityksellisimmät muistot.

## **LÄHEISTEN KOHTAAMINEN**

Saattohoidon kokonaisuuteen kuuluva olennaisesti omaisten ja läheisten tukeminen, neuvonta ja käytännön asioiden ohjaus (STM 2017). Kuoleman hetki on usein vierellä olevalle läheiselle pelon ja ahdistuksen tunteita herättävä kokemus, mikä on täysin normaalia. Myös kuoleman jälkeen on tärkeä keskustella läheisen kanssa, jos hoitoon tai kuolemaan liittyen on jäänyt epäselvyyttä tai ikäviä kokemuksia. Kuolevan potilaan hoidossa on vaarana, että läheisten huomioiminen ei toteudu arvokkaasti. Potilaan hoidon lisäksi, läheisten kohtaaminen on yksi tärkeimmistä tehtävistä saattohoitotyössä. Hoitohenkilökunnan, saattohoidossa olevan ihmisen ja läheisten hyvä suhde luo turvallisuutta ja luottamusta.

Turvallisuuden ja luottamuksen kautta hoitotyön sujuvuus paranee. Omaisilta ja läheisiltä kannattaa kysyä, saako heille soittaa, kun saattohoidettavan oletetaan menehtyvän lähiaikoina.

## **HOITOTAHTO**

Valvira (2015) luonnehtii hoitotahdon olevan hoitoa koskeva tahdonilmaisu siltä varalta, että henkilö ei pysty osallistumaan itseään koskeviin hoitopäätöksiin tajuttomuuden, sairauden, vanhuuden heikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahtoon henkilö voi kirjata hoitoaan koskevia ohjeita ja toiveita; siinä voi myös esimerkiksi kieltäytyä (sinänsä lääketieteellisesti perustelluistakin) hoitotoimenpiteistä. Hoitotahdon avulla on mahdollista helpottaa niin läheisten, kun hoitoon osallistuvienkin toimintaa. Hoitotahdon voi tehdä vapaamuotoiseksi (liite 3) tai valmiille lomake- pohjalle, jotka löytyvät muistiliiton, sekä THL:n verkkosivuilta (liite 4 ja 5).

## **HOITOSUUNNITELMA ELÄMÄN LOPPUVAIHEESEEN**

Parantumattoman sairauden diagnosoinnin jälkeen on ajoissa hyvä keskustella konkreettisesta hoitosuunnitelmasta elämän loppuvaiheessa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 velvoittaa, että suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Ennakoivan loppuelämän hoitosuunnitelman (advance care planning, ACP) laatii hoitava lääkäri yhdessä pitkälle edennyttä ja kuolemaan johtavaa sairautta sairastavan ja tarvittaessa tämän läheisten kanssa.

Linjaus potilaan palliatiiviseen hoitoon tulisi tehdä riittävän varhaisessa vaiheessa. Riittävän varhain tehty hoitopäätös auttaa potilasta sopeutumaan tulevaan saattohoitoon.





## KIPU

Kivunhoidon arviointi ja suunnittelu pyritään aina toteuttamaan yksilöllisesti potilaan kipukokemuksen mukaan. Kivun hoidon tavoitteena on kivun turvallinen ja tehokas lievittäminen, toimintakyvyn mahdollinen parantaminen ja elämänlaadun kohentaminen. Hyvä kivunhoito luo hyvän perustan myös potilaan ja hoitohenkilökunnan väliselle hoitosuhteelle.

Kipulääkkeet valitaan aina potilaan kivun voimakkuuden mukaan ja huolehditaan potilaan suullisesta ja kirjallisesta ohjauksesta. Potilaan omakohtainen kivun arvioinnin säännöllisyys, sekä kipulääkkeiden titraustarpeen arviointi mahdollisesti parantaa potilaan kivuttomuutta elämän loppuvaiheessa. Useasti aloitetaan kipuun opioidilääkitys (vaikuttaa keskushermoston kautta), johon lisätään heikko nonopioidi lisäksi, kuten esimerkiksi tulehduskipulääke tai parasetamoli.

Ikäihmisten fysiologisten muutosten myötä lääkeaineiden jakautuminen, metabolia ja erittyminen muuttuu, joten opioidien aloituksessa tulee olla varovainen. Ensisijaisesti lääkkeet annetaan suun kautta

(p.o) tabletteina, kapseleina tai oraaliliuoksina. Lääkäri määrää aina käytettävän lääkityksen ja lääkkeiden annosmuutokset.

### PARASETAMOLI (esim. Panadol)

- Kivun lievitys kohtalainen
- Alentaa kuumetta/kehon lämpötilaa
- Haittana lääkkeen maksatoksisuus

### IBUPROFEENI - TULEHDUSKIPULÄÄKE (esim. Burana)

- Lieviin ja keskivaikeisiin kipuihin
- Vähentää tulehdusta ja kipua aiheuttavien välittäjäaineiden muodostumista
- Haitat: maha-suolikanavan ongelmat, hyytymistekijöiden heikentyminen ja varfariinin kanssa yhteiskäyttö aiheuttaa verenvuotovaaran

### OPIOIDIT

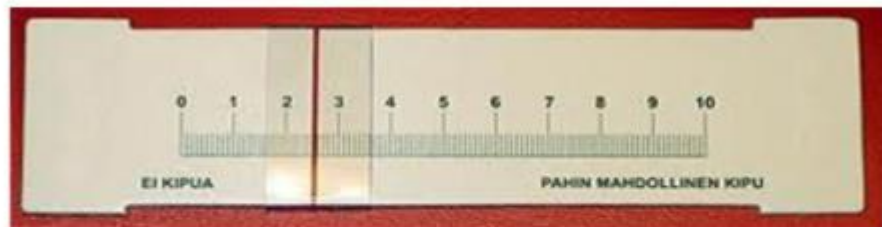
- Keskushermoston kautta vaikuttavia lääkkeitä
- Kohtalaisen ja voimakkaan kivun hoitoon
- Heikot opioidit (esim. Panacod), joilla on kattovaikutus eli kattovaikutuksen jälkeen lääkkeen lisäys ei vaikuta tehoon
- Keskivahvat opioidit (esim. Temgesic), lääkkeen lisäys vaikuttaa kivun hoidon tehoon
- Voidaan annostella eri reittien kautta (esim. p.o, i.m, i.v)
- Haitat: pahoinvointi, kutina, ummetus ja väsymys



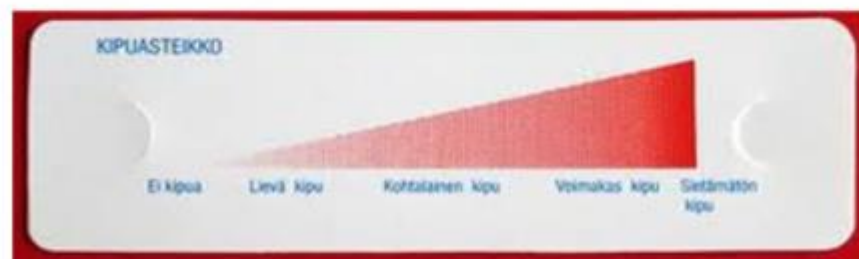
## KIPUMITTARIT

Kivun arviointi tapahtuu potilaan kokemuksen kautta ja aina yksilöllisesti. Tilanteessa, jossa potilas ei itse kykene ilmaisemaan kivun voimakkuutta, voidaan käyttää kivun arviointiin kipumittareita. Kipumittarien lisäksi käytetään havainnointia, sekä arvioidaan potilaan ilmeitä, eleitä, ääntelyä ja kehonkieltä. Mittareissa pisteiden suuruus on verrannollinen kivun kokemisen määrään.

### VAS eli visuaalialianalogiasteikko



### Kipukiila



PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)			
Havaintokategoria	Pisteluuokka		
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittainen vaivalloista Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekkästä ja vaivalloista Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne-Stokes -tyyppinen hengitys
Ääntely	Ei ääntelyä Tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikerointia tai voihketta Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua Äänekkästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä Levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu

<b>Käyttäytymiskipumittari, BPS</b>		
<b>Pääkohta</b>	<b>Selite</b>	<b>Pisteitys</b>
<b>Kasvojen ilmeet</b>	Kasvot rentoutuneet	1
	Kasvot osittain jännittyneet (kulmien kurtistus)	2
	Kasvot jännittyneet	3
	Irvistää	4
<b>Yläraajojen liikkeet</b>	Liikkumattomat yläraajat	1
	Osin taivutetut yläraajat	2
	Täysin taivutetut yläraajat, sormet fleksiassa	3
	Pysyvästi taivutetut yläraajat ja sormet	4
<b>Sopeutuminen hengitystukeen</b>	Hyvä sopeutuminen hengitystukeen	1
	Yskii, mutta sietää suurimmaksi osaksi hengitystuen	2
	Vaikea sietää hengitystukea	3
	Ei siedä hengitystukea	4
		___/12 pst.

CPOT		
Pääkohta	Selite	Pisteytys
<b>Kasvojen ilmeet</b>	Kasvot rentoutuneet	0
	Kasvot osittain jännittyneet (kulmat kurtussa)	1
	Kasvojen yläosan lihakset supistuneet, silmät tiukasti suljettuina	2
<b>Kehon liikuttaminen</b>	Ei liiku tai liike on rauhallista ja tarkoituksenmukaista	0
	Hidas, tarkoituksenmukainen liike, kipukohdan hierominen ja koskettaminen, hakee huomiota	1
	Motorisesti levoton, yrittää nousta istumaan tai poistua sängystä, ei noudata kehoituksia, pyrkii poistamaan valvontalaitteita	2
<b>Lihaskäntä passivisessa fleksiassa ja ekstensiassa</b>	Ei vastusta passiivisia liikkeitä	0
	Vastustaa passiivisia liikkeitä	1
	Vastustaa voimakkaasti passiivisia liikkeitä	2
<b>Ääntely</b>	Normaali puhe tai ei ääntelyä	0
	Huokailu, valitus	1
	Itku, nyhkytys	2
<b>Hengitystukeen sopeutuminen</b>	Helppo ventilaatio, ei hälytyksiä hengityskoneesta	0
	Hälytyksiä, mutta ne korvautuvat spontaanisti	1
	Epäsynchroniaa: tukkeutunut hengitys, jatkuvia hälytyksiä hengityskoneesta	2
		___/8 pst.

## **HENGITYS**

Elämän loppuvaiheessa hengitykseen liittyvät oireet ovat yleisiä. Syinä voivat olla COPD (keuhkohtaumatauti), keuhkoissa oleva kasvain, pleuraneste, askites, vaikea sydänsairaus, verenkiertoon liittyvät ongelmat, kuten keuhkoveritulppa, keuhkoödeema, ALS, kakeksia ja psyykkiset tekijät (ahdistuneisuus ja pelko).

Opioideista on tutkittua näyttöä hengenahdistuksen hoidossa. Asentohoito ja tuulettaminen voivat myös auttaa hengenahdistukseen.

## **MAHA- JA SUOLIKANAVAN OIREET**

Parantumattomasti sairailta pahoinvointi, oksentelu ja ummetus ovat yleisiä oireita. Maha-suolikanavan vaivoja tulee hoitaa oireenmukaisesti. Opioidien käytön aloituksessa on tärkeää aloittaa ummetuksen ehkäisevä hoito. Kuidun lisääminen ei ole ratkaisu, varsinkaan silloin, jos potilas juo huonosti. Tyypillisimmät lääkkeet ummetukseen ovat Levolac ja Lactulos tai peräruiskeena annettava Microlax. Opioidien aiheuttamaan ummetukseen voidaan käyttää metyyliinaltreksonibromia (Relistor) tai naloksegolia (Moventig). Oksikodonia ja naloksonia sisältävää yhdistelmävalmistetta (Targiniq) voidaan käyttää kivun lievittämiseen ja se sisältää samalla ummetusta ehkäisevää naloksonia.

## **SUUN HOITO**

Suun kuivumiseen yleisin syy on lääkkeiden vaikutukset. Suun kuivuminen altistaa limakalvojen rikkoutumiselle ja sieni-infektioille. Suun hygieniasta huolehtiminen ja suun kostuttaminen ehkäisevät infektoita, haavaumia ja kipua. Jos potilas ei itse kykene juomaan nesteitä, suuta voi kostuttaa kostutusgeelillä, kostutuspuikoilla tai kostutussprayllä.

## **RUOKAHALUTTOMUUS JA KUIHTUMINEN**

Sairauden edetessä potilaan ruokahalu hiipuu ja tahaton laihtuminen (kakeksia-anoreksia) on yleistä, josta kärsii noin 80 % elämän loppuvaiheen hoidossa. Ravitseminen tai nestehoito ei paranna elämän loppuvaiheessa olevan elämän laatua tai pidennä elinaikaa. Myös nesteiden nauttiminen vähenee. Ylimääräinen neste ja keinotekoinen nesteytys ovat kuolevalle potilaalle taakka. Neste kertyy keuhkoihin tai vatsaonteloon ja turvotuksina raajoihin, sekä sydämen kuorma kasvaa.

## **IHO-OIREET**

Kutina on yleinen ihon oire kuolevalla potilaalla, mikä voi johtua lääkähoidosta (opioidit), kuivasta ihosta tai sappistaasista. Ihon vesipesu ja rasvaaminen ovat hyviä hoitokeinoja kutinaan, mutta myös perusedellytys ihon ehjänä pysymiseen.

Muita ihoon liittyviä oireita ovat haavaumat, painehaavat ja etäpesäkkeiden aiheuttamat ihon muutokset. Hikoilu on myös oire, jonka voi aiheuttaa sairaus itsessään, lääkitys tai vaihdevuodet. Pesu ja ihon jokapäiväisestä hoidosta huolehtiminen on ensiarvoisen tärkeää. Huulten rasvaaminen päivittäin ehkäisee huulten haavaumia.

## **DELIRIUM**

Delirium on akuutti aivotoiminnan häiriöstä johtuva sekavuustila. Deliriumin esiintyvyys on elämän loppuvaiheessa hyvin yleinen ilmiö. Sekavuustilan oireet ovat tarkkaavaisuuden ja ajattelun heikkeneminen, muistihäiriöt, uni- ja valverytmin muutokset, sekä emotionaaliset muutokset. Syitä deliriumin esiintyvyyteen ovat lääkehoito, infektiot, hypoksia, uremia, etäpesäkkeet, elektrolyyttihäiriöt ja hyperkalsemia. Deliriumista kärsivälle potilaalle on tärkeää järjestää turvallinen ja rauhallinen ympäristö. Ensisijainen hoito on lääketeon, mutta voidaan harkita myös psykoosilääkitystä tilanteen niin vaatiessa.

## **LÄHESTYVÄN KUOLEMAN MERKIT**

Kuoleman lähestyessä voidaan havaita erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä ennusmerkkejä. Potilas voi olla ruokahaluton ja erittäminen vähenee. Turvotusta saattaa esiintyä varsinkin alaraajoissa. Potilas voi olla haluton nousemaan vuoteestaan ja nukkuu paljon. Kuumetta voi esiintyä ja kivut voivat olla aiempaa kovempia mutta myös lievempiä. Periferia muuttuu kylmemmäksi ja sydämen syke heikkenee. Hengitys voi muuttua rohisevaksi, pinnalliseksi, haukkovaksi tai katkonaiseksi. Myös hengityskatkoksia voi ilmetä.

Tajunnantaso voi laskea, potilas voi olla sekava tai ahdistunut. Usein läsnäolo ja kosketus helpottavat ahdistuneisuutta. Kun potilas ei enää kykene suullisesti kuvaamaan oloaan, on tärkeää tarkkailla kivusta kertovia viestejä ilmeistä, eleistä, ääntelystä ja liikkeistä.

## **KOTISAATTOHOITO**

Kotisaattohoito toteutetaan paikassa, jonka potilas on tuntenut kodikseen viimeiset kuukaudet elämästään. Potilaan kodissa tapahtuva saattohoito vaatii turvalliset edellytykset mahdollisimman hyvään elämän loppuvaiheen hoitoon. Usein on tärkeää, että saattohoidossa on läheinen hoidossa aktiivisesti mukana, sekä ympärivuorokautista avun saantia tarpeen mukaan (kotisairaala). Saattohoito potilaalle on myös nimettynä oma tukiosasto, johon halutessaan saa siirtyä.

## **KUOLEMA KOTONA**

Kun suunnitellaan saattohoitoa kotona, henkilökunnan on hyvä olla tietoinen potilaan mahdollisista oireista ja voinnin muutoksista ja siitä kuinka muuttuvissa tilanteissa tulee toimia (liite 1 ja 2). Läheisten informointi ja ohjaus kuolemaan liittyvistä tilanteista on ensiarvoisen tärkeää. Saattohoidosta vastaava henkilökunta ei ole aina paikalla, mutta hoitokontakti on tavoitettavissa ympäri vuorokauden.

Kun potilas kuolee suunnitellusti kotona, poliisia ei tarvitse kutsua paikalle. Vainajan siirrosta huolehtii hautaustoimisto. Vainajan siirtoon ei ole aikarajaa ja siirrosta huolehtii hoitohenkilökunta tai vainajan läheinen, jos niin on sovittu.



**YHTEYSTIEDOT**

<u>Kotisairaala</u>	<u>040 741 5950</u>
<u>Terveystalo/Takapäivystys</u>	<u>030 360 700</u>
<u>Hautaustoimisto Forsell</u>	<u>06-318 321</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 1 Pohjoinen</u>	<u>06-325 1665</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 1 Länsi</u>	<u>06-325 1257</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 1 Itä</u>	<u>06-325 1237</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 2 Palosaari tiimi 1</u>	<u>06-325 2804</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 2 Palosaari tiimi 2</u>	<u>06-325 2905</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 2 Palosaari tiimi 3</u>	<u>06-325 2106</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 3 Huutoniemi</u>	<u>06-325 2110</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 3 Kiilapalsta</u>	<u>06-325 1804</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 3 Ristinummi/Vanha Vaasa</u>	<u>06-325 1809</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 3 Purola/Teeriniemi</u>	<u>06-325 2210</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 4 Vöyrinkaupunki</u>	<u>06-325 2387</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 4 Vuorikatu</u>	<u>06-325 2389</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 4 Keskusta/Asema</u>	<u>06-325 2058</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 4 Sundom</u>	<u>06-325 1659</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 5 Vähäkyrö</u>	<u>06-325 8504</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 5 Gerby</u>	<u>06-325 2103</u>



<u>Kotisairaanhoito alue 5 Koskisuo</u>	<u>06-325 2109</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 6 Hietalahti Länsi</u>	<u>06-325 2048</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 6 Hietalahti Itä</u>	<u>06-325 1627</u>
<u>Kotisairaanhoito alue 5 Korkeamäki/Suvilahti</u>	<u>06-325 1637</u>

Työn tekijöinä ovat Marja Ketomäki ja Anni Kiiskilä.

Toteutettu opinnäytetyönä Vaasan ammattikorkeakoulussa vuonna 2021.

Valmis opinnäytetyö löytyy Theseus-tietokannasta.

Kuvat: Marja Ketomäki

**LIITE 2**

Päivitetty 27.3.2020/ Koti-ja laitoshoidon yl  
M.Råback

**Toimintaohjeet kuolemantapauksessa Koti-ja laitoshoidon toimintayksiköissä (kotihoidon asiakkaat, palveluasumisen asiakkaat ja laitoshoidon potilaat)**

Kun asiakas/potilas todetaan elottomaksi, ilmoitetaan asiasta vastuulääkärille tai takapäivystykseen. Yöaikaan (klo 21–08) odotettavissa olleen kuolemantapauksen ilmoitus-soitto lääkärille voi odottaa seuraavaan aamuun. Mikäli ilmoitus on tehty takapäivystäjälle, tulee heti seuraavana arkipäivänä ilmoittaa kuolemasta myös vastuulääkärille, jotta hän voi laatia tarvittavat asiakirjat (kts alla). Jos kuolema on odottamaton, tai jokin asia on epäselvä, soitetaan aina takapäivystäjälle kellonajasta riippumatta (esim. oikeusopilliset seikat kuten tapaturmat). Vastuulääkäri kirjaa hoitajan kertomuksen kuolemantapauksen olosuhteista ja neuvotelee tarvittaessa poliisin kanssa oikeuslääketieteellisen kuolemansyyntutkimuksen tarpeellisuudesta.

- 1) **Hoitaja** esitäyttää ”Kuoleman toteaminen ja vainajan ulkotarkastus” lomakkeen. Lomakkeen tulee kulkea mukana kun vainaja siirretään kuoleman toteamista varten.
- 2) **Perusterveydenhuollon lääkäri** toteaa kuoleman joko terveysasemalla tai päivystysajalla yhteispäivystyksessä. Kuoleman todennut lääkäri täydentää ”Kuoleman toteaminen ja vainajan ulkotarkastus” -lomakkeen jonka hän toimittaa Koti-ja laitoshoidon yksikköön, kaupunginsairaala osasto 5 (FAX 06-3170765). Dokumentti arkistoidaan Pegasokseen seuraavana arkipäivänä. Vastuulääkäri on se taho, joka tekee lopullisen arvion oikeuslääketieteellisen selvityksen tarpeesta saatujen esitietojen perusteella, muussa tapauksessa hän laatii kuolintodistuksen.

Mikäli vainajalla on poistettava tahdistin, eikä oikeusopillisia tutkimuksia tehdä, pääsääntöisesti laitoshoidon lääkäri (laitoshoidossa) poistaa tahdistimen erikseen pyydettyäessä. Vastaavasti keskussairaalassa säilytyksessä olevan vainajan tahdistimen poistaa patologian yksikkö pyydettyäessä.

Kotihoitoon hoitajat sopivat vainajan kuljetuksesta hautausseuran kanssa, mikäli omaiset eivät ole valinneet muuta hautausseuraa. Mikäli tarvitaan oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus, seurataan vainajan laitton ja kuljetuksen suhteen poliisin ohjeita.

**Kotihoidossa ja palveluasumisessa** vastuulääkäri laatii kuolintodistuksen, haudausluvan sekä ilmoituksen väestötietojärjestelmään. Vastuulääkäri toimittaa edellä mainitut asiakirjat seuraavasti:

- a) **Kotihoidossa** olleiden asiakirjat lähetetään postitse:  
Vaasan kaupunginsairaala, Osasto 5, Osastonsihtööri, Tammikaivontie 4,  
65100 Vaasa (puh. 040 7207029)
- b) **Palveluasumisessa** olleiden asiakirjat lähetetään palveluasumisen yksikköön.

Vastaanottaja kopioi dokumentit arkistointia varten, jonka jälkeen hän toimittaa alkuperäiset asiakirjat asianomaisille tahoille seuraavasti:

**Kuolintodistus** osoitteeseen **THL; TAYS O-RAKENNUS**, Oikeuslääkärin toimisto, Sanna Kilpeläinen, Biokatu 16, 33520 TAMPERE.

**Ilmoitus väestötietojärjestelmään** osoitteeseen **Digi- ja väestötietovirasto**, PL 581, 67701 KOKKOLA.

**Haudauslupa hautaustoimistoon.**

Poiketen edellä olevasta, **laitoshoidon lääkäri** vastaavasti toteaa potilaan kuoleman kaupunginsairaалassa ja hän myös laatii kuolintodistuksen. Kuoleman toteaminen tapahtuu pääsääntöisesti viimeistään seuraavana arkipäivänä. Yllättävän kuolemantapauksen yhteydessä osasto ilmoittaa tapahtuneesta takapäivystykseen ja vastuulääkäri vastaavasti dokumentoi tapahtumienkulun sairauskertomukseen. Laitoshoidon lääkäri huolehtii kuolinsyyn selvittelyistä ja laatii kuolintodistuksen liitteineen.

### LIITE 3

Lomake 26.3.2020 / Koti-ja laitoshoidon yl.

M.Råback

#### **Kuoleman toteaminen ja vainajan ulkotarkastus (Terveystalon vastuulääkäripalvelut; kotihoidon ja palveluasumisen asiakkaat)**

Kuoleman todennut lääkäri täyttää tämän lomakkeen ja toimittaa sen **Koti-ja laitoshoidon yksiköön, kaupunginsairaala osasto 5 (FAX 06-3170765)**. Vastuulääkäri laatii lopullisen kuolintodistuksen sekä hautausluvan, ellei oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus ole välttämätön. Laitoshoidossa kaupunginsairaalan osastonlääkäri laatii aina kuolintodistuksen.

Mikäli kuoleman todennut lääkäri pitää oikeuslääketieteellistä kuolemansyyn selvitystä aiheellisenä, tulee asiassa viipymättä ottaa yhteyttä Terveystalon virka-ajan vastuulääkäriin tai Terveystalon takapäivystäjään numeroon 030360700

*Hoitaja täyttää:* vainajan henkilötiedot, kuolinajan ja paikan.

_____	_____	_____
<i>Sukunimi</i>	<i>Etunimi</i>	<i>HeTu</i>
on todettu elottomaksi _____ , _____ , _____		
	<i>paikka</i>	<i>pvm klo</i>

*Lääkäri täyttää:* selosteen kuoleman toteamisesta ja vainajan ulkoisesta tarkastuksesta.

Olen suorittanut vainajan ulkotarkastuksen \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

*paikka pvm klo*

Vainaja on (lääkäri merkitsee vaihtoehdot rastilla):

\_\_\_ Hengittämätön \_\_\_ Pulssiton \_\_\_ Kuolonkalpea \_\_\_ Jäähtynyt

\_\_\_ Selästään lautumilla \_\_\_ Kuolonkankea kynnärpäästä/polvesta

\_\_\_ Vainajassa ei ole tuoreita ulkoisen väkivallan merkkejä

\_\_\_ Vainajan ulkotarkastuksen perusteella **EI** ole perusteita oikeuslääketieteelliselle kuolemansyyn

selvittelylle

_____	_____
<i>paikka</i>	<i>pvm</i>

Kunnian ja omantunnon kautta,

_____	_____	_____
<i>nimi</i>	<i>virka-asema/oppiarvo</i>	<i>SV numero</i>

**LIITE 4****HOITOTAHTO**

Minä \_\_\_\_\_ (henkilötunnus)

olen laatinut tämän hoitotahdon siltä varalta, että joutuisin tilaan, jossa en kykene millään tavoin ilmaisemaan hoitoa koskevaa tahtoa.

Seuraavat rastitut (x) kohdat ilmaisevat tahtoni.

\_\_\_\_\_ Jos olen sairastunut tai vammautunut vaikeasti ja parantumattomasti minua ei saa elvyttää, mikäli se lääketieteellisesti arvioiden johtaa siihen, että minulla ei ole toimintakykyistä ja itsenäistä elämää.

\_\_\_\_\_ Jos olen sairastunut vaikeasti ja parantumattomasti, on minua hoidettava sairau- den ennuste huomioon ottaen siten, että ei tehdä sellaisia tutkimuksia ja hoitoja, jotka vain aiheuttavat ja pidentävät kärsimyksiä.

\_\_\_\_\_ Minulle on aina annettava riittävä oireenmukainen hoito (esim. kipulääkitys) riip- pumatta sen vaikutuksesta elinaikani pituuteen.

\_\_\_\_\_ Päätettäessä hoidostani pidän tärkeämpänä elämäni laadun varmistamista kuin pitkittämistä.

Lisäksi tahdon,  
että \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Täten todistamme, että yllä mainittu henkilö on omakätisesti allekirjoittanut tämän hoi- totahtoasiakirjan ja ilmoittanut sen olevan hänen vakaa tahtonsa.

Paikka ja aika

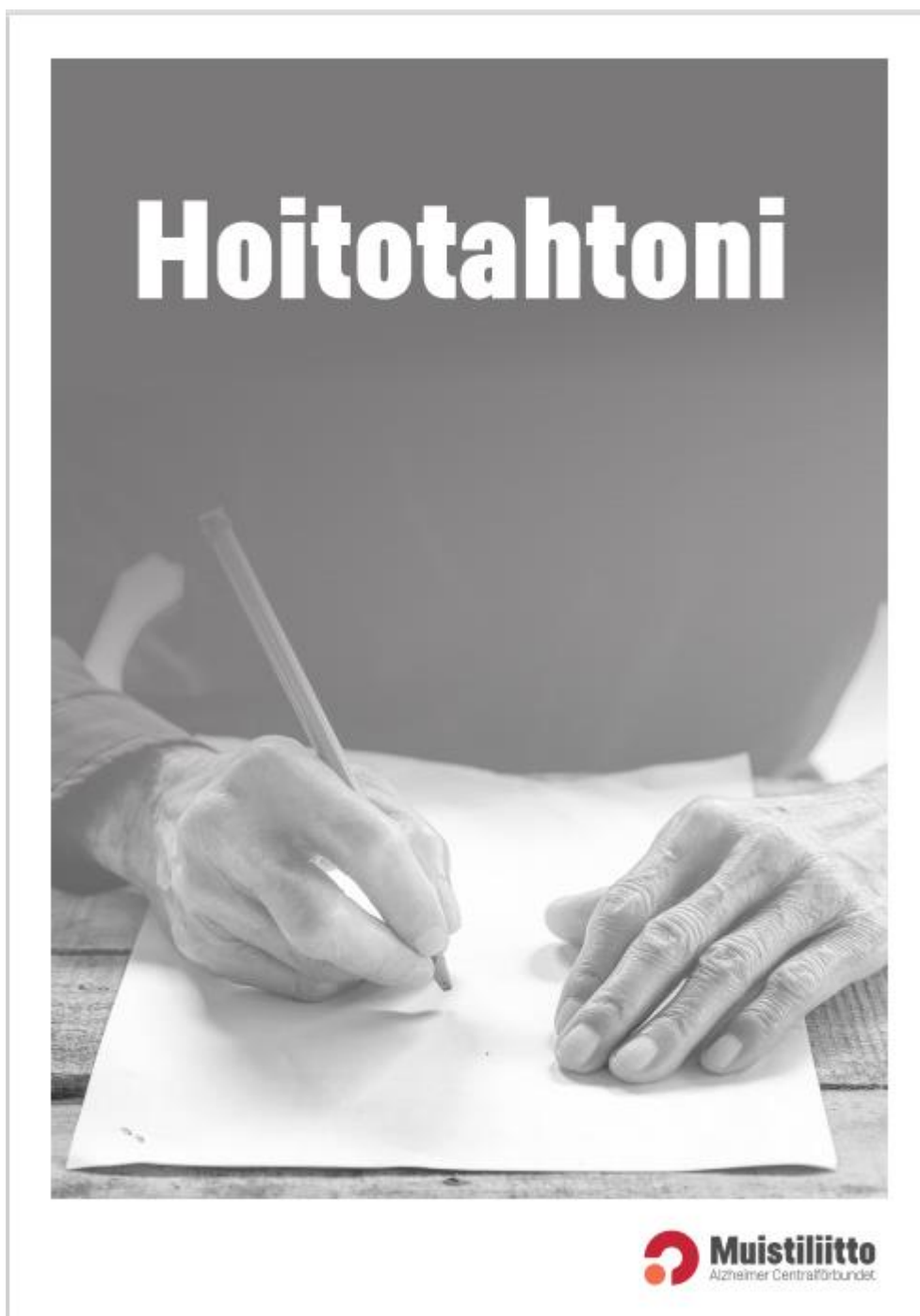
\_\_\_\_\_ Allekirjoitus ja nimenselvennys

\_\_\_\_\_ Allekirjoitus ja nimenselvennys

**LIITE 5**

Muistiliiton hoitotahtolomakkeet löytyvät osoitteesta:

[https://www.muistiliitto.fi/application/files/1215/1246/6404/Hoitotahtoni\\_2017\\_web.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/1215/1246/6404/Hoitotahtoni_2017_web.pdf)



**LIITE 6**

THL:n hoitotahtolomakkeet löytyvät osoitteesta:  
[https://thl.fi/documents/920256/1449649/Hoitotahto\\_Muisti-liitto.pdf/a8f50fdc-da66-4a96-a58a-d79716344518](https://thl.fi/documents/920256/1449649/Hoitotahto_Muisti-liitto.pdf/a8f50fdc-da66-4a96-a58a-d79716344518)

**HOITOTAHTO**