

Iida Hassinen & Laura Ylönen

# Valmistautuminen lähestyvään kuolemaan Opas kotisaattohoitoon

Opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoidajakoulutus

2023



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	7
3	PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO .....	8
3.1	Hoitotahto ja itsemääräämisoikeus .....	10
3.2	Hoitolinjaukset ja -neuvottelut .....	11
4	KOTISAATTOHOITO.....	12
4.1	Kotisaattohoidon järjestäminen.....	14
4.2	Kuolema kotona.....	14
5	ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO.....	15
5.1	Fyysiset tarpeet .....	15
5.2	Psyykkiset tarpeet.....	30
5.3	Sosiaaliset ja hengelliset tarpeet .....	33
6	HYVÄ OPAS.....	35
7	TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	36
8	TUOTEKEHITYSPROSESSI.....	36
8.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen.....	36
8.2	Ideointivaihe .....	37
8.3	Luonnosteluvaihe.....	38
8.4	Kehittelyvaihe .....	40
8.5	Viimeistelyvaihe .....	42
9	POHDINTA .....	43
9.1	Tuotteen arviointi .....	43
9.2	Opinnäytetyön prosessin tarkastelu.....	44
9.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	45
9.4	Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset .....	46
	LÄHTEET.....	47



Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu

## LIITTEET

- Liite 1. Tiedonhakutaulukko
- Liite 2. Kirjallisuustaulukko
- Liite 3. Webropol-kysely
- Liite 4. Saatekirje
- Liite 5. Saattohoito-oppaan hahmotelma
- Liite 6. Saattohoito-opas

Tutkintonimike	Sairaanhoitaja (AMK)
Tekijä/Tekijät	Iida Hassinen, Laura Ylönen
Työn nimi	Valmistautuminen lähestyvään kuolemaan – opas kotisaattohoitoon
Toimeksiantaja	Etelä-Savon hyvinvointialue
Vuosi	2023
Sivut	73 sivua, liitteitä 20 sivua
Työn ohjaaja(t)	Anu Muhonen, Pirjo Heimo

## TIIVISTELMÄ

Palliativinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, ja se vastaa parantumattomasti sairaan potilaan sekä hänen läheistensä fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin. Palliativisen hoidon tarkoitus on taata laadukas elämän loppuvaiheen hoito, kun potilaan sairauden etenemistä ei voida enää hallita ja parantavasta hoidosta joudutaan luopumaan. Saattohoito on palliativisen hoidon loppuvaihe, ja sitä toteutetaan potilaan viimeisinä elinviikkoina tai -päivinä. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tarpeen on katsottu lisääntyvän merkittävästi lähivuosina väestön ikääntymisen ja erilaisten sairauksien lisääntymisen myötä. Suurin osa palliativista hoitoa ja saattohoitoa saavista potilaista voidaan hoitaa perustason terveydenhuollon yksiköissä sekä kotona potilaan niin halutessaan. Tutkimuksissa on todettu, että potilaiden halu kuolla kotona on lisännyt kotisaattohoidon ja henkilökunnan saattohoito-osaamisen tarvetta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas kotisaattohoidosta kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Tavoitteena oli laajentaa kotihoidon henkilökunnan osaamista kotisaattohoidosta ja tuottaa opas, johon on koottu keskeistä tietoa elämän loppuvaiheen hoidosta. Tavoitteena oli, että opas toimisi hoitohenkilökunnan tukena kotisaattohoidossa. Opas toteutettiin yhteistyössä Etelä-Savon hyvinvointialueen kanssa.

Opas toteutettiin tuotekehitysprosessin mukaisesti. Prosessin alussa kehitystarvetta saattohoitoon liittyen kysyttiin Savonlinnan palliativisen keskuksen palveluesihenkilöltä. Palliativinen keskus ehdotti aiheeksi kotisaattohoito-opasta. Ideointivaiheessa tarkennettiin käyttötarkoitusta ja sovittiin tuotteen sisällöstä. Luonnosteluvaiheessa kehitettiin teoreettinen viitekehys tutkimuskirjallisuuden pohjalta. Kehittelyvaiheessa tehtiin toimeksiantajan tarpeisiin vastaava opas kotisaattohoidosta. Tässä vaiheessa myös kerättiin palautetta Webropol-kyselyn avulla kotihoidon henkilökunnalta. Viimeistelyvaiheessa opasta muokattiin saatujen palautteiden perusteella. Oppaan tekijänoikeudet luovutettiin toimeksiantajalle, mikä mahdollistaa oppaan päivittämisen ja jatkokehittämisen.

Jatkokehitysideana ehdottaisimme oppaan käytön laajentamista koko Etelä-Savon hyvinvointialueiden kotihoidon yksiköiden käyttöön.

**Asiasanat:** saattohoito, palliativinen hoito, kotisaattohoito, oirehoito

Degree title	Bachelor of Health Care
Author (authors)	Iida Hassinen, Laura Ylönen
Thesis title	Preparing for oncoming death - guidebook for terminal care at home
Commissioned by	Wellbeing service county of South Savo
Time	2023
Pages	73 pages, 20 pages of appendices
Supervisor	Anu Muhonen, Pirjo Heimo

## ABSTRACT

Palliative care is comprehensive care of the patient, and it addresses the spiritual, physical, psychological, and social needs of an incurably ill patient and their family. The purpose is to ensure high-quality end-of-life care when the progression of the patient's disease cannot longer be controlled, and curative treatment must be abandoned. Terminal care is part of palliative care and is limited to a patient's final weeks or days of life. In the coming years, the need for terminal care and palliative care will increase significantly with aging of the population and various illnesses. The majority of patients receiving palliative and terminal care can be treated in primary healthcare units and at home if desired by the patient. Studies have shown that patients' desire to die at home has increased the need for home hospice care and staff terminal care expertise.

The purpose of our project was to prepare a guide of home hospice care for staff who work in the patient's home. The aim was to expand the home care staff knowledge of home terminal care and produce a guide that includes essential knowledge about end-of-life care. The aim was for the guide to serve as a support for healthcare personnel in home terminal care. The guide was created in collaboration with the Wellbeing service county of South Savo.

The methods of the product advancement process were used to implement the guide. When we started the process, we asked the supervisor of the palliative center in Savonlinna about the need for development related to terminal care. The palliative center suggested developing a guide for terminal care at home. In the ideation phase, the purpose of use was clarified, and the product's content was agreed upon. In the drafting phase, a theoretical framework was developed based on research literature. In the development phase, a guide to home hospice care was created that met the needs of the client. At this stage, feedback was also collected from home care staff with a Webropol survey. In the end of our process, the guide was modified based on the received feedback. The copyrights for the guide were transferred to the client, which allows the updating and further development of the guide.

As a further development idea, we would suggest expanding the use of the guide to home care throughout the Wellbeing service county of South Savo.

**Keywords:** terminal care, palliative care, symptom management, hospice care at home

## 1 JOHDANTO

Palliativinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, ja se tähtää laadukkaaseen elämän loppuvaiheen hoitoon silloin, kun sairauden vuoksi on luovuttu parantavasta hoidosta eikä sairauden etenemistä voida enää hallita. Palliativinen hoito vastaa parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä tarpeisiin niin fyysisellä, psyykkisellä, sosiaalisella kuin hengelliselläkin tasolla. Palliativisen hoidon keskeisin päämäärä on lievittää potilaan ja hänen läheistensä kärsimystä sekä ylläpitää hyvää elämälaatua. Saattohoito on palliativisen hoidon loppuvaihe. Sitä toteutetaan potilaan viimeisinä elinviikkoina tai -päivinä. (Hänninen 2015, 7; Mitä on palliativinen hoito 2022; Salin ym. 2021, 143.) Palliativisen hoidon tarpeen on katsottu kasvavan lähivuosina väestön ikääntymisen ja erilaisten sairauksien, kuten syövän, lisääntymisen vuoksi. Global Atlas of Palliative Care -julkaisun mukaan palliativisen hoidon tarpeen on katsottu kaksinkertaistuvan vuoteen 2060 mennessä. (Global atlas of palliative care 2020, 12.) Suurin kehittämisen kohde palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa on henkilökunnan osaaminen kaikissa hoitotyön ammattiryhmissä ja kaikilla hoidon tasoilla. Salinin ym. (2021) mukaan kotisaattohoidon järjestäminen ja kehittäminen on tärkeää osana palliativisen ja saattohoidon kehittämistä. (Salin ym. 2021, 143–147, 153.)

Toimeksiantajana opinnäytetyöllemme toimi Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri, joka on vuoden 2023 alusta alkaen Etelä-Savon hyvinvointialue Eloisa. Valitsimme aiheen sen ajankohtaisuuden vuoksi. Kotona tapahtuvan saattohoidon määrän on katsottu lisääntyvän tulevien vuosien aikana, minkä vuoksi on tärkeää, että hoitohenkilökunnalla on tarvittava tieto ja taito hoitaa kuolevaa potilasta kokonaisvaltaisesti ja laadukkaasti. Lisäksi toimeksiantajalla on tarve oppaalle kotisaattohoitoon.

Teimme opinnäytetyömme tuotekehitysprosessina. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas kotisaattohoidosta kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Tavoitteena oli laajentaa kotihoidon henkilökunnan osaamista kotisaattohoidosta ja tuottaa opas, johon on koottu keskeistä tietoa elämän loppuvaiheen hoidosta. Tavoitteena oli, että opas toimisi hoitohenkilökunnan tukena kotisaattohoidossa.

## 2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Toimeksiantaja opinnäytetyöllemme on Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri (tammikuusta 2023 alkaen Etelä-Savon hyvinvointialue Eloisa). Sosteri aloitti toimintansa 2007, ja sen tarjoamiin palveluihin kuuluu muun muassa erikois-sairaanhoito, perusterveydenhuolto, sosiaalihuolto, eläinlääkintä ja ympäristö-terveydenhuolto. Sosterin jäsenkuntiin kuuluvat Enonkoski, Sulkava, Rantasalmi ja Savonlinna. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä työskentelee noin 1600 sosiaali- ja terveystalon ammattilaista. Sen tärkeimpiin arvoihin kuuluvat asiakaslähtöisyys, hyvinvointi, uudistuva asiantuntemus ja vaikuttavuus. (Organisaatio 2018.) Vuoden 2023 alusta Etelä-Savossa on jatkossa vain yksi organisaatio, Etelä-Savon hyvinvointialue Eloisa. Uusi hyvinvointialue kattaa jatkossa 12 kunnan sosiaali- ja terveystalon palvelut. Uudistuksen tavoitteena on yhdenvertaistaa palvelut kaikille eteläsavolaisille, parantaa palvelujen saatavuutta sekä pienentää hyvinvointi- ja terveystalon rojia. Etelä-Savon hyvinvointialueeseen yhdistyvät Itä-Savon sairaanhoitopiirin ja Vaalijalan kuntayhtymät sekä Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalon palvelujen kuntayhtymä. Näiden lisäksi myös Etelä-Savon pelastuslaitos, Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja terveystalon palvelut, sekä ulkoistetut terveystalon palvelut Rantasalmelta ja Sulkavalta yhdistyvät samaan hyvinvointialueeseen. (Mikä on Etelä-Savon hyvinvointialue s.a.)

Kotisairaala tarjoaa kotiin annettavaa, sairaalatasoista hoitoa Savonlinnan alueella asiakkaille, jotka eivät tarvitse jatkuvaa sairaalaseurantaa. Kotisairaalan toiminta on moniammatillista sekä lääkärijohtoista, ja palveluita tarjotaan noin 40 kilometrin toimintasäteellä Savonlinnan keskussairaala. Tavoitteena on välttää laitoshoidon tai lyhentää sen kestoa. Kotisairaalan asiakkaaksi siirytään lääkärin läheteellä. Kotisairaala on tavoitettavissa jokaisena viikon päivänä aamuseitsemästä iltakymmeneen. Muuna aikana hoitoa saa tarvittaessa ensihoidolta tai kotihoidon yöpartiolta. Kotisairaala tarjoaa muun muassa tehostettua kivunhoitoa, vaativaa haavanhoitoa, suonensisäisiä neste- ja antibioottihoitoja sekä palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. (Kotisairaala Tehosa 2018.)

Kotihoidon palveluita on saatavilla Savonlinnassa, Kerimäellä, Punkaharjulla, Savonrannalla sekä Enonkoskella. Ympäri vuorokautista kotihoitoa on saatavilla Savonlinnassa ja Kerimäellä. Kotihoito tarjoaa apua asiakkaan päivittäisissä toiminnoissa ja tukee kotona selviytymistä. Palveluihin kuuluvat perushoidon lisäksi muun muassa kuntoutus ja erilaiset tukipalvelut, kuten ateriapalvelu. Asiakkaan hoito suunnitellaan palvelutarpeen arvion pohjalta. Jokaiselle asiakkaalle tehdään yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. (Kotihoito 2018.)

### **3 PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO**

Palliatiivinen hoito on linjattu Maailman terveysjärjestössä (WHO) parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaiseksi ja aktiiviseksi hoidoksi. Saattohoitoa toteutetaan osana palliatiivista hoitoa. Potilas siirtyy saattohoitoon kuoleman lähestyessä. (Hänninen 2015, 256.)

Palliatiivinen hoito tähtää elämänlaadun ylläpitämiseen, ja sen tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää potilaan kärsimystä fyysisesti, psykososiaalisesti sekä eksistentiaalisesti. Palliatiivisen hoidon tavoite on turvata potilaalle mahdollisimman hyvä ja oireeton elämä kuolemaan saakka, mutta ei pidentää elämää tai aikaistaa potilaan kuolemaa. Varhain aloitettu palliatiivinen hoito kroonisen sairauden hoidon rinnalla voi vähentää potilaiden masentuneisuutta ja parantaa elämänlaatua sekä jättää pois epätarkoituksenmukaiset sairaalakäynnit ja hoidot. Myös läheisten tukeminen on keskeinen osa onnistunutta hoitoa. Oireenmukaiseen hoitoon siirrytään, kun kuolemaan johtavan sairauden hoito ei ole enää tarkoituksenmukaista tai sen etenemiseen ei pystytä oleellisesti vaikuttamaan. Potilaalle laaditaan elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, joka pitää sisällään palliatiivisen hoidon. Palliatiivinen hoito voi olla potilaan pitkäaikaista hoitoa, eikä sille ole tarkkaa ajallista määritelmää. Saattohoito ajoittuu palliatiivisen hoidon loppuvaiheeseen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Saarto 2015.)

Saattohoito on oireenmukaista hoitoa, joka ajoittuu kuolevan potilaan viimeisiin elinviikkoihin tai -päiviin. Saattohoitoa voidaan toteuttaa palvelukodeissa, sairaalassa ja kotona. Kotona saattohoitopotilaan tukena on kotisairaala sekä kotihoito. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Saattohoitopäätöksestä vastaa lääkäri ja se tehdään yhdessä potilaan kanssa. Saattohoidon suunnit-



telma täytyy merkitä potilasasiakirjoihin, joista on ilmevä päätöksen lääketieteellinen peruste, päätöksen tehnyt lääkäri sekä potilaan ja mahdollisten omaisten kanta saattohoitopäätökseen. Päätös saattohoidosta sisältää DNR-päätöksen (Do Not Resuscitate = älä elvytä), mutta DNR-päätös itsessään ei tarkoita saattohoitoa. (Elämän loppuvaiheen hoito s.a.) Kuoleman lähestyessä oirehoito ja potilaan sekä läheisten tukemisen merkitys korostuu. Hyvään saattohoitoon kuuluu läheisten tukeminen vielä potilaan kuolemankin jälkeen. (Hänninen 2015.)

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa ohjaavat useat lait, asetukset ja suositukset. Näiden lakien ja suositusten perustana on itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen, yksilön koskemattomuus sekä yksilön perusoikeudet. Merkittävimpiä asetuksia ja lakeja ovat valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 528/2017, sosiaalihuoltolaki 1301/2014, terveydenhuoltolaki 1326/2010, Suomen perustuslaki 731/1999, erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 ja laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstä 559/1994 sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. (Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa s.a.)

Palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta on sekä kansallisia että kansainvälisiä suosituksia. Näistä keskeisimpiä ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kansallinen laatusuositus palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suositus sekä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaisema palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisen ja laadun parantamisen suositus. Saattohoitopalveluita tuotetaan Suomessa perustasolla kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä ja sen lisäksi kolmella tasolla (tasot A, B ja C) hoidon vaikeusasteen ja henkilökunnan osaamisen tason mukaisesti. Taso A käsittää saattohoitoyksiköissä annettavan hoidon, taso B on erityistason hoitoa tarjoavia keskuksia ja yksiköitä ja taso C on vaativaa hoitoa tarjoavia yliopistosairaaloitten keskuksia. Valtaosa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa saavista potilaista hoidetaan perustasolla kotona ja perusterveydenhuollon yksiköissä. (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2022.)

Kansainvälisistä sopimuksista keskeisimpiä ovat Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999, YK:n Kuolevan oikeuksien julistus 1975 ja Maailman terveysjärjestö WHO:n laatima suositus koskien palliatiivista hoitoa (Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa s.a.). Tuore kansallinen laatusuositus

koskien palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa on suunnattu potilaille, heidän läheisilleen ja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille, johtajille, organisaatioille sekä päätöksentekijöille. Laatusuositus tukee palliatiivisen hoidon laadun arviointia ja auttaa määrittelemään hoidon tason. Lisäksi suosituksesta käyvät ilmi keskeisimmät erityistä huomiota vaativat asiat sekä kehitysideoita laadun parantamiseksi. Suosituksessa on esitetty laatukriteerit hyvään ja tarkoituksenmukaiseen palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoitoon. Näitä ovat esimerkiksi oikea-aikainen hoitoon pääsy, ennakoiva hoitosuunnitelma ja oirehoito. (Saarto ym. 2022, 10, 21–25.) Hoitotyön suosituksia ei ole vielä laadittu, mutta valmisteilla on suositus palliatiivisessa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten tukemiseen. Lisäksi valmisteilla on myös suositus lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä. (Salin ym. 2021; Valmistuvat Hotus-hoitosuositukset s.a.) Lisäksi keväällä 2022 on valmistunut tuore hoitosuositus palliatiivisen ja saattohoitopotilaan suun hoitoon (Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito 2022).

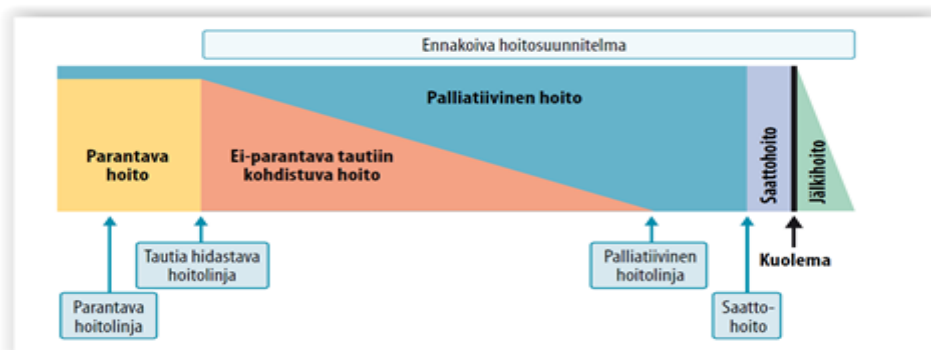
### **3.1 Hoitotahto ja itsemääräämisoikeus**

Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen asiakirja, jossa henkilö itse määrittää, kuinka haluaa itseään hoidettavan tilanteissa, joissa hänen näkemystään ei voida kuulla. Hoitotahdossa henkilö voi myös kieltäytyä hoidosta. (Karppinen 2015, 610.) Kirjallisesti laadittu hoitotahto kirjataan potilaan hoitokertomukseen, tai potilas voi kantaa sitä mukanaan niin halutessaan. Potilas voi myös esittää hoitotahtonsa suullisesti, mutta tällöinkin se tulisi kirjata potilaan hoitokertomukseen potilaan allekirjoittamana tai todistajien vahvistamana. Hoitotahtoon kirjatut toiveet tulee hoitoon osallistuvien ottaa huomioon hoitopaikasta riippumatta. (Hoitotahto 2022.)

Itsemääräämisoikeus on ihmisen oikeutta päättää omista asioistaan itse. Itsemääräämisoikeus edellyttää, että henkilö on kykeneväinen itsemääräämiseen. Itsemääräämiskyky edellyttää, että henkilöllä on kyky tehdä päätöksiä, ja hänellä on oltava riittävät tiedot päätöksen vaikutuksista. (Saarni 2015, 603.)

### 3.2 Hoitolinjaukset ja -neuvottelut

Kun potilaan sairaus on pitkälle edennyt ja sairauden ennuste on merkittävästi heikentynyt, tulisi lääkärin neuvotella potilaan kanssa elämän loppuvaiheen hoidosta ja tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma. Keskusteluun voivat osallistua myös potilaan läheiset. Elämän loppuvaihetta koskeva ennakoiva hoitosuunnitelma sisältää keskustelun hoitoa koskevista toiveista sekä hoidonlinjaukset ja -päätökset. (Lehto ym. 2019.) Hoitolinjaus eli hoidon tavoite kertoo sen, mihin potilaan hoidossa pyritään. Kun ei voida vaikuttaa sairauden etenemiseen tai sen hoito ei ole enää potilaan edun mukaista, siirrytään oireenmukaiseen eli palliatiiviseen hoitoon. Hoitolinjan tavoitteena on turvata potilaalle lääketieteellisesti perusteltu mahdollisimman hyvä hoito hänen omien toiveidensa mukaisesti sekä tukea läheisten jaksamista. Hoitolinjan perustana toimii lääkärin tekemä huolellinen arvio potilaasta sekä keskustelut potilaan ja läheisten kanssa. Lääkäri kirjaa hoitolinjauksen potilaan sairaskertomukseen. (Lehto 2015, 11–12; Lehto ym. 2019.) Keskustelu elämän loppuvaiheen hoidosta tulisi käydä ajoissa ja vaiheittain potilaan vielä saadessa hoitoa sairauteensa, mutta kuitenkin viimeistään sitten, kun sen kulkuun ei kyetä enää vaikuttamaan. Ennakoivan hoitosuunnitelman ajoittaminen ja hoitolinjaukset kuvattuna kuvassa 1. (Lehto ym. 2019.)



Kuva 1. Ennakoiva hoitosuunnitelma (Lehto ym. 2019.)

Saattohoitopäätös on palliatiivisen hoitolinjan loppuvaihe, jolloin hoidetaan kuolevaa potilasta, jonka elinajanodote on enää päiviä tai viikkoja. Päätös pitää sisällään elvyttämättä jättämisen eli DNR-päätöksen. Potilaan ja hänen omaistensa on helpompi valmistautua lähestyvään kuolemaan saattohoitopäätöksen myötä. Päätös myös ohjaa hoitoon osallistuvia kohdentamaan potilaan hoidon tarkoituksenmukaisesti. (Lehto 2015, 14; Lehto ym. 2019; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Hoitolinjausta täytyy päivittää, mikäli potilaan voimissa tapahtuu muutoksia. Kotisaattohoitoa annettaessa on henkilökunnan

osattava tunnistaa potilaan lähestyvä kuolema oireineen ja vastattava niihin asianmukaisella hoidolla (Anttonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2022).

#### **4 KOTISAATTOHOITO**

Kotisaattohoito on potilaan kotona toteutettavaa elämän loppuvaiheen hoitoa. Kotisaattohoitoa voidaan toteuttaa kodin lisäksi palvelutalossa tai hoivakodissa. Saattohoitosuositusten mukaan kotisaattohoito tulisi pystyä järjestämään asuinpaikkakunnasta riippumatta, mikäli potilas näin haluaa. Edellytyksenä on potilaan oma halu kuolla kotona ja se, että ympäristö soveltuu hoidon toteutukseen. Lisäksi kotisaattohoidossa pyritään siihen, että omaiset osallistuisivat saattohoitoon. Kotisaattohoito toteutetaan yhteistyössä kotihoidon, kotisairaalan ja tukiosaston kanssa. Kuolevalla tulee lisäksi olla mahdollisuus siirtyä loppuelämän hoitoon tukiosastolle, mikäli kotisaattohoito ei jostain syystä onnistu. (Kotisaattohoito s.a.; Poukka 2015, 577–580.) Oosterveld-Vlugin (2019) mukaan kansainvälisissä tutkimuksissa on voitu osoittaa, että usein pitkälle edennyttä syöpää sairastavat potilaat haluaisivat kuolla kotona perheensä ympäröimänä.

##### **Kotisaattohoidon laatu Suomessa**

Valtioneuvoston tekemän selvityksen mukaan Suomen palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityistason palveluiden saatavuudessa on merkittäviä puutteita. Erityisesti erityistasoinen kotisaattohoito on todettu puutteelliseksi. Selvityksestä käy ilmi, että merkittävät puutteet ilmenevät henkilökunnan osaamisessa sekä henkilöstösuunnittelussa ja -mitoituksessa. Eri koulutusalojen opintosiällön tulisi vastata toisiaan, jotta saattohoito-osaaminen olisi tasalaatuista ympäri Suomen. Lisäksi täydennyskoulutusta saattohoitoon tulisi järjestää kotihoidon henkilökunnalle. Erityisvastuualueilla ja sairaanhoitopiireillä erityistason kotisaattohoitopalveluiden kattavuus vaihtelee paljon. Parhain kattavuus on HYKS:ssa ja huonoin puolestaan KYS:ssa. Yleisimmin kotisairaaloissa on vastuussa 1–2 lääkäriä 100 000 asukasta kohden ja yhtä sairaanhoitajaa kohden on 5000–9000 asukasta. On myös todettu, että perustason yksiköissä, esimerkiksi kotisairaaloissa, on kehitetty saattohoitoa, mutta henkilökunnan koulutus on edelleen puutteellista. (Saarto & Finne-Soveri 2019; Salin ym. 2021.)

Vattulan ym. (2020, 122–133) mukaan hoitajat kokivat tärkeäksi palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa ammattitaitoisen vuorovaikutuksen potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Elämän loppuvaiheessa potilaan kuunteleminen ja hänen kanssaan keskusteleminen ovat keskeisessä roolissa. Hoitajan empaattinen kyky kohdata saattohoitopotilas ja hänen läheisensä on erittäin tärkeä osa hyvää vuorovaikutusosaamista. Hoitajat tarvitsevat työssään monipuolista tietoa palliatiivisen hoidon lääkehoidosta ja farmakologiasta. Lääkkeitä tulisi uskaltaa käyttää potilaan tarvitsemalla tavalla. Lisäksi palliatiivisten potilaiden kipu tulee osata tunnistaa potilaan levottomuudesta, vitaalinelintoinnoista sekä eleistä. Myös Vihelän ym. (2020, 275–284) mukaan potilaat ja läheiset kokivat tärkeäksi kehittämiskohteeksi hoitajien riittävän osaamisen palliatiivisen hoidon oirehoidosta sekä lääkehoidosta. Hoitajien osaamista empaattisesta vuorovaikutuksesta voitaisiin kehittää lisäkoulutuksilla ja potilailta sekä läheisiltä saadun palautteen perusteella.

### **Kotisaattohoidon laatu maailmalla**

Saattohoito on yleistymässä maailmalla, ja vuoteen 2060 mennessä palliatiivisen hoidon tarpeen on ennustettu lisääntyvän merkittävästi. Eri maiden välillä on eroja palveluissa, koulutuksessa ja rahoituksessa. Korkean tason saattohoitoa saa vain pieni osa väestöstä, ja se keskittyy Euroopan maihin. Maailmalla palliatiivista hoitoa on laajemmin saatavilla ja lähes jokaisella on mahdollisuus saada kotihoidon palveluita niissä maissa, joissa on korkea tulotaso. Korkean tulotason maissa, kuten Englannissa ja Saksassa, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon asiantuntemus on korkeatasoisempaa laadukkaana koulutuksen vuoksi. Osaavasta henkilökunnasta on pulaa maissa, joissa ei ole saatavilla riittävän laadukasta koulutusta. (Palliative care s.a.; The 2015 quality of death index 2015; Saarto ym. 2022, 11.)

Kipulääkkeiden saatavuudessa on eroja maiden välillä. Alemman tulotason maissa lääkkeiden saatavuus on heikompaa. Erityisesti kivun ja hengenahdistuksen hoitoon käytettävä opioidilääkitys ei ole kaikkien saatavilla tasavertaisesti. Matalan tulotason maissa palliatiivisen hoidon laatua voisi kehittää muun muassa uudistamalla kipulääkityksiä koskevat lainsäädännöt, mikä helpottaisi esimerkiksi opioidien saatavuutta. (The 2015 quality of death index 2015.)

Vuonna 2015 saattohoidon laatua koskevassa tutkimuksessa verrattiin 80 maata. Tutkimuksen mukaan laadukkainta palliatiivista hoitoa tuottivat Iso-Britannia, Australia ja Uusi-Seelanti. Huonoiten tutkimuksessa sijoittuivat Filippiinit, Bangladesh ja Irak. Suomi sijoittui sijalle 20, Ruotsi sijalle 16 ja Norja sijalle 13. Vuoden 2019 palliatiivisen hoidon erityistason palveluiden saatavuuden eurooppalaisessa vertailussa Suomi lukeutui keskitasoon ja oli Pohjoismaiden välisessä vertailussa viimeinen. (Palliative care s.a.; The 2015 quality of death index 2015; Saarto ym. 2022, 11.)

#### **4.1 Kotisaattohoidon järjestäminen**

Kotisaattohoidon järjestäminen alkaa hoitosuunnitelman laatimisesta. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä potilaan ja hoitohenkilökunnan lisäksi myös läheisten läsnäolo on suotavaa. Suunnitelma voidaan tehdä potilaan ollessa osastohoidossa tai potilaan kotona. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä kartoitetaan potilaan tilanne ja mahdolliset toiveet hoidon suhteen. Lisäksi potilaalle laaditaan hoitolinjaukset. (Kotisaattohoito s.a.) Kun palliatiivisen hoidon vastaanottokäynnit käyvät potilaalle liian raskaiksi, voidaan aloittaa kotisairaalan käynnit. Palliatiivinen hoito voi myös alkaa suoraan kotisairaalan ja kotihoidon tuella. Mikäli saattohoito kotona ei onnistu, potilailla on mahdollisuus siirtyä saattohoito-osastolle lupapaikkamenettelyn kautta. Kotona pärjäämisen tueksi on saatavilla monia erilaisia palveluita perushoidon ja lääkehoidon tueksi. Etelä-Savon, Etelä-Karjalan ja Päijät-Hämeen alueilla toimii myös Saimaan syöpäyhdistys, josta asiakas voi saada tukea kotona jaksamiseen. Lisäksi apuvälinekeskuksesta ja hoitotarvikejakelun kautta on saatavilla hoitotarvikkeita kotona pärjäämisen tueksi. (Palliatiivinen hoito 2020; Yhteystiedot, toiminta ja palvelut s.a.)

#### **4.2 Kuolema kotona**

Usein kotikuoleman tapahtuessa riittää, että siitä ilmoitetaan hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta yleensä kuitenkin antaa potilaalle ja hänen omaisilleen kirjalliset ohjeet siitä, kuinka toimitaan. Potilaalle ja hänen läheisillensä on tärkeää kertoa kuoleman lähestyessä ilmaantuvat mahdolliset oireet ja muutokset voinnissa sekä toimintatavat näissä tilanteissa. Hoitohenkilökunta antaa myös potilaalle ja hänen läheisilleen tilaa puhua peloistaan sekä huolistaan

hoidon ja kuoleman suhteen. Potilaan kuoleman jälkeen on henkilökunnan tärkeää huomioida potilaan omaiset ja antaa aikaa heille. Omaisille voi myös tarjota esimerkiksi papin kanssa keskustelua osana surutyötä. Usein omaiset myös kaipaavat apua ja neuvoja käytännön asioissa, kuten tietoa kuolintodistuksesta. (Kotisaattohoito 2021; Rahko & Rajala 2020, 6011–6012.)

Kotisaattohoidossa kuolema on odotettavissa, joten kuoleman tapahtuessa poliisia ei kutsuta paikalle. Mikäli kuoleman epäillään aiheutuneen esimerkiksi hoitovirheestä, tapaturmasta tai rikoksesta johtuen, kutsutaan aina poliisi paikalle ja potilaalle tehdään lääketieteellinen kuolemansyynselvitys. Vainaja siirretään paikkaan, jossa lääkäri käy toteamassa kuoleman. Vaihtoehtoisesti lääkäri voi käydä toteamassa kuoleman myös potilaan kotona. Vainajan siirtämisestä huolehtii hautaustoimisto. (Kotisaattohoito 2021; Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459, 7 §; Rahko & Rajala 2020, 1611.)

## **5 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO**

Elämän loppuvaiheessa potilas kärsii usein monista fyysisistä, psyykkisistä ja henkisistä oireista. Oireiden määrä ja niiden vaikeusaste usein kasvavat sairauden edetessä. Kuoleman lähestyessä potilas on usein väsynyt ja tajunnan- taso on alentunut. Potilailla esiintyy usein ruokahaluttomuutta ja kipuja. Oireenmukainen hoito tulee aloittaa palliatiivisella potilaalla riittävän ajoissa. Näillä keinoin voidaan minimoida potilaalle aiheutuva kärsimys ja vaikuttaa potilaan kokemaan elämänlaatuun sekä elämänhaluun. Mikäli oireenmukainen hoito myöhästyy, voi se jopa aiheuttaa potilaan ennenaikaisen kuoleman. Yleisimpiä palliatiivisen potilaan oireita ovat kipu, voimattomuus, väsymys, ahdistuneisuus, masennus, ruoansulatushäiriöt sekä hengenahdistus. (Hänninen & Rahko 2013; Hänninen 2015, 32–33.)

### **5.1 Fyysiset tarpeet**

Kuoleva potilas oireilee fyysisesti usein monin eri tavoin elämän loppuvaiheessa. Lähes puolella saattohoidossa olevista potilaista esiintyy kipua ja toimintakyvyn heikkenemistä. Muita merkittäviä potilaan kokemia fyysisiä haittoja ovat esimerkiksi pahoinvointi ja ummetus sekä erilaiset hengitystieoireet. Kun oireita kasaantuu, aiheuttaa se usein lisäoireita potilaalle. Esimerkiksi ummetuksesta kärsivä potilas voi olla lisäksi pahoinvoiva ja kivulias. Tämän vuoksi

potilaan kliininen arvio on tarpeen ja oireiden syyn hoitaminen ensisijaista. Potilaan lääkitys tarkistetaan ja vain sellaiset lääkkeet jätetään lääkelistalle, joiden tauottaminen voisi lisätä potilaan oireilua. Saattohoitovaiheessa tärkeintä on potilaan hyvä perushoito ja huolenpito sekä riittävällä kivunhoidolla taattu kivuttomuus. (Hänninen 2015, 32–33; Karhapää 2022; Rahko & Rajala 2020, 1606–1611.)

### **Kivun hoito**

Kipu on hyvin yleinen ja eniten pelätty oire palliatiivisella potilaalla. Jotta potilaan kivunhoito olisi mahdollisimman laadukasta, tulisi kipua arvioida säännöllisesti ja aina tarpeen mukaan esimerkiksi lääkkeenoton jälkeen sekä kirjata se potilaan hoitokertomukseen. Potilaalta selvitetään kivun voimakkuus ja sen vaikutukset muun muassa toimintakykyyn, nukkumiseen sekä mielialaan. Myös sijainti ja kivun luonne tulee selvittää mahdollisimman hyvin. Mikäli potilas ei ole kykenevä kertomaan kivusta, tulee hoitohenkilökunnan arvioida kipua havainnoimalla potilasta. Kivun havainnointiin ja arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita, sillä jossain tilanteissa kivun sanallinen kuvaaminen voi olla haastavaa. NRS (numeral rating scale) -numeraalinen asteikko ja VAS (visual analog scale) -kipujana ovat yleisimmin käytössä olevia mittareita kivun arvioinnissa. Lisäksi on käytettävissä PAINAD-mittauslomake (pain assessment in advanced dementia scale) helpottamaan kipujen arviointia esimerkiksi vaikeaa dementiaa sairastavan potilaan kohdalla. Mittarissa arvioidaan potilaan kipuja havainnoimalla muun muassa potilaan hengitystä ja ilmeitä. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 82–83; Heiskanen ym. 2015, 52; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Vainio & Vuorinen 2015, 45.)

Kipua tulee hoitaa riittävällä lääkehoidolla sekä sen tukena tulisi käyttää lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Näitä menetelmiä on muun muassa asento-ohoidot, rentoutusharjoitukset ja distraktiot. Myös potilaan kokeman ahdistuneisuuden ja levottomuuden hoito kuuluvat osaltaan kivunhoitoon ja näihin lääkkeettöminä menetelminä voi tarjota esimerkiksi sairaalapastorin kanssa keskustelua sekä hoitajien ja omaisten läsnäoloa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Tasmuth 2019.) Aina potilas ei kykene erottamaan kärsiikö hän kivusta vai jostain muusta oireesta. Tähän on kehitetty ESAS-kysely (Edmonton symptom assessment scale) oireiden selvittämistä helpottamaan. Kyselyssä arvioidaan muun muassa masentuneisuutta, ruokahaluttomuutta ja väsymystä



kivun lisäksi. Kipuja arvioidessa valitaan potilaalle soveltuva mittari, kirjataan se potilaan hoitokertomukseen ja samaa mittaria käytetään koko hoitajakson ajan kivun arvioinnissa. (Heiskanen ym. 2015, 52; Rahko & Rajala 2020, 1607.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan muun kuin syövästä johtuvan kivun hoito tulisi toteuttaa samoin keinoin kuin syöpäkipua hoitaessa. Ensisijaisesti kipulääkkeet tulisi annostella potilaalle suun kautta, mutta kipua voidaan hoitaa myös muun muassa laastareilla, kielenalustableteilla sekä nenäsumutteina. Peruskipulääkkeenä toimii parasetamoli. Tämän rinnalle voidaan lisätä keski- vahva tai vahva opioidi esimerkiksi oksikodoni tai fentanyyli. Joissain tapauksissa myös rinnalle lisätään kipulääke neuropaattiseen kipuun. Syöpäkivun hoito aloitetaan yleensä suoraan vahvalla opioidilla ja tarvittaessa rinnalle lisätään sopiva nonopioidi esimerkiksi parasetamoli. Heikkoja opioideja käytetään harkitusti lievän kivun hoidossa. Tramadoli ja kodeiini voivat aiheuttaa potilaalle ruokahaluttomuutta, pahoinvointia sekä oksentelua. Opioidia aloittaessa potilaalle tulee annos titrata hänelle sopivaksi. Vastetta tulee seurata riittävän tarkasti ja sen mukaan annosta tulee säätää. Kuolevan potilaan hoidossa tulee huomioida se, ettei opioidille ole annosylärajaa enää tässä vaiheessa, vaan potilaan kipulääkitystä tulee tehostaa tarpeen mukaan. (Heiskanen 2015, 64–65; Laakkonen ym. 2016; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Rahko & Rajala 2020, 1607–1608.)

Potilaalta tulee seurata myös läpilyöntikipua. Näiden hoidossa vahvat opioidit ovat tehokkaita. Potilaalle sopiva läpilyöntikipulääke tulee valita vaikutuksen alun ja keston mukaan. Lyhytvaikutteisten opioidien vaikutus alkaa noin 30 minuutissa ja kestää noin 4–5 tuntia. Lääke voidaan annostella kapseleina tai liuksena suun limakalvoille. Nopeimmin läpilyöntikipuun vaikuttavat kielenalustablettina suun limakalvoille tai nenäsuihkeena annosteltava fentanyyli. Näiden vaikutus alkaa nopeasti noin 10–15 minuutissa, mutta ovat vaikutukseltaan lyhyitä. Neuropaattisen kivun hoidossa ensisijaisina lääkkeinä käytetään gabapentinoideja, trisyklisiä antidepressantteja, duloksetiinia ja venlafaksiinia. Käypä hoidon mukaan neuropaattisen kivun hoidossa opioidien teho on epäselvää. (Heiskanen 2015, 64–65; Laakkonen ym. 2016; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kipulääkkeiden aiheuttamia haittavaikutuksia tulee havainnoida tarkkaan. Eri-  
laiset perussairaudet, ikääntyminen ja potilaan kuivuminen voi lisätä haittavai-  
kutusten sekä yhteisvaikutusten riskiä. Opioidien yleisimpiä haittavaikutuksia  
on ummetus, pahoinvointi ja suun kuivuminen. Tämän vuoksi opioidien aloi-  
tuksen yhteydessä tulisi samalla aloittaa laksatiivit ja pahoinvointilääkkeet ki-  
puläläkityksen rinnalle. Ikääntyneillä opioidien käyttö lisää myös kaatumisris-  
kiä, joka puolestaan lisää murtumariskiä. Kipulääkkeiden muita haittoja voi-  
daan vähentää annoksen säätämällä, esimerkiksi pienentämällä annosta tai  
antoreittiä vaihtamalla. (Heiskanen 2015, 65–66; Palliativinen hoito ja saatto-  
hoito 2019.)

### **Muut lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät**

Kun kipua ei enää ole mahdollista hoitaa suun kautta annosteltavilla lääkkeillä,  
voidaan lääke annostella potilaalle injektioina tai laittaa ihonalaiskanyyli eli  
subkutaaninen kanyyli, kun halutaan välttää toistuvat kivuliaat injektiot. Subku-  
taanisen kanyylin kautta hoitohenkilökunta voi annostella potilaalle kerta-an-  
noksina kipulääkettä. Ihonalaiskudokseen pistettäväksi soveltuva lääke on esi-  
merkiksi lyhytvaikutteinen opioidi. Kanyylin paikka tulee vaihtaa noin kolmen  
vuorokauden välein. Potilaalle voidaan myös asentaa lääkeannostelija eli  
PCA-pumppu (patient controlled analgesia). PCA-pumppu on paristokäyttöi-  
nen kannettava lääkeinfuusiopumppu, jonka kautta potilas saa kipulääkkeen  
tasaisena infuusiona. Lääke annostellaan siipikanyylin kautta subkutaanisesti,  
mutta tarvittaessa myös suonon- tai lihaksensisäisesti. Tasaisen lääkkeen an-  
nostelun lisäksi lääkeannostelijalla voidaan antaa kerta-annoksia eli boluksia.  
Pumppuun säädetään lääkkeen jatkuvan annostelun milligrammamäärä sekä  
bolusten enimmäismäärä tuntia kohden. Hoitohenkilökunta seuraa kulutusta ja  
otettujen bolusten määrää arvioidessaan kipulääkityksen riittävyttä. (Marja-  
mäki 2015; Rahko & Rajala 2020, 1607–1608; Tasmuth 2019.)

PCA-pumppu sopii käytettäväksi niin laitososuhteissa kuin potilaan kotona-  
kin. Saattohoidossa lääkeannostelijaan siirrytään usein siinä vaiheessa, kun  
potilaalla on oksentelua, pahoinvointia, nielemisvaikeuksia ja tajunnantason  
laskua, minkä vuoksi kivun hoito suun kautta annosteltavilla lääkkeillä ei ole  
enää onnistu. Suun kautta annosteltava kipulääke on yhtä tehokas kuin lää-  
keannostelijalla annettava, mutta annostelijalla saadaan tasaisemmat plas-

man lääkepitoisuudet, jotka voivat olla eduksi joissain tapauksissa. Ennen lääkeannostelijaan siirtymistä on käytävä keskustelu potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Hoitohenkilökunta kertoo hoitoon siirtymisen syyn ja tavoitteet. Usein potilaat ja hänen läheisensä ajattelevat lääkeannostelijan liittyvän lähes työhön kuolemaan tai siihen, että annostelijalla nopeutetaan potilaan kuolemaa. On tärkeää, että hoitohenkilökunta kertoo potilaalle ja hänen läheisilleen, mistä hoidossa on kyse. (Marjamäki 2015; Rahko & Rajala 2020, 1607–1608; Tasmuth 2019.)

PCA-lääkeannostelijan kautta voidaan potilaalle annostella useamman lääkkeen yhdistelmää, mutta niiden yhteensopivuus tulee tarkastaa. Suositeltua on, ettei yhteensopiviakaan lääkkeitä annostella samalla pumpulla kolmea enempää. Mikäli potilas tarvitsee useampaa lääkettä, asennetaan hänelle toinen PCA-pumppu, tai muut lääkkeet annostellaan muiden reittien kautta esimerkiksi kertainjektioin. Kivun lisäksi lääkeannostelijalla voidaan hoitaa muun muassa pahoinvointia ja levottomuutta. Suomessa yleisimmin käytössä olevia lääkeannostelijalla annosteltavia lääkkeitä on esitetty taulukossa 1. (Marjamäki 2015; Tasmuth 2019.)

Taulukko 1. Suomessa yleisimmin käytössä olevat lääkkeet lääkeannostelijaan (Marjamäki 2015, 315)

Lääke	Käyttöaihe
<b>Vahvat opioidit (esimerkiksi morfiini tai oksikodoni)</b>	Kipu
<b>Loratsepaami tai midatsolaami</b>	Ahdistus, levottomuus ja pahoinvointi Myös sedatoiva
<b>Haloperidoli</b>	Levottomuus, sekavuus ja pahoinvointi
<b>Metoklopramidi</b>	Pahoinvointi
<b>Glykopyrroni</b>	Limaisuuden hallinta tai suolitukokseen liittyvän erityksen hallintaan
<b>Ketamiini</b>	Kipu
<b>Somatostatiini</b>	Suolitukokseen liittyvän erityksen hallintaan

## Hengitystieoireet

Pitkälle edenneessä sairaudessa potilas kärsii usein hengenahdistuksesta. Keuhkosityöpiä sairastavista 50–90 prosenttia ja sydämen vajaatoimintaa sairastavista potilaista 60–80 prosenttia kärsii hengenahdistuksesta. Potilas voi kokea hengenahdistuksen tukehtumisen tai ilman loppumisen tunteena sekä lisääntyneenä hengitystyönä. Sen on katsottu heikentävän potilaan elämänlaatua ja unta sekä toimintakykyä. Hengenahdistus lisää myös muiden oireiden kuten ahdistuksen ja uupumuksen ilmenemistä. (Lehto & Pöyhiä 2015, 92.)

Hengenahdistuksen syy on hyvä selvittää kuitenkin huomioiden potilaan kokonaistilanne. Hengenahdistusta pystytään parhaiten helpottamaan syynmukaisella hoidolla. Palliativiseen hoitoon kuuluu perussairauden lääkehoito, esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa diureettien käyttö. Lääkehoidossa tulee kuitenkin huomioida potilaan kannalta se, millä lääkkeillä oireita saadaan lievennettyä loppuelämän ajan. Mikäli potilas perussairauden lääkityksestä huolimatta kärsii hengenahdistuksesta, voidaan tällöin käyttää oireenmukaista lääkehoitoa. Oireenmukaisessa hoidossa opioidit ovat ensisijainen vaihtoehto hengenahdistuksen hoitoon. Morfiinista on tutkimuksien mukaan eniten tutkimusnäyttöä hengenahdistuksen lieventämisessä, mutta myös muita vahvoja opioideja voidaan käyttää. Annostukset tulee määrittää potilaskohtaisesti huomioiden potilaan ikä, munuaisten toiminta sekä perussairaudet. Bentsodiatsepiinien käyttö hengenahdistuksen hoidossa on kiistanalaista. Kuitenkin sitä suositellaan käyttämään toisen linjan lääkkeinä yksin tai opioidin kanssa. Bentsodiatsepiinit auttavat ahdistukseen ja paniikkiin sekä hyperventilaatioon, joita voi ilmetä hengenahdistuksen yhteydessä. Muiden lääkkeiden käyttöä hengenahdistuksen hoitoon voi harkiten kokeilla huomioiden kuitenkin potilaan tilanteen. (Karhapää s.a; Lehto ym. 2013, 395–402; Rahko & Rajala 2020, 1608.)

Lääkkeettöminä keinoina hengenahdistuksen hoidossa voidaan käyttää fysioterapeuttien ohjausta, rentoutus- ja hengitysharjoituksia sekä hengityksen apuvälineitä. Lisäksi puoli-istuva asento ja raikas huoneilma helpottavat hengitystä. Potilaan ja läheisten kanssa tulisi keskustella sairauden kulusta ja mahdollisista hengitykseen liittyvistä oireista sekä tehdä suunnitelma etukäteen

kohtauksia varten. Myös hengenahdistukseen käytettävät kohtauslääkkeet tulisi olla potilaan saatavilla. (Karhapää s.a.)

Palliativisessa hoidossa on paljon käytetty hengitystieoireiden hoitoon happia. Happi lievittää hengenahdistusta vain silloin, kun potilaalla on hypoksia. Potilaat, joilla on hengenahdistusta, mutta ei hypoksiaa voivat hyötyä ilmavirtauksen suuntaamisesta kasvoille. Esimerkiksi ikkunan avaaminen tai tuulettimen käyttäminen voi joissakin tapauksissa helpottaa potilaan hengenahdistusta. Hypoksia potilailla happihoito voi auttaa hengenahdistukseen, sekavuuteen sekä parantaa elämänlaatua. Happihoidon hyöty tulee aina arvioida potilaskohtaisesti ottaen huomioon oireiden lieventyminen. Vaikka happihoidosta aiheutuu harvoin potilaalle haittaa, voi sillä silti olla sivuvaikutuksia kuten ylähengitysteiden kuivuminen, liikkumisen rajoittuminen ja psyykkisen riippuvuuden muodostuminen happihoitoon. (Lehto ym. 2013, 395–402; Lehto & Pöyhiä 2015, 99–100.)

Hengenahdistuksen lisäksi kuoleva potilas voi kärsiä myös muista hengitystieoireista kuten yskästä, limaisuudesta ja hikasta. Pitkään jatkunut yskä heikentää elämänlaatua vaikuttaen muun muassa potilaan uneen ja kipuihin. Palliativisella potilaalla heikentynyt yskimisvoima aiheuttaa hengenahdistusta ja liman kertymistä hengitysteihin. Toisaalta kertynyt lima itsessään voi ärsyttää hengitysteitä aiheuttaen yskää ja hengityksen rohinaa. Yskän hoidossa on tärkeää hoitaa sitä aiheuttava tekijä, mikäli se on mahdollista. Lisäksi oireenmukaisella hoidolla pyritään vaikuttamaan yskärefleksiin esimerkiksi opioidi lääkityksellä tai vähentämään hengitysteiden ärsytystä esimerkiksi inhaloitavien puudutteiden avulla. Limaisuutta hoidettaessa kiinnitetään huomiota liman sitkeyden vähentämiseen, pois yskimisen helpottamiseen ja eritteiden määrän vähentämiseen. Tehokasta hoitoa hengitystie-eritteiden poistamiseen tuovat erilaiset hengitystiefysioterapeuttien ohjeet ja apuvälineet. Yleisin tapa on tehostaa uloshengityksen vastapainetta PEP-puhalluksilla (positive expiratory pressure). Saattohoitopotilaan kohdalla limaisuutta hoidetaan esimerkiksi asento- ja taputteluhoidoilla sekä liman imemisellä pois ylemmistä hengitysteistä. (Lehto & Pöyhiä 2015, 102–103.)

## Perushoito

Palliativisen potilaan laadukkaaseen hoitoon kuuluu hyvä perushoito. Perushoitoon kuuluvat muun muassa hygienian hoito, ihon hoito, ravitseminen, virikkeiden ylläpito ja riittävästä unesta huolehtiminen. (Hovilainen-Kilpinen ym. 2021, 274–275.) Parantumattomasti sairaiden potilaiden hygieniasta tulee huolehtia päivittäin. Potilaat tarvitsevat usein paljon apuja päivittäisessä hygienianhoidossa. Hyvä hygienianhoito parantaa elämänlaatua. Tutkimuksen mukaan huomioon tulee ottaa myös potilaan kulttuurilliset ja uskonnolliset erot sekä hänen intymiteettinsä. Saattohoitopotilaat ovat usein kivuliaita, joten ennen päivittäistä hygienianhoitoa tulee potilaskohtaisesti harkita lyhytvaikutteista kipulääkettä. Suun hoito on merkittävä osa palliativisen potilaan päivittäistä hygienianhoitoa. Potilailla voi esiintyä syljen liikatuotantoa tai sen vähäisyyttä, nielemisvaikeuksia, kipua sekä ruokahaluttomuutta. Elämän loppuvaiheessa potilailla usein esiintyy suun eri infektioita. Siksi onkin tärkeää huomioida parantumattomasti sairaan potilaan suun hoitoa. Kuoleman lähestyessä tulee välttää invasiivisia eli kajoavia menetelmiä ja hoitaa suuta perushoidon keinoin. Tässä vaiheessa tärkeintä on esimerkiksi suun kostutus kostutustikuilla. (Hävölä ym. 2022; Parker ym. 2018, 16–17.) Suun kuivuuden hoidossa tulee huomioida säännöllinen pienien juomamäärien tarjoaminen potilaalle, jääpalojen imeskely tai keinosyljen ja kostutusgeelien käyttö limakalvoja kostuttamaan sekä huulien rasvaaminen huulirasvalla. Lisäksi erilaisia öljyjä voi käyttää suun limakalvoille kosteutta antamaan. Saattohoitopotilaan suun hoidossa on huomioitava hellävaraisuus, jottei aiheuteta potilaalle turhia kipuja. Suuta on lisäksi kostutettava säännöllisesti, vähintään neljä kertaa vuorokaudessa. (Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito 2022, 14–15.)

Potilaiden ihon kuntoa tulee seurata ja hoitaa riittävän hyvin. Kutinaa esiintyy noin 5–12 prosentilla palliativisista potilaista. Kutina voi olla iholähtöistä, neuropaattista eli hermoperäistä, neurogeneettistä eli hermosyntyistä ja psykogeneettistä eli psyykkisten tekijöiden aiheuttamaa kutinaa. Ihon kutinaa voidaan hoitaa perusrasvauksella, erilaisilla paikallishoitotuotteilla, vesipesujen harventamisella ja lääkehoidolla. Käypä hoito -suosituksen mukaan gabapentiini ja pregabaliini saattavat auttaa neuropaattiseen kutinaan. Muita iho-oireita ovat esimerkiksi etäpesäkkeiden aiheuttamat haavaumat. Nämä eivät yleensä parane saattohoitopotilailla. Enemmistöllä syöpäpotilaista kyseisiin haavaumiin

liittyy kipua, eritystä, voimakasta hajua, kutinaa sekä verenvuotoa. Voimakashajuiselle haavalle voidaan käyttää hopeaa tai aktiivihiltä sisältävää sidosta imemään haavalta bakteereja ja hajuja itseensä. Tällainen tuote on esimerkiksi Carpoflex. Myös paikallisia antibioottihoitoja voidaan käyttää hajujen neutralisoimiseksi ja haavaeritteen vähentämiseksi. Tulehtuneeseen haavaan voidaan käyttää paikallishoitona esimerkiksi hopeaa sisältäviä tuotteita. (Isoherranen 2015, 182–183; Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Tilley ym. 2019, 257, 260.)

Heikon kudosten hapensaannin vuoksi syntyy usein painehaavaumia. Painehaavaumat ovat yleisiä, ja ne syntyvät herkästi, mikäli potilaan ravitsemus on heikkoa, potilas on liikuntakyvytön ja ihoon kohdistuu painetta, hankausta tai kitkaa. Lisäksi painehaavojen syntymistä edesauttavat kosteus sekä potilaan eritteet, esimerkiksi uloste. Yleisimmät paikat painehaavaumien syntymiselle ovat alaselän ja lonkkien seutu, korvat, kantapäät, kyynärpäät sekä olkavarret. Painehaavaumien ennaltaehkäisy korostuu hoitotyössä. Palliativisen hoidon potilailla riskialueita tulee seurata päivittäin. Ihoa tulee hoitaa ja puhdistaa huolella, mutta ylimääräistä kitkaa ei saa aiheuttaa. Lisäksi asentohoito ja paineen vähentäminen on äärimmäisen tärkeää, ja siksi liikuntakyvyttömän potilaan asentoa tulee kääntää vähintään kahden tunnin välein. Potilas, jolla on riski saada painehaavoja, hyötyy painehaavojen ehkäisyyn tarkoitetusta patjasta, joka alentaa ja jakaa kehon painetta tasaisemmin. Potilaan asentohoitoa täytyy edelleen jatkaa, vaikka potilaalla olisi käytössä korkean riskin makuualusta. Lisäksi nesteytyksellä ja riittävällä ravitsemuksella voidaan ehkäistä painehaavojen syntyä. Painehaavojen riskiä voidaan arvioida erilaisilla työkaluilla, esimerkiksi yleisesti käytössä olevalla Braden-asteikolla tai käyttämällä erityisesti saattohoitopotilaan painehaavojen riskin arviointiin tarkoitettua Hunters Hill Marie Curie Center Risk Assessment Tool -menetelmää. (Hänninen 2003, 191–193; Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015, 17–19, 24; Tilley ym. 2019, 259–262, 264.) Haavojen synnyn ehkäisyssä voidaan käyttää erilaisia haavatuotteita, esimerkiksi polyuretaanivaahtosidoksia, suojaamaan kehon riskialueita, kuten kantapäitä. Sidosten käyttö ei kuitenkaan poissulje muuta painehaavojen riskien hoitoa. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä 2015, 14.)

### **Nesteen kertyminen elimistöön**

Parantumattomasti sairaalla potilaalla esiintyy usein nesteen kertymistä eri puolille kehoa. Nestettä yleensä kertyy ihonalaiskudokseen, mikä näkyy turvotuksena sääriässä, jalkaterissä ja käsivarsissa. Syy turvotuksille yleensä on imunestekierron häiriö, sydämen-, munuaisten- tai maksan vajaatoiminta ja laskimoverenkierron heikkeneminen. Turvotusta voidaan lieventää erilaisilla kompressiohoidoilla, liikunnalla tai perussairauksien hoidolla, esimerkiksi nesteenpoistolääkkeillä, mikäli potilaalla on sydämen vajaatoiminta. Turvotuksen hoitoon kuuluu myös ihon perusrasvaus infektioiden välttämiseksi sekä hyvä kivunhoito. Nesteenpoistolääkitys lopetetaan, mikäli turvotukset eivät helpota 3–4 vuorokauden kuluessa. Nesterajoitusta voidaan käyttää myös saattohoidossa olevalla potilaalla, mikäli sillä pystytään vaikuttamaan nesteen kertymisen aiheuttamiin oireisiin, kuten turvotukseen ja hengenahdistukseen. (Hänninen & Rahko 2013, 433–439; Martola & Wuorela 2015, 488; Nesteen kertyminen kehoon palliatiivisessa hoidossa s.a.)

Lisäksi nestettä voi kertyä keuhkopussiin ja vatsaonteloon. Keuhkopussista nestettä voidaan poistaa neulalla punktoimalla enintään 1500 ml kerrallaan. Mikäli nestettä kertyy usein, voidaan potilaalle asentaa ihon alle pysyvämpi katetri esimerkiksi thoraxkirurgin laittama Denver- dreeni. Tällöin potilas voi tyhjentää nestettä myös kotona. Nesteen kertymistä voidaan myös estää nesteenpoistolääkkeillä. Mikäli nesteen kertyminen johtuu syövästä, ei nesteenpoistolääkkeistä yleensä ole vastaavaa hyötyä. Nesteenpoistolääkkeistä voi myös olla hyötyä askitesnesteen poistossa, mikäli askitesneste johtuu maksakirroosin tai metastaasien aiheuttamasta porttilaskimon korkeasta paineesta. Nesteenpoistolääkityksen ollessa käytössä tulee potilaalta seurata painoa ja nestetasapainoa, jotta voidaan tunnistaa mahdollinen munuaisten vajaatoiminta. Mikäli nesteenpoistolääkkeistä ei ole apua ja potilas kärsii nesteen kertymisestä, askitesta voidaan poistaa punktoimalla tai vatsaonteloon asetetun dreenin avulla. Nestettä voidaan poistaa vatsaontelosta korkeintaan seitsemän litraa vuorokaudessa. Askitesnestettä poistettaessa potilaalle voidaan tarpeen mukaan annostella albumiiniliuosta, jotta vältettäisiin liiallinen verenpaineen lasku ja saataisiin korvattua elimistön nestetilavuutta. Albumiini-infuusion tarve arvioidaan aina potilaskohtaisesti. Runsas askitesneste aiheuttaa pahoinvointia, oksentelua, hengenahdistusta, vatsan ympäröimän kasvua ja suolen vetovaikeutta. (Hänninen & Rahko 2013, 433–439; Jokelainen



2015, 491; Karhapää s.a.; Nesteen kertyminen kehoon palliatiivisessa hoidossa s.a.)

### **Ravitsemus ja nesteytys**

Palliatiivisessa hoidossa potilaan ravitsemuksen ylläpito on edelleen kiistanalainen aihe kansainvälisesti. Nykysuosituksena kuitenkin edelleen on, että parantumattomasti sairaan potilaan ravitsemusta tulee arvioida riittävästi. Aliravitsemus johtaa usein heikentyneeseen yleiskuntoon ja laskee palliatiivisen potilaan elämänlaatua. Kliinisten tutkimuksien mukaan palliatiivisen hoidon potilaista noin 20–30 prosenttia kuolee aliravitsemuksen vuoksi eikä itse syövänsä vuoksi. Mikäli potilaan ravinnonsaanti on riittämätöntä suun kautta lisäravinteista huolimatta, voidaan potilaskohtaisesti harkita enteraalista eli ruoansulatuskanavaan annettavaa tai parenteraalista eli suoliston ulkopuolista ravitsemusta. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan palliatiivisen hoidon potilaille aloitettu ravitsemuksen tuki enteraalisesti tai parenteraalisesti todennäköisesti parantaa heidän loppuelämänsä laatua. Edellytyksenä kuitenkin on se, että ravitsemuksen hoito on aloitettu riittävän varhaisessa vaiheessa osana palliatiivista hoitoa. Palliatiivisilla potilailla hyvä ravitsemustila ylläpitää potilaan jaksamista ja kasvattaa palliatiivisten syöpähoitojen sietokykyä. Enteraalista ja parenteraalista ravitsemusta voidaan harkita potilaille, joille siitä on elämänlaadun kannalta positiivinen merkitys ja aliravitsemuksen riski on merkittävä. Edellytyksenä myös on, että potilaan elinajanodote on kuukausia tai vuosia. Letkuravitsemus voidaan toteuttaa potilaalle esimerkiksi nenämahaletkun tai ruokinta-avanteen kautta. (Cotogni ym. 2021; Orell-Kotikangas 2015, 338.)

Suomessa Käypä hoito -suosituksen mukaan on katsottu, ettei ravitsemushoito paranna palliatiivisen hoidon potilaiden elämänlaatua tai pidennä elin aikaa. Vaikka palliatiivisen potilaan ravitsemushoidossa tähdätään potilaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun lisäämiseen, tärkeintä on kuitenkin kärsimyksen ja lisäkomplikaatioiden ehkäiseminen. Näitä ovat esimerkiksi ravitsemushoidosta mahdollisesti potilaalle aiheutuvat haitat. Hoidonrajauksia tehtäessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa yleensä keskustellaan nesteytys- ja ravitsemushoidon rajaamisesta sekä keventämisestä. Näin vältetään tilanteelta, jossa potilaan tilan heiketessä omaiset voivat alkaa vaatia potilaan ravitsemuksen tehostamista esimerkiksi suonensisäisellä ravitsemuksella. (Orell-Kotikangas 2015, 332–335; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kuoleman lähestyessä potilaan nälän tunne häviää eikä ravitsemuksen ylläpitämisellä ole enää merkitystä. Tämän vuoksi on suositeltu, että potilas söisi niitä ruokia, joista hän saa nautintoa. Ravitsemuksessa tulee välttää sellaisia ruokia, jotka aiheuttavat pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta. Potilaalle saattaa myös kehittyä dysfagia eli nielemisvaikeus, jolloin ravintoa ei enää mene suun kautta. Tällöin tärkeintä on suun hyvä kostutus. Joissain akuuteissa tapauksissa voi olla tarpeen aloittaa suonensisäinen nestehoito, jos sillä on lopuelämän laadun kannalta merkitystä. Kuitenkaan kuolema yksistään ei ole sellainen tilanne. Ravinnottomuus ei ole syy potilaan kuolemaan, vaan hän on syömättä ja juomatta, koska tekee kuolemaa. (Cotogni ym. 2021; Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa s.a; Orell-Kotikangas 2015, 338.)

Ruokahaluttomuus on palliatiivisella potilaalla hyvin yleinen oire, jota aiheuttavat muun muassa ummetus, pahoinvointi ja psyykinen kuormittuneisuus. Sen hoidossa tulisikin kiinnittää huomiota ruokahaluttomuutta lisäävien oireiden mahdollisimman hyvään hoitoon. Hyvä kivunhallinta ja suun hoito sekä ruuan-sulatuskanavan oireiden hyvä hoito korostuvat hoidettaessa potilaan ruokahaluttomuutta. Ruokahaluttomuudesta kärsivä potilas voi hyötyä myös juotavista lisäravinteista, jolloin pienemmällä annoksella saadaan nautittua energiatiheämpää ravintoa. (Orell-Kotikangas 2015, 339.)

### **Nestehoito ja kuivuminen**

Kuivumiseen johtavia syitä on useita, kuten oksentelu, ripuli ja kuume sekä riittämätön nesteen saanti. Elimistön kuivuessa nestehoidolla korvataan menetyt nesteet. Saattohoidossa olevalla potilaalla elimistön nesteet voivat siirtyä soluvälitilaan, jolloin nestehoidolla ei enää potilaan voinnin kannalta ole suurta merkitystä, vaan usein riittävät suun kautta nautittavat nesteet. Potilaan janontunnetta voidaan tehokkaasti hoitaa suuta kostuttamalla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Parenteraalinen nesteytys saattohoidossa ei ole juuri ollenkaan käytössä Suomessa, mutta esimerkiksi Australiassa, Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa ihonalaista nestehoittoa käytetään saattohoitopotilailla. Ihon alle voidaan annostella kristalloidi-nestevalmisteita jopa kolme litraa vuorokaudessa. Ihonalaisen nestehoidon etuina ovat yksinkertaisuus ja se, ettei nestehoito ole riippuvainen laskimostatuksesta. Haittoina voivat olla kipu ja ihoärsytys. (Pöyhiä 2018, 84–85.)

### **Kakeksia-anoreksia**

Kakeksia-anoreksia tarkoittaa palliatiivisessa hoidossa potilaan kuihtumista, lihaksiston katoamista, tahatonta painonputoamista ja yleistilan laskua. Elämän loppuvaiheessa yli 80 prosentilla potilaista on kakeksia. Kakeksia-anoreksian tunnistamiseen on Yhdysvalloissa kehitetty työkalut, jotka ovat MNA- ja CASCO-testi. Kakeksiassa esiintyy aineenvaihdunnan muutoksia, joita ovat esimerkiksi insuliiniresistenssi, verensokerin nousu ja sen hidas poistuminen, proteolyyttisen aktiivisuuden kasvu ja lipolyysi. Kakeksian hoitoon ei ole Suomessa tehokasta hoitomuotoa. Prekakeksia-vaiheessa (kakeksian esivaihe) pyritään hidastamaan kakeksian etenemistä hyvällä liikunnalla ja ravitsemuksella. Ruokahalun ylläpitämiseen käytettäviä lääkkeitä on kokeiltu kakeksian hoitoon, mutta niiden käytöstä ei ole luotettavaa tietoa. Myöskään ravitsemushoidolla ei ole katsottu olevan parantavaa vaikutusta elämänlaatuun tai elinajan pitenemiseen loppuvaiheen syöpää sairastavalla tai vaikeasti dementoituneella potilaalla. (Cotogni ym. 2021; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Pöyhiä 2015, 163–164.)

### **Ruansulatuskanavan oireet**

Yksi yleisimmistä oireista palliatiivisella potilaalla on pahoinvointi. Parantumattomasti sairailta potilailla jopa kolmasosalla on elämän loppuvaiheessa oksentelua ja kahdella kolmesta esiintyy pahoinvointia. Pahoinvoinnille on monia syitä, joten jokaisen oiretta aiheuttavan syyn kohdalla pohditaan paras mahdollinen hoitokeino. Pahoinvoinnin syyt ja niiden hoito esitetty taulukossa 2. Pahoinvointia voi aiheuttaa muun muassa kohonnut kallonsisäinen paine, askites ja korkea veren kalsemiapitoisuus. Lisäksi yskä, limaneritys, erilaiset lääkkeet, mahahaava ja ummetus voivat aiheuttaa pahoinvointia. Hoitajan on tärkeä selvittää pahoinvointia aiheuttava syy, kuinka usein ja kuinka voimakasta se on. Tarpeen mukaan hoitaja konsultoi lääkäriä mahdollisten lääkkeiden lopettamisesta tai aloittamisesta. (Surakka ym. 2015, 47–48.)

Taulukko 2. Pahoinvoinnin syyt ja hoito (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

<b>Pahoinvoinnin syy:</b>	<b>Hoitomoto:</b>
<b>Tulehdus</b>	Antibiootti, sammaksen hoito
<b>Kallonsisäisen paineen kohoaminen</b>	Kortikosteroidit, syklitsiini
<b>Mahahaava tai -ärsytys</b>	Protonipumpun estäjät, NSAID-lääkkeiden lopetus
<b>Ummetus</b>	Laksatiivit, suolen tyhjennys, opioidiummetukseen opioidiantagonistit
<b>Hyperkalsemia</b>	Bisfosfonaatit, kortikosteroidit, nesteytys
<b>Voimakas kipu</b>	Kipulääkitys
<b>Sytostaatti- tai sädehoito</b>	Estolääke pahoinvointiin esimerkiksi ondansetroni
<b>Ahdistuneisuus</b>	Anksiolyyttien käyttö, rauhoittelu
<b>Askites-neste</b>	Askites-nesteen poistaminen
<b>Limaisuus ja yskä</b>	Yskän helpottaminen lääkkeillä, limaisuuden hoito glykopyrolaatti, erdosteini
<b>Eri lääkkeet</b>	Lääkkeen lopettaminen, annoksen pienentäminen tai lääkkeen vaihtaminen

Ummetuksesta puhutaan, kun potilas ulostaa harvemmin kuin kolmesti viikossa. Ummetuksessa ulostemassa on kovettunutta ja sen ulostaminen vaatii voimakasta ponnistelua. Syy ummetukselle voi olla sairaudesta peräisin, ravitsemuksesta, lääkkeistä, suolilamasta tai ulostemassan kuivumisesta johtuvaa. Myös potilaan vähentynyt liikkuminen voi aiheuttaa ummetusta. Huomioitava on, että ummetusta voi olla, vaikka potilas söisikin vain vähän. Ummetuksen hoidossa tulee huomioida riittävä kuitujen ja nesteiden saanti. Saattohoitopotilailla tämä ei kuitenkaan yleensä toteudu. Tällöin korostuu lääkehoidon tärkeys. Yleisimmin on käytetty suolen sisältöä pehmittäviä tai suolen supistustoimintaa vilkastuttavia lääkevalmisteita. Vaikeassa ummetuksessa voidaan käyttää molempia valmisteita yhtäaikaisesti. Annostus suunnitellaan potilas-kohtaisesti ja tarpeen mukaan annostusta nostetaan, kunnes suoli tyhjenee vähintään kolmen vuorokauden välein. Suun kautta annosteltavat lääkkeet

ovat ensisijaisia ja peräruiskeita ja -puikkoja tulee välttää, vaikkakin joskus niihin joudutaan turvautumaan vaikean ummetuksen hoitamiseksi. Opioidiummetusta voidaan tarvittaessa helpottaa Relistor-injektiolla. Tämä kumoaa opioidin vaikutuksen hetkellisesti kuitenkin vaikuttamatta kivunlievitykseen. Potilaalle tulisi valita peruskipulääkkeeksi naloksonia sisältävä kipulääke, joka estää opioidien aiheuttaman ummetuksen. (Karhapää s.a.; Sario 2021; Ummetus s.a.)

Suolitukoksen yleisin syy palliatiivisessa hoidossa on syövän aiheuttama suolen ontelon tukkeuma. Yleisimpiä oireita on jatkuva koliikkimainen vatsakipu, ummetus, oksentelu sekä pahoinvointi. Suolitukosta voidaan hoitaa kirurgisesti, endoskooppisesti tai konservatiivisesti. Hoitomuoto valikoituu potilas-kohtaisesti yleistila huomioiden. Kirurgisen hoidon selkeitä vasta-aiheita on muun muassa kieltäytyminen leikkaushoidosta, arvioitu potilaan kuolema lähivuorokausina suolitukoksesta huolimatta tai potilas ei sovellu kirurgiseen toimenpiteeseen. Konservatiivisena hoitona voidaan käyttää antisekretorista lääkettä, opioideja ja antiemeettia yhtäaikaaisesti. Lääkehoito tulee aloittaa ihon alle tai laskimoon jatkuvana infuusiona. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Ripuli on harvinaisempi oire parantumattomasti sairailta potilailla. Esimerkiksi syöpää sairastavilla elämän loppuvaiheessa ripulia esiintyy alle 10 prosentilla potilaista. Yleisimmin ripulia aiheuttaa erilaiset ummetuslääkkeet, imeytymishäiriöt tai osittainen suolitukos, joka käy ilmi ohivuotoripulina. Myös ummetus voi aiheuttaa ohivuotoripulia. Ripuli voi liittyä myös infektiin tai syöpähoitoihin. Ripulia on akuuttia ja kroonista, näistä akuutti ripuli on yleisempi. Ripulin syy tulee selvittää aina, jotta oikea hoitomuoto voidaan valita. Tärkeintä ripulin hoidossa on huolehtia potilaan nestetasapainosta. Yleisimmin käytetty ripulilääke palliatiivisessa hoidossa on loperamidi. Tämän käytöstä ei ole Käypä Hoito -suositusten mukaan tutkittua tietoa. Loperamidin vaikutus perustuu suolen peristaltiikan vähentämiseen. Se myös vähentää eritystä ja lisää sulki-jalihasten jänteyttä. Infektoripulissa tulee kuitenkin käyttää loperamidia varovaisesti, sillä riskinä on toksinen megakooloni eli laajentunut paksusuoli. Jotkin potilaat saattavat hyötyä myös peräsuolikatetrasta eli ulostekerääjäputkesta. (Karhapää s.a.; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019; Surakka ym. 2015, 56.)

## 5.2 Psyykkiset tarpeet

Kun fyysinen oireilu pahenee, lisää se yleensä myös potilaan psyykkistäkin oireilua. Potilailla esiintyy usein unihäiriöitä, ahdistuneisuutta ja masennusta. Psyykkisten oireiden havaitseminen ja erottelu on usein vaikeaa, sillä ne voivat sekoittua potilaan somaattiseen oireiluun, kuten väsymykseen. Myös masennuksen erottaminen surusta voi olla haastavaa. (Hänninen 2015, 33.)

### Ahdistuneisuus

Ahdistusta voidaan kutsua myös mielen kivuksi. Voimakas ahdistus vaikuttaa palliatiivisen hoidon potilaiden elämänlaatuun, ja potilaan arki voi muuttua jopa sietämättömäksi. Siksi onkin tärkeää, että potilaat saisivat keskustella ajatuksista eikä kenenkään tarvitsisi jäädä yksin ahdistuksen kanssa. Laadukas palliatiivinen hoito ja toimiva vuorovaikutus edistävät potilaan hyvinvointia ja vähentävät psykososiaalisen tuen tarvetta. Dignity-interventio eli lyhytpsykoterapiaan suunnattu keskustelu on suunniteltu etenkin palliatiivisen hoidon potilaille. Tämän intervention tavoitteena on keskittyä eletyn elämän positiivisiin asioihin ja hyviin ihmissuhteisiin sekä säilyttää eletyn elämän arvokkuus. Tutkimusnäyttöä intervention tehosta on toistaiseksi kuitenkin heikosti saatavilla. Ahdistuneisuus on hyvin yleinen oire parantumattomasti sairailta potilailla. Noin 50 prosentilla potilaista esiintyy ahdistuneisuutta, joka tarvitsee huomiota, ja 10–20 prosentilla potilaista ahdistuneisuus on vaikeaa ja vaatii lääkkeellistä hoitoa. Bentsodiatsepiineista voi olla hyötyä potilaan ahdistusoireisiin. Ahdistus tulee esille fyysisinä oireina, ja näitä oireita ovat muun muassa sykkeen ja verenpaineen nousu, levottomuus, unettomuus ja ruoansulatuskanavan oireet. (Ahdistuneisuus s.a.; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2019; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kuolemanpelko on hyvin yleistä potilailla, jotka sairastavat parantumattomaa sairautta. Yleistä on, että potilaat eivät niinkään pelkää itse kuolemaa vaan sitä, millaista kärsimystä ja kipua kuoleminen aiheuttaa. Potilaat voivat pelätä sitä, että kipu on niin voimakasta, ettei kukaan voi tai halua auttaa. Myös hidas kuoleminen saattaa pelottaa joitain potilaita. Saattohoitovaiheessa potilaat ovat usein rauhallisia eikä pelko tai ahdistus enää paina mieltä. Tässä vaiheessa suurin osa potilaista on jo käsitelty ahdistusta ja pelkoa, jota kuolema voi aiheuttaa. (Surakka ym. 2015, 95–96.)

### **Unettomuus ja uupumus eli fatiikki**

Unettomuus voi oireilla usein eri tavoin, kuten esimerkiksi vaikeuksina nukahtaa, toistuvina yöheräämisinä ja vaikeutena nukahtaa uudelleen. Näistä johtuen unettomuudesta kärsivä voi päiväaikaan kokea itsensä väsyneeksi ja voimakkaasti uupuneeksi. Unettomuuden katsotaan kroonistuneen, kun unihäiriöitä ilmenee kolme kertaa viikossa yli kolmen kuukauden ajan. Unettomuus altistaa masennukselle ja uupumukselle sekä voi aiheuttaa levottomuutta vakavasti sairaalla potilaalla. (Schroeder 2019, 330–331.) Unettomuus voi johtua useista eri syistä, kuten lääkityksestä, psyykkisestä sairaudesta tai vieraasta ympäristöstä. Myös kuolemanpelko voi olla unettomuudelle altistava tekijä. (Hiltunen 2015, 226–227.)

Tärkeää unettomuuden hoidossa on sen syyn selvittäminen, ja ensisijaisesti keskitytään hoitamaan unettomuutta aiheuttava tekijä, kuten kipu, riittävällä kivunlievityksellä. Myös unilääkkeitä voidaan käyttää korjaamaan potilaan unettomuutta. Suosituksien mukaisesti voidaan käyttää bentsodiatsepiinireseptoriagonisteja, kuten tematsepaameja ja tsolpideemeja. Mikäli unihäiriöihin liittyy lisäksi ahdistusoireita, on oksatsepaami toimiva vaihtoehto. Myös lääkkeettömiä keinoja voidaan kokeilla. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset rentoutusharjoitukset ja nukkumisympäristön rauhoittaminen. Palliatiivisen potilaan kohdalla ei kuitenkaan ole tutkimustietoa siitä, vaikuttavatko erilaiset rentoutuskeinot unettomuuden hoidossa. Lisäksi palliatiivisella potilaalla ilmenee herkemmin erilaisia sivu- ja haittavaikutuksia läikehoidossa. (Hiltunen 2015, 226–227; Palliatiivinen ja saattohoito 2019; Unettomuus 2020.)

Fatiikki eli poikkeava uupumus on tila, jossa potilas kärsii muun muassa heikkoudesta, väsymyksestä, voimattomuudesta ja motivaation puutteesta. Potilas voi olla myös unelias ja apaattinen sekä hän voi kärsiä älyllisten toimintojen heikkenemisestä. Fatiikki eroaa normaalista väsymyksestä siinä, että se ei helpotu levolla. Voimakkaasta uupumuksesta voidaan käyttää myös muita nimityksiä, kuten väsymysoireyhtymä ja astenia. (Hänninen & Pöyhiä 2015, 156; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

## **Masennus**

Masennus on yleistä palliatiivisilla potilailla, mutta se jää usein huomioimatta ja hoitamatta. Hoitamattomana masennus voi lisätä potilaan kärsimystä ja vähentää elämänlaatua. (Salman ym. 2019, 317.) Masennuksen hoidossa keskeisintä on sen tunnistaminen ja erottaminen normaalista surusta. Masentunut potilas kokee muun muassa yksinäisyyttä, itseinhoa, jatkuvaa alakuloisuutta ja hänellä voi olla itsetuhoisia ajatuksia. (Idman 2015, 220–221) Masennus voi johtua myös unettomuudesta tai vaikeasta kivusta. Tällöin ensisijaisena hoitona pidetään riittävää unen turvaamista ja kipulääkitystä. (Palliatiivisen potilaan masennus s.a.) Lääkkeettömällä hoitokeinoilla voidaan lievittää parantumattomasti sairaan potilaan masennusoireita. Parantumattomasti sairaan potilaan masennusta hoitaessa tulee ottaa huomioon potilaan somaattinen tila ja elinajanodote. Saattohoitopotilaalle ei tule aloittaa masennuslääkitystä, mikäli lääkkeen vasteaika on pitkä. (Idman 2015, 219–220.)

## **Delirium**

Delirium on voimakas sekavuustila, jota esiintyy saattohoitopotilailla usein viimeisinä elinvuorokausina. Yleisintä delirium on pitkälle edenneissä syöpäsairauksissa. Sen syntyyn vaikuttavat useat tekijät kuten lääkkeet, kipu ja aivotoiminnassa tapahtuvat muutokset. Deliriumiin voi liittyä erilaisia oireita kuten harhoja. Yleisimmin oireet ovat voimakkaimmillaan yöaikaan, jolloin potilaat ovat pääsääntöisesti yksin ja ärsykkeet ovat vähentyneet. Sekavuutta hoidettaessa selvitetään sen syy ja pyritään mahdollisimman rauhalliseen ja turvalliseen hoitoympäristöön. Potilasta pyritään rauhoittamaan luomalla selkeä hoitoympäristö, yöksi voi jättää valon palamaan ja potilasta ei jätetä yksin. Näiden toimien rinnalla potilaalle voidaan antaa oireita lievittävää lääkettä esimerkiksi haloperidolia. Aina sekavuuden syy ei ole hoidettavissa, jonka vuoksi saattohoitopotilailla voidaan päätyä palliatiiviseen sedaatioon. Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan tajunnantason alentamista lääkkeillä ja sitä suositellaan tehtäväksi vasta silloin, kuin muista hoitomuodoista ei ole apua potilaan vaikeisiin oireisiin. Deliriumin lisäksi syitä voivat olla esimerkiksi hallitsematon kipu tai voimakas hengenahdistus. Jatkuva, syvä sedaatio on tarkoituksenmukainen vain silloin, kun potilaan oletettu kuolinhetki on tuntien tai vuorokausien kuluessa. (Ahlblad 2019, 53–56; Goldberg ym. 2019, 319; Janes 2015, 170–172; Rahko & Rajala 2020, 1609.)



### 5.3 Sosiaaliset ja hengelliset tarpeet

Vakava sairaus ei sairastuta potilasta ainoastaan fyysisesti. Usein fyysiseen sairastumiseen liittyy pelkoja, ahdistusta ja surua. (Hänninen 2015, 306) Palliatiivisessa hoidossa tulee ottaa huomioon fyysisten ja psyykkisten tarpeiden lisäksi potilaan ja hänen läheistensä sosiaaliset tarpeet. Potilaan omaiset ja läheiset ovat merkittävässä osassa kuolevan potilaan hoitoa. Myös he käyvät läpi lähestyvän kuoleman aiheuttamia muutoksia arjessaan ja elämässään. Omaisten ja läheisten kohtaaminen ja hoitoon osallistaminen vaikuttavat heidän kokemukseensa onnistuneesta saattohoidosta. (Juhela 2015, 280.) Saukkonen ym. (2017) tutkimuksen mukaan potilaiden ja läheisten selviämistä palliatiivisessa hoidossa tukivat muun muassa läheisten osallisuus potilaan hoitoon, perheen tarjoama tuki ja läheisyys, mielenrauha, omassa kodissa eläminen sekä ammattitaitoinen palliatiivinen hoito sekä henkilökunnalta saatu rehellinen tieto sairauden tilasta. Myös palliatiivisen hoidon oikea-aikaisuutta pidettiin tärkeänä. (Juhela 2015, 280; Saukkonen ym. 2017, 199–204.)

#### **Eksistentiaalinen kärsimys ja sielunhoito**

Eksistentiaalinen eli niin sanottu olemassaoloon liittyvä kärsimys on kuolevan potilaan monimuotoista tuskaisuutta ja ahdistusta, jolle ei ole esitettävissä fyysistä tai psyykkistä syytä. Eksistentiaaliseen kärsimyksen on määritelty liittyvän uhka oman persoonan koostuneisuuden hajoamisesta. Potilas kokee surun, pelon ja toivottomuuden tunteita kuoleman lähestyessä. Nämä tuntemukset liittyvät usein siihen, että potilas ei voi kontrolloida tulevaisuutta tai vaikuttaa siihen. Ihmisellä on luontainen tarve vaikuttaa elämänsä kulkuun ja selittää elämän tarkoitusta. Elämän loppuvaiheessa kuoleva joutuu luopumaan useista asioista, kuten fyysisestä hyvinvoinnistaan, ihmissuhteistaan ja odotuksistaan elämän suhteen. Tällöin kuolema muuttuu potilaalle todelliseksi. (Haho 2017, 1704–1709; Hänninen 2015, 306.)

Uskonnollinen vakaumus voi tehdä kuoleman helpommaksi ymmärtää. Sielunhoito on kirkkojen ja seurakuntien tarjoamaa psyykkistä apua. Sielunhoidolla pyritään saamaan kuoleva tulemaan tietoiseksi ja pohtimaan elämän tarkoitusta sekä huomioimaan eksistentiaalisia kysymyksiä. Tärkeintä sielunhoidossa on läsnäolo ja ymmärrys kuolevaa kohtaan. (Muurinen 2015, 308.)

### **Omaisten ja läheisten huomioiminen**

Saattohoitopotilaiden läheiset toivoisivat hoitohenkilökunnalta ajantasaista tietoa potilaan hoidosta. Hoitajien ystävällinen käytös ja aito kiinnostus läheisten vointia kohtaan helpottavat lähestyvän kuoleman käsittelyä. (Ahlblad 2019, 92–93.) Riittävän ajoissa annettu tieto parantumattomasta sairaudesta auttaa potilasta, hänen läheisiään sekä hoitohenkilökuntaa valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Parantumattomasta sairaudesta ja sen hoidosta kerrottaessa on keskeistä, että tieto annetaan potilaalle ymmärrettävästi ja hänelle annetaan riittävästi aikaa tiedon käsittelyyn sekä mahdollisuus lisäkysymysten esittämiseen. Läheisten läsnäolo tiedonanto hetkellä on usein hyödyksi potilaalle. (Anttonen 2016, 59–60.)

Potilaan omaiset pitävät tärkeänä hoitohenkilökunnan asiantuntevuutta ja tiedonsiirtoa palliatiivisen hoidon onnistumisen kannalta. Myös luottamus, tiedonanto sairauden tilasta, yhteneväiset menettelytavat ja hoitohenkilökunnan riittävä pätevyys ovat tärkeitä asioita, jotta palliatiivinen hoito on onnistunut. Palliatiivisen kotihoidon yhtenä edellytyksenä pidetään omaisten huomioimista ja hoitoon osallistamista. Omaiset jaksavat olla kuolevan tukena päästessään täysimääräisesti mukaan potilaan hoitoon. Hoitohenkilökunnan läsnäolo ja kiinnostus omaisten selviytymisestä sekä pelkkä heidän kuuntelemisensa on arvokasta. (Oosterveld-Vlug ym. 2019.)

Läheisten ja potilaan hyvään kohtaamiseen vaikuttaa hoitohenkilökunnan kiire. Hoitajilla ei ole riittävästi aikaa kuunnella potilaan läheisiä sekä osastoilla rauhallisen keskustelupaikan puuttuminen hankaloittaa potilaan ja läheisten huomioon ottamista. (Ahlblad 2019, 92–93.) Lähestyvistä kuolemista kertomista potilaalle ja hänen läheisilleen ei tulisi tehdä kiireessä (Anttonen 2016, 59.)

### **Vapaaehtoiset ja vertaistukiryhmät**

Saattohoidossa potilaan tukena hyödynnetään vapaaehtoistyöntekijöitä muun moniammatillisen työryhmän lisänä. Vapaaehtoistyö saattohoidossa on haastavaa ja työntekijää koskevat samat juridiset säännöt kuin muita hoitoon osallistuvia. Näitä ovat muun muassa salassapitovelvollisuus ja sitoutuminen yhteisiin käytänteisiin. Vapaaehtoisen tehtäviin kuuluvat yleisimmin potilaan tukena oleminen ja läsnäolo. Vapaaehtoiset voivat toimia myös kuolevan poti-

laan omaisten tukena. Omaisille voidaan myös järjestää erilaisia vertaistukiryhmiä vapaaehtoisten toimesta. (Balagurin 2015, 592–594.) Salin ym. (2021) tutkimuksessa on tuotu esille vapaaehtoisten tärkeys saattohoitopotilaan hoidossa. Koulutettuja vapaaehtoisia ja heidän tarjoamaansa apua kuolevan hoidossa tarvitaan tulevaisuudessa lisää.

## 6 HYVÄ OPAS

Kirjalliset oppaat toimivat suullisen ohjauksen tukena. Kirjallinen opas mahdollistaa myös käyttäjälleen tiedon tarkistamisen itselle sopivana ajankohtana. Oppaissa asiat esitetään selkeästi ja lyhyesti niin, että tärkeät asiat tulevat esille. Hyvässä oppaassa tieto on järjesteltyä aihepiireittäin aika- tai tärkeysjärjestyksessä. Liiallinen tiedonmäärä voi estää oleellisimman tiedon löytämisen. (Hyvärinen 2005; Torkkola ym. 2002, 25, 29.)

Hyvä opas palvelee kohderyhmäänsä. Ennen oppaan kirjoittamista tuleekin pohtia, kenelle opas on tarkoitettu. Hyvän oppaan alussa keskeinen sisältö on selkeästi esitettyä, jotta lukijalle selviää heti alussa oppaan ydinajatus. Näin myös vain alun oppaasta lukeneet saavat selville oppaan oleellisimman sisällön. (Torkkola ym. 2002, 35–39.)

Oppaan selkeyteen ja luettavuuteen vaikuttaa sen otsikointi. Sopiva päätösikko tuo oppaasta esiin keskeisimmän aiheen ja innoittaa lukijan tutustumaan oppaaseen. Väliotsikoinnilla saadaan selkeyttä oppaaseen ja aiheisällöt jaetaan sopivan pituisiin tekstiosioihin. Otsikoinnilla selkeytetään sitä, mitä oppaassa käsitellään. Tekstin ja asian selkeyttämiseksi voidaan oppaassa käyttää lisäksi kuvia. Kuvat voivat lisäksi parantaa oppaan luettavuutta ja kiinnostavuutta. Kuvatekstit selkeyttävät kuvien ymmärtämistä. (Hyvärinen 2005; Torkkola ym. 2002, 39–40.)

Hyvässä oppaassa käytetty kieli on selkeää ja ymmärrettävää. Kappalejako pidetään lyhyehkönä. Hyvässä oppaassa asiat on esitetty yleiskielellä ja oikeinkirjoitus on viimeisteltyä. Lisäksi huoliteltu ulkoasu parantaa oppaan luettavuutta. Taitto eli kuvien ja tekstin asettelu määrittää sen, kuinka kiinnostava ja ymmärrettävä opas on. Tyhjä tila oppaassa tekee siitä ilmavan ja helppolu-

kuisen. Oppaan taittoa suunniteltaessa valitaan asettelumalli, jonka avulla oppaan eri elementit, kuten otsikot ja tekstit, asetellaan paikoilleen. (Hyvärinen 2005; Torkkola ym. 2002, 46, 53–55.)

## **7 TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas kotisaattohoidosta kotihoidon henkilökunnalle. Tavoitteena oli laajentaa kotihoidon henkilökunnan osaamista kotisaattohoidosta ja tuottaa opas, johon on koottu keskeistä tietoa elämän loppuvaiheen hoidosta. Tavoitteena oli, että opas toimii hoitohenkilökunnan tukena kotisaattohoidossa.

## **8 TUOTEKEHITYSPROSESSI**

Sosiaali- ja terveysalalle kehitetyn tuotteen täytyy edistää alan tavoitteita ja noudattaa alan eettisiä ohjeita. Tuotetta kehitettäessä on otettava huomioon asiakasnäkökulma, jotta lopullinen tuote palvelee kohderyhmää parhaalla mahdollisella tavalla. Tuotekehitysprosessissa on viisi eri vaihetta: kehittämistarpeen tai ongelman tunnistaminen, ideointivaihe sekä luonnostelu-, kehittäminen ja viimeistelyvaihe. (Jämsä & Manninen 2000, 13–28.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas kotisaattohoidosta. Tuotettava opas tulee kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Opinnäytetyö toteutettiin tuotekehitysprosessina. Jotta oppaasta tulisi toimeksiantajan ja kohderyhmän tarpeeseen sopiva, pyysimme oppaan testausvaiheessa palautetta sekä toimeksiantajalta että kohderyhmältä. Saadun palautteen perusteella muokkasimme tuotetta.

### **8.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen**

Tuotekehitysprosessi aloitetaan ensimmäisestä vaiheesta, jossa tunnistetaan kehittämistarve tai ongelma. Kehittämistarpeen tunnistamisessa olennaista on selvittää ongelman yleisyys ja laajuus. (Jämsä & Manninen 2000, 28–31.)

Aihetta valitessamme otimme yhteyttä Savonlinnan palliatiivisen keskuksen palveluesihenkilöön ja kysyimme organisaation tarvetta saattohoitoa käsittele-

välle opinnäytetyölle. Saimme aihe-ehdotuksen palliatiiviselta keskukselta. Organisaatiolla ei ole ajantasaista kotisaattohoito-opasta, joka sisältäisi oirehoidon eri osa-alueet ja olisi suunnattu hoitohenkilökunnalle.

## 8.2 Ideointivaihe

Ideointivaihe voidaan aloittaa, kun varmuus kehittämistarpeesta on saatu. Tässä vaiheessa voidaan käyttää tuotteen kehittämiseksi erilaisia ongelmanratkaisumenetelmiä, kuten aivorihtä ja tuplatiimiä. Lisäksi voidaan käyttää benchmarking-menetelmää. Tämä menetelmä perustuu eri organisaatioiden kehittämien tuotteiden tai toimintatapojen vertaamiseen keskenään. Ideointivaiheessa kehitettävää tuotetta arvioidaan toimeksiantajan ja tuotteen kehittäjien kesken. (Jämsä & Manninen 2000, 35–38.)

Hyödynsimme ongelmanratkaisuun aivorihtä, sillä se oli luontevin vaihtoehto meille. Tällä menetelmällä saimme toimeksiantajan kanssa helposti rajattua aiheetta ja oppaan sisältöä. Kokosimme ideoita paperille ja näistä keskustelimme toimeksiantajan kanssa yhteisessä palaverissa. Ideointivaiheessa kokosimme paperille keskeisiä asioita, joita halusimme opinnäytetyössämme tuoda ilmi. Näitä olivat muun muassa kipu ja sen hoito, erityisesti PCA-pumppu, kipumittarit sekä lähestyvän kuoleman merkit. PCA-pumpun koimme tärkeäksi aiheeksi, koska meidän kokemuksemme perusteella kotihoidon henkilökunta kaipasi ohjeistusta PCA-pumpun käytöstä. Lisäksi ideointivaiheessa toteusimme, että halusimme tuoda työssämme ilmi hoitolinjaukset ja etenkin saattohoitopäätöksen ja DNR-päätöksen eron. Suunnittelimme toimeksiantajan kanssa Webropol-kyselyn kohderyhmän. Lisäksi käytimme benchmarking-menetelmää. Vertailimme kolmea valikoitua opinnäytetyötä, joissa oli tehty saattohoito-opas henkilökunnalle. Taulukossa 3 esitämme valikoidut opinnäytetyöt ja meidän tekemämme huomiot.

Taulukko 3. Benchmarking

Laurila, J., Iskulehto, E. & Lukkari, K. 2021. Saattohoito-opas kotihoitoon.	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ hoitotahto hyvin kuvattu</li> <li>+ laatikot helpottavat olennaisten asioiden huomaamista</li> <li>+ selkeät otsikot</li> <li>+ sisällysluettelo</li> <li>- kivun hoidosta olisi voinut kertoa kattavammin</li> <li>- visuaalisesti ei miellyttävä</li> <li>- pitkiä kappaleita, paljon tekstiä</li> </ul>
Günther, A. & Herrala, M. 2021. Muistisairaahan hyvä kuolema -saattohoidon opas henkilökunnalle tehostetun palveluasumisen yksikköön.	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ selkeä sisällysluettelo</li> <li>+ hoitotahto esitelty</li> <li>+ saattohoito yleisesti</li> <li>+ yleisimmät kipulääkkeet esitelty</li> <li>+ yhteystiedot lopussa</li> <li>-kipumittarit puuttuvat</li> <li>-psykykinen osio suppea</li> <li>-teksti ajoittain vaikealukuista</li> <li>-visuaalisesti ei miellyttävä</li> </ul>
Ketomäki, M. & Kiiskilä, A. 2021. Saattohoito-opas kotihoiton työntekijöille.	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ käytetty kuvia</li> <li>+ kipumittarit avattu</li> <li>+ yleisimmät kipulääkkeet kuvattu</li> <li>+ oireet kuvattu muita oppaita tarkemmin</li> <li>+ yhteystiedot</li> <li>- Teksti vaikealukuista</li> <li>- PCA, s-c.kanyylyä ei ole avattu</li> </ul>

### 8.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosteluvaiheeseen siirrytään, kun on tehty päätös valmistettavasta tuotteesta. Tässä vaiheessa huomioidaan toimeksiantajan toiveet ja organisaation yhteiset linjaukset, joilla on merkitystä kehitettävässä tuotteessa. Tuotetta tehdessä huomioidaan käyttäjäryhmän tarve ja tuotteen laatu. Jotta tuote olisi

mahdollisimman laadukas, tulee tutkimustiedon olla ajantasaista. Lisäksi tutkimustietoa tulee tarkastella eri näkökulmista. (Jämsä & Manninen 2000, 43–49.)

Luonnosteluvaiheessa pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoretta tutkimustietoa aiheesta. Tiedonhaun rajasimme vuoteen 2015 ja sitä tuorempiin, vapaasti saatavilla oleviin tutkimuksiin. Soveltuvien osien käytimme myös yli kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia, joissa huomioimme, ettei tutkittuun tietoon ole tullut muutoksia. Keräsimme vanhemmista lähteistä tietoa potilaan elämän loppuvaiheen oireista, kuten pahoinvointi ja ummetus, jotka ovat pysyneet lähes muuttumattomina vuosien ajan. Sen sijaan potilaan hoitoa koskevat asiat keräsimme vain tuoreista lähteistä. Tiedonhaussa käytimme keskeisinä tietokantoina Finnaa, Medicia, Terveysporttia, PubMedia, Google Scholaria sekä Kaakkurin sivuja. Keskeisimpinä lähteinä käytimme Käypä hoito -suositusta, Terveyskylää, Duodecimin-kirjoja sekä internetlähteitä. Rajasimme tiedonhaun suomen- ja englanninkielisiin lähteisiin. Hakusanoina käytimme muun muassa seuraavia sanoja: saattohoito, palliatiivinen hoito, kivunhoito AND saattohoito, kuoleva potilas, palliatiivis- care AND symptom management AND pain. Tiedonhaku on kuvattu taulukkomuotoon liitteessä 1. Kansainvälistä tutkimustietoa kotisaattohoidosta oli haasteellista löytää, koska suurin osa tutkimuksista käsitteli osastoilla toteutettavaa saattohoitoa. Suomessa kotisaattohoitoa on tutkittu niukasti. Soveltuvien osien käytimme tutkimustietoa, joka pohjautuu sairaalan osastoilla toteutettuun saattohoitoon.

Luonnosteluvaiheessa hahmottelimme oppaan alustavaa sisältöä ja ulkoasua. Tarkoituksenamme oli tuottaa opaslehtinen, joka kulkee helposti hoitohenkilökunnan mukana. Jotta opas olisi myös esteettisesti miellyttävä, halusimme käyttää oppaassa hyödyksi kuvia. Halusimme, että opas painottuisi elämän loppuvaiheen oirehoitoon ja siinä korostuisi kuolevan potilaan kivunhoito. Kipu on yksi keskeisin oire kuolevalla potilaalla, ja tämän vuoksi halusimme korostaa sen hoitoa oppaassamme. Muut keskeisimmät oireet valikoituivat sen mukaan, mitä oireita saattohoitopotilaalla yleisimmin on elämän loppuvaiheessa. Mainitsimme opinnäytetyössämme myös vapaaehtoistyöntekijät ja seurakunnan henkilökunnan, koska heidän tukeaan voidaan hyödyntää kotisaattohoidossa. Saattohoitoaiheen laajuuden vuoksi jouduimme rajaamaan aiheen ul-

kopuolelle osittain omaisten ja läheisten tukemisen sekä kokonaan palliatiivisen sedaation ja lasten saattohoidon. Tällä hetkellä Savonlinnan alueella lasten saattohoidon hoitovastuu on Kuopion yliopistollisella sairaalalla, jonka vuoksi rajasimme sen opinnäytetyömme ulkopuolelle. Palliatiivisen sedaation rajasimme pois, koska se toteutetaan osasto-olosuhteissa. Oppaassa mainitsimme kuitenkin rajatuin osin omaiset ja läheiset, koska heidän roolinsa korostuu kotisaattohoidossa. Lisäksi halusimme esittää oppaassa keskeiset asiat selkeästi, jotta käytännön työssä tarvittava tieto olisi helposti henkilökunnan saatavilla. Oppaan loppuun kokosimme tarvittavat yhteystiedot kotisaattohoitoon Etelä-Savon hyvinvointialueen Savonlinnan seudulla.

#### **8.4 Kehittelyvaihe**

Kehittelyvaihe toteutetaan luonnosteluvaiheen suunnitelman mukaisesti.

Tässä vaiheessa itse tuotetta aloitetaan tekemään, jolloin lopputuloksena saadaan aikaan mallikappale. (Jämsä & Manninen 2000, 54.) Jämsän & Mannisen (2000, 56–57) mukaan painotuotteiden, kuten oppaiden, tuottaminen tehdään tuotekehityksen vaiheiden mukaisesti. Lopullinen sisältö ja ulkoasu päätetään varsinaisen oppaan tekovaiheessa. Sisältö määräytyy sen mukaan, keille opas tuotetaan. Oppaan tekstityyliksi valitaan asiatyyli, ja otsikoinnin tulee olla selkeä sekä oppaan ulkoasun vastata organisaation yhteneväistä tyyliä.

Toimeksiantaja hyväksyi alustavan hahmotelman oppaasta, ja heidän toiveestaan pidimme vielä kehittelyvaiheen palaverin, jossa sovimme tarkemmin oppaan ulkoasusta ja sisällöstä, jotta se vastaa organisaation yhteneväistä tyyliä. Suunnitelmaseminaarin jälkeen anoimme tutkimusluvan ja valmistimme oppaan mallikappaleen. Mallikappale tehtiin Word-ohjelmalla ja pyysimme siitä Webropol-kyselyn (Liite 3.) avulla palautetta kohderyhmältä eli Savonlinnan alueen kotihoidon henkilökunnalta. Webropol-kysely saatekirjeineen (Liite 4.) lähetettiin yksiköihin sähköpostitse. Aikataulullisista syistä Webropol-kysely oli auki viikon, ja se lähetettiin palliatiivisen keskuksen palveluesihenkilölle. Hän välitti kyselyn kotihoidon esihenkilöille jaettavaksi. Esihenkilöiden toimesta kysely lähetettiin 110 työntekijälle.



Webropol-kysymykset valikoituivat hyvän oppaan kriteerien mukaisesti. Kysely sisälsi suljettuja kysymyksiä, joiden analysointiin käytimme Webropol-analysointiohjelmaa. Suljettujen kysymysten lisäksi kyselyssä oli kysymyksiä, joihin vastattiin Likert-asteikolla. Likert-asteikolla kerätään tutkittavasta asiasta vastauksia 4- tai 5-portaisena asteikkona, jossa on esitetty tutkittavan asian ääripäät. Kyselyyn vastaaja valitsee asteikolta parhaiten omaa ajatustaan kuvaavan vastauksen. (Heikkilä 2014.) Käytimme kyselyssämme 4- ja 5- portaisia vastausasteikkoja. Avoimen kysymyksen vastauksien analysointiin voidaan käyttää Webropol text mining-toimintoa. Se analysoi tekstistä eniten käytetyt sanat sanapilven avulla. Text mining löytää keskeisimmät teemat, joiden avulla voidaan luokitella saadut vastaukset. (Webropol analytics s.a.)

Webropol-kyselyn lopullinen vastausmäärä prosentuaalisesti oli 12,73 eli 14 vastausta. Kuvassa 2 esiteltynä oppaan ulkoasua koskevat vastaukset. 85,7 prosenttia (n=12) vastaajista piti opasta selkeänä. Helppolukuisena opasta piti 84,6 prosenttia (n=11) vastaajista. Loput vastaajista (n=2) olivat osittain samaa mieltä tai täysin eri mieltä. 76,9 prosenttia (n=10) vastaajista piti tekstityyliä hyvänä ja kokivat, että kuvat selkeyttivät asiasisältöä. Täysin eri mieltä vastaajista oli 7,7 prosenttia (n=1) ja osittain samaa mieltä oli 15,4 prosenttia (n=2).

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Keskiarvo	Mediaani
Opas on selkeä	7,2%	0,0%	7,1%	85,7%	3,7	4,0
Opas on helppolukuisen	7,7%	0,0%	7,7%	84,6%	3,7	4,0
Tekstityyli on hyvä	7,7%	0,0%	15,4%	76,9%	3,6	4,0
Kuvat selkeyttivät asiasisältöä	7,7%	0,0%	15,4%	76,9%	3,6	4,0

Kuva 2. Oppaan ulkoasun vastaukset

Kaikki vastaajista (n=14) kokivat oppaan hyödylliseksi ja tiedon helposti löydettäväksi oppaasta. Kuvassa 3 esittelemme vastaukset kysymykseen, tukeeko opas henkilökuntaa kotisaattohoidon toteuttamisessa. Täysin samaa mieltä vastaajista oli 64,3 prosenttia (n=9), 28,6 prosenttia (n=4) oli osittain samaa mieltä ja 7,1 prosenttia (n=1) ei osannut sanoa.

	1	2	3	4	5		Yhteensä	Keskiarvo	Mediaani
Täysin eri mieltä	0	0	1	4	9	Täysin samaa mieltä	14	4,6	5,0
	0,0%	0,0%	7,1%	28,6%	64,3%				
Yhteensä	0	0	1	4	9		14	4,6	5,0

Kuva 3. Vastauksia kysymykseen saako oppaasta tukea kotisaattohoidon toteuttamiseen

Kyselyn lopussa oli mahdollisuus jättää palautetta ja kehitysideoita oppaasta. Vastaaajista 42,86 prosenttia (n=6) jätti avoimeen kysymykseen vastauksen. Vähäisten vastauksien vuoksi emme käyttäneet Webropolin text mining-toimintoa. Avoimen kysymyksen vastaukset ovat esiteltyinä alla.

*”Kiitos tästä oppaasta! Varmasti tulee käyttöön.”*

*”Hyvä ja selkeä opas.”*

*”Mielestäni opas on selkeä ja helppolukuinen, kuvat selkeyttivät hyvin tekstiä, niitä ehkä toivoisin olevan lisää. Oppaan taustan väri hyvin mietitty aiheeseen sopivaksi. Plussaa siitä, että oppaan lopussa selkeästi esillä tärkeät yhteystiedot.”*

*”Mietityttämään jäi, saiko sen s.c. letkun vai mikä se oli asentaa kuka tahansa? Mihin oli perusteelliset asennusohjeet.”*

*”Opas on hyödyllinen ja selkeä. Ulkoasu siisti. Kehitysideana olisi selkeät sanat/sanojen tarkoitukset esim. s. 10 sana glykopyroni, ei välttämättä ole selkeä kaikille. Hienoa, että oppaan loppuun on listattu tärkeitä puhelinnumeroita!”*

*”Mainio opas kotihoidon työhön, selkeä, kattava ja helppolukuinen.”*

## 8.5 Viimeistelyvaihe

Viimeistelyvaiheessa tuote viimeistellään ja muokataan toimeksiantajan tarvetta vastaavaksi esitestauksessa saatujen palautteiden perusteella. Viimeistelyn tuloksena valmistuu tuote toimeksiantajan käyttöön. (Jämsä & Manninen 2000, 81, 85.)

Webropol-kyselystä saadun palautteen perusteella teimme tarvittavat muutokset oppaaseen. Oppaan sivulle 10 muokkasimme glykopyrronia käsittelevää kappaletta selkeämmäksi. Toimeksiantajan pyynnöstä lisäsimme sivulle 24 palliatiivisen vastaanoton puhelinnumeron. Lisäksi heidän pyynnöstänsä tarkensimme sivulle 14, että syöpäkivunhoito aloitetaan yleensä suoraan vahvalla opioidilla.

Oppaasta tuotettiin paperisen version lisäksi sähköinen versio, jotta oppaan muokattavuus säilyy tietojen päivittyessä. Opinnäytetyömme valmistuttua luovutimme tekijänoikeudet toimeksiantajalle. Tekijällä on valtuudet tekijänoikeuksien siirtämiseen toiselle osapuolelle. Tekijänoikeuksien siirtymisestä ja käyttämisestä voidaan sopia kirjallisen sopimuksen lisäksi myös suullisesti. Tekijänoikeuksia siirrettäessä sovitaan esimerkiksi siitä, saako valmista tuotosta muokata tai oikeuksia luovuttaa eteenpäin. (Sopimukset ja oikeudet s.a.)

## **9 POHDINTA**

Tässä luvussa tarkastelemme valmista opasta, joka tuotettiin Jämsän & Mannisen (2000) tuotekehitysprosessin mukaisesti. Pohdimme opinnäytetyöprosessia sekä sen luotettavuuden ja eettisyyden toteutumista. Lisäksi esitämme johtopäätökset ja jatkokehitysideat.

### **9.1 Tuotteen arviointi**

Olemme tyytyväisiä oppaaseemme, joka on tehty tuotekehitysprosessin mukaisesti. Prosessin alussa ryhdyimme hahmottelemaan oppaan sisältöä teoreettisen viitekehyksen sekä tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta. Sisältöä suunniteltaessa halusimme oppaasta mahdollisimman käytännöllisen ja helppolukuisen. Oppaan tuli myös noudattaa hyvän oppaan kriteereitä, jotka Hyvärinen (2005) ja Torkkola ym. (2002) ovat laatineet. Mielestämme saimme koottua toimivan oppaan, joka vastaa myös toimeksiantajan toiveita.

Oppaassa on käytetty otsikointia toimivasti ja asiatekstit on pidetty mielestämme sopivan mittaisina. Lisäksi olemme käyttäneet kuvia tekstin tukena. Jotta oppaasta olisi saatu visuaalisempi ja asiatekstistä vielä ymmärrettävämpi, olisi kuvia voinut käyttää enemmänkin. Oppaan ulkoasusta tuli visuaali-

sesti miellyttävä ja käsiteltävään aiheeseen sopiva. Värimaailma on rauhallinen. Mielestämme oppaan ulkoasu on huoliteltu, mikä vastaa Hyvärisen (2005) ja Torkkolan ym. (2002) ohjeita.

Oppaan toimivuutta testaavaan kyselyyn vastasi vain 12,73 prosenttia kyselyn saaneista. Olisimme toivoneet vastauksia enemmän, jotta mahdollisia kehitysideoita olisi saatu laajemmin. Kyselyyn vastanneet olivat tyytyväisiä oppaan ulkoasuun ja kokivat oppaan hyödylliseksi sekä selkeäksi.

## **9.2 Opinnäytetyön prosessin tarkastelu**

Aloitimme opinnäytetyöprosessin huhtikuussa 2022 aiheen valinnalla. Saimme aihe-ehdotuksen Savonlinnan alueen palliatiiviselta keskukselta. Tämän jälkeen solmimme toimeksiantajan kanssa opinnäytetyösopimuksen. Aloitimme tiedonhakuja ja teoreettisen viitekehityksen suunnittelua. Koimme haastavaksi löytää tutkimustietoa kotisaattohoidosta. Lisäksi kansainvälisten tutkimuksien löytäminen oli aluksi haastavaa. Tutkimuksien suomentaminen oli myös aikaa vievää. Tiedonhakuja teimme koko opinnäytetyöprosessin ajan. Teoreettista viitekehystä kirjoittaessa hahmottelimme samalla oppaan alustavaa sisältöä ja ulkoasua. Kirjoittaessa teoriaosuutta koimme haasteelliseksi aiheen rajaamisen, koska käsiteltävä aihe on erittäin laaja.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa kirjoitimme auki tuotekehitysprosessin vaiheet. Tämä vaihe oli hyvin aikaa vievä, koska tuotekehitysprosessin ymmärtäminen oli haastavaa. Hyödynsimme tässä vaiheessa opettajilta saatavaa ohjausta. Tässä vaiheessa saimme myös opettajilta ja toimeksiantajalta ohjausta oppaan mallikappaleen valmistamiseen. Toimeksiantaja hyväksyi oppaan mallikappaleen ennen opinnäytetyön suunnitelmaseminaaria. Suunnitelmaseminaari ajoittui tammikuulle 2023. Tämän jälkeen saimme hakea Etelä-Savon hyvinvointialueen johtavaylihoitajalta tutkimuslupaa. Tutkimuslupahakemuksen hyväksymisprosessi oli odotettua pidempi, minkä vuoksi alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen pidimme oppaan palautekyselyä vain viikon auki. Palautekysely ajoittui maaliskuulle 2023, jonka jälkeen teimme tarvittavat muutokset oppaaseen.

### 9.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) mukaan hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) linjaa tutkimuseettiset ohjeet. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkimuksen toimintatapojen tulee olla rehellisiä sekä tarkkaa ja huolellista tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö s.a.) Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa tieteellisen tutkimuksen kriteeristön mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen tuloksia julkaistaessa tulee toimia avoimuutta ja vastuullisuutta noudattaen. Toisten tutkijoiden tekemää työtä täytyy arvostaa ja heidän tutkimustuloksiinsa tulee viitata asianmukaisesti ja arvokkaasti. Tietoaineistot tulee tallettaa tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tutkimusluvut tulee olla hankittuna sekä joissain tapauksissa myös ennakoarviointi tulee olla tehtynä. Tutkijoiden kesken tulee sopia jokaisen työryhmän jäsenen kanssa velvollisuudet, vastuut ja oikeudet. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6.)

Opinnäytetyöprosessia aloittaessamme saimme aihe-ehdotuksen Savonlinnan palliatiiviselta keskukselta. Aihe-ehdotus on lähtöisin organisaation tarpeesta kehittää kotisaattohoitoa. Toimeksiantajan kanssa rajasimme opinnäytetyömme ulkopuolelle lasten saattohoidon, palliatiivisen sedaation ja osittain omaisten sekä läheisten tukemisen saattohoidossa. Opinnäytetyötä aloittaessa solmimme opinnäytetyösopimuksen toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyössämme viittasimme alkuperäistutkimuksiin ja laadimme lähdeluettelon Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun lähdeohjeiden mukaisesti. Laadimme alkuperäistutkimuksista tiedonhaku- ja kirjallisuuskatsaustaulukot.

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliaabelius tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Toisin sanoen, mikäli kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen tai jos sama tutkimus uudestaan tehtynä antaa saman tutkimustuloksen, on tutkimustulos reliaabeli. Validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän pätevyyttä mitata tutkittavaa asiaa. (Hirsjärvi ym. 2012, 231–232.) Luotettavuutta voidaan myös lisätä esitestauksella eli pilotoinnilla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 205).

Opinnäytetyössämme käytimme monipuolisesti eri lähteitä ja luotettavia tietokantoja. Luotettavuuden lisäämiseksi tiedonhaussa pyrimme rajaamaan aiheistot mahdollisimman uusiin tutkimuksiin. Huomioimme validiteetin työssämme siten, että tiedonhakuja tehdessämme varmistimme tutkimustiedon vastaavan tutkimaamme asiaa. Teoreettista viitekehystä laatiessamme käytimme lähdesynteesiä, joka lisäsi opinnäytetyömme luotettavuutta. Kansainvälisiä tutkimuksia käyttäessämme hyödynsimme MOT-kielipalvelua tulkitsemisen helpottamiseksi. Koska opinnäytetyö on tehty parityönä ja tutkittavaa asiaa on tarkasteltu kahdesta eri näkökulmasta, lisää se työn luotettavuutta.

Anoimme suunnitelmaseminaarin jälkeen toimeksiantajalta tutkimusluvan. Tutkimusluvan saatuamme lähetimme oppaan mallikappaleen Webropol-kyselyineen sekä saatekirjeineen kohderyhmälle testattavaksi. Saatekirjeessä kerroimme, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonymisti. Saadut vastaukset pidimme Webropol-palvelussa salasanan takana ja tuotteen valmistumisen jälkeen hävitimme vastaukset asianmukaisesti. Kyselyn vastausprosentti oli vain 12,73 (n=14), mikä heikentää työn luotettavuutta. Kuitenkin saaduista vastauksista kävi ilmi, että opas on sisällöltään hyödyllinen ja teksti on helppolukuista. Vastauksien perusteella ja toimeksiantajan pyynnöstä teimme pieniä muutoksia ja tarkensimme asiasisältöä oppaaseen. Muutoksien jälkeen valmistui organisaation toiveita vastaava opas. Valmiista oppaasta luovutimme tekijänoikeudet toimeksiantajalle, jotta opasta voidaan jatkossa päivittää.

#### **9.4 Johtopäätökset ja jatkokehitysehdotukset**

Mielestämme johtopäätöksenä pystytään toteamaan, että kotisaattohoitoa tulisi kehittää tulevaisuudessa tarpeita vastaavaksi. Lisäksi tutkimuksissa on käynyt ilmi, että hoitohenkilökunnan saattohoito-osaamista tulisi kehittää. Koemme oppaan sisällön hyödylliseksi ja kohderyhmän tarpeita vastaavaksi. Mielestämme oppaaseen on koottu keskeisimmät asiat kotisaattohoidosta. Jatkokehitysehdotuksena olisi oppaan käytön laajentaminen koko Etelä-Savon hyvinvointialueiden kotihoidon yksiköiden käyttöön.

## LÄHTEET

Ahdistuneisuus s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Päivitetty 15.8.2018. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oi-reet/ahdistuneisuus> [viitattu 26.11.2022].

Ahlblad, J. Miten kohdata kuolema. 2019. Helsinki: Tammi.  
Anttonen, M. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2022. Ikääntyvän kuolevan oikeuksien toteutuminen kotisaattohoidossa kuolevan, omaissaattajan ja surevan kokemuksina. *Diakonian tutkimus* 1S, 27–49. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.37448/dt.121270> [viitattu 24.11.2022].

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 2148. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1> [viitattu 15.10.2022].

Balagurin, O. 2015. Vapaaehtoistyö. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliativinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 592–595.

Cotogni, P., Stragliotto, S., Ossola, M., Collo, A. & Riso, S. The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. 2021. *Nutrients* 2. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7911232/> [viitattu 18.11.2022].

Elämän loppuvaiheen hoito s.a. Valvira. WWW-dokumentti. Päivitetty 20.4.2020. Saatavissa: [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattin-harjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattin-harjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito) [viitattu 7.9.2022].

Global atlas of palliative care. 2020. Worldwide palliative care alliance. PDF-tiedosto. Päivitetty 30.4.2021. Saatavissa: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> [viitattu 6.12.2022].

Goldberg, W., Mahr, G., Williams, A. & Ryan, M. 2019. Delirium, confusion and agitation. Teoksessa Ferrell, B. & Paice, J. (toim.) Oxford textbook of palliative nursing. New York: Oxford University Press, 319-329.

Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliativinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 82–85.

Haho, A. 2017. Palliativisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. *Lääkärilehti* 33, 1704–1709. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/20/43/850/sll332017-1704.pdf> [viitattu 16.11.2022].

Halila, R., Mustajoki, P., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Hoitotahto. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00809> [viitattu 28.12.2022].

- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Kvantitatiivinen tutkimus. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf> [viitattu 7.1.2023].
- Heiskanen, T. 2015. Opioidien kliininen käyttö. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 62–67.
- Heiskanen, T., Haakana, S. & Koivusalo, A. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 51–53.
- Hiltunen, P. 2015. Psykiatristen oireiden hoito vanhuspotilailla. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 226–229.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hovilainen-Kilpinen, T., Niskanen, T., Räisänen, R. & Kari, O. 2021. Kotihoidossa toimiminen. Saattohoito kotihoidossa. 1.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) s.a. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). WWW-dokumentti. Päivitetty 7.7.2021. Saatavissa: <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk> [viitattu 24.11.2022].
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. PDF-tiedosto. Saatavissa: [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) [viitattu 28.11.2022].
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167> [viitattu 18.1.23].
- Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 4, 433–439. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798#s4> [viitattu 22.11.2022].
- Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. 1. painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas. Etelä-Suomen syöpäyhdistys. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/frantic/syopa-kaikkisyovasta/Saattohoito-opas-14.-uudistettu-painos-2015.pdf> [viitattu 8.12.22].
- Hänninen, J. 2015a. Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 306–307.



Hänninen, J. 2015b. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 32–34.

Hänninen, J. 2015c. Saattohoitoa kenelle, milloin ja missä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 256–259.

Hävölä, H., Flinkkilä, M., Laine, S. & Nivala-Huhtaniska, N. 2022. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. Hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/hoitosuositus-suunhoito-netti-1.pdf> [viitattu 28.11.2022].

Idman, I. 2015. Psykykinen tuki. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 218–223.

Isoherranen, K. 2015. Haavat. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 182–183.

Janes, R. 2015. Delirium. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 170–172.

Jokelainen, K. 2015. Maksakirroosi. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 488–491.

Juhela, P. 2015. Sairauden vaikutus ihmissuhteisiin. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 280–284.

Jämsä, K. & Manninen E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. 1.–2. painos. Vantaa: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karhapää, H. s.a. Palliatiivinen hoito. Duodecim terveysportti. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2022. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/ykt00397> [2.1.2023].

Karppinen, H. 2015. Hoitotahto. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 610–611.

Kotihoito. 2018. Sosteri. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.5.2022. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalipalvelut-ikaantyneille/kotihoito/> [viitattu 11.8.2022].

Kotisaattohoito s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2021. Saatavissa: [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito) [viitattu 7.9.2022].

Kotisairaala Tehosa. 2018. Sosteri. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.1.2022. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/palvelut/terveyden-ja-sairauden-hoito/keskussairaalan-palvelut/kotisairaalatehosa/> [viitattu 11.8.2022].

Laakkonen, M., Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2016. Kuolevan oireiden hoito. Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/ger04402/do?p\\_haku=kuolevan%20oireiden%20hoito#q=kuolevan%20oireiden%20hoito](https://www.oppiportti.fi/op/ger04402/do?p_haku=kuolevan%20oireiden%20hoito#q=kuolevan%20oireiden%20hoito) [viitattu 15.12.2022].

Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa s.a. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 2.9.2022. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa> [viitattu 12.9.2022].

Laki kuolemansyyn selvittämisestä 1.6.1973/459.

Lehto, J. 2015. Hoitolinjaukset. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 11–12.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. *Duodecim aikakauskirja* 4, 395–402. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo10828> [viitattu 15.10.2022].

Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135, 335–342. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788> [viitattu 28.12.2022].

Marjamäki, E. 2015. Lääkeannostelija (PCA). Duodecim oppiportti. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.oppiportti.fi/op/pli00246/do?p\\_haku=marjam%C3%A4ki#q=marjam%C3%A4ki](https://www.oppiportti.fi/op/pli00246/do?p_haku=marjam%C3%A4ki#q=marjam%C3%A4ki) [viitattu 8.11.2022].

Mikä on Etelä-Savon hyvinvointialue s.a. Etelä-Savo. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://etela-savo.fi/etela-savon-hyvinvointialue/mika-on-etela-savon-hyvinvointialue/> [viitattu 26.11.2022].

Muurinen, S. 2015. Henkisyys, hengellisyys ja spiritualiteetti. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 307–308.

Nesteen kertyminen kehoon palliatiivisessa hoidossa s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/nesteen-kertyminen-kehoon> [viitattu 17.11.2022].

Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiiivinentalo/palliatiiivinen-hoito/saattohoidossa/saattohoidon-erityiskysymykset/nesteytys-ja-ravitseminen-saattohoidossa> [viitattu 18.11.2022].

Oosterveld-Vlug, M.G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P.M., Korevaar, J.C. & Francke, A.L. 2019. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care* 18, 96. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7> [viitattu 24.11.2022].

Orell-Kotikangas, H. 2015. Ravitseminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 332–340.

Organisaatio. 2018. Sosteri. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.6.2022. Saatavissa: <https://www.sosteri.fi/sosteri/organisaatio/> [viitattu 11.8.2022].

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. 2015. Hoitotyön tutkimussäätiö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf> [viitattu 30.12.2022].

Palliatiiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliatiiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 4.10.2019. Saatavissa: <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50063> [viitattu 7.9.2022].

Palliatiiivinen hoito. 2020. Sosteri. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://asiakaspolut.sosteri.fi/?process=palliatiiivinen-hoito&tableId=686&fromTable=691> [viitattu 25.12.2022].

Palliatiiivisessä hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. 2022. Hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf> [viitattu 8.12.2022].

Palliative care s.a. World Health Organization. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> [viitattu 23.11.2022].

Parker, D., Lewis, J. & Gourlay, K. 2018. Palliative care and dementia. *Dementia Australia* 43, 16–17. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.dementia.org.au/sites/default/files/documents/Dementia-Australia-Numbered-Publication-43.pdf> [viitattu 28.11.2022].

Poukka, P. 2015. Kotisaattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 577–580.

Pöyhiä, R. 2015. Kakeksia ja ruokahaluttomuus. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiiivinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 163–165.

Pöyhiä, R. 2018. Lääkkeiden ja nesteen ihonalainen annostelu. Teoksessa Pöyhiä, R., Güldogan E. & Vanhanen, A. (toim.) *Kotisairaala*. 1. painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 80–85.

Rahko, E. & Rajala, K. 2020. Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla. *Duodecim* 136, 1605–1613. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www-duodecim-lehti-fi.ezproxy.xamk.fi/xmedia/duo/duo15685.pdf> [viitattu 8.1.2023].

Saarni, S. 2015. Lääkärin etiikan peruseriaatteita. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) *Palliativinen hoito*. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 603–605.

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa – Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_tila.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf) [viitattu 22.11.2022].

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: [qua](https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01640/search/sy%C3%B6p%C3%A4potilaan%20palliativinen%20hoito) [viitattu 12.12.2022].

Salin, S., Melender, H., Lehto, J. & Hökkä, M. 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 58, 143–157. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://doi.org/10.23990/sa.94374> [viitattu 6.12.2022].

Salman, J., Wolfe, E. & Patel, S. 2019. Anxiety and depression. Teoksessa Ferrell, B. & Paice, J. (toim.) *Oxford textbook of palliative nursing*. New York: Oxford University Press, 309-317.

Sario, S. 2021. Syöpäpotilaan palliativinen hoito. *Duodecim terveysportti*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01640/search/sy%C3%B6p%C3%A4potilaan%20palliativinen%20hoito> [viitattu 27.12.2022].

Saukkonen, M., Viitala, A., Lehto, J. & Åstedt-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliativisen hoidon aikana - systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 29 (3), 195–206.

Schroeder, K. 2019. Insomnia. Teoksessa Ferrell, B. & Paice, J. (toim.) *Oxford textbook of palliative nursing*. New York: Oxford University Press, 330–336. Sopimukset ja oikeudet. s.a. Tampereen yliopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/aineistonhallinta/sopimukset-ja-oikeudet/> [viitattu 22.1.23].

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. *Palliativinen hoitotyö*. Helsinki: Fioca Oy.

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/khp00072> [30.12.2022].

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Potilaan lääkärilehti. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/> [viitattu 17.11.2022].

The 2015 quality of death index – rankin palliative care across the world. 2015. The Economist. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://im-pact.economist.com/perspectives/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf> [viitattu 23.11.2022].

Tilley, C., Fu, M. & Lipson, J. 2019. Palliative wound, ostomy, and continence care. Teoksessa Ferrell, B. & Paice, J. (toim.) Oxford textbook of palliative nursing. New York: Oxford University Press, 251-284.

Ummetus s.a. Terveyskylä. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.11.2021. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/ummetus> [viitattu 21.11.2022].

Unettomuus. 2020. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseuran ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 26.6.2020. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067> [viitattu 5.1.2023].

Vainio, A. & Vuorinen, E. 2015. Kivun esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliativinen hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Oy, 45–47. Valmistuvat Hotus-hoitosuositukset. S.a. Hoitotyön tutkimussäätiö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/valmisteilla-olevat-hoitosuositukset> [viitattu 28.12.2022].

Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. Lähihoitajien kokemukset palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. 2020. *Hoitotiede* 2.

Vihelä, M., Kaakinen, P. & Hökkä, M. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. 2020. *Hoitotiede* 4.

Webropol analytics s.a. Webropol. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://webropol.fi/tuotteemme/lisamoduulit/analytics/> [viitattu 19.1.2023].

Yhteystiedot, toiminta ja palvelut s.a. Saimaan syöpäyhdistys. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.saimaansyopayhdistys.fi/yhdistys/> [viitattu 26.3.2023].

**TIEDONHAKUTAULUKKO**

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulosten lukumäärä	Valittujen tutkimusten lukumäärä
Finna.fi	Saattohoito	Väitöskirja, 2015–2022	11	1
Finna.fi	Kuoleva potilas	Lehti/artikkeli, 2018-	12	1
Pubmed	Palliative care AND nutrition AND cancer	Free full text, review, 2019–2022	39	1
Kaakkuri	Saattohoito AND kotihoito	2011–2023	35	1
Kaakkuri	Saattohoito	2015–2022	50	2
Kaakkuri	Saattohoito OR palliatiivinen	Lehti/artikkeli, 2011–2023	8	1
Terveysportti	Saattohoito	Käypä hoito	9	1
Medic	Kivunhoito AND saattohoito	Kieli: suomi, 2015–2023	9	1
Pubmed	Palliative care AND symptom management AND pain	Free full text, 2020, review	83	1

## KIRJALLISUUSKATSAUS

Tutkimus	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset
<p>1. Tutkimus</p> <p>Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M. &amp; Kaakinen, P. 2020. Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. <i>Hoitotiede</i>. 32 (2), 122–133</p>	<p>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen</p>	<p>52 lähihoitajaa</p> <p>Webropol-kysely,</p> <p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Vuorovaikutuksen merkitys ja moniammatillisuuden tärkeys. Teoriatiedon hallinnan ja oirehoidon tärkeys esimerkiksi kivun hoidon osaaminen. Palliatiivisen hoidon osaamisen hallinta.</p>
<p>2. Tutkimus</p> <p>Vihelä, M., Kaakinen, P. &amp; Hökkä, M. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. <i>Hoitotiede</i>. 32 (4), 275–284.</p>	<p>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen ja kehittäminen</p>	<p>79 henkilöä, joista potilaita ja läheisiä 41 henkilöä.</p> <p>Webropol-kysely,</p> <p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Laaja-alaisen ja kokonaisvaltaisen osaamisen tärkeys sisältäen muun muassa vuorovaikutusosaamisen, oirehoidon osaamisen, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteiden osaamisen. Potilaan ja läheisten ohjaamisen taito hoidon eri vaiheissa, myös kotisaattohoidossa. Sairaanhoitajien osaamisen laajentaminen ja kehittäminen saattohoidossa.</p>

<p>3. Tutkimus</p> <p>Salin, S., Melender H-L., Lehto, J. &amp; Hökkä, M. 2021. Asiantuntijoiden näkemyksiä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittämis- ja tutkimustarpeista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 58, 143–157. PDF-dokumentti. Saatavissa: <a href="https://doi.org/10.23990/sa.94374">https://doi.org/10.23990/sa.94374</a></p>	<p>Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kehittäminen ja tärkeimmät tutkimuskohteet ammattilaisten näkemysten mukaan.</p>	<p>222 terveydenhuollon ammattilaista. Aineisto kerätty induktiivisella menetelmällä.</p> <p>Laadullinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi ilmeni toiminnan puitteiden, hoitokäytäntöjen ja osaamisen kehittäminen. Tärkeimpiä tutkimuskohteita oli toimintaympäristöön, potilaaseen, hoitoon, läheisiin, ammattihenkilöstöön, vapaaehtoistyöhön ja monitieteiseen liittyvät tutkimuskohteet.</p>
<p>4. Tutkimus</p> <p>Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Acta Universitatis Tampereensis 2148. PDF-dokumentti. Saatavissa: <a href="http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1">http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1</a></p>	<p>Saattohoidon kehittäminen potilaasta ja hänen läheistensä tarpeista lähteväksi potilaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan kokemusten pohjalta.</p>	<p>Haastattelu 45 henkilölle; potilaille, perheenjäsenille ja hoitohenkilökunnalle. Aineisto kerätty kotisairaaloista ja saattohoitokodeista. Tehty grounded theory-menetelmällä.</p>	<p>Kuoleman vaikeuden helpottaminen, hyvä kuolema, kuolemaan saattaminen, surun kanssa eläminen. Hoitohenkilökunnan osaaminen keskeistä. Läheisten tukemisen tärkeys.</p>



<p>5. Tutkimus</p> <p>Hävölä, H., Rantanen, A. &amp; Kylmä, J. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. <i>Hoitotiede</i> 27 (2), 132–147.</p>	<p>Saattohoidossa olevien potilaiden toivo ja siihen vaikuttavat heikentävät ja vahvistavat tekijät.</p>	<p>Laadullinen, aineisto kerätty haastattelulla, potilaat 6 hlö, hoitohenkilökunta 10 hlö.</p>	<p>Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että potilaat toivoisivat saavansa olla kotona mahdollisimman pitkään. Potilaat toivoivat mahdollisimman normaalia elämää, toivoivat tulevansa kuulluksi ja, että heitä kohdeltaisiin arvokkaasti. Potilaan toivoa heikentäviä tekijöitä tutkimuksessa ilmeni muun muassa oireet ja sairauden eteneminen. Myös uskon pettäminen koettiin yhtenä heikentävänä tekijänä.</p>
<p>6. Tutkimus</p> <p>Saukkonen, M., Viita-la, A, Lehto, JT. &amp; Åsted-Kurki, P. 2017. Syöpäpotilaan ja hänen läheisensä selviytymistä edistävät tekijät palliatiivisen hoidon aikana. <i>Hoitotiede</i>. 29 (3), 195–206.</p>	<p>Palliatiivisen hoidon potilaiden ja heidän läheisten selviytymistensä edistävät tekijät.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Tutkimusartikkeleita valikoitu 26, nämä ovat tieteellisiä ja vertaisarvioituja.</p>	<p>Selviytymistä edistävät tekijät, joita oli muun muassa rohkeuden löytäminen, perhesuhteiden tasapaino, omassa kodissa eläminen, mielenrauha ja ammattitaitoinen sekä oikea-aikainen palliatiivinen hoito.</p>
<p>7. Tutkimus</p> <p>Cotogni, P., Stragliotto, S., Ossola, M., Collo, A. &amp; Riso, S. The role of nutritional support for cancer patients in palliative care. 2021. <i>Nutrients</i> 2. Verkkojulkaisu. Saatavissa: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7911232/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7911232/</a></p>	<p>Palliatiivisen hoidon ja saattohoitopotilaiden ravitsemuksen tarve.</p>	<p>Narratiivinen kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Tutkimus osoitti, että potilaiden ravitsemustilaa tulee arvioida riittävän usein. Ravitsemushoito parantaa parantumattomasti sairastuneen potilaan elämänlaatua. Ravitsemushoito tulee aloittaa riittävän ajoissa osana palliatiivista hoitoa.</p>

## WEBROPOL-KYSELY



Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu  
Palautekyselylomake

**1. Kerro meille mielipiteesi seuraaviin kysymyksiin koskien saattohoito-opasta:**

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Opas on selkeä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opas on helppolukuinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tekstityyli on hyvä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuvat selkeyttivät asiasisältöä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2. Oppaan sisältö on hyödyllinen**

- Kyllä  
 Ei

**3. Tieto on helposti löydettävissä oppaasta**

- Kyllä  
 Ei

**4. Oppaasta saa tukea kotisaattohoidon toteuttamisessa.**

	1	2	3	4	5	
Täysin eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Täysin samaa mieltä

**5. Voitte jättää oppaasta palautetta ja kehitysideoita tähän:**

**SAATEKIRJE**

Kyselylomakkeen saatekirje

Hei

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijat Iida Hassinen ja Laura Ylönen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulusta Savonlinnan kampukselta. Teemme opinnäytetyönämme oppaan kotisaattohoitoon. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Etelä-Savon hyvinvointialue. Opas tulee käyttöön kotihoidon henkilökunnalle kotisaattohoidon tueksi.

Pyydämme teitä tutustumaan oppaaseen ja vastaamaan tämän jälkeen Webropol-kyselyyn. Teidän palautteenne perusteella saamme arvokasta tietoa oppaan sisällön tarpeellisuudesta ja soveltuvuudesta käytännön työn tueksi. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonymisti ja se on täysin vapaaehtoista. Vastaamiseen kuluu aikaa muutama minuutti. Opinnäytetyömme valmistuttua tuhoamme kyselyn vastaukset. Pidämme palautekyselyn avoinna 17.-24.3.2023

Kiitämme jo etukäteen palautteestanne.

Linkki Webropol-kyselyyn:

Ystävällisin terveisin  
Sairaanhoitajaopiskelijat

Iida Hassinen  
[cchha001@edu.xamk.fi](mailto:cchha001@edu.xamk.fi)

Laura Ylönen  
[clayl003@edu.xamk.fi](mailto:clayl003@edu.xamk.fi)

## SAATTOHOITO-OPPAAN HAHMOTELMA

Kansilehteen jokin kuva sekä oppaan nimi ”Valmistautuminen lähestyvään kuolemaan – opas hoitohenkilökunnalle kotisaattohoitoon”

### Sisällysluettelo

#### Saateteksti

#### Yleisesti kotisaattohoidosta lyhyesti

- Kotikuolema
- Lähestyvän kuoleman merkit

#### Elämän loppuvaiheen hoito

- **Fyysiset tarpeet**
- Perushoito (iho, turvotukset, hygienia, suun hoito)
- Ravitseminen ja nesteytys
- Hengitystieoireet
- Ruoansulatuskanavan oireet
  - o Pahoinvointi
  - o Ummetus
- Kipu
  - o Kivun hoito lääkkeellisillä menetelmillä
    - p.o lääkkeet
    - s.c lääkkeet (s.c kanyyli)
    - PCA-pumppu
  - o Lääkkeettömät menetelmät
    - asentohoito
    - lämpö- ja kylmähoitot
- **Psyykkiset tarpeet**
- Ahdistus
- Unettomuus
- Masennus
- Delirium
- **Hengelliset ja sosiaaliset tarpeet**
- Eksistentiaalinen kärsimys
- Sielunhoito
- Omaisten ja läheisten huomiointi
- Yhteystiedot
  - o Kotisairaala
  - o Lupapaikka
  - o Päivystyksen sihteerin numero
  - o Apuvälinekeskus
  - o Sosiaalityöntekijä
  - o Sairaalapappi
  - o Seurakunta
  - o Saimaan syöpäyhdistys
  - o Hautaustoimisto
- Oppaassa käytetään kuvia tekstin tukena.

## SAATTOHOITO-OPAS



### Saate

Tämä opas on tuotettu yhteistyössä Etelä-Savon hyvinvointialueen (Eloisa) kanssa. Oppaan ovat tehneet osana opinnäytetyötään sairaanhoitajaopiskelijat Iida Hassinen ja Laura Ylönen.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä opas kotisaattohoidosta kotihoidon henkilökunnan käyttöön. Tavoitteena oli laajentaa kotihoidon henkilökunnan osaamista kotisaattohoidosta ja tuottaa opas, johon on koottu keskeistä tietoa elämän loppuvaiheen hoidosta. Tavoitteena oli, että opas toimisi hoitohenkilökunnan tukena kotisaattohoidossa.

Oppaaseen on koottu perustietoa saattohoitopotilaan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioimisesta ja hoidosta. Oppaan loppuun on koottu tärkeitä yhteystietoja Savonlinnan alueella.

### Sisällysluettelo

<b>Kotisaattohoito</b> .....	5
<b>Elämän loppuvaiheen hoito</b> .....	6
<b>Perushoito</b> .....	7
<b>Hengitystieoireet</b> .....	10
<b>Ravitsemus</b> .....	11
<b>Ruoansulatuskanavan oireet</b> .....	12
<b>Kipu</b> .....	13
<b>Kivunhoito menetelmät</b> .....	14
<b>Ahdistus</b> .....	20
<b>Masennus</b> .....	20
<b>Unettomuus ja uupumus</b> .....	21
<b>Delirium</b> .....	21
<b>Eksistentiaalinen kärsimys</b> .....	22
<b>Sielunhoito</b> .....	22
<b>Omaisat ja läheiset</b> .....	23
<b>Vapaaehtoiset</b> .....	23
<b>Yhteystiedot</b> .....	24
<b>Lähteet</b> .....	25

5

**Kotisaattohoito**

Kotisaattohoito on potilaan kotona toteutettavaa elämän loppuvaiheen hoitoa. Sen edellytyksenä on potilaan oma halu kuolla kotona. Myös omaisten osallistuminen hoitoon on suotavaa. Kotisaattohoito toteutetaan yhteistyössä kotihoidon, kotisairaalan ja tukiosaston kanssa. Kuolevalla potilaalla tulisi olla mahdollisuus siirtyä tukiosastolle, mikäli hän niin haluaa tai hoito kotona ei onnistu.

**Kotikuolema**

Kun kuolema on odotettavissa eikä ole syytä epäillä rikosta tai tapaturmaa, ei poliisia kutsuta paikalle. Vainaja siirretään sairaalaan kylmiöön, jossa lääkäri käy toteamassa kuoleman. Vainajan siirrosta vastaa hautaus toimisto. Vainajan siirron kotoa kylmiöön maksaa hoitava taho. Kuoleman tapahtuessa yöaikaan siirtoa ei yleensä tehdä. Hoitohenkilökunta kirjaa kuolinajan ylös. Potilaan kanssa on etukäteen sovittu, haluaako hän exitus-setin vai omat vaatteet ylleen ja haluaako läheiset osallistua vainajanlaittoon. Vainajalle tulee laittaa tunnistusranneke, josta näkyy potilaan nimi, henkilötunnus sekä kuolinaika.

6

**Elämän loppuvaiheen hoito**

Oireenmukainen hoito tulisi aloittaa riittävän ajoissa, kun kuolemaan johtavan sairauden hoito ei ole enää tarkoituksenmukaista tai sen kulkuun ei voida enää oleellisesti vaikuttaa. Sillä tähdätään elämänlaadun ylläpitämiseen, ja sen tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää fyysisistä, psykososiaalista sekä eksistentiaalista kärsimystä.

Hoidon tavoitteena on turvata potilaalle mahdollisimman hyvä ja oireeton elämä kuolemaan saakka, mutta ei pidentää elämää tai aikaistaa potilaan kuolemaa.

Keskeisintä on seurata potilaan oireita, niiden vaikeusastetta sekä niistä potilaalle aiheutuvaa haittaa säännöllisesti.

Saattohoitovaiheessa tärkeintä on potilaan hyvä perushoito ja huolenpito sekä riittävällä kivunhoidolla taattu kivuttomuus.



7

### Perushoito

Hyvä perushoito on keskeinen osa onnistunutta saattohoitoa. Mikäli potilas on kovin kivulias, tulee harkita kipulääkityksen antamista ennen hoitotoimenpiteitä.

### Suunhoito

Hoitamaton suu lisää infektorisriskiä ja aiheuttaa potilaalle kipuja. Useat lääkkeet, syömättömyys ja nielemisvaikeudet sekä syljen erityksen väheneminen lisäävät suun kuivuutta.

Suun kuivuutta voidaan hoitaa tarjoamalla potilaalle pieniä juomamääriä useita kertoja päivässä, jääpalojen imeskelyllä tai glyserolia sisältävien sitruunatikkujen avulla. Sitruunatikkua käyttäessä huomioitava, että potilaan limakalvot ovat ehjät ja sitruuna-allergiaa ei ole. Potilaan suuta voidaan kostuttaa kostutustikuin tai sivellä öljyä suun limakalvoille. Huulet rasvataan huulirasvalla.

### Ihohoito

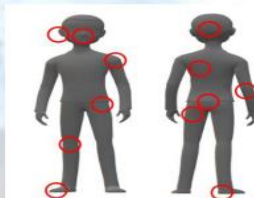
Ihoa tulee seurata ja hoitaa päivittäin. Yleisimpiä iho-ongelmia ovat ihon kuivuminen, kutina ja haavaumat. Iho-ongelmia voidaan ehkäistä riittävällä hygienian hoidolla, asentohoidolla ja ihon perusrasvauksella.

8

### Painevauriot ja painehaavat

Painehaavojen syntyyn vaikuttavat ihoon kohdistuva paine, hankaus ja kitka. Asentohoidolla, hygienianhoidolla ja liiallisen kosteuden välttämällä voidaan ehkäistä painehaavojen syntyä. Paineen vähentämiseksi voidaan potilaalla käyttää painehaavapatjaa ja ihon suojaamiseksi polyuretaanivaahtosidoksia. Näiden käyttö ei kuitenkaan poissulje asentohoitoa. Liikuntakyvyttömän potilaan asentoa tulee vaihtaa vähintään kahden tunnin välein. Painehaavariskin arviointiin käytetään yleisimmin Braden-pisteytystä.

Syöväen etäpesäkkeiden aiheuttamiin haavaumiin liittyy kipua, voimakasta hajua ja eritystä, kutinaa sekä verenvuotoa. Voimakashajuiselle haavaumalle voidaan käyttää Carboflex-sidosta sen hajua neutralisoivan kyvyn vuoksi. Tulehtuneeseen haavaan voi käyttää esimerkiksi hopeaa sisältäviä tuotteita kuuriluonteisesti.



Kuva 1. Painehaavojen riskipaikat (mukaillen Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä, 2015).



9

### Nesteen kertyminen elimistöön

Parantumattomasti sairailta potilailla esiintyy usein nesteen kertymistä eripuolille elimistöä. Nesteen kertyessä ihonalaiskudokseen potilaalla esiintyy turvotuksia esimerkiksi jaloissa ja käsivarsissa. Lisäksi nestettä voi kertyä keuhkopussiin ja vatsaonteloon.

Turvotuksia ja nesteen kertymistä elimistöön voidaan lieventää esimerkiksi nesteenpoistolääkkeillä ja kompressiohoidoilla.

Potilaalle voidaan asentaa dreeni poistamaan keuhkopussiin tai vatsaonteloon kertynyttä nestettä. Tällöin kotisairaala voi tyhjentää nestettä potilaalta kotona. Pleuranestettä voidaan poistaa enintään 1500 ml vuorokaudessa mahdollisen hypovolemian vuoksi. Nesteitä poistettaessa on seurattava potilaan verenpainetta ja happisaturaatiota.

Huomioitava on, että vatsaonteloon kertyvää askitesnestettä voidaan poistaa enintään seitsemän litraa vuorokaudessa. Lääkäri arvioi potilaskohtaisesti albumiini-infuusion tarpeen verenpaineen ja elimistön nestetilavuuden ylläpitämiseksi.

10

### Hengitystieoireet

Palliativinen potilas voi kärsiä erilaisista hengitystieoireista, kuten hengenahdistuksesta, yskästä, limaisuudesta ja hikasta. Potilas voi kokea hengenahdistuksen tukehtumisen tai ilman loppumisen tunteena sekä lisääntyneenä hengitystyönä. Hengenahdistusta voidaan helpottaa asentohoidolla, raikkaalla huoneilmalla, ilmapirran suuntaamisella kasvoille ja hengitysharjoituksilla.

Lisähapen antaminen potilaalle voi helpottaa hengenahdistusta. Ensisijainen hengenahdistuksen hoitoon käytettävä lääke on opioidi. Annostukset määritetään potilaskohtaisesti huomioiden ikä, perussairaudet ja munuaisten toiminta. Lisäksi voidaan käyttää inhaloitavia lääkkeitä.

Palliativisella potilaalla heikentynyt yskimisvoima aiheuttaa hengenahdistusta ja liman kertymistä hengitysteihin. Limaisuutta voidaan helpottaa asentohoidolla ja liman imemisellä sekä lääkehoidolla, esimerkiksi potilaskohtaisesti voidaan harkita glykopyrronin käyttöä. Glykopyrronia voidaan myös käyttää saattohoitovaiheessa niin kutsuttuun kuolinkorinaan.

11

### Ravitsemus

Hoidonrajoituksia tehtäessä tulee keskustella potilaan ja omaisten kanssa nesteytys- ja ravitsemushoidon rajaamisesta tai keventämisestä. Saattohoitovaiheessa ravitsemuksella ja nesteytyksellä ei ole enää merkitystä. Potilaalle voidaan tarjota niitä ruokia, joita hän haluaa syödä. Sellaisia ruokia, jotka aiheuttavat pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta tulee välttää.

Palliativisessa hoidossa potilas voi hyötyä juotavista lisäravinteista esimerkiksi Nutridrink valmisteista, jolloin pienemmällä annoksella saadaan nautittua energiatheämpää ravintoa.

**Suun hyvä kostutus riittää, kun ravinnonsaanti suun kautta ei enää onnistu. Ravinnottomuus ei ole syy potilaan kuolemaan, vaan hän on syömättä ja juomatta, koska tekee kuolemaa.**

12

### Ruoansulatuskanavan oireet

#### Ummetus

Saattohoitopotilailla ummetusta yleisimmin aiheuttaa opioidit. Muita syitä ummetukselle on vähentynyt liikunta, ravitsemus, suolilama ja ulostemassan kuivuminen. Huomioitava on, että potilaalla voi esiintyä ummetusta, vaikka hän söisikin vain vähän.

Opioidiummetusta voidaan ehkäistä aloittamalla opioidien rinnalle ummetuslääke. Ensisijaisina lääkkeinä ovat suunkautta otettavat valmisteet. Peruskipulääkkeeksi olisi hyvä valikoida naloksonia sisältävä valmiste.

#### Ripuli

Yleisin ripulin aiheuttaja on osittainen suolitukos, joka ilmenee ohivuotoripulina. Myös liiallinen ummetuslääkkeiden käyttö voi aiheuttaa ripulia. Tärkeintä ripulin hoidossa on huolehtia potilaan nestetasapainosta.

#### Pahoinvointi

Syitä pahoinvoinnille ovat muun muassa ummetus, mahahaava, kipu, askitesneste ja solunsalpaaja- tai sädehoidot. Potilaalle voidaan aloittaa pahoinvoinnin estolääkitys esimerkiksi ondansetronia tai metoklopramidia sisältävä valmiste. Pahoinvoinnin syy tulee selvittää, jotta voidaan valita oikea hoitokeino.

13

### Kipu

Kipu on hyvin yleinen ja eniten pelätyn oire palliatiivisella potilaalla. Kivun säännöllistä arviointia tulisi tehdä, jotta kivun hoito olisi mahdollisimman laadukasta. Sen luonne, voimakkuus ja vaikutus toimintakykyyn, nukkumiseen sekä mielialaan tulisi selvittää.

#### Kivun arviointiin voidaan käyttää apuna:

- VAS- kipujana
- NRS- numeraalinen asteikko
- PAINAD- mittari mikäli potilas ei kykene kertomaan kivusta
- ESAS- oirekysely kokonaistilanteen arviointiin

**Potilaalle valitaan parhaiten soveltuva mittari kivun arviointiin ja se kirjataan hänen hoitotietoihinsa. Samaa mittaria käytetään koko potilaan hoitajakson ajan**

14

### Kivunhoito menetelmät

Ensisijaisesti potilaan kipua tulisi hoitaa suun kautta otettavilla valmisteilla, mutta kipulääkkeet voidaan annostella myös muun muassa laastareina, kielenalustabletteina ja nenäsumutteina. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä tulisi käyttää lääkkeellisen hoidon lisänä. Näitä ovat esimerkiksi asentohoidot, musiikki, kylmä- ja lämpöhoidot, läsnäolo sekä sielunhoito. Peruskipulääkkeenä toimii **parasetamoli**, jonka rinnalle usein lisätään keskivahva tai vahva opioidi esimerkiksi **oksikodoni** tai **fentanylili**. Syöpäkivun hoito aloitetaan yleensä suoraan vahvalla opioidilla.

**Kuolevan potilaan hoidossa on huomioitava, ettei opioidille ole annosylärajaa**, vaan lääkkeen vastetta tulee seurata tarkasti ja annosta tehostaa tarpeen mukaan.

**Opioidien käytössä tulee huomioida niiden yleisimmät haittavaikutukset:** ummetus, pahoinvointi, ruokahaluttomuus ja suun kuivuminen.

Läpilyöntikipuun vahvat opioidit ovat tehokkaita ja ne voidaan annostella potilaalle kapseleina tai liuoksena suun limakalvoille.

**Lyhytvaikutteisen opioidin vaikutus alkaa noin 30 minuutissa ja kestää 4–5 tuntia.** Nopeimmin läpilyöntikipuun auttavat kielenalustabletti tai nenäsuihkeena annosteltava fentanylili. Vaikutus alkaa noin 10–15 minuutissa.



15

Kun potilaan kipua ei ole enää mahdollista hoitaa suun kautta, voidaan potilaalle asentaa subkutaaninen kanyyli (s.c. kanyyli) tai lääkannostelija eli PCA-pumppu (patient controlled analgesia). Saattohoidossa näihin siirrytään yleensä silloin, kun potilaalla esiintyy oksentelua, voimakasta pahoinvointia, nielemisvaikeuksia tai tajunnantason laskua.

S.c kanyyliin voidaan annostella esimerkiksi lyhytvaikutteista opioideja. PCA-pumpulla voidaan hoitaa kivun lisäksi esimerkiksi potilaan levottomuutta ja pahoinvointia.



Kuva 2. S.c-kanyyli

16

#### S.c kanyylin asentaminen:

- Käsien huolellinen desinfiointi
- Ihon puhdistus desinfiointiaineella esimerkiksi Apowipe-ethanol 80 %:lla liinalla.
- Poista suojapaperi Neria-asettimesta sekä punaisen painikkeen lukitus.
- Valitse 6 mm tai 9 mm pituinen kanyyli, ihonalaiskudoksen mukaan.
- Aseta Neria-asetin iholle kohtisuoraan ja paina punaisesta painikkeesta, kunnes kuulet naksahduksen.
- Huomioi asettimen nuolet, nämä kertovat tulevan letkun suunnan.
- Iholle jää valkoinen s.c-kanyyli.
- Liitä letkustoon Q-syte-silikoniventtiilikorkki, esitäytä letkusto ja yhdistä kanyyliin.
- Huomioi ympäröivä iho, suojaa iho ihonsuoja-aineella.
- S.c-kanyylin suojaamiseksi voi käyttää Opsite-kalvoa.
- Pistopaikan ihoa tulee seurata säännöllisesti. Huomioi ihoärsytys, punoitus, pehmeys, turvotus, kosteus ja kipu
- Kanyyli tulee vaihtaa vähintään 3–4 vuorokauden välein. Tarvittaessa useammin.
- Asettimen voi hävittää sekajätteeseen.

17

**Huom!**

S.c-kanyylin ei saa laittaa lähiaikoina sädetetyille iholle, nivelen tai luun seutuun eikä alueelle, missä on kasvainta. Ihon tulee olla ehjä, eikä siinä saa olla turvotusta. Ihokarvat tulee ajella tarpeeksi laajalta alueelta. Kanyylin kiinnitystä ja letkustoa tulee seurata säännöllisesti.

**Lääkkeen antaminen s.c. kanyylin kautta:**

- Varaa annettava lääke ruiskuun.
- Desinfioi Q-syte vähintään 70 % alkoholipyyhkeellä tai 80 % etanolilla kostutetulla taitoksella 15 sekunnin ajan.
- Mikäli käytössä on desinfiointikorkki SwabCap, erillistä desinfointia ei tarvita.
- Infusoi lääke rauhallisesti potilaaseen.
- Lääkkeen annon jälkeen huuhto sc-kanyylin letkusto 0,1–0,2 ml NaCl 0,9 %.
- Suojaa kanyylin silikoniventtiilikorkki SwabCapilla.



Kuva 3. S.c-kanyyli kiinnitettynä

18

**PCA-pumppu**

PCA-pumpusta potilas saa tasaisena infuusiona lääkettä ja voi lisäksi ottaa lisäannoksia eli boluksia. Hoitohenkilökunta säätää pumppuun jatkuvan annostelun milligramma määrän sekä bolusten enimmäismäärän tuntia kohden ja seuraa kulutusta arvioidessaan kipulääkkeen riittävyyttä.

**Yleisimmät pumpun antamien hälytyksien syyt:****Ilmaa letkussa**

Poista hälytys painamalla "Kuittaa". Tarkista, että letku on kunnolla ilmantunnistimessa. Jos letkussa on ilmaa, sulje letkunsulkija, irrota letku potilaasta ja poista ilma letkusta. Käynnistä infuusio uudelleen.

**Tukos**

Tarkista, että letku on suorassa ja kaikki letkunsulkijat auki. Hälytys kuittaantuu, kun letku on suorassa, sulkijat auki ja laite käynnistetään uudelleen.

**Akun varaus vähissä**

Hälytyksen voi poistaa painamalla "Kuittaa". Vaihda laitteeseen uudet patterit tai akku. Laite käynnistyy tämän jälkeen uudestaan.

**Säiliö tyhjenemässä**

Pumppuun voidaan ohjelmoida ilmoitus säiliön (kasetin) infuusion loppumisesta. Pumpun hälyttäessä tulisi uusi säiliö vaihtaa mahdollisimman pian.

19

Jokaisessa vuorossa on tarkistettava, että laite on käynnissä. Lisäksi kanyylin pistoskohtaa on seurattava säännöllisesti. Tarvittaessa kanyyli on vaihdettava uuteen kohtaan. Laitteen toimivuutta voidaan myös testata antamalla lisäannos eli bolus.

Usein potilas saa kipupumpun laitton yhteydessä kotiin ohjekirjan pumpun toiminnasta.



Kuva 4. Steripolar. s.a.

20

#### **Ahdistus**

Potilaan kokema ahdistus voi oireilla usein eri tavoin kuten levottomuutena, sykkeen ja verenpaineen nousuna, unettomuutena sekä ruoansulatuskanava oirein. Potilaan ahdistusta voidaan helpottaa tarjoamalla keskusteluapua, jotta potilaan ei tarvitse jäädä ajatuksiensa kanssa yksin. Osa potilaista voi hyötyä bentsodiatsepiini lääkityksestä ahdistuksen hoidossa.

#### **Masennus**

Masennusta voi olla joskus vaikeaa erottaa normaalista surusta. Masentunut potilas voi kokea yksinäisyyttä, itseinhoa, alakuloisuutta ja hänellä voi olla itsetuhoisia ajatuksia. Myös unettomuus ja kipu voivat aiheuttaa masennusta. Saattohoitopotilaan masennusta voidaan lievittää lääkkeettömillä menetelmillä kuten keskusteluavulla eikä sitä yleensä hoideta masennuslääkkein niiden pitkän vasteajan vuoksi.



**Unettomuus ja uupumus**

Tärkeää unettomuuden hoidossa on sen syyn selvittäminen ja ensisijaisesti keskitytään hoitamaan unettomuutta aiheuttava tekijä. Näitä voivat olla esimerkiksi kipu, lääkitys, psyykinen sairaus sekä kuolemanpelko. Unilääkkeistä voi myös olla apua unettomuuden hoidossa. Lääkkeettöminä keinoina voidaan käyttää esimerkiksi rauhallista ympäristöä ja raikasta huoneilmaa.

Poikkeava uupumus eli fatiikki on tila, jossa potilas kärsii väsymyksestä, heikkoudesta ja voimattomuudesta sekä uneliaisuudesta. Potilas voi olla myös apaattinen. Tila eroaa normaalista väsymyksestä siten, ettei se helpotu levolla.

**Delirium**

Saattohoitopotilaalla esiintyy usein voimakasta sekavuustilaa eli deliriumia hänen viimeisinä elinvuorokausinaan. Yleisimmin deliriumia esiintyy pitkälle edenneessä syövässä. Deliriumiin kuuluvat erilaiset oireet kuten kiihtyneisyys, sykkeen ja verenpaineen nousu sekä hallusinaatiot ja harhaluulot. Oireet ovat usein voimakkaammillaan yöaikaan.

Deliriumin hoidossa pyritään mahdollisimman rauhalliseen hoitoympäristöön eikä potilasta jätetä yksin. Lisäksi oireita voidaan lievittää lääkkeillä esimerkiksi risperidonilla.

**Eksistentialinen kärsimys**

Eksistentialinen kärsimys on niin sanottua olemassaoloon liittyvää kärsimystä, monimuotoista tuskaisuutta ja ahdistusta, jolle ei ole esitettävissä fyysistä tai psyykkistä syytä. Se voi myös ilmetä vaikeutena hyväksyä sairauden kulkua ja lähestyvää kuolemaa. Keskustelu hoitohenkilökunnan, hoitavan lääkärin, sairaalapastorin tai seurakunnan työntekijän kanssa auttaa usein potilasta käsittelemään asiaa.

**Sielunhoito**

Uskonnollinen vakaumus voi tehdä kuoleman helpommaksi käsitellä ja ymmärtää. Sielunhoito on psyykkistä apua, jota kirkot ja seurakunnat tarjoavat. Sen tarkoituksena on saada potilas pohtimaan elämän tarkoitusta. Tärkeintä sielunhoidossa on läsnäolo ja ymmärrys kuolevaa ihmistä kohtaan.

Sielunhoidollista apua potilaalle tarjotessa on huomioitava eri uskonnolliset vakaumukset ja kulttuuriset erot.

**Omaiset ja läheiset**

Omaiset ja läheiset ovat merkittävässä osassa potilaan saattohoitoa. Omaisten ja läheisten kohtaaminen ja hoitoon osallistaminen vaikuttavat heidän kokemukseensa onnistuneesta saattohoidosta. Omaisille ja läheisille tulee antaa ajantasainen ja rehellinen tieto potilaan voinnista ja sairauden hoidosta. Yhteneväiset menettelytavat, kiireettömyys, läsnäolo ja luottamus lisäävät omaisten tyytyväisyyttä saattohoitoon.

Saattohoitopotilaalle sekä läheisille voidaan tarjota psykososiaalisen sairaanhoitajan tukea, jonka kanssa he voivat käydä lähestyvää kuolemaa ja sen aiheuttamaa pelkoa sekä niihin liittyviä ajatuksia yhdessä läpi. Omaisille voidaan tarjota myös kriisikeskuksen tarjoamaa kriisiapua. Palvelu on maksutonta, eikä lähetettä tarvita.

**Vapaaehtoiset**

Potilaan ja hänen läheistensä tukena voidaan hyödyntää vapaaehtoistyöntekijöitä. Heitä koskevat samat juridiset säännöt kuin muita hoitoon osallistuvia. Näitä ovat muun muassa salassapitovelvollisuus.

**Yhteystiedot**

Kotisairaala  
Palliativinen osasto (lupapaikka)  
Palliativinen vastaanotto  
Päivystyksen sihteeri  
Apuvälinekeskus (sisäiseen käyttöön)  
Sosiaalityöntekijä  
Sairaalapastori Jaana Paju  
Psykososiaalisentuen sairaanhoitaja  
Saimaan syöpäyhdistys  
Kriisikeskus  
Hautaustoimistot:  
Litmanen  
Horisontti  
Seurakunta:  
<https://www.savonlinnaseurakunta.fi/papit>



## Lähteet

CADD- solis vip kannettava infuusiopumppu. 2016. Käyttöohje. Smiths medical.

Kuusi, T. 2023. Sairaanhoidaja. 4.3.2023. Etelä-Savon hyvinvointialue.

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. 2015. Hoitotyön tutkimussäätiö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf> [viitattu 28.2.2023].

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 4.10.2019. Saatavissa: <https://www.kaypahoito.fi/noid50063> [viitattu 10.2.2023].

Pöyhä, R., Guldogan, E., Vanhanen, A., Aalto, L. & Schmidt, H. 2018. Kotisairaala. 1.painos. Helsinki: Duodecim

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmät. 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa – Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidon\\_ja\\_saattohoidon\\_tila.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf) [viitattu 10.2.2023].

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliativinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahliluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://um.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8> [viitattu 15.2.2023].

Steripolar. s.a. Cadd-solis vip – kannettava, monikäyttöinen infuusiolaite. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://steripolar.fi/product/450-cadd-solis-vip-kannettava-monikaeyttainen-infuusiolaite/> [viitattu 5.3.2023].

Ylönen, L. 2023. Sairaanhoidajaopiskelija. Kuva s.c.-kanyyli kiinnitettynä. 1.3.2023. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.

Ylönen, L. 2023. Sairaanhoidajaopiskelija. Kuva s.c.-kanyyli. 1.3.2023. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.

Ylönen, L. 2023. Sairaanhoidajaopiskelija. Kuva Painehaavojen riskipaikat. 1.3.2023. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.