



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Mira Hietala & Christina Kytönen

---

## **Kokonaisvaltaisen ja laadukkaan saattohoidon toteuttaminen tehostetussa palveluasumisyksikössä**

Opinnäytetyö  
Kevät 2024  
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Hoitotyö

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidaja

Tekijät: Mira Hietala ja Christina Kytönen

Työn nimi alaotsikoineen: Kokonaisvaltaisen ja laadukkaan saattohoidon toteuttaminen tehostetussa palveluasumisyksikössä

Ohjaajat: Virpi Rantanen ja Sinikka Vainionpää

Vuosi: 2024

Sivumäärä: 127

Liitteiden lukumäärä: 0

---

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kokonaisvaltaisen ja laadukkaan saattohoidon sisältöä ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisyksikössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa hoitajille hoitotyön tueksi työväline saattohoidon toteuttamiseen. Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena tuotettu työväline tehtiin Esperi Care, Rantakaislan yksikköön. Opinnäytetyö tehtiin tilaustyönä ja se lähti yksikön tarpeesta tukea hoitajia saattohoidon eri vaiheissa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä oli kokonaisvaltaisen ja laadukkaan työvälineen luominen saattohoidon tueksi. Tätä tutkimustehtävää lähestyttiin keräämällä luotettavaa, tutkittua ja vertaisarvioitua tietoa erilaisista tietokannoista, ammatillisista artikkeleista, hoitosuosituksista ja ulkomaisista lähteistä. Näistä muodostettiin opinnäytetyössä käytetty teoreettinen viitekehys.

Toiminnallisena osuutena järjestettiin työyhteisön hoitajille kysely, jolla selvitettiin hoitajien näkemyksiä saattohoidosta sekä mitä tarpeita heillä on saattohoito-osaamisessa. Kyselyn vastaukset analysointiin kyselyn omalla analyysityökalulla. Näitä tuloksia käytettiin opinnäytetyön sisällön rakentamisessa ja työvälineen tekemisessä.

Keskeisinä tuloksina kyselystä nousi esiin tiedon tarve koskien läheisten ja omaisten kohtaamista sekä tukemista, kokonaisvaltaisen hoidon ymmärtämistä ja saattohoitopäätöksen saamisen kriittistä oikea-aikaisuutta. Kyselyn vastauksilla oli selkeä vastaavuus teoreettiseen viitekehukseen ja siinä esiin nousseisiin ongelmiin saattohoidon toteuttamisessa kansallisella tasolla.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen työvälineen pääasiallisena tehtävänä on toimia hoitajien tukena ja apuna moniulotteisen saattohoitotyön eri vaiheissa. Oppaaseen koottiin tärkeimmät tiedot ja ohjeet teoreettisen viitekehysten pohjalta. Näitä ovat esimerkiksi kokonaisvaltaisen tukemisen eri muodot, kivun hoito eri menetelmillä, vainajan laitto sekä kuinka hoitajien tulee toimia kuoleman tapahtuessa virka-aikana ja virka-ajan ulkopuolella.

<sup>1</sup> Asiasanat: palliatiivinen hoito, saattohoito, kuolema, kokonaisvaltainen hoitotyö, ikääntynyt

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Degree programme: Bachelor of Health Care

Specialisation: Nursing

Authors: Mira Hietala and Christina Kytönen

Title of thesis: Implementation of resident-oriented and high-quality hospice care in an enhanced service housing unit

Supervisors: Virpi Rantanen and Sinikka Vainionpää

Year: 2024

Number of pages: 127

Number of appendices: 0

---

The aim of this thesis was to describe the content of comprehensive and high-quality end-of-life care in an elderly enhanced service housing unit. The purpose of this thesis was to provide a tool for nurses to support the implementation of end-of-life care. The practical part of the thesis involved creating a tool for nursing care to the Esperi Care, Rantakaisla unit. The thesis was custom-made for the unit to support nurses in different phases of end-of-life care.

The research task of the thesis was to create a comprehensive and high-quality tool to support end-of-life care. This research task was approached by collecting reliable, evidence-based, and peer-reviewed information from different databases, professional articles, guidelines, and international sources. These sources formed the theoretical framework used in this thesis.

As a practical part, a survey was organized to the nursing staff to determine their views on end-of-life care and their needs for end-of-life care competence. The survey responses were analyzed using the survey's analysis tool. These results were used to build the content of the thesis and create the tool.

The key results from the survey were the need for information concerning the support and care to family members, understanding comprehensive care, and the critical timeline of end-of-life care decisions. The survey responses corresponded clearly to the theoretical framework and the problems with the implementation of end-of-life care at a national level.

The main purpose of the produced tool as a result of this thesis is to act as a support and assist nurses in the various stages of multidimensional end-of-life care. The guide brings together the most important pieces of information and instructions based on the theoretical framework, for example, different forms of comprehensive support, pain management, handling the deceased, and what nurses should do or how to act during and outside of working hours in case of death.

<sup>1</sup> Keywords: Palliative care, hospice care, death, comprehensive care, elderly

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo .....	6
1 JOHDANTO .....	8
2 IKÄÄNTYNYT TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISYKSIKÖSSÄ .....	9
3 IKÄÄNTYNEEN HOITO ELÄMÄN LOPPUVAIHEESSA .....	10
3.1 Lait ja asetukset .....	10
3.2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito .....	13
3.3 Hoitolinjaukset .....	15
3.4 Hoidon rajaukset .....	16
3.5 Saattohoitopäätös .....	16
3.6 Hoitotahto .....	17
4 SAATTOHOITOVAIHEEN KOKONAISVALTAINEN TUKEMINEN .....	19
4.1 Fyysinen tukeminen .....	20
4.2 Psyykinen tukeminen .....	21
4.3 Sosiaalinen tukeminen .....	24
4.4 Henkinen, hengellinen ja eksistentiaalinen tukeminen .....	25
4.5 Emotionaalinen tukeminen .....	29
4.6 Kulttuurillinen tukeminen .....	30
5 SAATTOHOITOVAIHEEN HOITOTYÖ .....	31
5.1 Delirium eli sekavuustila .....	33
5.2 Fatiikki eli väsymysoireyhtymä .....	35
5.3 Hengitysteiden oireet .....	36
5.4 Iho-oireet .....	37
5.5 Perushoitotyö .....	41
5.6 Ruoansulatuskanavan ja virtsateiden oireet .....	46
6 SAATTOHOITOVAIHEEN KIPU JA KIVUN HALLINTA .....	50
6.1 Palliatiivisen kivun lääkkeetön hoito .....	55

6.2	Palliativisen kivun lääkehoito .....	57
7	KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ .....	72
7.1	Lähestyvän kuoleman merkit .....	72
7.2	Kuoleman hetki .....	75
8	KUOLEMAN JÄLKEEN .....	76
8.1	Kuoleman toteaminen .....	78
8.2	Kuoleman primääriset ja sekundaariset merkit .....	78
8.3	Vainajasta huolehtiminen .....	80
9	LÄHEISTEN / OMAISTEN KOHTAAMINEN JA TUKEMINEN .....	83
9.1	Läheisten kohtaaminen ja tukeminen saattohoitovaiheessa .....	83
9.2	Omaisten kohtaaminen ja tukeminen kuoleman jälkeen .....	86
10	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS .....	93
11	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	94
11.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	94
11.2	Hyvän oppaan kriteeristöä .....	95
11.3	Oppaan laatiminen .....	96
11.4	Yhteistyötaho Rantakaisla ja sen erityispiirteet .....	98
12	TUOTOKSEN KUVAUS .....	100
13	POHDINTA .....	104
13.1	Opinnäytetyön prosessi .....	107
13.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	110
13.3	Opinnäytetyön johtopäätökset ja jatkokysymykset .....	112
	LÄHTEET .....	113

## Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuva 1. Saattorengin työstämismuoto.....	100
Kuva 2. Purje- ja sirkkarengas + pihdit. ....	101
Kuva 3. Saattorengin oirehoitokortit.....	101
Kuva 4. Valmis opas.....	102
Kuva 5. Oppaan etusivu. ....	103
Kuvio 1. Hoitolinjat elämän loppuvaiheessa. ....	18
Kuvio 2. Sielunhoitokortin sisältö. ....	26
Kuvio 3. Avaus-malli. ....	27
Kuvio 4. ESAS oirearviointin osat. ....	32
Kuvio 5. Painehaavojen luokittelu. ....	38
Kuvio 6. Luokituskokonaisuus. ....	42
Kuvio 7. Ruoan eri rakenteet. ....	47
Kuvio 8. Total pain ja sen eri osa-alueet. ....	54
Kuvio 9. Kivun lääkehoito. ....	70
Kuvio 10. Hengitystietyydit kuoleman lähestyessä.....	73
Kuvio 11. Surun vaiheet. ....	91
Kuvio 12. Surun vaiheet. ....	92

Taulukko 1. Keskeisimmät hoitoa elämän loppuvaiheessa säätelevät lait ja asetukset.....	11
Taulukko 2. Palliatiivisen hoidon keskeiset kansalliset suositukset. ....	13
Taulukko 3. Palliatiivisen hoidon keskeisimmät kansainväliset sopimukset. ....	13
Taulukko 4. Päivittäiset toiminnot. ....	21
Taulukko 5. CAM-mittari. ....	34
Taulukko 6. Kivun eri luokitukset. ....	51
Taulukko 7. Kivun eri aiheuttajien mukaiset alaluokat.....	52
Taulukko 8. Kivun erilaiset arviointimenetelmät ja selitteet. ....	52
Taulukko 9. Normaaliin kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arviointi. ....	53
Taulukko 10- Tavallisimpien oireiden lääkkeettömiä hoitomuotoja.....	56
Taulukko 11. Lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvät keskeisimmät lait sosiaalihuollon yksiköissä.....	59
Taulukko 12. Lääkehoitoa koskevien lakien keskeisimmät tarkentavat asetukset ja määräykset.....	60
Taulukko 13. Muut keskeiset lääkehoitoa ohjaavat asetukset ja määräykset.....	60
Taulukko 14. Tavallisimpien oireiden lääkehoito.....	62

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on turvallisen, kokonaisvaltaisen ja ihmisarvoisen saattohoidon toteuttaminen tehostetussa palveluasumisyksikössä. Opinnäytetyön aihe on lähtenyt yhteistyötahon tarpeesta kehittää yksikkönsä hoitajien taitoja ja rohkeutta saattohoitoa toteutettaessa. Yhteistyötahona toimii Esperi Caren ikääntyneiden tehostettu palveluasumisyksikkö Ranta-kaisla.

Aihe on polttavan ajankohtainen tekijöille, opiskelijoille, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarjoaville yrityksille, yhteiskunnalle ja kansainvälisesti. Opinnäytetyön tekijät ovat perustason opinnoissaan huomanneet palliatiivisen ja saattohoidon opetuksen olevan painopisteeltään suppeahko. Työntekijät tuovat usein esiin tietämättömyyttään kohdata kuolevaa ihmistä ja tämän läheisiä. Tämä nostaa ilmoille aiheen tärkeyden myös opiskelijoille ja opintoihin tulisi sisällyttää enemmän painotusta kuolevan potilaan hoidosta, hoivasta ja läheisten tukemisesta.

Yhteiskunnallisesti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon taso on Suomessa epäyhtenäistä (Saarto ym., 2022, s. 3). Suomessa kuollaan yhä vanhempana ja se vaatii vahvistunutta osaamista hoitaa potilaita, myös yksilölliset tekijät huomioiden. Tällä hetkellä saattohoitoa toteutetaan vaihtelevan osaamisen ja pääasiassa konsultaatioavun turvin (Saarto & Finne-Soveri, 2019, s. 42–44). World Health Organisation (WHO, 2020) muistuttaa tasokkaan saattohoidon olevan jokaisen ihmisen ihmisoikeus. Kansalliset ja kansainväliset sopimukset ja suositukset säätelevät ja ohjaavat palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Suomessa suosituksia ovat palliatiivisen hoidon palveluiden tuottaminen ja laadun parantaminen Suomessa, palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suositus sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä koskeva osaamis- ja laatukriteeristö (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM), i.a.-b). Lainsäädäntö Suomessa ohjaa vain potilaan asemasta ja oikeuksista. WHO:n suositus toimii kansainvälisen hoidon perustana palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata kokonaisvaltaisen ja laadukkaan saattohoidon sisältöä ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisyksikössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa hoitajille hoitotyön tueksi työväline saattohoidon toteuttamiseen. Tutkimustehtävä on laadukkaan ja asukaskohtaisen työvälineen luominen saattohoidon tueksi.



## 2 IKÄÄNTYNYT TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISYKSIKÖSSÄ

Ikääntyneelle ei ole suoraviivaista määritelmää (Terveyskylä, 2023a). Suomen lainsäädännössä tarkoitetaan ikääntyneen olevan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä, eli yli 65-vuotias. Laissa määritelty iäkäs puolestaan tarkoittaa henkilöä, jolla on heikentynyt toimintakyky johtuen korkeasta iästä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012). Ikääntyneen määritelmässä laissa tarkoitetaan myös huonontuneista tai lisääntyneistä sairauksista tai vammoista johtuvaa rappeutumista.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2020, s. 43) määrittelee asiakaslähtöisen palvelun olevan iäkkään tarpeeseen vastaavaa, lähellä olevaa, helppokäyttöistä ja tukevan kestävää hoito- ja palvelusuhdetta. Tärkeitä periaatteita ikääntyneen hoidon toteuttamisessa ovat yksilöllisyys, luottamuksellisuus, turvallisuus, kohtaaminen, jatkuvuus ja ammattitaitoinen henkilöstö.

Ennen hoidon ja huolenpidon toteuttamista pitkäaikaisena laitoshoidona hyvinvointialueen vastuuna on selvittää mahdollisuudet vastata iäkkään henkilön palvelutarpeeseen hänen kotiinsa annettavilla ja muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluissa, 980/2012). Ikääntyneelle on tehtävä sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista annetussa laissa tarkoitettu asiakassuunnitelma. Suunnitelma on laadittava mahdollisimman nopeasti sen jälkeen, kun iäkkään palvelutarve on selvitetty. Suunnitelmalla arvioidaan iäkkään toimintakykyä ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarpeellisuutta.

Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ikääntyneille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa (Terveyskylä, 2023b). Tehostetun palveluasumisen yksikössä henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden tarjoamassa tarpeen mukaista hoitoa ja huolenpitoa. Tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuoltolain mukaista asumispalvelua. Kuntaliiton (2020) mukaan tehostettu palveluasuminen on avohoitoa ja se voi olla pitkä- tai lyhytaikaista. Lyhytaikaista hoitoa järjestetään esimerkiksi omaishoitajan loman ajaksi. Tehostettu palveluasuminen voi olla kunnan järjestämää tai sitä tuotetaan ostopalveluina. Asukas maksaa vuokrasopimuksen mukaista vuokraa palveluasunnostaan ja lisäksi hän maksaa asiakasmaksuja tarvitsemistaan palveluista.

### 3 IKÄÄNTYNEEN HOITO ELÄMÄN LOPPUVAIHEESSA

Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito on kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavaa potilasta ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitoa (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019a). Sillä pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä sekä ylläpitämään parantumattoman sairautensa kanssa elävän potilaan elämistä mahdollisimman hyvällä elämänlaadulla. Palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe on saattohoito ja se sijoittuu ihmisen viimeisille elinviikoille ja/tai -päiville. Saarron ja Lehdon (2019) mukaan kaikilla kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavilla on oikeus palliatiiviseen hoitoon huolimatta varallisuudesta, asuinpaikasta tai diagnoosista. Suikkalan ym. (2021) mukaan tulevalle vuosikymmenelle tarvitaan enemmän palliatiivisen hoidon osaamista.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE, 2003, s. 6) toteaa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon käsitteinä osaksi limittyvän toisiinsa. Kummallakin tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa elämän loppuvaiheessa. Käsitteet kuitenkin poikkeavat hieman toisistaan. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, 2 luku 4 §) säättää asiakasta kohdeltavan ihmisarvoaan loukkaamatta sekä yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioittaen. Asiakkaan yksilölliset tarpeet, mielipiteet, toivomukset, etu sekä kulttuuri-tausta ja äidinkieli on huomioitava hoitoa toteutettaessa.

#### 3.1 Lait ja asetukset

Erilaiset kansalliset ja kansainväliset lait, sopimukset ja suositukset säätelevät ja ohjaavat hoitoa elämän loppuvaiheessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2023a). Ihmisen perusoikeus, itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen ovat näiden perusta. ETENE (2011, s. 9, 32) lisää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten eettiseksi pohjaksi asiakkaiden tasavertaisen kohtelun ja valintojen tekemisen oikeuden. Eettiset ohjeet ovat suuntaa antavia ja usein päätös toimia jää ammattilaisten tehtäväksi. Puttosen (2021) mukaan sairaanhoitajan hoitotyötä opastaa myös sairaanhoitajan omat eettiset velvollisuudet ja periaatteet. Taulukossa 1 eritellään keskeisimmät kansalliset lait ja asetukset, jotka säätelevät hoitoa elämän loppuvaiheessa.

Taulukko 1. Keskeisimmät hoitoa elämän loppuvaiheessa säätelevät lait ja asetukset (muk. THL, 2023a ja Finlex, i.a.-a).

<b>Laki</b>	<b>Säätää ja ohjaa</b>
Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskitämisestä 582/2017 45 §	Työnajako Erikoissairaanhoidossa Työnjaon yleisiä periaatteita Seuranta
Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 1 §	Hyvinvoinnin edistämistä Sosiaalipalveluja Sosiaalihuollon toteuttamista Palvelujen laadun varmistamista
Terveydenhuoltolaki 1326/2010 2 §	Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä Sairaanhoitoa Alueellisia palveluita Erityisvastuualueita Hoitoon pääsyä Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämistä
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000	Asiakkaan oikeuksia ja velvollisuuksia Salassapitoa ja vaitiolovelvollisuutta Hyvinvointialueen oikeudesta salassa pidettäviin tietoihin ja virka-apuun Muistutus- ja sosiaaliasiamiehestä
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994	Oikeudesta toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä Terveydenhuollon ammattihenkilön yleisistä velvollisuuksista Lääkärin ja hammaslääkärin erityisistä oikeuksista ja velvollisuuksista Oireenmukaisesta hoidosta ja rajatusta lääkkeenmääräämisestä Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaamisesta ja valvonnasta
Suomen perustuslaki 731/1999	Perusoikeuksista Ihmiselämän kunnioittamisesta län perusteella syrjimisestä Lainsäädännöstä Valtiontaloudesta
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992	Potilaan oikeuksista Muistutus- ja potilasasiamiehestä Potilasasiakirjoista ja hoidon muusta materiaalista
Laki sosiaali- ja terveydenhuolto- ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaantulusta	Hyvinvointialueiden perustamisesta Henkilöstöstä Omaisuuksien järjestelystä
Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012	Kunnan ja hyvinvointialueen yleisistä velvollisuuksista Iäkkään henkilön palvelutarpeista ja niihin vastaamisesta (esim. pitkäaikaisen laitoshoidon edellytykset) Palvelutarpeen selvittämisestä Palvelujen laadun varmistamisesta

Palliatiivisen hoidon keskeiset kansalliset suositukset on eritelty taulukossa 2. Eettisiä ohjeita sairaanhoitajille on olemassa kansainvälisesti ja kansallisesti (Puttonen, 2021). Ensimmäiset eettiset ohjeet on laadittu kansainvälisesti ja julkistettu 1953 Kansainvälisen Sairaanhoitaja-järjestön (ICN) yleiskokouksessa. Opinnäytetyöntekijät pitivät tärkeänä lisätä taulukkoon vielä Sairaanhoitajan eettiset velvollisuudet. Palliatiivisen hoidon keskeisimmät kansainväliset sopimukset on eritelty taulukkoon 3.

Taulukko 2. Palliatiivisen hoidon keskeiset kansalliset suositukset (muk. THL, 2023a ja Puttonen, 2021).

<b>Kansallinen suositus</b>	<b>Ohjaa</b>
THL 2022b: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus	Laatukriteerit palliatiivisen hoidon laadukkaaseen ja kokonaisvaltaiseen järjestämiseen ja kehittämiseen
STM 2019: Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti	Palliatiivisen hoidon osaamisvajeen korjaamista ja opetuksen järjestämistä Täydennys- ja erikoiskoulutuksia
Käypä hoito -suositus 2018: Palliatiivinen hoito ja saattohoito	Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa
Sairaanhoitajan eettiset velvollisuudet	Sairaanhoitajien perustehtävää yhteiskunnassa Sairaanhoitajan työperiaatteita Eettisen päätöksenteon tukemista

Taulukko 3. Palliatiivisen hoidon keskeisimmät kansainväliset sopimukset (muk. THL 2023a).

<b>Kansainvälinen suositus</b>	<b>Ohjaa</b>
Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999	Oikeutta ja vapautta
Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (2010)	Yksityiselämää ja tiedonsaantioikeutta Tieteellistä tutkimusta Elinten ja kudosten irrottamista eläviltä luovuttajilta Elinten ja kudosten irrottamista kuolleelta henkilöltä (kuolleeksi toteaminen, ihmiskehon kunnioittaminen)
WHO:n suositus palliatiivisesta hoidosta (2014)	Palliatiivisen hoidon saantia oikea-aikaisesti Oireenmukaista hoitoa (sisältäen kivun ja kärsimyksen lievittämisen) Avunsaantia muihin fyysisiin, psykososiaalisiin tai spirituaalisiin ongelmiin

### 3.2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

WHO määrittelee parantumattomasti sairaiden ja kuolevien palliatiivisen hoidon olevan aktiivista sairauden, kivun tai lääkityksen aiheuttamaa oirehoitoa potilaan ja läheistensä sosiaalinen ja psyykinen hyvinvointi huomioiden (Surakka ym., 2015, s. 13). Hännisen (2018, s. 16) mukaan kuoleman lähestyessä potilailla on useita fyysisiä ja psyykkisiä oireita. Oireet kertyvät ja sulautuvat toisiinsa ja näin monen samanaikaisen oireen kokonaishaittavaikutus kasvaa.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa (THL, 2022, s. 26) kärsimys käsitetään fyysiseksi, psyykkiseksi, sosiaalseksi, henkiseksi ja hengelliseksi kärsimykseksi. Koettua hyvinvointia häiritsevien oireiden lisäksi kärsimyksellä tarkoitetaan heikentyntä fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2019a) toteaa kuolevalla potilaalla tavallisia oireita olevan kipu, hengitysteiden oireet, ruoansulatuskanavan oireet, delirium, fatiikki, kuihtuminen, kuivuminen, masennus ja ahdistuneisuus. Hännisen (2015e, s. 34–35) mukaan oirehoidossa tulisi huomiota kiinnittää varsinkin eri oireiden tunnistamiseen, arviointiin ja mittaamiseen.

ETENE (2003, s. 6) huomauttaa, ettei palliativisen hoidon päämääränä ole elämän pidentäminen, muttei myöskään sen lyhentäminen. Kärsimys käsitteenä sisältää Saarron ym. (2015, s. 10) mukaan fyysisen lisäksi psykososiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen. Tämä monimuotoinen elämänlaatua heikentävä kokemus sisältää kaikki nämä eri ulottuvuudet. Näiden aiheuttama ristiriita ja sen ratkaiseminen onkin olennainen osa palliativisessa hoidossa. Palliativisen hoidon käsite on merkittävästi kattavampaa kuin saattohoidon ja sen kesto ei ole määritelty ajallisesti.

Vihelä ym. (2020, s. 276, 280) tuovat tutkimuksessaan esiin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tarvitsevan teoriatiedon ohella palliativisen hoidon osaamista. Tätä hoitoa tulisi toteuttaa potilaan oireiden mukaisesti sekä ihmislähtöisesti ja yksilöllisesti. Perustaitojen hallitseminen palliativisesta hoidosta ja perushoidon toteuttamisesta sekä tietämys kuntouttavasta hoitotyöstä ovat palliativisen hoitotyön osaamisen perusta. Vattula ym. (2020, s. 123) puolestaan korostaa tutkimuksessaan moniammatillista yhteistyötä sekä tahdikasta vuorovaikutusta potilaan ja omaisten kanssa. Arvokkaan saattohoidon jalustana toimii sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten lainsäädännöllinen ja eettinen osaaminen. Saarto (2015, s. 10) toteaa saattohoidon olevan viimeinen palliativisen hoidon vaihe ja se lasketaan osaksi palliativista hoitoa. Käsitteenä se tarkoittaa elämänsä viimeisiä hetkiä elävän potilaan hoitamista. Saattohoitovaihe sijoittuu tavallisesti elämän viimeisille päiville. Palliativista hoitoa tarjotaan, kun parantavat hoidot on kokeiltu (Tatum & Mills, 2022). Sen viivästyminen voi johtaa epäoptimaaliseen oireen hallintaan ja lisääntyneeseen kärsimykseen.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin (2019b) mukaan palliativisen hoidon tarvetta ja jäljellä olevaa elinaikaa voidaan tunnistaa pitkäaikaisesti sairaan potilaan yleistilan ja toimintakyvyn heikkenemisen jatkumisesta kaikista hoitotoimista huolimatta tai mikäli potilas menehtyisi tulevien 6–12 kuukauden kuluessa, eikä hoitava lääkäri olisi tästä yllättynyt.

Sairauskohtaisista perusteista kuolemaa voi ennakoida esimerkiksi sydänsairauksissa jatkuva hengenahdistus tai rintakipu hoidosta huolimatta, dementian vaikea vaihe tai perussairaus aiheuttaa toimintakyvyn alenemista ja siitä johtuvaa liiallista potilaan haurautta.

Palliativiseen hoitoon siirryttäessä tulee hoitavan lääkärin yhteistyössä potilaan ja läheisten kanssa laatia elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman hyvän hoidon varmistamiseksi (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), i.a.-b). Hoitosuunnitelma tulee kirjata potilaskertomuksen yhteyteen. Hoitosuunnitelma on yksilökeskeinen, ennakoi saattohoitovaiheen oireistoa ja linjaa ongelmatilanteita koskevat hoitomääräykset. Hoitosuunnitelmaa voidaan muokata potilaan voinnin muutoksissa.

### 3.3 Hoitolinjaukset

Hoitolinja tarkoittaa potilaan, hänen läheistensä ja hoitavan lääkärin yhteisesti sopimaa ensisijaista hoidon tavoitetta (Terveyskylä, 2021c). Keskusteluun voivat osallistua myös potilaan läheiset tämän luvalla. Hoitoneuvottelussa yleensä sovitaan valitusta hoitolinjasta. Hoitolinjat jaetaan neljään linjaan, joita ovat kuratiivinen eli parantava hoitolinja, jarruttava eli sairauden hidastamista tarkoittava hoitolinja, palliativinen eli oireenmukainen hoitolinja ja saattohoito, joka on hoitoa kuoleman lähestyessä. Saattohoitolinjaus on näin ollen osa palliativista hoitolinjaa. Saattohoidossa hoitoa osataan tarkentaa kuolevan potilaan kannalta tarpeellisiin asioihin, esimerkiksi oireiden lievittämiseen, henkiseen tukemiseen ja jäähyväisten jättämiseen. Tämä linjaus on tärkeä myös läheisille, jotka näin toimittaessa saavat aikaa valmistautua kuoleman vastaanottoon.

Tämä kohtaaminen hoitoneuvottelussa ja hoitolinjan valitsemisessa turvaa potilaalle lääketieteellisesti perustellun parhaan mahdollisen hoidon lisäksi toiveidensa ja arvojensa mukaisen hoidon (Terveyskylä, 2021c). Potilaan kognition estäessä tahtonsa ilmaisun, ovat läheiset ensiarvoisen tärkeässä asemassa tiedon saamiseksi hoidettavan toiveista ja yksilöllisistä tarpeista. Hoitolinjapäätöksestä huolimatta potilaan muita oireita ja kipua hoidetaan aina. THL (2023c) linjaa laatukriteereissään palliativisen hoitolinjauksen Z51.5, tekemisen ja kirjaamisen viimeistään, kun potilaan kuolemaan johtavan sairauden lisäksi myös toimintakyky on menetetty.

### 3.4 Hoidon rajaukset

Lehto (2015a, s. 12) toteaa, että hoitolinja tulisi erottaa hoidon rajauksesta. Hoidon rajaus ilmentää, millaisista hoidollisista toimenpiteistä olisi pidättäydyttävä. Hoidon rajauksella pidättydään myös haitallisen tai hyödyttömän hoidon antamisesta. Terveyskylän (2021b) mukaan kärsimyksiä kasvattavaa hoitoa ei tule antaa kenellekään. Potilaalla on oikeus hylätä mikä tahansa hoito ja silloin häntä on hoidettava muilla korkealaatuisilla keinoilla. Lääketieteellisesti selvästi haitallista tai hyödyttömiä hoitoa ei voida antaa edes potilaan tai läheisenkään toiveesta.

Hoidon rajauksista tunnetuin on päätös pidättäytyä elvytyksestä eli DNR (Lehto, 2015a, s. 12). DNR (do not resuscitate), DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) päätös ei kuitenkaan poista muita hoitomuotoja, vain itse elvyttämisen. Laineen (2022) mukaan DNR ja DNAR ovat kansainvälisesti käytettäviä lyhenteitä. Elvyttämättä jättämisestä käytetään myös kirjainyhdistelmää ER eli Ei Resuskitointia, Suomessa käytössä on kaikki edellä mainitut, eikä mikään merkintä ole vakiintunut. Painelu-puhalluselvytystä ei tulisi tehdä, ellei potilas siitä enää hyötyisi. DNAR-päätöksen tekeminen lievittää potilaan ylimääräisiä kärsimyksiä sairauden kulkiessa kohti elämän päättymistä. DNAR, DNR tai ER-päätös voidaan kirjoittaa suoraan OmaKantaan tai hoitotahtoon.

Lehdon (2015, s. 12) mukaan muut hoidon rajaukset tulee luoda erikseen. DNR tarkoittaa, että elvytyksen jälkeinen hyöty olisi vähäpätöinen sen haittoihin verrattuna ja toteutuessaan mahdollisesti lisäisi sekä kipua että kärsimyksiä. Trivedi (2013) linjaa päätöksen olla elvyttämättä olevan lääkärin antama määräys silloin, kun potilas kärsii peruuttamattomasta sairaudesta ja potilaan elämä on päättymässä. DNR-päätöksen tekemisen yhteydessä hoitavan tahon tulee kommunikoida potilaan ja hänen läheistensä kanssa. DNR:n antamista koskeva päätöksentekoprosessi voi olla pelottavaa ja luonnollisesti tällä päätöksellä on moraalisia ja eettisiä vaikutuksia.

### 3.5 Saattohoitopäätös

Korhonen ja Poukka (2013) määrittelevät saattohoitopäätöksen olevan lääketieteellinen päätös, joka on diagnoosista riippumaton. Hoitava lääkäri tekee tällaisen päätöksen arvioidessaan potilaan olevan lähiaikoina lähestymässä kuolemaa ja keskusteltuaan potilaan ja läheistensä kanssa. DNR-päätös sisältyy saattohoitopäätökseen. Tarpeettomista

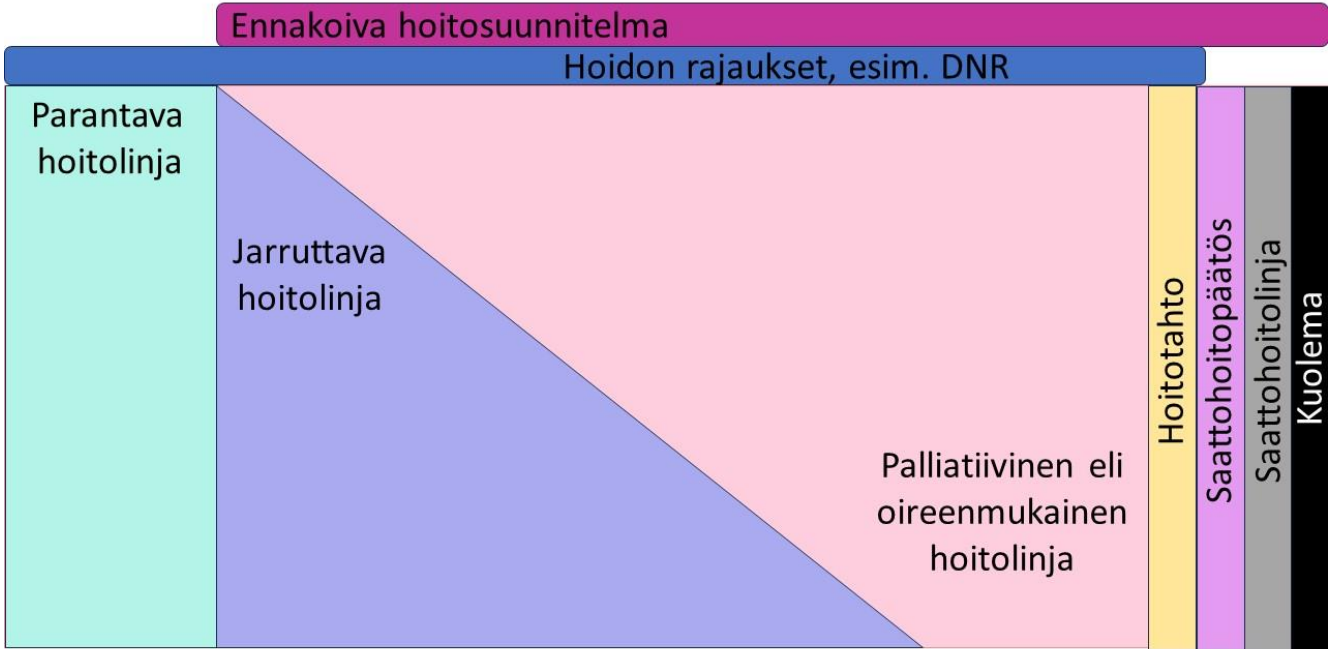


hoitotoimenpiteistä pidättäytytään ja annetaan laadukasta oireenmukaista hoitoa potilaan yksilöllisyys ja toiveet huomioiden. Suomen Lääkäriliiton (2021) mukaan saattohoitopäätöksen myötä tunnustetaan palliatiivisen hoitolinjan loppuvaihetta eli saattohoitoa. Ei elvytetä (DNR)-päätös ei kuitenkaan korvaa saattohoitopäätöstä.

Saattohoitopäätöksen kanssa tehdään saattohoitosuunnitelma (Suomen lääkäriliitto, 2021). Tässä huomioidaan yksilöllisyys ja potilaan tarpeet. Tämä suunnitelma antaa mahdollisuuden läheisillekin vaikuttaa potilaan loppuelämän hoitoon ja opastaa hoitoalan ammattilaisia kohdistamaan erityistä huomiota kuolevalle potilaalle. Sitä paremmin hoitoa voidaan toteuttaa, mitä aikaisemmin päätös tehdään. Näin jää varaa toteuttaa potilaan toivomaa hoivaa hänen toivomassaan paikassa. Myös jäähyväisiin aikaa jäisi läheisille enemmän. Elämän päättymistä saattaa olla erittäin vaikeaa hyväksyä. Saattohoitopäätöksen tekeminen voi olla ongelmallista, mikäli läheisten ja/tai potilaan mielipiteet eroavat hoidon tavoitteesta, valittavasta hoitolinjauksesta ja hoidon rajauksista hoitavan tahon kanssa. Voidaan tarvita useita tapauksia ja keskusteluja sekä hoitavan tahon ymmärrystä asianosaisten tarpeesta saada enemmän aikaa päätöksen hyväksyntään.

### 3.6 Hoitotahto

Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL, 2023d) ilmoittaa hoitotahdon olevan kirjallinen ilmoitus siitä, miten potilas toivoo itseään hoidettavan ja millaista hoitoa potilas elämänsä loppuvaiheeseen tahtoo. Hoitotahto olisi jokaisen hyvä tehdä sen varalta, ettei tulevaisuudessa pystyäkään omiin hoitopäätöksiinsä vaikuttamaan. Tällainen asia saattaa tulla eteen esimerkiksi vakavan sairauden, muistisairauden tai onnettomuuden seurauksena. Potilaan hoitotahto, toiveet ja tarpeet ohjaavat palliatiivisen hoidon toteuttamista. Hoitotahdossa voidaan esimerkiksi määrittellä, milloin hoitotoimista, jotka pitävät keinotekoisesti yllä elintoimintoja, luovutaan. Hoitotahdolle ei ole tarkkaa tai tietynlaista mallia, suositeltavaa on kuitenkin tehdä se kirjallisesti todistajia käyttäen. Esimerkkejä tämänkaltaisista lomakkeista voi löytää Muistiliiton tai THL:n sivuilta. Näitä voi käyttää myös malleina, mikäli hoitotahto kirjoitetaan suoraan OmaKantaan. Hoitolinjauksia selvennetään kuviossa 1.



Kuvio 1. Hoitolinjaukset elämän loppuvaiheessa (muk. Lehto ym., 2019).

## 4 SAATTOHOITOVAIHEEN KOKONAISSVALTAINEN TUKEMINEN

Kokonaisvaltaiseen tukemiseen kuoleman lähestyessä sisältyy fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja eksistentiaalisten kärsimysten keventäminen (Terkamo-Moisio, 2018a, s. 34). Elämän loppuvaiheen laadukkaaseen hoivaan kuuluu kuolemaa lähestyvän potilaan ja hänen läheistensäkin kohtaaminen. Hyvän kuoleman mielikuva on aina yksilöllinen ja sitä koskettaa usea tekijä, esimerkiksi uskonto tai kulttuuri. Suomalainen kulttuuri korostaa kuolevan arvokkuuden kunnioittamista, kärsimyksen ja kivun lievittämisen ohella.

Surakka ym. (2015, s. 35) puolestaan linjaavat, että parantumattomasti sairas kohdataan fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena, henkisenä, emotionaalisenä ja kulttuurisena ihmisenä. Potilaan jäädessä yksin omien mielikuviansa ja ajatustensa kanssa, erilaiset tuntemukset ja niistä selviytyminen jäävät sattuman varaan. Potilaan epätoivo ja ahdistus lisääntyvät, mikäli hoitohenkilökunta laiminlyö ihmisen kuolemanpelkoa tai syyllisyyden tunteita. Ihmiskeskeisyys hoitotyössä tarkoittaa potilaan arvostamista yksilöllisesti, potilaan tuntemusten ja kokemusten kuuntelemista sekä kuulemista ja kunnioittamista. Forsius ym. (2022, s. 71) ovat tutkimuksessaan tulleet tulokseen, että lääkäripalveluista, työntekijämääristä ja sen osaamisen tasosta tinkimällä ohjataan kuluja akuutteihin palveluihin ja tämä puolestaan on sidoksissa potilaiden kasvavaan kärsimykseen.

Opinnäytetyön tekijät haluavat omiin työkokemuksiinsa perustuen huomauttaa hoitotyön menetelminä konkreettisten hoitotoimenpiteiden lisäksi olevan esimerkiksi läsnäolo, rohkaiseminen, motivoiminen, ohjaaminen ja tukeminen. Tulevissa kappaleissa keskitytään auttamismenetelmistä kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Kokonaisvaltaisuus ei eriteltynä ole yksi ainoa totuus, vaan tukemisen erilaiset auttamismenetelmät limittyvät ja sekoittuvat toisiinsa. Esimerkiksi koskettaminen on osa niin fyysistä, psyykkistä, sosiaalista kuin emotionaalistakin tukemista. Lukija saa itse päättää, miten arvioi minkäkin auttamismenetelmän soveltuvan juuri oman potilaansa saattohoitotyöhön ja siinä tukemiseen. Opinnäytetyön tekijät vetävät vain karkeat yleistyksiset tai linjaukset kokonaisvaltaisen tukemisen eri muotoihin.

## 4.1 Fyysinen tukeminen

Perushoivan toteuttaminen on hyvä fyysisen tukemisen muoto. Tämän myötä hoitotyössä tulee huomioitavaksi kunnioittava kosketus ja potilaan yksityisyyden suojaaminen, varsinkin erilaisten hoitotoimenpiteiden yhteydessä. (Korhonen ym., 2015, s. 11). Päivittäisten toimintojen määritelmällä tarkoitetaan joka päivä toistuvia toimintoja, esimerkiksi syömistä, peseytymistä, pukeutumista ja wc:ssä käymistä. Avuntarve päivittäisissä toiminnoissa on yksilöllistä ja potilaan voinnin mukaista. Saattohoitopotilaan perustarpeista huolehtimisen ohella hoivassa tähdentyy mielihyvän tuottaminen. Sitä voi toteuttaa esimerkiksi lempijuomien ja -ruokien asettamisena tarjolle tai vaikka kampauksen luomisella. Perushoito tarjoaa mahdollisuuden myös koskettamiseen ja lähellä olemiseen. Hyvään perushoitoon hoitotyössä kuuluu ihmisen päivittäisten toimintojen toteutumisesta huolehtiminen (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 172–201, 203–223, 242–255, 270–302) ja nämä toiminnot on eritelty taulukossa 4.

Taulukko 4. Päivittäiset toiminnot (muk. Rautava-Nurmi ym., 2020).

<b>Päivittäinen toiminto</b>	<b>Toiminnon selite</b>
Iho	Ihon ennakoiva ja tarvittava hoito Tavoitteena terve tai mahdollisimman hyväkuntoinen iho
Hoitoympäristön puhtaus ja turvallisuus	Yksikön tilat Asukashuone Asukkaan vuode
Uni ja lepo	Päivä-/yöaikainen aktiviteetin seuranta Unen ja levon ongelmat Toiminta unen edistämiseksi
Peseytyminen ja pukeutuminen	Vuodepesut Suihkussa avustus Hiustenpesu Parranajo Pukeutumisessa avustus
Suun hoito	Suun kuivuuden hoito Hampaiden hoito Hammasproteesien puhdistaminen Suun limakalvomuutosten tarkkailu ja hoito
Jalkojen hoito	Jalkojen kunnon tarkkailu Kynsien leikkaaminen Sopivien jalkineiden huolehtiminen
Liikkuminen	Liikkumisen apuvälineistö Vuodepotilaan liikkumisen avustaminen (aktiiviset + passiiviset liikeharjoitteet) Asentohoito Muut päivittäisten toimintojen apuvälineet
Erittäminen	Virtsauttaminen Ulostaminen Pahoinvointi ja oksentelu
Syöminen	Ravitsemustilan arviointi Ruokailun ja nesteensaamisen varmistaminen ja tarkkailu
Aktiivisuus	Viriketoiminta

## 4.2 Psyykinen tukeminen

Psyykinen sanana tarkoittaa ihmisen omaa kokemusta omasta mielen tasapainostaan ja hyvinvoinnistaan (Verkkovaria, 2016). Saattohoitopotilaan psyykkistä hyvinvointia tukee potilaan ympärillä olevien ihmisten yhteinen (potilas, läheiset, hoitava henkilökunta) tietoisuus kuoleman lähestymisestä (Surakka ym., 2015, s. 33). Hoitohenkilökunnan tulisi perehtyä kunakin saattohoitopotilaan sairauteen pystyäkseen keskustelemaan nimenomaisen sairauden kulusta, lähestyvistä kuolemasta, itse kuolemasta ja surusta. Hoitohenkilökunnalta

odotetaan sekä potilaan että läheisten kannalta tietämystä ja tuntemusta potilaan varsinaisestiakin sairaudesta saattohoidon lisäksi. Hoitolinjan muuttuessa palliatiiviseksi, hoitohenkilökunnan ammattitaitoa tarvitaan miettimään yhdessä potilaan ja läheisten kanssa, miten vielä elää mahdollisimman laadukasta loppuelämää. Anttonen (2016) kirjoittaa kuolevan potilaan, hänen läheisensä ja hoitavan henkilökunnan synnyttävän yhdessä piirin, jonka sisäpuolella potilaan yksilöllinen saattohoito tapahtuu.

**Surutyö.** Tutkimusten mukaan surutyö ja arvostavasti eletyn elämän muisteleminen varjelevat potilasta mielenterveydellisiltä häiriöiltä (Surakka ym., 2015, s. 33–34). Psykkisiltä vaikeuksilta voi suojautua katsomalla hyväksyvästi elettyä elämää ja varautumalla näin henkisesti lähestyvään kuolemaan. Läheisten sisällyttäminen muisteluun ja psyykkiseen tukemiseen antaa heille valmiuksia tukea kuolevaa, valmistautua omalta osaltaan tulevaan luopumisprosessiin ja tehdä omaa surutyötään ennakoivasti.

**Negatiiviset tunteet.** Kielteisillä tunteilla tarkoitetaan yleensä katkeruutta, vihaa tai toivotonmuutta (Terveyskylä, 2021d). Kuitenkin erilaiset tunteet kuuluvat elämään ja juuri ne tekevät meistä ihmisiä. Tunteet voivat auttaa potilasta sanoittamaan oloaan ja tulemaan näin paremmin ymmärretyksi. Negatiivisten tunteiden kautta potilaat voivat saada yhteyden myös muihin tunteisiinsa. Kielteisistä mietteistä saattaa saada jopa lisärohkeutta ja lohtuakin. Negatiivisen tunneskaalan ilmaiseminen auttaa myös hoitajia ymmärtämään jonkin olevan potilaalla vialla ja hänen tarvitsevan huomiota avun tai tuen muodossa.

**Toivo.** Potilaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun kokemisessa toivo on huomattava tekijä myös saattohoidossa (Hävölä ym., 2015, s. 132–134). Toivoa määritelmänä voisi ajatella yhdeksi potilaan elämän keskeiseksi perusresurssiksi. Potilaan toivo on aina eteenpäin pyrkivää ja rakentuu toiveista. Kuoleva ihminen haluaa ajatella tulevaisuuteen ja tarvitsee tähän toiveita. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö potilas olisi lähestyvistä kuolemasta tietoinen.

Rautava-Nurmen ym. (2020) mukaisesti hoitavan henkilökunnan pitäisi pyrkiä toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan saattohoitopotilaan viimeisiä toiveita. Toiveita olisi hyvä tiedustella hienovaraisesti potilaalta itseltään, mikäli potilas ei niitä ole tuonut julki. Hoitotyöntekijät pohtivat sitten omissa palaverissaan, miten ja millä keinoin potilaalta saatuja toiveita voisi toteuttaa ja kuka siitä vastaisi.

**Toivon tukeminen.** Toivoa vahvistavat tekijät ovat sidoksissa jokapäiväiseen normaaliin elämään, sen eri tavoin esiin tuleviin toiveisiin, esimerkiksi kivuttomuuteen, ravitsemukseen, läheisiin ja lepoon sisältyviä asioita (Hävölä ym., 2015, s. 132–133). Toivoa vahvistaa myös läheisyys, huumori ja jo eletyn elämän muisteleminen. Saattohoitopotilaan toivo kulkee toivon ja toivottomuuden välillä edestakaisin, mutta kuitenkin paikallaolevana ja potilasta kannattelevana voimana. Tyypillistä kuolemaa lähestyvälle on toivon suuntautuminen tulevaisuuteen. Potilas saa mielihyvää toiveista, vaikka tietää joidenkin toiveiden toteutumisen olevan mahdotonta. Potilaan yhteys läheisiinsä vahvistaa myös toivoa, toisaalta läheiset saattavat omalla toiminnallaan heikentää potilaan toivoa. Myös hoitohenkilökunnan mahdollinen harkitsematon kommentointi vie kuolevalta toivoa. Saattohoitopotilas saattaakin harkitusti rajoittaa omia toiveitaan tai niiden ilmaisemista pelätessään toivonsa murtuvan.

**Epätoivo ja toivottomuus.** Epätoivo koetaan toivon menettämisenä ja sitä pystytään hallitsemaan yhdessä potilaan omalla positiivisuudella sekä miettimällä erilaisia näkökulmia asioihin (Hävölä ym., 2015, s. 140–141). Toivottomuus nähdään toivon vastakohtana ja usein se on enemmän muilta ihmisiltä tulevaa ilmaisua kuin potilaan oma kokemus. Toivottomuus peilautuu helposti potilaan ihmissuhteisiin. Tämä voi potilaalla näyttäytyä läheisten sulkemisena pois läheltään. Läheisten kapasiteetti potilaan toivottomuuden vastaanottamiselle voi olla rajallinen ja se puolestaan saattaa aiheuttaa rikkoutuneita välejä. Uskon sortuminen, mikäli kuoleman läheisyydessä potilas epäilee tai alkaa empiä oman uskonsa vankkuutta tai kelpaamista Jumalalle, aiheuttaa toivottomuuden tunnetta. Toivottomuus ilmenee potilaissa ankanakin kuolemaa vastaan taisteluna, katkeruutena sekä toivottomuuden ja epätoivon tunteiseen hautautumisena. Hävölä ym. (2015, s. 145–146) peräänkuuluttavat saattohoitoa toteuttavien hoitajien ymmärrystä potilaan toiveista ja toivosta auttaakseen sen löytymistä, ilmaisemista ja vahvistamista. Hoitajilla tulisi olla taitoa ja uskallusta merkitykselliseen keskusteluun potilaan kanssa. Läheisille annettava tuki ja valmistelunsa lähestyvään kuolemaan on merkittävää potilaan toivon näkökohdista. Mahdollisuus läheisten läsnäololle saattohoitopotilaan rinnalla tulisi järjestää vuorokaudenajasta riippumatta.

**Kuolemanpelko.** Lähestyvä kuolema nostattaa ymmärrettävästi pelkoja itse potilaassa sekä läheisissään (Surakka ym., 2015, s. 33–34). Elämän päättyminen tämänhetkisessä olomuodossaan aiheuttaa väijäämättömästi saattohoitopotilaassa ahdistusta (Hänninen, 2015a, s. 306–307). Oman itsensä kuolemaa on haastava hyväksyä ja tuntematon sen vanavedessä ahdistaa. Kuoleman ahdingon ajatellaan kumpuavan pelosta itse kuolintapahtumaan ja oman

olemisen loppumisesta sekä siitä pelosta, mitä kuoleamisen jälkeen on edessä. Eksistentiaaliset pelot ovat yhteydessä kuoleamisen jälkeiseen ajankohtaan ja siihen, ettei kuolemanjälkeistä elämää olisikaan. Saattohoitopotilaat usein pelkäävät myös omaistensa pärjäämistä kuolemansa jälkeen.

Riutta (2023) kirjoittaa artikkelissaan, että kuolemaa pelkäävää potilasta voi auttaa, mutta kuolemanpelkoa ei tarvitse hoitaa pois. Pelko itsessään on tarpeellinen tunne ihmiselle, se pitää poissa vaaroista. Kuolemanpelko elämän päättymisen lähellä on kuitenkin eri asia. Kuolema pelottaa, koska sitä ei voi harjoitella. Kuolleena olemisen ja kuoleamisen ymmärtäminen ovat ihmisten tunnekokemusten ulkopuolella ja siten kuolema on ihmisten hallinnan ulottumattomissa. Kuolema myös tulee, kun on tullakseen. Kunnossa olevat ihmissuhteet ympärillä lievittävät kuolemanpelkoa. Leinonen (2021) määrittelee kuolemanpelon olevan suuri huoli, jossa perimmäisenä tunteena ihmisellä on pelko yksinjäädämisestä.

### 4.3 Sosiaalinen tukeminen

Sosiaalisilla suhteilla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan tässä yhteydessä ihmisten välisiä suhteita. Ihmisillä on luontaisia tarpeita liittyä joukkoon ja tuntea kuuluvansa siihen (Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, i.a.). Ihmisen tunne yhteenkuuluvuudesta johonkin ryhmään toimii pelastusrenkaana vaikeina ajankohtina elämässä. Vaikka hoitotyössä painotetaan yksilöllisyyttä, hyvän hoitotyön peruste on perhekeskeisyydessä (Surakka ym., 2015, s. 30–31). Tällöin on mietittävä, miten perhe määritellään ja keistä se muodostuu. Jokaisella on omantyyppisensä perhe. Biologisesti perhe määritellään vanhempien ja lasten muodostamaksi, juridisesti perhe muodostetaan avioliiton kautta. Perheitä muodostuu myös yhdessä asumisen perusteella. Erilaisia perhemuotoja ovat esimerkiksi lapsettomat pariskunnat, uus-, yksinhuoltaja- ja sateenkaariperheet. Lisäksi ikääntyneet yhdessä asuvat sisarukset tai ainoastaan lemmikkinsä kanssa asuvat tai asuneet lasketaan myös perheeksi.

Potilaan omassa tahdossa ja päätösvallassa on niiden ihmisten määrittely, joihin hän omaa tärkeimmät tunnesiteet eli jotka hän kokee perheeseensä kuuluvina (Surakka ym., 2015, s. 30–31). Mikäli potilas ei omaa olemassa olevia suhteita perheenjäseniinsä, hänellä kuitenkin on ollut perhe, josta hän itse on lähtöisin. Itsekseen elälleellä on usein ollut joku yhteisö tai lähipiiri, johon hän on kuulunut. Lähimmäksi ihmiseksi voidaan kokea esimerkiksi tuttava tai naapuri. Joillekin rakkaat lemmikkieläimet luetaan perheenjäseniksi. Potilaan oma tahto



tässäkin asiassa ratkaisee, mikä on läheisten tärkeys, järjestys, arvo ja osallisuus saattohoitotyössä.

Kuolemaa lähestyvän potilaan arvostava ja kunnioittava kohtaaminen sisältää kuolevan tunteen tasavertaisesta kohtelusta muihin potilaisiin nähden, tunteen olevansa vakavasti otettava ja tunteen siitä, että hänen kanssaan vuorovaikutetaan normaalilla tavalla (Terkamo-Moisio, 2018a, s. 34). Kukin meistä haluaa itseään kohdeltavan ihmisarvoisena eikä vain sairautensa heijastumana. Hoitajien tulisikin kiinnittää huomiota omiin vuorovaikutustaitoihinsa ja käyttäytymiseensä ollessaan kuolevan potilaan vierellä. Kuoleva aistii herkästi äänensävyjä, äänenpainoja ja katsekontakteja. Terkamo-Moisio (2018b) näkee kuoleman sosiaalisen luonteen ilmenevän kuolevan toiveena läheistensä hyvästä selviytymisestä. Usein kuoleva itse haluaisi suunnitella kuolemansa käytännön asioita ja hautajaisiaan. Näin hän pyrkii huojentamaan omaistensa taakkaa, kun aika on hänestä jättänyt. Tämä voi olla yksi tapa kuolevan potilaan valmistautumisesta oman elämänsä päättämiseen.

#### **4.4 Henkinen, hengellinen ja eksistentiaalinen tukeminen**

Henkisyys käsitteenä voidaan määritellä kiinnostuksena ihmisyyttä, historiaa, taidetta ja elämäntarkoitusta kohtaan (Malkavaara, 2022). Hengellisyyttä käsitteenä voidaan määritellä henkisyiden uskonnollisena ulottuvuutena ja elämänsuunnan osoittajana, mikäli ihminen on suuntautunut uskonnollisesti. Vakaumus puolestaan koostuu arvoista ja tunteesta elämän merkityksellisyydestä (Sipola ym., 2021, s. 14). Uskonnollinen vakaumus voi tuottaa toivoa ja palvella tunteiden käsittelyä. Se voi kannatella itsetuntoa ja hyödyttää selviytymistä vaikeista tilanteista. Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 403) tuovat kirjassaan esiin kuolemanpelon tunteen olevan saattohoitopotilaalla yleistä ja hoitotyöhön tuleekin kuulua kuolevan henkinen ja/tai hengellinen tukeminen.

Henkisen tukemisen muotoja ovat esimerkiksi kuunteleminen, läsnäolo ja rohkaisu (Rautava-Nurmi ym., s. 403). Hengellisen tukemisen muotoja ovat esimerkiksi uskonnollisten tarpeiden huomiointi ja potilaan niin halutessa, tapaamisen järjestäminen esimerkiksi pastorin, papin tai teologin kanssa. Sipolan ym. (2021, s. 14) mukaan sielunhoito tarkoittaa ihmisen auttamista keskustelutuen muodossa potilaan pohtiessa elämäänsä, ihmissuhteitaan tai jumaluutta. Sairaalasielunhoito on ammatillista toimintaa, jonka toteuttajana on evankelisluterilaisen kirkon sairaalapappi. Sairaalasielunhoito kuuluu osaksi psykososiaalisen tukemisen muotoa. Tämä

voidaan nimetä myös vakaumuksen kaltaiseksi eksistentiaaliseksi tueksi. Psykososiaalisen tukemisen ilmenemismuotoja ovat auttaminen, lohduttaminen ja tukeminen ihmisen suurissa elämänmuutoksissa, vakavasti sairastuessa ja itse kuolemassa.

Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 403) puolestaan ilmaisevat sielunhoidon olevan esimerkiksi keskustelemista, hengellisten laulujen laulamista, kuuntelemista tai rukoilemista. Hengellisten tarpeiden ilmaiseminen saattaa olla potilaalle hankalaa, koska sen tekeminen edellyttää oman sisimpänsä paljastamista. Näiden tarpeiden tunnistus voi olla vaikeaa myös hoitajalle. Hoitajalla on kuitenkin omasta henkilökohtaisesta vakaumuksestaan tai elämäkatsomuksestaan huolimatta velvollisuus vastata kuolemaa lähestyvän potilaan henkisiin ja /tai hengellisiin tarpeisiin. Behm (2017) kirjoittaa sielunhoitokortista, joka on pankkikortin kokoinen. Sielunhoitokortti on ollut käytössä muutaman vuoden ja sillä voidaan ilmaista oma hengellinen hoito-  
tahto. Läheisetkään eivät aina ole perillä potilaan uskonnollisista vakaumuksista ja jos hengellisen tuen tarvetta on vaikea ilmaista sanoin, sen voi tehdä kortin avulla. Sielunhoitokortin saa myös tulostettuna versiona verkosta. Kuviossa 2 on esitetty sielunhoitokortin mukautettu sisältö.

**Toivon luokseni kutsuttavan papin tai seurakunnan työntekijän, jos olen sairauden vuoksi sitä itse estynyt tekemästä. Luonani saa pitää hartaushetkiä, puolestani on lupa rukoilla, minulle saa antaa synninpäästön ja ehtoollisen.**

*Kuvio 2. Sielunhoitokortin sisältö (muk. Behm, 2017).*

Henkisten ja hengellisten tarpeiden tunnistamisen voi toteuttaa hoitotyössä Karvisen (2019) artikkelin mukaan AVAUS-mallin avulla. Potilaan arvot ja vakaumus saadaan selville kysymällä potilaalle tärkeistä arvoista ja vakaumuksiin liittyvistä asioista. Voimavaroja selvitetään potilaan todellisten voimien ja toivon lähteistä. Henkisten ja/tai hengellisten tarpeiden olemassaoloa selvitetään kysymällä potilaalta itseltään. Ulkopuolinen tuki saadaan selville kysymällä potilaalta ne henkilöt, jotka hän tuntee uskonsa tai vakaumuksensa kannalta tärkeiksi. Kysytään myös, haluaako potilas olla yhteydessä heihin hoitonsa myötä. Spiritualiteettiin eli henkisyteen nojaavat toimenpiteet selviävät kysymällä potilaalta ne tavat, joilla hän ilmaisee uskontoaan tai uskonnottomuuttaan.

Tässä tulee selvittää hoitotyön kannaltakin, ilmeneekö potilaan uskomuksesta tai vakaumuksesta joitain rajoja ja ottaa huomioon esimerkiksi vakaumukseen sopivan ruokavalion järjestäminen (Karvinen, 2019). Saattohoidossa selvitetään potilaan vakaumusta tukevia toimenpiteitä, esimerkiksi rukoustoiveet. Kirjaamisen merkitys on tässäkin tärkeää tiedon välittämiseksi muille hoitaville ammattilaisille. Henkisten tarpeiden arviointia tulisi tehdä säännöllisin väliajoin. AVAUS-mallia voi käyttää potilaan läheistenkin henkisten tarpeiden selvittämiseen ja sitä kautta tukemiseen. Kuviossa 3 on selvennetty henkisten tarpeiden selvittämistä AVAUS-mallin avulla.



Kuvio 3. Avaus-malli (muk. Karvinen, 2019).

Malkavaaran (2022) mukaan henkisen tuen ajatellaan olevan yleisempää kuin hengellisen tuen. Henkinen tuki tarkoittaa auttajan saapumista potilaan lähelle. Tässä oleellisinta on auttajan vierellä pysyminen ja potilaan tuskan tai pohdintojen rohkea ja salliva kohtaaminen. Hengellinen tuki vastaa potilaan hengellisiin tarpeisiin ja tarkoittaa seisautumista hengellisten asioiden tai pulmien ääreen. Auttamismuotoina hengellisyyden tukemisessa voidaan käyttää virsiä, rukouksia ja ehtoollista. Lähestyvä kuolema synnyttää kysymyksiä kuoleman jälkeen tapahtuvista asioista (Terkamo-Moisio, 2018b). Saattohoitopotilaan hengellisyys, henkisyys tai elämäkatsomus tulisi huomioida myös toivon liittyvänä tekijänä. Terkamo-Moision (2018b) kokemuksen mukaan ihmiset, jotka omaavat vahvan uskon, saavat siitä tietynkaltaista rauhaa tai levollisuutta toivon lisänä.

Eksistentiaalisella tarkoitetaan ihmisen merkityksellisyyttä ja olemassaoloa (Sipola ym., 2021, s. 14). Eksistentiaaliset kysymykset elämän tarkoituksesta nousevat sitä merkittävämmiksi, mitä lähemmäs kuolema saapuu (Hänninen, 2015b, s. 11). Olemassaolon ahdistus herää, kun oma kuolema tiedostetaan (Mattila, 2018). Sairastavan ihmisen kannalta tämä on hyväksi, kuolemasta puhumisella annetaan tälle ahdistukselle esiintulon mahdollisuus. Potilas voi työstää tätä mielessään. Ääneen miettimällä potilas kaipaa jonkun vierelleen, joka kuuntelee kysymykset. Potilas ei tarvitse muilta ihmisiltä oikeita tai valmiita vastauksia pohdintoihinsa. Kuoleman läheisyydessä ihmisen koko elämä kytkeytyy kuolemaan, vaikka koko elämä ei kuitenkaan ole, eikä ole ollut kuolemaa. Tältä potilaasta kuitenkin saattaa tuntua, mikäli kuolemasta ei saa ääneen puhua. Kun kuoleva saa puhua kuolemasta, hän pystyy puhumaan elämästäänkin, johon kuolemakin luonnollisena osana kuuluu. Surakka ym. (2015, s. 35) määrittelee jokaisella ihmisellä olevan oma lähipiirinsä ja elämäntarinansa. Näiden taakse piiloutuu useita erilaisia elämänvaiheita ja kumppanuuksia. Kukin saattohoitopotilas käy kuoleman lähestyessä läpi omaa eksistentiaalista ahdistustaan. Se piirtyy usein elämisen kipuihin, jo elettyyn elämään, aikaisempiin luopumisiin ja täyttymättömiin haaveisiin.

Surakka ym. (2015, s. 35) linjaa, ettei parantumattomasti sairasta potilasta saisi jättää yksin kokemuksiensa ja tunteidensa kanssa. Potilas saattaa tuetta jäädessään kokea hylätyksi tulemisen tunnetta, jota on luonnehdittu tunteena putoamisesta tyhjän päälle. Mattila (2018) kertoo kirjoituksessaan hoivaa antavan hoitajien viipymisen olevan tärkeä taito, jonka ydin on tarkoituksellinen pysähtyminen. Viipymisen aikana ei suoriteta mitään toimintaa, ei peittojen oikomista tai pöydän tavaroiden järjestelemistä. Viipyessä istutaan hoitotyön ammattilaisena sekä ihmisenä kuolevan vierellä kiirehtimättä muualle. Eksistentiaalisten tarpeitten

tunnistaminen aloitetaan tutustumalla potilaan elämänkatsomuksellisiin asioihin (Sipola ym., 2021, s. 42, 44). Eksistentiaalisessa kriisissä on kyse potilaan akuutista hädästä. Tuen saaminen oikeaan aikaan on tärkeää, joten on hyvä tietää potilaan vakaumus, jotta avun etsimiseen ei kulu pitkiä aikoja.

Arvokkuusterapia on saanut alkunsa kanadalaiselta psykiatrilta (Vahvike, i.a.). Se on tarkoitettu elämänsä loppuvaiheessa oleville ihmisille helpottamaan eksistentiaalisten ja psykososiaalisten aiheiden työstämistä. Terapia aloitetaan käymällä potilaan kanssa hänen elettyyn elämäänsä liittyviä kysymyksiä, joita on yhteensä yhdeksän. Kysymysten avulla potilas kertoo esimerkiksi, ketkä ovat elämän tärkeimpiä ihmisiä ja mitkä asiat ovat merkityksellisimpiä hänelle, mistä hän on ylpeä ja mitä hän haluaisi lähimmilleen sanoa. Terapiassa tarvitaan vuorovaikutustaitoja ja se on helppo hoitomuoto. Arvokkuusterapiaa on runsaasti tutkittu ja tutkimusten mukaan elämän viimeisiä hetkiä elävien ihmisten toivottomuuden, ahdistuksen ja masennuksen avun lisäksi helpotusta ovat saaneet myös läheiset.

Dignity Therapy (DT) tarkoittaa ihmisarvoterapiaa ja arvokkuusterapiaa (Martínez, 2017). Tämä perustuu pohtimiseen, miksi jotkut, pitkälle sairautensa kanssa edenneet, toivovat kuolemaa ja toiset löytävät viimeisistä päivistään tyyneyttä. Tämän terapian muodon tavoitteena on eksistentiaalisen kärsimyksen lievittäminen ja se tarjoaa kuolemansairaille ihmisille mahdollisuutta miettiä itselleen tärkeitä asioita. DT:n avulla voi pohtia myös asioita, jotka he haluaisivat muistaa tai toivovat välitettävän läheisille.

#### **4.5 Emotionaalinen tukeminen**

Emotionaalinen tarkoittaa tunneperäistä tai tunnepitoista (Duodecim Terveyskirjasto, 2016). Emotionaalisen tuen tarpeet ovat muiden tukien tapaan yksilöllisiä (Verner, 2023). Tuen tarvetta saattaa ilmetä esimerkiksi ihmissuhteiden ylläpitämisessä. Hoitotyön menetelminä eli potilaan tukemisen muotoina voidaan käyttää kuuntelemista, keskustelemista, rohkaisua, läsnäoloa tai vaikka kosketusta. Emotionaalista tukea voidaan ajatella tai kutsua myös henkiseksi tueksi. Useimmiten potilaat vastaanottavat tunnepitoista tukea läheisistä ihmissuhteistaan. Luottaminen ja vahva tunneside helpottavat merkityksellisimpien asioiden ja tuntemusten jakamista läheisimpien ihmisten kanssa. Hoitohenkilökunta on avainasemassa emotionaalisen tuen tarjoamisessa hauraan sosiaalisen verkoston omaavien potilaiden kohdalla.

Mielenterveystalon (i.a.) mukaan yksinäisydentunne on mielenterveydelle raskasta. Epätöivotun yksinolon ja yksinäisyyden tunteminen aiheuttaa fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin isoja kuoppia ja pahimmillaan syvää ahdistuneisuutta. Tunnepuolen yksinäisyys saattaa ikääntyneellä potilaalla johtua esimerkiksi leskeksi jäämisestä tai riitautumisesta. Välikotot voivat aiheuttaa kipeitä hylätyksi tulemisen tunteita ja olla yksi vaikeimmista yksinäisyyden muodoista. Toisaalta, kun ikää karttuu, usea ikääntynyt kuitenkin viihtyy omassa rauhassaan ja sietää yksinoloa hyvin. Omaehtoisessa yksinolossa saa miettiä asioita rauhassa, olla itsenäinen ja elää omannäköistä elämää.

Mattila (2018) kirjoittaa artikkelissaan kuoleman olevan merkityksenkäs ja ihminen tarvitsee kuolemalleen merkityksen. Elämäkin on merkityksellistä, eikä kuoleman lähestymisen kumoa elettyä elämää. Surakka ym. (2015, s. 80) mielestä kuolevan ihmisen perustunne rakastetuna ja tärkeänä olemisesta on ehkä kaikkein tärkeintä. Rautava-Nurmen ym. (2020) mukaan hoitajien pitää kunnioittaa ja pystyä vastaanottamaan kuolevan ihmisen erilaisia tunteita, esimerkiksi ahdistusta, vihaa tai tuskaa ja huomioida tässä, että kuoleman läheisyydessä ihmisen luonne saattaa muuttua.

#### **4.6 Kulttuurillinen tukeminen**

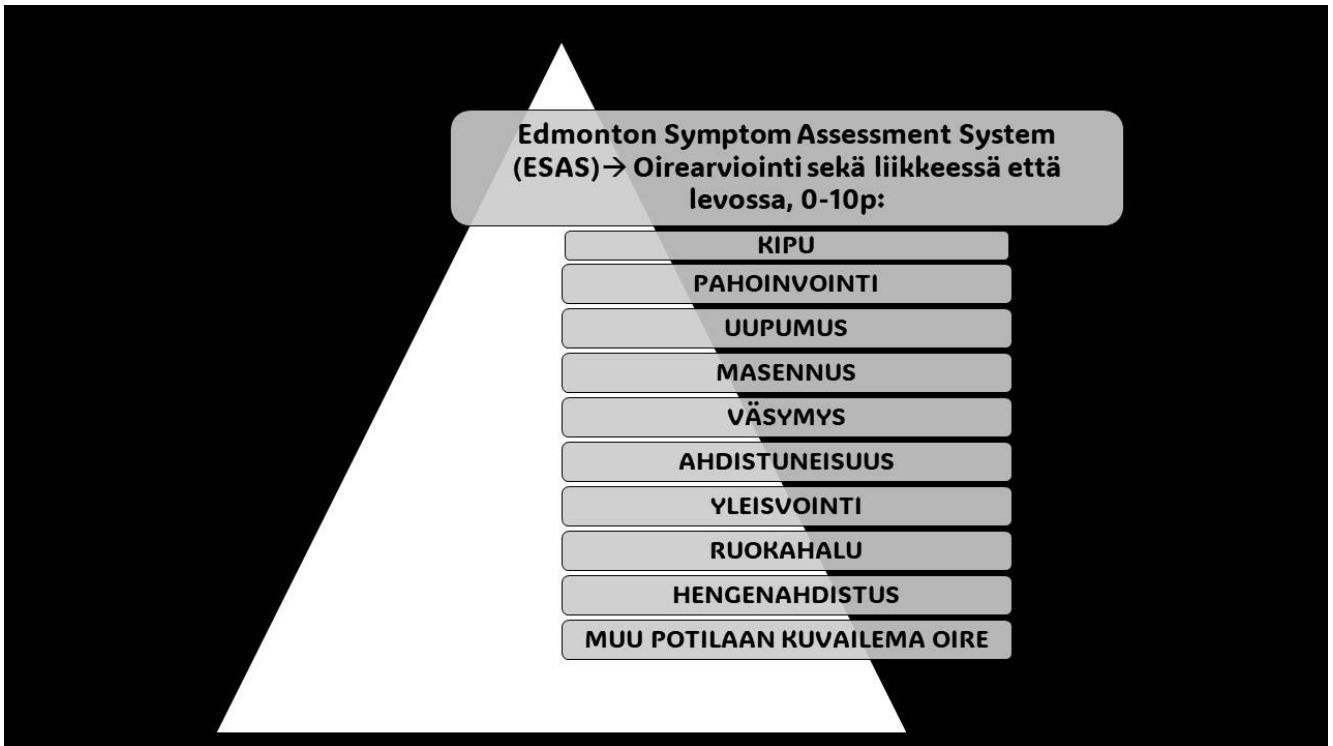
Terveyskylän (2022) mukaan ihmisten elämässä kulttuuri näyttelee omaa osaansa. Kulttuuri tukee osaltaan potilaiden hyvinvointia. Tuttuja kulttuurisia elämyksiä hyödyntäessään potilas saattaa saada turvallisuuden tunnetta. Ihmisen lempiasioilla on oma roolinsa kivun ja stressin lievittäjänä. Omia mieleisiä elokuviaan katsomalla voi saavuttaa hengähdystaukoa omasta henkisestä kipuilustaan tai kokea hyvinolontunnetta. Pelottavassa tai hämmentävässä tilanteessa lempimusiikki voi helpottaa näitä tunteita. Musiikki saattaa vaikuttaa vahvasti ja sitä voi esimerkiksi kuunnella kulloisenkin mielialan mukaan. Maalaamista tai piirtämistä voidaan käyttää tunteiden ilmaisemisen välineenä sen miellyttävän ja aktivoivan tekemisen lisäksi. Erilaisiin kauneusarvoihin liittyviä elämyksiä voidaan käyttää avustamaan potilasta ristiriitaisen tunteiden kohtaamisessa. Kauneuden kokemuksen myötä potilaalla on mahdollisuus löytää ehjempi suhtautuminen elämään ja sitä kautta myös kuolemaan. Kulttuurisiksi elämyksiksi lasketaan myös uskonnollinen taide ja erilaiset uskonnolliset rituaalit.

## 5 SAATTOHOITOVAIHEEN HOITOTYÖ

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys (SPHY) on vuonna 2011 laatinut kriteerit asiantuntijuudelle palliatiivisessa hoitotyössä (Surakka ym., 2015, s. 9–10). Näissä edellytyksenä on hoitotyön hallinta auttamismenetelmissä: kuuntelu, kuuleminen, läsnäolo, rauhoittelu ja lohduttaminen. Lääkehoito parantumattomasti sairaan ihmisen oireille tulee hallita samoin kuin lääkkeettömän hoidon toteuttaminen moniammatillisesti. Kriteereissä korostetaan palliatiivisen potilaan voimavarojen arvostamista ja toiveiden kuulemista. Jokaiseen ammattikuntaan sisältyy omat moraaliset ja eettiset säännöstönsä, esimerkiksi Sairaanhoidajan eettiset ohjeet ja Lähihoitajan eettiset ohjeet. Kukaan ei synny asiantuntijaksi, vaan siihen kehitytään oppimalla ja näin hyväksytään oppimisen olevan elinikäistä.

**Ali- ja ylihoitaminen.** Asiantuntevassa palliatiivisessa hoitotyössä potilaslähtöinen hoitotyö madaltaa ali- ja ylihoitamisen riskejä (Surakka ym., 2015, s. 19). Alihoitamisessa osaa potilaan kivuista tai kärsimyksistä ei hoideta, koska niitä ei huomata, niitä ei osata hoitaa tai ne aliarvioidaan. Parhaista parhaimmallakaan hoidolla ei aina saada potilaan kaikkea kärsimystä ja kipua torjuttua. Niitä pystytään kuitenkin usein eri keinoin helpottamaan. Ylihoitamisessa potilaan elämänlaatua ei saada parannettua. Tällä tavoin saatetaan suorittaa toimenpiteitä, jotka vaikutuksiltaan päinvastoin vain lisäävät ja pidentävät potilaan kärsimyksiä.

**Oirearviointi.** Palliatiivisessa hoidossa kokonaisvaltainen oirearviointi on tärkeää (Surakka ym., 2015, s. 17). Suomessa käytössä oleva oirearviointimittari on Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Se on validoitu ja täten luotettava. ESAS on visuaalinen ja helppo käyttää. Se palvelee Visual Analogue Scale (VAS) kipumittarin periaattein. ESASin avulla voidaan kartoittaa kivun lisäksi myös muita tavallisesti esiintyviä oireita, sekä liikkeessä että levossa skaalalla 0–10. Surakan ym. (2015, s. 172) mukaan kokonaisvaltainen oirearviointi pystytään ESASilla tekemään arvioimalla yhdeksää eri oiretta: kivun ohella pahoinvointi, masennus, uupumus, väsymys, ahdistuneisuus, yleisvointi, ruokahalu, hengenahdistus ja lisäksi muu potilaan kuvailema oire. ESAS-mittarin oirearvioinnin osat on avattu kuviossa 4.



Kuvio 4. ESAS oirearvioinnin osat (muk. Surakka ym., 2015).

Surakan ym. (2015, s. 17) mukaan oirearviointi on yksi tärkeimmistä palliatiiviseen ja saattohoitoon osallistuvan henkilökunnan ja hoitavan lääkärin tiedonkulun varmistajista. Oirearviointimittareita tulisi ottaa käyttöön päivittäiseksi työvälineeksi viimeistään saattohoitovaiheessa.

Potilaan elinpäivien viimeisinä hetkinä toimintakyky ja vointi hiipuvat (Korhonen & Poukka, 2013). Uupumus lisääntyy, nieleminen hankaloituu ja intressi juomiseen ja ravintoon yleisesti katoaa. Perussairauden hoitaminen muuttuu vähäisemmäksi, sen sijaan korkealaatuinen oirehoito ja läheisten tukeminen nousee tärkeämmäksi osaksi hoitoa. Oireita tulee tarkastella, hoitaa ja kirjata toistuvasti ja tiedottaa läheisiä voinnin muutoksista. Hoitajien on tarpeellista kuvata, mitä potilaalle on tapahtumassa, mitä tulevassa on odotettavissa ja hoidossa käytettäviä lääkkeitä. Lähestyvän kuoleman merkit ovat kriittisiä havaita. Ensisijaiseksi hoidossa nousee silloin sairauden sijaan potilaan toiveet ja tarpeettomien toimenpiteiden vältteleminen. Hännisen (2015f, s. 32) mukaan merkittävää saattohoitovaiheessa potilaiden oireilussa on sen ohella erilaiset fyysiset ja psyykkiset vaivat tai kärsimykset. Oireiden häiritsevyys muuntautuu tilanteen ja potilaan mukaan yksilöllisesti. Hoitajat ja potilaat saattavat olla oireiden häiritsevyydestä erimielisiä ja näin hoito saattaa kohdentua näkyviin oireisiin, muttei automaattisesti siihen, minkä potilas kokee eniten häiritseväksi.



## 5.1 Delirium eli sekavuustila

Ikääntyneen sekavuustila on aivotoiminnan häiriö liittyen muistiin ja asiallisuuden heikkene- miseen, vireystilan vaihtelemiseen ja näköharhoihin (Toivikko & Jämsén, 2018). Pelko ja ah- distus ovat myös tyypillisiä oireita. Sekavuus saattaa aiheutua sairaudesta tai sen monilääki- tyksestä, sille altistaa myös korkea ikä ja vaikea perussairaus. Deliriumin kehittyminen on suurta huonoennusteisissa monisairauksissa. Sen kehittyminen saattaa olla nopeaa, jopa tunneissa ilmenevää, esimerkiksi infektioitiloissa.

Saattohoidossa deliriumille voi altistua jo esimerkiksi keuhkojen vajaatoiminnan, kasvaimien tai nestetasapainohäiriön vuoksi (Toivikko & Jämsén, 2018). Sekavuustila näyttäytyy useasti illalla tai yöaikaisesti, kun valoa ja ulkoisia ärsykeitä on olemattomasti. Pimeässä todellisuus- dentaju on ikääntyneillä muutenkin herkästi häiriintyvä. Lääkityksestä varsinkin opioidit, rau- hoittavat lääkkeet ja nesteenpoistolääkkeet aiheuttavat altistumista deliriumille.

Delirium voi näkyä Toivikon ja Jämsénin (2018) mukaan myös esimerkiksi yhtäkkisenä ag- gressiivisuutena, keskittymisvaikeutena, ahdistuneisuutena, harhaluuloina sekä epäloogisena ajatteluna. Muita fyysisesti näkyviä oireita voivat olla vapina, hikoileminen ja levottomuus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2017b) linjaa tarkkaavaisuuden häiriön olevan kuiten- kin sekavuustilan tunnistamisen kannalta tärkein huomioitava oire. Deliriumiin viittaa, mikäli viikonpäivien luetteleminen takaperin ei potilaalta onnistu. Kuukausien luettelemisesta taka- perin deliriumin voi diagnosoida, mikäli potilas ei pääse luetteloinnissaan kesäkuuhun saakka.

Deliriumin tunnistamiseen voidaan käyttää myös Confusion Assessment Methodia eli CAM- mittaria (Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2017b). Se on ytimekäs neljän kohdan arvi- ointimittari, josta sekavuustilan diagnoosiin päästään pääkriteerien täytyessä kohdista 1. ja 2. tai kriteerien täytyessä kohdista 3. ja 4. Taulukossa 5 on esitelty CAM-mittarin kriteerit.

Taulukko 5. CAM-mittari (muk. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2017b).

<p><b>Pääkriteerissä 1.</b> on äkillinen alkaminen. Delirium voi kehittyä muutamissa tunneissa tai päivissä. Sekavuustilan kulku on vaihtelevaa ja oireet saattavat puuttua välillä kokonaan. Tässä arviointikohdassa hoitajan tulisi tuntea potilas tai saada riittävästi tietoa potilaan läheisiltä.</p>
<p><b>Pääkriteerissä 2.</b> on tarkkaavaisuuden häiriöt. Potilas ei pysty keskittymään tai pysymään keskustellussa asiassa. Tarkkaavaisuustestinä voidaan käyttää viikonpäivien/kuukausien ääneen luettelemista takaperoisesti.</p>
<p><b>Kriteeri 3.</b> on hajanainen ja sekava ajattelu. Potilaan puhe on asiaankuulumatonta, epäloogista tai harhailevaa ja puhe voi vaihdella ennalta-arvaamattomasti asiasta heinäseipäseen.</p>
<p><b>Kriteeri 4.</b> on potilaalle poikkeava vireystila. Hypoaktiivinen delirium tarkoittaa uneliasta, nukahtelevaa tai jopa tajutonta potilaan vireystilaa. Hyperaktiivinen delirium taas edustaa levotonta ja rauhatonta, jopa aggressiivista potilaan vireystilaa.</p>

Hoitona Toivikon ja Jämsénin (2018) mukaan on yrittää orientoida potilasta tutuin esinein, esimerkiksi kellon tai valokuvien avulla. Rauhaisa, turvallinen ja valaistu ympäristö sekä kii-reetön ja rauhallinen kohtaaminen ovat hoitajalle hyviä keinoja auttaa. Potilaan voinnin sal- liessa voidaan nesteyttää suun kautta.

Vatsantoiminnan seuraaminen ja tarvittaessa vatsantoimittaminen saattaa auttaa. Virtsaami- sen onnistuminenkin olisi tärkeää (Toivikko & Jämsén, 2018). Lääkitystä voidaan tarkistaa ja tarvittaessa poistaa potilaan lääkityksestä (yksikön käytänteiden mukaisesti) sekavuutta ai- heuttava lääkeaine. Deliriumia voidaan hoitaa myös lääkkeiden avulla, mutta vain välttämät- tömissä tilanteissa ja vain niin kauan, kunnes sekavuustila rauhoittuu. Lääkkeinä tällaisissa tilanteissa voidaan tavallisimmin käyttää haloperidolia, risperidonia, loratsepaamia tai oksat- sepaamia.

## 5.2 Fatiikki eli väsymysoireyhtymä

Väsymys liittyy luontaisena saattohoitopotilaan voinninmuutoksiin lähestyttäessä elämän loppua (Terveyskylä, 2021i). Potilas saattaa viettää ison osan vuorokaudesta lepäämällä tai nukkumalla. Potilaan ollessa hereillä kiinnostus ympärillä oleviin asioihin ja tapahtumiin vähenee ja potilas on väsynyt päiväunien pituudesta riippumatta. Väsymys on yksi huomattava elämänlaadun heikentäjä suurella osalla saattohoitopotilaista. Se saattaa olla myös kokonaisuire, josta voi olla hankalaa erottaa itse sairauden, käytettyjen lääkkeiden, lääkkeiden sivuvaikutusten tai psykososiaalisen tekijöitten aiheuttamaa väsymystä. Hännisen ja Pöyhjän (2015, s. 156) mukaan kokonaisuireistosta käytetään nimeä väsymysoireyhtymä eli fatiikki. Tämän oireen huomaaminen hoitajilta on mahdollista, mikäli potilas itse tuo julki sen olemassaoloa. Potilas saattaa luulla väsymysoireyhtymän kuuluvan sairauteen eikä siksi välttämättä siitä ääneen puhu. Usein lääkärikin ajattelee samoin.

Väsymys näyttäytyy Terveyskylän (2021i) mukaan yleisen heikkouden muodossa, johon sisältyy esimerkiksi keskittymiskyvyttömyys, aloitekyvyttömyys ja syvä henkinen väsymys. Väsymys vaikuttaa potilaan mielialaa alentavasti. Saattohoitopotilaan väsymys ei ole verrattavissa tavalliseen fyysisen rasituksen jälkeiseen väsymykseen, eikä sitä poista uni tai lepääminen. Saattohoitovaiheen väsymys on masentavaa, ahdistavaa ja voi aiheuttaa uni-valverytmin häiriintymisen noidankehää. Väsymyksen hoitoon ei ole lääkettä, joka yksinään toimisi. Kortisonilla voidaan vireystilaa saada nostettua ja myös ruokahalua palaamaan väliaikaisesti. Kortisonia ei kuitenkaan voida käyttää muutamaa viikkoa kauempaa sen haittavaikutusten vuoksi, joita ovat turvotukset, kohonnut verensokeri ja enenevä heikkous lihaksissa.

Väsymyksen lääkkeetön hoito koostuu normaalista vuorokausirytmistä tai yrityksestä sopeuttaa päivärytmiä potilaan voimien mukaiseksi (Terveyskylä, 2021i). Ravitsemuksen oikaisemisesta tai nesteytyksestä ei ole todettu olevan väsymystä lievittävää apua. Potilasta voidaan auttaa keskustelemalla väsymyksen kuuluvan etenevään sairauteen, jolloin tieto voi auttaa potilasta sopeutumaan tilanteeseensa. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2019b) linjaa palliativisen hoidon verensiirtojen olevan usein hyödyttömiä eikä punasolusiirtojen hyödyistä syöpäpotilaidenkaan kohdalla kuoleman lähestyessä ole näyttöä. Mikäli verensiirrosta onkin ollut apua, se on ollut lyhytaikainen. Verensiirtoa ei tule antaa saattohoidossa olevalle potilaalle.

### 5.3 Hengitysteiden oireet

**Limaisuus.** Rungas hengitystie-erite eli limaisuus aiheuttaa hengenahdistusta ja yskää (Lehto & Pöyhiä 2018b, s 41–42). Hoidon tavoitteena on eritteiden poistumisen helpottaminen tai määrän vähentäminen. Poistamisen keinoina voidaan käyttää keittosuolainhalaatiota spiran avulla, ohjata yskimistekniikkaa tai opastaa pulloon puhallusta. Honkasen (2022) mukaan vastapainepuhallus (PEP eli positive expiratory pressure) tarkoittaa positiivista uloshengityspainetta, joka auttaa nostattamaan limaa keuhkoista pois yskittäväksi.

Korhosen ja Poukan (2013) mukaan ylänielusta ja suusta voidaan imeä limaa imukatetrilla, mutta imukatetria ei saa viedä alempiin hengitysteihin. Eritteiden vähentämisen hoitona voidaan käyttää sekä lääkkeitöntä että lääkkeellistä hoitoa. Hengitys alkaa kuulostaa rohisevalta hengitysteissä olevan syljen ja irtonaisen liman vuoksi. Yleensä tässä vaiheessa potilaan tajunnantaso on alentunut, eikä rohina häiritse häntä. Läheiset voivat kuitenkin olla huolestuneita ja kokevat rohinan häiritseväksi. Suurin osa potilaista hyötyy lääkityksestä, joka on tarkoitettu syljen ja liman erittymiseen. Skopolamiinilaastari on yksi esimerkki eritteitä vähentävästä lääkkeestä.

**Hengenahdistus.** Hengenahdistus on usein tavallisesti esiintyvä oire elämän loppuvaiheessa ja sen voivat aiheuttaa moninaiset syyt tai samanaikaiset aiheuttajat (Väänänen, 2023b). Olisi hyvä ymmärtää kuolemassa olevan potilaan fyysisen hengenahdistuksen kokemusta myös psyykkisenä kokemuksena ja sitä kautta osana kokonaiskipua ja -kärsimystä eli total painia. Hengenahdistuskohtauksessa tukehtumisen tunne, siitä seurannut henkinen häättilä ja pelkääminen saattavat vaikuttaa toisiinsa pahentavasti. Tätä kautta ne vaikuttavat myös muita oireita kiihdyttävästi.

Hengenahdistusta voidaan helpottaa asentohoidolla esimerkiksi avustamalla potilas puoli-istuvaan asentoon (Lehto & Pöyhiä, 2018a, s. 38–40). Lisähapesta ja keittosuolainhalaatiosta voi olla apua. Rentoutumisen, paniikin hillitsemisen sekä hallitun hengästymisen hyväksymisen ohjaus ovat lisäksi hengenahdistusta lievittäviä lääkkeettömiä keinoja. Hengenahdistuksen lääkehoito koostuu tavallisesti opioideista ja bentsodiatsepiineista. Lääkitys aloitetaan pienin annoksilla ja tarvittaessa annosta nostetaan. Pääasiallisesti tällä pyritään lievittämään hengenahdistuksen tunnetta ja sen mukanaan tuomaa ahdistuneisuutta. Hengenahdistuksen vaikeusasteen arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi kivun NRS-asteikkoa (Numeral Rating Scale 0–10) eli potilas voi kuvata hengenahdistustaan numeraalisesti nollan

tarkoittaessa ”ei yhtään hengenahdistusta” ja kymmenen tarkoittaessa ”pahinta mahdollista hengenahdistusta”. Lisäksi voidaan hyödyntää hengitystiheyden mittaamista, hengityslihasten käyttöä sekä hengitysääniä.

Väänäsen (2023b) mukaan happisaturaatiota ei yleensä enää kuolemassa olevalta potilaalta tarvitse kontrolloida, se auttaa korkeintaan hoitajaa havaitsemaan hengitysvaikeuden tai hengenahdistuksen aiheuttajan. Aiheuttajan tunnistaminen suuntaa hoitajan hoitomenetelmän valintaa. Toisaalta potilaan normaalirajoihin yltävä hapettuminen ei poista mahdollisuutta hengenahdistukseen, mutta potilaan alhainen hapettuminenkaan ei puolestaan automaattisesti tarkoita hengenahdistusta.

Hengenahdistusta voidaan lievittää Väänäsen (2023b) artikkelin mukaan lääkkeettömästi myös tuulettamalla eli raittiin ilman tai ilmavirran tuottamisella potilaalle, vaikka pöytätuulettimella. Lisäksi voidaan potilaan voinnin ja jaksamisen mukaan ohjata pulloon puhalluksia. Läsnäolo, lohduttaminen ja kunnioittava vuorovaikutus ovat hyviä eväitä tilanteen ja potilaan rauhoittamiseen. Hoitotoimia ja auttavia menetelmiä sekä hoitovälineitä voi sanoittaa potilaalle ja kertoa, mitä seuraavaksi kulloinkin ollaan tekemässä.

**Yskä.** Yskä oireena on häiritsevä, vaikka sen on hengitysteiden suojausmekanismi (Lehto & Pöyhiä, 2015, s. 102–103). Yskän syynmukainen hoito on tehokkainta. Yskänrefleksin hillitseminen on yleisimmin käytetty oireenmukainen hoito. Lääkkeettömänä hoitona keittosuo-lainhalaatio on hyvä hoito hengitysteiden kuivuudessa. Ruokailutilanteeseen liittyvä yskä saattaa olla merkinä aspiraatiosta. Hyvä ruokailuasento, huomion kiinnittäminen potilaan ruoan rakenteeseen ja rauhallinen syöttämisrytmi estävät aspiraatiota. Lääkkeellisenä hoitona voidaan ensisijaisesti käyttää heikkoja tai vahvoja opioideja pienin annoksin, joilla on yskänrefleksiä vaimentava vaikutus.

#### 5.4 Iho-oireet

**Haavat.** Haavanhoidossa kuolemaa lähestyvillä potilailla hoidon tavoite on erilainen kuin tavallisen haavan hoitamisessa (Isoherranen, 2015a, s. 182). Saattohoitopotilaalla haavanhoidon tavoite voi olla esimerkiksi kivun hoidossa, verenvuodon estossa tai haavan erittämisen tai hajun vähentämisessä. Isoherrasen mukaan haavat luokitellaan painehaavoihin ja kasvainten aiheuttamiin haavoihin.

Painehaavojen kohdalla tärkeintä on huolehtia itsestään ensimerkkejä ilmoittavaan painehaavaan kohdistuvan paineen vähentämisestä (Isoherranen, 2015a, s. 182). Asentohoitoa tulisi toteuttaa tarpeeksi usein ja käyttää potilaalla kevennystyynyjä tai patjoja vähentämään kipua. Ihon kunnon arviointia tulisi tehdä säännöllisesti ja se on paras keino saada selville myös yksilöllisen asennon vaihtovälin tarvetta. Painehaavojen tuloa voidaan ennakoida painelemalla luisista kohdista tervettä ihoa. Terveessä ihon kohdassa painallus muuttuu valkoiseksi ja palautuu hetkessä normaaliksi. Mikäli iholla jo olemassa oleva punainen jälki ei painalluksen jälkeen katoa 20 minuutin aikana, on tämä hoitajalla merkki alkavasta painehaavasta.

Painehaavat luokitellaan neljään eri asteeseen. Isoherrasen (2018, s. 84) mukaan tyypillisesti painehaavoja esiintyy potilaan luisissa tai rustoisissa paikoissa, esimerkiksi korvissa, kynärpäissä, ristiluissa, lonkissa ja kantapäissä. Mikäli painehaava ennaltaehkäisevistä toimita huolimatta pääsee syntymään, sen ensisijaisena hoitona on ihopaineen keventäminen kyseisessä kohdassa, tarvittaessa kuolleen kudoksen poistaminen mekaanisesti ja sen jälkeen paikallishoito haavalle. Lumion (2019) mukaan painehaava syntyy luun painaessa ihoa, mikä aiheuttaa kudoksiin puutteellisen verenkierron. Painehaavan kehittymisen ehkäisyä rasvamalla ihoa ei ole todennettu, vaan niiden syntymistä voidaan estää riittävän usein tapahtuvalla asennon muutoksella. Painehaavojen luokitukset kuvataan kuviossa 5.



Kuvio 5. Painehaavojen luokittelu (muk. Isoherranen, 2018).

Kasvainten aiheuttamissa haavoissa hoidon tavoite kohdistuu verenvuodon ehkäisemiseen, haavan erittämisen ja hajun vähentämiseen, kivunhoitoon ja mahdollisuuksien mukaiseen haavan paranemiseen (Isoherranen, 2018, s. 84–85). Tällaisissa haavoissa kivunhoito on tärkeää ja haavan paikallishoidossa kivunhoidon tarve huomioidaan ennakoivasti esimerkiksi morfiinigeelillä 0,08–0,5 %. Pahaa hajua haavalta voidaan lievittää käyttämällä esimerkiksi aktiivihieiltä sisältäviä sidoksia. Haavanhoitotuote tulisi valita haavan erittämisen ja haavanpohjan mukaan, esimerkiksi punoittavaan suojaavaa kalvoa, rikkoutuneelle hydrokolloidituote ja erittävälle hydrofiilituote. Terveyskylän (2021a) mukaan haavakipua hoidetaan kipulääkekein ja haavapuuduttein. Paikallispuudutetta käytetään ennen hoitotoimenpiteen suorittamista haavan alueelle ja tarvittavaa kipulääkitystä annetaan ajoissa suun kautta, esimerkiksi opioideista.

**Kutina.** Kutina saattaa potilaalla aiheutua opioidien käyttämisestä, munuaisten vajaatoiminnasta, maksasairauksista tai syöpäsolujen tuottamista välittäjäaineista (Isoherranen, 2015d s. 183–184). Kutinaa voidaan hoitaa paikallisesti hajusteettomilla perusvoiteilla, kortikosteroidivoiteella ja ihoa pestessä käyttämällä ihon kosteuttamiseen perusvoiteita. Keittosuolaan kostutettujen kääreitten käyttö ihon rikki raavituilla alueilla helpottaa kutinaa. Osa potilasta voi saada avun 0,25–3-% mentolista sekoitettuna perusvoiteen joukkoon. Hoidossa tulisi huomioida potilaan kynsien pituus, hikoilemisen välttäminen sekä löysät, ihoa ärsyttämättömät vaattemateriaalit. Palliatiivinen kutina voi olla haasteellinen hoitaa. Väsyttävistä antihistamiineista, esimerkiksi hydroksitsiinista, voi olla apua kutinaan. Kortikosteroidi on saattohoitopotilaalle myös hyvä vaihtoehto.

**Hikoilu.** Hikoilu tarkoittaa normaalia kehon lämmönsäätelyyn liittyvää toimintaa (Isoherranen, 2015b, s. 184–185). Liikahikoilua saattaa palliatiivisilla potilailla esiintyä erilaisissa perussairauksissa, jonkin kuumeisen infektion yhteydessä tai kasvainten aiheuttaman kuumeilun yhteydessä. Varsinkin rinta- ja eturauhassyöpäpotilaiden keskuudessa liikahikoilu ja hikoilupuuskat eli niin sanotut kuumat aallot ovat yleisiä. Liikahikoilua hoidetaan selvittämällä hikoilun syy ja sen jälkeen hikoilua pahentavien asioiden poistamisella. Lääkkeistä esimerkiksi morfiini ja naprokseeni saattavat aiheuttaa liikahikoilua. Hikoilupuuskat voidaan jakaa ei-hormonaalisiin ja hormonaalisiin kuumiin aaltoihin. Ei-hormonaalista hikoilua voidaan hoitaa lääkkeellisesti esimerkiksi venlafaksiinin annoksella 75 mg/vrk, jolla on todettu lieventävä vaikutus kuumiin aaltoihin noin 60-prosenttisesti. Gabapentiinin annostuksella 900 mg/vrk on 50 % hikoilua lieventävä vaikutus.

Isoherrasen (2015b, s. 185) mukaan hormonaaliseen liikkahikoiluun voidaan käyttää myös estrogeeniä, joka puolestaan vähentää kuumien aaltojen ilmaantuvuutta jopa 80–90 %. Liikkahikoilua esiintyy myös korkeassa kuumeessa ja silloin sitä hoidetaan antipyreettisillä eli kuumetta laskevilla lääkeaineilla, esimerkiksi parasetamolilla tai tulehduskipulääkkein. Kasvaimesta aiheutunut kuume yleensä nostattaa liikkahikoilua vasta kuumeen laskuvaiheessa. Tätä voidaan hoitaa yksinkertaisuudessaan lopettamalla kuumetta alentavien lääkeaineiden antaminen ja sallimalla muuten oireettoman kuumeen jatkuminen. Näin kuumeen alenemisen liikkahikoiluvaiheet väistyvät.

**Ihoinfektiot.** Iho-infektioita esiintyy tavallisesti saattohoitopotilailla (Isoherranen, 2015c, s. 186). Useat iholla ilmenevistä infektioista ovat bakteerien aiheuttamia, mutta infektion aiheuttajat jaetaan bakteerien, virusten ja sienien infektioita aiheuttaviin ryhmiin. Tyypillisimpiä bakteeritulehdusta aiheuttavia bakteereja ovat *Staphylococcus aureus* ja *Streptococcus pyogenes*. Stafylokokkibakteeri on yleinen syyppää esimerkiksi haavainfektiossa, paiseissa ja kynsivallin tulehduksissa. Streptokokit ovat vastuussa yleensä ruusutulehduksista, mutta voivat olla syynä myös haavatulehduksissa ja nekrotisoivissa eli lihaksen tai sen osion kuolioon johtavissa tulehduksissa. Hoitona voidaan käyttää lääkkeellisesti kefuroksiimia, penisilliiniä ja penisilliiniallergikoille klindamysiiniä.

Isoherrasen (2015c, s. 186–187) mukaan virusinfektioissa saattohoitopotilailla aiheuttajina ovat yleisesti herpesvirukset 1 ja 2. Myös varicella zoster (vesirokkovirus) ja herpes zoster (vyöruusuvirus) ovat tyypillisiä. Herpes simplex HSV1:ssä tavallisesti aiheuttaa toistuvia tulehduksia nenän ja suun alueelle. HSV2 aiheuttaa genitaalialueen rakkulainfektioita. Nämä virukset voivat kuitenkin saada aikaan vakavaa tulehdusta keskushermostossakin. Hoitona voidaan HSV1:n kohdalla käyttää esimerkiksi asikloviiriä 200 mg/vrk, viiden päivän ajan. Vyöruusua vastaan voidaan taistella asikloviirin annoksella 800 mg/vk, viiden päivän ajan. Vakavammissa tulehduksissa sitä annetaan laskimonsisäisesti. Hoitoon tulisi liittää kipulääkitys koostuen esimerkiksi heikoista opioideista tramadolista tai vahvoista opioideista oksikodonista. Vyöruusurokote auttaa estämään vyöruusun ilmaantumista ja mikäli oireita kuitenkin tulee, ne tulevat lievempinä.

Sieni-infektioita aiheuttavia dermatofyyttejä voi potilaalla ilmetä kynsissä tai kynsivalleissa, varpaiden väleissä, nivusissa, hiuspohjassa tai kainaloissa (Isoherranen, 2015c, s. 187). Kaikki hautumaan pääsevät kehon osat ovat alttiita sieninfektioille, joten perusteelliseen ja huolelliseen potilaan kuivaamiseen pesujen jälkeen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Ihon ja



varvasvälien hoitoon voi käyttää paikallisia voidevalmisteita, esimerkiksi terbinafiinillä kahden viikon ajan. Jalkapohjassa, käsissä, hiuspohjassa ja kynsissä olevaa silsatulehdusta hoidetaan suun kautta otettavilla lääkeaineilla, esimerkiksi hiuspohjassa olevaa silsaa voidaan hoitaa terbinafiiniä 250 mg/vrk, 4–6 viikon ajan. Kynsisienen häätäminen kestää kauemmin, tavallisesti 3–4 kuukautta.

Hiivasieniä esiintyy ihmisen keholla pysyvästi aiheuttaen oireita vain sairastavilla potilailla (Isoherranen, 2015c, s. 187). Terveellä yksilöllä ne eivät yleensä aiheuta ihotulehdusta. Yleisin infektiota aiheuttava hiivasieni on *Candida albicans*. Se on vastuussa suussa, suun limakalvoilla ja suunpielillä sekä emättimessä aiheutuvista infektiosta. Heikkisen (2022) mukaan suun sienitulehduksen oireisto on vaihtelevaa ja sen yhteydessä voi esiintyä esimerkiksi punoittelua, kirvelemisen ja polttelemisen tunnetta. Potilas saattaa kokea makuaistin muutosta tai jopa verenvuotoa. Kielellä näkyy peitteitä, laikkuja ja suunpielissä on tulehdusta.

Peitteet kielessä ovat väriltään vaaleita ja suun limakalvoilla esiintyvät laikut punertavia tai vaaleita. Kuiva suu altistaa sienitulehdukselle (Heikkinen, 2022). Isoherranen (2015c, s. 187) mukaan iholla ja suussa esiintyvää sienitulehdusta voidaan hoitaa paikallisesti annosteltavilla lääkevoiteilla tai lääkeliuoksilla, esimerkiksi erilaiset atsolivalmisteet tai vaikeissa tapauksissa flukonatsoli 100–200 mg/vrk, 5–10 päivän ajan. Mikäli potilaalla on toistuvaa ihoinfektiota, tulee ottaa pohdintaan estolääkityksen aloittaminen.

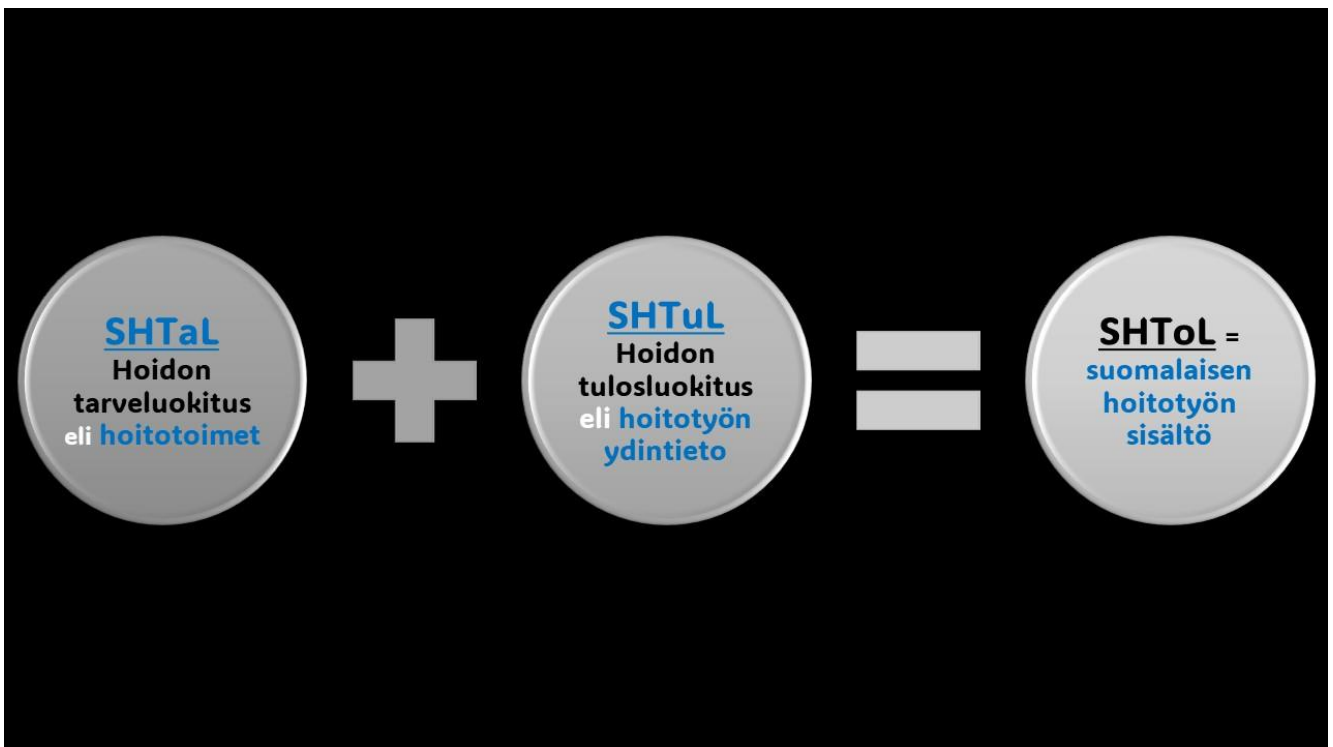
## 5.5 Perushoitotyö

Elämän loppuvaiheessa olevan potilaan hyvän perushoidon tulee olla kokonaisvaltaista ja yksilöllistä (Rautava-Nurmi, 2020, s. 404). Se sisältää nesteen ja ravinnon tarpeeseen liittyvää huomiointia. Virtsan kulkuun ja suolen toimimiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Virtsanpidätuskyvyttömyyttä hoidetaan hienotunteisesti ja huolehditaan mahdollisten inkontinenssisuojien, vaatteiden, ihon ja vuoteen puhtaudesta. Potilaan hygieniaa hoidetaan tarvittaessa huolehtimalla potilaan ihon puhtaudesta ja sen kosteuttamisesta. Hygienen hoidossa toteutetaan hyvää suun hoitoa. Huomiota osoitetaan myös potilaan ympäristön siisteyteen ja viihtyvyyteen. Hoitotyössä ihmisen hyvä perushoito on käytännössä verrattavissa normaaleihin päivittäisiin toimintoihin.

**Kirjaamisen tärkeys.** Kirjaamisvelvoite koskee kaikkia terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilöitä (THL, 2023b). Potilasasiakirjaan tehdyt merkinnät ja kirjaukset tulee

kaikissa hoitoa koskevissa vaiheissa tehdä sosiaalihuollossakin viipymättä. Sosiaalihuollossa asiakastiedot tulee kirjata rakenteisesti potilastietojärjestelmän asiakirjoihin. Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa tietojen tallentamista yhteisiksi sovittujen rakenteiden keinoin. Sosiaalihuollon asiakastietorakenteet ohjautuvat tarvittaviin luokituksiin. Tarvittavat luokitukset perustuvat sosiaalihuollossa annettuihin palveluihin ja niiden eri tehtäviin. Potilaskertomuksessa käytetään jäsennyksiä hoidon eri vaiheiden ja otsikoiden kanssa. Apuna voidaan käyttää yhteisiksi määriteltyjä termistöjä tai koodistoja, joita voidaan tarvittaessa vapaamuotoisesti kirjoitettuna täydentää. Valtakunnallisesti on julkaistu yhtenäisesti käytettävät tiedonrakenteet, esimerkiksi koodistot ja luokitukset.

THL:n Kansallinen koodistopalvelin (2022a) on julkaissut kantapalveluissa käytettävän terveydenhuollon tietorakenteen nimellä Hoitotyö-Toimintoluokitus (SHToL). Tätä käytetään asiakkaan tai potilaan jokapäiväisen hoidon toteutumisen kuvaamisessa ja hoitotoimien rakenteisessa kirjaamisessa. Hoitotoimen se määrittelee yhdeksi hoitotyön keskeisimmäksi rakenteeksi hoitotyön yhteenvedossa. SHTaL tarkoittaa hoidon tarveluokitusta ja SHTuL hoidon tulosluokitusta. Potilastietoihin tallennettuna nämä koodistot yhdessä muodostavat luokituskokonaisuuden, eli SHToLin, suomalaisesta hoitotyöstä. Luokituskokonaisuutta on selkeytetty kuviossa 6.



Kuvio 6. Luokituskokonaisuus (muk. THL, 2022a).

Yhtenäiselle kirjaamiselle on tavoitteena laadukas ja kattava asiakas- ja potilastieto (THL, 2023b). Yhdenmukaisen kirjaamisen myötä tieto löytyy helpommin esimerkiksi lausuntojen tai todistusten laatimista varten. Sosiaalihuollon asiakastietoja voidaan luovuttaa Kanta-palvelussa toiselle sosiaalihuollon palvelun tarjoajalle asiakkaan luvalla tai lakiin perustuvalla tiedonsaantioikeudella. Vuonna 2023 tietojen luovutusta eri toimialojen kesken voitiin tehdä vain potilaan suostumuksella. Kanta-palvelut mahdollistavat vuonna 2024 tietojen luovuttamisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välillä. Kanta-palvelussa on verkkopalvelu, joka sisältää OmaKannan. OmaKannasta jokainen voi katsoa omia terveydenhuollossa kirjattuja potilastietojaan. Vuoden 2023 aikana OmaKanta on laajentunut koskemaan myös sosiaalihuollon asiakastietoja.

Kirjaamisen ensisijainen merkitys on potilaan laadukkaan hoidon varmistamisessa (Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan verkkokoulutuspalvelu, Skhole, i.a.). Kirjaaminen varmistaa hoidon asianmukaista toteutumista, seurantaa ja jatkuvuutta hoitotyön suunnitelman avulla. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sisältää määräyksen potilaan oikeusturvasta ja tiedonsaantioikeudesta. Kirjaamisen toissijainen merkitys potilaan hoidossa on ammattihenkilöiden lain mukainen toiminta. Kirjaaminen toimii niin sanotusti hoitajien oikeutena. Kirjaamisella voidaan tarvittaessa todistaa hoitotyössä tehtyjä toimintoja ja varmistaa hoitotyön laatua ja turvallisuutta, josta myös säädetään laissa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994).

Kirjaaminen tulee laatia kunnioittaen potilasta, eettisyyttä ja lakia (Skhole, i.a.). Käytännössä tämä tarkoittaa jokaisen mahdollisuutta käydä tarkistamassa itsestään kirjattuja asioita OmaKannan kautta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa tekemään potilaalle hoitosuunnitelman. Tämän suunnitelman pohjalta laaditaan potilastietojärjestelmään kirjallinen hoitotyön suunnitelma. Rakenteinen kirjaaminen tekee hoitotyötä näkyväksi konkreettisemmin. Se parantaa laatua hoidossa ja tekee hoitotyöstä johdonmukaisempaa.

**Asentohoito.** Asentohoito tarkoittaa hoitaja-avusteista asennon vaihtamista potilaalle, joka ei siihen itse kykene (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 210). Periaatteena asentohoidossa on potilaan hyvä ryhti, tällöin selkäranka ei kierry ja lantio on luonnollisessa asennossa. Asentohoito pyrkii hyödyttämään erityisesti verenkiertoa ja hengitystä sekä toteutuessaan estää esimerkiksi painehaavojen syntymistä ja virheasentoja nivelissä. Terveet ihmiset vaihtelevat asentoon yön kuluessa useita kertoja, heikkokuntoiset tai liikuntakyvyttömät eivät tähän pysty. Asennonvaihtoa tulisi toteuttaa 2–3 tunnin välein. Terveyskylän (2017) mukaan asentoa tulisi

vaihtaa 2–4 tunnin välein. Istuma-asennossa painon keventämistä on suositeltu noin 30 minuutin välein. Pehmeiteitä voidaan käyttää asennon tukemisessa kehon luisten alueiden kohdilla paineen tai venytyksen välttämiseksi. Riittävän usein toteutettu asentohoito kuuluu osaksi myös hyvää ihonhoitoa.

Rautava-Nurmen ym. (2020, s. 210) oppikirjan mukaisesti kokonaan liikuntakyvyttömällä potilaalla tulisi käyttää decubitus- eli erityislaatuista painehaavapatjaa. Ennen potilaan valmistamista asennon muutokseen tulee huomioida, onko potilas unessa vai hereillä, potilaan omat voimavarat asennonvaihdossa osallistumiseen ja tähän rohkaisu sekä potilaan toiveet asennosta. Nukkumisen yhteyteen liittyviin asentoihin tulisi kiinnittää erityishuomiota. Potilaalla saattaa olla jokin lempiasento, tällöin on pyrittävä motivoimaan potilasta välillä toisenlaiseen asentoon asettautumisessa. Asentohoidossa voidaan käyttää erilaisia tyynyjä apuna. Tukevien tynnyjen tulee tällöin edistää verenkiertoa eikä haitata sitä.

**Ravitsemus, ruokahaluttomuus ja kuihtuminen.** Elimistössä tapahtuu erilaisia rappeutumismuutoksia sairauden edetessä kohti kuolemaa (Väänänen, 2023c). Näiden muutosten seurauksena potilaan keho ei enää vastaanota ja pysty hyödyntämään saatua ravintoa. Näälätunne kaikkoo ja kiinnostus ruokaa kohtaan sammuu. Ruokahaluttomalle potilaalle voidaan laittaa tarjolle mieliruokia tai annetaan potilaan mielitekojen ohjata ruokavalintaa. Tässä elämäntilanteessa ravitsemussuosituksilla tai ravinnon terveellisyydellä ei enää ole merkitystä. Potilaan tulisi saada syödäkseen, mikä vain maistuu.

Väänänen (2023c) artikkelissa pienet maisteluannokset, ruoan kaunis esille laittaminen ja ruokarauhan varmistaminen saattavat kannustaa potilasta syömään. Potilaalla voi pahoinvoinnista huolimatta olla jäljellä halukkuutta syömiseen, vaikka se päättyisikin oksentamiseen. Jotkut tuoksut tai ruoat saattavat aiheuttaa potilaassa aversiota eli voimakasta vastenmielisyyden tunnetta. Näitä on hoitohenkilökunnan hyvä kartoittaa ja kirjata, jotta tiedetään välttää tarjoamasta pahoinvointia tuottavia ruoka-aineita. Huolehditaan tietävästi pahoinvointia kokevan potilaan pahoinvointilääkityksestä, joka tulisi antaa noin puolta tuntia ruokailutilannetta edeltävästi.

Saattohoitovaiheen potilaalle tarjotaan juotavaa ja ruokaa ihan normaalisti kuolemaansa asti, mikäli hän niin haluaa ja pystyy ruokailemaan (Väänänen, 2023c). Ruokahaluttomuuden ja pahoinvoinnin lisäksi syömättömyys näyttäytyy pelottavana asiana läheisille ja näin saattaa tehdä elämän loppuvaihetta heille ihan kouriintuntuvaksi. Usein läheiselle tulee tarve

reagoida potilaan syömättömyyteen. Hoitajan tehtävänä on tällöin ohjata ja tukea läheisiä. Läheisiä voidaan ohjeistaa kertomalla, ettei tavoite ole syödä paljon tai edes hyvin. Potilas itse saa määrittää omaa ravinnontarvettaan, eikä se useinkaan vastaa normaalia. Läheiset saattavat vaatia suonensisäistä ravitsemuksen tehostamista tai jopa nenämahaletkua.

Väänänen (2023c) mukaan näissä tilanteissa on hoitajan hyvä tarjota läheisille tietoa tilanteesta, pyrkiä rauhoittamaan sitä ja kuuntelemaan heitä. Tilannetta voi yrittää normalisoida kertomalla läheisille syömisen vähenemisen olevan elämän loppuvaiheeseen kuuluva luonnollinen osio, joka aiheutuu kuolemassa olevan kehon epätasapainon muutoksesta. Saattohoitopotilaan senhetkinen tila ei ole korjattavissa eikä lähestyvää kuolemaa voida torjua tai edes hidastaa ravitsemuksen tehostamisella. Sen sijaan tehostetulla ravitsemuksella saattohoitopotilaalle saadaan aiheutettua lisää kipua, epämukavuutta ja kärsimystä kudosturvotusten tai keuhkopöhön muodossa. Läheisiä voi rohkaista kertomaan tunteista, joita potilaan syömättömyys heissä aiheuttaa. Keskusteleminen ja tiedonsaanti voivat auttaa läheistä toivottomuuden tunteidensa kanssa.

Väänänen (2023c) korostaa tärkeänä hoitohenkilökuntaa tähdentämään läheisille, ettei potilasta painosteta syömään kenenkään toimesta eikä varsinkaan syötetä väkisin. Läheisten olisi hyvä tietää myös tuomiensa tuliaisherkkujen olevan ehkä potilaan syömisen tai nielemiseen kykenemisen ulkopuolella eikä tästä tulisi pahastua. Toinen tärkeä asia läheisten tietoon saattamisessa on väkisin juottaminen. Saattohoitopotilaan tajunnan aletessa läheisen mahdollinen syöttämis- tai juottamisyritys voi päättyä aspiraatioon eli ravinnon päätyminen hengitysteihin. Tästä saattaa seurata edelleen potilaan kipuja ja kärsimyksiä lisäävä keuhkokuume.

**Kuivuminen.** Saattohoitovaiheen nesteytys on edellä jo mainitustikin yleensä tarpeetonta (Viitala, 2017). Mikäli potilasta nesteytetään esimerkiksi suonensisäisesti, saattaa neste kerääntyä kudoksiin aiheuttaen potilaalle turhaa lisäkipua turvotusten ja hengenahdistuksen muodossa. Neste kertyy kudoksiin siksi, ettei potilaan keho elämän viimeisillä metreillä enää toimi normaalisti eikä elimistö näin ollen pysty sitä hyödyntämään.

**Suun hoito.** Suun hoito on tärkeä osa saattohoitoa, vaikka se saattaa jäädä helposti huomioidatta muun oireiston takia (Hävölä ym., 2022, s. 8). Alentunut liikkuminen, nesteiden nauttimisen vähentyminen ja mahdollinen suun kuivumista aiheuttava lääkitys kasvattavat suun ongelmien uhkaa. Suun oireilu ja ongelmat on tärkeää tunnistaa, niiden hoito lisää potilaan

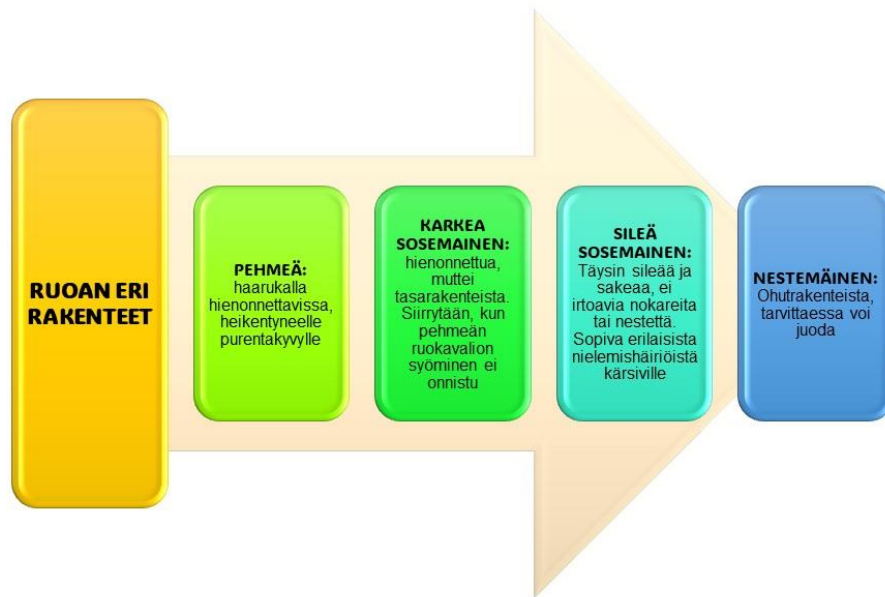
mukavuutta ja kuuluu osaksi jo mainittua hyvää perushoitoa. Tavallisimpia oireita suun ongelmassa ovat syljen sakeuden muutos, sen vähentyminen tai lisääntyminen, ruokien jäämät suussa, suun kipu, ruokahaluttomuus, makuaistin muutokset, vaikeudet nielemisessä sekä suun kuivuminen. Oireet hankaloittavat sekä syömistä että puhumista. Potilaalta kysytään omia tuntemuksia koskien suuta ja suun alueen mahdollisia kipuja.

Suuta hoidetaan potilaalla loppuun asti (Väänänen, 2023c). Suun hoito aloitetaan huulten ja suupieliin rasvaamisella (Hävölä ym., 2022, s. 13–14). Hampaiden pesussa käytetään pehmeää hammasharjaa ja vaahtoamatonta fluoripitoista hammastahnaa, varsinkin jos potilas ei kykene sylkemään ylimääräistä tahnaa pois. Mikäli hampaita ei pystytä harjaamaan, opastavat Hävölä ym. (2022, s. 13–14) hoitamaan niitä pyyhkimällä suuta vedellä tai keittosuolaan kostutetulla taitoksella kahdesti päivässä. Mikäli potilaalla on hammasproteesit, niiden puhtaudesta tulee huolehtia. Kuivan suun hoitona voidaan käyttää keittosuolaliuosta, kostutusgeeliä, -suihketta, mietoa suuvettä tai ruokaöljyä. Suuta kostutetaan tarvittaessa eli useasti päivässä. Väänänen (2023c) perustelee suun hoidon olevan tärkeää, jottei potilas välttele ravintoa ja syömistä suun ongelmien ja kivun vuoksi.

## 5.6 Ruoansulatuskanavan ja virtsateiden oireet

**Nielemisvaikeus.** Nielemisvaikeus määritelmänä on vaikeus saada nielaistua tai vaikeus saada aistihavaintoa ruoan takertumisesta ruokatorveen nielaisun jälkeen (Saarelma, 2022). Esimerkiksi kuiva suu, yleiskunnon heikkous, vajaaravitsemus, erilaiset vauriot suun limakalvoissa, kasvaimet tai hermostolliset tekijät voivat vaikuttaa heikentävästi nielemiseen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019a). Nielemistä pystytään helpottamaan saattohoitotyössäkin muuttamalla ruoan rakenne potilaan tarpeita vastaavaksi. Vuoteessa ruokailevan potilaan nielemistä voidaan helpottaa hyvällä asennolla ja sängynpäädyn kohottamisella.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) ja THL (2023, s. 177, 186–187, 190, 332) suosittelee ruokailuasentoa tuettavan tyynyillä ja pään asennon tulisi olla hiukan rinnanmyötäinen. Liiallinen eteenkallistus estää nielemistä. Ylävartalon tulisi olla mahdollisimman pystyasennossa ruokaillessa ja pystyasento tulisi pitää vähintään 30 minuutin ajan syömisestä jälkeen. Potilaalle sopiva asento, nielemis- ja syöttämistekniikka sekä oikein valittu ruokarakenne ennaltaehkäisevät ruoan päätymistä henkitorveen eli aspiraatiota. Ruokien eri rakenteet selitteen on esitelty kuviossa 7.



Kuvio 7. Ruoan eri rakenteet (muk. VRN ja THL, 2023).

**Pahoinvointi.** Rahko ja Koskela (2015, s.132–133) määrittelevät pahoinvoinnin vastenmielisenä kuvotuksen tunteena, johon voi liittyä oksettavaa oloa. Tämänkin oireen tuntemus on yksilöllistä. Ylös antaminen saattaa olla seuraus pahoinvoinnista, mutta oksentaminen voi tapahtua myös ilman tuntemusta pahoinvoinnista. Tämä on saattohoitopotilaan elämänlaatua merkittävästi heikentävä oire. Väänäsen (2023a) mukaan taustaan voi vaikuttaa monet eri tekijät ja tarkempi perehtyminen tilanteeseen ja potilaan havainnoimiseen on kannattavaa. Pahoinvoinnin syyn selvittäminen hoidon yksilöimiseksi on tärkeää.

Pahoinvointia voi aiheuttaa usea samanaikainen tekijä, esimerkiksi kipu, opioidihoito, limaisuus, infektiot tai ummetus (Väänänen, 2023a). Pahoinvoinnin arvioimisessa ja kirjaamisessa on hyvä huomioida esimerkiksi pahoinvoinnin kesto, vatsantoiminta, kipu, ahdistus, kokonaislääkitys ja ruokailu. Lisäksi kiinnitetään huomiota, onko oksentelua (määrä, koostumus, haju ja väri). Saattohoitopotilas voi hyötyä lääkehoidon lisäksi myös muista täydentävistä hoitomuodoista esimerkiksi musiikkiterapiasta tai psykososiaalisesta tuesta. Täydentävät pahoinvoinnin hoitomuodot tulisi valita potilaan mieltymysten mukaisesti.

**Ummetus.** Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2019a) on arvioinut, että palliatiivisessa hoidossa ummetus vaivaa noin 50 %:a potilaista. Ummetuksen määritelmä saadaan, jos ulostaminen tapahtuu harvemmin kuin kolmesti viikossa, ulostaminen on hankalaa, ulostemassa on kovaa ja sen läpikulku kestää yli viisi vuorokautta. Opioidikipulääkkeet aiheuttavat ummetusta ja se tulisi erottaa muusta ummetuksesta. Ummetusta voi esiintyä riippumatta ravinnon määrästä, sillä esimerkiksi bakteerimassa ja mahasuolikanavan eritteet muodostavat myös ulostemassaa. Tunturin (2022) mukaan ummetuksesta voidaan puhua myös silloin, kun ulostaminen on hankalaa useimpina kertoina. Iäkkäillä ummetus on yleinen vaiva ja siitä kärsivät naiset miehiä yleisemmin.

Ummetusta aiheuttavat opioidien lisäksi useat muutkin lääkkeet, esimerkiksi osa psykiatrisista lääkkeistä ja sydänlääkkeistä (Tunturi, 2022). Muita syitä ummetukselle ovat vähäinen kuitujen saanti, liikkumisen vähyys ja liian niukka nesteiden saanti. Ensisijainen hoito ennen lääkkeitä on edellä mainittujen asioiden lisääminen. Lääkehoito aloitetaan yleensä makrogolilla tai laktuloosilla (kauppanimillä esimerkiksi Pegorion tai Levolac). Mikäli näistä ei saada tarvittavaa apua, voidaan turvautua lisäksi suolta stimuloiviin laksatiiveihin, esimerkiksi natriumpikosulfaatti tai bisakodyyli (kauppanimillä Laxoberon ja Toilax). Näitä on saatavilla esimerkiksi tippoina ja peräruiskeina eikä niitä ole tarkoitettu jatkuvaan käyttöön.

**Ripuli.** Ripulia esiintyy saattohoitopotilaalla harvinaisemmin kuin pahoinvointia tai ummetusta (Hänninen & Rahko, 2013). Ripulia voi ilmaantua esimerkiksi ummetuksesta johtuvana ohivuotona. Ripulille altistavia tekijöitä ovat mikrobilääkitys, liian suurella annoksella menevät laksatiivit ja potilaan omat perussairaudet, esimerkiksi suolistosyöpä tai maksan vajaatoiminta. Terveyskylän (2021h) mukaan ripulin syitä voi edellisten lisäksi kasvaimen ahtauttama suoli tai erilaisista imeytymishäiriöistä johtuva ripuli. Syitä ripulia aiheuttavissa lääkityksissä, löytyy ummetuslääkkeiden lisäksi tulehduskipulääkkeistä ja rautavalmisteista. Joissain kroonisissa suolistosairauksissa ilmenee ripulin pitkittymistä.

Hoitona krooniseen ripuliin on sen syyn selvittäminen ja oireenmukainen hoito (Terveyskylä, 2021h). Ummetuslääkkeiden ollessa aiheuttajana annosta lasketaan tai tauotetaan kokonaan. Lääkkeiden aiheuttamassa ripulissa keskeytetään oireita aiheuttava lääke ja pyritään löytämään tilalle korvaava lääke. Ohivirtausripulissa taas ummetuksen tehostettu hoito tulisi huomioida. Vetisen ripulin hoitamiseen voidaan käyttää apteekista löytyvillä reseptivapailta ripulilääkkeillä, esimerkiksi maitohappobakteerit tai loperamidiä sisältävät lääkkeet. Vaikeaa



ripulia voidaan hoitaa suolen erityistä vähentävin lääkkein, mutta kroonisesta ripulista kärsivän potilaan ripulilääkehoidosta tulisi konsultoida hoitavaa lääkäriä.

Lääkkeetön hoito perustuu ummetuslääkkeiden annostusten noudattamiseen ja potilaan ruokavalion tarkkailemiseen (Terveyskylä, 2021h). Ruokavaliosta poistetaan ne aineet, jotka pahentavat ripulia. Näitä voivat olla esimerkiksi maitotuotteet ja rasvaiset ruoka-aineet. Nestettä tulisi nauttia riittävästi jo nestetasapainonkin säilymistä vuoksi. Potilaalle voi tarjota kevyitä annoksia ravintoa, joka koostuu helposti sulavista aineista.

**Askites.** Vatsaonteloon kertynyttä nestettä kutsutaan nimellä askites (Tarnanen, 2019). Askites aiheuttaa ruokahalun ja liikuntakyvyn heikentymistä, hengenahdistusta, turvotusta ja kipua vatsan alueella. Se saa aikaan närästyksen tunnetta, oksentelua, pahoinvointia ja suolen toimimattomuutta. Vatsaonteloon levinnyt syöpä ja maksantoiminnan häiriöt aiheuttavat myös nestekertymää. Nesteen poistaminen vatsaontelosta dreenin, katetrin tai kertapunktion avulla on tehokkain tapa lievittää potilaan kärsimystä. Arkkila ja Nordin (2016) puolestaan linjaavat askiteksen tarkoittavan tavanomaisinta maksakirroosin sivuvaikutusta. Syynä tähän on veden ja suolan kertyminen munuaisiin ja elimistöön. Hoitona toteutetaan suolarajoitus ja otetaan lääkehoidosta käyttöön diureetit eli nesteenpoistolääkkeet. Tavallisin ja käytetyin lääke on furosemidi (kauppanimillä esimerkiksi Vesix tai Furesis).

**Virtsaumpi.** Virtsaumpi voi ilmetä akuutisti tai olla krooninen (Taari, 2018, s. 63–65). Virtsaummen taustalta löytyy erilaisia virtsausesteen aiheuttavia syitä, esimerkiksi kohdun laskeumaa, ummetusta, lantion alueen kasvaimia tai eturauhaseen liittyvää liikakasvua. Hermostoperäisiä syitä voivat olla esimerkiksi välilevyn pullistuma tai diabetes. Ulkoinen syy voi olla esimerkiksi lääkeaineista aiheutunut virtsaumpi.

Akuutti virtsaumpi ilmaantuu pakottavana tarpeena virtsata ja alavatsakipuina (Taari, 2018, s. 63–65). Krooninen virtsaumpi ilmenee tihentyneenä virtsaamisen tarpeena ja pidätyskyvyttömyydestä johtuvana ylivuotona. Virtsaumpea hoidetaan ensisijaisesti kertakatetroimalla tai toistokatetroimalla säännöllisesti. Taari (2015, s.151) ohjeistaa katetroimisessa käyttämään puudutegeeliä, miehelle 20 ml ja naiselle 4 ml. Tavallisesti katetrina voidaan käyttää 14–18 Ch suorakärkistä katetria. Mikäli suorakärkinen katetri ei suosiollisesti ui rakkoon, voidaan käyttää Tiemann-katetrin käyrää mallia.

## 6 SAATTOHOITOVAIHEEN KIPU JA KIVUN HALLINTA

Elämän loppuvaiheessa olevan potilaan suurimpia huolenaiheita kuolemisessa on kipu (Hänninen, 2015d, s. 36–37). Potilaan läheisten suurin huolenaihe on läheisensä mahdollinen kivuliaisuus. Sekä potilailla että läheisillä on Pellon ym. (2019, s. 26) mukaan tarvetta kipulääkityksen ohjauksen saamiseen. Varsinkin läheisellä on usein omalaatuisia uskomuksia kipulääkkeitä ja/tai niiden käyttöä kohtaan. Lääkehoidon ohjauksella sisältäen kivun arviointimenetelmiä, turvallista annostusta ja lääkkeen mahdollisia haittavaikutuksia pystytään hälventämään pelkoja ja epäselvyyksiä potilaan kipulääkityksessä.

Hännisen (2015d, s. 36–37) mukaan fyysisestä kivusta tulee harvoin isoa ongelmaa, sillä sitä kyetään usein lievittämään lääkkeillä. Potilaan käsitys omasta tilanteestaan ja mielialastaan vaikuttaa kivun kokemukseen. Esimerkiksi väsymys, ahdistus ja pelko vaikuttavat madaltavasti kipukynnykseen. Kivulla on potilaalle myös merkitys. Mikäli potilas ajattelee kivun tarkoittavan lähestyvää kuolemaa, se on pelottavampaa ja vaikeammin siedettävissä. Näin perusteltuna potilas saattaa olla haluton ilmaisemaan kipujaan. Tämän takia tehokasta kipulääkityksen aloitusta voi hidastaa potilaan pelko, ettei aloitetun opioidilääkityksen jälkeen enää löydykään muita menetelmiä hänen kipunsa hoitamisessa.

Sairaudet nostattavat yksilöllisesti kärsimystä ja kipua (Hänninen, 2015c, s. 50). Hännisen (2021) mukaan kärsimys on vaikeimmin mitattava. Se voi olla esimerkiksi elämän merkityksellisuuden katoamista, olemassaolon turhuutta tai loppumatonta kuoleman odottamista. Fyysinen kipu ja sen aiheuttamat tunteet voidaan erottaa toisistaan (Hänninen, 2015c, s. 50). Kipu muuttaa normaalia kehotyytyväisyyttä, kovan kivun ilmaantuessa jopa shokeeraavasti ja heikentää potilaan toimintakykyä entisestään. Kivun ilmaiseminen fyysisesti on helpompaa kuin kuvaamalla pelkoa tai masennusta. Kipu koetaan ahdistuneena normaalia suuremmaksi ja haitallisemmaksi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2017b) määrittelee kivun olevan kudonvaurioon tai sen uhkaan liittyvä epämiellyttävä kokemus.

**Kärsimyksen määritelmä.** Kärsimys on äärimmäisyyksiin menevä epämiellyttävä tunne, joka aiheutuu esimerkiksi potilaan mielessä olevien mahdollisuuksien, tulevaisuuden ja tavoitteiden välillä vallitsevasta mahdottomasta yhteensopimattomuudesta (Hänninen, 2015c, s. 50). Kärsimyksen taustalla on usein sosiaalisia päämääriä sekä pyrkimys välttää nöyryytystä ja elämän sekasortoa. Kärsimystä aiheuttaa myös sisäinen ristiriita, jossa oma keho estää toimimista entisenlaisesti. Kuoleman lähestyessä yksilön omasta kehosta tulee monesti

enenevä nöyryytyksen aiheuttaja. Kärsimystä voi aiheuttaa esimerkiksi virtsan tai ulosteen karkailu, siihen liittyvät erilaiset hajut, jotka potilas itse kokee hyvin häpeällisenä ja vastenmielisenä. Kivun ja kärsimyksen mittaamista vaikeuttaa potilaan lähestyvä kuolema.

**Kivun määritelmä.** Kipu muodostuu vastenmielisestä kokemuksesta ja kytkeytyy kudospainon tai sen mahdolliseen riskiin (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 477). Terveyskylän (2021g) mukaan kipu on yleinen oire sairaudessa, joka on pitkälle edennyt. Kipu on yksilöllistä ja sen kokeminen ja aistiminen on subjektiivista (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 477). Määritelmä painottaa yksilöllistä kivun kokemista ja ihmisen tulkintaa oman kipunsa asiantuntijana. Voidaankin päätellä kivun olevan juuri sellaista kuin yksilö kertoo sen olevan ja sen ilmaantuvan silloin, kun yksilö sanoo sen ilmaantuvan. Kipu voidaan jakaa kolmeen eri luokittukseen, jotka on avattu taulukossa 6.

Taulukko 6. Kivun eri luokitukset (muk. Saano & Taam-Ukkonen, 2021).

Luokitus	Kesto
Akuutti kipu	alle kuukauden kestänyt kipu
Subakuutti kipu	Kuukaudesta kolmeen kuukauteen kestänyt kipu
Krooninen kipu	Yli kolme kuukautta kestänyt kipu

Saanon ja Taam-Ukkosen mukaan (2021, s. 478) kipu toimii elimistön suojaimekanismina ja aiheuttajansa mukaan se voidaan jakaa edelleen viiteen eri alaluokkaan. Tämän lisäksi mainittakoon erikseen syöpäkivulle tyypillinen läpilyöntikipu. Nämä alaluokat ilman läpilyöntikipua on avattu selitteineen taulukossa 7.

Taulukko 7. Kivun eri aiheuttajien mukaiset alaluokat (muk. Saano &amp; Taam-Ukkonen, 2021).

Alaluokka	Selite
Nosiseptiivinen kipu	Kudosvauriokipu, joka johtuu itse kudosisvauriosta
Neuropaattinen kipu	Hermovauriokipu, joka johtuu hermoratojen vaurioitumisesta tai sairauden aiheuttamasta kivusta
Viskeraalinen kipu	Sisäelinperäinen kipu, joka johtuu sisäelinten venytyksestä, painuksiin joutumisesta tai vaurioitumisesta
Idiopaattinen kipu	Kiputila, jonka taustalta ei löydy kipua selittävää syytä tai sairautta
Psykogeeninen kipu	Psyykkinen kipu, joka johtuu psyykkisistä syistä. Kivun syy ei ole löydettävissä

**Kivun arviointimenetelmät.** Kivun arviointi alkaa potilaan omasta arviosta: kivun sijainnista, tyypistä, kestosta ja voimakkuudesta (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 478–480). Tarkkailaan potilaan ilmeitä, käytöstä, liikkumista ja muutenkin kokonaisvaltaisesti potilaan olemusta. Potilaan yksilölliset haasteet on otettava huomioon kipua arvioitaessa. Taulukossa 8 on esitelty kivun eri mittareita ja niiden selitteet.

Taulukko 8. Kivun erilaiset arviointimenetelmät ja selitteet (muk. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017a).

Kivun arviointimenetelmä	Selite
VAS (visual analogue scale)	Kipujana
NRS (numerical rating scale)	Numeerinen asteikko, 0–10
VRS (verbal rating scale)	Sanallinen arvio kivusta
FBS (faces pain scale)	Kipukasvo -mittari
Kipukartta	Piirros kehosta, johon merkitään kivun paikka ja luonne

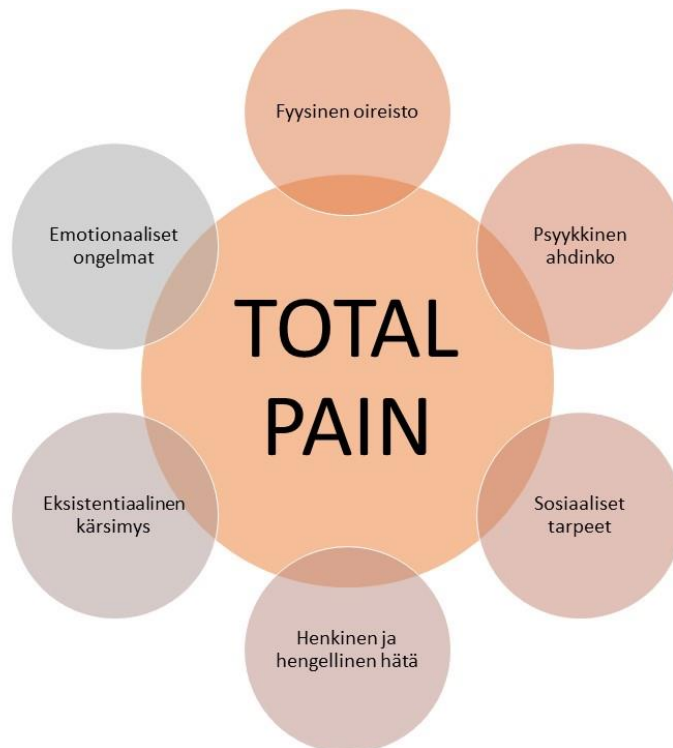
Kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arviointi voi olla erittäin haastavaa. Olemassa on kuitenkin arviointimenetelmiä helpottamaan tällaisenkin kivun arvioimista. Taulukossa 9 on avattu normaaliin kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arviointia.

Taulukko 9. Normaaliin kommunikointiin kykenemättömän potilaan kivun arviointi (muk. Salanterä ym., 2013).

<b>Tarkkailtava</b>	<b>Tarkkailun tulos</b>
Kasvojen ilme	Rento Jännittyneisyys Surullisuus, pelokkuus, silmät kiinni Irvistely
Kehon kieli	Rauhallinen Hidas, jatkuva liike Levottomuus Jäykkyys Pakonomainen liikehdintä Kipualueen suojelu
Lihäsjänteys	Ei vastustele liikuttamista Vastustaa liikuttamista jonkun verran Vastustaa liikuttamista voimakkaasti
Äänteleminen	Vaikeutunut puhe Puheesta ei saa selvää Itkuisuus, huutaminen Valittaminen, voihkinta
Muutokset persoonallisuudessa	Vetäytyvä Aggressiivinen Vaativa Riidanhaluinen
Päivittäisten toimintojen muutos	Lisääntynyt vaeltaminen Ruoasta kieltäytyminen Lisääntynyt uni
Henkisten toimintojen muutos	Sekava Itkuherkkä Ahdistunut Uupunut Ärtynyt

Paulsonin ym. (2014) tutkimuksessa muistisairaiden ja muiden rajoitetun kommunikaatiokyvyn omaavien potilaiden kivun arvioinnissa voidaan käyttää luotettavaa ja helppokäyttöistä Pain Assessment in Advanced Dementia Scalea (PAINAD). PAINAD-asteikkoa suositellaan käytettäväksi hoitokodeissa. PAINAD-kipumittari koostuu viidestä eri kategoriasta: hengitys, ääntely, kasvojen ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen (Natavio ym., 2020). Kipua tulisi arvioida potilaan vierellä noin viiden minuutin kokonaiskeston ajan, ensin yhden minuutin ajan lähellä, sitten itse hoitotoimenpiteiden aikana, viidennen minuutin kohdalla. Mittaria tulisi käyttää siis hoitotoimenpiteitä edeltävästi sekä niiden aikana. Mittari arvioi numeraalisesti kipua 0–10, jossa nolla on kivuton ja 10 pahin mahdollinen kipu.

**Total pain.** Palliativisessa hoidossa total pain -käsitteellä tarkoitetaan kokonaiskipua, jonka sisään kätkeytyy pelkän fyysisen kivun lisäksi myös psyykkisiä, emotionaalisia, sosiaalisia, henkisiä ja hengellisiä ominaisuuksia (Fajardo-Chica, 2020). Tähän voidaan vielä lisätä eksistentiaalinen kärsimys, vaikka usein eksistentiaaliset kysymykset ajatellaan kuuluvaksi osaksi henkisyyttä. Nämä edellä mainitut asiat nimetään asian pelkistämiseksi kuviossa 8.



Kuvio 8. Total pain ja sen eri osa-alueet (muk. Fajardo-Chica, 2020).

Jespersen ym. (2022) toi tutkimuksessaan esiin kokonaiskipun käsitettä ja sen monitahoisia oireita ikääntyneillä potilailla. Tutkimuksen analyysissä paljastui neljä erilaista teemaa, joita olivat kivun fyysinen vaihtelevuus ja väistämättömyys, psyykkisestä kivusta selviytymisen eri tavat, sosiaalisen kivun lieventäminen ja eksistentiaalisen kivun ennakoiminen.

Opinnäytetyön tekijät selkeyttävät total painin käsitettä kansantajuisemmin näin: Ikääntynyt ei osaa eritellä kipunsa eri syitä. Annetaan esimerkki: Potilaalla on kipuja. Kipu rakentuu monen tekijän summasta. 10 % hänen kivuistaan aiheutuu säärihaavasta, 30 % siitä, ettei ole tyttärensä kanssa puheväleissä, 20 % johtuu hänen omasta perussairaudestaan ja jatkuvasti vaavasta hengenahdistuksesta, 10 % siitä, ettei kukaan ole käynyt vierailulla pitkään aikaan, 10 % siitä, että toinen asukas on päivän aikana sanonut tunteita loukkaavasti ja 20 % siitä, että pelkää hirvittävästi lähestyvää kuolemaa. Potilas siis voi ilmoittaa hoitajille vain itseensä sattuvan tai tuntevansa paljon kipua = **Total Pain**.

## 6.1 Palliativisen kivun lääkkeetön hoito

Kivunhoidon perustana on lääkkeetön hoito (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017a). Sitä tulee ensisijaisesti käyttää aina kun mahdollista. Englund ym. (2023) kirjoittavat artikkelissaan lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien itsenäisestäkin lievittävän potilaan kipuja. Tunnetuimpia menetelmiä ovat fysikaaliset hoitomuodot, esimerkiksi kylmä- tai lämpöhoito, asentohoito ja hieronta. Kylmähoidon tavoitteena on kipukynnyksen nostaminen. Kylmähoiolla kudosten lämpötila laskee hidastaen hermopäätteiden viestinviejäkykyjä. Kylmähoito supistaa verisuonia vähentäen näin tulehdusreaktioita ja turvotusta. Kylmäpakkauksia voidaan käyttää 20–30 minuuttia kerrallaan useita kertoja vuorokaudessa. Ihon kohdan paleltumisen mahdollisuus tulee huomioida ja asettaa pakkauksen ja ihon väliin ohut vaate tai pyyhe. Kylmägeeleistä potilas voi kokea saavansa tarvittavaa helpotusta. Kylmähoidon vasta-aiheita ovat esimerkiksi heikentynyt valtimoverenkierto tai alentunut hoitoalueen tunto.

Lämpöhoito nopeuttaa ja nostaa verenkiertoa kudoksissa rentouttaen lihaksia (Englund ym., 2023). Lämpöpakkausta voidaan käyttää 20–30 minuuttia kerrallaan, noin 45-asteisena. Lämpöhoitoon vasta-aiheita ovat esimerkiksi hoitoalueen ihottuma, tulehdus tai uusi kudovamma. Lämpöhoitoa tulee käyttää varoen alueella, jossa valtimoverenkierto on huono. Hieronnan etuja lihasten rentouttamisen lisäksi ovat hoitajan kanssa vuorovaikuttaminen ja hoitajan kosketus. Hieronta vapauttaa endorfiineja ja estää kipuärsykeitä kulkemasta vähentäen kipua. Hieronnan vasta-aiheita ovat alueen laskimotukos, kudosuutos tai muu alueella esiintyvä poikkeavuus, esimerkiksi tyrä.

Englundin ym. (2023) mukaan potilaan olotilaa voi helpottaa myös hoitajan läsnäolo ja kosketus sekä potilaan tunne kuulluksi tulemisesta. Kivunhoidon ohjaus, rauhoittelu ja lohduttaminen voivat keventää potilaan kipua. Musiikista, huomion suuntaamisesta muualle ja mielikuvaharjoittelusta on todettu olevan apua. Mielikuvaharjoitusten avulla, esimerkiksi tuoksuihin tai ääniin keskittymällä, potilas siirtää huomionsa toisiin virikkeisiin oman kipunsa sijasta. Rentoutumisharjoitusten avulla voidaan lisätä potilaan kivunhallinnan tunteita ja rentoutuminen auttaa laukaisemaan mahdollista kipuliitännäistä lihasjännitystä.

Muita tavallisimpia oireiden lääkkeettämiä auttamiskeinoja ja hoitomuotoja on tarkemmin avattu alla olevassa taulukossa 10. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2017a) ohjaa tarvittaessa yhdistämään lääkkeettömään hoitoon kipulääkityksen.

Taulukko 10- Tavallisimpien oireiden lääkkeettömiä hoitomuotoja (muk. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt, Saarto, (päätoim.), ym., 2018).

Oireet	Lääkkeetön hoitomuoto
Delirium	Orientoittaminen aikaan ja paikkaan valaistuksen, kellon, tuttujen valokuvien tai esineiden avulla Kiireetön lähestyminen Vältetään siirtoja paikasta toiseen Voinnin mukaan nesteytyksestä ja ravitsemuksesta huolehtiminen Virtsaaminen ja ulostamisen onnistuminen Läkelistan tarkistaminen
Fatiikki	Vuorokausirytmien ylläpitäminen
Limaisuus	PEP Keittosuolainhalaatio Yskimistekniikan opastaminen Liman imeminen
Hengenahdistus	Raitis ilma Tuulettimen käyttö ilmapirran luomiseksi Puoli-istuva asento Kiireetön läsnäolo ja rauhallisen tilanteen luominen Lohduttaminen Hengitysharjoitusten ohjaaminen
Yskä	Keittosuolaliuos inhalaationa Hyvä ruokailuasento Sopiva ruoan rakenne Rauhallinen syöttämisrytmi
Haavat	Asentohoito Kevennystyyny ja/tai -patja Erilaiset haavanhoitotuotteet
Kutina	Hajusteettomat voiteet Ihon pesu perusvoiteella Keittosuolakääreet Hikoilun välttäminen Vaatemateriaalin ärsyttämättömyys Sopivan löysä vaatetus
Hikoilu	Liikahikoilun syyn selvittäminen ja poisto



Oireet	Lääkkeetön hoitomuoto
Ihoinfektiot	Huolellinen kuivaaminen pesun jälkeen Kuivan suun hoito Ihon ehjänä pito
Kuivuminen	Potilaan voinnin mukainen juominen (Ei pakkonesteytystä, eikä läheisten mieliksi suonensisäistä nesteytystä)
Ruokahaluttomuus	Useasti päivässä tarjottavat pienet, helposti sulavat annokset Mieliruoat Herkut Mikä tahansa syöminen, joka potilaalle maistuisi
Kuiva suu	Vaahtoamaton hammastahna Keittosuolaliuos Kostutusgeeli Mieto suuvesi Ruokaöljy
Nielemisvaikeus	Sopiva ruoan rakenne Sakeuttamisaineet Tarpeeksi pitkä kohoasento ruokailun jäl- keen
Pahoinvointi	Ravinnon sopivuuden arviointi Potilaan oma mielipide tuoksuihin
Ummetus	Kuitujen lisääminen ruokavalioon Nesteen lisääminen ruokavalioon Liikkumisen lisääminen
Ripuli	Sopiva ruokavalio Nesteytyksestä huolehtinen Ummetuksen hoidon tehostus
Askites	Suolan saannin rajoittaminen
Virtsaumpi	Katetrointi

## 6.2 Palliativisen kivun lääkehoito

Lait, säädökset ja asetukset määrittävät lääkehoidossa sen suunnittelua, toteuttamista ja valvomista (STM, i.a.-a). Näiden noudattaminen vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon hoitohenkilökunnalta eri vastuiden ja velvollisuuksien ymmärtämistä. Niiden noudattaminen ja lääkehoidon osaamisalueiden hallitseminen on hoitotyössä erittäin tärkeää.

Lait määräävät sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumista terveydenhoidon ja sairaanhoidon osalta (Lääke- ja terveyshuolto, 2023). Tästä esimerkkinä Lääkelaki (395/1987), jonka tarkoitus on lääkkeiden turvallisuuden ja tarkoituksenmukaisen käytön edistäminen ja ylläpitäminen. Lait varmistavat myös lääkkeiden asianmukaisen valmistamisen ja laeilla turvataan

myös lääkkeiden saatavuutta Suomessa. Lääkkeiden valmistaminen, lääketurvatoiminta, maahantuonti, välittäminen, myynti, apteekkien toiminta ja lääkehuolto erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä on säädelty tässä laissa. Eri asetuksin ja muutosmääräyksin tarkennetaan lakisisältöä. Taulukossa 11 eritellään lääkkeisiin ja lääkehoitoon sosiaalihuollon yksiköissä liittyvät keskeisimmät lait.

Taulukko 11. Lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyvät keskeisimmät lait sosiaalihuollon yksiköissä (muk. STM, i.a.-a).

<b>Laki</b>	<b>Sisältö määrittää ja ohjaa</b>
Läkelaki 395/1987	Lääkkeiden tarkoituksenmukaista käyttöä ja lääkitysturvallisuutta Lääkkeiden hävittämistä Lääketurvatoimintaa ja lääkevalmisteiden turvaominaisuuksia Apteekkien toimintaa Lääkkeiden valmistamista Lääkkeiden toimittamista Lääkeohjausta ja neuvontaa lääkkeitä toimitettaessa
Huumausainelaki 373/2008	Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden (PKV) ja huumausaineiksi luokiteltavissa olevien lääkeaineiden määräämistä, käyttöä, säilytystä ja hävittämistä
Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 706/2023, 12 §	Valtuutukset ja luvat toisen puolesta asioimiseen
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 3 §, 4a §, 5 §, 6 §, 8 §, 12 §, 13 §, 14 §	Potilaan oikeuksista (mm. potilaan itsemääräämisoikeudesta, tiedonsaantioikeudesta, hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmasta) Muistutus- ja potilasasiamiehestä Potilasasiakirjoista Hoitoon liittyvästä materiaalista
Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 1 §, 2 §, 4 §, 8a §, 8b §, 15 §	Terveydenhuollon ammattihenkilöstön pätevyydestä Ammattinimikkeistä Opiskelijan roolituksesta Tarvittavasta kielitaidosta
Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §	Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä Sairaanhoidosta (esim. Kotisairaala) Alueellisista palveluista
Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011, 2 §	Yksityisen sosiaalipalvelujen tuottamisesta (esim. sopivat tilat ja laitteet) Palvelujen lupa-asioista Valvonnasta Palvelun yleisestä tuottamisesta, järjestämisestä ja yhteistyöstä

Edellisen taulukon lakeja täydentää joukko erilaisia asetuksia ja määräyksiä. Tarvittaessa pystytään jokin muu viranomaistaho, esimerkiksi sosiaaliministeriö, valtuuttamaan antamaan oikeussääntöjä (Finlex, i.a.-c). Asetukset ja lait säätävät, kun taas muun viranomaistahon antamat oikeussäännöt toimivat kuten määräykset, jolloin niiden tarkoituksena on tarkentaa voimassa olevia lakeja (Finlex, i.a.-b). Taulukossa 12 on eritelty sosiaalihuollon lääkehuoltoa koskevat keskeisimmät lakeja tarkentavat asetukset ja määräykset.

Taulukko 12. Lääkehoitoa koskevien lakien keskeisimmät tarkentavat asetukset ja määräykset (muk. STM, i.a. -c).

Asetus tai määräys	Tarkentaa
Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994	Lakia terveydenhuollon ammattihenkilöistä
Fimean määräys (2/2016): Lääkeneuvonta (kohta 4.18)	Lääkelakia
STM asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011	Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista Terveysturvallisuuslakia
STM asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010, 4§, 11§ Valtioneuvoston asetus huumeainelakien valvonnasta (548/2008)	Huumeainelakia

Taulukossa 12 lueteltujen asetusten ja määräysten lisäksi on edelleen muita asetuksia ja määräyksiä, jotka omalta osaltaan määrittävät lääkehoidon toteutumista, mutta ilman suoraa viittausta lakiin. Taulukossa 13 eritellään näitä asetuksia ja määräyksiä ja niiden tarkoitusta lääkehoidossa.

Taulukko 13. Muut keskeiset lääkehoitoa ohjaavat asetukset ja määräykset (muk. STM, i.a. -c).

Asetus tai määräys	Määrittää
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009	Potilasasiakirjoista niiden: -merkitsemisestä -säilyttämisestä -luovuttamisesta -käyttöoikeuksista
Fimean määräys 2/2016: Lääkkeiden toimitaminen (kohta 4.7)	Annoksen tarkistamisesta toimitettaessa (esim. apteekista)
STM asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010, 25§	Vaaratapahtumien raportointia ja käsittelyä

**Saattohoitovaiheen lääkehoito.** Saattohoitovaiheessa potilaan kokonaislääkitystä tulee tutkia erityisen kriittisesti (Poukka & Korhonen, 2018, s. 114–115). Saattohoidossa lääkityksen tavoite on oireiden lievitys, eikä mahdollisella lääkkeen haittavaikutuksella pitkäaikaiskäytössä ole enää merkitystä. Lääkityksen tarve tulee arvioida suhteessa oireistoon ja oireita lieventävän lääkehoidon vaikutus on oltava suurempi kuin sen aiheuttama haittavaikutus. Ainoastaan oireenmukaista lääkitystä jatketaan, koko muu lääkitys on syytä lopettaa sen merkityksettömyyden tai jopa haitallisuuden vuoksi.

Korhosen ja Poukan (2013) mukaan saattohoitopotilaan lääkityksestä voidaan aiemmin tarpeellisia lääkkeitä lopettaa lääkkeitä tarpeen uudelleenarvioinnin yhteydessä. Ensimmäisten joukossa lääkkeitä voidaan poistaa esimerkiksi verenpaine- ja rytmihäiriölääkitys, kolesteroli- ja osteoporoosilääkitys, varfariini ja nitraatit sekä mahdolliset mikrobilääkkeet, vitamiinit ja hivenaineet. Diabeteksen insuliinihoitoa saattohoidossa vähennetään ja verensokerin tavoitetasoa nostetaan korkeammaksi esimerkiksi 8–15 mmol/l. Verensokeriseuranta ja insuliinihoito voidaan lopettaa elinajan vähetessä muutamiin päivään tai kun syöminen ei enää potilaalta luonnistu.

Entisestä lääkelistasta edelleen käytössä ja listalla pidetään kipu-, pahoinvointi- ja ahdistusta lievittävät lääkkeet (Korhonen & Poukka, 2013). Hoitavan lääkärin tulee huomioida myös tarvittava lääkitys ja sen annosmäärät, esimerkiksi hengenahdistuksen, kivun tai levottomuuden pahentumisen varalle. Tavallisimpien oireiden lääkehoitoa on avattu taulukossa 14.

Taulukko 14. Tavallisimpien oireiden lääkehoito (muk. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt, Saarto (päätoim.), ym., 2018).

Oireet	Lääkehoito
Delirium	Vaikeissa tapauksissa: Haloperidoli Risperidoni Loratsepaami Oksatsepaami
Fatiikki	Kortisoni
Limaisuus	Skopolamiini
Hengenahdistus	Morfiini Oksikodoni Tarvittaessa edellisiin voidaan yhdistää vielä Bentsodiatsepiini
Yskä	Opioidit, heikot tai vahvat
Haavat	Opioidit, heikot tai vahvat Puudutteet paikallisesti
Kutina	Kortikosteroidivoiteet Mentoli 0,25–3% perusvoiteeseen Väsyttävät antihistamiinit esim. hydroksitsiini
Kuume	Parasetamoli Tulehduskipulääke
Hikoilu	Venlafaksiini 75mg/vrk Gabapentiini 900mg/vrk Estrogeeni Antipyreettien lopetus
Ihoinfektiot	Bakteerit: Kefuroksiimi, penisilliini, klin- damysiini Virukset: esim. Asikloviiri ja kipulääkkeenä tarvittaessa tramadoli, oksikodoni Vyöruusuurokote Dermatofyytit: esim. Terbinafiini
Kuivuminen	<b>Mikäli olisi aivan pakollista nesteyttää:</b> Laskimonsisäinen nesteytys
Ruokahaluttomuus	Steroidit Kortisoni
Suun sienitulehdus	esim. Flukonatsoli
Nielemisvaikeus	-
Pahoinvointi	Metoklopramidi
Ummetus	Makrogoli Laktuloosi Natriumpikosulfaatti Bisakodyyli
Ripuli	Reseptivapaat ripulilääkkeet, esim. Loperamidi Reseptilääkkeet, esim. Kolestyramiini ja oktreetidi
Askites	Diureetit
Virtsaumpi	Puudutusgeeli

**Kivun lääkehoito.** Ikääntyneen lääkitystä tulee arvioida yksilöllisesti ja ihmisen vanhenemismuutoksia huomioon ottaen (Raivio & Hartikainen, 2020). Ihmisen ikääntyessä rasvan määrä kehossa kasvaa ja veden osuus vähentyy. Näistä muutoksista johtuu rasvaliukoisten lääkkeiden lisääntyvä ja vesiliukoisten lääkkeiden vähentävä jakautumistilavuus kehossa. Tämä tarkoittaa rasvaliukoisten lääkeaineiden hitaampaa poistumista ja niiden kertymistä elimistöön. Vesiliukoisissa lääkeaineissa se tarkoittaa niiden suurentunutta vastetta, esimerkiksi munuaisten läpi eliminoituva lääkkeen annos tulee määrätä ikääntyneen munuaisten toimintakyvyn mukaiseksi.

Kansainvälisesti ja kansallisesti on laadittu suosituksia vältettävistä lääkeaineista ikääntyneillä (Raivio & Hartikainen, 2020). Näitä ovat esimerkiksi pitkävaikutteinen bentsodiatsepiini (rauhottavien lääkeaineiden ryhmään kuuluva) tai voimakas antikolinergi (parasympaattisen hermoston toiminnan vähentäjä). Bentsodiatsepiini on rasvaliukoinen ja säännöllisesti käytettynä se varastoituu rasvakudokseen. Antikolinergi heikentää ikääntyneen kognitiivista toimintaa ja on sekavuudelle altistava tekijä. Vältettävillä lääkeaineilla tarkoitetaan niistä saatavien hyötyjen jäävän vähäisemmäksi kuin niiden käytössä ilmaantuvien haittavaikutuksien suuruus olisi. Tästä syystä ikääntyneillä ei tulisi niitä käyttää kuin erityisessä tarpeessa. Ikääntyneillä PKV (pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavien) lääkkeiden annostus tulee olla työikäistä pienempi. Tämä on perusteltu veriaivoesteen heikentymisellä ihmisen ikääntyessä eli aivoihin vaikuttavan lääkeaineen vahvuudet ja haitat korostuvat.

Suomalaisesta Lääke75+- tietokannasta löytyy tietoa ikääntyneillä vältettävistä lääkeaineista. Lääke75+ tietokanta on avoin kaikille Fimean verkkosivustolla (Raivio & Hartikainen, 2020). Tämä tietokanta poikkeaa toisista luokittelemalla lääkeaineet neljään eri ryhmään: vältä käyttöä ikääntyneellä = punainen, sopii varauksin ikääntyneelle = keltainen, tutkimusnäyttö tai teho on vähäinen = harmaa ja sopiva ikääntyneille = vihreä. Lääke75+ tietokanta sisältää tiedollista ohjeistusta noin 500:sta eri lääkkeestä ja se on osoitettu perusterveydenhuollon avuksi.

Kivun lääkkeellinen hoito tulisi valita kivun voimakkuuden mukaan kipua parhaiten lievittäväällä tavalla (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 481). Kipulääkitys joko rajoittaa kipuviestin kulkemista tai tehostaa kivun jarrutustoimintaa elimistössä. Marjamäki (2015, s. 329) korostaa tehostetun palveluasumisen yksikön varautumista saattohoitopotilaansa lääkitykseen siten, että potilaan voinnin heiketessä nopeasti voidaan lupaus hyvästä saattohoidosta edelleen lunastaa. Kuolemaa lähestyttäessä melko yksinkertainen lääkitys riittää. Terveyskylä

(2018) kannustaa tukilääkkeiden käyttämiseen kivunhoidossa. Niitä voidaan käyttää tehostamaan kipulääkityksen vaikutusta, esimerkiksi joidenkin mielialalääkkeiden oheisvaikutuksena saadaan kipupotilaalle yöunia parantava vaikutus. Epilepsialääkkeistä voidaan saada unen avun lisäksi ahdistuneisuutta lievittävää vaikutusta. Paikallisesti käytettävillä valmisteilla, esimerkiksi puudutevoiteilla tai laastareilla, saadaan vähennettyä varsinkin hermovauriokipuja kärsivän ihoalueen polttavaa kipua tai kosketusarkuutta. Kapsaisiini on kivun välittäjäaineiden määrää pienentävä, chilipaprikasta saatava aine. Kapsaisiinivoiteen tai iholle asetettavan kalvon muodossa se voi tuoda tilapäistä helpotusta etenkin vyöruusun aiheuttamassa hermovauriokivussa.

*Parasetamoli.* Parasetamoli on turvallinen kipu- ja kuumelääke erityisesti ikääntyneille (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 485). Parasetamolilla ei ole tulehdusta poistavaa vaikutusta. Pharmaca Fennica (14.4.2023c) ilmoittaa sen antipyreettisen (kuumetta alentavan) vaikutuksen aiheutuvan parasetamolin vaikutuksesta lämmönsäätelykeskuksessa keskushermostossa, mutta sen kipua lievittävä toimintamekanismi ei ole tiedossa. Parasetamoli ei ruoansulatuskanavassa aiheuta ärsytystä. Raivion ja Hartikaisen (2020) mukaan parasetamolin vuorokausiannos korkeimmillaan ikääntyneillä on 3 grammaa säännöllisessä käytössä. Parasetamolin vuorokausiannostukseen tulee kiinnittää huomiota varsinkin potilailla, jotka sairastavat maksan tai munuaisten vajaatoimintaa. Pharmaca Fennica (14.4.2023c) ohjeistaa parasetamolin annosvälin pituudeksi vähintään neljä tuntia.

Parasetamolin yliannos voi aiheuttaa vaurion maksassa (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 485). Parasetamoliamia ei käytetä samanaikaisesti muita parasetamoliamia sisältäviä valmisteiden kanssa, esimerkiksi Panacod 500/30 mg, joka itsessään jo sisältää parasetamoliamia 500 mg ja kodeiinia 30 mg. Yhtäaikainen käyttö johtaa yliannostukseen, mikäli lääkkeenantaja ei huomaa laskea vuorokausiannokseen Panacodin sisältämää parasetamoliamäärää. Parasetamoliamilla on yhteisvaikutuksia muiden lääkevalmisteiden kanssa, esimerkiksi metoklopramidi voi lisätä parasetamolin nopeutta imeytyä. Varfariinin verenhyytymistä ehkäisevä vaikutus voi lisääntyä, mikäli parasetamoliamia käytetään pitkäaikaisesti samaan aikaan. Parasetamoliamia on saatavilla suun kautta otettavan tabletin lisäksi eri muodoissa, esimerkiksi oraaliliuoksena, dispergoituvana eli suussa hajoavana tablettina, porejauheena, peräpuikkona ja infuusionesteinä.



*Tulehduskipulääkkeet.* Tulehduskipulääkkeitä käytetään tilapäisesti erilaisiin kipu- ja kuumetiloihin, esimerkiksi lihas- ja nivelkipuihin, päänsärky sekä bakteeri- tai virusperäisten tulehdusten hoidossa (Pharmaca Fennica, 19.10.2022b). Saano ja Taam-Ukkonen (2021, s. 482–483) opastavat lääkehoidon käsikirjassa tulehduskipulääkityksen estävän prostanooidien tuottoa elimistössä. Tulehdusreaktio aktivoituu tuottamaan prostanoideja, joista johtuu turvotus, kuumetus, punotus ja kipu. Prostaglandiinit nostattavat myös kehon lämpötilaa. Prostanoidien tuoton estämisellä saadaan aikaan analgeettinen (kipua lievittävä) vaikutus, antipyreettinen (kuumetta laskeva) vaikutus sekä anti-inflammatorinen (tulehdusta vaimentava) vaikutus. Näiden vaikutusten vuoksi tulehduskipulääkityksestä voidaan puhua myös nimellä anti-inflammatorinen analgeetti eli NSAID. Lisäksi tulehduskipulääkkeellä on verihiihtaleiden paakkuuntumista estävä vaikutus. Pharmaca Fennican (19.10.2022b) mukaan maksan ja munuaisten vajaatoiminnasta kärsivillä potilailla tulisi käyttää tulehduskipulääkkeitä varoen. Ikääntyneet saavat muita potilasryhmiä herkemmin haittavaikutuksia tulehduskipulääkityksestä. Tämän takia ikääntyneille on suositeltu pienempää kerta-annosta. Annostus on aikuisilla aina yksilöllistä, usein riittävä annos on 400–600 mg x 3–4 vuorokaudessa. Korkein vuorokausiannos on 3200 mg, eikä sitä tule ylittää. 2400 mg annos on usein riittävä, eikä kerta-annos kenelläkään saa mennä yli 1600 mg.

Pääasiallinen haittavaikutus tulehduskipulääkkeen käytössä suuntautuu ruoansulatuskanavaan, sydämeen, keuhkoihin ja munuaisiin (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 485). Tulehduskipulääkkeet nostavat taipumusta verenvuotoon ja vaikuttavat vuotoajan pituuteen. Ruoansulatuskanavassa ne aiheuttavat pahoinvointia, vatsakipua ja jopa mahahaavaa. Vaikeassa verenpaineaudissa ja sydämen vajaatoimintaa sairastavilla tulehduskipulääkitys saattaa kerryttää nestettä elimistöön ja sitä kautta aiheuttaa turvotuksia. Vaikeassa maksan vajaatoiminnassa tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulee kokonaan välttää. Suurina annoksina riski sydänhaittoihin, esimerkiksi valtimotukoksen saamiseen suurenee. Tulehduskipulääkkeet saattavat astmaatikoilla supistaa keuhkoputkia.

Yhteisvaikutuksena tulehduskipulääkkeiden kanssa joidenkin verenpainelääkkeiden teho saattaa laskea (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 485). Tulehduskipulääkkeet vähentävät myös diureettien (nesteenpoistajat) verenpainetta alentavaa vaikutusta. Tavallisimpia tulehduskipulääkeaineita ovat esimerkiksi ibuprofeeni, naprokseeni, etorikoksibi ja asetyyliisalisyylihappo (ASA). Tulehduskipulääkkeitä on saatavilla eri muodoissa. Suun kautta otettavan tabletin lisäksi niitä on esimerkiksi oraaliuoksena, purukapselina ja iholle levitettävänä geelinä.

*Heikot opioidit.* Opioidit jaetaan heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin kipulääkkeisiin (Raivio & Hartikainen, 2020, 486–487). Huolimatta jaottelustaan ne kuuluvat silti kaikki riskilääkkeisiin. Heikkoihin opioideihin siirrytään, kun parasetamolin tai tulehduskipulääkkeen vaste on riittämätön kivun hoidossa ja sen hallinnassa. Opioidilääkeaineryhmään kuuluvia lääkkeitä kutsutaan euforisoiviksi analgeeteiksi (huumaaviksi kipulääkkeiksi). Huumausaineiksi luetaan vain vahvat opioidit, joista käytetään nimeä N-lääke. Heikot ja keskivahvat opioidit luokitellaan PKV- lääkkeisiin. Näillä lääkeaineilla on sekä huumaava että kipua alentava vaikutus ja näitä käytetään pitkäkestoisten kiputilojen lääkkeinä. Huumaavat kipulääkkeet eivät omaa tulehdusta parantavaa vaikutusta. Näiden vaikutusmekanismina on kipuviestin syntymisen esto sekä kipua välittävien hermoimpulssien pääsyn estäminen keskushermostoon asti. Hoidettaessa kipua tehokkaasti saatetaan lääkkeen antomuotoa päätyä vaihtamaan. Muodon vaihtamisen suorittaa aina lääkäri. Tällaiset muutokset velvoittavat hoitajilta tarkkuutta annosteluun, koska muotoa muutettaessa yleensä muuttuu myös annostus.

Heikkoihin opioideihin kuuluu esimerkiksi kodeiini (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 488–489). Kodeiinin haittavaikutukset rajoittavat annoksen suuruutta ja siksi se luetaan heikkoihin opioideihin. Kodeiinista on saatavilla yhdistelmävalmiste, jossa se on liitetty parasetamoliin tai tulehduskipulääkkeeseen. Tällainen yhdistelmä on toimiva ja sovelias lyhytkestoiseen akuuttiin kipuun. Pharmaca Fennica (31.5.2022a) ohjaa opioidien riskeistä tiettyjen lääkeaineiden samanaikaisen käytön kanssa, esimerkiksi Panacod käytettynä bentsodiatsepiinin kanssa. Tämä yhdistelmä voi saada aikaan hengityslaman, kooman ja kuoleman. Varsinkin ikääntyneet saattavat olla herkempiä Panacodin haittavaikutuksille, erityisesti hengityslamaan. Vahvempiin opioideihin siirrytään asteittain potilaan tarpeen mukaisesti.

*Keskivahvat opioidit.* Buprenorfiini on pitkävaikutteinen opioidi, jota käytetään keskivaikean kivun hoitamisessa (Pharmaca Fennica, 25.4.2023d). Buprenorfiinia löytyy eri muodoissa, esimerkiksi laastarina (kauppanimenä Norspan). Saanon ja Taam-Ukkosen (2021) mukaan Norspania ei käytetä akuutin kivun hoidossa. Buprenorfiinilla on kattovaikutus eli kipua alentava vaikutus ulottuu vain tiettyyn pisteeseen asti, vaikka annosta suurennettaisiinkin. Norspan ei kattovaikutuksensa ansiosta sovellu myöskään syövän kivunhoitoon. Pitkään käytössä olevana se vaikuttaa muihin käytössä oleviin opioideihin heikentävästi. Pharmaca Fennica (25.4.2023d) ohjeistaa välttämään buprenorfiinin käyttöä vaikeaa maksan vajaatoimintaa sairastavilla potilailla ja sitä tulee välttää elimistöön kertyvän vaikutuksensa vuoksi. Kuten heikoissa opioideissakin, buprenorfiinin käyttö altistaa ummetukselle, hengityslamalle,

koomalle ja kuolemalle. Norspan-laastarista saattaa aiheutua potilaan iholle paikallista allergista reaktiota.

*Vahvat opioidit.* Vahvoista opioideista tässä opinnäytetyössä käsitellään morfiinia, oksikodonia ja fentanyyliä. Morfiini vaikuttaa huumaavasti ja rauhoittavasti (Lehto ym., 2013). Sitä käytetään esimerkiksi syöpäkivun hoidossa ja saattohoitopotilaan hengenahdistuksen hoidossa, esimerkiksi Oramorphina 20 mg/ml, oraaliliuoksena. Morfiinista on tutkimusnäyttöä eniten hengenahdistuksen ensisijaisena lääkkeenä, mutta kaikkia vahvoja opioideja voidaan käyttää siinä. Mikäli hengenahdistus potilaalla on jatkuvaa ja opioidia tarvitaan usein, voi mielekästä olla pitkävaikutteisen opioidilääkityksen aloittaminen, esimerkiksi morfiinia 20 mg vuorokaudessa. Saanon ja Taam-Ukkosen (2021, s. 489) mukaan morfiinia voidaan annostella muidenkin antoreittien kautta, esimerkiksi injektio muodossa ihon alle tai suonensisäisesti laskimoon. Tyypillisten opioidihaittavaikutusten lisäksi morfiini saattaa aiheuttaa hallusinaatioita ja liihakivulia. Se vapauttaa elimistössä myös histamiinia ja on täten yksi mahdollisen palliatiivisen kutinan aiheuttajista.

Oksikodoni vaikuttaa kuten morfiini ja sitä voidaan käyttää vaikeissa kiputiloissa ja akuuteissa tilanteissa (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 490). Oksikodonia voidaan annostella oraalisesti, esimerkiksi Oxynorm, oraaliliuoksena, 10 mg/ml. Pharmaca Fennican (24.3.2023b) mukaan sellaisilla potilailla, jotka eivät aiemmin ole käyttäneet opioideja, tavallinen aloitusannos tulisi olla 5 mg kuuden tunnin välein. Yksilöllisen tarpeen perusteella voidaan pohtia suurempaa aloitusannosta. Tarvittavan oksikodoniannoksen määrittäminen tapahtuu laskemalla: suun kautta 10 mg otettua oksikodonia = 20 mg suun kautta otettua morfiinia. Potilaskohtainen annos tulisi määrittellä huolellisesti ja tapauskohtaisesti. Saanon ja Taam-Ukkosen (2021, s. 490) mukaan oksikodonia voidaan annostella muidenkin antoreittien kautta, esimerkiksi injektio muodossa lihakseen tai laskimonsisäisesti. Oksikodoni on haittavaikutuksiltaan morfiinin kaltainen, se aiheuttaa kuitenkin vähemmän harhoja eikä vapauta elimistössä histamiinia yhtä paljon.

Fentanyyliä käytetään esimerkiksi kroonisen kivun tai syöpäkivun hoidossa. Sitä voidaan annostella muun muassa nenäsumutteen, resoribletin (kielen alle, syvimpään kohtaan) tai kipulaastarin muodossa (Saano & Taam-Ukkonen, 2021, s. 490). Fentanyyli laastarina voidaan käyttää sellaisille potilaille, joilla aiemmin on ollut opioidi käytössä. Fentanyyli laastarina lähtee vaikuttamaan hitaasti, vaikutus alkaa vasta noin 12 tunnin kuluttua sen iholle asettamisesta. Tästä syystä laastari asetetaan potilaalle jo silloin, kun potilaalle annetaan viimeinen

nieltävä morfiini- tai oksikodoniannos. Laastarista vapautuu lääkeainetta 72 tuntia. Lääke varastoituu ihoon eli vaikutus kestää vielä sen poistonkin jälkeen. Potilaan kuumeilu tai muu verenkierron vilkastuminen saattaa lisätä lääkeaineen imeytymistä huomattavasti. Pharmaca Fennican (18.3.2023a) mukaan fentanyyli kumuloituu luustolihasiin ja rasvaan, josta sitä hitaasti vapautuu verenkiertoon. Sen haittavaikutukset mukailevat muiden vahvojen opioidien haittavaikutuksia. Läheisessä fyysisessä kosketuksessa tai potilaan kanssa samassa sängyssä nukkuessa fentanyylilaastari saattaa tahattomasti irrotessaan siirtyä toisen ihmisen iholle ja aiheuttaa lääkeainetta käyttämättömälle ihmiselle opioidiyliannostuksen.

**Opioidien yleisestä käytöstä.** Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin (2019b) mukaan kaikki opioidit saattavat aiheuttaa käyttäjälleen ummetusta, suun kuivumista ja pahoinvointia. Kipua hoidettaessa saattohoitopotilaalla tulee ensisijaisesti käyttää vahvoja opioideja ja tarvittaessa antoreitti tulee vaihtaa. Vahvoilla opioideilla ei ole kattovaikutusta, annosta voidaan suurentaa potilaskohtaisesti ja lääkkeen vasteen mukaisesti. Lämpilyöntikipuun pitää vastata lyhytvaikutteisella opioidilla ja se tulee valita vaikutuksen alkamisen ja keston mukaisesti.

Vahvoista opioideista lyhytvaikutteinen morfiinin tai oksikodonin vaikutus alkaa noin 30 minuutissa ja sen vaikutuksen kesto on noin 4–5 tuntia (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019b). Vahvoja opioideja on saatavilla sekä lyhyt- että pitkävaikutteisina. Pitkävaikutteiset opioidit ovat tavallisesti depot-valmisteita eli ne vapauttavat lääkeainetta elimistöön hitaasti pitkän ajan kuluessa.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin (2019b) mukaan vaikeissa kiputiloissa opioidin vaihtaminen saattaa tehostaa kivun hoitamista ja heikentää haittavaikutuksia. Mikäli pitkävaikutteisista opioidiannosta nostetaan potilaalle, nostetaan aina myös lyhytvaikutteisen opioidin annosta. Vahvoja opioideja voidaan tehokkaasti käyttää syöpäkivun hoidossa. Syöpää sairastavan saattohoitopotilaan kivun hoidossa siirrytään yleensä suoraan vahvoihin opioideihin. Tuulehduskipulääkkeen ja vahvan opioidin käyttö yhdessä voi tehostaa kivun hoitoa syövässä ja toimia kivunlievittäjänä paremmin kuin yksinään käytetty opioidi.

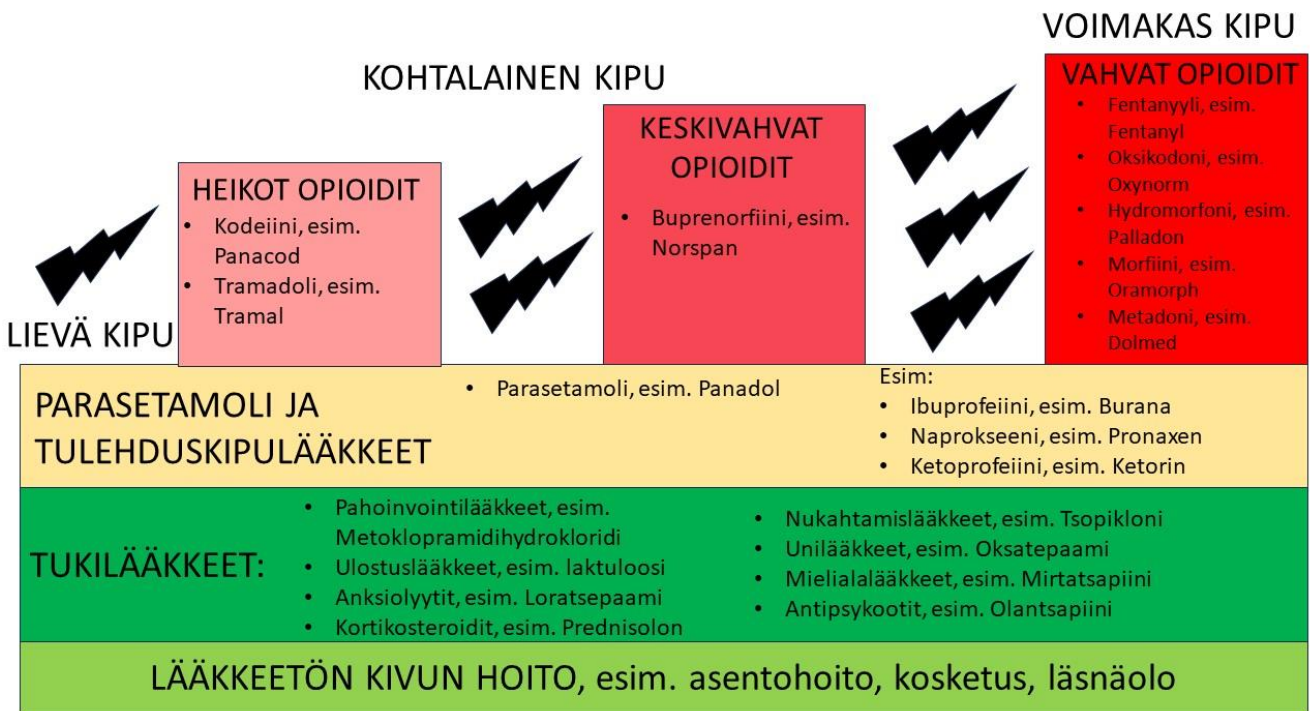
Hirvonen (2019) näkee elämänsä loppuvaiheessa olevan potilaan hoidon kulmakivenä olevan riittävän kivunhoidon. Saattohoitovaiheessa lähes kaikki potilaat tarvitsevat vahvoja kipulääkkeitä ja niiden haittavaikutuksia voidaan osaavissa käsissä hallita. Opetettaessa lääkäreille palliatiivista- ja saattohoitoa heitä pitää erikseen kannustaa aloittamaan potilaan kivun niin vaatiessa vahvaa opioidia. Lääkäreiden opinnoissa painotetaan opioidien määräämisen

harkintaa. Elämän loppuvaiheessa on kuitenkin jo lääkärin moraalinen vastausta olla antamatta potilaalle asianmukaista lääkettä kipuun määrääjän pelätessä lääkkeen riippuvuutta aiheuttava vaikutusta potilaalleen tai syytöksiä yhteiskunnalta sen määräämisestä. Hirvonen (2019) linjaa opioideja tarvittavan muidenkin kipujen kuin syöpäkipujen hoitoon. Saattohoitovaiheen potilaalla ei ole opioidiriippuvuuden kehittämisen uhkaa, vaan se on olennainen osa hyvää kivunhoitoa.

Nykyri (2022) huomauttaa, etteivät lääkärit enää halua tai uskalla määrätä opioideja edes kovista kivuista kärsivälle potilaalle. Lääkäreillä on pelkona potilaiden käyttävän lääkkeitä epätarkoituksenmukaisesti tai kehittävän niihin riippuvuuden. Nykyri linjaa joidenkin lääkäreiden pelkäävän jopa kuolemansairaana potilaan lääkeriippuvuutta. Lääkäreiden negatiivisemmiksi muuttuneisiin asenteisiin opioideja kohtaan on osasyypäänä Amerikan opioidihysteria ja toisena Suomessa Kansaneläkelaitoksen (Kela) ja Valviran lähettämät useat paimenkirjeet. Kela on viimeksi vuonna 2019 lähettänyt miltei 7000 lääkärille paimenkirjeen koskien vahvojen kipulääkkeiden määräämistä. 2018 vuoden aikana oksikodonia tai fentanyyliä määränneet lääkärit saivat muistutuksen. Yhteensä vuonna 2018 noin 27 000 lääkäriä oli määrännyt opioideja. Kela kiinnitti erityishuomionsa heihin, jotka olivat määränneet oksikodonia tai fentanyyliä alle 75-vuotiaille potilaille.

Kansaneläkelaitos (Kela, 9.8.2021) ilmoittaa paimenkirjeen olevan lääkemääräyspalaute, joka koostuu vaihtuvista ajankohtaisista aiheista ja se toimitetaan lääkäreille kirjeen muodossa. Siihen sisältyy tilastotietokannan julkisiin raportteihin perustuva lääkemääräysten keskiarvotieto ja verkkopalvelu lääkäreille omien lääkemääräystietojensa tarkasteluun. Tällainen lääkemääräyspalaute lähetetään Kelasta vuosittain ja se toimitetaan vain osalle lääkäreistä.

Tutkimukset ovat osoittaneet ennen opioidiriippuvuus uutisointiakin Suomessa lääkittävän kipuja huonosti (Nykyri, 2022). Eri Euroopan maiden vertailussa vuodelta 2017 todettiin opioidien käytön olevan Suomessa pohjoismaiden alinta. Lääkärin valan sisällössä todetaan, että lääkärin tulee olla elämän puolella ja vähentää potilaan kärsimyksiä. Näin ollen, jos hän ei hoida potilaidensa kipuja, hän ei siinä tapauksessa madalla kärsimystäkään. Kuviossa 9 selvennetään kivunhoitoa ja sen porrastusta.



Kuvio 9. Kivun lääkehoito (muk. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019b).

Opioidi on tärkein lääke kivussa tai hengenhädistyksessä myös Marjamäen (2015, s. 329) mukaan. Hoivakodissa käyttöön opioideista sopii oksikodoniliuos 10 mg/ml (0,3–0,5 ml kerta-annos) tai morfiiniliuos 20 mg/ml (0,3 ml kerta-annos) neljän tunnin välein suun kautta. Potilaan nielemiskyvyttömyydestä huolimatta kummatkin lääkeaineet kykenevät imeytymään limakalvoilta. Tarvittaessa annetaan lisäannoksia. Lisäannos on toistettavissa 30 minuutin kuluessa, mikäli edellinen lääkeannos jäi vasteettomaksi.

Korhosen ja Poukan (2013) mukaan potilaalla käytössä oleva säännöllinen kipulääkitys jatkuu entisiin annoksiin, mikäli kivut ovat tällä hallinnassa. On muistettava, että potilaan tajunnantason alenemassa hän silti tuntee kipua. Täten on perusteltua entisen kipulääkityksen jatkumo aiemmalla annoksella, vain eri antoreittiä pitkin. Mikäli potilas on tajuissaan, muttei kykene enää nielemään tabletteja tai kapseleita, voidaan pitkävaikutteisten vahvojen opioidien vuorokausiannos muuttaa vastaamaan lyhytvaikutteisen opioidin liuosmuotoista annosta annosteltavaksi neljän tunnin välein. Mikäli nieleminen ei onnistu ollenkaan, voidaan lääkettä annostella ihonalaisen reitin mukaan.

Terveyskylä (i.a.) mukaan PCA eli patient controlled analgesia, suomennettuna ihonalaisen kipulääkeannostelijan turvin, voidaan lääkärin määräämin rajoin antaa opioidiannoksia

infuusiopumpulla potilaalle subcutaanisesti (ihonalaisesti). Kipulääkeannostelijalla pystytään toteuttamaan koko vuorokauden kivunlievitys sekä siihen tarvittavat lisäannokset. Tässä kohdassa toisten opioidien anto lopetetaan.

Saarto ym. (2022, s. 31) opastavat Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen laatukriteerien mukaisesti lääkeinfuusiolaitteiston saatavilla olosta saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä. Lääkeinfuusiolaitteen avulla pystytään varmistamaan hyvä lääkehoito elämän loppuvaiheessa. Laatukriteerien mukaan kuolevan potilaan lääkitseminen edellyttää infuusiomuotoista lääkehoitoa, johtuen potilaan kykenemättömyydestä enää vastaanottaa oraalisia lääkkeitä. Perustason yksiköissä lääkeinfuusiohoito voidaan toteuttaa tarvittaessa erityistason toimesta. STM (i.a.-b) luokittelee perustason palveluiksi esimerkiksi sosiaalihuollon yksiköiden tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon. Erityistasoon kuuluviksi se ilmoittaa esimerkiksi kotisairaalan ja saattohoitokodin. Vaativaan erityistasoon kuuluviksi se toteaa esimerkiksi palliativisen vuodeosaston.

## 7 KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen laatukriteereissä linjataan, ettei ihmisen tarvitse kohdata kuolemaa yksin, ellei hän näin ole itse toiveenaan ilmaissut (Saarto ym., 2022, s. 29). Usein potilailla kuitenkin on toive, ettei yksin tarvitsisi kuolla. Kuolemaa lähestymässä olevan potilaan tilannetta tai oireiden etenemistä ei aina pystytä ennakoimaan ja potilas itse harvemmin kykenee lähellä kuolinhetkeä tuomaan julki tarpeitaan. Läsä oleva henkilö, joka voi olla vapaaehtoinen, läheinen tai hoitohenkilökunnan jäsen, saattaa huomata voinninmuutoksia ja niihin voidaan silloin oikea-aikaisesti reagoida. Laatukriteereissä linjataan myös yöpymisen mahdollistamisesta kuolevan läheiselle rauhallisessa ja kunnioittavassa ympäristössä yksiköstä riippumatta.

### 7.1 Lähestyvän kuoleman merkit

THL (2023c) linjaa omassa iäkkäiden sosiaalihuollon palliativisen hoidon palvelujen laatukriteereissä toimintayksikössä olevan henkilökunnan osaamisesta tunnistettaessa lähestyvää kuolemaa ja elämän loppuvaiheessa. Kuoleman lähestymiseen viittaavat fyysiset oireet tunnistetaan ja osataan hoitaa. Ihmisen kuolintapahtuman eteneminen on hyvin yksilöllistä ja ainutkertaista (Viitala, 2017). Potilaista suurin osa käy läpi tietynlaisia fyysisiä muutoksia kuoleman lähestyessä. Nämä fyysiset merkit on hoitajan hyvä tunnistaa. Toimintakyky alenee asteittaisesti ja fyysinen oireisto lisääntyy sekä kipulääkityksen tarve nousee.

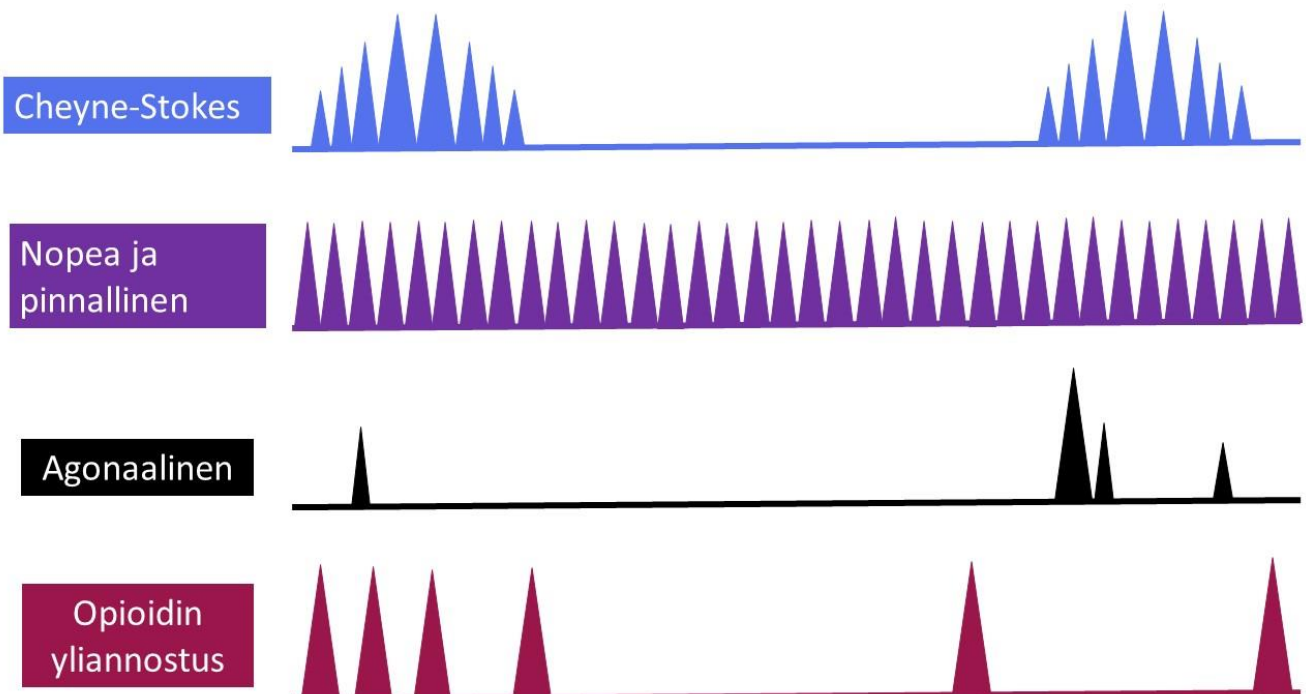
Muistiliiton (2016, s. 20) opas esittää lähestyvän kuoleman tunnusmerkeiksi nielemisen vaikeutumista vielä aiempaa huonommaksi ja mahdollisen laikukkaan ihon. Kuolemaa lähestyvä potilas saattaa muuttua sekavaksi. Kuolevan potilaan kehossa ilmaantuu hormonytyypistä ainetta ja se aiheuttaa elimistössä lihaksien ja rasvan hajoamista. Tämä johtaa potilaan laihutumiseen nopeasti.

Psyykkisiä muutoksia kuoleman läheisyydessä esiintyy esimerkiksi tajunnantason alenemisenä, ahdistuneisuutena tai sekavuutena (Terveyskylä, 2021f). Potilas ei enää jaksaa keskustella tai välttämättä ilmaista itseään mitenkään. Toisen ihmisen läsnäolo saattaa rauhoittaa levotonta potilasta ja koskettaminen, esimerkiksi posken silittäminen tai kädestä pitäminen, on hyvä tynnyttelykeino. Vaihtoehtoisesti voi kokeilla rauhallisen musiikin tai äänen lukemisen vaikutusta. Vierellä oleva saattaja seuraa potilaan vointia ja oireita tarkkailemalla



liikehtimistä, ääntelemistä, ilmehdintää ja elehdintää. Viitalan (2017) mukaan potilaat saattavat toisinaan ilmaista levottomuutta myös haromalla käsillään, äänтелеillä tai harhoilla.

**Hengitys.** Kuolevan potilaan eri hengitystyyppit on jaoteltu Cheyne-Stokesiin, nopeaan ja pinnalliseen, agonaaliseen ja opioidien yliannostukseen liittyvään hengittämisen tyyliin (Lehto & Pöyhä, 2018a, s. 38–39). **Cheyne-Stokesissa** kerta-sisäänhengitystilavuus vaihtelee saman mallin mukaisesti ja hengittämisen välissä on pitkiä taukoja **Nopeassa ja pinnallisessa** hengityksessä sisäänhengityksen tilavuus on supistunut. **Agonaalisessa** eli kuolemaa edeltävässä hengityksessä saatetaan huomata hengitysliikettä, vaikkei varsinaista hengitystoimintaa ole. **Opioidien yliannostus** näkyy tavallisesti hengitysfrekvenssin eli -taajuuden tai tiheyden vähenemisenä, silti sisään hengittäminen voi olla syvää. Kuviossa 10. on asian selkeyttämiseksi hengitystyyppit mukautettu kuviomuotoon.



Kuvio 10. Hengitystyyppit kuoleman lähestyessä (muk. Lehto & Pöyhä, 2018).

**Kuolinkorina.** Kuolinkorinaa (death rattle) ilmenee usein kuolevalla, jo tajuttomalla potilaalla lähellä kuolemaa (Väänänen, 2023b). Tämä saattaa kuulostaa huolestuttavan rajulta, muttei todennäköisesti lisää tajuttomalla potilaalla kärsimystä. Viitalan (2017) mukaan korina hengitysteissä aiheutuu liman ja syljen kerääntymisestä nieluun, koska potilas ei enää nielaise tai ole yskimässä limaa ulos. Sekä Väänänen (2023b) että Viitala (2017) ovat yhtä mieltä kuolinkorinan aiheuttavan kuitenkin ahdistuneisuutta kuolemassa olevan potilaan vierellä olevissa läheisissä. Hoitajan ennakoiva ote saattohoidossa näissä tilanteissa on tärkeä, esimerkiksi lisälääkityksen tarpeen ajoissa huomaamiseen. Läheisten kesellä kuolinprosessin ja tilanteen etenemisen sanoiksi pukeminen ja läheisten tukeminen ymmärrettävin ja hienotunteisin sananvalinnoin on erityisen tärkeitä.

**Kuume.** Kuolevalla potilaalla saattaa esiintyä kuumeilua (Viitala, 2017). Se voi enteillä aivojen sammumista eli aivojen eri järjestelmät ovat sekaisin. Aivojen lämmönsäätelyjärjestelmä häiriintyy nostattaen kuumetta. Antibiooteilla ei ole vastetta tällaisessa tilanteessa. Kuumetta voidaan oireenmukaisen hoidon luonteen mukaisesti laskea kuumetta alentavin lääkkein. Iho on kalpea, sinertävän laikukas ja ihotuntuma voi olla kostea ja viileä. Terveyskylä (2021f) linjaa kuumeesta huolimatta verenkierron potilaalla vain huonontuvan ja periferian edelleen viilenevän eli kädet ja jalat tuntuvat kylmiltä.

**Väsymys.** Väsymys tai uupumus oireena on saattohoitopotilailla hyvin tavallista ja se kuuluu yhtenä osana kuoleman läheisyyteen (Viitala, 2017). Potilas viettää enenevästi aikaa nukkumalla. Kiinnostus ympärillä olevaan vähenee tai katoaa ja hereillä ollessaankin ihminen voi olla hyvin väsynyt.

**Ruokahaluttomuus.** Viitalan (2017) mukaan kuolemassa olevalla ihmisellä ei enää ole samanlaista tarvetta tai mielenkiintoa ravintoa tai nestettä kohtaan kuin aiemmin eläessään. Tämä on varsinkin läheisten vaikeaa hyväksyä, joten hoitajan on tärkeää avata heille tätä tilannetta. Suun kostuttaminen tai huulten rasvaaminen saattohoitotyön tässä vaiheessa helpottaa suun kuivuutta ja saattaa tuntua potilaasta miellyttävältä. Elämänsä loppuvaiheessa oleva potilas ei kuole siihen, ettei hän syö. Hän ei syö siksi, että hän tekee kuolemaa.

## 7.2 Kuoleman hetki

Ikääntyminen ei ole sairaus, mutta kuolema tulee jokaiselle jossain vaiheessa väistämättä (Saarto ym., 2014). Ikääntyminen tuo mukanaan ikääntyvät kudokset, jotka ovat alttiita vanhuuteen liittyville erilaisille sairauksille. Elimistön rappeutuessa riittävän pitkään sairauksien vuoksi tai sairauksista huolimatta ihminen kuolee. Ikääntyneen kuolema on yleensä usean elinjärjestelmän samanaikaisen pettämisen seuraus. Hyvin ikääntyneen, esimerkiksi yli 90 vuoden ikäisen, elämänlanka saattaa katketa aineenvaihdunnan häiriöön tai keuhkokuumeeseen.

Kuolinhetki on jokaiselle potilaalle omanlaisensa (Surakka ym., 2015). Potilasta tulee kuolinhetkelläkin hoitaa hänen yksilöllisyyttään ja ihmisarvoaan kunnioittaen. Hoitajan ollessa läsnä kuoleman saapuessa tulee muistaa tilanteen ainutkertaisuus ja sen arvokkuus. Mikäli potilaan vierellä on kuolinhetkellä läheisiä, hoitajan tehtävänä on huomioida heitä ja tukea rauhoittavasti etukäteen.

Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 405) saattavat tiedoksi hoitotyöntekijän velvollisuuden olla kuolinhetkellä potilaalle läsnä, mikäli kuolevan potilaan läheiset eivät itse kykene tai halua olla kuoleman hetkellä potilaan vierellä. Muistiliiton saattohoito-oppaassa (2016, s. 16) muistutetaan kuolevalla olevan oikeuden toisen ihmisen läsnäolemiseen kuolemaa lähestyttäessä. Rautava-Nurmen ym. (2020, s. 405) mukaan hoitajan on hyvä tunnistaa myös kuoleman merkit, jotta voidaan keskittyä rauhalliseen lähellä olemiseen. Kuolinhetken lähettyvillä ei tarvitse kiirehtiä mihinkään.

Terveyskylä (2021f) kuvailee kuoleman luonnolliseksi tapahtumaksi tai kuolinhetkeä yleensä rauhalliseksi. Kuolevan potilaan vierellä olevat tunnistavat kuolinhetken tavallisesti hengityksen loppumisesta ja kuolevan rentoutuneesta asennosta. Usein normaalissa kuolinprosessissa saattaa ilmetä nykäyksiä lihaksissa tai ääntelyäkin. Viitala (2017) mainitsee usein potilaan kuitenkin kuolevan tavallaan nukahtamalla. Surakka ym. (2015, s. 81) kuvaavat kuolinhetken jälkeen vainajan näyttävän levolliselta ja rauhalliselta. Lihasten rentoutuessa rypyt sirottuvat ja vainajalla on seestynyt ilme.

## 8 KUOLEMAN JÄLKEEN

Odotetussa kuolemantapauksessa, esimerkiksi saattohoitopotilaan kohdalla, tulee potilasjärjestelmästä potilaan tietojen kohdalta löytyä merkintä siitä, kenelle exituksesta eli kuolemasta ilmoitetaan (Rautava-Nurmi ym., 2020 s. 409). Siellä tulisi olla myös tieto, toivovatko läheiset soittoa yksiköstä esimerkiksi keskellä yötä. Saattohoitopäätöksen tullessa tästä asiasta olisi jo hoitajan hyvä tiedustella hienovaraisesti läheisiltä. Rautava-Nurmen ym. (2020, s. 409) mukaan läheisillä saattaa usein ollakin jo erityistoiveita kuolemantapaushetken tullen, esimerkiksi ettei tietoa kuolemasta tarvita perheelle yöaikaisesti tai työpäivän aikana.

Hoitajan, jonka vastuulle kuolemasta ilmoittaminen jää, on tarkoituksenmukaista ottaa selvää potilaan viimeisten tuntien kulusta (Rautava-Nurmi, 2020, s. 409). Hänen tulee osata vastata kuolemasta ilmoittaessaan omaisten mahdollisiin kysymyksiin menehtyneen potilaan viimeisistä hetkistä. Yleensä omaisille on tärkeää kuulla kuolinhetkestä: oliko se rauhallinen, oliko hänen vierellään joku tai oliko hänellä viimeisiä sanoja. Hoitajan on tähdellistä korostaa yhteydenotossaan omaisten voivan varata käyntiaikaa tai soittaa vainajaa hoitaneeseen yksikköön, mikäli heille jäi jotakin kysyttävää tai he haluavat myöhemmin keskustella lisää aiheesta.

**Kuolemasta ilmoittaminen.** Surakka ym. (2015, s. 80) opastavat kuolinviestin välittämisestä sovituksi. Kuoleman toteaminen on lääkärin tehtävä ja se suoritetaan sovittujen käytänteiden mukaisesti. Näin ollen vainajan toteamiseen saattaa kuluu tovikin. Menehtymisestä tulisi kuitenkin omaisille ilmoittaa, vaikka exituksen toteaminen ei virallisesti kuulu hoitajan tehtäviin. Omaiset ovat välittäneet tahtonsa ilmoitusmenettelystä (tai se on yksiköstä tiedusteltu) yksikköön aiemmin.

Muistiliiton (2016, s. 21) saattohoito-oppaassa ohjeistetaan omaisille tiedotettavan kuolemasta, mikäli he eivät ole kuolinhetkellä paikalla. Heidän saapuessaan kuoleman jälkeen paikalle vainajan huone tulisi siistiä ja järjestää mahdollisimman levollisen oloiseksi ja rauhalliseksi vainajan vierelle hiljentymistä ja jäähyväisten jättämistä varten.

Surakan ym. (2015, s. 81) mukaan tässä kohtaa tulisi huomioida hoitohenkilökunnan kunnioittava saapuminen paikalle ja käyttäytyminen yksikössä, esimerkiksi aamuvuoroon tulleita hoitajia informoidaan tapahtuneesta ja ilmaistaan omaisten olevan paikalla. Näin

hoitohenkilökunta voi varautua rauhalliseen käyttäytymiseen, ettei esimerkiksi ääneen nauramista tai kovaäänisiä huuteluita esiinny omaisten yksikössä ollessa.

Muistiliiton (2016, s. 21) oppaan mukaan omaisten kanssa tulisi käydä läpi käytännön asioita, esimerkiksi vainajan noutamisesta ja siitä, minne hänet kuljetetaan. Vainajan pukemisesta tiettyihin vaatteisiin sovitaan omaisten niin halutessa. Omaisilta tiedustellaan myös, haluaako joku omaisista osallistua vainajan laittamiseen yhdessä hoitajan kanssa.

**Käytännön asioista.** Kuolemaan liittyvistä käytännön asioista voidaan omaisille ensimmäisten asioiden joukossa antaa tiedoksi ainakin kuolintodistuksen kirjoittavan hoitavan lääkärin nimi paikkakuntineen ja kertoa tältä lääkäriltä saatavan myös hautauslupan (Terveyskylä, 2021e). Kuparisen (2021) mukaan omaisten ohjeet tulee antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Omaisia ohjeistetaan, minne ottaa yhteyttä jatkotoimenpiteitä ja asioiden järjestämistä varten. Terveyskylä (2021e) opastaa hautauslupaa tarvittavan joko tuhkaamista varten krematoriolle tai sille taholle, jonka omistamaan hautausmaahan vainaja tullaan hautaamaan. Omaisten kanssa voidaan sopia hautauslupan antamisesta joko heille itselleen tai hoitavalle yksikölle hautaamisesta huolehtivalle taholle toimittamista varten. Kuolintodistusta ei tarvitse esittää hautajaisia järjestettäessä. Suomen Hautaustoimistojen Liiton ensiohjeessa vainajan omaisille (i.a.) ohjataan hautausjärjestelyt voitavan aloittaa ja hoitaa jo ennen hautauslupan saamista. Hautausjärjestelyjä voidaan aloittaa siinäkin tapauksessa, mikäli potilaan kuolemansyy selvittelyjä tulisi suoritettavaksi. Kuolintodistusta ei tarvita myöskään viranomaisohjeiden kanssa asioimiseen. Hoitava lääkäri lähettää tiedon kuolemasta virkateitse väestötietojärjestelmään, josta se välittyy esimerkiksi Kansaneläkelaitokselle (Kela), pankkiin ja seurakunnalle.

Vainajan pankki- tai muita virka-asioita voi hoitaa virkatodistuksella (Suomen Hautaustoimistojen Liitto, i.a.). Tämän saa pyytämällä Digi- ja väestövirastolta tai seurakunnalta, kuolintodistusta ei siis tarvita tällaisenkaan asioinnin kanssa. Omaisia tulisi ohjata ottamaan yhteyttä valitsemaansa hautaustoimistoon, josta toimeksiannon jälkeen ryhdytään asiantuntevasti hoitamaan hautaukseen liittyviä asioita. Hautaustoimistoon saa ja voi olla yhteydessä ennen kuolemaakin tulevien hautausasioiden sopimiseksi tai informaation saamiseksi jo saattohoitovaiheessa. Saattohoitopotilas itse on elinaikanaan saattanut esittää toiveita hautajaisten järjestämiseen tai on nimennyt henkilön huolehtimaan hautaamiseensa liittyvistä asioista. Valittu hautaustoimisto auttaa kaikissa vainajaa koskevissa asioissa ja opastaa omaisia esimerkiksi hautapaikan, arkku- tai tuhkahautauksen ja muistotilaisuuden kanssa. Heiltä saa tietoa

myös perunkirjoituksesta ja vainajan olemassa olevien tilauksien ja sopimuksien kanssa toimimiseen sekä ohjeita näiden asioiden hoitamiseen.

## 8.1 Kuoleman toteaminen

Exitus eli itse kuolema ja sen toteaminen sisältyvät lakisäännöksiin (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 406). Näitä lakeja ja asetuksia ovat laki kuolemansyyn selvittämisestä (459/1973), kuolemansyyn selvittämisen asetus (948/1973), kuoleman toteamisen asetus (27/2004) ja laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (101/2009). Viimeksi mainittu laki on kumottu vuonna 2019 ja muutettu muotoon laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetun lain muuttamisesta (1484/2019). Kuoleman toteaa aina lääkäri. Potilaan kuolemasta tulee välittömästi ilmoittaa hoitavalle lääkärille tai päivystävälle lääkärille. Tämän jälkeen luvan saatuaan hoitajan tehtävänä yksikössä on kirjata potilastietojärjestelmään ”exitus” sekä arvioitu tai tiedossa oleva kuolinaika.

Mikäli kuolema tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä, lääkärin tulee todeta exitus niin pian kuin mahdollista, kuitenkin toteaminen tulee viimeistään tapahtua seuraavana arkipäivänä (Valvira, i.a.-b). Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä on kuolemaan liittyvät omat menettelytapansa ja ohjeensa, joita hoitohenkilökunnan tulee yksikkökohtaisesti noudattaa. Kuoleman toteaminen vaatii potilaan verenkierron ja hengityksen pysähtymisen toteamista sekä sekundaaristen kuolemanmerkkien tunnistamista. Valviran (i.a.-b) ohjeistuksen mukaan lääkäri merkitsee potilasjärjestelmään kuolinajan, joko varmana tai arvioituna, ja kuoleman toteamisen kellonajan. Lisäksi lääkärin tulee kirjata, millä löydöksillä kuoleman toteaminen voidaan perustella sekä ulkoisesti tarkastetut havainnot potilaasta.

## 8.2 Kuoleman primääriset ja sekundaariset merkit

Ihmisen kuollessa elintoiminnot loppuvat (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 407). Aivojen ja sydämen toiminnot lakkaavat, hengittäminen laantuu ja tajunta sammuu. Potilaan pupillit eivät enää vastaa valoheijasteeseen eikä potilas reagoi kipuun. Kun sydän ei syki, hengitys ja verenkierto on pysähtynyt ja toissijaiset merkit kuolemasta ovat ilmenneet, potilas voidaan todeta kuolleeksi. Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 408) ilmoittavat, ettei kuoleman toteamisaika ole sama asia kuin kuolinhetki, vaan kuoleman ja sen toteamisen välillä saattaa olla

pitempikin aika. Kuolemanmerkit jaotellaan primaarisiin eli ensisijaisiin ja sekundaarisiin eli toissijaisiin merkkeihin.

**Primaariset kuolemanmerkit.** Ensisijaisia kuolemanmerkkejä voidaan tunnistaa tutkimalla potilasta (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 407). Sydämensyke ei ole tunnusteltavissa, eikä sydänääniä voi kuulla. Hengityslihakset ovat lakanneet toimimasta, hengitys on loppunut eli rintakehän vuoroliikettä ylös ja alas ei enää ole. Hengitysäänet eivät ole kuultavissa, eikä ilmavirtausta uloshengityksen muodossa tunnu. Potilaan lihakset ovat veltot ja tonus (lihaskäntä) on hiipunut. Virtsarakon ja suolen pidätyskyky on kaikonnut. Potilaalta ei ole mitattavissa tuntoa eikä kipua. Kaikki suoja-, venytys-, ja asentoheijasteet (refleksit) ovat sammuneet. Silmän sarveiskalvo ei reagoi sitä kosketettaessa.

**Sekundaariset kuolemanmerkit.** Toissijaisia kuolemanmerkkejä voidaan tunnistaa jatkamalla potilaan hienovaraista tutkimista (Rautava-Nurmi ym., 2020 s. 407). Violetinpunervia läiskiä eli lautumia alkaa ilmaantua noin 15–20 minuutin kuluttua potilaan menehtymisestä. Lautumat syntyvät veren laskeutumisesta kehossa alaspäin. Veren punasolut hajoavat kiihtyvällä tahdilla (hemolyysi) ja veri laskeutuu painovoiman mukaan eli vuotaa pois suonista imeytyen kudoksiin. Kuolleen potilaan kasvot näyttävät vahamaisilta ja kalpeanvalkeilta. Rigor mortis eli kuolonkankeus alkaa kehkeytyä 2–4 tunnin kuluttua kuolinhetkestä eli potilaan keho alkaa jähmettyä.

Surakka ym. (2015 s. 80) kuvaavat kuolonkankeuden alkavan levitä sydäimestä ja rintakehäältä jatkuen puremalihaksistoon, leviten viimeiseksi perifeerisiin osiin eli käsiin ja jalkoihin. Rautava-Nurmen ym. (2020 s. 407) mukaan kuolonkankeus alkaa niskan ja leukanivelen kangistuessa ja loppuruumis lihaksistoihin on kangistunut 6–8 tunnin kuluttua. Kuolonkankeus raukeaa päinvastaisessa järjestyksessä, kokonaan noin 3–4 vuorokauden kuluttua kuolemasta.

**Kuolonkankeuden fysiologiasta.** Tieteen kuvalehden (2020) mukaan kuolonkankeus johtuu lihasten energiavarastojen tyhjentymisestä. Lihakset käyttävät supistumiseen ja rentoutumiseen energiaa ja suurin osa energiankulutuksesta menee kehon rentoutumiseen. Supistuminen ja rentoutuminen jatkuu vuorotellen niin kauan, kuin soluenergiaa on jäljellä. Ihmisen kuollessa soluihin ei luonnollisesti enää voi syntyä lisää energiaa. Energian ehtyessä lihasten säikeet sulkeutuvat ja ikään kuin lukittautuvat toisiinsa aiheuttaen ruumiin jäykistymisen. Lämpötilakin vaikuttaa kuolonkankeuden ilmaantumiseen. Kylmässä ilmastossa se etenee

hitaammin kuin lämpimässä, bakteerit saavat suotuisat olosuhteet kasvulle juuri lämmössä, vauhdittaen mätänemisprosessia. Kuolonkankeus raukeaa lihasten alkaessa mädäntymään.

**Autolyysiprosessista.** Sánchez (2023) puolestaan esittää kuoleman hetkellä kehossa käynnistyvän autolyysiprosessin. Se tarkoittaa kehon solujen itsetuhoamista. Solutuhon eteneminen vapauttaa kaasua. Kaasun vapautuminen johtaa ruumiin turvotukseen ja turpoaminen jatkuu saavuttaen huippunsa noin neljän päivän kuluttua. Kuoleman jälkeen ruumiin muuttuessa hapettomaksi pääsevät anaerobiset eli hapettomassa tilassa elävät bakteerit leviämään kaikkialle. Nämä bakteerit ovat yleensä peräisin suolistosta ja hapettoman tilan ansiosta ne pääsevät leviämään ympäri elimistöä, riippumatta elimestä. Tätä bakteeristoa pystytään käyttämään myöhemmässä vaiheessa, mahdollisessa kuolinsyyselvittelyissä, kuolinaikaa määrittäessä. Käytännössä ihmisen oma mikro-organismi kuluttaa ravinnokseen kuollutta ruumista sisältäpäin eli alkaa hajottamaan sitä käynnistäen mädäntymisen.

Kuolinajasta voidaan saada viitettä arvioimalla kuolonkankeuden etenemisvaiheen tai kaatoamisvaiheen mukaan (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 407). Sekundaarisiin merkkeihin kuuluu myös ruumiin jäähtyminen. Lämpötila ei ole enää tavallisen kuumemittarin näytön puitteissa. Ruumis jatkaa jäähtymistä noin yhden asteen verran, joka kuluvan tunnin ajalla, kunnes on yhtäläinen ympäristönsä lämpötilan kanssa. Ruumiinlämmön selvittäminen, mikäli tähän on tarvetta, antaa kuolinajalle toisen arviointimetodin. Suolistosta peräisin olevat bakteerit alkavat aiheuttaa ruumiin mätänemistä ja entsyymit hajottamaan kudoksia eli hajoaminen alkaa vatsasta ja sisäelimistä.

### 8.3 Vainajasta huolehtiminen

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa linjataan laatukriteerissä 31 vainajan kunnioittavasta kohtelusta kuoleman toteamisen aikana (Saarto ym., 2022, s. 29–30). Tämä sisältää vainajan ulkoisen tutkimuksen ja tarvittavien toimenpiteiden suorittamisen tarkastuksen muodossa sekä vainajasta huolehtimisen. Vainajaa kunnioittava kohteleminen kuuluu osaksi ihmisarvoista kohtelua ja osaksi laadukasta hoitotyötä.

Vainajan arvokas laittaminen on viimeinen huolehtiva hoivan anto potilaalle (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 409). Vainajan laitto on hoitoalalla oma käsitteensä, jolla tarkoitetaan potilaan kuolemanjälkeistä hoitoa. Vainaja laitetaan yksikkökohtaisten ohjeiden mukaan. Tavoitteena on laittaa vainaja ennen kuolonkankeuden ilmaantumista. Surakan ym. (2015, s. 81) mukaan



kuolinhetkessä vierellä olleita omaisia voidaan empaattisesti pyytää käymään tauolla ja esimerkiksi ohjata heitä ilmoittamaan toisille läheisilleen exituksesta tänä aikana. Mikäli omainen kuitenkin haluaa osallistua ruumiin pesemiseen ja vainajan pukemiseen, se ehdottomasti sallitaan heille. Tällaisessa tilanteessa tärkeintä on rauhallisen ilmapiirin säilyttäminen sekä omaisten lempeä ohjaaminen. Mikäli omainen on shokissa, hän ei reagoi annettuihin tietoihin vaan vallitsevaan tunnelmaan.

Vainajasta huolehdittaessa viimeisen palveluksen suorittamiseen keskitytään aina kunnioittavasti, hiljaisesti ja ilman kiirettä (Rautava-Nurmi ym., 2020, s. 409). Hoidettaessa vainajaa kovaa ääntä ja epäolennaista puhetta vältetään. Tätä ennen on tarkistettu potilasjärjestelmästä menehtyneen potilaan mahdolliset toiveet hoidostaan kuolemansa jälkeen. Surakka ym. (2015, s. 81) ohjeistavat vainajan laittamisen alkavan potilashuoneessa. Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 409) huomauttavat, ettei jäähyväishuoneena saa käyttää esimerkiksi tutkimushuonetta tai kylpyhuonetta.

Surakka ym. (2015, s. 81) opastavat vainajan pesemiseen. Esimerkiksi eritteiden puhdistamisessa on tärkeää suorittaa se kunnioittaen vainajan ihmisarvoa. Miesvainajien kohdalla tulee muistaa parranajo ja kaikkien kohdalla huomioida hiukset, suunhoitoa ja vainajan mahdollisimman luonnollinen asentoa sekä kasvojen ilme. Kostutetuilla vanutyynyillä varmistetaan vainajan silmien suljettuna pysyminen. Kasvoja voidaan tukea sideharsorullien avulla sitomalla leuan alta päälakeen. Rautava-Nurmikin ym. (2020, s. 410) ohjaa sideharsosidosten käyttämisestä. Näin vainajan suu saadaan kiinni sekä luonnolliseen asentoon. Tuplakaarimaljan asettaminen vainajan pään alle nostaa leukaa normaaliin asentoon. Surakka ym. (2015, s. 81) perustelee tätä toimintaa sillä, että myös myöhemmässä vaiheessa mahdollisesti vainajaa hyvästelemään saapuvat omaiset näkisivät saman levollisuuden vainajassa, kuin kuolinhetkessä vierellä olevat omaiset näkivät.

Vainajalle puetaan vainajanpaita, ellei toisin ole potilaan toiveissa ilmaistu, tai omaisten valitsemiin vaatteisiin (Surakka ym., 2015, s. 81). Viimeisenä toimenpiteenä kiinnitetään vainajan henkilötiedoin täydennetty tunnistuskortti, joka tulee tarkistaa uudelleen vielä ennen vainajan siirtoa. Lopuksi vainaja peitellään lakanalla tai erillisellä vainajanpeitteellä. Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 409) opastaa luetteloimaan vainajan henkilökohtaiset vaatteet ja tavarat. Rikki-menneet tai likaiset vaatekappaleet hävitetään ainoastaan omaisten luvalla. Hoitaneessa yksikössä säilytetään vainajan henkilökohtaista omaisuutta siihen saakka, kunnes omaiset

noutavat ne. Omaisuus luovutetaan huolellisesti viikattuina ja pakattuina soveliaassa kääreessä tai laatikossa.

Rautava-Nurmi ym. (2020, s. 409) ohjeistaa myös hoitoympäristön siistimisestä. Vainajan huoneen järjestykseen ja sisustukseen tulee hoitajan kiinnittää huomionsa vainajan laittamisen jälkeen. Surakka ym. (2015, s. 81) puolestaan linjaavat vainajalle osoitettavan kunnioitusta huomaavaisilla eleillä, esimerkiksi huoneeseen asetettavalla vainajalle tärkeäksi tiedetyllä symbolilla. Uskonnon ja vakaumuksen mukaisesti symboli voi olla esimerkiksi risti, ikoni, valokuva tai kirja. Mikäli kynttilää ei yksikössä ole lupa sytyttää, voi tilalle laittaa sähkökynttilän palamaan. Vainajan pöydälle tai käsiin voi asettaa luonnosta löytyvän kukkasen, pienen kukkivan omenapuunoksen tai mahdollisesti yksiköstä tätä varten varatun tekokukan. Tällä eleellä ilmaistaan kunnioitusta myös vainajaa surevia omaisia kohtaan.

Sisäministeriö (i.a.-b) ohjaa vainajaa voitavan kunnioittaa yksikön puolelta vielä surulipputuksella. Suomessa ilmaistaan vakiintuneella tavalla surua laskemalla lippu puolisalkoon. Sisäministeriön (i.a.-b) ohjeen mukaisesti suruliputus tulee aloittaa vetäen lippu salkoon ylös asti, jonka jälkeen lippua lasketaan alas kolmanneksen tangon mitasta sillä tavoin, että lipun alareuna on tangon puolivälissä. Lippua laskettaessa se tulee vetää lipputangossa ylös asti ja siitä laskea hitaasti alas. Suruliputus tulee aloittaa heti, kun tieto kuolemasta on saapunut. Mikäli liputusaika jää lyhyeksi, tulee suruliputus suorittaa seuraavana päivänä.

Sisäministeriön (i.a.-a) mukaan liputtamisessa on noudatettava liputusaikoja. Suomessa voimassa oleva asetus määrittää liputuksen voivan alkaa aamusta kello 8 ja liputusaika päättyy, kun aurinko laskee. Kesäaikaan tämä tarkoittaa liputusajan loppumista kuitenkin viimeistään kello 21. Suruliputus osoittaa yksityistä surua.

Pirkanmaan Hautaustoimiston (i.a.) mukaan vainaja siirretään vainajille tarkoitettuun säilytystilaan vasta lääkärin todettua kuoleman. Muita säännöksiä ei kuljettamisesta ole. Esimerkiksi aikarajaa ei ole sillekään, missä ajassa vainaja tulisi kuljettaa yksiköstä. Ähtärin Hautaustoimiston & kukkasitomon (i.a.) mukaan hautaustoimisto voi viranomaiskuljetuksena kuljettaa vainajan terveyskeskukseen lääkärin todettavaksi. Opinnäytetyön tekijät haluavat huomauttaa, että kussakin yksikössä toimitaan vainajan siirrossa yksikön omien käytänteiden mukaisesti.

## 9 LÄHEISTEN / OMAISTEN KOHTAAMINEN JA TUKEMINEN

Hoitotyön tutkimussäätiö mainitsee palliatiivisessa ja saattohoidossa olevien potilaiden läheisille suunnitellun tuen, sen tarjoamisen ja organisoimisen olevan Suomessa riippuvainen hyvinvointialueesta (Aho ym., 2023, s. 8). Sen saatavuus tulisi kuitenkin olla yhdenvertaista hoito- tai asuinpaikasta huolimatta. Läheisille tulee mahdollistaa potilaan hoitoon osallistuminen saattohoitomatkalle, potilaan ja hänen läheistensä niin tahtoen. Hoitosuosituksen mukaan psykososiaalisen tuen tarjoaminen on tärkeää sisältäen hengellisen, henkisen ja eksistentiaalisen tuen muodot.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän (2017) artikkelissa mainitaan potilaiden ja läheisten tarvitsevan eri elämänvaiheissa erilaista tukea yksilökohtaisesti. Potilaan ja läheisten omat voimavarat ovat merkittävässä roolissa valittaessa tuen muotoa. Tukemisen tarvetta esiintyy erityisesti elämän tienristeyksissä, esimerkiksi sairastuessa, saattohoidon aloittamisen yhteydessä tai kuolemassa. Artikkelin nostaa kriisiavun yhdeksi tuen muodoksi, mikäli potilas tarvitsee henkistä tukea omaan, uudelleen elämäntilanteeseensa sopeutumisessa. Siinä korostetaan myös arjessa sekä taloudessa tukemista ja etuuksien hakemista. Saattohoitopotilaalla voi olla oikeus erilaisiin taloudellisiin tukiin ja niiden hakemiseen hän itse tai läheisensä saattavat kaivata ohjausta. Potilaan menehtyessä sosiaalityöntekijä opastaa omaisia erilaisissa talouteen liittyvissä asioissa tai henkisen tuen järjestämisessä perheelle.

Aho ym. (2023, s. 10) kuvaavat tukemisen yleisimmin sisältävän konkreettisen, emotionaalisen, tiedollisen ja päätöksenteon tuen. Spirituaalinen eli henkisen ja hengellisen tuen osa-alueet ovat kriisitilanteessa erityisen tärkeitä. Tähän kuuluvat myös olemassaoloon liittyvät eli eksistentiaaliset aiheet ja asiat. Edellä mainitut tuen muodot sisältyvät kaikki psykososiaaliseen tukeen. Psykososiaalisen tuen tehtävänä on mahdollistaa kokonaisvaltainen tuki läheisille, edistää saattohoitotilanteeseen sopeutumista ja läheisten elämänlaadun parantamista.

### 9.1 Läheisten kohtaaminen ja tukeminen saattohoitovaiheessa

Potilaan hyvään hoitamiseen saattohoitovaiheessa kuuluu aina tuki myös läheisille (Surakka ym., 2015, s. 111). Käytännössä tämä voi tarkoittaa hoitajalle syyllisyydentunteiden vastaanottoa läheisiltä. Läheisen syyllisyydentunteet saattavat nousta pintaan läheisen tuntemasta riittämättömyydentunteesta tai kuolevaisuuden kieltämisestä. Saattohoitovaiheessa oleva potilas tahdotaan nähdä kuolemattomana. Katsoessaan asiaa näin läheinen työntää ajatusta

omasta kuolemastaan mahdollisimman kauas. Mikäli näitä tunteita ei pystytä sanoittamaan tai ei saada hyväksyntää omille päätöksille läheisenä, se saattaa purkautua arvosteluna potilaan hoitoa kohtaan. Läheisen omat syyllisyydentunteet purkautuvat usein syyttelyinä saattohoitopotilaan huonosta hoivasta.

Huonolaatuisesta hoivasta syyttelevä läheinen ei tahdo kuulla, eikä kuuntele, puolustelevia puheita saattohoitopotilaan hyvästä hoidosta yksikössä (Surakka ym., 2015, s. 111). Hän tahdo kuulla hoitajalta olevansa moitteeton läheinen. Läheinen haluaa saada sympatiaa siitä, että on ehtinyt tulla tapaamaan potilasta kaikesta huolimatta tai riippumatta siitä, vierailiko hän aiemmin useasti tai vain harvoin. Hoitajalla tässä kohtaa paras ja rakentavin keino on kuunnella läheistä rauhallisena sekä kiinnittää huomiota non-verbaaliseen viestintään eli eleisiin, ilmeisiin ja olla provosoitumatta syytöksistä.

Lehto (2015, s. 25) esittää emotionaalisen tuen olevan menetelmä, jolla vastataan läheisten tuen tarpeeseen. Tämä kuuluu hoitajan laadukkaaseen hoitotyöhön ja kliiniseen osaamiseen. Emotionaalinen tuki lieventää läheisten hätää ja järkytyksen tunteita ja lisää turvallisuuden tunnetta. Tähän tukimuotoon sisältyy esimerkiksi myötäelämistä, lohdutusta, hyväksymistä ja toivon antamista läheisille. Emotionaalinen tuki toteutuu vuorovaikutuksen avulla. Läheisen kunnioittamisen ja hänen yksilöllisyytensä huomioimisen koetaan kuuluvan emotionaaliseen tukemiseen. Se vähentää läheisen yksinäisyyden tunnetta ja antaa mahdollisuuden hänelle puhua tunteistaan sekä antaa kuulluksi tulemisen tunnetta. Lisäksi kunnioittava kohtelu voimistaa läheisten luottamusta hoitajia kohtaan.

Läheiset saattavat kaivata hoitajalta myös rohkaisevia sanoja osallistuakseen saattohoitoon (Lehto, 2015, s. 28–29). Potilaan hoitoa koskevat, ymmärrettävästi kerrotut asiat ovat läheisille tärkeitä. He tarvitsevat joskus myös hoitajien tukea ja rohkaisua saattohoitopotilaan viereltä hyvällä omallatunnolla poistumisessa. Lehto (2015, s. 27) toteaa emotionaaliseen tuen tarpeeseen vaikuttavan läheisen fyysisten ominaisuuksien eli iän ja sukupuolen. Sosiaalisesti siihen vaikuttaa toisten perheenjäsenten tuki tai muu läheisiltä saatava tuki.

Saattohoitopotilaan läheisille on tärkeää, että he voivat olla mukana hoitoa koskevassa päätöksenteossa (Aho ym., 2023, s. 1, 14–15). Läheisten osallistuminen päätöksentekoon lisää hoitotyytyväisyyttä ja on heille voimaannuttavaa. Läheiset kokevat kunnioittavan ja empaattisen käytöksen olevan tärkeää kohtaamisissa saattohoitopotilasta koskevissa asioissa. Läheiset myös kokevat kuulluksi tulemisen tunnetta, mikäli heitä on yksikössä kohtaamisessa

kohdeltu avoimin mielin ja myötätunnolla. Kuulluksi tulemisen tunne vastaa tuen saamisen tunnetta. Syöpää sairastavien potilaiden läheiset toivoivat suosituksessa hoitavalta henkilökunnalta rohkaisua kuuntelemisen lisäksi. Tämä auttoi heitä olemaan tuntematta yksinäisyyden tai pelon tunteita. Läheisillä on odotuksia sairaanhoitajia kohtaan. Kuuntelemisen taidon lisäksi he olettavat sairaanhoitajan omaavan taidon huomata läheisten yksilöllisiä tarpeita keskustelun lomassa. Liian vähäinen vuorovaikutus synnyttää läheisissä hämmentyneisyyttä ja jopa vihaa. Heidän odotuksensa jäävät ristiriitaan hoidon kanssa, mikäli läheisille ei ennakoiden anneta tietoa saattohoitoa koskevista asioista.

Läheiset tarvitsevat tutkimuksien mukaan kuoleman puheeksi ottamisessa tukea (Aho ym., 2023, s. 15, 16, 17–18). He kaipaavat ohjausta hoitajilta, miten saattohoitopotilaan itsensä kanssa tulisi ottaa elämän loppuvaihe, esimerkiksi kuolema ja hautajaiset, puheeksi. Toivon tukeminen tuo läheisille paremmat lähtökohdat selviytyä kuoleman jälkeisestä tilanteesta. Toivon ohjaaminen tulevaan, esimerkiksi kärsimysten lievitykseen ja rauhanomaiseen kuolemaan, auttaa läheisiä muodostamaan hoidon odotuksiin uutta näkökulmaa. Toivoa edistää myös tiedon vastaanottaminen. Kiireettömyys nousee läheisten kohtaamisessa yhdeksi tärkeäksi aiheeksi. Hoitajat ansaitsevat läheisiltä myös luottamusta kiireettömyydellä. Läheisten kysymyksiin vastaamisella saa luottamusta ja he kokevat arvokkaana sen, jos hoitohenkilökunta lähtee tilanteesta varta vasten selvittämään jotakin kysyttyä asiaa. Se, ettei osaa vastata, ei ole tärkeää, vaan se, että hoitaja käyttää aikaansa heille tiedon selvittämiseksi.

livosen (2020) mukaan ikääntyneen saattohoitopotilaan kohdalla jo korkea ikä auttaa läheisiä luopumisen tunteiden kokemisessa. Saattohoitovaiheen aikana kyse on läheisten kohdalla lopullisesta luopumisesta yhdestä perheenjäsenestä. Nykyihmisillä tuntuisi livosen mukaan olevan vieraantunut käsitys elämän päättymisestä joskus, jokaisen kohdalla. Saattohoito mahdollistaa näidenkin asioiden keskustelemisen ja käsittelemisen, eikä potilas näin katoa läheisten elämästä yllättäen. Muistelemisella on tärkeä merkitys loppuelämän aikana. Muisteluista saavat sekä potilas että läheiset voimavaroja kuoleman kohtaamiseen. Omaisten oman elämän jatkaminen potilaan kuoleman jälkeen auttaa heitä luopumisen tunteiden kokemisessa varsinkin, jos he saattohoitovaiheessa ovat osallistuneet potilaan hoitoon.

Syöpäjärjestöt (i.a.) korostavat läheisille ajoissa annettavasta saattohoitovaiheen aloittamista koskevasta tiedosta. Ajoissa vastaanotettu tieto auttaa esimerkiksi läheisten arkielämässä tarvittavien aikataulujärjestelyiden tekemistä saattohoitomatkaan osallistuakseen. Hoitavan henkilökunnan tulee tehdä heidän olonsa tervetulleiksi ja ilmaista heidän osallistumisensa

olevan tärkeää. Myös rehelliset ja käytännönläheiset keskustelut henkilökunnan kanssa, mitä on odotettavissa, ovat läheisille tärkeitä. Heidän halutessaan voidaan keskustella lähestyvistä kuolemasta, mitä siinä tapahtuu, mitkä ovat mahdollisia ilmeneviä oireita ja millä tavoin näitä yksikössä hoidetaan.

Pirkanmaan Hoitokodin (i.a.) mukaan hyvä saattohoito ja sen laadukas toteuttaminen tukevat potilasta ja hänen läheisiään. Tästä syystä saattohoitopäätöksen tekeminen oikea-aikaisesti on kriittistä. Lähestyvää kuolemaa on tärkeää sanoittaa riittävän aikaisessa vaiheessa eli tuetaan perhettä keskustelemaan kuolemaan yhteydessä olevista arkisistakin asioista. Hyvä saattohoito mahdollistaa myös luopumisen tunteiden käsittelemisen ja antaa surun prosessoimiselle tilaa.

Paananen ja Luodonpää-Manni (2023) kirjoittavat tutkimuksessaan läheisen luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen rakentumiseen tarvittavan läheisen erityisen lämmintä vastaanottamista yksikössä ja hoitavan henkilökunnan aktiivista asennetta tiedon antamisen suhteen. Tutkimuksessa läheiset kokivat tämän tärkeänä ja myönteisenä. Kielteisesti läheiset kokivat edellä mainittujen päinvastaisesti tapahtuneet asiat. Osa tutkituista oli arkaillut ilmaista omia näkemyksiään tai toiveita hoidosta hankalaksi leimaamisen tai riitatilanteeseen joutumisen pelosta. Myös neutraaleja kokemuksia oli ollut ja niissä oli korostunut luottamus asiantuntevaan hoitohenkilöstöön sekä läheisten ymmärrys yksikössä työskentelevien hoitajien määrää ja heidän työmääräänsä kohtaan.

## **9.2 Omaisten kohtaaminen ja tukeminen kuoleman jälkeen**

Elämän viimeiset päivät ja kuolema eivät koskaan ole arkipäivää kenenkään elämässä (Surakka ym., 2015, s. 10). Ihminen syntyy ja kuolee vain yhden kerran. Saattohoitopotilaan läheisille oman äidin, isän tai muun läheisen saattaminen viimeiselle matkalle on ainutkertainen kokemus. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisessa laatusuosituksessa, laatukriteerissä 30, ohjataan saattohoidon jatkuvan kuoleman jälkeen tukena omaisille (Saarto ym., 2022 s. 29–30). Heille tulee mahdollistaa viimeisten hyvästien jättäminen kiireettömästi ja rauhallisesti. Heille tarjotaan mahdollisuutta osallistua kuolleen läheisensä viimeiseen hoivaan eli vainajan laittoon. Omaisten empaattinen kohtaaminen ja tarvittavan tuen ja ohjauksen tarjoaminen on tärkeää. Yksikön tulisi ottaa yhteys omaiseen kuoleman jälkeen myös myöhemmässä vaiheessa ja varmistaa tämän jaksaminen. Hoitohenkilökunnan on hyvä olla

tietoinen alueensa tukitoimista, esimerkiksi sururyhmän olemassaolosta, joita omaiselle voi ehdottaa. Omaisten saama tuki ja heidän kokemuksensa siitä vaikuttavat suuresti ja kauaskantoisesti heidän tulevaan hyvinvointiinsa.

Muistiliiton (2016, s. 16, 21) mukaan on hyvä tietää saattohoidon ulottuvan kuoleman jälkeiseen aikaan saakka. Omaiset saattavat kaivata ja tarvita hoitohenkilökunnalta yksilöllistä tukea ja apua. Vaikka omaiset ovat saattaneet valmistautua kuoleman tuloon ja rakkaastaan luopumiseen jo kauan, silti tilanteen lopullisuus saattaa heidät yllättää. Erilaiset tunteet nousevat pintaan ja voivat näyttäytyä aiempaa vahvempina, esimerkiksi yksinäisyyden tunne tai toivottomuus. Osa omaisista tahtoo työstää suruaan puhumalla, kun taas toiset voivat vetäytyä tai hautautua kokonaan omiin ajatuksiinsa.

Hoitajan on hyvä tunnistaa erilaisia suremisen muotoja ja oppia kunnioittamaan niitä (Muistiliitto, 2016, s. 16, 21). Suruun kuuluva ja liittyvä hämmentyneisyys voi joskus ilmetä epätaroituksenmukaisina kysymyksinä. Surun vallitessa monikaan omaisen ei kykene vastaanottamaan tietoa paljon ja moni asia unohtuukin. Siksi hyvään saattohoitoon kuuluu asioiden kerääminen omaisen kanssa kiireettömästi. Omaisille on hyvä vielä ilmaista heidän voivan olla edelleen yhteydessä hoitaneeseen yksikköön ja kysyä myöhemminkin mieleen tulleita asioita.

Surakka ym. (2015, s. 84–85) mainitsevat myös omaisille kirjallisessa muodossa olevista ohjeista, jos omaisen osoittaa niihin kiinnostusta. Kirjalliset ohjeistukset tulisi laatia aikajärjestyksessä, aloittaen hautaustoimiston palveluista sekä vainajan noudosta. Saattohoidon laadukas toteuttaminen ei lopu potilaan kuolemaan, se jatkuu potilaan elossa ollessa hänelle merkityksellisten henkilöiden tukemisena. Kirjaimellisesti tämä tukeminen sisältää paikallaolon, kun omaiset hyvästelevät vainajan. Heille tulee tarjota ymmärrettävät kirjalliset ohjeistukset siitä, mitä seuraavaksi on tapahtumassa, esimerkiksi hautaustoimistosta sovittu vainajan nouto ja siirto tai hoitavalta lääkäriltä hautausluvan saaminen. Ohjeen tulee sisältää myös myöhemmin tapahtuva, esimerkiksi yhteydenotto oman alueen sururyhmästä. Vaikka hautaustoimistojen palveluihin sisältyy laajasti asioita vainajan noutamisesta perunkirjoitukseen, se ei sulje pois omaisen mahdollisesti toivomaa keskustelua ja vainajan muistelua hoitajan kanssa.

**Omaisen kohtaamisesta.** Ahon ym. (2021, s. 9) mukaan omaisten kohtaamisessa tulisi tunnustaa jokaisen suru ja menetyksen merkitys. Surevaa omaista voi katsoa silmiin sekä

keskustella rehellisesti ja avoimella mielellä. Hoitajan tulisi olla myötätuntoinen, kiinnittää huomiota verbaaliseen sekä non-verbaaliseen viestintäänsä välttäen kuitenkin kuluneita ilmaisuja. Hoitajan tulee kyetä hillitsemään tilanteessa omia tunnetilojaan siten, ettei autettavasta tule auttajaa. Omaisen kanssa keskustellessa olisi hyvä puhua selkokielellä ja välttää ammattikielessä käytettäviä ilmaisuja, joita omaisen on vaikea ymmärtää. Keskeiset asiat tulisi toistaa. Surevassa tunnetilassa omainen ei pysty muistamaan kaikkea annettua tietoa.

Aho ym. (2021, s.10) suosittavat antamaan tietoa omaisille mahdollisimman kattavasti. Puutteellisesti esitetyt tiedot tai tiedonpuute kokonaan nostaa omaisessa vihan ja pelon tunteita sekä eristyneisyyden tunnetta. Sen hoitohenkilökunnasta, joka on ollut läsnä kuolemantapauksen sattuessa, tulisi valmistautua tähän keskusteluun. Tarpeen vaatiessa tulee huolehtia omaisen turvallisesta siirtymisestä yksikköön tai sieltä pois.

Omaisista voi rohkaista vainajan hyvästelemiseen, vaikka se voi aiheuttaa heille hetkellistä ahdistumista (Aho ym., 2021, s.12–13). Yksiköstä voidaan tarjota hoitajan läsnäoloa omaisen tueksi hyvästelyyn, mutta myös toivetta tehdä se yksin tulee kunnioittaa. Vainajan ulkonäköön liittyviin seikkoihin tulee kiinnittää huomiota jo ennen omaisten paikalle saapumista, jotta osataan arvioida, miltä osin vainajaa voidaan näyttää omaisille. Omaisten päätöstä olla osallistumatta esimerkiksi vainajan hyvästelemiseen tai vainajan laittoon tulee kunnioittaa. Hoitohenkilökunnan tulee kohdella vainajaa kaikin tavoin arvokkaasti ja hänen muistoaan kunnioittavasti.

Omaisen kanssa voi muistella vainajaa heidän elämäkatsomustaan ja vakaumustaan arvostavalla tavalla (Aho ym., 2021, s. 12–14). Omaiselle tulee antaa tietoa myös vainajan siirtämiseen liittyvistä asioista ja vainajan olinpaikasta kuljettamisen jälkeen. Omaisille annettavan tiedon tulee olla sekä suullisessa että kirjallisessa muodossa. Omaisten tulee saada tietoonsa hoitavan lääkärin tai päivystyslääkärin, jolle kuolemasta on ilmoitettu, yhteystiedot. Omaisista tulisi osata ohjata myös jatkotuen tai vertaistuen piiriin neuvomalla alueella olevista palveluista, esimerkiksi seurakuntien tai muun yhteisön tuottamien aihealueen palveluihin. Hoitosuositus suosittaa pyytämään lupaa omaiselta heidän yhteystietojensa välittämisestä taholle, joka vastaa vertaistuen järjestämisestä. Vaihtoehtoisesti tiedot vertaistukea järjestävistä tahoista voidaan antaa omaisille kirjallisessa muodossa.

Surevan kohtaaminen -toiminnan verkkosivustolla (i.a.) ohjataan huomioimaan jokaisen ihmisen erilaisuus ja omat tavat toimimiseen hankalassa tilanteessa. Jokainen omaa myös



omanlaisensa elämänhistorian ja sitä kautta opittuja reagointitapoja. Kaikki nämä vaikuttavat ihmisen surun käsittelyyn ja sen ilmaisemiseen. Varsinkin ammattilaisten tulee muistaa, ettei surua voida parantaa eikä surevan ihmisen tuskaa saada pienennettyä.

Suru on kokonaisvaltainen kokemus omaiselle, hänen tapansa surra on yksilöllinen ja se vaikuttaa hänen elämäänsä kaikin tavoin (Surevan kohtaaminen, i.a.). Kun hoitohenkilökunnalla on ymmärrys surusta, valmiudet kohdata surevaa ihmistä paranevat. Resurssien vähyys vaikeuttaa hoitajien myötätuntoista ja kiireetöntä omaisten kohtaamista. Menetyksen kokenut omainen tarvitsee kuuntelijaa. Surevan omaisen tukemisessa kuuntelemisen taito on tärkeämpää kuin hoitajan puhumisen taito. Surevalle on tärkeää se tunne, ettei hän jää yksin tilanteeseen, vaan lähellä on joku, joka kestää hänen tuskaista oloaan.

Surevan kohtaaminen -toiminta (i.a.) ohjaa kunnioittamaan omaisten surua. Jokaisella on siihen oikeus, eikä kenenkään ihmisen suruja saa vähätellä. Suomalaisen kulttuurin ”osanotto” on neutraali ilmaisu ja kohdattaessa sureva omainen on jollakin tavoin osoitettava myötätuntoa. Voidaan myös käyttää ilmaisua ”olen pahoillani” tai sanoa, ettei sanoja ole. Myötätuntoa voidaan osoittaa kosketuksella tai vain olemalla rauhallisesti läsnä. Vainajasta tulisi keskustella tämän nimellä ja omaiselta voi suoraan kysyä, millaista tukea hän kokee tarvitsevansa. Ammattilainen osaa myös opastaa empaattisesti omaisia tarvittavan avun piiriin. Useille sureville omien tärkeiden ihmisten tuki on kaikkein arvokkain.

Surua ei lasketa sairaudeksi, mutta se saattaa sairastuttaa (Surevan kohtaaminen, i.a.). Hoitavan henkilökunnan kannattaakin olla tietoinen oman alueensa vertaistukiryhmistä tai sururyhmän olemassaolosta. Mikäli kuolemantapaus kuitenkin järkyttää omaista liikaa, voi yhteydessä ensi töikseen olla kriisipäivystykseen. Se auttaa vuorokaudenajasta riippumatta. Mikäli vainajan omainen on sosiaalisen avun tarpeessa, häntä voi ohjata olemaan yhteydessä oman asuinkunnan sosiaalityöntekijään. Sosiaalityön avun piiriin kuuluvat taloudellinen toimeentulo ja kotona selviytymisen asiat. Hautausavustuksen voi saada sosiaalitoimesta ja se myönnetään vainajalle palveluna.

**Suru.** Jokainen tietää, miltä suru tuntuu (Selin, 2014). Suru on menetyksen kokonaisvaltainen reaktio ihmiseltä. Suru on samankaltaista kuin psykologinen kipu. Ihmisen surussa aivojen kokonaisuudessa on huomattu poikkeavuuksia eli surun ollessa vallalla aivot eivät pitäydy normaalissa tilassaan. Tässä poikkeustilassaan aivot ohjaavat surun aikaansaamia toimintoja hermoston tai hormonien avulla toisaalle kehoon. Surevalla ihmisellä saattaa olla fyysisiä

oireita, esimerkiksi vatsavaivaa, huimausta tai määrittelemättömiä rintakipuja. Toisilla osa elintoiminnoista on hiipumistilassa eli esimerkiksi ruoalle ei tunnu olevan tarvetta tai se ei maistu. Tällaiset tuntemukset ovat kuitenkin tavallisia reaktioita menetykseen ja ne lievittyvät ajan kanssa.

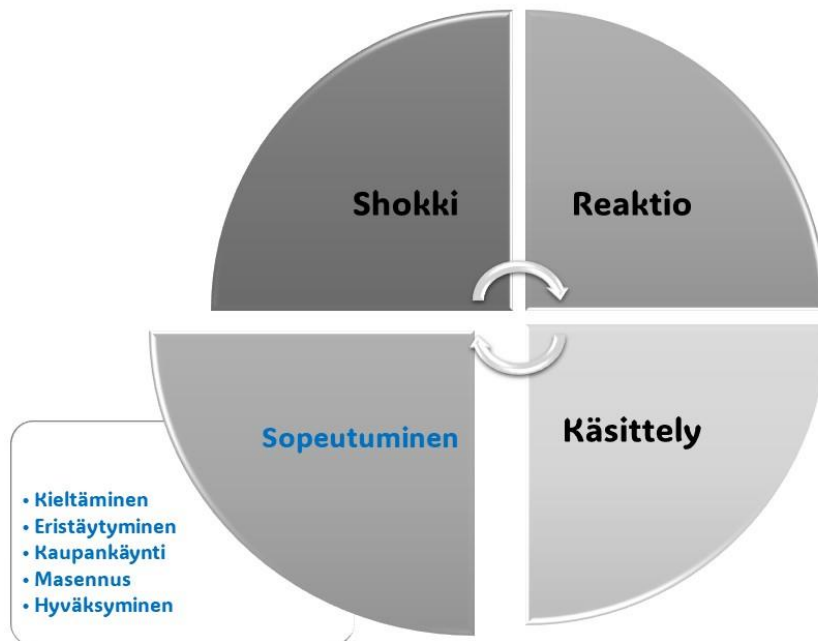
Suomen syöpäpotilaiden (2018, s. 14) oppaassa mainitaan surulla olevan monia kasvoja. Suruun voi sekoittua kaipausta ja joskus helpotustakin rakkaan ihmisen kärsimysten päättymisestä. Kiitollisuus, ärtyneisyys tai hiljaisuus saattavat myös olla merkinä ihmisen surun kokemuksesta. Myös tunteiden puuttuminen tai niiden näyttämättömyys on normaalia. Se kertoo hoitajille läheisen tarvitsevan voimavarojaan siinä hetkessä muunlaiseen toimintaan, esimerkiksi vainajan asioiden järjestelyyn tai hautajaisten toimeenpanemiseen.

Mielipalvelujen (2018) mukaan surua voidaan kuvata neljällä askeleella. Surun neljä askelta sisältää shokkivaiheen, joka on ensimmäinen askel ja yleensä aiheuttaa vahvan reaktion ihmisessä. Tässä suruvaiheessa ihminen tarvitsee turvaa ja läheisiä ihmisiä lähelleen. Shokkivaiheen aikana ei suruntunteita vielä kyetä erittelemään. Toinen askel otetaan reaktiovaiheen alkaessa, kun ihminen ymmärtää läheisensä poismenon todellisuuden. Tämä vaihe sisältää erilaisia puolustusmekanismeja keinoina käsitellä kuolemaa ja sen lopullisuutta. Tyypillisesti ihmisellä on tarvetta puhua menetyksestään, mutta saattaa myös keskittyä vain käytännön asioiden hoitamiseen. Vaihe saattaa kestoltaan olla muutamista viikoista jopa kuukausiin.

Kolmas eli käsittelyvaiheen askel otetaan ihmisen ollessa valmis työstämään suruaan (Mielipalvelut, 2018). Tässä vaiheessa kuoleman hyväksyminen on jo vahva ja kieltämisen tunteet ovat jääneet taakse. Ikävää ja surua poteva ihminen voi nostattaa ilmoille erilaisia tunteita ja ilmaista vahvasti ympärilleen esimerkiksi pelon, vihan tai turvattomuuden tunteita. Käsittelyn vaihe voi tuntua hyvinkin raskaalta ja ihminen saattaa vetäytyä ja olla keskittymiskyvytön muille ulkopuolisille asioille tai arkirutiineille. Vaihe saattaa kestoltaan olla muutamista kuukausista jopa yli vuoteen ihmisen persoonan mukaan.

Neljänteen askeleeseen päästään sopeutumisen alkaessa, ihmisen hyväksyessä tosiasiat ja tasapainon palautuessa hiljalleen elämään (Mielipalvelut, 2018). Elämänilokin pilkahtelee. Mitään aikarajaa suremiseen ei ole, eikä kiirettä surun poistamiselle ole. Surakan ym. (2015, s. 102–103) mukaan itse sopeutumisvaiheeseen sisältyy vielä viisi eri vaihetta: kieltämisen, eristäytymisen, kaupankäynnin ja masennuksen vaiheet sekä viimeisenä hyväksymisen

vaihe. Suru etenee vaiheittain eli edellisen vaiheen päättyessä seuraava vaihe voi alkaa. Surun neljä askelta ja sopeutumisen viisi eri vaihetta on kuvattu kuviossa 11.



Kuvio 11. Surun vaiheet (muk. Surakka, 2015 ja Mielipalvelut, 2018).

Mielipalveluista (2018) huomautetaan, etteivät edellä mainitut ajat ole vakioita, ainoastaan suuntaa antavia. Suru on prosessi. Kukaan ei etukäteen tiedä, miten vahvana suru ilmenee tai miten voimakkaana se tuntuu. On tavallista ja normaalia menetyksen aiheuttavan ihmisessä yleistä ahdistusta tai jopa syyllisyyden tunteita. Edelleen ihmiset kokevat menetyksiä yksilöllisesti ja niiden vaikutukset, voimakkuudet ja siitä aiheutunut tunteiden kirjo on täysin normaalia. Tärkeintä on surun tunteiden käsitellyksi tuleminen. Niiden tukahduttaminen voi aiheuttaa elämässä muita ongelmia, esimerkiksi mielenterveydellisiä haittoja tai päihdeongelmia. Suru, joka kestää pitkään, kannattaa kartoittaa ammattiavun piirissä. Aallon (2013, s. 76–77) mukaan surua ei tulisi vältellä eikä varoa. Surua voi alkaa taltuttamaan vasta ihmisen ensin päästäessä se valloilleen. Aalto kutsuu itkemistä sielun pesuaineeksi. Surun vaiheita on kuvattu kuviossa 12.



Kuvio 12. Surun vaiheet (muk. Aalto, 2013).

## **10 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS**

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata kokonaisvaltaisen ja laadukkaan saattohoidon sisältöä ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisyksikössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa hoitajille hoitotyön tueksi työväline saattohoidon toteuttamiseen.

Tutkimustehtävä:

Kokonaisvaltaisen ja laadukkaan työvälineen luominen saattohoidon tueksi.

# 11 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

## 11.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Seinäjoen ammattikorkeakoulun (SeAMK, 2023b) toiminnallisen opinnäytetyön ohjeen mukaisesti toiminnallinen opinnäytetyö määritellään tutkimuksellisella otteella laadituksi työelämälähtöiseksi kokonaisuudeksi ja se muodostetaan kahdesta osasta. Ensimmäinen osa koostetaan teoreettisesta viitekehystä ja toimintaosuuden kuvaamisesta. Toinen osa sisältää itse tuotoksen. Tuotos voi olla esimerkiksi opas, lomake, video tai tapahtuma. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoite ja tarkoitus tulee määritellä selkeästi.

Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa myös kehittämistyötä (Kostamo ym., 2022, s. 15–16). Ensin sen perustaksi asetetaan suunnitelma, jolla aihe rajataan, määritellään kohderyhmä ja sen toimintaympäristö, määritetään tiedon perusta ja tekstin suunnitelma. Toiseksi aineistoa kerätään, sitä eritellään vertaillen ja se ryhmitellään. Kolmas vaihe sisältää vertaisarviointia, jonka pohjalta tehdään tarvittavia muutoksia. Neljänneksi reflektoidaan tuotosta teoreettiseen viitekehykseen. Teksti ja tuotos viimeistellään vastaamaan toisiaan. Seuraavaksi saatujen arvioiden avulla hiotaan olemassa olevaa tekstiä ja tuotosta. Viimeisenä vaiheena opinnäytetyö ja sen tuotos esitellään oppilaitoksessa ja toimeksiantajalle.

Toiminnallinen opinnäytetyö on yksi keino tehdä ammattikorkeakoulutasoinen opinnäytetyö (Kostamo ym., s. 7, 11). Sen avulla opinnäytetyön tekijät vahvistavat ammatillista kehittymistään ja asiantuntijuuttaan. Toiminnallinen opinnäytetyö muodostuu käytännön ja teorian yhdistelmästä ja sen päämääränä on ammatillinen tuotos. Tuotos suunnataan esimerkiksi työntekijöille tai organisaatiolle. Yleensä toiminnallisen opinnäytetyön lopputuloksena syntyy jokin tilaisuus tai fyysinen väline. Työelämäkumppani on olennaisessa roolissa toiminnallisessa opinnäytetyössä, joka vastaa juuri heidän tarpeisiinsa. Salminen-Tuomaala (2019) kirjoittaa julkaisussaan toiminnallisen opinnäytetyön kehittävän opiskelijoiden tietoperustaa ja työelämään liittyviä ongelmanratkaisutaitoja sekä sen ohjaavan ammatillista kasvua. Työelämästä tullut aihe kasvattaa opiskelijoiden ammatillista edistymistä, vastuunkantoa sekä tiimityötaitoja.

## 11.2 Hyvän oppaan kriteeristöä

Oppaan luomisessa tärkeää on erityisesti tekstin ymmärrettävyys (Raevaara, 2016). Yritettäessä vaikuttaa yksittäisen ihmisen toimintaan huomioitavaksi nousee, minkälainen yhteisymmärrys lukijaan yritetään luoda. Ohjeita voidaan asettaa yleisiksi kuvauksiksi mutta myös suoraan lukijaa puhutteleviksi. Näissä valinnoissa tulisi huomioida ymmärrettävyyden lisäksi esimerkiksi kohtelias ja asiallinen kielenkäyttö sekä valta. Kielentutkijoiden huomio on kiinnittynyt varsinkin osapuolten valtasuhteisiin. Eri lausumien kohteliaisuutta luokitellaan esimerkiksi toimintojen ilmaisemisesta pyynnön, ehdotuksen tai käskyn muodossa. Vallankäyttöä ilmaisevina ja epäkohteliaina on aiemmin pidetty suoria kehotuksia, joista ei jää lukijalle valinnanvaraa.

Imperatiivimuodossa annettua ohjetta, joka on toisen toiminnan ohjaamiseen erikoistunut lausetyyppi, esimerkiksi ”anna vettä”, nimitetään yleisesti käskylauseeksi (Raevaara, 2016). Tätä on kuvailtu epämiellyttäväksi ja nimellä vallankäytön työväline. Uusien tutkimusten valossa vuorovaikuttaminen on muuttanut ohjailevan lausuman ja imperatiivin merkitystä. Imperatiiviset ohjeet ovat nykyään yhteistyön välineitä. Imperatiivisella eli käskymuodolla voidaan kehottaa, ohjata tai kannustaa lukijaa tekemään oppaaseen kirjoitettuja asioita. Imperatiivimuodossa ohjaaminen on olennaista toiminnalle ja eri teoille. Käskymuotoa käytettäessä korostuu ohjeissa myös ennakoitavuus ja luontevuus.

Kotuksen (i.a.) mukaan ohjeiden tekijöitä kehoitetaan käyttämään ohjeessa käskymuotoa. Se on selkein tapa ohjeistaa lukijaa. Artikkelin mukaan ohjeen tekijän tulisi tunnistaa ohjattavan tiedon olennaisia vaiheita ja ohje tulisi laatia helposti ymmärrettävään muotoon. Erikoisnasto pitää tietää ja oppaassa tulee avata erilaiset termit ja lyhenteet, joita siinä on käytetty. Pitkien listojen hahmottamisen apuna voidaan käyttää luettelomaista tai numerollista tyyliä.

Tiirilän (2020) mukaan käytettäessä ymmärrettävää, selkeää ja asiallista kieltä tuetaan myös tasa-arvoisuutta ja lukijoiden osallisuutta. Kielen ollessa asiallista ei väheksytä, loukata tai suljeta ketään ulos. Sarkkinen (2021) esittää artikkelissaan ohjeen suunnittelulle selkeää rakennetta. Alussa tulisi kertoa, mitä ohje koskee ja kenelle ohjeistus on tarkoitettu. Looginen eteneminen on suositeltavaa ja tiedon hahmottamiseen paremmin voi käyttää numero- tai palloluettelointia. Väliotsikot voidaan tuoda selkeästi esille ja niiden pohjalta tehdä sisällysluettelo. Hyvään ohjeeseen sisältyy kaikki tärkeä muttei mitään ylimääräistä. Täytesanojen käyttämisestä kannattaa pitäytyä. Asioita esitetään tarkkaan ja yhtenäisesti. Välivaiheita ei

tulisi jättää huomiotta, vaikka ohjeen laatijan mielestä ne olisivat itsestäänselvyksiä. Aina löytyy joku, jolle ohjeistus on ennestään tuttu ja joku, jolle ohjeet tulevat ihan uutena tietona. Kannattaa valita valmiin ohjeen testaamiseen joku aihepiirin tulevista käyttäjistä. Tärkeintä on, ettei kyseinen henkilö ole osallistunut ohjeistuksen tekoon. Ohjeistuksen tarkoituksena on opastaa henkilökuntaa toimimaan tietynlaisesti ja yhtenäisesti.

### 11.3 Oppaan laatiminen

Oppaan tekemisessä vaalittiin Kotimaisten kielten keskuksen (Kotus, i.a.) kielenhuollon ja virkakielen suosituksia, ohjeita ja tietoja. Kotus huoltaa suomea ja ruotsia sekä tarjoaa kieli- ja nimineuvontaa. Kotus laatii nykykieltä ja kielenvaihtelua kuvaavia sanakirjoja.

Oppaassa keskityttiin keräämään saattohoitotyön kokonaisvaltaisesti huomioivaa näyttöön perustuvaa ja luotettua tietoa. Opas koostettiin opinnäytetyön teoreettisesta viitekehystä. Oppaan ulkomuotoon ja sen nimeämiseen käytettiin huolellista harkintaa ja opinnäytetyön tekijät loivat testiversion. Oppaaseen kirjoitettujen ohjeiden, pyyntöjen ja käskyjen ymmärrettävyyden testaamiseen käytettiin kahta ulkopuolista hoitajaa. Opasta muunneltiin testikäyttäjien palautteen suuntaiseksi lisäselkeyden luomiseksi ja saamiseksi.

Opinnäytetyön sisältöä valitessa toteutettiin Microsoft Formsilla yksikköön kysely, jonka kysymykset koostuivat saattohoidon toteuttamisesta, hoitajien omien taitojen arvioinnista ja siitä, millaista tietoa tai taitoa hoitajat kokivat tarvitsevänsä toteuttaakseen saattohoitoa laadukkaasti. Kyselyyn oli viikko aikaa vastata ja yksiköstä saatiin täysi tuki täydellisen vastausprosentin kanssa.

Kyselyä analysoidessa ja vastauksia tutkimalla esiin nousi selkeää tarvetta oppaaseen; läheisten kohtaamiseen ja tukemiseen sekä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, henkisen, hengellisen, eksistentiaalisen ja emotionaalisen puolen tukemiseen sekä saattohoitopotilaalle että läheisille. Kyselyn jälkeen pohdittiin, luonnosteltiin ja testattiin, mitä oppaaseen tulisi ottaa ja mikä tulisi rajata ulos.

Opasta toteutettaessa se pyrittiin luomaan kokonaisrakenteeltaan johdonmukaiseksi mutta myös helppokäyttöiseksi. Oppaassa käytettiin aikajärjestystä ja huomioitiin, miten esittää tietoa sen valossa, että lukija ymmärtää, mitä tehtävänä on ensin ja mitä sitten tapahtuu. Pyrittiin tuomaan esiin, mikä olisi hoidon kannalta niin sanotusti pakollista suorittaa ja mikä olisi



vapaaehtoista. Pyrkimys oli myös tuoda esiin lukijan ymmärrystä, mitä hänen tulisi tehdä ja mikä asia olisi jonkun toisen suoritettavaa.

Opinnäytetyön tekijät päätyivät aakkoselliseen ja värikoodilliseen järjestykseen varsinkin oirehoitokorttien tiedon löytämiseksi nopeasti. Sisältöä keskitettiin koskemaan olennaista käytännön työtä, jotta opas olisi mahdollisimman käyttökelpoinen juuri sillä hetkellä, kun sitä tarvittaisiin ja etsimänsä tiedon voisi löytää nopeasti.

Oirehoito päädyttiin tekemään suojatuin kortein renkaaseen eli myös niiden hygieenistä käyttöä ja puhdistamisen mahdollisuutta ajateltiin. Muu tieto kansioitiin. Oirehoitokorttien rengas saatiin kansion kiinnikkeeseen liitettäväksi, mutta siitä helposti irrotettavaksi.

Kieliasussa pyrittiin selkeyteen ja ymmärrettävyyteen. Sivistryssanoja tai ammattikieltä muunnettiin heti perään tekstissä selkokieliseksi. Oppaassa kiinnitettiin huomiota lukijan puhuttelutapaan ja pyrittiin tehokkaaseen viestintään sen olematta kuitenkaan pelkkää käskytyä. Oppaaseen käytettiin itse otettuja ja tulostettuja kuvia kansion lukukokemuksen ja sen ulkomuodon saamiseksi miellyttävämmäksi.

Oppaan ulkoasua mietittäessä opinnäytetyön tekijöillä oli alusta asti selkeä visio sen fyysisestä muodosta. Oppaasta työstettiin kahta erilaista versiota ja testivaiheessa päädyttiin pitäytymään alkuperäisessä suunnitelmassa. Tuotoksen fyysinen muoto eli itse Saattorenki muodostui kansioksi, jossa oirehoitokortit ovat hoitajalle mukaan napattavassa renkaassa.

Kansion valintaan ja sen koristeellisuuteen käytettiin aikaa. Tavoitteena oli aiheensa mukainen kansio, jossa kuitenkin on hieman säväyttävä, tumma ulkomuoto. Opas päädyttiin tulostamaan vaniljanväriselle paperille ja oirehoitokorttien väreistä konsultoitettiin testikäyttäjiä.

Opasta ei ole liitetty osaksi opinnäytetyötä, koska se sisältää yhteistyötahoyrityksen omia sisäisiä ohjeistuksia ja muuta yritysmateriaalia, jonka tulee pysyä salassa.

#### 11.4 Yhteistyötaho Rantakaisla ja sen erityispiirteet

Opinnäytetyön liitteeksi tehdään hoitajille tarkoitettu työväline asukaslähtöisen, kokonaisvaltaisen ja laadukkaan saattohoidon toteuttamiseen. Toisena toiminnallisena osuutena tullaan järjestämään osastotunti, jolloin opas esitellään ja perehdytetään henkilökunta Saattorengin käyttöön. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus ja tuotos antaa henkilökunnalle konkreettisen työvälineen laadukkaan hoitotyön tueksi.

Työ suunnataan työelämän todelliseen tarpeeseen, Esperi Caren Rantakaislan yksikköön. Aihe sai alkunsa yksikön tarpeesta tukea hoitajia saattohoidon toteuttamisessa. Raamit opinnäytetyön tuotokseen saatiin yksikön esihenkilöltä. Opinnäytetyön tekijöillä oli kuitenkin mahdollisuus vaikuttaa opinnäytetyön sisältöön sekä itse tuotoksen lopulliseen ulkoasuun ja muotoiluun.

Esperi Hoivakoti Rantakaisla on tehostetun palveluasumisen yksikkö, joka tuottaa palvelua ikäihmisille ja muistisairaille, joiden toimintakyky on alentunut eikä enää riitä kotona asumiseen (Esperi, i.a.). Yksikkö sijaitsee Lehtimäellä, Alajärven kunnassa. Yksikössä on tilaa 16 asukkaalle ja se tarjoaa vakituisen asumisen lisäksi myös lyhytaikaista hoitoa. Yksikkö on kodinomainen ja hoito kokonaisvaltaista sisältäen toimintakykyä ylläpitävää ja tukevaa toimintaa. Toiminnan tavoitteina on itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, asukkaan tarpeiden kokonaisvaltainen huomioiminen sekä yksilöllisyyden ja voimavaralähtöisyyden arvostaminen. Asukkaalla on oma huone, jonka hän voi halutessaan sisustaa omilla rakkailla ja tärkeillä tavaroillaan.

Asukkaan saapuessa yksikköön yksikön puolesta tehdään hoito- ja palvelusopimus yhdessä asukkaan ja/tai hänen läheistensä kanssa. Asukkaalle tai läheiselle annetaan allekirjoitettavaksi myös vuokrasopimus. Tässäkin avustetaan eli kerrotaan asukkaalle tai läheiselle vuokrasopimukseen sisältyvät asiat ja sen jälkeen asukas voi halutessaan allekirjoittaa sopimuksen. Tarvittaessa asukasta avustetaan muidenkin lomakkeiden täyttämässä, esimerkiksi hoito- ja asumistukihakemuksissa. Lääkäripalvelut on järjestetty Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen toimesta ja yksikölle on osoitettu oma yleislääketieteen erikoislääkäri. Hätätapauksen sattuessa otetaan yhteys hätänumeroon ja noudatetaan sieltä saatuja ohjeita. Muussa tapauksessa eli tarvittaessa virka-ajan ulkopuolella yksikön asukkaiden terveysasioita hoitaa Alajärven tai Kuusiolinna Terveystieteiden päivystysvastaanoton lääkäri. Tämän valinta

riippuu osaksi asukkaan omasta kotikunnasta (U-R. Soini, henkilökohtainen tiedonanto, 29.9.2023).

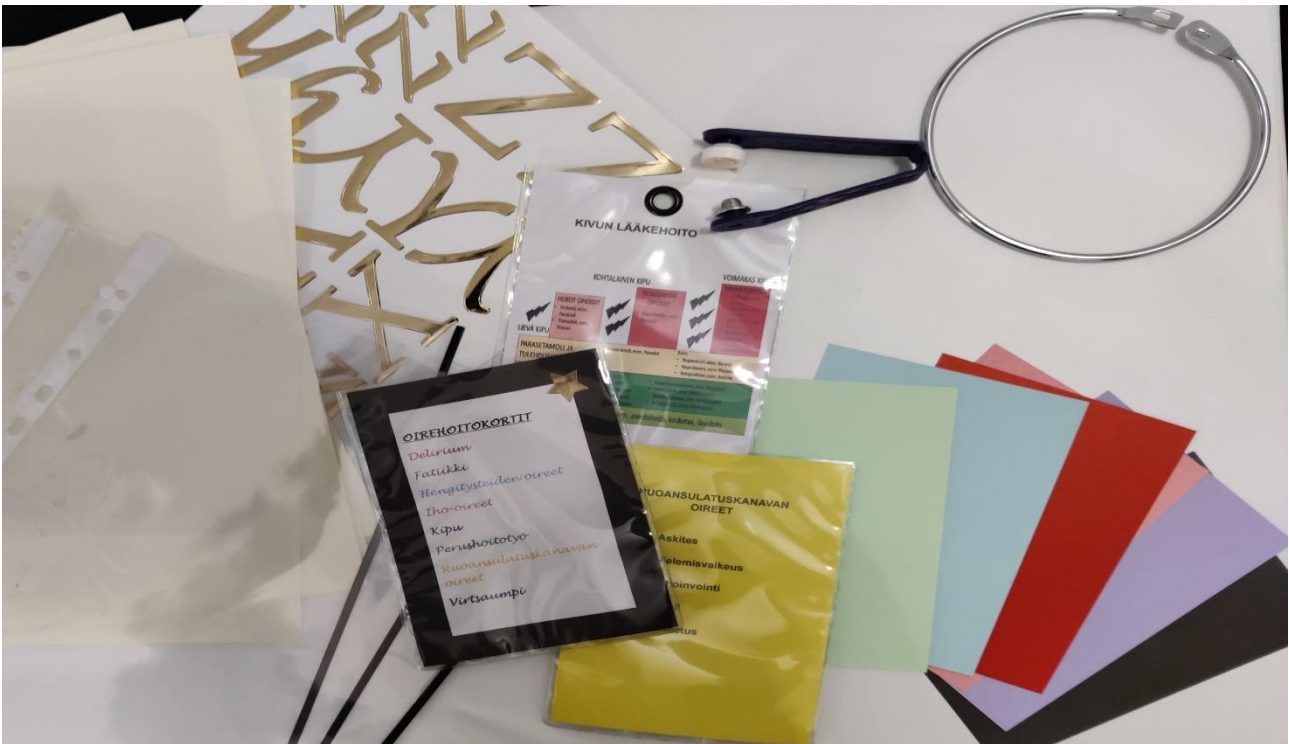
Asukkaat tekevät apteekkisopimuksen Lehtimäen apteekkiin, josta asukkaan käyttämä säännöllinen lääkitys tilataan annosjakeluna. Annosjakelulääkkeet tilataan yksikön lääkeluvallisten hoitajien toimesta kahden viikon välein. Asukkaat ovat apteekissa tiliasiakkaina ja tarvittava muu lääkitys tilataan kerran viikossa. Mikäli asukas tarvitsee esimerkiksi saattohoitovaiheessa vahvaa kipulääkettä tai suonensisäistä lääkehoitoa, sen voivat tuoda mukanaan yksikköön myös kotisairaalan sairaanhoitajat. Kotisairaalan käynnit ovat kaikille mahdollisia ja sen voi pyytää asukkaalle esimerkiksi lääkärin määräämää suonensisäistä antibioottihoitoa toteuttamaan. Esimerkiksi suoniverinäytteet onnistuvat samoilla käynneillä (U-R. Soini, henkilökohtainen tiedonanto, 29.9.2023).

Etelä-Pohjanmaalla Pihlajalinna-konsernin ja Kuusiokuntien perustama yhteisyritys sai 2017 nimekseen Kuusiolinna Terveys. Se tuottaa sosiaali- ja terveyspalvelut Ähtäriin, Alavudelle, Kuortaneelle ja Soiniin. 1.1.2023 Kuusiolinna Terveys on nykyisellään Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen ja Pihlajalinna-konsernin yhteisyritys vuoden 2025 vuoden loppuun saakka. (Kuusiolinna Terveys, i.a.).

## 12 TUOTOKSEN KUVAUS

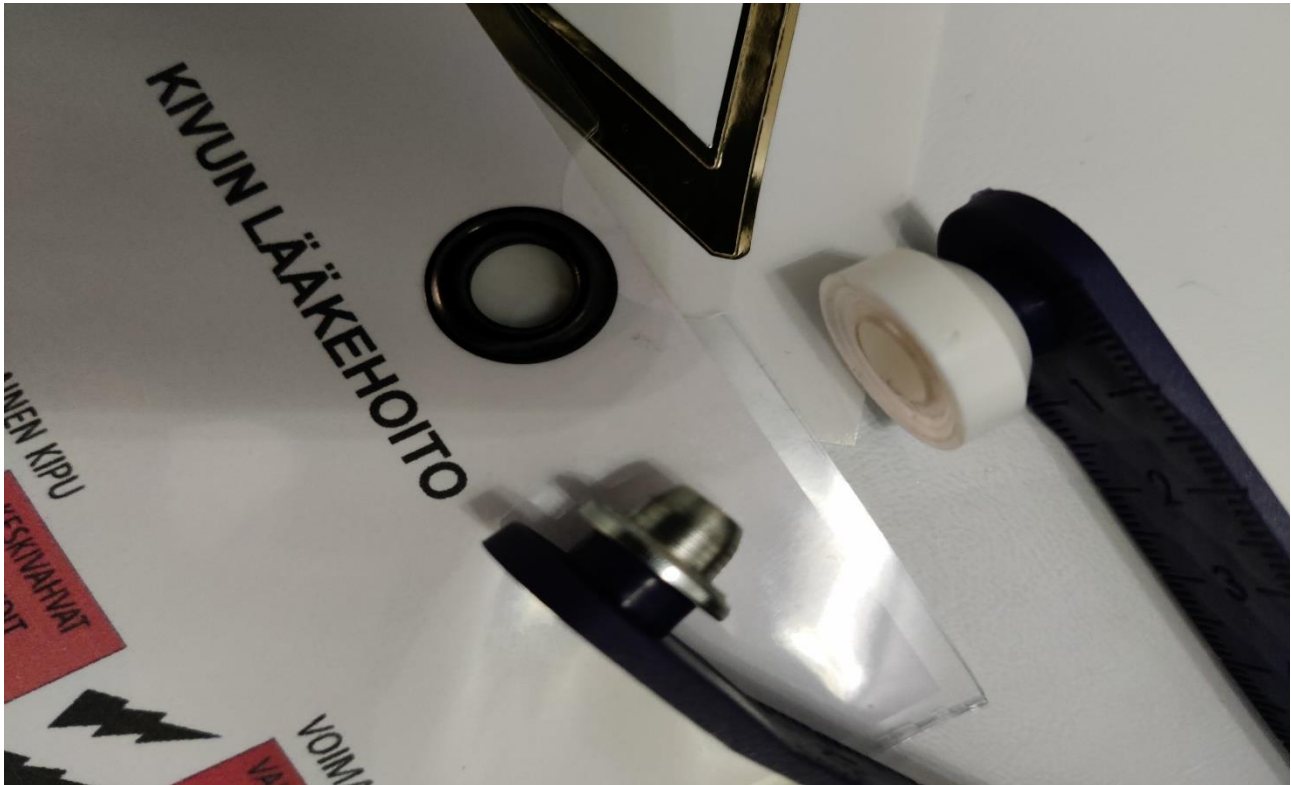
Saattohoito-opas muodostuu kahdesta osasta, mustasta kultareunuisesta rengaskansiosta ja värikoodatuista oirehoitokorteista O-renkaassa. Opas on tulostettu tietokoneelta tulostinpapereille. Oppaan loppuun on koostettu liitteet monivärisin tulostein.

Oirehoitokortit muotoiltiin tietokoneella ja tulostettiin kaksipuolisesti erivärisiin kartonkisiin A6-kokoisiin kortteihin. Kortit pujotettiin A6-muovikorttitaskuihin ja niihin tehtiin korttitaskun yläosaan reiät. Reiät vahvistettiin purje- ja sirkkarenkain, niihin kuuluvan pihityökalun avulla. Kuvissa 1–5 on oppaan työstämisen eri vaiheita havainnollistamaan Saattorengin syntyä.



Kuva 1. Saattorengin työstämisvaihe.

Kortit kiinnitettiin avoimeen O-renkaaseen, joka on halkaisijaltaan 12 senttimetriä. O-renkaan toista puolta piti pienentää kulmahiomakoneella kahdeksan millimetrin purjerenkaan mahdollistamiseksi siitä läpi. Opinnäytetyöstä koostettiin tähdellisimmät asiat oppaaseen Seinäjoen ammattikorkeakoulun harjoitustyön mallipohjalle sisällysluettelon ja sivunumeroinnin saamiseksi.



Kuva 2. Purje- ja sirkkarenkaat + pihdit.



Kuva 3. Saattorengin oirehoitokortit.



Kuva 4. Valmis opas.

Opas tulostettiin, siihen lisättiin itse otettuja kuvia havainnollistamaan esimerkiksi vainajan laittoa ja elävöittämään oppaan lukemista. Valmiit sivut laitettiin mustareunaisten, A4-kansiomuovitaskujen sisään. Taskut kansioitiin harkitsemalla, mitkä sivut tarvitsivat yhtenäisen aukeaman ja mitkä voitiin jättää itsenäisiksi.

*Kokonaisvaltaisen ja laadukkaan  
saattohoidon toteuttamisen opas  
henkilökunnan tueksi*



*Kuva 5. Oppaan etusivu.*

Tuotoksen prosessia ja tarkempaa sisällöstä avattuna lisää luvussa 13.1.

### 13 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe valikoitiin yhteistyötahon tarpeeseen saada saattohoito-opas yksikköön eli opinnäytetyötä voidaan nimittää tilaustyöksi. Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen antoi mahdollisuuden työelämälähtöiseen oppimiseen ja se tulee olemaan konkreettisesti hyödynnettävissä Rantakaislan yksikössä. Opinnäytetyön aihe on merkityksellinen työyhteisölle ja sillä on yhteiskunnallisesti syvempi tarkoitus saattohoidon tason yhtenäistämässä. Työn perustana on käytetty laajasti uudempia ja uusimpia suosituksia, lakeja, asetuksia ja määräyksiä. Työssä on huomioitu myös WHO:n maailmanlaajuiset suositukset.

Opinnäytetyön tekijöillä on lähihoitajan tutkinto ja tekijöiden yhteinen virkaikä on 19 vuotta. Täten saattohoitotyötä tekijät ovat tältä ammattipohjalta päässeet ikäänntyneiden puolella työskennelleinä toteuttamaan lukuisia kertoja. Saattohoidon hyvä ja laadukas toteuttaminen on ollut tekijöille erittäin merkityksellinen ja tärkeä osa hoitotyötä.

Opinnäytetyön prosessia oli mieluisaa työstää parin kanssa ja työn tuottamisessa huomio kiinnittyi erityisesti kollegiaalisuuteen, vertaistuen merkitykseen sekä yhteisen oppimisen kokemukseen. Opinnäytetyön prosessi suoritettiin kokonaisuudessaan yhdessä, tekeminen oli sopuisaa, soljuvaa ja tehokasta. Ensimmäisenä haasteena näyttäytyi aikataulujen yhteensovittaminen johtuen toisen tekijän kolmivuorotyön luonteesta ja toisen yöhoitajan työnkuvasta. Toinen haaste oli tekijöiden pitkä välimatka toisistaan. Tämä ratkaistiin työstämällä opinnäytetyötä Teamsin avulla. Monessa opinnäytetyön vaiheessa tärkeänä näyttäytyi ammattikielen termistö ja sen sisällöllinen ymmärtäminen ja avaaminen työhön. Opinnäytetyön rajauksesta tehtiin jatkuvaa linjanvetoa, koska aiheen kiinnostavuus kasvoi tekijöillä prosessin edetessä eli nälkä kasvoi syödessä ja aiheesta oli erittäin runsaasti tietoa tarjolla.

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen aineiston kerääminen perustui työyksikössä teetetyn kyselyyn. Kyselyn avulla opinnäytetyön tekijät vastaanottivat arvokasta tietoa yksikön hoitajien saattohoidon toteuttamisen taidoista ja osaamisesta. Tekijät käyttivät saamiaan vastauksia teoreettisen viitekehyksen lisäksi oppaan pohjana. Näin pystyttiin varmistamaan työväline, joka vastasi yksikön todellisiin tarpeisiin. Teoreettisen viitekehyksen ongelmakohtaksi muodostui saattohoidon tämänhetkinen taso ja sen eriarvoisuus valtakunnallisesti ajateltuna. Useassa lähteessä nousi esiin huoli ammattilaisten saattohoidon hallitsemisen puutteellisuudesta. Tämä johtuu osaksi ammatillisen koulutuksen saattohoito-opetuksen vähyydestä ja sen tärkeyden painottamisen vajavaisuudesta. WHO kuitenkin ohjaa saattohoidon



yhtenäistämistä maailmanlaajuisesti ja Suomessa on laatukriteeristö, jota kaikkien tulisi noudattaa. Silti saattohoito on puutteellisesti organisoitua eikä sille ole annettu sen ansaitsemaa asemaa hoitotyön yhtenä tärkeimpänä osana. Syntymä ja kuolema ovat ihmiselämän kertaluonteisia tapahtumia, joita ei etukäteisesti voi harjoitella yksilötasolla.

Opinnäytetyötä pystyttiin tuottamaan ja tarkastelemaan rakentavasti, hyvässä yhteishennessä ja samanmielisinä. Työn aikataulutus arvioitiin yläkanttiin, vaikka työstä tuli kokonaisuudeltaan erittäin laaja. Opinnäytetyön edetessä tekijöiden kotisokeus tekstille oli lähellä muodostua ongelmaksi. Työn rajaamisen ja laajan kiinnostuksen vuoksi tekijät pelkäsivät puolivälissä suistuneensa tieltä, mutta pyydetty ohjausaika opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta varmisti kannustuksen muodossa työn pysyneen kuitenkin kaistallaan. Omia haasteitaan toi Saattorenkiin sopivien materiaalien löytyminen ja saaminen sekä oppaan sisällön rajaaminen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata kokonaisvaltaisen ja laadukkaan saattohoidon sisältöä ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisyksikössä. Tarkoituksena oli tuottaa hoitajille hoitotyön tueksi työväline saattohoidon toteuttamiseen. Työväline valmistui opinnäytetyön teon loppupuolella ja sen toimivuutta olisi ollut mielenkiintoista päästä tarkastelemaan osana opinnäytetyötä.

Erittäin mielenkiintoista olisi ollut myös tutkia palliatiivisen hoidon osaamistarvetta tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tekijät pohtivat, miten saattohoito tulee muuttumaan tulevassa ja mikälaista osaamista mahdollisesti omalle kohdalle tulisi kerryttäväksi koskien esimerkiksi ulkomaalaistaustaisten potilaiden hoitoa. Tekijät päätyivät näissä keskusteluissaan ainakin kielitaidon kartuttamiseen sekä eri uskontoihin ja kulttuureihin kuuluvien tapojen ja uskomusten opiskeluun. Tähän löytyi vertaisarvioitu tutkimuskin, jota ei viitekehykseen sijoitettu, mutta sisällytetään tähän.

Tohmolan ym. (2023, s. 13–14) mukaan seuraavan vuosikymmenen osaamistarpeiden suurimmat haasteet ovat osaavan henkilökunnan puutteessa ja tulevan osaamisen ennakoimisessa. Erityisesti ihmislähtöisyyteen tulisi kiinnittää tulevassa palliatiivisen hoidon osaamisessa huomiota. Tutkijat olivat kiinnittäneet huomionsa myös jo peruskoulutukseen sisällytettävän palliatiivisen hoidon osaamisen vajavuuteen. Tulevan osaamisen ennakoiminen liittyy muuttuvarakenteiseen ja monikansallisempaan väestöön.

Tohmola ym. (2023, s. 15) ilmoittavat artikkelissaan vieraskielisten ulkomaalaistaustaisten ihmisten palliatiivisen hoidon vaativan lisäosaamista myös esimerkiksi eettisissä näkökulmissa ja eutanasiakysymyksissä. Uudenlaisen väestörakenteen keskellä tulee hoitotyössä olemaan erilaisia osaamistarpeita koskien esimerkiksi vakaumuksia, kulttuurisia elementtejä tai potilaan äidinkielellä kommunikointia. Tutkimuksen tekijät mainitsivat myös moninaisen palliatiivisen hoidon osaamisen tarvitsevan enenevästi yhteistyön tekemistä erilaisten ammattiryhmien kesken.

Teoreettinen viitekehys osoitti palliatiivisen hoidon tiedon olevan johdonmukaista ja yhtenäistä suomalaisissa lähteissä. Tämä saattaa johtua osaltaan siitä, että useat suositukset, artikkelit ja kirjallisuus aiheesta olivat samojen asiantuntijoiden tutkima, tekemää ja kirjoittamaa. Myöskään käytettyjen ulkomaalaisten lähteiden sisältö ei merkittävästi poikennut kotimaisen tiedon sisällöistä. Suurimpia eroja löytyi kokonaisvaltaisuuden käsitteen alle määritellyistä asioista. Jotkut lähteet ilmaisivat kokonaisvaltaisen hoidon sisältävän fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, henkisen ja hengellisen näkökulman. Osassa lähteistä kokonaisvaltaisuuden viitattiin vain psykososiaalisena ilmauksena.

Opinnäytetyön tekijät puursivat eri lähteiden parissa pitkän tovin luodakseen kokonaisvaltaisuudesta mahdollisimman monipuolisen ja kattavan käsitteen lukijoille. Tekijät esittelevätkin työssään tähän pohjautuen uuden ajatuksen kokonaisvaltaisuuden käsitteestä. Opinnäytetyössä se sisältää fyysisyyden, psyykkisyyden, sosiaalisuuden, henkisyiden, hengellisyyden, eksistentiaalisuuden, emotionaalisuuden ja kulttuurisuuden eri elementit.

Opinnäytetyössä korostettiin oirehoitotyön lisäksi erityisesti kivun hoitoa, sen lääkkeettömän hoidon tarpeellisuutta lääkehoidon rinnalla. Yksikköön tuotetusta kyselystä nousi tiedontarvetta läheisten kohtaamiseen, jolle työssä pyrittiin antamaan erityistä huomiota ja kuvaamaan erilaisia tilanteita läheisten kanssa sekä keinoja niiden kohtaamisten tueksi.

Opinnäytetyöstä pyrittiin kokonaisuudessaan luomaan vastaava ja todenmukainen peilattuna teoreettiseen viitekehukseen ja tätä kautta luomaan mahdollisimman kattava ja tämänhetkiseen tutkittuun tietoon perustuva saattohoito-opas.

### 13.1 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön prosessi lähti etenemään elokuussa 2023 opinnäytetyön aiheen valinnalla ja opinnäytetyön suunnitelman toteuttamisella. Tätä ennen ajatustyötä oli aiheesta tehty kevästä saakka sekä selvitelty työelämätahojen tarpeita mahdollisen yhteistyötahon kartoittamiseksi ja saamiseksi. Suunnitelma tehtiin kartoittamalla yhteistyötahon tarpeita saattohoidon toteuttamiseen yksikössä.

Ohjaava opettaja hyväksyi suunnitelman syyskuun alkupuolella. Hyväksytyin opinnäytetyön suunnitelman jälkeen opinnäytetyön tekijät alkoivat työstää varsinaista opinnäytetyötä syyskuussa 2023. Suunnitelma oli tarkasti toteutettu ja sitä hyödynnettiin jatkamalla opinnäytetyön tuottamista luotettavista ja näyttöön perustuvista työhön sopivista lähteistä. Opinnäytetyön sisällysluettelo koostettiin osin yksikköön aiemmin laaditun kyselyn vastausten perusteella.

Teoreettista viitekehystä rakennettiin edelleen etsimällä tietoa ja vertaisarvioituja tutkimuksia aiheesta tietokannoista, ammattikirjallisuudesta, erilaisista hoitosuosituksista, laeista, säädöksistä ja määräyksistä ja hoitoalan aikaisemmista tutkimuksista sekä artikkeleista. Niitä rajattiin koskemaan vuosiväliä 2013–2023. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi ”saattohoito”, ”palliativinen hoito”, ”ikäntyneet”, ”kokonaisvaltainen hoitotyö”, ”hospice”, ”hospice care”, ”aged”, ”elderly”, ”palliative” ja ” palliative care”. Myös näiden eri yhdistelmiä käytettiin. Lähteiden monipuolisuuteen pyrittiin kiinnittämään kriittistä huomiota.

Teoreettinen viitekehys pyrittiin määrittelemään yksikön tarpeisiin perustuen. Tässä kohden opinnäytetyön tekijät sisäistivät sisällysluettelon tärkeyden ja sen järkevän järjestyksen luomisen kriittisyyden. Sisällysluettelo auttoi pitämään työn tutkimustehtävän mielessä ja se puolestaan kohdensi tutkimusten etsimistä oikeasta suunnasta. Sisällysluettelon järjestyksen luomiseen meni yllättävän kauan aikaa ja se muuttui moneen kertaan.

Lisätietoa etsittäessä verrattiin, tarvitaanko löydetty tieto ja vastasiko se tutkimustehtävään. Työn laajuuden vuoksi joitakin asioita saattoi tulla työssä esiin useampaankin otteeseen, mutta oikolukiessa näissä asioissa ilmeni kuitenkin jotain uutta tai erilainen näkökulma. Ulko-maisia lähteitä haarukoitiin haparoiden, kunnes hakusanojen muuttamisen ja tarkentamisen kautta työ edistyi. Koko työn otsikointi muuttui osin kolmeenkin kertaan ja puolella väliä työn tekoa se oli muotoutunut paljonkin alkuperäisestä.

Erityistä tuskaa opinnäytetyön tekijöille tuottivat päivittyvät kirjallisten töiden ohjeet. Lähdeluetteloa ja tekstiviitteitä tarkastettiin lokakuun alusta eteenpäin säännöllisin väliajoin. Tarkistettiin näin myös lähdeluettelon pysymistä yhdenmukaisena työhön nähden sekä tukivatko lähteet edelleen tulevaa työtä.

Erilaisten suositusten, alan kirjallisuuden, tutkimusten, vertaisarvioitujen tutkimusten, ulkomaisten lähteiden purkamisen ja työn kirjoittamiseen perehtymistä tehtiin runsaasti. Keskusteluja käytiin ja epäilyjä oli vertaisarvioitujen tutkimusten riittävydestä. Tätä asiaa tutkittiin muista opinnäytetöistä. Löydetty tieto vastasi kuitenkin useimmiten sitä, mitä toivottiinkin sekä aivan uunituore Hoitotyön tutkimussäätiön hoitosuosituksen osui kohdalle, nimenomaisesti läheisten tukemisen tiedontarpeeseen.

Kotisokeus laskeutui tekstille marraskuun alussa. Työstäminen jatkui, kunnes oikoluvun yhteydessä opinnäytetyön tekijät huomasivat, että lokakuun loppupuolella tuotettu teksti oli lähtenyt laajuudeltaan ohituskaistalle, kivunhoidon sekä perushoitotyön asioista. Näistä kirjoitettuja osioita supistettiin ja osa poistettiin, työhön jäävää osaa työstettiin palasina kooten ja muokaten yksi kappale kerrallaan, nyt järjestyksessä. Muuten, paitsi tämän osion kohdalla, opinnäytetyötä ei orjallisesti järjestyksessä tuotettu.

Lääkkeellistä kivunhoitoa rajattiin, vaikka tätä tietoa olisi ollut opinnäytetyön tekijöiden mielestä mukava jakaa runsaammalla kädellä. Tämän jälkeen koko työ tarkastettiin kieliasunkin säilymisen vuoksi. Samalla päädyttiin myös välitarkastamaan kokotekstin ulkoasua, kappalejakoja ja otsikoiteja. Päätettiin, ettei termistösiivua oteta käyttöön, vaan sovittiin sivistys- tai ammattisanojen perään selkokielisen tarkoituksen avaamisesta.

Opinnäytetyön tekijät harjoittelivat kaavioiden ja kuvioiden mukautettua tekemistä Powerpointin Smart Artilla, joka ensin aiheutti stressitilassa nousua epäonnistuessaan. Kirjallisten töiden ohjeiden tutkiminen sekä kuvataulukoiden merkintöjen kanssa tuskaileminen jatkui marraskuulla. Englanninkielisten tutkimusten käännoistyötä sekä näyttöpäätöpäänsäryn hoitamista harjoitettiin useampana viikkona.

Työn tekeminen oli kuitenkin tavoitteellista toimintaa ja suunnitelmien mukaisesti edennyttä. Lakien sisältöjen tutkiminen, niiden asetusten ja määräyksien kanssa takelteleminen oli oma lukunsa ja lopulta lakitekstin lukemisen yrittämisestä seurasi turhautumista ja luovuttamisen uhkailua. Opinnäytetyön ohjeita, sen arviointikriteereitä sekä opinnäytetyön mallipohjaa

tutkittiin jälleen ja niiden opiskelua tehtiin suurennuslasilla, minkä jälkeen taulukon jakaminen mallipohjalta onnistui. Lakitekstiromahduksen jälkimainingeissa sovittiin pienten taukojen pitämisestä työssä useammin. Tämä auttoi tekijöitä itsemotivoinnissa sekä paransi kokotekstin tuottamista ja pää- ja silmäsärkyjä. Tauot paransivat myös perhe- ja sosiaalisia suhteita.

Syksyn kompastelujen jälkeen työn tuottaminen marraskuun lopussa alkoi sujua ja opinnäytetyötä pystyttiin tuottamaan edelleen järjestelmällisesti mutta tehokkaammin. Joulukuun seminaarissa työtä saatiin jo osin esitellä ja alkuperäisestä aikataulusta poiketen huomattiin työllä olevan mahdollisuus valmistua jo maaliskuuksi. Ennen ammattikorkeakoulun joulutaukoa päädyttiin vielä kertaalleen muokkaamaan osaa sisällysluettelosta ja muuttamaan väliot-sikointia. Yhteistyötahon kanssa pidettiin oma palaveri työn suunnasta joulukuussa. Sieltä ei isoja korjaus- eikä muutospyyntöjä tullut, vaan työlle saatiin kannatusta.

Mukautettujen kuvioiden itse tekemisen onnistuminen tuotti jouluksi suunnatonta voitonriemua. Kuviot toivat suunnitellusti vaihtelua työn luettelomaisiin kohtiin ja auttoivat huomattavasti tiettyjen asioiden selkeyttämiseen ja ymmärrettävään esiin tuomiseen. Tammikuun alussa 2024 saatiin teoreettinen viitekehys valmiiksi ja itse tammikuu jäi oppaan työstämiselle. Ajatuksia oppaan fyysisestä olemuksesta tosin pyöriteltiin jo alusta asti ja se nimettiin pysyvästi Saattorengiksi joulukuussa 2023.

Tuotosta suunnitellessa käytettiin paljon aikaa etsimällä internetistä sopivan kokoista, väristä ja kiinnitysrenkailtaan tarkoitukseensa käypää kansiota. Tämä löytyi lopulta ruotsalaisesta nettikaupasta. Opinnäytetyön tekijät olisivat toivoneet kansioon Saattorengi-nimeä painatuksella, mutta tyytyivät kirjapainon ja rahan puutteessa kullanvärisiin kirjaintarroihin. Erityistä hankaluutta oli löytää oirehoitokortteihin suunniteltuja A5-muovitaskuja, joita ei löytynyt internetin syövereistä kuin erittäin korkealla hinnalla. Tekijät päätyivät käyttämään A6-muovitaskuja, jotka sopivat lopulta tarkoitukseensa paremmin.

Seuraava haaste oli mahduttaa tarvittava tieto A6-korttiin. Tämä onnistui tekemällä useita koevedoksia ja rajaamalla tieto mahdollisimman napakasti. Kauan tuli mietittyä myös kartonkisten korttien päällystämistä korttien säilymiseksi, niiden kestävyuden parantamiseksi ja hygieniainkin kannalta. Kirjakaupasta löytyi apu muovikorttitaskuista. Muovikorttitasku on vain yläreunastaan auki. Oirehoitokortit oli tarkoitus teipata yläreunastaan kiinni aseptiikan ja korttien varjelemiseksi mutta tämä ei onnistunut. Teippi ei pysynyt muovissa kiinni.

Korttien kiinnitystä piti suunnitella tovi jos toinenkin ja lopulta pitkän etsimisen ja eri kauppojen kiertämisen jälkeen tekijät onnistuivat löytämään kankaalle tarkoitettuja purje- ja sirkka-renkaita eli niin sanottuja reikävahvikkeita. Alkuun mietitty korttien laminointisuunnitelma sai väistyä vahvikkeiden tieltä. Retkeilyyn erikoistuneesta nettikaupasta tuli kaiken jahtaamisen jälkeen vastaan tarpeeksi suuri, sopiva, kirjarengastyypinen, metallinen ja avattava O-rennas. Tämän renkaan etsiminen oli ajallisesti tuotoksen materiaalien hankkimisen suurin haaste.

Omia pieniä vastoinkäymisiään aiheuttivat myös haluttujen mustareunaisten kansiotaskujen löytyminen, Suomen posti, ulkomaisten nettikauppojen etukäteismaksuvaatimukset, pelko tavaroitten katoamisesta matkalla sekä kaikkien tuotokseen tarvittavien materiaalien eri toimitusajankohdat. Kaikkien esineiden, värillisten tulostuspapereiden, värikorttien ja kansiotaskujen viimein saavuttua tuotos sai kauan haaveillun lopullisen fyysisen muotonsa. Täten opinäytetyö tuotoksineen valmistuikin etuaikaisesti maaliskuuksi.

### **13.2 Eettisyys ja luotettavuus**

Kun tieteellistä tutkimusta luodaan hyvien tieteellisten käytäntöjen edellyttämällä tavalla, sen tuloksia voidaan pitää uskottavina ja itse tutkimusta luotettavana (Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), i.a., s.12, 15). Tutkimusta tehdessä hyvinä tieteellisinä käytäntöinä pidetään rehellisyyttä, arvostusta, vastuunkantoa ja luotettavuutta. Tutkimus-, arviointi- ja tiedonhankintamenetelmien tulisi olla eettisesti kestäviä ja tutkimuksen edellytysten mukaisia.

Avoimen tieteen periaatteissa tulisi pitäytyä mahdollisuuksien mukaan tieteellistä toimintaa pohdittaessa, sitä toteutettaessa ja dokumentoitaessa (TENK, i.a., s. 12, 15). Oman alan ohjeistuksia ja sääntöjä noudatettiin kaikissa opinäytetyön vaiheissa. Opinäytetyössä käytettiin teoreettisena perustana toisten omistamia tuloksia ja aineistoja eli niiden tekijät ja alkupe-  
rät on mainittu työssä lain ja hyvän eettisen tutkimustavan mukaisesti.

Opinäytetyön luomisessa noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä (SeAMK, 2023b, s. 11, 25–26). Eettisen toimikunnan lupaa ei opinäytetyössä tarvittu, henkilötietoja tai arkaluontoista materiaalia ei käsitelty. Opinäytetyöprosessin kaikissa vaiheissa noudatettiin moraalisia ja eettisiä velvoitteita, jotka liittyivät aiheissaan yhteiskuntaan, tutkimusyhteisöön ja ammattialaan. Yhteistyötahon kanssa tehtiin kirjallinen sopimus.

Opinnäytetyössä käytettävät lähteet merkittiin Seinäjoen ammattikorkeakoulun (SeAMK) kirjallisten töiden ohjeiden mukaisesti, jolloin lähteiden tarkastelu oli ja on mahdollista. Opinnäytetyön tutkijoilla on velvollisuus tarkastaa tietojen luotettavuutta.

Plagioinnin estämiseksi ja sen tarkastamiseksi opinnäytetyö tarkistettiin Ouriginal -ohjelman kautta. Ohjelma tekee tekstivertailua ja raportin opinnäytetyöstä, jolloin ohjaava opettaja pystyi tutkimaan lähteiden mahdollista luvaton lainausta. Lähdeaineisto on rajattu vuosille 2013–2023, täten varmistettiin opinnäytetyön luotettavuutta ja ajantasaisuutta. Pääasiassa opinnäytetyöhön tuotettiin uusinta tietoa viiden vuoden sisältä, mutta muutamaa vanhempaa lähdeä, kuitenkin edellä mainitun aikavälin sisällä olevaa, käytettiin niiden käyttökelpoisen kontekstin vuoksi. Opinnäytetyön pohjana on näyttöön perustuva tutkittu tieto ja sen teoreettisesta viitekehystä koostettiin itse opinnäytetyön tuotos.

Opinnäytetyön eettisyyttä ajateltiin alussa päättämällä aihe, joka oli työyhteisön toive, mutta tekijöidenkin mielenkiinnon kohteena. Opinnäytetyön aihe on erittäin tarpeellinen, se on hyvin tärkeä osa hoitotyötä ja myös siten se tukee työn eettistä näkökulmaa. Opinnäytetyö ja sen lisäksi luotu saattohoito-opas (Saattorenki) tulee vaikuttamaan yksikön potilasturvallisuuden parantamiseen, yksilölliseen kohteluun, asukaskohtaiseen ja varsinkin potilaan kokovaltaiseen huomioimiseen saattohoitoa toteutettaessa. Opinnäytetyö on täten perusteltu ja sillä on syvempi yhteiskunnallinenkin merkitys saattohoidon laadukkaana toteutumisen edistäjänä.

Työelämäyhteyden tarve opinnäytetyölle osoitti taustaa sen hyödyllisyydelle, antoi mahdollisuuden opiskelijoille luoda työyhteisöön uudenlaisia käytäntöjä työn tekemisessä ja antoi omalta osaltaan perustelut aiheen käyttämiselle (Väänänen ym., 2021, s. 61, 62). Työelämän todellinen tarve tietylle tiedolle mahdollistaa opiskelijoille syventymisen aiheeseen eli käytännössä valitun aiheen asiantuntijaksi kehittymisen. Opinnäytetyö, joka on tehty yhteistyössä työelämän kanssa, korvamerkitsee tarvittavan tiedon viemisen työyhteisöön. ARENEn (2020, s. 14, 16–18) mukaan opinnäytetyön aihe tuli valita koskemaan alaa, johon opinnäytetyöntekijöiden opinnot suuntautuvat. Opinnäytetyön prosessi oli kuuluva osaksi opiskelijoiden oppimista ja siinä noudatettiin opinnäytetyön eettisiä ohjeita. Tekijät ovat itse vastuussa opinnäytetyönsä eettisyydestä. Opinnäytetyön lisäksi tuotettiin saattohoito-opas. Opinnäytetyön sekä oppaan tekemisessä noudatettiin hyviä tieteellisiä käytäntöjä, hyviä tutkimuskäytänteiden periaatteita, lakeja, säädöksiä, määräyksiä, suosituksia sekä ammattialan eettisiä normeja, käytäntöjä ja ohjeita.

### 13.3 Opinnäytetyön johtopäätökset ja jatkokysymykset

Johtopäätöksenä opinnäytetyössä oli saattohoidon yhtenäistäminen ja sen tason varmistaminen valtakunnallisella tasolla. Hyvään ja laadukkaaseen saattohoitoon on jokaisella oikeus ja sen varmistaminen on mahdollista vain, jos saattohoitoa toteutetaan samalla tavalla jokaisessa yksikössä. Tietenkin tulee huomioida jokaisen yksikön erityispiirteet ja tarpeet, mutta saattohoidon toteuttamisella tulisi olla tietynlaiset raamit, joiden sisällä mahdollistetaan näiden erityispiirteiden huomioiminen. Jatkossa olisi hyödyllistä selvittää, kuinka voitaisiin luoda yhtenäiset saattohoidolliset käytänteet ja vähimmäisosaamisen määrittely saattohoidon toteuttamisessa. Tämä asettaisi myös koulutuksen järjestäjille minimivaatimukset saattohoidon koulutuksissa.



## LÄHTEET

Aalto, K. (toim.). (2013). *Saattohoito kuolevan tukena*. Kirjapaja.

Aho, A., Eironen, S., Havusto, J., Hökkä, M., Kritz, J., Sipola, V., & Rajakallio, L. (2023). *Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaaminen ja tukeminen: Hotus-hoitosuositus*. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus).  
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2023/09/pall-suositus.pdf>

Aho, A., Terkamo-Moisio, A., Niemipelto, H., Poijula, S., & Varpenius, T. (2021). *Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Hotus-hoitosuositus*. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/akillisestikuollut-hs.pdf>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto (ARENE). (2020). *Opinnäytetöiden eettiset suositukset: Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*.  
<https://arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Anttonen, M. (2016). *Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa: Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta*. (Acta Electronica Universitatis Tampensis, Nro 1647) [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Suomen Yliopistopaino.  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0066-1>

Arkkila, P., & Nordin, A. (2016). Askiteksen ja sen komplikaatioiden hoito. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 132(18), 1719–25. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13312>

Asetus kuolemansyyntä selvittämisestä 948/1973.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730948?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asetus%20948>

Asetus kuoleman toteamisesta 27/2004. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>

Behm, J. (22.5.2017). Inhimilliset jäähyväiset. *Lehteri*.  
<https://www.lehteri.fi/risteys/inhimilliset-jaahyvaiset/>

Duodecim Terveyskirjasto. (18.10.2016). *Lääketieteen sanasto: Emotionaalinen*.  
<https://www.terveyskirjasto.fi/ltt00679>

Englund, T., Hoikka, A., Raitio, N., & Tiippana, E. (30.10.2023). Lääkkeetön kivunhoito. Anestesiakäsikirja. Kustannus Duodecim.

Esperi. (i.a.). *Esperi Hoivakoti Rantakaisla, Lehtimäki*. <https://www.esperi.fi/hoivakodit-ikaihmisille/esperi-hoivakoti-rantakaisla-lehtimaki>

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. (2017). *Potilaan ja läheisen tuen tarve: Lisätietoa hoitoketjuun*. Kustannus Duodecim.

Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999.

<https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>

Fajardo-Chica, D. (2020). Sobre el concepto de dolor total [On the concept of total pain]. *Abstract. Revista de salud publica (Bogota, Colombia)*, 22(3), 368–372.

<https://doi.org/10.15446/rsap.V22n3.84833>

Finlex. (i.a.-a). Ajantasainen lainsäädäntö. Edita. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Finlex. (i.a.-b). Lainkirjoittajan opas: Säättämisen sanastoa. Edita.

<http://lainkirjoittaja.finlex.fi/24-lakikieli/24-3/>

Finlex. (i.a.-c). Viranomaisten määräyskokoelmat. Edita.

<https://www.finlex.fi/fi/viranomaiset/normi/>

Forsius, P., Hammar, T., & Alastalo, H. (2022). Palliatiivisen hoidon osaaminen iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä. *Hoitotiede*, 34, 62–75.

<https://journal.fi/hoitotiede/article/view/136423/84673>

Heikkinen, A. (1.11.2022). *Suun sienitulehdukset*. Duodecim Terveyskirjasto.

<https://www.terveyskirjasto.fi/trv00108>

Hirvonen, O. (5.6.2019). Hyvän oirehoidon kulmakivi on riittävä kivunhoito - syöpäpotilaat ja myös muita tauteja sairastavat palliatiiviset potilaat tarvitsevat opioideja kivunhoitoon.

*Kaleva*. <https://www.kaleva.fi/hyvan-oirehoidon-kulmakivi-on-riittava-kivunhoito/1708477>

Honkanen, A. (9.5.2022). *Pulloon puhallus (vastapaine puhallus)*. Duodecim Terveyskirjasto.

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01179>

Huumausainelaki 373/2008. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>

Hänninen, J. (2015a). Eksistentiaalinen kärsimys. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 306–307). Kustannus Duodecim.

Hänninen, J. (2015b). Mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan? Saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 10–11). Kustannus Duodecim.

Hänninen, J. (2015c). Kipu: Total pain -käsite. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 50–51). Kustannus Duodecim.

Hänninen, J. (2015d). Kuolevan kipu. *Sic! Lääketietoa Fimeasta. (Kuukausinumero 4)*, 36–37. <https://www.julkari.fi/handle/10024/130103>

- Hänninen, J. (2015e). Oireiden arviointi: Oireiden arviointi palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 34). Kustannus Duodecim.
- Hänninen, J. (2015f). Oireiden hoito palliatiivisessa hoidossa: Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 32–34). Kustannus Duodecim.
- Hänninen, J. (2018). Oireiden ja ennusteen arviointi: Oireiden ja ennusteen arviointi palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto (päätoim.), *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 16–19). Kustannus Duodecim.
- Hänninen, J. (2021). Kärsimyksen kokemus. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 137(7), 766–7. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16139>
- Hänninen, J., & Pöyhiä, R. (2015). Oireiden hoito palliatiivisessa hoidossa: Väsymyksen yleisyys ja mekanismit. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 156–157). Kustannus Duodecim.
- Hänninen, J., & Rahko, E. (2013). Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 129(4), 433–9. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10798#s2>
- Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S., Nivala-Huhtaniska, N., Hyry, L., & Raunio, A. (2022). *Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito: Hotus-hoitosuositus*. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf>
- Hävölä, H., Rantanen, A., & Kylmä, J. (2015). Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. *Hoitotiede*, 27(2), 132–147. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128330/77453>
- Iivonen, T. (14.10.2020). *Hyvä kuolema kotona*. Pohjois-Savon syöpäyhdistys. <https://www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi/ajankohtaista/blogit/hyva-kuolema-kotona/>
- Isoherranen, K. (2015a). Oireet palliatiivisessa hoidossa: Iho-oireet: Haavat. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 182–183). Kustannus Duodecim.
- Isoherranen, K. (2015b). Oireet palliatiivisessa hoidossa: Iho-oireet: Hikoilu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 184–185). Kustannus Duodecim.
- Isoherranen, K. (2015c). Oireet palliatiivisessa hoidossa: Iho-oireet: Ihoinfektiot. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 186–187). Kustannus Duodecim.

- Isoherranen, K. (2015d). Oireet palliatiivisessa hoidossa: Iho-oireet: Kutina. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 183–184). Kustannus Duodecim.
- Isoherranen, K. (2018). Iho-oireet: Haavat ja verenvuoto. Teoksessa T. Saarto (päätoim.), *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 84–86). Kustannus Duodecim.
- Jespersen, E., Minet, L. R., & Nissen, N. (2022). Symptoms of total pain experienced by older people with advanced gastrointestinal cancer receiving palliative chemotherapy. *European journal of cancer care*, 31(6), e13674. <https://doi.org/10.1111/ecc.13674>
- Kansaneläkelaitos (Kela). (9.8.2021). Lääkemääräyspalaute. <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-laakekorvaukset-ohjeet-laakareille-laakemaarayspalaute>
- Karvinen, I. (30.9.2019). Potilaan henkinen ja hengellinen tukeminen hoitotyössä. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Duodecim.
- Korhonen, A., Holopainen, A., Jylhä, V., & Siltanen, H. (2015). *Hoitohenkilökunnan käsityksiä ikääntyneiden hoitotyön nykytilasta: Hotus-raportti. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus)*. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/hotusraportti-1-2015.pdf>
- Korhonen, T., & Poukka, P. (2013). Kuolevan potilaan hoito. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 129(4), 440–5. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821#s1>
- Kostamo, P., Airaksinen, T., & Vilkkä, H. (2022). *Kirjoita itsesi asiantuntijaksi: Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön*. Art House.
- Kotimaisten kielten keskus (Kotus). (i.a.). Hyvän virkakielen ohjeita: Millaisia ovat toimivat ohjeet ja kysymykset? Ohjeita ohjeiden tekijöille. [https://www.kotus.fi/ohjeet/hyvan\\_virkakielen\\_ohjeita/millaisia\\_ovat\\_toimivat\\_ohjeet\\_ja\\_kysymykset/ohjeita\\_ohjeiden\\_tekijoille](https://www.kotus.fi/ohjeet/hyvan_virkakielen_ohjeita/millaisia_ovat_toimivat_ohjeet_ja_kysymykset/ohjeita_ohjeiden_tekijoille)
- Kuntaliitto. (2.12.2020). Asumispalvelut ja laitoshoido. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoido>
- Kuparinen, M. (22.3.2021). Odotettu kuolema kotona. *Sairaanhoitajan Käsikirja*. Kustannus Duodecim.
- Kuusiolinna Terveys. (i.a.). *Tietoa meistä*. <https://www.kuusiolinna.fi/tietoa-meista>
- Laine, H. (10.2.2022). *DNAR-päätös, elvytyskielto*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01180#s5>
- Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetun lain muuttamisesta 1484/2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20191484>

- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki kuolemansyyn selvittämisestä 459/1973. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730459>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812#a22.4.2016-290>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaansaattamisesta 616/2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2021/20210616>
- Laki sähköisestä asioinnista 706/2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230706>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110922>
- Lehto, B. (2015). *Huolehtiva kanssakäyminen: Substantiivinen teoria työikäisen aivohalvauspotilaan perheenjäsenen emotionaalisesta tukemisesta sairastumisen akuutissa vaiheessa*. (Acta Universitatis Tamperensis, Nro 2109) [väitöskirja, Tampereen yliopisto]. Suomen Yliopistopaino. <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/98153>
- Lehto, J. (2015). Hoitolinjaukset: Hoitolinjauksen teko ja sen merkitys. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3. uud. p., s. 11–12). Kustannus Duodecim.
- Lehto, J., Anttonen, A., & Sihvo, E. (2013). Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliativinen hoito. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 129(4), 395–402.
- Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2015). Muut hengitysteiden oireet ja niiden hoito: Yskä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3. uud. p., s. 102–103). Kustannus Duodecim.
- Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2018a). Hengitysteiden oireet: Hengenahdistus. Teoksessa T. Saarto (päätoim.), *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 38–40). Kustannus Duodecim.
- Lehto, J., & Pöyhiä, R. (2018b). Hengitysteiden oireet: Hengitystie-eritteet. Teoksessa T. Saarto (päätoim.), *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s.41–42). Kustannus Duodecim.

- Lehto, J., Marjamäki, E., & Saarto, T. (2019). Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma 135(4), 335–342. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>
- Leinonen, S. (4.11.2021). *Kun ihmisellä on hätä, hän tarvitsee turvaa*. Pirkanmaan hoitokoti. <https://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/kun-ihmisella-on-hata-han-tarvitsee-turvaa/>
- Lumio, J. (20.11.2019). *Painehaavat eli makuuhaavat*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00313>
- Lääke- ja terveyshuolto (2023). *Lääkehuolto: Lainsäädäntö*. <https://laakehuolto.fi/laakehuolto/lainsaadanto/>
- Läkelaki 395/1987. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395#L9>
- Malkavaara, M. (6.9.2022). *Elämäni käsitteet: Hengellinen ja henkinen*. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022061346081>
- Marjamäki, E. (2015). Lääkehoidossa huomioon otettavia asioita: Lääkityksen tarkistaminen palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 328–329). Kustannus Duodecim.
- Martínez, M., Arantzamendi, M., Belar, A., Carrasco, J. M., Carvajal, A., Rullán, M., & Centeno, C. (2017). 'Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative medicine*, 31(6), 492–509. <https://doi.org/10.1177/0269216316665562>
- Mattila, K-P. (2018). Kuolemaansa lähestyvälle ja hänen perheelleen on hyvä puhua kuolemasta rohkeasti ja lempeästi. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 134(8), 834–5. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14273>
- Mielenterveystalo. (i.a.). *Yksinäisyys ja ikääntyminen*. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/ahdistus/yksinaisyys-ja-ikaantyminen>
- Mielipalvelut. (8.10.2018). *Mitä suru on? Miten surua tulisi käsitellä?* Haettu 21.12.2023, <https://mielipalvelut.fi/artikkelit/mita-suru-on/>
- Muistiliitto. (2016). *Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito: Opas saattohoitoon osallistuville*. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/2415/1962/6288/Muistisairaahan\\_ihmisen\\_hyva\\_saattohoito.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/2415/1962/6288/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito.pdf)
- Natavio, T., McQuillen, E., Dietrich, M. S., Wells, N., Rhoten, B. A., Vallerand, A. H., & Monroe, T. B. (2020). A comparison of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC) and Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD). *Pain management nursing: Official journal of the American Society of pain management nurses*, 21(6), 502–509. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.04.001>

- Nykyri, E. (4.1.2022). Kipukroonikoilla on oltava oikeus saada hyvää hoitoa hyvinvointialueilla! *KU blogit*. <https://blogit.kansanuutiset.fi/yhdenvertaista-suomea-rakentamassa/kipukroonikoilla-on-oltava-oikeus-saada-hyvaa-hoitoa-hyvinvointialueilla>
- Paananen, J., & Luodonpää-Manni, M. (2023). Läheisten kokemuksia vuorovaikutuksesta hoitohenkilöstön kanssa ympärivuorokautisessa hoidossa. Abstrakti. *Hoitotiede*, 35(3). <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/137293>
- Paulson, C. M., Monroe, T., & Mion, L. C. (2014). Pain assessment in hospitalized older adults with dementia and delirium. *Journal of gerontological nursing*, 40(6), 10–15. <https://doi.org/10.3928/00989134-20140428-02>
- Pelto, A-K., Hökkä, M., Kajula, O., & Kaakinen, P. (2019). Kivunhoidon ohjaus syöpää sairastavan potilaan ja hänen läheisensä kuvaamana palliatiivisessa hoidossa-integroitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva Hoitotyö*, 17(2), s. 22–29.
- Pharmaca Fennica. (31.8.2022a). PANACOD poretabletti 500mg/30mg, tabletti 500mg/30mg. <https://pharmacafennica.fi/spc/3001007>
- Pharmaca Fennica. (19.10.2022b) BURANA tabletti, kalvopäällysteinen 400 mg, 600 mg, 800 mg. <https://pharmacafennica.fi/spc/2881237>
- Pharmaca Fennica. (18.3.2023a) MATRIFEN depotlaastari 12 mikrog/h, 25 mikrog/h, 50 mikrog/h, 75 mikrog/h, 100 mikrog/h. <https://pharmacafennica.fi/spc/2969002>
- Pharmaca Fennica. (24.3.2023b). OXYNORM kapseli, kova 5 mg, 10 mg, 20 mg, oraaliliuos 1 mg/ml, 10 mg/ml. <https://pharmacafennica.fi/spc/2999970>
- Pharmaca Fennica. (14.4.2023c). PANADOL tabletti, kalvopäällysteinen 500 mg. <https://pharmacafennica.fi/spc/95194460>
- Pharmaca Fennica. (25.4.2023d) NORSPAN depotlaastari 5mikrog/h, 10mikrog/h, 20 mikrog/h. <https://pharmacafennica.fi/spc/2988129>
- Pirkanmaan Hautaustoimisto Marko Mielonen. (i.a.). *Kuoleman toteaminen*. Haettu 21.12.2023, <https://pirkanmaanhautaustoimisto.fi/uutiset/348-kuoleman-toteaminen>
- Pirkanmaan Hoitokoti. (i.a.). *Hyvä saattohoito kuolevan ja läheisten tukena*. <https://www.pirkanmaanhoitokoti.fi/palvelumme/hyva-saattohoito/>
- Poukka, P., & Korhonen, T. (2018). Saattohoito: Lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa T. Saarto (päätoim.), *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt* (s.114–117). Kustannus Duodecim.
- Puttonen, J. (3.2.2021). Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. *Sairaanhoidajan käsikirja*. Kustannus Duodecim.

- Raevaara, L. (27.1.2016). Kotimaisten kielten keskus (Kotus): Hyvää virkakieltä 2016. [https://www.kotus.fi/nyt/kolumnit\\_artikkelit\\_ja\\_esitelmat/hyvaa\\_virkakielta/hyvaa\\_virkakielta\\_2016/ohjeita\\_asiakkaille\\_-\\_tilannetajua\\_ja\\_lukijan\\_huomioimista.19937.news](https://www.kotus.fi/nyt/kolumnit_artikkelit_ja_esitelmat/hyvaa_virkakielta/hyvaa_virkakielta_2016/ohjeita_asiakkaille_-_tilannetajua_ja_lukijan_huomioimista.19937.news)
- Rahko, E., & Koskela, R. (2015). Oireiden hoito palliatiivisessa hoidossa: Ruoansulatuskanavan ja virtsateiden oireet: Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 132–133). Kustannus Duodecim.
- Raivio, M., & Hartikainen, S. (2020). Ikääntyneen optimoitu lääkehoito perusterveydenhuollossa. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 136(13), 1590–7. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15680#s2>
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., & Vuorinen, S. (2020). *Hoitotyön taidot ja toiminnot* (7.–8. p.). Sanoma Pro.
- Riutta, N. (2.11.2023). Kirkko ja kaupunki: ”Kuolemanpelkoa ei kuulu hoitaa pois, mutta pelkäävää ihmistä voidaan auttaa”, sanoo sairaalapappi Maarit Nissinen. <https://www.kirkkojakaupunki.fi/-/kuolemaa-ei-voi-harjoitella-eika-hallita-siksi-se-pelottaa>
- Saano, S., & Taam-Ukkonen, M. (2021). Lääkehoidon käsikirja (9.–10. p.). Sanoma Pro.
- Saarelma, O. (26.5.2022). *Nielemiskipu, nielemisvaikeus, palan tunne kurkussa*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00308>
- Saarto, T. (2015). Mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan? Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliatiivinen hoito* (3. uud. p., s. 10). Kustannus Duodecim.
- Saarto, T., & Finne-Soveri, H. (2019). *Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>
- Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J., Utriainen, T., Lindgren, M., Konttila, T., Lahti, P., Hallamaa, J., Sirola, J., Puustinen, R., Karjalainen, P., Papinaho, S., Peiponen, A., Juva, K., Kallunki, M., Kuuskoski, E., Vainio, A., Sipiläinen, H., & Stoor, H. (2014). Vanhuuskuolema. Paneeli, Konsensuslausuma. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 130(5), 523–31. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/5/duo11523#s3>
- Saarto, T., & Lehto, J. (2019). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. *Duodecim, lääketieteellinen aikakauskirja* 135(6), 535–41. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/6/duo14834?keyword=palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen%20suomessa>
- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., & Forsius, P. (2022). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).



[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022\\_004\\_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

- Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M., & Siltanen, H. (2013). *Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö: Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus)*. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/kivunhoito-hs-lyh.pdf>
- Salminen-Tuomaala, M. (2019). Toiminnallinen opinnäytetyö SeAMKissa. Verkkolehti SeAMK. <https://lehti.seamk.fi/hyvinvointi-ja-luovuus/toiminnallinen-opinnaytetyo-sairaanhoitajan-ammattillisen-kasvun-tukena/>
- Sánchez, E. (5.4.2023). *Muutamia mielenkiintoisia faktoja kuolemasta*. Haettu 9.12.2023, <https://mielenihmeet.fi/muutamia-mielenkiintoisia-faktoja-kuolemasta/>
- Sarkkinen, M. (1.6.2021). *Millainen on hyvä ohje? Kahdeksan vinkkiä ohjeiden tekemiseen työpaikalla*. <https://www.ttl.fi/tyopiste/millainen-on-hyva-ohje-kahdeksan-vinkkia-ohjeiden-tekemiseen-tyopaikalla>
- Seinäjoen ammattikorkeakoulu (SeAMK). (2023a). *AMK-tutkinnon opinnäytetyöohje*.
- Seinäjoen ammattikorkeakoulu (SeAMK). (2023b). *Toiminnallisen opinnäytetyön ohje*.
- Selin, H. (28.10.2014). *Mitä suru on? Potilaan lääkärilehti*. Haettu 21.12.2023, <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/mita-suru-on/>
- Sipola, V., Pöyhiä, R., Anttonen, M.S., & Pajunen, M. (2021). *Potilaan spiritualiteetin tukeminen ja eksistentiaaliset kysymykset palliativisessa hoidossa: Kansallinen suositus*. Kirkkohallitus. [https://bin.yhdistysavain.fi/1573258/X9xpFkjF8PZaekRiSLhf0WG299/31740186\\_KKH\\_Potilaan\\_eksistentiaaliset\\_kysymykset\\_Kirkko\\_ja\\_toi.pdf](https://bin.yhdistysavain.fi/1573258/X9xpFkjF8PZaekRiSLhf0WG299/31740186_KKH_Potilaan_eksistentiaaliset_kysymykset_Kirkko_ja_toi.pdf)
- Sisäministeriö. (i.a.-a). *Liputuspäivät ja ajat*. <https://intermin.fi/suomen-lippu/liputuspaivat>
- Sisäministeriö. (i.a.-b). *Suruliputuksella kunnioitetaan vainajaa*. <https://intermin.fi/suomen-lippu/suruliputus>
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>
- Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan verkkokoulutuspalvelu, Skhole. (i.a.). *Hoitotyön kirjaaminen – hoitajan oikeus ja velvollisuus*. <https://www.skhole.fi/blogi/hoitotyon-kirjaaminen-hoitajan-oikeus-ja-velvollisuus>
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). (i.a.-a). *Elämän loppuvaiheen hoito*. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito>

- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). (i.a.-b). Kuoleman toteaminen. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/kuoleman-toteaminen>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (i.a.-a). *Lainsäädäntöä lääkehuollosta ja terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista*. <https://stm.fi/lainsaadanto/laakehuolto>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (i.a.-b). *Palliativinen hoito ja saattohoito*. <https://stm.fi/saattohoito>
- Sosiaali- ja terveysministeriö, & Suomen kuntaliitto. (2020). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi*. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM\\_2020\\_29\\_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Suikkala, A., Tohmola, A., Rahko, E. K., & Hökkä, M. (2021). Future palliative competence needs - a qualitative study of physicians' and registered nurses' views. *BMC medical education*, 21(1), 585. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02949-5>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (22.8.2017a). *Kipu* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (16.10.2017b). *Äkillisen sekavuustilan (delirium) diagnosointi* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/nix00424>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (4.10.2019a). *Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito)*. (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. (4.10.2019b). *Palliativinen hoito ja saattohoito* (Käypä hoito -suositus). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Suomen Hautaustoimistojen Liitto. (i.a.). *Ensiohje vainajan omaisille*. <https://hautajaiset.fi/ohjeita-hautajaisiin/ensiohje-vainajan-omaisille/>
- Suomen Lääkäriliitto. (2021). *Saattohoito*. <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-etiikka/elaman-loppu/saattohoito/>
- Suomen perustuslaki 731/1999. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990731>
- Suomen syöpäpotilaat. (2018). *Hyvää elämää loppuun asti: Opas saattohoitopotilaan läheiselle*. <https://www.syopapotilaat.fi/opas/opas-saattohoitopotilaan-laheiselle/>
- Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J., & Kaunonen, M. (2015). *Palliativinen hoitotyö: Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä*. Fioca.

- Surevan kohtaaminen. (i.a.). Surevan kohtaaminen-toiminta: Tukea ja tietoa ammattilaisille. *Mitä suru on?* <https://www.surevankohtaaminen.fi/>
- Syöpäjärjestöt. (i.a.). *Siirtyä saattohoitoon: Keskeiset suositukset.* <https://www.syopajarjestot.fi/potilaanpolku/siirtyy-saattohoitoon/>
- Taari, K. (2015). Ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireet: Virtsauampi. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.), *Palliativinen hoito* (3. uud. p., s. 510–151). Kustannus Duodecim.
- Taari, K. (2018). Ruuansulatuskanavan ja virtsateiden oireet ja hoito: Virtsauampi. Teoksessa T. Saarto (päätoim.), *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt* (s. 63–65). Kustannus Duodecim.
- Tarnanen, K., Saarto, T., & Laukkala, T. (4.10.2019). *Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito)*. (Käyvän hoidon potilasversiot). <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00072/kuolevan-potilaan-oireiden-hoito-palliativinen-hoito-ja-saattohoito?q=palliativinen%20ja%20hoito>
- Tatum, P. E., & Mills, S. S. (2020). Hospice and palliative care: An overview. *The Medical clinics of North America*, 104(3), 359–373. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.01.001>
- Terkamo-Moisio, A. (2018a). Kuoleman läheisyydessä keskeistä on kohtaaminen. *Tutkiva Hoitotyö*, 16(3), 34–35.
- Terkamo-Moisio, A. (22.12.2018b). Toivo kuoleman läheisyydessä. <https://terkamo.com/2018/12/22/toivo-kuoleman-laheisyydessa/>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2022a). Koodistopalvelu: Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen koodistopalvelin. <https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=218&versionKey=292>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2022a). Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/144065>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (27.2.2023b). Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (27.2.2023a). Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (28.6.2023b). Kirjaaminen.  
<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (31.8.2023c). Laatuksiteerit iäkkäiden sosiaalihuollon palliatiivisen hoidon palveluille. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/palliatiivisen-hoidon-jarjestaminen/laatuksiteerit-iaakkaiden-sosiaalihuollon-palliatiivisen-hoidon-palveluille#hoitosuunnitelma>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (5.10.2023d). Hoitotahto.  
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotahto>
- Terveyskylä. (i.a.). *Kipulääkeannostelija*. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/kipu-leikkauksen-ja-keennostelija/kipulaa-keennostelija>
- Terveyskylä. (27.11.2017). *Huomioi asentohoito*.  
<https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutuja/selkaydinvarma/ihon-itsehoito-selkaydinvarman-keennostelija>
- Terveyskylä. (15.8.2018). *Lääkeryhmät pitkäaikaisen kivun hoidossa*.  
<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/pitkaydinvarma-keennostelija/pitkaydinvarma-keennostelija/kehoito/kehoito-keennostelija>
- Terveyskylä. (26.5.2021a). *Haavan aiheuttaman kivun hoito*.  
<https://www.terveyskyla.fi/haavatalo/haavojen-omahoito/haavaan-liittyva-kivun-hoito/haavan-aiheuttaman-kivun-hoito>
- Terveyskylä. (1.11.2021b). *Hoidon rajaukset*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoidon-rajaukset>
- Terveyskylä. (1.11.2021c). *Hoitolinjat*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/hoitolinjat>
- Terveyskylä. (1.11.2021d). *Kielteiset tunteet*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/psykykinen-tuki/kielteiset-tunteet>
- Terveyskylä. (1.11.2021e). *Kuoleman jälkeen huomioitavaa*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-keennostelija>
- Terveyskylä. (1.11.2021f). *Kuoleman lähestyminen*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/kuoleman-keennostelija>

- Terveyskylä. (1.11.2021g). *Palliativisen potilaan kipu*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/kipu>
- Terveyskylä. (1.11.2021h). *Palliativisen potilaan ripuli*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/ripuli>
- Terveyskylä. (1.11.2021i). *Palliativisen potilaan väsymys*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/v%C3%A4symys>
- Terveyskylä. (28.6.2022). *Kulttuuri palliativisessa hoidossa*.  
<https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/kulttuuri-palliativisessa-hoidossa>
- Terveyskylä. (8.2.2023a). *Ikääntynyt, iäkäs vai vanha?*  
<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/ik%C3%A4%C3%A4ntynyt-i%C3%A4k%C3%A4s-vai-vanha>
- Terveyskylä. (10.2.2023b). *Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen*.  
<https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen>
- Tieteen Kuvalehti. (20.7.2020). *Kuolonkankeus*. Haettu 7.12.2023,  
<https://tieku.fi/ihminen/elimisto/rigor-mortis-mista-kuolonkankeus-johtuu>
- Tiilikä, U. (2020). *Asiallinen, selkeä ja ymmärrettävä kieli palvelee myös tasa-arvoa*.  
<https://www.kielikello.fi/-/asiallinen-selkea-ja-ymmarrettava-kieli-palvelee-myois-tasa-arvoa>
- Tohmola, A., Suikkala, A., Lehto, J., & Hökkä, M. (2023). Palliativisen hoidon osaamistarpeet tulevan kymmenen vuoden aikana. *Tutkiva Hoitotyö*, 21(1), 12–19.
- Toivikko, E., & Jämsén, S. (1.2.2018). *Vanhuksen sekavuus. Sairaanhoidajan käsikirja*. Kustannus Duodecim.
- Trivedi, S. (2013). Physician perspectives on resuscitation status and DNR order in elderly cancer patients. *Reports of practical oncology and radiotherapy: journal of Great Poland Cancer Center in Poznan and Polish Society of Radiation Oncology*, 18(1), 53–56. Abstract. <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2012.12.002>
- Tunturi, S. (18.2.2022). *Ummetus*. Lääkärikirja Duodecim.  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00092>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)
- Vahvike. (i.a.). *Elämäntarinat*. <https://vahvike.fi/muistelu/elamantarinat/>

- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE), & Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011). *ETENE-julkaisu 32; Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70260/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3195-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70260/URN_ISBN_978-952-00-3195-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). (2003). *Saattohoito-Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio, Työryhmäraportti*. <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 528/2017. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582>
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). *Ravitsemushoitosuositus*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146233/URN\\_ISBN\\_978-952-343-977-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146233/URN_ISBN_978-952-343-977-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Vattula, K., Rajala, M., Kuivila, H-M., Hökkä, M., & Kaakinen, P. (2020). Lähihoitajien kokemukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*, 32(2) 122–133. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hle/hle00211.pdf>
- Verkkovaria. (2016). Psykologian kurssi: *Psyykinen hyvinvointi*. [Verkkokurssi]. <https://www.verkkovaria.fi/taydentavat/psykologia/opiskelijalle/aloitus/teema-1-oma-psykinen-hyvinvointi/>
- Vernerri. (29.5.2023). Emotionaalinen tuki: Verkkopalvelu kehitysvammaisuudesta: Ammattilaisille. Haettu 8.11.2023, <https://verneri.net/yleis/emotionaalinen-tuki>
- Vihelä, M., Hökkä, M., & Kaakinen, P. (2020). Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. *Hoitotiede*, 32(4) 275–284. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/hle/hle00222.pdf>
- Viitala, A. (2017). *Fyysiset muutokset kuoleman lähestyessä*. Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue. <https://www.hyvaep.fi/uploads/2023/08/fyysiset-muutokset-kuoleman-lahestyessa.pdf>
- Väänänen, M. (6.9.2023a). Saattohoitopotilaan pahoinvoinnin hoito. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Duodecim.
- Väänänen, M. (11.9.2023b). Kuolevan potilaan hengenahdistuksen hoito. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Duodecim.
- Väänänen, M. (23.10.2023c). Kuolevan potilaan ravitsemus ja ruokailu. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Kustannus Duodecim.

- Väänänen, I., Lahtinen, P., & Laitinen-Väänänen, S. (2021). Ammattikorkeakouluopiskelijoiden näkemyksiä opinnäytetyön työelämäyhteydestä. *Ammattikasvatuksen aikakauskirja*. <https://journal.fi/akakk/article/view/109878/65016?acceptCookies=1>
- World Health Organization (WHO). (2014). Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 28(2), 130–134. <https://doi.org/10.3109/15360288.2014.911801>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä 24/2010. [https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2010/20100024/20100024\\_2](https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2010/20100024/20100024_2)
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). (i.a.). *Sosiaaliset suhteet*. <https://www.yths.fi/terveystieto/mielenterveys/sosiaaliset-suhteet/>
- Ähtärin Hautaustoimisto & kukkasitomo. (i.a.). *Info ja yhteys*. Haettu 21.12.2023, <https://hautaustoimisto.fi/info-ja-yhteys/>