



SAATTOHOITO-OPAS RYHMÄKOTI KOIVIKON
HOITOHENKILÖKUNNALLE

2019

Karikoski Maria, Sairaanhoidaja
(AMK)- opiskelija

Pehkonen Tiina, Sairaanhoidaja
(AMK)- opiskelija

LAPIN AMK⁷
Lapland University of Applied Sciences

Saattohoito- opas on tehty osana Lapin AMK:n sairaanhoitaja opintoja ja toimeksiantajan toiveita kunnioittaen. Laadimme oppaan, jossa on eriteltynä saattohoitopotilaan eri hoidon vaiheita. Saattohoito-oppaan tarkoituksena on tukea Ryhmäkoti Koi-vikon henkilökunnan työskentelyä saattohoitopotilaan, sekä potilaan omaisten kanssa. Lisäksi oppaassa on käsitelty henkilökunnan jaksamiseen liittyviä tukimuotoja saattohoitopotilasta hoidettaessa. Kaikki kuvat joita oppaassa käytämme, ovat meidän itse ottamia.

*“Lapissa kaikki kukkii nopeasti,
maa, ruoho, ohra, vaivaiskoivutkin.
Tuot’ olen aatellut ma useasti,
kun katson kansan tämän vaiheisiin.
Miks meillä kaikki kaunis tahtoo kuolla?”*

Eino Leino: **Kangastuksia, 1902**

SISÄLLYS

1	PALLIATIIVINEN HOITO.....	3
2	SAATTOHOITO	5
3	SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖ.....	8
3.1	<i>Kuolevan potilaan oireet ja oireenmukainen hoito.....</i>	8
3.2	<i>Kipu.....</i>	8
3.3	<i>Hengenahdistus.....</i>	11
3.4	<i>Yskä ja limaisuus.....</i>	11
3.5	<i>Ruoansulatuskanavan oireet.....</i>	12
4	PSYKKINEN, SOSIAALINEN JA HENGELLINEN TUKEMINEN.....	14
5	HOIDONRAJAUKSET	17
5.1	<i>DNR (Do Not Resuscitate).....</i>	17
5.2	<i>Muut hoidonrajaukset.....</i>	18
6	LÄHEISTEN TUKEMINEN JA TYÖNTEKIJÖIDEN JAKSAMINEN.....	19
7	KUOLEMAN TOTEAMINEN JA VAINAJAN HOITAMINEN.....	22
7.1	<i>Hetki ennen kuolemaa.....</i>	22
7.2	<i>Vainajan laitto.....</i>	23
7.3	<i>Mitä tapahtuu kuoleman jälkeen?.....</i>	24
	LÄHTEET.....	27
	LIITTEET.....	31

1 PALLIATIIVINEN HOITO

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt palliatiivisen- eli oireenmukaisen hoidon siten, että sillä tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen omaistensa kokonaisvaltaista hoitoa ja tukemista. Palliatiivisen hoidon keskeisenä tarkoituksena on pyrkiä mahdollisimman hyvän elämänlaadun säilyttämiseen ja pyrkiä ehkäisemään sekä lievittämään kipua ja kärsimystä. Kivun ja muiden oireiden hallinta on oleellinen osa sekä palliatiivista, että saattohoitoa. Suhteessa kuolemaan, palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista määrettä, ja se on käsitteenä laajempi kuin saattohoito.

Palliatiivisessa hoidossa kuolema nähdään parantumattomasti sairaan henkilön kohdalla luonnollisena tapahtumana. Hoidon tavoitteena on, että jokainen potilas pystyisi elämään oman näköistään ja voimiensa ja halujensa mukaista hyvää ja aktiivista elämää mahdollisimman kivuttomasti aina kuolinhetkeensä saakka. Palliatiivisessa hoidossa myös läheiset huomioidaan, he tarvitsevat tukea potilaan rinnalla jaksamiseen, sekä surussaan vielä potilaan kuoleman jälkeenkin selvitäkseen elämässä eteen päin.

Varhainen palliatiivinen hoito perussairausten hoidon rinnalla parantaa potilaiden elämänlaatua sekä vähentää masentuneisuutta. Kuitenkaan ei ole kyse vastakkainasettelusta sairauten hoidon ja palliatiivisen hoidon välillä, vaan toinen toisiansa tukevasta limittäisestä hoidosta, jossa enenevässä määrin palliatiivisen hoidon osuus kasvaa aina siihen saakka, kunnes sairauten kulkuun ei enää voida vaikuttaa. Tämän jälkeen siirrytään oireenmukaisen hoidon vaiheeseen, joka sisältää palliatiivisen hoidon.

Potilaalle laaditaan palliatiivisessa hoidonvaiheessa ennakoiva hoitosuunnitelma (Advance Care Planning). Suunnitelman laatii lääkäri yhdessä potilaan ja tarvittaessa potilaan läheisten kanssa. Hoitosuunnitelmassa käydään läpi sairauten vaihe, hoitomenetelmät ja niiden tavoitteet, hoidon rajaukset, hoitolinjaukset, hoidosta vastaava taho sekä potilaan toiveet ja pelot sairauten edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hoitosuunnitelmasta tulee käydä myös ilmi kaikki keskustelut,

joita käydään potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Kun sairaus etenee, on hyvä käydä uusia keskusteluja, sekä tarkentaa hoitosuunnitelmaa, mikäli siihen halutaan muutoksia.

” Täällä pohjantähden alla on nyt kotomaamme

Mutta tähtein tuolla puolen toisen kodon saamme

Täällä on kuin kukkasella aika lyhyt meillä

Siellä ilo loppumaton niin kuin enkeleillä”

Tapio Rautavaara – Täällä pohjantähden alla

2 SAATTOHOITO

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan hyvä saattohoito perustuu lainsäädäntöön, jossa keskeisinä asioina nousevat pinnalle tasa-arvoisuus, ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeus sekä kärsimyksen lievittäminen. Vuosittain n. 15 000 suomalaista tarvitsee saattohoitoa ja näistä noin 70 % menehtyy saattohoitokodeissa tai sairaaloissa. Pääosin saattohoitoa tehdään julkisessa terveydenhuollossa. Saattohoidon porrastaminen säästää voimavaroja tarpeettomien tutkimusten sekä tehottomien hoitojen pois jäädessä.

Saattohoidon termiä käytetään silloin kun potilaan arvioitu elinaika on enää hyvin rajallinen, ja hän tarvitsee säännöllistä fyysistä, psyykkistä ja hengellistä tukea ja hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa. Saattohoitopäätös edellyttää aina lääkärin tekemää diagnosoitua kuolemaan johtavaa sairautta, joka väistämättä etenee kohti kuolemaa seuraavien päivien, viikkojen tai korkeintaan kuukausien aikana. Tällöin luovutaan elämää pitkittävästä hoidosta sekä tehdään hoidonrajauksia. Kuolevasta potilaasta puhutaan silloin, kun potilaan toimintakyky on jo merkittävästi heikentynyt, ja jolla elintoimintojen hiipumisen ja lähestyvän kuoleman merkit ovat nähtävissä. Osa potilaista voi kuitenkin säilyttää toimintakykynsä kohtalaisena kuolemaansa saakka.

Suomessa saattohoito jaotellaan kolmiportaisesti. Se tarkoittaa sitä, että saattohoitopaikat jaotellaan kolmelle eri vaatavuustasolle hoitopaikkojen erikoisosaamisen mukaan. A-perustasoista saattohoitoa tarjotaan kaikissa julkisissa ja yksityisissä hoitolaitoksissa, joissa saattohoito on yksi hoitolaitoksen perustehtävistä. Tämä tarkoittaa sitä, että saattohoito on huomioitu niin toimintaympäristössä kuin henkilöstön mitoituksessa sekä koulutuksissa. B-erityistasoista saattohoitoa tarjoavat niin yksityiset, kuin julkiset Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa on laajemman kuin perustasoisen koulutuksen saanut vastuulääkäri sekä -hoitaja. Isommilla paikkakunnilla on joko täysipäiväinen tai osa-aikainen lääkäri ja useampia hoitajia. C-vaativatasoista saattohoitoa toteuttavat ainoastaan yliopisto- ja keskussairaalat sekä ainoastaan saattohoitopotilaille suunnatut saattohoitokodit.

Tämän vaativuustason yksiköissä henkilöstö koostuu moniammatillisesta työryhmästä, ja vähintään yhdellä lääkäriellä ja sairaanhoitajalla on oltava palliativisen hoidon erityiskoulutusta.



Hoitohenkilöstön on tärkeä kyetä tunnistamaan kuoleva potilas, tällöin voidaan suunnitella ja aloittaa hoitotoimenpiteet siten, että potilas pystyisi saamaan mahdollisimman oikea-aikaisen avun. Saattohoitopotilaan lääkehoidossa mahdollisesti tarvittavien lääkemuuotosten tulee tapahtua nopealla aikataululla, korkeintaan muutamien päivien sisällä. Tyypillisesti aikaa ei ole enää pitkiin lääkityskokeiluihin. Elämän loppuvaiheenhoidossakin tulee pitää huolta kuolevan potilaan hyvästä perushoidosta ja tarvittaessa on oltava valmius hoidon uudelleen arviointiin, mikäli potilaan tilassa tapahtuu muutoksia.

Tutkimuksen mukaan osastoilla on kahta erilaista toimintatapaa, jotka molemmat hankaloittavat kuolevan potilaan hyvää hoitoa. Ensimmäinen esiin nousut asia on se, että kuolemasta vaietaan. Tämä ilmenee siten, että kuolemasta kertomista pitkitetään, tiedonantoa säännöstellään ja aihetta vältellään, niin hoitajan ja potilaan, kuin hoitajan ja omaisten välillä. Toisena esiinnoussut toimintamalli oli se,

että kuolemaa lähestyviä potilaita lähdetään siirtämään terveydenhuoltoyksiköstä toiseen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kuolema otetaan puheeksi niin potilaiden, kuin omaistenkin kanssa vasta viime vaiheissa. Potilaan ja omaisten kannalta se on jo monesti liian myöhäistä, sillä lähellä kuoleman hetkeä potilaat ovat usein jo hyvin väsyneitä, sekavia tai jo tiedottomassa tai lähes tiedottomassa tilassa.

Saattohoitopäätös tuo konkreettiseksi kuoleman lähestymisen ja antaa aikaa myös jäähyväisten jätölle. Saattohoito pitää sisällään hyvän oireiden lievityksen sekä potilaan ja hänen läheistensä tukemisen. Mitä lähemmäksi kuolemaa mennään, sitä enemmän nousevat esiin kysymykset elämästä ja kuolemasta. Hyvä vuorovaikutus ja läsnäolon merkitys korostuvat kuolevan potilaan kuin hänen läheistenkin osalta. Oikeaoppinen ja hyvä saattohoito ei lopu potilaan kuolinhetkeen, vaan läheisten kanssa keskustellaan ja heitä tuetaan heidän surussaan vielä potilaan kuoleman jälkeenkin.

Saattohoitotyössä korostuu potilaan toiveiden kunnioittaminen ja näitä toiveita pyritään myös mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan. Saattohoitopotilaan hoitaminen perustuu hyvään perushoittoon, kärsimyksen lievittämiseen sekä potilaan, että hänen omaistensa tukemiseen.

*"Hän vie minut vihreille niityille,
hän johtaa minut vetten ääreen,
siellä saan levätä."*

- PS. 23:2

3 SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOTYÖ

3.1 *Kuolevan potilaan oireet ja oireenmukainen hoito*

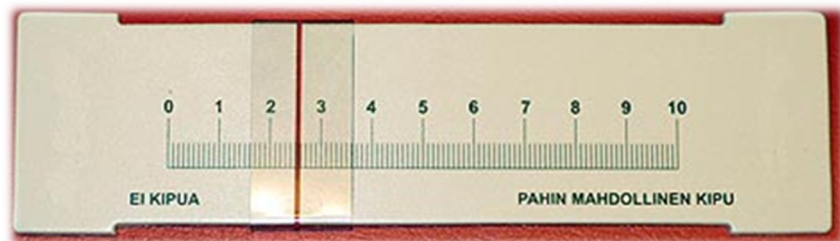
Kuolevan potilaan hoitotyö ei ole riippuvainen diagnoosista. Kaikille kuoleville potilaille yhteistä siinä vaiheessa, kun parantavaa hoitoa ei enää ole, on erilaisten oireiden ilmaantuminen ja lisääntyminen. Tyypillisimpiä oireita ovat fyysiset ja psyykkiset oireet, kuten kipu ja ahdistuneisuus. Periaate kuolevan potilaan hyvälle hoidolle on oikea diagnoosi sekä oireiden mukaiset oikeat toimenpiteet.

Kuolevan potilaan hoito on kokonaisvaltaista hoitoa, jossa kivun- ja oireiden hoidon lisäksi tarvitaan psykososiaalista ja henkistä hoitoa. Kuolevan potilaan hoito vaatii hoitajalta kykyä olla läsnä, kykyä kuunnella sekä pyrkiä vastaamaan potilaan tarpeisiin. Tavoitteena on paras mahdollinen loppuelämä. Kuolevalla tulee olla oikeus itsenäisyyteen ja arvokkuuteen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim kokoaa yhdessä erikoislääkäriyhdistysten kanssa Käypä hoito -suositukset, josta löytyy ajantasaisin ja tuorein näyttöön perustuva tieto myös koskien palliativista- sekä saattohoitotyötä.

3.2 *Kipu*

- Kipu on tyypillisesti yksi kuolevan potilaan eniten pelkäämä oire. Kivun taustalla voi olla lisäksi masennusta, ahdistusta ja kuolemanpelkoa. Hoitohenkilökunnan tulisi kyetä tulkitsemaan potilaan tuntemuksia ja havainnoimaan, tarvitseeko potilas kivunlievitystä vai onko kyse enemmän keskustelun tarpeesta. Täydellinen kivuttomuus ei kuitenkaan ole aina realistinen tavoite mutta hyvä kivunlievitys on, sillä pysytään turvaamaan se, ettei kipu ole kaikkea toimintaa rajoittava tekijä.

- Potilaan kipua tulee arvioida säännöllisesti ja kirjata havaintoja kivun seurantaan ylös. Oikeanlainen kipulääkitys määritetään kivun voimakkuuden ja luonteen mukaan, ja annokset määritetään jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Lääkehoidon lisäksi potilaan hoidossa olennaista on myös lääkkeetön kivunhoito, kuten säännöllinen asentohoito, rentoutusharjoitukset, kylmä- ja kuumapakkaukset sekä muita hyväksi havaittuja tai potilaalle mieleisiä lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja. Kivun mittaamisen tukena voidaan käyttää kivunarviointiin tarkoitettuja mittareita. VAS- mittarin avulla (Visual Analogue Scale) voidaan arvioida kivun voimakkuutta kipujanalla tai numeerisella asteikolla 0–10. PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) on kehitetty erityisesti muistisairaana potilaan kivun arviointiin ja se soveltuu erityisesti puhekykynsä jo menettäneiden potilaiden kivun arviointiin.



Kuvio 1. VAS-mittari

PAINAD-kipumittari muistisairaan kivun arviointiin

Pisteytys 0-10, 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu

<i>Havainnointi kategoria</i>	<i>Pisteluokka</i>		
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>Hengitys</i>	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista	Hengitys äänekästä ja vaivalloista
<i>Ääntely</i>	Ei ääntelyä Rauhallinen ääntely	Satunnaista vaikerointia Vaikeroivaa puhetta	Rauhatonta huutelua Äänekästä vaikerointia, voihketta tai itkua
<i>Ilmeet</i>	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, tuima, pelokas	Irvistelevä
<i>Kehon kieli</i>	Levollinen	Kireä, ahdistunut tai levoton liikehdintä	Jäykkä, kädet nyrkissä, raajat vetäytyneet, työntää luotaan pois, riuhtoo
<i>Lohduttaminen</i>	Ei tarvetta lohduttamiselle	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle	Lohduttaminen tai huomion pois kääntäminen ei onnistu

Kuvio 2. PAINAD-mittari

- Syöpäkivua hoidettaessa opioidit ovat tehokkaita. Tyypillisesti opioidiksi aloitetaan tramadoli tai kodeiini, joista voidaan tarvittaessa siirtyä vahvempaan opioidiin kuten morfiiniin. Pitkävaikutteisen opioidin lisäksi potilaalla täytyy olla mahdollisuus saada tarvittava lääkitys läpilyöntikipuun joko ennakoivasti tai läpilyöntikivun ilmaantuessa. Läpilyöntikivulla tarkoitetaan kipua, joka ylittää hetkellisesti lääkityksellä saavutetun kivuttomuuden. Läpilyöntikipua hoidetaan antamalla lisäannos nopeavaikutteisessa muodossa olevaa opioidia. Hermosäryn hoidossa käytetään tyypillisesti erilaisia epilepsia- tai masennuslääkkeitä. Opioideja voidaan ottaa suun kautta, nestemäisenä tai tabletteina, tai kiinnittää iholle kipulaastari. Mikäli nieleminen on vaikeutunut,

opioideja voidaan annostella myös ihon alle tai suoneen. Tulehduskipulääkkeitä jatketaan opioidin aloittamisen jälkeen osana kipulääkeyhdistelmää.

3.3 Hengenahdistus

- Hengenahdistusta esiintyy noin 75% kuolevista potilaista, sitä pidetään kivun lisäksi haastavimpana oireena. Hengenahdistus aiheutuu keuhkotuuletuksen heikkenemisestä, jonka seurauksena hiilidioksidi kertyy elimistöön. Hengenahdistus kuvaillaan tyypillisesti "hapen loppumiseksi", ja tämän vuoksi usko lisähapen hyötyyn voi olla vankka. Happea käytetäänkin yleisesti oirehoitona ja lisähapen antamisesta on harvoin haittaa.
- Hengenahdistuksen hoidossa käytetään tyypillisesti sekä lääkkeettömiä, että lääkkeellisiä hoitomuotoja. Pääsääntöisesti opioideja käytetään hengenahdistuksen hoidossa, mutta bentsodiatsepiinitkin voivat tulla kysymykseen silloin, kun opioideista ja lääkkeettömistä hoitomuodoista ei ole riittävää apua. Hengenahdistus tulee usein kohtauksittain, johon liittyy paniikkioireita, ahdistusta ja kuoleman pelkoa. Asennolla ja asentohoidolla on merkitystä saattohoitopotilaalle. Istuva tai puoli-istuva asento on optimaalinen potilaalle, joka kärsii hengenahdistuksesta

3.4 Yskä ja limaisuus

- Kuolevan potilaan yskää pyritään hoitamaan yskänrefleksin hillitsemisellä. Yskää hoidettaessa lääkkeenä käytetään ensisijaisesti opioideja, jotka vaimentavat yskärefleksiä. Kuiviin hengitysteihin tai sitkeään limaun voidaan kokeilla keittosuolaliuosta (NaCl 0,9 %) inhaloituna spiralla.

- Potilaan fyysisen voinnin salliessa liman irrotusta voidaan tehostaa pulloon puhalluksella, eli puhaltamalla letkulla vesipulloon. Riittäväällä asentohoidolla ja hyvällä koho- tai kylkiasennolla voidaan helpottaa liman poistumista tai sen limaisuuden häiritseviä vaikutuksia. Kun nieleminen on vaikeutunut, voidaan imulaitteen avulla imeä potilaan suusta limaa. Viimeisinä elinpäivinä osalla potilasta esiintyy syvällä hengitysteissä sijaitsevaa rohinaa, joka johtuu liman kertymisestä nieluun ja hengitysteihin. Liman imemiseen syvemmältä kuin suusta tulee pidättäytyä.

3.5 Ruoansulatuskanavan oireet

- Pahoinvointia, kuvottavaa tunnetta ja oksettavaa oloa voi esiintyä saattohoitopotilaalla. Jatkuva pahoinvointi ja oksentelu heikentävät potilaan elämänlaatua. Pahoinvointia voi ilmetä pitkään jatkuneen nälkiintymistilan seurauksesta, sekä suolen toiminnan laiskiintumisesta, mutta tavallisimmin pahoinvointi voi johtua kivunhoidossa käytetyistä lääkkeistä, kuten opioideista. Voimakas ja pitkään jatkunut oksentelu johtaa herkästi potilaan tilanteen hankaloitumiseen, koska elimistön nestetasapaino häiriintyy. Pahoinvointia voidaan hoitaa pahoinvointilääkkeillä. Nielemisvaikeus on yleinen oire kuolevalla potilaalla, sitä esiintyy useiden eri sairauksien loppuvaiheessa.
- Syljen erittymisen väheneminen johtaa suun kuivumiseen. Suun kuivuutta aiheuttaa myös monet lääkkeet, hengittäminen suun kautta sekä mahdollisesti käytössä oleva lisähappi. Suun hygieniasta ja kostutuksesta, esimerkiksi öljyllä tulee huolehtia päivittäin. Suun kipua ja kuivuutta voidaan hoitaa myös kylmillä juomilla, jääpalojen imeskelyllä ja keinosyljellä.
- On arvioitu, että noin puolet palliativisessa hoidossa olevista potilaista kärsii ummetuksesta. Potilaalla voi esiintyä ummetusta, vaikka hän söisi

vain vähän tai ei ollenkaan. Ummetukseen liittyy usein vatsakipua, vatsan turvotusta ja pahoinvointia. Se voi johtua myös saattohoitopotilaille käytettävistä lääkkeistä, eli useimmiten opioideista.

- Ummetuksen hoidossa laksatiivit säännöllisesti otettuna ovat tärkeitä, mikäli niillä ei saada riittävää apua, voidaan kokeilla helpottaa potilaan oloa peräpuikolla tai -ruiskeella. Kuoleman lähestyessä, elämän viimeisinä päivinä ummetus ei yleensä ole enää ongelma. Laksatiivit lopetetaan samalla kuin muukin suun kautta annettava lääkitys. Peräpuikkoja tai -ruiskeita ei myöskään enää käytetä.

4 PSYKKINEN, SOSIAALINEN JA HENGELLINEN TUKEMINEN

Kuoleman puheeksi ottaminen saa uuden merkityksen silloin, kun puhutaan tietyn ihmisen kuolemasta, jonka odotetaan tapahtuvan lähiaikoina. Kuolevalla potilaalla on jokin sairaus, jonka vuoksi hän kulkee kohti välitöntä kuolemaa. On huomioitava, että potilaalla on mahdollisesti perhe tai läheisiä ihmisiä, joiden kanssa hänellä on yhteinen eletty elämä, jonka läpikäyminen ennen kuolemaa on heille merkityksellistä.

Potilaan psyykkisten oireiden hoito on osa kokonaisvaltaista palliativista hoitoa. Psykkisten oireiden puheeksi ottaminen ja psyykkisestä voinnista kysyminen kuuluu hoitorutiiniin kaikissa saattohoidon vaiheissa.

Kun kuolevan potilaan vointi hiipuu niin hänellä voi ilmetä poikkeavaa uupumusta eli fatiikkia. Fatiikilla tarkoitetaan tilaa, jossa potilaalla voi olla apatiaa, kyllästyneisyyttä, uneliaisuutta, energian vähyyttä heikkoutta, motivaation puutetta tai suorituskyvyn alenemista. Tilan voi erottaa muusta väsymyksestä sillä, että se ei helpotu levolla. Fatiikkiin on kokeiltu muutamia lääkkeitä, joista ei kuitenkaan saatu näyttöön perustuvia suosituksia.

Saattohoitovaiheen potilaalla voi myös ilmetä delirium eli akuutti sekavuustila. Sekavuustilalla tarkoitetaan orgaanista aivotoiminnan häiriötä, jolloin potilaalla voi ilmetä tarkkaavaisuushäiriötä, muistin ja ajattelun häiriötä, tietoisuuden heikkenemistä, univalverytmin muutoksia sekä psykomotorisia ja emotionaalisia muutoksia saman aikaisesti. Deliriumiin suositellaan saattohoitovaiheen potilaalle ensisijaisesti lääkkeetöntä hoitoa. Antipsykootit voivat lisätä oireita ja aiheuttaa haittavaikutuksia.

Kuolevilla potilailla nousee toisinaan pintaan myös hengellisiä kysymyksiä. Etenkin potilaat, joilla hengellisyys on ollut osa elämää jo aikaisemmin, hän luonnollisesti kaipa hengellisyyttä myös elämän loppuvaiheessa. On havaittu, että hengellisiä ja eksistentiaalisia kysymyksiä, kuten elämän ja kuoleman tarkoitus, herää myös ihmisillä, joilla hengellinen toiminta ei ole kuulunut aikaisempaan elämään.



Evangelisluterilaisessa uskossa korostuu perheiden ja ystävien osuus, kun ihminen sairastaa. Jos saattohoidossa oleva potilas tai hänen omaisensa haluaa, niin hänelle voidaan kutsua sairaalapappi tarvittaessa. Sakramentit kuitenkin toimittaa luterilaisen kirkon pappi. Kuka tahansa kristitty voi toimittaa kasteen tai ehtoollisen, mikäli on kyse hätätilanteesta. Potilaan kuoltua, vainajan omaisille tarjotaan mahdollisuutta käydä katsomassa vainajaa. Saattohartaus voidaan pitää joko osastolla tai vainajaa laitettaessa arkkuun.

Helluntaiseurakunnalla ei ole varsinaisesti poikkeavaa tapaa saattohoitopotilaan hoidossa. Kuten evangelisluterilaisessa uskossa perheen ja ystävien osuus korostuu myös helluntaiseurakunnassa. Mikäli potilaalla ei ole lähiomaisia, niin silloin uskonystävien lähellä olo korostuu. Potilaan omat toiveet otettava huomioon ruokailun sekä viimeisten hetkien järjestelyjen suhteen. Helluntaiseurakunnalla ei

ole hätäkastetta, mutta kuolevan potilaan äärellä toivotaan ehtoollista, siunaamista ja esirukousta. Kun potilas kuolee, niin lähiomaisille annetaan mahdollisuus jäädä vielä vainajan luokse.

Jehovan todistajat eivät käytä verestä valmistettuja ruokia tai lääkkeitä, eivätkä he myöskään salli verensiirtoa. Useimmiten heillä on tahdonilmaisulomake mukana. Jehovan todistajille on tärkeää omaisten ja uskontoverien apu ja tuki, lisäksi Jehovan todistajilla on potilasvierailuryhmä, joka käy potilaan luona. Jehovan todistajilla ei ole hätäkastetta, eikä kuoleman lähestyessä sakramentteja tai pyhiä toimituksia. Potilas ja omaiset voivat päättää mahdollisesta ruumiinavauksesta.

Ortodoksit noudattavat kirkkovuoden mukaisia paastoja, potilaan lääkityksen ja voinnin sallimissa rajoissa. Potilaalle voidaan lukea rukouksia hänen toiveestaan. Sakramentit voi toimittaa ainoastaan ortodoksipappi ja hätäkasteen voi tehdä ortodoksi. Kun potilas tekee kuolemaa, hänelle voidaan laittaa ikoni sängyn lähelle, sytyttää rukouskynttilä ja annetaan lähtörauha. Annetaan potilaalle mahdollisuus hiljentymiselle. Kun potilas kuolee, niin vainaja puetaan perinteiden mukaan. Omaisilta voi myös kysyä tarkemmin toivomuksista. Pappien kohdalla pukemisessa on erikoismenettely arkkuun pukemisen suhteen. Hautaus tehdään mielellään kolmantena päivänä mahdollisuuksien mukaan, eikä vainajalle tehdä polttohautaus.

Saamelaisista useimmat ovat joko luterilaisia tai ortodokseja. Saamelaisille on tärkeää, että koko perhe ja mahdollisesti lähisuku pääsisivät sairaalassa olevan potilaan luokse. Saamenkieliselle tulisi voida tarjota palveluja ja hoitoa heidän omalla kielellään sekä kunnioittaa heidän kulttuuriansa. Saamelaiseen kulttuuriin kuuluu, että kun potilas tekee kuolemaa, niin häntä ei jätetä yksin, vaan hänen luonaan olisi koko ajan joku. Siksi olisi hyvä huomioida mahdollinen yksityishuone potilaalle, jotta nämä kulttuurilliset erityispiirteet tulisi huomioitua. Heillä on omat tapansa käydä keskustelua, kun kuolema lähestyy. He vierastavat perinteistä tapaa puhua kuolemasta. Silloin kun potilas kuolee niin omaiset useimmiten haluavat olla mukana vainajan siirtoon asti ja hoitaa vainajan pesut, pukemisen sekä veisaamisen, jotka ovat heille osa kokonaisuutta ja prosessia.

5 HOIDONRAJAUKSET

5.1 DNR (*Do Not Resuscitate*)

DNR-päätös eli elvyttämättäjättämispäätös tarkoittaa sitä, että potilaan kuollessa pidättäydytään painelupuhalluselvytyksestä, koska jo päätöstä laadittaessa on todettu, että potilas ei enää tule hyötymään elvytyksestä. Jokainen voi tehdä DNR-päätöksen myös itse, ja kirjata sen hoitotahtoonsa. Päätöksen voi tehdä myös lääketieteellisin perustein potilasta hoitava lääkäri. Lääketieteellisillä perusteilla tarkoitetaan lääkärin kokonaisvaltaista arviota potilaan tilanteesta. Päätöstä laadittaessa sekä potilasta että hänen omaisiaan on informoitava ja heidän kanssaan on keskusteltava päätöksestä. Valtaosa DNR-päätöksistä tehdään potilaille sairauden loppuvaiheessa tai saattohoitovaiheessa. Samassa yhteydessä usein rajataan hoidon ulkopuolelle muitakin tehottomaksi arvioitua hoitoja. Tämän vuoksi DNR-päätöstä usein pidetäänkin virheellisesti kaiken hoidon lopettamisena. DNR-päätös kuitenkin rajaa ainoastaan elvytyksen pois potilaan hoidosta. Hyvästä perushoidosta sekä kivunhoidosta huolehtiminen kuuluu jokaisen potilaan perusoikeuksiin riippumatta hoidonrajauksista.

Potilasasiakirjoihin tulee tehdä kirjallinen merkintä sovituista hoitolinjoista sekä DNR-päätöksestä perusteluineen. Kirjauksessa tulee käydä ilmi mahdollinen potilaan sekä omaisten kanssa käyty keskustelu sekä heidän mielenilmauksensa päätöksestä. On myös hyödyllistä merkitä DNR-päätös potilaan riskitietoihin, jotta se ei jäisi huomaamatta vaihtuvalta hoitohenkilökunnalta. Potilaan tila voi myös muuttua radikaalisti, jolloin DNR-päätös voidaan arvioida uudelleen, mutta päätöstä ei kuitenkaan välttämättä kumota.

Valvira (2015) on laatinut päivitetyn ohjeen vuonna 2015 liittyen hoitosuunnitelman laatimiseen sekä DNR-päätökseen. Uudessa ohjeistuksessa käy ilmi, että DNR-päätöksen tarkoitus ei ole ollut täysin selvää kaikissa hoitoyksiköissä. Tästä voi siis päätellä, miten tärkeää on viedä ja jakaa tietoa hoitoalan asioista kollegoille ja hoitoyksiköihin, jotta välttyttäisiin virheiden teolta.

5.2 Muut hoidonrajaukset

DNR-päätöksen lisäksi on muitakin hoitoja, jotka eivät kuitenkaan enää elämän loppuvaiheessa tuo apua potilaan tilanteeseen tai jotka voivat pitkittää potilaan kärsimystä. Näitä ovat esimerkiksi hengityskonehoito, leikkaukset ja dialyysi. Turhia tutkimuksia, kuten verikokeita tai röntgenkuvia tulisi välttää, elleivät ne ole merkityksellisiä hoidon kannalta. Siinä vaiheessa, kun saattohoitopotilas lakkaa syömästä ja juomasta, tulisi pidättäytyä myös suonensisäisestä nesteytyksestä, koska kuolevalla potilaalla neste imeytyy herkästi kudoksiin aiheuttaen usein turvotuksia ja hengenahdistusta.

Vaikeaa muistisairautta sairastavan potilaan siirto omasta tutusta ja turvallisuudesta hoitoyksiköstä sairaalan aiheuttaa potilaassa helposti ahdistuneisuutta ja sekavuutta. Tämän vuoksi tulisi jo ennakkoon pohtia mahdollisia siirtoja hoitoyksiköiden välillä ja voitaisiinko oireenmukainen hoito toteuttaa potilaan omassa hoitoyksikössä.

Antibiottihoidon tavoite on parantaa infektiota, mutta kuolevan potilaan hengityksen rohinan tai kuumeiluun antibiooteista ei yleensä ole apua. Elämän loppuvaiheen hoidossa antibiootit usein luokitellaankin elämää pitkittäväksi hoidoksi, eikä niitä suositella.

Potilas voi myös itse ilmaista oman mielipiteensä hoidoista. Hän voi tehdä sen joko suullisesti tai kirjallisesti, tätä kutsutaan hoitotahdoksi. Hoitotahto on oikeudellisesti sitova asiakirja. Hoitotahdolla potilas voi kertoa siitä, mitä hän haluaa tai ei halua itselleen tehtävän esimerkiksi elämää pidentävissä tilanteissa. Hoitotahto tehdään yleensä siksi, että jos potilas joutuu tilanteeseen, jossa hän ei enää itse pysty ilmaisemaan esimerkiksi sairauden vuoksi hoitovalintojaan. Näiden päätösten on tarkoitus helpottaa omaisten päätöksen tekoa, silloin kun tilanne sellaista vaatii. Hoitotahdon voi tehdä missä iässä tahansa ja sitä voi muuttaa, mikäli itse niin haluaa.

6 LÄHEISTEN TUKEMINEN JA TYÖNTEKIJÖIDEN JAKSAMINEN

Omaisien lähestyvä kuolema ja sen puheeksi ottaminen tulee ajankohtaiseksi, kun potilas on jo hyvin heikko ja arvioiden lähellä kuolemaa. Omaisille on tärkeää puhua lähestyvistä kuolemista hyvissä ajoin, jotta he ymmärtävät, että hyvästien aika lähellä. Omaiset eivät sure sitä, että yhteistä aikaa onkin vietettävänä luultua enemmän, vaan omaiset surevat usein sitä, että eivät ymmärtäneet yhteisen ajan loppuvan niin pian.

Rauhallisella vuoropuhelulla voidaan kulkea kohti tietoa, että kuolema on lähellä. Viipyminen vahvistaa potilaan toivoa. Kuolema ei ole niin pelottava, että kaikki vaikenisivat, yrittäisivät peitellä tulevaa ja lähtisivät karkuun. Kuolema on merkityksellinen, ja ihminen tarvitsee tukea kulkiessaan sitä kohti. Myös elämä on merkityksellinen, eikä kuolema tee elämää elämättömäksi.

Vakavasti sairaan omaisen elää myös hyvin vaativassa elämäntilanteessa. Omaisella on usein yhtä paljon ahdistusta ja masennusta kuin potilaalla itsellään, siksi he tarvitsevat työntekijöiden arvostuksen ja tuen. Luottamusta luodaan kysymällä myös omaisen vointia. Omaiselta kannattaa myös tiedustella, mitä hänelle on kerrottu, miten hän kokee tilanteen, mitä hän toivoo tai miten hän kotona pärjää? Omaista voi myös kiittää rakentavasta suhtautumisesta, välittämisestä ja arvokkaasta työstä, koska hän huolehtii vakavasti sairaasta läheisistään. Siirtyminen puolison tai lapsen roolista hoitajan rooliin on uusi ja monenlaisia tunteita herättävä tilanne.

Työntekijöiden jaksaminen:

Saattohoidossa jaksaminen koskee kaikkia hoidon osapuolia, myös lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa. Silloin kun hoitaja on toistuvasti tilanteessa, jossa joudutaan kertomaan huonoja uutisia, se ei voi olla vaikuttamatta kertojaan. On vaikea katsoa ja hyväksyä kuolevan potilaan elämään sisältyvää kärsimystä, jota ei täysin voi helpottaa. Saattohoito termi tarkoittaa nimenomaan kuolevan potilaan mukana kulkemista ja loppuun saattamista.

Hoitohenkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä ja havainnointikykyä saattohoitotyössä, se asettaa usein haasteita hoitajien jaksamiselle. Kuoleva potilas pyrkii suojelemaan omaisiaan tunteenpurkauksilta ja ahdistukselta, jolloin he purkavat tuntojaan hoitajille. Pääsääntöisesti hoitohenkilöstön työperäinen ahdistus saattohoidossa aiheutuu kuolevaan potilaaseen samaistumisesta sekä jatkuvasta kuoleman kohtaamisesta.

Työnohjauksen merkitys korostuu saattohoitotyötä tehdessä. Se perustuu vuorovaikutukseen ja siinä pureudutaan erityisesti henkilökunnan työn tukemiseen, ymmärtämiseen sekä tutkimiseen. Työnohjausta voidaan tehdä yksilöinä sekä ryhmässä, ryhmäohjaus tukee työntekijöiden välistä yhteistyötä. Työnohjauksen yhtenä tavoitteena on huolehtia työntekijöiden jaksamisesta.

Hoitohenkilökunnan tulee tukea toinen toisiaan hoitoa koskevissa asioissa sekä ammatillisessa kehittämisessä. Oman, sekä muiden ammattiryhmien edustajien asiantuntemusta kunnioitetaan ja tehdään hyvää yhteistyötä heidän kanssaan. Kuolemasta keskustellaan, ja kuolemia käsitellään työyhteisössä. Moni kokee, että keskustelut muiden hoitajien, esimiesten tai lääkäreiden kanssa auttaisivat käsittelemään kuolemia. Stressaavista ja henkisesti raskaista työasioista palautumista edistää työntekijöiden riittävä lepo, liikunta, mielekäs tekeminen sekä sosiaalinen toiminta. Työstä palautumisen kannalta on tärkeää, että vapaa-ajalla saisi ajatukset irti töistä.

Työntekijän voimavarat jakautuvat kolmeen osa-alueeseen: fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin. Hoitajan hyvä fyysinen kunto edistää työssä jaksamista. Psykkisistä voimavaroista puhuttaessa hyvä itsetunto, myönteisen elämänasenne, ammattipätevyys sekä kyky stressinhallintaan on tärkeää. Sosiaaliset voimavarat pitävät sisällään perheen ja läheiset, ystävät ja työyhteisön. Jokaisen tulisi pyrkiä hyvään ja rakentavaan vuorovaikutukseen sekä siihen, että työn vastapainoksi on muitakin tärkeitä asioita henkilökohtaisessa elämässä.

7 KUOLEMAN TOTEAMINEN JA VAINAJAN HOITAMINEN

7.1 *Hetki ennen kuolemaa*

Kuoleman koittaessa potilaan sydämen toiminta ja hengitystoiminta loppuu. Potilaan kehoon ilmaantuu lautumia ja ruumiinlämpö laskee. Hoitolaitoksissa hoitaja kirjaa kuolinajan ja ilmoittaa kuolemasta potilaan omaisille. Lääkäri suorittaa ulkoisen ruumiintarkastuksen ja toteaa potilaan kuolleeksi. Kuolema tulisi todeta mahdollisimman pian, viimeistään kuolemaa seuraavana päivänä.

Ennen potilaan kuolemaa omaisille olisi hyvä kertoa mitä kuoleman hetkellä tapahtuu, tämä helpottaa usein omaisten pelkoa. Mikäli kuolinhetkellä potilashuoneessa on paikalla omaisten lisäksi hoitaja, pysyttelee hoitaja taka-alalla, koska hetki on omaisille herkkä ja intiimi. Omaisten hyvästeille on annettava riittävästi aikaa. Virallisella lääkärin suorittamalla kuoleman toteamisella ei ole kiirettä. Omaisten mieliin jää hoitohenkilöstön toiminta, rauhallinen ja empaattinen käytös, mikä auttaa omaisia vaikealla hetkellä.

Kynttilän sytyttäminen vainajan muistoksi on kaunis ja symbolinen ele.



Hoitajalle vainajan laittaminen on viimeisen hyvästelyn hetki, ja se on luonnollinen osa hoitosuhteen päättämistä. Vainajan laittaminen hoidetaan yksikkökohtaisesti sovitulla, kuolemaa ja vainajaa kunnioittavalla tavalla. Omaisille tarjotaan mahdollisuus tulla hyvästelemään vainaja ennen siirtoa.

Hoitajan on tärkeää edetä sovitun kaavan mukaan ja lisäksi pystyä olemaan tilanteessa oikealla tavalla, vainajaa kunnioittaen ja omaisia tukien.

7.2 Vainajan laitto

Kun potilas, ihminen kuolee, hänet laitetaan selkäasentoon. Vainaja voidaan pestä, harjataan hiukset, ajetaan parta sekä hänelle laitetaan hammasproteesit, mikäli hänellä on sellaiset. Vainajalta suljetaan silmät joko varoen painamalla silmäluomet kiinni, tai laittamalla kostutetut taitokset silmien päälle. Suu laitetaan mahdollisimman luonnolliseen asentoon kiinni, tähän voi käyttää tueksi esim. si-deharsosidosta, pään alle voidaan laittaa pieni tyyny, jonka avulla leuka saadaan oikeaan asentoon. Jos vainajalla on tyhjentämätön rakko, se voidaan tyhjentää kertakatetrilla, lisäksi vainajalle laitetaan vaippa, joka toimii suojana mahdollisille virtsa- ja ulostevuodoille.

Vainajan alle asetetaan kertakäyttölakana, helpottamaan vainajan siirtoa sängystä paareille. Vainajalle laitetaan kuolinpaita, tai omaisten toiveiden mukaan vainajan omat vaatteet, jotka he ovat valinneet. Vainajan jalat sidotaan nilkoista yhteen. Vainajalle laitetaan tunnistelappu, josta käy ilmi vainajan henkilötunnus, nimi, syntymä- ja kuolinaika, sairaalan nimi ja osasto. Tunnistelappu laitetaan kiinni vainajaan yksikkökohtaisten ohjeiden mukaisesti joko ranteeseen tai nilkkaan tai molempiin. Viimeiseksi vainajan päälle laitetaan valkoinen lakana, johon voidaan taitella esim. risti, riippuen potilaan henkilökohtaisesta vakaumuksesta. Kun vainaja on laitettu, niin vainajaa voidaan pitää omassa huoneessaan muutamia tunteja ennen kylmähuoneeseen siirtoa. Tänä aikana omaiset voivat käydä katsomassa vainajaa.

Exitus- setti:

Exitus- setit ovat valmistaja kohtaisia, mutta pääsääntöisesti niihin kuuluu;

- ◆ 2 kpl kuitutaitos 5x5cm
- ◆ 2 kpl kuitukangasnauhaa
- ◆ 2 kpl sideharsorullia
- ◆ 3 kpl nimikortteja
- ◆ 1 kpl kertakäyttölakana 140x240cm
- ◆ 1 kpl vainajanpaita
- ◆ 1 kpl kuitukangasliina 35x35cm
- ◆ 1 kpl hakaneula
- ◆ 1 kpl saniteettivaippa 55x60cm

7.3 Mitä tapahtuu kuoleman jälkeen?

Kun potilas on todettu kuolleeksi, niin useimmiten potilasta hoitanut lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen, sekä hautausluvan ja ilmoittaa kuolemasta Väestötietojärjestelmään. Väestötietojärjestelmästä menee tieto henkilön kuolemasta Tilastokeskukseen, Kelaan, sotilaspiiriin, verotoimistoon sekä henkikirjoittajalle.

Mikäli kuolemaan johtanut syy ei ole ilmeinen, kuolema on tapahtunut yllättäen tai kuoleman on aiheuttanut itsemurha, rikos, myrkytys, tapaturma, ammattitauti tai hoitotoimenpide, niin kuolinsyyn selvittämiseksi tehdään oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus tai lääketieteellinen ruumiinavaus. Kuolemaan johtavia ilmeisiä syitä on sairaudesta tai vanhuudesta johtuva menehtyminen. Oikeuslääketieteellisestä ruumiinavauksesta vastaa poliisi. Lääketieteellinen ruumiinavaus voidaan tehdä, jos se on tarpeellinen, vainajan omainen tai läheinen henkilö pyytää sitä tai potilas on ollut sairaalassa tai terveyskeskuksessa lääkärin hoidossa. Lääketieteelliseen ruumiinavaukseen tarvitaan kuitenkin omaisten lupa, ilman sitä, avausta ei voida tehdä. Jos potilaan lähiomaisia ei tavoiteta tai heitä ei ole niin THL voi myöntää luvan lääketieteelliseen ruumiinavaukseen tarvittaessa.

Omaiset voivat antaa hautaustoimiston hoitaa vainajan pukemisen, siirtämisen arkkuun, siirron ruumishuoneelta kappeliin sekä muistotilaisuuden tai siunaamisen järjestämisen. Omaiset voivat myös itse hoitaa edellä mainitut asiat. Vainaja voidaan luovuttaa, kun hautauslupa on annettu.

Tällä hetkellä Ryhmäkoti Koivikko toimii aikaisemmin laadittujen ohjeiden mukaan vainajan siirtoon liittyen, siihen saakka, kunnes saattohoidon toteutus mahdollistuu Ryhmäkoti Koivikossa.



Aurinko nousee, on kastetta maassa

Aika on herätä nousta ja lähteä

Kohdata ystävä kallehin

Niin kaunis on maa, niin korkea taivas

Soi lintujen laulusta kukkiva kunnas

Ja varjoisat veet, niin varjoisat veet

Aurinko laskee, jo pitenee varjot

Aika on eron ja jäähyväisten

Poissa on ystävä kallehin

LÄHTEET

Anttonen, M-S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa – Subjekttiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenten ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Coyne, P., Mulvenon, C. & Paice, J. 2018. American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement: Pain Management at the End of Life. Viitattu 9.12.2018 <https://www.sciencedirect-com.ez.lapinamk.fi/science/article/pii/S1524904217305957?via%3Dihub>

Crosen, E., Keim-Malpass, J., Bohnenkamp, S. & LeBaron, V. 2018. The Medical-Surgical Nurse's Guide to Understanding Palliative Care and Hospice, 216. Viitattu 1.12.2018 <http://web.b.ebscohost.com.ez.lapinamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=e50db1ac-8475-4f2e-bc5d-8b5469f38379%40sessionmgr101>

Leino, E. 1902. Kangastuksia

Halonen, A. 2011. Hoitajien henkinen hyvinvointi saattohoitotyössä. Viitattu 23.1.2019 http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47876/Halonen_Anu.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Heiskanen, T. 2015. Kivunhoito periaatteet ja lääkehoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 53-54

Hietanen, P. 2015. Vuorovaikutus omaisten kanssa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 247-248

Hillilä M. 2015. Ummetus, ripuli ja askites. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 143-146.

Hänninen, J. 2015. Kärsimyksen ja surun kohtaaminen lääkärin työssä. Viitattu 4.12.2018 <http://www.oppiportti.fi/op/pli00341/do>

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10-33

Hänninen, J. 2018. Kuolemme vain kerran. Kustannusosakeyhtiö Otava 2018,165-167.

Idman, I. 2015. Psykykinen tuki. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 219

Iivanainen, A. & Syväoja P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.-2. painos. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna 2009. 547-548, 549-550.

Jänikselä, T. 2014. Työntekijöiden kokemuksia potilaan kotihoidossa esiintyvistä ongelmista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma

Kankkunen, P. & Vehviläinen–Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 223

Korhonen, T., Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Teoksessa Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2013:129. Viitattu 10.11.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>

Käypä hoito 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 20.10.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063>

Laakkonen, M-L., Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2016. Geriatria. Kuolevan hyvä hoito. Viitattu 10.10.2018 <http://www.oppoportti.fi/op/ger04400/do>

Laine, H. 2018. Lääkärikirja Duodecim. DNR-päätös. Viitattu 16.11.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk01180

Lehto, J. & Pöyhiä, R. 2015. Hengenahdistuksen syyn mukainen hoito. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 96-100

Lehto, J. & Pöyhiä, R. 2015. Runsaat hengitystie eritteet. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 103-104

Lehto, J. 2015. Hoitolinjaus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 11-14.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. Duodecim 2013:129, 398-399. Viitattu 10.11.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10828>

Lyyra, M. 2017. Elvytys vanhainkodissa. Lääkärilehti 26.5.2017. Viitattu 29.12.2018 [https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tyossa/ilman-ajanva-
rausta/elvytys-vanhainkodissa/](https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/tyossa/ilman-ajanva-
rausta/elvytys-vanhainkodissa/)

Matilainen, E. 2017. Kuoleman toteaminen. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja, Duodecim (toim.) Viitattu 5.11.2018 <http://www.terveysportti.fi.ez.lapinamk.fi/dtk/shk/koti>

Mattila, K-P. 2017. Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. Viitattu 1.12.2018 <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/ajassa/nakokulmat/hyva-saattohoito-ja-karsimyksen-kohtaaminen/>

Mattila, K-P. Kuolemaansa lähestyvälle ja hänen perheelleen on hyvä puhua kuolemasta rohkeasti ja lempeästi. Duodecim 2018 vol. 134. no.8 s. 834-835. Viitattu 22.10.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo14273>

Matzo, M., Marianne Matzo & Sherman, D. W. 2014. Palliative Care Nursing. Springer Publishing Company, 352. Viitattu 5.11.2018 <https://ebookcentral-proquestcom.ez.lapinamk.fi/lib/ramklibraryebooks/reader.action?docID=1718245&quer=>

Qvick, L. 2010. Sairaanhoidtaja ja työtoverit. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoidtajan käsikirja. 5. uudistettu painos 2010. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 764

Rahko, E. & Koskela, R. 2015. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 132-135

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan potilaan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma.

Saarto, T. 2015. Mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10-11

Saarto, T. 2015. Nielemisvaikeus. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 115

Saarto, T. Hänninen, J. & Vainio, A. 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Duodecim

Sarivaara, S. Lämsä, R. Seppälä, U. 2018. Kuolema vuodeosastolla- Kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. Gerontologia vol 32, nro. 1, 14-15, 10-11, 13. Viitattu 1.11.2018 <https://journal.fi/gerontologia/article/view/67817/30961>

Siltala, P. 2017. Elämän päättyessä, Matka kohti kuolemaa. Helsinki: Pirkko Siltala ja Kirjapaja, 96-97

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. Viitattu 1.12.2018 <https://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot>

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys Ry. 2017. Mitä on palliatiivinen hoito? Viitattu 8.10.2018. https://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Kolmiportainen malli ja hoidon saatavuus. Viitattu 30.12.2018 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/kolmiportainen-malli-ja-hoidon-saatavuus>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Kuolemansyyntä selvittämisen järjestelmät. Viitattu 7.2.2019 <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon->

erityispalvelut/oikeuslaakinta/kuolemansyyn-selvittamisjarjestelmat/laaketieteellinen-kuolemansyyn-selvittaminen

Terveyskylä. Henkinen ja hengellinen tuki. Viitattu 10.11.2018. <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/tukea/henkinen-ja-hengellinen-tuki>

Terveyskylä. Hoidon rajaukset. Viitattu 4.11.2018. <https://www.terveyskyla.fi/pal-liatiivinentalo/palliativinen-hoito/hoitolinjat>

Terveyskylä. Pahoinvointi. Viitattu 11.11.2018 <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/oireiden-hoito/oireet/pahoinvointi>

Terveysportti, lääketieteen termit, kuolema. Viitattu 5.10.18. <http://www.terveysportti.fi.ez.lapinamk.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q//lte11666>

Vainio, A. & Vuorinen, E. Kivun esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen, A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 45-46

Vakaumuksen kunnioittaminen- palliativinen hoito eri uskonnollisissa ja kulttuurisissa ryhmissä 2018, 8-9, 12, 19, 21. Viitattu 1.1.19. http://www.uskotresa.fi/data/liitteet/palliativinen_hoito_ja_uskonnolliset_ryhmat_2015-11-27.pdf

Valvira 2015. Ohje 25.5.2015. Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. Viitattu 29.12.2018 [HYPE://www.valvira.fi/documents/14444/236783/Ohje_hoitosuunnitelmat_ja_DNR_paatos.pdf/cfff4d23-d667-47db-aea1-4ae1a360c3e4](http://www.valvira.fi/documents/14444/236783/Ohje_hoitosuunnitelmat_ja_DNR_paatos.pdf/cfff4d23-d667-47db-aea1-4ae1a360c3e4)

Kuvio 1. Vaasan keskussairaalan sivulta. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukset/paivakirurgia/anestesiologia/leikkauksen-jalkeen/>

Kuvio 2. PAINAD-mittari

Liite 1. Vanhustyön keskusliitto. http://www.vtkl.fi/document/1/1908/843ead2/Hyvan_saattohoidon_muistilista_kaavio_indd.pdf

Liite 2. Koulutusvaatimukset palliativisen hoidon eri tasoilla

Liite 3. PAINAD-mittari

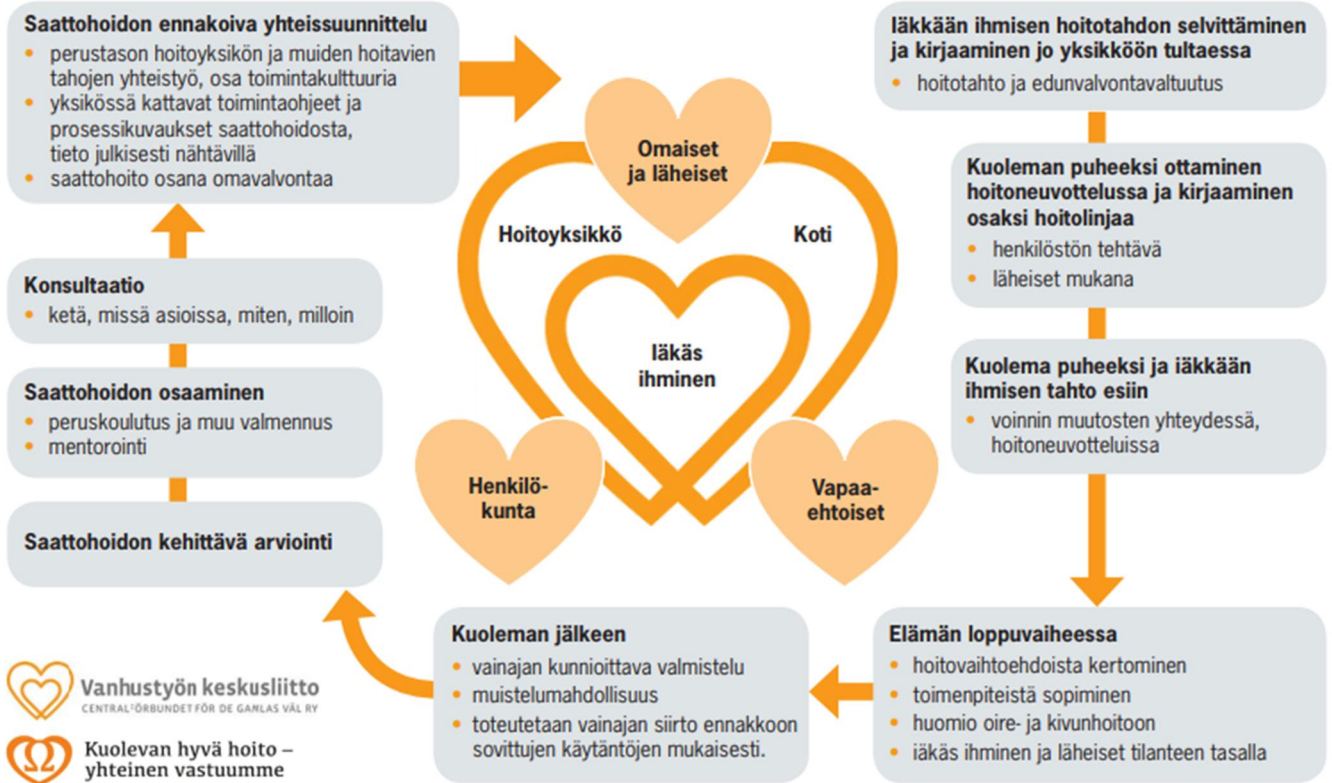
LIITTEET

Liite 1. Hyvän saattohoidon muistilista

Liite 2. Koulutus vaatimukset palliatiivisen hoidon eritasoilla

Liite 3. PAINAD-mittari

Hyvän saattohoidon muistilista



Liite 2.

	Kaikki terveydenhuollon ammattilaiset	A (Perustaso)	B (Erityistaso)	C (Vaativa erityistaso)
Koulutus	Perusopinnot - Lääkärit - Sairaanhoitajat - Lähihoitajat	Vähintään vastuulääkäreillä ja -sairaanhoidajilla yleistä jatkokoulutusta	Vähintään vastuulääkäreillä ja -sairaanhoidajilla erikoistumiskoulutus	Kaikilla lääkäreillä ja sairaanhoitajilla erikoistumiskoulutus
Yksiköitä	Kaikki terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yksiköt	Vuodeosastot, joissa saattohoitoa muun toiminnan ohessa Ympäri vuorokautisen hoidon yksiköt, joissa asukas hoidetaan elämän loppuun saakka	Sairaaloiden palliatiiviset yksiköt Osa saattohoito-osastoista ja -kodeista Kotisairaalat	Yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuskeskukset Osa saattohoito-osastoista ja -kodeista

Liite 3.

PAINAD-kipumittari muistisairaan kivun arviointiin*Pisteytys 0-10, 0 = ei kipua, 10 = sietämätön kipu*

Havainnointi kategoria	Pisteluokka		
	0	1	2
<i>Hengitys</i>	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista	Hengitys äänekästä ja vaivalloista
<i>Ääntely</i>	Ei ääntelyä Rauhallinen ääntely	Satunnaista vaikerointia Vaikeroivaa puhetta	Rauhatonta huutelua Äänekästä vaikerointia, voihketta tai itkua
<i>Ilmeet</i>	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, tuima, pelokas	Irvistelevä
<i>Kehon kieli</i>	Levollinen	Kireä, ahdistunut tai levoton liikehdintä	Jäykkä, kädet nyrkissä, raajat vetäytyneet, työntää luotaan pois, riuhtoo
<i>Lohduttaminen</i>	Ei tarvetta lohduttamiselle	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle	Lohduttaminen tai huomion pois kääntäminen ei onnistu