

# SAATTOHOITOKANSIO

OHJEITA KUOLEVAN HOITON RUSKATALOJEN HENKILÖKUNNALLE

Piia Aho ja Hannele Niinisalo

Kevät 2012

Opinnäytetyö

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

DIAK, Länsi, Pori

Hoitotyön koulutusohjelma

suuntautumisvaihtoehto

Hoitotyön

Diakonisenhoitotyön

Sairaanhoitaja (AMK)

Sairaanhoitaja+ Diakonissa (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Aho, Piia & Niinisalo, Hannele. Saattohoitokansio, ohjeita kuolevan hoitoon Ruskatalojen henkilökunnalle. Pori, kevät 2012, 41 s. Liitteitä 1.

Diakonia ammatti-korkeakoulu, Diak Länsi, Pori. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK) / sairaanhoitaja Diakonissa (AMK)

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa ohjekansio, joka toimisi työvälineenä saattohoidossa Ruskatalojen palveluyhdistys ry:n palvelutalojen henkilökunnalle Porissa. Kansion tarkoituksena oli antaa hoitajille ohjeet saattohoitopotilaan hyvään hoitoon.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa on kuvattu saattohoidon keskeiset käsitteet ja esitetty tietoa saattohoitopotilaan oireista ja niiden hoidosta sekä psyykkisestä että hengellisestä tukemisesta ja omaisten huomioimisesta sekä tukemisesta. Lisäksi teoriaosuudessa kuvataan oppaan tekemisen teoriaa. Kansio toimii käytännön oppaana saattohoidosta.

Asiasanat: saattohoito, kuolema, ohjeet

## ABSTRACT

Aho, Piia & Niinisalo, Hannele. Hospice File - Guidelines for Nursing Personnel in Ruskatalo in Taking Care of Dying Patients. 41 p.; 1 appendix. Pori, Spring 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse / Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse + deaconess.

The aim of this thesis was to produce a guide for the service association of an old people's home called Ruskatalot in Pori. The file can be used as a tool in hospice care. The meaning of the hospice file is to give guidelines for good hospice care.

The most important concepts of hospice care are explained in the theory part of this thesis. The thesis has also information about symptoms and care of symptoms and mental and spiritual supporting of hospice care patients. The hospice file serves as a practical guide of hospice care.

Keywords: hospice care, death, guidelines

## SISÄLTÖ:

1 JOHDANTO-----	5
2 SAATTOHOIDON NYKYTILA SUOMESSA-----	6
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET -----	9
4 ARVOKAS KUOLEMA JA SAATTOHOITO -----	10
4.1 Saattohoito-----	10
4.2 Hoitotahto -----	12
4.3 Saattohoidon arvot ja saattohoitopotilaan oikeudet-----	13
4.4 Saattohoidon toteuttaminen -----	14
5 SAATTOHOITO FYYSISESTÄ NÄKÖKULMASTA -----	16
5.1 Hyvä perushoito -----	16
5.2 Kipu-----	18
5.3 Saattohoitopotilaan yleisimmät oireet ja niiden hoito -----	20
6 KUOLEMAN LÄHEISYYDEN AIHEUTTAMAT TUNTEET -----	23
7 HENKISYYS JA HENGELLISYYS KUOLEVAN HOIDOSSA-----	27
8 TOIMINTA KUOLEMAN JÄLKEEN-----	30
9 SAATTOHOITOKANSION RAKENTAMISEN TEORIAA -----	32
10 PROSESSIKUVAUS-----	34
10.1 Tuotteen kehittelyvaihe -----	35
10.2 Kansion viimeistely-----	38
11 POHDINTA -----	40
12 LÄHTEET: -----	42
LIITE 1: SAATTOHOITOKANSIO, OHJEITA KUOLEVAN HOITON RUSKATALOJEN HENKILÖKUNNALLE-----	45

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe syntyi tarpeesta. Tämän päivän trendi on, että ihmiset saisivat kuolla koteihinsa, joten saattohoito palvelutaloissa tulee yleistymään. Hannele Niinisalon työpaikalla Porin Ruskatalojen palveluyhdistys ry:ssä on alettu viimeaikoina toteuttaa myös saattohoitoa. Henkilökunnalla ei ole aiempaa kokemusta saattohoidosta, joten ohjeita tarvitaan kipeästi, niin kuolevan hyvästä hoidosta kuin hänen ja hänen omaistensa kohtaamisestaankin. Saattohoitotilanteet aiheuttivat työyhteisössä pelkoa ja ahdistusta, koska työntekijöillä ei ollut ”välineitä” kohdata uudenlaista haasteellista tilannetta. Se kuormitti työyhteisöä. Piia Aholla on kokemusta työskentelystä saattohoitokodissa, olemme molemmat kiinnostuneita aiheesta: Hyvä kuolema fyysisenä, psyykkisenä, hengellisenä ja henkisenä kokemuksena. Haluamme etsiä lisää tietoa ja jakaa sitä oppaan muodossa Ruskatalojen henkilökunnalle. Näin lisäämme henkilökunnan tietämystä ja autamme heitä tässä vaativassa työssä saattohoidon parissa.

## 2 SAATTOHOIDON NYKYTILA SUOMESSA

Saattohoito on aina ajankohtainen asia, ihmiset kuolevat ja tarvitsevat laadukasta hoitoa tehdessään kuolemaa. Pikkuhiljaa on päästy eroon käsitteestä, että kuolemaan kuuluu kipu ja kärsimys olennaisena osana. Nykyään panostetaan laadukkaaseen saattohoitoon ja pohditaan sen onnistumista eri näkökulmista. Esimerkkinä tästä ovat myös Ruskatalot, joissa on alettu toteuttaa kotisaattohoitoa, enää ei tarvitse vanhuksen lähteä kotoaan kuolemaan vieraseen paikkaan, vaan hän saa kuolla tutussa ympäristössä tuttujen ihmisten hoitamana.

Saattohoito on ollut viime vuosina usein esillä mediassa. Useimmiten julkisuus on ollut kielteistä, ja liittynyt riittämättömään tai epäonnistuneeseen kivunhoitoon, on kuitenkin ollut myös positiivisia kokemuksia onnistuneesta saattohoidosta. Tällä hetkellä julkisuudessa on herännyt paljon keskustelua eutanasiasta. Suomen ensimmäisen saattohoitokodin lääkäri Timo Leinokin, joka on työskennellyt Pirkanmaan hoitokodissa sen perustamisesta alkaen, on ottanut kantaa keskusteluun. Hän ei hyväksy eutanasiaa ja kertoo, ettei hänen kohdalleen ole tullut koko hänen uransa aikana tilannetta, jossa hän olisi joutunut tilanteeseen jossa olisi kokenut eutanasian tai kuten hän itse sanoo potilaan surmaamisen olleen tarpeellista. (Leino 2012.) Yhdymme tähän mielipiteeseen, hyvä saattohoito ei pitkitä kuolemaa, muttei myöskään jouduta sitä. Piia Aho on kuitenkin joutunut Pirkanmaan hoitokodilla kahdesti tilanteeseen, jossa potilas on pyytänyt apua eutanasiaan. Tilanteet ovat syntyneet, kun kipulääkitystä ei ole saatu vielä kohdalleen, ja potilas on ollut erittäin kivulias. Nämä tilanteet ovat olleet erittäin vaikeita. Eutanasia on kuitenkin lainvastaista, ja hoitajan ja muun ammattihenkilön on noudatettava lakia, vaikeaksi asian on tehnyt potilaan kohtaaminen tilanteessa jossa hänen pyyntönsä eivät kohtaa lakia ja omaa moraalila sekä ammattietiikkaa. On henkisesti raskasta kieltäytyä ja perustella kieltäytyminen kun kuoleva anoo apua, vaikka tietää ja tunteeikin kieltäytymisen olevan ainoa oikea vastaus. Näissä molemmissa Piia Ahon kohdanneissa tapauksissa

potilas kuoli rauhallisesti eikä pyytänyt eutanasiaa, kun oli päästy lääkityksessä oikeaan annostukseen. Aina ei kuitenkaan kipua voida kokonaan poistaa, tai edes siedettäväksi lievittää. Tällöinkään mielestämme eutanasia ei ole vaihtoehto, mutta palliatiivisena eutanasia saattaa olla aiheellista, tätä ei kuitenkaan voida toteuttaa kotisaattohoidossa, joten emme käsittele sitä tässä työssämme enempää.

Suomessa on selvitetty saattohoidon tilaa maanlaajuisesti viimeksi vuonna 2009 jolloin, asiantuntijat keskustelivat peruspalveluministeri Paula Risikon kutsumina hyvästä saattohoidosta Suomessa ja ehdottivat, jotta potilaan sujuva ja laadullisesti hyvä saattohoitopolku varmistettaisiin, hyvän saattohoidon kriteerit sekä työnjako terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa päivitetäisiin. Suositettiin, että sairaanhoitopiirit ja osittain suuret kaupungit ottaisivat vastuun saattohoitosuosituksen laatimisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009.)

Keväällä 2009 sosiaali- ja terveysministeriössä käydyn keskustelun, saattohoidon kehittämisestä, jälkeen selvitettiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne ja laadittiin saattohoitosuositukset. Kun saattohoitosuosituksen laatimista tarkasteltiin vuonna 2010, kolme neljästä sairaanhoitopiiristä ja suuresta kaupungista oli laatinut saattohoitosuunnitelman. Suurten kaupunkien suunnitelmat olivat yhtä lukuun ottamatta yhteisiä sairaanhoitopiirien kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Myös tässä opinnäytetyössä on käytetty kyseisenä ajankohtana laadittuja ja päivitettyjä saattohoitosuosituksia.

Saattohoitoa säätelevät useat sopimukset, lait ja suositukset. Keskeisiä kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia ovat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (voimaan 2009). Suomessa saattohoitoa koskettavia lakeja ovat perustuslaki (731/1999) perusoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Suosituksia ovat sairaanhoitopiirien laatimien saattohoitosuositusten lisäksi lääketieteellistä

saattohoitoa ohjaava Käypä hoito -suositus Kuolevan potilaan oireiden hoidosta (2008) sekä WHO:n antamat palliativisen hoidon suositukset vuodelta 2002. Kaikissa näissä korostuvat ihmisen perusoikeudet ja itsemääräämisoikeudet sekä yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen.( Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Opinnäytetyömme on produktio, jonka toteutamme Ruskatalojen palveluyhdistys ry:n palvelutalolle. Palvelutaloja on neljä, Ruskakoti, Ruskahovi, Ruskalinna ja Ruskala, jotka kaikki sijaitsevat Porissa. Ruskatalojen palveluyhdistyksen toiminta on voittoa tavoittelematonta ja yleishyödyllistä toimintaa. Yhdistys tuottaa avo- ja asuinpalveluja ikäihmisille. Painopiste toiminnalle on luotettava ja turvallinen kotona asuminen. Toiminta-ajatuksena on tuottaa asiakaslähtöisiä asumis- ja vanhuspalveluita laadukkaasti ja yksilöllisesti. Palveluiden tarkoituksena on tukea asiakkaiden hyvinvointia, terveyttä, vireyttä, omatoimisuutta sekä turvallista asumista. Ruskatalojen toimintaa ohjaavat arvot: Vanhusten arvostaminen, laadukkuus, turvallisuus, luotettavuus, ystävällisyys, yksilöllisyys, viihtyisyys ja taloudellisuus (Ruskatalojen palveluyhdistys ry, i.a.)

Tavoitteenamme on koota saattohoitokansio, joka palvelee henkilökuntaa saattohoitotilanteissa ja samalla auttaa myös asukkaita saamaan arvokasta ja oikeanlaista hoitoa kuoleman lähestyessä. Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää saattohoitoa Ruskatalojen palveluyhdistyksen palvelutaloissa ja antaa henkilökunnalle tietoa saattohoidosta ja kuolevan kohtaamisesta niin fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä kuin henkisestäkin näkökulmasta. Ruskataloilla toteutetaan vastuuhoidajuutta, ja haluamme korostaa vastuuhoidajuuden merkitystä saattohoidossa. Vastuuhoidaja ei työskentele yksin, vaan hänellä on tukenaan koko hoitotiimi. Haluamme tukea koko tiimin selviämistä saattohoidosta ja lisätä heidän tietouttaan tässä arvokkaassa työssä. Toivomme, että henkilökunta saa lisää työkaluja kuoleman kohtaamiseen ja saattohoitoon. Työntekijät voivat etukäteen tutustua kansioon tulevia tilanteita varten.

## 4 ARVOKAS KUOLEMA JA SAATTOHOITO

Kuolema ei useinkaan tule yllättäen. Kaikki me toivomme kuolevamme ”saappaat jalassa” tai yllättäen nukkuessamme ilman edeltävää sairastamista ja kipua. Näin armollista loppua emme kuitenkaan usein kohtaa. Kuolemaa edeltävän ajan pituus vaihtelee kohdallamme. Saattohoito on nimitys hoidolle kun kuratiiviset keinot on kokeiltu ja/tai ne eivät ole enää järkeviä. Saattohoito tukee arvokasta kuolemaa. (Hänninen 2004, 7).

Kuolevan potilaan hoito on riippumatonta diagnoosista. Yhteisenä tekijänä kaikilla potilailla vaiheessa, jossa parantavaa hoitoa ei ole, on erilaisten oireiden lisääntyminen. Tällaisia oireita voivat olla fyysinen kipu, sosiaalinen eristäytyneisyys, psyykkisen hajoamisen tunne, eksistentiaalinen hätä tai tulevaisuuden katoaminen. Hoidon periaatteet ovat samat kuin muussakin hyvässä lääketieteellisessä hoidossa: oikea (oire) diagnoosi ja sen mukaiset oikeat toimenpiteet. (Pitkälä & Hänninen 1999.) Saattohoidon periaatteita ovat, oireiden lievitys, turvallinen ja jatkuva hoitosuhde, psykologinen tuki, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus, lähiverkoston huomioonottaminen, potilaan itsemääräämisen varmistaminen ja elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimointi (Hänninen 2004, 7). Saattohoidossa elämää on kuolemaan asti, ja tästä elämästä pyritään tekemään mahdollisimman hyvää ja mielekästä. Vaarana on, että kun ihmistä ryhdytään ajattelemaan kuolevana, hänet jo varhain suljetaan elävien maailman ulkopuolelle. Elämä loppuu kuitenkin fyysisesti vasta kuolemaan. (Hänninen 2005, 16.)

### 4.1 Saattohoito

Saattohoito on parantumattomasti sairaan tai kuolevan aktiivista kokonaishoitoa. Saattohoidossa keskitytään kivun sekä muiden oireiden lievitykseen ja

psykkisten, sosiaalisten sekä hengellisten ongelmien käsittelyyn (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010).

Saattohoito on aina ajankohtaista, saattohoidon laatu ja kuoleman kohtaaminen ovat mediassa toistuvasti esillä. Ihmisen kuolema pysäyttää. Kuolevan potilaan hoito koskettaa vahvasti omaisia ja läheisiä. Useimmiten ei-toivottavat kokemukset kärjistyvät joko kuolevan ihmisen riittämättömään kivun ja kärsimyksen lievitykseen ja huonoon kohteluun, tai omaiset ja läheiset tuntevat saavansa huonoa kohtelua läheisensä saattohoidon yhteydessä. Kuitenkin mediassa näkyy myös kokemuksia hyvästä saattohoidosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Kansainvälisen ja kansallisen tiedon perusteella hyvän saattohoidon kriteerien tulee olla eettisesti kestäviä ja perustua säädöksiin. Potilaan saattohoitosuunnitelma perustuu potilaan ja omaisten ilmaisemiin arvoihin, päämääriin, tarpeisiin ja mahdollisuuksien mukaan myös toiveisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös ja se pohjautuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Asiasta on keskusteltava potilaan kanssa, ja mahdollisuuksien mukaan päätös on tehtävä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tehdystä päätöksestä tulee tiedottaa myös potilaan omaisia, ja lääkärin pitää dokumentoida päätös sairauskertomukseen. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010.)

Saattohoidossa kiinnitetään erityistä huomiota kuolevaan ihmiseen, joka ei kykene itse päättämään hoidostaan. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville. Saattohoitopäätös tulee tehdä ennen kuin potilas siirtyy saattohoitoon, potilaan hoidon muuttuminen saattohoidoksi edellyttää, että potilaan kanssa neuvotellaan ja hoitolinjapäätökset kirjataan hoitokertomukseen. Esimerkiksi luonnehdinta "sallitaan vanhukselle luonnollinen kuolema" kertoo, mistä vaikeasti demen-toituneen tai monisairaana vanhuksen hoidon loppuvaiheessa on kysymys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

## 4.2 Hoitotahto

Hoitotahdolla tarkoitetaan sellaista vakaata tahdonilmaisua, jonka ihminen etukäteen esittää hoitonsa varalta ajatellen tilannetta, jossa hän ei olisi kykenevä enää pätevästi ottamaan itse kantaa hänelle suunniteltuun tai annettavaan hoitoon. Tavallisimmin tässä yhteydessä tarkoitetaan vakavaa sairautta, jonka väistämättömänä seurauksena on kuolema. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004.)

Asukas voi halutessaan tehdä hoitotahdon, jota on mahdollisuuksien mukaan noudatettava hänen hoidossaan. Kun asukas haluaa ilmaista hoitoa koskevan tahtonsa tulevaisuuden varalle, on tästä tehtävä selkeä, asukaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai niihin on liitettävä erillinen asukkaan tahdon ilmaiseva asiakirja. Asukkaalle on annettava myös riittävä selvitys vaikutuksista, joita hänen tahtonsa noudattamisesta voi seurata, ja selvityksestä on tehtävä merkinnät potilasasiakirjoihin. Hoitohenkilökunta toivoo usein, että hoitotahdossa kuvattaisiin tarkemmin henkilön toivomuksia hoidostaan eli tehtäisiin ns. elämänlaatutestamentti. Asukkaan olisi hyvä keskustella läheistensä kanssa hoitotahdosta. Varsinkin äkillisten tilanteiden varalle on hyvä, että henkilö on kertonut läheisilleen hoitotahdostaan ja siitä, mistä sen löytää. (Valvira i.a.)

Hoitotahdon tekoa varten on saatavilla erilaisia lomakkeita. Hoitotahdon voi myös tehdä vapaamuotoisesti. Tärkeää on, että asiat on esitetty selkeästi ja yksiselitteisesti. Asukas allekirjoittaa hoitotahdon ja kaksi todistajaa on tarvittaessa todistaa allekirjoituksen oikeaksi. Hoitotahtoasiakirjasta tulee myös ilmetä päiväys, koska asiakirja on laadittu (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 80.) Valviran mukaan tilanteissa, joissa asukas kykenee ilmaisemaan vakaan hoitotahdonsa, muttei itse kykene varmentamaan sitä koskevaa merkintää, voi sen allekirjoituksellaan varmentaa kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä, jotka ovat kuulleet tai muuten voineet luotettavasti todeta potilaan tahdonilmaisun. (Valvira i.a.)

Hoitotahto kannattaa laatia hyvissä ajoin. Ruskataloilla asukkaalle olisi hyvä puhua hoitotahdosta heti, kun asukas muuttaa taloon. Näin asukas ehtii miettiä hoitoa ja sen linjauksia vailla tunnekuohuja. Asukasta voidaan ohjata myös keskustelemaan omaistensa kanssa asiasta, jolloin kaikilla osapuolilla olisi käsitys, minkälaista hoitoa asukas elämänsä loppupuolella haluaa. Hoitotahto voidaan esimerkiksi laatia palaverissa, jossa on läsnä asukas, hänen omaisiaan ja edustajia Ruskataloilta. (Kokkonen ym. 2004, 80.) Asukas voi halutessaan muuttaa tai peruuttaa hoitotahdon, tällöin sitä koskeviin merkintöihin sovelletaan samoja periaatteita, joita sovelletaan potilasasiakirjoissa olevan virheen korjaamiseen. Korjaus on tehtävä siten, että molemmat sekä alkuperäinen että korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa. Korjauksen tekijän nimi, virka-asema, korjauksen tekopäivä sekä korjauksen syy tulee merkitä potilasasiakirjoihin. (Valvira i.a.)

Hoitotahdon sitovuus perustuu perustuslaissa olevaan yksilön itsemääräämisoikeuteen. Tästä syystä tulee noudattaa päätöskyvyn omaavan täysi-ikäisen henkilön tahdon ilmausta, olipa se esitetty suullisena tai kirjattuna. Asukkaan tahtoa tulee noudattaa myös niissä tilanteissa, joissa asukkaan omaiset tahtoisivat, että hoito toteutettaisiin eritavalla. esimerkiksi, jos asukas on kieltäytynyt hoidosta, niin omaiset saattavat silti vaatia, että ” kaikki mahdollinen hoito” annetaan. (Kokkonen ym. 2004, 83.)

#### 4.3 Saattohoidon arvot ja saattohoitopotilaan oikeudet

Saattohoito on arvoperustaista toimintaa. Sen eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuus. Saattohoitopotilaan hyvään elämänlaatuun kuuluu se, että hänestä huolehditaan, hän tuntee olonsa turvalliseksi, osallistuu itseään koskeviin hoitoratkaisuihin sekä tuntee säilyttävänsä oman elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. (Sosi- ja terveysministeriö 2010.)

Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus ja jonka jäljellä oleva elinaika arvioidaan lyhyeksi. Saattohoito perustuu potilaan

ihmisarvoon, itsemääräämisoikeuteen ja inhimilliseen hoitoon. Hyvä saattohoito on kaikkien ihmisten oikeus, johon kuuluu muun muassa kuolevan ihmisen kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Saattohoitosuositusten tarkoituksena on turvata hyvä saattohoito jokaisen kuolevan ihmisen oikeutena. Hoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaan hoitoon tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito ei riipu potilaan diagnoosista. Saattohoidon tarpeessa oleva ihminen voi asua kotona, kodinomaisessa laitoksessa tai sosiaali- ja terveydenhuollon julkisessa tai yksityisessä laitoksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Saattohoitopotilaalla on oikeus saada oikeaa tietoa sairaudestaan sekä rehellistä toivoa ja varmuutta siitä, ettei tule hylätyksi missään tilanteessa, saada elää ympäristössä, joka pystyy sopeutumaan hänen tilanteeseensa ja jossa on turvallisia ihmisiä, voida säilyttää itsenäisyytensä, mutta myös antautua toisten varaan ja autettavaksi, saada elää perheensä/sukunsa jäsenenä, voida säilyttää halutessaan yhteys niihin yhteisöihin, joihin hän kuuluu, elää vuorovaikutuksessa tai vetäytyä halutessaan ja saada toiveidensa mukaan aikaa yksinolon löytääkseen itse ajatuksen kuolemisen mahdollisuudesta ja tullakseen tutuksi sisäisen minänsä kanssa, saada kohdata kärsimyksensä ilman mitätöintiä ja yli-  
lohduttamista sekä surra kuolemaansa. Potilaan vakaumusta tulee kunnioittaa ja hänellä on oikeus uskontokuntansa mukaiseen hengelliseen tukeen ja harjoituksen harjoittamiseen (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010.)

#### 4.4 Saattohoidon toteuttaminen

Kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille, ja kaikkien lääkäreiden on hallittava hoidon periaatteet. Saattohoidossa potilas saa hyvän perushoidon, hänen fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, hengellisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiinsa vastataan, hänen oireitaan lievitetään ja häntä ja hänen omaisiaan tuetaan. Tarpeettomia lääkityksiä tulee kuole-

van potilaan hoidosta karsia. Moniammatillinen työryhmä tuottaa suunnitelman edellyttämät palvelut potilaalle sekä omaisille. Vapaaehtoiset työntekijät voivat täydentää moniammatillista työryhmää. Saattohoidossa on keskeistä lievittää kipua ja muita oireita; viimeisten elinviikkojensa aikana potilaat kärsivät usein muun muassa uupumuksesta, heikkoudesta, kivusta, hengenahdistuksesta ja masennuksesta. Hoitotyöntekijät havaitsevat lähestyvän kuoleman merkit ja oireet, puhuvat niistä potilaan ja omaisten kanssa sekä hoitavat potilasta tämän sairauden vaiheen mukaisesti. Potilaan psyykkisiä oireita ja psykologisia tilanteita arvioidaan ja hoidetaan parhaan tietämyksen mukaisesti. Potilaiden ja omaisten surua arvioidaan ja lievitetään mahdollisuuksien mukaan. Myös potilaan ja omaisten sosiaalisia, henkisiä, hengellisiä, eksistentiaalisia ja kulttuurisia tarpeita arvioidaan ja heitä avustetaan ongelmissa ja tuetaan tarpeen mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

## 5 SAATTOHOITO FYYSISESTÄ NÄKÖKULMASTA

Saattohoidossa keskitytään potilaan olon mukavuuteen ja oireettomuuteen. Käytetään nimitystä palliatiivinen hoito, joka keskittyy oireiden lievitykseen. Akuuttisairaaloissa käytettävät hoitomuodot joudutaan punnitsemaan uudelleen, niistä ei useinkaan ole apua ja niistä voi olla jopa haittaa. Saattohoidon aloittaminen ei kuitenkaan sulje pois minkäänlaisia hoitoja, joilla voidaan vaikuttaa potilaaseen hyvinvointia lisäävästi. (Hänninen 2004, 14.) Kun kuoleman lähestyminen todetaan, on siitä keskusteltava kuolevan ja hänen läheistensä kanssa. Kuolemaa edeltävää hoitoa ja sen linjauksia käydään läpi potilaan ja omaisten kanssa. Linjaukset koskettavat pidättäytymistä tietyistä hoidoista, mutta myös kaikkien kärsimystä helpottavien keinojen käyttöön ottoa. (Hänninen 2005, 112.) Opinnäytetyössämme keskitymme fyysiseen hoitoon, jota voidaan toteuttaa opaskansiomme käyttöönottopaikoissa, Ruskataloilla.

### 5.1 Hyvä perushoito

Hyvä perushoito tukee ihmisyyttä ja on myös saattohoitopotilaan hoidon kulmakivi. Hyvä perushoito on ihmisen kunnioittamista, siihen kuuluu myös kuolevan tarpeiden kuuleminen. (Hänninen 2004,42.) Perushoidossa huomioidaan seuraavien seikkojen lisäksi ravinnon saanti, eritystoiminnasta huolehtiminen sekä lääkkeiden anto.

Perushoitoa on ihon kunnosta huolehtiminen: asentohoidot, pesut, sauna, rasvaus. Ihon kunnosta huolehtiminen on erityisen tärkeää, koska se estää monien ongelmien syntymistä ja edesauttaa potilaan hyvinvointia. Saattohoitopotilaan arvokkaan kuoleman tukeminen edellyttää riittävää puhtaudesta huolehtimista. Epäsiisteys, pitkät vaipanvaihtovälit, kampaamattomat hiukset, tahraiset vaatteet, ruuan murut suupielissä, ajamaton parta jne. luovat masennusta, omanarvontunteen huononemista, pahoinvointia ja alentavat kipukynnystä. Vuodepoti-

laan puhtaudesta huolehditaan päivittäisellä pesulla, joka elvyttää samalla heikentyntä pintaverenkiertoa, huomioidaan hyvin taiteet, kainalot, kantapäät sekä ihopoimut. Vältetään kutinaa aiheuttavia tekijöitä, kuten liiallista saippuan käyttöä. Pesun jälkeen iho kuivataan ja rasvataan hyvin. Vuodepotilaalle syntyy helposti painehaavoja, ohut iho ja laihtuminen sekä verenkierron heikkeneminen lisäävät haavaumien riskiä. Tyypillisiä haavaumakohtia ovat kantapäät, ristiselkä ja muu selkärangan alue. Jos potilas ei pääse liikkumaan, asentohoito on tärkeää. (Hänninen 2004, 38–43; Kuntayhtymä Kaksineuvoinen i.a.)

Päivittäinen hampaiden ja kielen pesu ja suun hoito esimerkiksi sitruunatikulla vaikuttavat hyvinvointiin, ja tarvittaessa voidaan käyttää esimerkiksi syljen eritystä lisääviä pastilleja. Suun kuivuminen ja sammas ovat yleisiä elämän loppuvaiheessa. Suun kunnosta huolehtiminen kohottaa potilaan yleiskuntoa ja mielialaa. On vältettävä kuivaa suuta ärsyttäviä tekijöitä, kuumia tai hyvin kylmiä, happamia tai vaikkapa voimakkaasti maustettuja ruokia. Kuivat huulet rasvataan säännöllisesti. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen i.a.)

Suonensisäisen nestehoidon tarve saattohoidossa on poikkeuksellista, nesteytys pikemminkin lisää oireita kuin helpottaa niitä. Kuivuminen vähentää virtsausta, jolloin potilaan liikuttelutarve vähenee, liman erityys vähenee elimistön kuivuessa samoin turvotukset. Potilasta ohjataan juomaan hänen siihen vielä kyetessään sellaisia määriä, kuin hänestä itsestään tuntuu hyvältä. Suun kuivuminen on nestehukkaa suurempi ongelma, ja siihen tulee kiinnittää huomiota. Ravitsemusta ei myöskään ole järkevää toteuttaa suonen sisäisesti tai letkuin. Tukokset suolistossa ja eri syistä johtuva pahoinvointi mm. heikentävät ruokahalua ja kykyä syödä. Potilaalle tarjotaan mieluisia ruokia ja hänelle sopivimpana ajankohtana, esim. naposteltavaa aterioiden välillä. Ruokahalua voi lisätä aperitiivi. Huonokuntoisen potilaan syöttäminen täytyy myös punnita, aspiraatoriski ja tukehtumisriski on huomioitava, etenkin jos tajunnantaso on alentunut ja nielemisrefleksi ei toimi. Potilaalla on oikeus kieltäytyä ravinnosta, ja tätä täytyy kunnioittaa. Ravitsemuksen ja nesteytyksen väheneminen ja loppuminen ovat erityisesti potilaan läheisille vaikeita asioita hyväksyä. He tarvitsevat näissä tilanteissa tukea. (Hänninen 2004, 15–16; Niskanen 2010, 324–325.)

## 5.2 Kipu

Kivun, kärsimyksen ja tuskan on perinteisesti ajateltu kuuluvan kuolemaan, on jopa ajateltu ihmisen jalostuvan niiden myötä ja tulevan kelvollisemmaksi kuolemalle. Kuolevan kivun hoidossa on myös ollut aikoja, jolloin on seurattu orjallisesti kellosta, seuraavan kipulääkkeen antoaikaa ja annettu lääkitys säännöllisesti mutta vailla yksilöllisyyttä ja riittävyttä. Nykyisin riittävästä kipulääkityksestä on tullut hyvän saattohoidon perusta ja kuolevan kivun lievitykseen kuuluu ihmisen kokonaiskivun ymmärtäminen ja sen lievittämiseen sitoutuminen. (Sailo 2000,164–166.)

Kuolevan lääkkeellisen kivun hoidon tarkoitus on pitää kipu poissa. Tästä syystä hänelle annetaan säännöllisesti kipulääkettä, ja lisäksi ns. läpilyöntikipuihin tarvittavaa nopeavaikutteista kipulääkettä. (Hänninen 2004, 22–26.) Kipulääkitys määrittyy kivun voimakkuuden mukaan, ei esim. taudin etenemisen kannalta. Kipulääkitys oheislääkkeineen suunnitellaan yksilöllisesti. Lääkkeistä tullessiin sivuvaikutuksiin, ja hoitojen tuomiin oireisiin tarvitaan usein myös lääkitystä. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen i.a.)

Kipulääkitys aloitetaan usein tulehduskipulääkkeillä, ja kun näiden teho ei riitä siirrytään keskivahvoihin opioideihin, ja niiden jälkeen vahvoihin morfiinin sukusiin opioideihin. Vahvoilla kipulääkkeillä on usein sivuvaikutuksia. Usein ne helpottavat jonkin ajan kuluttua, ja tästä syystä lääkitystä ei tule lopettaa liian varhain. Ummetus on yleinen sivuvaikutus, ja kun siirrytään vahvempiin kipulääkkeisiin, aloitetaan aina samalla ummetuslääkitys. Myös muita sivuvaikutuksia hoidetaan oireen mukaisesti, jos sivuvaikutukset ovat hankalia, koetetaan toista vastaavaa lääkettä. Tulehduskipulääkkeiden määrää ei voi tietyn rajan yli kasvattaa, vaste ei nouse mutta sivuvaikutukset pahenevat. Morfiiniannosta voidaan nostaa toleranssin kasvaessa. (Hänninen 2004, 22–26.)

Kuolevan hoidossa ei ole järkevää miettiä riippuvuuksia, tai pihistellä kipulääkityksessä. Kipulääkkeitä käytetään tarpeen mukaan, ja parannetaan siten kuolevan elämänlaatua. Kipulääkkeitä valitessa, ja kokeiltaessa pyritään etsimään

kunnes löydetään oikea lääke, ja oikea annostus. (Vuorinen 2005, 17–20.) Pitkävaikutteisen kipulääkkeen lisäksi on oltava myös tarvittaessa annettava lyhytvaikutteinen kipulääke läpilyöntikipuihin. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen i.a.) Muitakin kuin varsinaisia kipulääkkeitä voidaan käyttää kivun hoidossa. Eräillä epilepsialäkkeillä, masennuslääkkeillä ja rytmihäiriölääkkeillä on vaikutusta kipurataan. Tällaisia lääkkeitä kutsutaan kipukynnys- tai hermokipulääkkeiksi. (Vuorinen 2005, 17–20.)

Kaikki kipua lieventävät hoidot ja menetelmät ovat sallittuja kuolevan hoidossa. Lämpö- ja kylmähoito muistetaan myös kuolevan kivunhoidossa. Asentohoito on myös osana kivunhoitoa. Kosketus ja hieronta voivat auttaa ja lievittää pelkoa ja sitä kautta poistaa henkistä kipua. Myös rentoutustekniikat, läsnäolo ja lähellä olo ovat osa kivun hoitoa, hoitajan tehtävä on luoda turvaa ja antaa lohdutusta. Sosiaalista kipua voidaan helpottaa mahdollistamalla ihmissuhteiden eheytyä ja vahvistusta. Myös omaisten tukeminen on osa henkisen, sosiaalisen sekä psyykkisen kivun hoitoa. Hoitajan tehtävänä on auttaa omaisia niin heidän itsensä vuoksi, kuin vahvistaakseen heitä tukemaan kuolevaa. Kaikkia vaihtoehtoisia kivunhoito menetelmiä voidaan potilaan niin toivoessa kokeilla. Apuvälineet esim. tukiliivit ja kaulukset voivat auttaa kipua lievittävästi. Fysioterapia ja kuntoutus ovat myös osa kuolevankin kivun hoitoa, elämää on kuolemaan asti! Eri menetelmät eivät kilpaile keskenään, vaan täydentävät toisiaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. (Vuorinen 2005, 22.)

Kivun hallinnan perusta on kivun säännöllinen arviointi. Potilaan oman arvion kivun voimakkuudesta tulee olla kivunhoidon perustana. Kivun arviointi on kokonaisvaltaisen hoitotyön tärkeä osa, ja sen voi helposti suorittaa normaalien päivittäisten toimintojen yhteydessä. Hoitajalla on tärkeä rooli potilaan kivun arvioimisessa, koska hän jatkuvassa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa, ja on tärkeä linkki tiedon siirtymisestä eteenpäin. Hoitajien asenteet, tieto, taito ja kokemus vaikuttavat siihen miten kipua arvioidaan, ja minkälaista hoitoa potilas saa. (Ruuskanen 2005)

Kipua on arvioitava päivittäin, ja lääkitystä muutettava tarpeen mukaan. Tärkeintä on, että potilas ymmärtää käytetyn mittarin, ja että mittari pysyy aina samana potilaan kohdalla. Kipua tulee seurata kuten ihmisen muitakin vitaalitoimintoja. (Ruuskanen 2005.) Yleisimmin käytetty kipumittari on VAS- kipujana (Visual Analogue Scale). VAS mittari on 10 cm pituinen vaakasuora jana. Potilas merkitsee pystyviivan janalle siihen kohtaan, jonka hän arvioi kuvaavan kivun voimakkuutta. Hän voi myös numerolla 0 - 10 ilmaista kipuansa. Janan vasemmassa päässä 0, ”ei kipua ja oikeassa 10, ”pahin mahdollinen kipu” Janasta on kehitelty eri versioita, punainen kipukiila ja ilmeasteikko. Näissä malleissa on toisella puolella numeroasteikko. Käytännössä on huomattu, potilaiden osaavan arvioida kipuansa parhaiten numeroilla Yli kolmen menevään kipuun täytyy reagoida. (Kuntayhtymä Kaksineuvoinen i.a.)

### 5.3 Saattohoitopotilaan yleisimmät oireet ja niiden hoito

Pahoinvointi on yleistä saattohoitopotilailla, ja se voi johtua monista eri syistä. Saattohoitopotilailla se liittyy yleensä lääkkeisiin, tulehduksiin, ummetukseen, aineenvaihdunnallisiin syihin tai kasvaimen aiheuttamaan suolistotukokseen. Pahoinvointia hoidetaan lääkkeellisesti nopeuttamalla mahalaukun tyhjenemistä, tai vaikuttamalla suoraan pahoinvointikeskukseen. Jos pahoinvointi on jatkuvaa, ja aiheutuu esim. suolitukoksesta harkitaan nenämahaletkun laittoa. Ruokailuihin liittyvää pahoinvointia voidaan helpottaa myös tarjoamalla kylmiä juomia, pikkusuolaisia, pieniä aterioita kerrallaan ja huolehtimalla potilas ruokailujen jälkeen puoli-istuvaan asentoon. (Hänninen 2004, 32–33; Niskanen 2010, 324–325.)

Hengenahdistus on subjektiivinen tunne ilman riittämättömästä saannista, johon voi liittyä hapenpuutetta, tunne voi aiheutua myös hyperventilaatiosta. Hengenahdistus on pelottavaa niin omaisille kuin kuolevalle, ja sitä on hankala hoitaa. (Hänninen 2001, 117.) Hengenahdistusta voi aiheuttaa keuhkoihin tai vatsaonteloon kertynyt neste, tällöin hengenahdistusta voidaan hoitaa punktoimalla. Jos punktointi ei ole mahdollista tai järkevää, vuodelepo kohoasennossa

pleuranesteen puoleisella kyljellä, voi helpottaa oloa. Hengitysteihin kertyvää limaa voidaan jossain määrin vähentää lääkityksellä, esim. jos kyseessä on infektio, aloitetaan antibiootti kuuri. Astmalääkityksellä on merkitystä vain, jos kyseessä on keuhkoputkien supistumisesta johtuva hengenahdistus. Morfiini auttaa hengenahdistukseen rauhoittamalla hengitystiheyttä ja vähentämällä hiilidioksidi herkkyyttä, se on useimmiten paras apu hengenahdistukseen, tarvittava annos on pienempi kuin kivun hoidossa. Joskus rauhoittavasta lääkityksestäkin voi olla apua. (Hänninen 2004, 34–35; Niskanen 2010, 323–324.) Kokemus hengen loppumisesta on ahdistava. Potilaat hätääntyvät, ja täten pahentavat tilannetta. Rauhoittava hoito-ote on tärkeä, hengenahdistuskohtauksen aikana potilasta ei jätetä yksin, ja hänelle luodaan turvallinen olo. On hyvä myös keskustella hengenahdistuksesta potilaan ja omaisten kanssa, ja kertoa sen kuuluvan sairauden aiheuttamiin muutoksiin. Huolehditaan, että potilas voi helposti hälyttää apua. (Hänninen 2004, 34–35; Niskanen 2010, 323–324.) Hapen saattaminen saattaa olla hyödyllistä sellaisille pitkälle edenneestä vaikeasta sairaudesta kärsiville potilaille, joilla esiintyy hengenahdistusta ja hypoksiaa. Hapen rutiinimaisesta antamisesta ei ole hyötyä. Joidenkin tutkijoiden mukaan kasvoihin suunnattu ilmavirta helpottaa hengitystä yhtä paljon kuin hapen anto, tuulettimesta saattaa siis olla apua. Ikkunan avaus ja hyvä asento huomioidaan. Hemoglobiinipitoisuuden suurentaminen ei ole suhteessa hengenahdistuksen lievittymiseen. (Hänninen 2001, 118–119; Käypähoito 2008.)

Ummetus on vahvojen kipulääkkeiden aiheuttamana saattohoitopotilailla yleinen vaiva. Sitä hoidetaan pääsääntöisesti jo ennalta aloittamalla laksatiivit ajoissa, ja tarkkailemalla niiden riittävyttä. Lisäksi ummetukselle altistavat ravinnon niukkuus, liikkumisen vähäisyys ja pienet nestemäärät. Wc-toimille avustetaan saattohoidossa voinnin mukaan, joko pöntölle, wc-tuolille tai alusastialle. Lopuvaiheessa turvaudutaan vaippoihin, jotka vaihdetaan tarpeen mukaan. Ripulointia voi aiheuttaa ummetus ohivuotoripulina, lääkkeet ja tulehdukset. Morfiini on tehokas lääke ripuliin, jos se ei ole käytössä voidaan käyttää suolen toimintaa laamavia lääkkeitä, kuituvalmisteita, hiilitabletteja ja huolehditaan riittävästä nesteytyksestä. Oireet hoidetaan hienotunteisesti, ja potilasta ja hänen yksityisyyttään kunnioittaen. (Hänninen 2004, 36; Niskanen 2010, 324.)

Leikkauksia, muita toimenpiteitä, ja antibioottikuureja, käytetään kuolevan hoidossa ainoastaan jos ne helpottavat olennaisesti kuolevan oireita, ja eivät tuota suurempaa tuskaa ja oireilua kuin aiempi vaiva. Leikkauksista yleisin saattohoitopotilaalle tehtävä on lonkkamurtumasta johtuva. Tällöin leikkaus on osa kivunhoitoa. Punktointi saattaa olla perusteltua helpottamaan hengitystä ja pahoinvointia sekä vähentämään kipua. Kasvaimesta johtuvassa suolitukoksessa turvaututaan kirurgiseen hoitoon, mikäli potilaan vointi sen sallii. Antibiootit esim. virtsatieinfektiossa ovat perusteltuja helpottamaan kirvelyä ja kipua. (Hänninen 2004, 19–21, Niskanen 2010, 324–325.)

## 6 KUOLEMAN LÄHEISYYDEN AIHEUTTAMAT TUNTEET

Vakava kuolemaan johtava sairaus väkisinkin muuttaa ihmistä. Ihmiselon molemmissa päissä ihminen on avuttomimmillaan. Niinpä palliatiivisen ja saattohoidon tulee turvata ihmisarvoinen elämä ihmisen elämän loppuun asti. Ihmiskuvan ulottuvuuksia tunnetaan saattohoidossa neljä: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja spirituaalisuus tai eksistentiaalisuus. Tämä viimeinen tarkoittaa ihmisen hengellisyyttä tai laajemmin katsomuksellista puolta ihmisyydessä. Tämä henkinen puoli korostuu kuoleman lähestyessä. Olemassa olon kysymykset tulevat tärkeiksi, ja hyvinvointi edellyttää myös elämänkatsomuksellisten asioiden huomioon ottamista hoidossa kuoleman lähestyessä. (Vainio & Hietanen 2004, 253–255)

Vakavasti sairastuminen saa aikaan erilaisia tunteita. Mielialat ja tunnetilat voivat olla hyvin monenlaisia. Niitä leimaa yleensä intohimoisuus, eikä asukas pysy niitä hillitsemään. Hän tarvitsee apua niiden kanssa. Ne on jaettava jonkun kanssa, että niiden kanssa voisi edetä ja niistä voisi irtautua. Kuoleman pelko on tunne, joka helposti valtaa mielen. Kuolemanpelon varhaisia muotoja ovat tuntemattoman ja pimeän pelko. Ihminen voi kärsiä kuoleman läheisyydessä elämättömän elämän pelosta. Tämä saattaa korostua, jos ihminen on jättänyt elämänsä aikana käyttämättä hyväksi mahdollisuuksiaan ja kykyjään. Pelko voi olla hyvinkin massiivista riippuen siitä, millaisia asioita on jätetty kokematta. Toiset pelkäävät kuoleman pitkittymistä ja kovia kipuja, kun taas toiset sairauden aiheuttamaa äkkikuolemaa, jonka vuoksi saatetaan pelätä nukahtamista. (Vainio & Hietanen 2004, 257–258.)

Kateus ja syyllisyys ovat myös tunteita, joita kuoleman läheisyys aiheuttaa. Miksi minulle käy näin? Mistä minua rangaistaan? Näillä kysymyksillä ihminen hakee omaa syyllisyyttään tilanteeseen. Etenkin nuori ihminen tuntee kateutta eloon jääviä kohtaan lähestyessä omaa kuolemaansa. Ihminen tunnistaa tämän vahingolliseksi, moraalisesti vääräksi ja jopa vastenmieliseksi tunteeksi, muttei

pysty sitä tunnetta itsestään häättämään. Sen kanssa on vain opittava elämään. (Vainio & Hietanen 2004, 258.) Sairastuminen voi aiheuttaa myös vihan tunnetta. Sairautta yritetään voittaa keinolla millä hyvänsä. Viha voi muodostua niin vallitsevaksi, että se hallitsee koko elämää. Piilevinä nämä vihan tunteet voivat myös pahentaa oireita tai jopa jouduttaa kuolemaa. Kielteiset tunteet vaikuttavat asukkaan käyttäytymiseen. Hänestä tulee tavalla tai toisella katkera, kiukutteleva huomiota ja palveluja kohtuuttomasti vaativa ja helposti myös kyltymätön. Asukas luulee, että kun saa myös toiset, esimerkiksi hoitajat tai omaiset, kärsimään, niin oma kärsimys helpottuu. (Vainio & Hietanen 2004, 258.)

Kuolevaa asukasta hoidettaessa tulisi miettiä, minkälaisin käsin me häntä hoidamme. Käsien välityksellä viestimme paljon tietoa. Ilmapiiirin tulee olla kiireetön ja kosketuksesta ja liikkeistä tulisi aistia hellyyttä ja lämpöä. On tärkeää saada asukkaalle tunne, että hän on turvallisissa käsissä, joten hyvä kosketus voi olla puhetta tärkeämpää. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 113.)

Meidän hoitajina tulee ymmärtää, että asukas tuntee erilaisia negatiivisiakin tunteita, joiden on hyvä tulla ulos. Asukas ei voi itse valita näitä tunteita. Hoitajan tulisi ottaa vastaan tämä tunnekuuhu ja vielä ohjata asukasta sinne tunteen lähteeseen ja keskustella ja auttaa häntä näkemään mistä kyseiset tunteet aiheutuvat. Mikä suututtaa? Miksi käy kateeksi? Mikä pelottaa? Tärkeää asukkaalle on, että hänellä on lupa tuoda nämä tunteet esille turvallisesti ilman, että häntä leimattaisiin, hän kokisi hylätyksi tulemista tai hänet tunteensa lääkkeillä puudutettaisiin. (Vainio & Hietanen 2004, 258.)

Varpu Lipponen on tehnyt väitöskirjan Etäisyyttä ja läheisyyttä kuoleman lähestyessä. Siinä hän käsittelee kuolemaa lähestyvän potilaan ja omahoitajan hoitosuhdetta dialogisen filosofian näkökulmasta tarkastellen. Sen mukaan omahoitaja muodostuu niin tutuksi, että hänelle on helpompi puhua luottamuksellisista asioista. Toisaalta omahoitajan jatkuva vaihtuminen vaikeuttaa tämän luottamuksen syntymistä. Silloin potilas voi kokea olevansa ”tuuliajolla”. Luottamus omahoitajaan mahdollistaa kivuista ja vaikeista jokapäiväisistä asioista puhumisen. Kuolinhetkestä puhuminen omahoitajan kanssa auttaa kuolevaa käsittele-

mään pelkojaan, ja samalla hän voi tuoda esille toivomuksiaan. Asiat on hyvä puhua etukäteen valmiiksi ennen lopullista luovuttamista. Surusta on hyvä puhua myös omahoitajan kanssa. Ei ole tarvetta paeta omaa kuolemaansa. Menneitä elämää on surtava, että pystyy kohtaamaan oman kuolemansa. Potilas elää menneisyytensä varassa kohti tulevaisuuttaan eli kuolemaa. Tässä omahoitaja voi myös häntä auttaa ja tukea. (Lipponen 2006, 84,107, 134, 150.) Ruskataloilla on käytössä myös omahoitajuusmalli, siellä asukkaan hoitajasta puhutaan nimellä vastuuhoitaja. Vastuuhoitaja hoitaa asukasta yhdessä tiimin kanssa ja kaikki tiimin jäsenet osallistuvat yhdessä kuolevan hoitoon.

Omaisiet myös ovat kohdanneet kriisin, koska heidän omaisensa on parantumattomasti sairas. Ja tästä syystä myös he tuntevat erilaisia tunteita, jotka saattavat olla myös kielteisiä. Esimerkiksi vihaa he saattavat kokea ja tuntevat lisäksi syyllisyyttä näistä kielteisistä tunteista. Kuolevan asukkaan perhe tarvitsee avukseen lämpimän persoonan, joka samanaikaisesti on vahva ammattihenkilö. Omaiselle on tärkeä läsnäolija, joka ei sure niin kuin hän. Ammattilaisen tulee tarjota apua, muttei ottaa paikkaa omaisena tai omia itselleen asukasta. Hänen tulee tarjota tukea, muttei hän saa olla liian holhoava. Toiset odottavat fyysistä kosketusta, ja toisille se taas on hyvin loukkaavaa. Aloitteen fyysiseen kontaktiin esimerkiksi halaamiseen olisi hyvä tulla omaiselta. (Vainio & Hietanen 2004, 269.) Hoitajalla tulee olla tuntokarvat herkkänä, usein tilanteessa vaistoa toisen tarpeet.

Omaisille tulee luoda salliva ilmapiiri vierailta ja osallistua kuolevan arkeen hoitopaikasta riippumatta. Kotioloissa omaisen on yleensä hoitaja, mutta myös palvelutalossa omaisella tulisi olla oikeus osallistua omaisensa perushoitoon. Se voi olla pelottavaa ja hoitajalle vaativaakin, kun työparina on kokematon henkilö. Tulee myös muistaa, ettei omaisia saa pakottaa osallistumaan perushoitoon, jos hän ei sitä halua. (Vainio & Hietanen 2004, 270.)

Omaisiet voivat myös väsyä hoitoon. Etenkin jos kuolema pitkittyy, voi omaisen toivoa kuolemaa ja tuntea syyllisyyttä näin toivoessaan. Lisäksi he voivat ajatella vihaa tuntiessaan, ettei heillä ole siihen lupaa - vain kuolevalla on. Ammatti-

henkilö ei saa vähätellä näitä tunteita. On kerrottava, etteivät tunteet ole väärä, vaan niitä on lupa tuntea. Perhettä tulee rohkaista avoimeen suremiseen. (Vainio & Hietanen 2004, 270.)

Asukkaan tilanteen heikkeneminen voi tulla omaiselle yllätyksenä, vaikka hän olisi tietoinen sairauden ennusteesta. Toisinaan voidaan ymmärtää tilanne hyvin ja toisinaan taas ei ollenkaan. Kuoleman lähestyessä tilanne konkretisoituu ja omaisille muodostuu erilaisia kysymyksiä tilasta ja tilanteesta. Kauanko kestää? Onko sittenkin olemassa parantavaa hoitoa, vaikka ulkomailla? Olisiko ihmeparannuskeinoista apua? Miten kuolema lopulta tapahtuu. Hoitajan tulee kuunnella näitä kysymyksiä ja antaa aikaa. Lisäksi tulee olla herkkyyttä kuulla ne omaisten kysymykset joita ei ole ääneen esitetty. Tietoa sairaudesta täytyy jakaa useaan otteeseen, sillä omaisten vastaanottokyky tällaisessa tilanteessa voi vaihdella kovastikin. Hoitajan tulee olla lähellä ja saatavissa. Tärkeää myös omaisille on hoitohenkilökunnan huolenpito ja ymmärtävä suhtautuminen. Suru ja sureminen ovat erilaisia riippuen siitä ketä suremme. On eri asia surra kuolevaa vanhaa äiti kuin omaa lastaan tai sisartaan. Sureva perhe ei tahdo kuulla luentoa surutyönvaiheista, mutta heitä saattaa helpottaa, kun he kuulevat, että on monta eri tapaa käsitellä omaa surua. (Vainio & Hietanen 2004, 272–273.)

Omaiset eivät aina ymmärrä, milloin kuolema on todella lähellä, vaikka asukkaan voimavarat heikkenevätkin. Hoitajan tulee rohkaista omaisia koskettamaan asukasta ja juttelemaan hänelle, vaikkei hän enää itse jaksaisi vastaila. On kunnioitettava omaisten toivetta olla läsnä kuoleman hetkellä tai myös sitä, jos he eivät tahdo omaistaan kuolleena nähdä. (Vainio & Hietanen 2004, 274–275.)

Saattohoito ei pääty kuolemaan vaan jatkuu omaisten ja läheisten surutyönä. Tämä matka on pitkä ja voidaan puhua suruvuodesta. Omaisia ja läheisiä voi ohjata esimerkiksi käsittelemään suruaan erilaisiin sururyhmiin. Surun kanssa ei ole hyvä jäädä yksin, vaan siihen liittyviä tunteita on hyvä jakaa turvallisessa ryhmässä. Pyhäinpäivänä sytytämme kynttilät haudoille poisnukkuneiden rakkaiden muistoksi (Vainio & Hietanen 2004, 268.)

## 7 HENKISYYS JA HENGELLISYYS KUOLEVAN HOIDOSSA

Eksistentiaalisuus on olemassaolon aiheuttamaa ahdistusta, jota ihminen kokee, kun hän tajuaa elämänsä rajallisuuden. Yleensä ahdistuneisuutta yritetään poistaa, mutta eksistentiaalisen ahdistuksen ollessa kyseessä, tulee pikemminkin auttaa ihmistä kestämään sitä. (Holmevaara & Pausu 2010, 14.) Ihmisen eksistentiaalisuuden ensimmäinen tehtävä on oppia vastaamaan kysymykseen: kuka minä olen? Siitä tulee koko elämän kattava turvallisuuden voima, joka alkaa jo lapsuudessa. Sairastuminen tai kuoleman läheisyys voivat kuitenkin horjuttaa tätä voimaa, ja voi aiheuttaa sen, että ihminen yrittää tavoitella kuolemattomuutta. ”Mitä kuoleman jälkeen tapahtuu?”, on ajattomuuteen liittyvä peruskysymys. Ihmisillä on aina ollut halu elää ikuisesti. Jokaiseen maailmanuskontoon liittyy tavalla tai toisella oppi kuoleman jälkeisestä elämästä. Ihminen on tietoinen, että hän vastaa ajattomuudessa jollekin ihmistä korkeammalle taholle. Kuoleman läheisyydessä, tai sairastuessaan vakavasti, ihminen joutuu kriisiin, ja hän alkaa etsiä spirituaalista kuolemattomuutta. Kriisi pahenee kun ihminen huomaa, ettei hänellä ole mitään toivoa kuolemattomuuteen, kukistamaan kuolemaa. Ihminen alkaa etsiä vastausta kysymykseen: ”kuka minut pelastaa?” Ei ole väliä, onko ihminen elänyt elämäänsä Jumalasta erossa, vai hänen yhteydessään, tärkeää on, että ihminen itse hyväksyy elämänsä ja tuntee olevansa armahdettu. (Vainio & Hietanen 2004, 253–255.)

Eksistentiaalinen kipu syntyy, kun potilas saa tietää sairauden johtavan kuolemaan, ja potilaalla olisi vielä kova elämän into. Tunne on todella ristiriitainen, ja se uuvuttaa, ja on kokemuksena raskas ja joskus jopa ylivoimainen. Tämä ristiriita voi myös aiheuttaa sairauden kieltämisen, jotta potilas pystyisi säilyttämään elämän hallinnan ja voittaa sisäisen paniikin ja tuskan. Toinen suojautumistapa on välttäminen, eli kuolintyö tukahdutetaan. Näin toimittaessa tuska tulee yleensä näkyviin jollakin muulla tavoin esimerkiksi fyysisinä vaivoina. Elimistö kertoo, kun ihminen itse ei sanallisesti pysty. (Vainio & Hietanen 2004, 253–255.)

Martta Holmevaara ja Kirsi Paussu ovat tehneet opinnäytetyön Pirkanmaan hoitokodille aiheenaan: Hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden kuvauksia saattohoitopotilaiden eksistentiaalisesta ahdistuksesta – Riittääkö inhimillisen ihmisen läsnäolo. Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat tietävät, mitä eksistentiaalinen ahdistus on, ja he ovat kohdanneet ja tunnistaneet potilaassa tällaista ahdistusta. Tutkimuksen mukaan potilaat etsivät olemassa ololleen merkitystä, ja miettivät elettyä elämäänsä. Hoitajat ovat antaneet näille keskusteluille tilaa, ja ovat auttaneet potilaita jäsentämään tunteita. Ahdistus voi tulla esiin fyysisinä oireina, joita ovat esimerkiksi pakon omainen kulkeminen, takertuminen, itkuisuus, turvattomuus ja selittämätön kipu. Ihminen voi tarvita näitä oireita, jotta hän pysyy psyykkisesti tasapainossa. (Holmevaara & Paussu 2010, 46 -47.)

Auttamiskeinoja eksistentiaaliseen ahdistukseen ovat kuunteleminen, kuuleminen, läsnäolo ja läheisyys sekä turvallisuuden tunteen lisääminen. Hoitaja tarvitsee aikaa, koulutusta ja empatiaa, jotta hän voi kuulla ihmisten ongelmia. Oma elämän kokemus auttaa myös ymmärtämään paremmin potilaiden ongelmia. (Holmevaara & Paussu 2010, 47- 48.)

Asukkaat vaistoavat herkästi, mitä asioita kenenkin kanssa voi puhua. Työstä näkyy, milloin hoitajan mieli on mukana tai jossakin muualla. Hengellisyyden tulisi olla osa kokonaishoitoa. Pelkät sanat eivät riitä siihen, että on tavallisena ihmisenä pysähtynyt olemaan kuolevan ihmisen rinnalla. Sairaanhoidajan pitäisi uskaltaa ajatella, että Jumala rakastaa ihmistä hänenkin välityksellään. Sielunhoitajan, joka voi myös olla sairaanhoitaja, kasvoilta asukkaan tulisi nähdä Jumalan armo, läsnäolo ja turvallisuus. (Grönlund ym. 2008, 113)

Miten me hoitajat kuulisimme potilaidemme hengelliset tarpeet? Miten kuulla toisen tarpeet, jos ei itsellä ole vakaumusta? Miten puhua asioita tyrkyttämättä omaa näkemystäni ja käyttäisi hyväkseni heikon ihmisen asemaa? Hengellisten tarpeiden hoitaminen on osa hoitoprosessia. Sillä myös somaattisella puolella kysymyksen kuumeesta ja kivuista potilaalta, vaikei itsellä olekaan niitä. Tilanteisiin voi antautua pikkuhiljaa, ja kuunnella sekä lukea potilasta, ja edetä potilaan tahdissa. Omaa näkemystä ei tule tyrkyttää liikaa, vaan tulee miettiä,

kumman tarpeista on kysymys, kuolevan vai hoitajan. Hoitajan tulee osata vetäytyä ja hyväksyä potilaan näkemys, vaikka se eroaa omasta. Ahdistunut potilas voi tarvita myös kuulijan, joka ei lähde karkuun ja kestää ahdistaviakin ajatuksia. Hoitajan pitää olla tilanneherkkä. Potilas vaistoa kenelle voi puhua ja kun potilas aloittaa puhumisen ja itsellä ei ole aikaa, niin on parempi, että suoraan sanoo palaavansa myöhemmin asiaan kuin kiireessä yrittää kiirehtiä. Potilas on jo sinut valinnut, ajankohta vain oli hiukan väärä. Potilaat ovat usein herkkiä puhumaan hartaustilaisuuksien jälkeen. (Grönlund ym.2008, 110–111.)

Kristinuskon lohdulliset Raamatun lupaukset ovat Jumalan rakkaus ja Jumalan rajaton anteeksiantamus. Jumala näkee ihmisen, vaikka hän olisi kääntänyt selän ja pienikin vinkki, huokaus tai kaipaus kuolinvuoteella voi johtaa armahdukseen ja voidaan tulkita yhteyden etsimisestä elävään jumalaan. (Grönlund ym.2008, 112.)

## 8 TOIMINTA KUOLEMAN JÄLKEEN

Kuolema on aina ainutkertainen, suuri ja pysähdyttävä tapahtuma. Kuolinhetkeksi katsotaan hetki, jolloin hengitys pysähtyy, sydän lopettaa sykkimisen ja aivotoiminta lakkaa. Kuolleen ihmisen ruumiinlämpö laskee, veri hyytyy ja laskeutuu ihon alempiin osiin, jolloin syntyvät sinipunaiset lautumat, refleksit katoavat, iho kalpenee, huulet kuivuvat ja tulee kuolonkankeus. Elämä päättyy kuolemaan, edeltävä aika on kuolemista. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Kun asukas kuolee Ruskataloissa, niin sen jälkeinen toiminta riippuu siitä, onko kuolema odotettu vai äkillinen. Kuoleman sattuessa otetaan yhteyttä talossa olevaan sairaanhoitajaan. Kotisaattohoidossa olevalle asukkaalle on häntä hoitava lääkäri tehnyt ER- tai saattohoitopäätöksen. Lyhenne ER tulee sanoista ei resuskitoida eli ei elvytetä. ER-päätös koskee sekä perus- että tehoelvytystä. Päätös voidaan tehdä erilaisista syistä. Esimerkiksi siksi, että asukas saa parantavaa hoitoa, mutta on niin sairas, ettei hänellä ole edellytyksiä toipua elvytystilanteesta. Päätökseen voidaan päätyä tilanteessa, jossa parantavilla hoidoilla ei ole saatu tilannetta korjattua, mutta saattohoitopäätös ei ole vielä ajankohtainen. Hoitava lääkäri pystyy kirjoittamaan kuolintodistuksen ilman kuolemansyyntutkintaa. Kuolemantapaus ilmoitetaan soittamalla terveyskeskuksen VIRVE numeroon. Sinne ilmoitetaan vainajan nimi, syntymäaika ja kuolinaika. Tärkeää on muistaa kertoa, että vainajalle on tehty ER-päätös ja kyseessä on odotettu kotikuolema. Jos saattohoidossa on ollut mukana kotisairaala, niin silloin kuoleman voi käydä toteamassa kotisairaanhoitaja. Muissa tapauksissa vainaja kuljetetaan päivystyksen kautta, jossa lääkäri toteaa kuoleman. On tärkeää kertoa tästä vainajaa kuljettavalle hautaustoimistolle. Vainajan kuljetuksella ei ole kiire. Omaiset voivat halutessaan hyvästellä rauhassa. Jos kuolema tapahtuu ilta- tai yöaikaan, voi vainaja hyvin odottaa aamuun. Omaiset voivat käyttää mitä hautaustoimistoa he haluavat. Omaisten olisi hyvä miettiä etukäteen, mitä hautaustoimistoa käyttävät. Näin he voivat käydä valitsemassa arkun

valmiiksi, jotta asukas voidaan kuljettaa arvokkaasti arkussaan (Ihalainen 2012.)

Jos asukas kuolee äkillisesti eli hän ei ole kotisaattohoidossa, tulee kuolema ilmoittaa hätäkeskukseen soittamalla numeroon 112. Hätäkeskukseen kerrotaan vainajan nimi, syntymäaika ja kuolinhetki. He ilmoittavat asiasta poliisille, joka tulee tekemään kuolinsyytutkinnan ja järjestää vainajan kuljetuksen. Poliisi ilmoittaa kuolemasta myös väestörekisteriin. (Ihalainen 2012 )

Kuoleman jälkeen omaisille järjestetään mahdollisuus nähdä vainaja. Omaisille ja läheisille voidaan järjestää saattohartaus, että he voivat rukoilla vainajan puolesta ja jättää jäähyväiset. Se voidaan pitää kodissa, sairaalan kappelissa tai potilas huoneessa. Jos mahdollista sytytetään huoneeseen kynttilä ja vainajan rinnalle voidaan asetella kukkia. Hartauden voi toimittaa sairaalapastori, seurakunnantyöntekijä, hoitohenkilökuntaan kuuluva henkilö, omainen tai muu läheinen ihminen. Saattohartauteen on olemassa erilaisia kaavoja, yksi ehdotelma löytyy virsikirjan takaosasta. Lapset on hyvä ottaa myös tilaisuuteen mukaan, että heillä on myös mahdollista jättää jäähyväiset. (Vainio & Hietanen 2004, 267.)

Surutyön kannalta saattohartaus on tärkeä hetki; se auttaa ymmärtämään, että kuolema on todella tapahtunut. Sen aikana voidaan ymmärtää, että nyt todella on jäähyväisten aika ja tästä hetkestä alkaen elämä tulee muuttumaan. Se voi myös helpottaa omaisia siunaustilaisuuden kohtaamisessa. (Vainio & Hietanen 2004, 267.)

## 9 SAATTOHOITOKANSION RAKENTAMISEN TEORIAA

Julkaisun ulkonäkö on eräänlaista sanatonta viestintää. Ulkoasun tehtävä on antaa viestille luonne, ja tuoda esiin julkaisijan ajatuksia. Kun suunnittelee ulkoasun huolella, antaa se hyvän kuvan sanomasta. Ensivaikutelmaan voi vaikuttaa vain kerran, joten suunnitteluun on hyvä käyttää hiukan aikaa. Otsikot kannattaa sijoittaa sivun yläosaan. On helpompi hahmottaa kokonaisuus, jos uusi otsikko ei ole aivan sivun alareunassa, jolloin suurin osa tekstistä on vasta seuraavalla sivulla (Pesonen 2007, 2; Parker 1998, 20.)

Ilmeen tulee olla johdonmukaista. On hyvä valita vain muutama kirjasintyyppi ja fonttikoko. Fontin valinnassa tärkeää on sen luettavuus. Kokeilemalla erilaisia fonteja päästään mahdollisimman hyvään lopputulokseen. Jos työssä on liian monta erilaista fonttia saattaa työstä tulla kaaosmainen, ja lukijalta voi jäädä teos lukematta. Johdonmukaisuuteen kuuluu myös, että koko julkaisussa tulee olla yhteneväiset, sivu- ylä- ja alamarginaalit. Lisäksi kaikkien otsikoiden tulee olla samaa tyyliä ja sisennyksien aina yhtä suuria. Kirjaisin koko tulee suhteuttaa käytettävään tilaan. Liian pienellä kirjoitettua tekstiä on hankala lukea, myös liian suuri koko voi vaikeuttaa lukemista. On hyvä muistaa, että asioiden korostusta tulee käyttää järkevästi, koska korostukset menettävät tehonsa, jos niitä on liikaa. Jos ei omaa hyvää valokuvamuistia, niin on hyvä käyttää ohjelmassa olevaa tyyliohjelmaa, jonka avulla saa kaikkiin kappaleisiin samanlaisen fontin ja kirjasinkoon sekä rivivälin. Samoin otsikoille voi luoda oman tyylin, jolloin on helppoa tehdä kaikista otsikoista samanlaisia. (Parker 1998, 11–12, 19 ja 25; Pesonen 2007, 29,31.)

Valittaessa kuvia on huomioitava että, valokuva on kommunikointia, johon sisältyy viesti. Viestin luettavuus ja rakenne, riippuvat viestin tekijästä, hänen näkemyksestään, tavastaan lukea maailmaa ja kulttuuria sekä myös aikakaudesta jolloin viesti on luotu. Valokuvassa on kaksi viestin kanssa työskentelevää henkilöä, sen tekijä ja lukija. Tekijän lisäksi myös kuvan lukijan kokemukset, kulttuu-

ri, tottumukset ja näkemykset vaikuttavat kuvan viestiin. Kuvalla on usein monta eri merkityksiä, joiden tulkitseminen on opittua. Erilaiset merkitykset ja niiden tulkinta ovat varsin kulttuurisidonnaisia. Kuvaviestiä suunniteltaessa on tiedettävä, kuinka viestiä voidaan tulkita ja ketä tulkitsijat mahdollisesti ovat. Kuvaa valittaessa tulee miettiä mikä on kuvan tarkoitus. Onko tarkoitus luoda tunnelmaa, toimia ”koristeena” vai enemmänkin selventää tekstissä esitettyä informaatiota, vai onko kuvan tarkoituksena huomion herättäminen? (Saukonpää, 2006, TTY 2011.)

## 10 PROSESSIKUVAUS

Miettiessämme opinnäytetyömme aihetta, saattohoito aiheena nousi heti pinnalle. Saattohoidon taso Suomessa vaihtelee mielestämme suuresti. Meillä molemmilla on jo kokemusta useammista eri terveydenhuollon laitoksista, joissa toteutetaan saattohoitoa ja kokemustemme perusteella halusimme kehittää nimenomaan saattohoidon laatua. Ajankohtaiseksi saattohoidon kansion laatimisen Hannele Niinisalon työpaikalle Ruskataloille tekivät siellä tapahtuneet muutokset, aiemmin kuoleva oli siirretty sairaalaan, nyt hän saa kuolla kotiinsa, johon saattohoito toteutetaan. Koska muutos on tuore ja aiheuttanut henkilökunnassa ahdistusta ja tiedonjanoa, opinnäytetyömme aihe syntyi ikään kuin itsestään tarpeeseen.

Päätettyämme aiheemme: saattohoidon, aloimme pohtia millaista tietoa saattohoidosta Ruskatalojen henkilökunta tarvitsee. Aluksi mietimme tekevämme teoreettisen tietopakettin aiheesta. Kehitellessämme ajatusta aloimme kuitenkin nopeasti kallistua ohjeisiin ja koska Ruskataloilla on monista aiheista koottu tietopaketit ja ohjeistukset kansioihin koimme, että myös saattohoidon ohjeista tulisi koota selkeä ja helppolukuinen kansio. Hannele Niinisalo esitti idean työpaikallaan, jossa se herätti kiinnostusta ja hyväksyntää. Myös työyhteisössä oltiin sitä mieltä, että kansio olisi Ruskataloille sopiva toteutusmuoto. Aluksi oli suunnitelmissa tehdä kansio vain Ruskalinnan palvelutaloon. Täytimme lomakkeen opinnäytetyön yhteistyöstä Ruskalinnan kanssa. Lomake osoitettiin Ruskatalojen toiminnan johtajalle, joka otti yhteyttä ja toivoi, että kansio suunnataan heti koskemaan kaikkia Ruskataloja. Tähän ehdotukseen me tietenkin suostuimme. Yksiköitä kaikissa taloissa olisi niin paljon, että päätimme koota neljä kansiota eli yhden jokaiseen palvelutaloon. Kansion sisältö on suunnattu kaikille Ruskatalojen hoitotyötä toteuttavalle henkilökunnalle, opinnäytetyömme teoriaosuus on suunnattu alan ammattilaisille. Ruskataloilla hoitotyössä työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja palveluavustajia, joilla ei välttämättä ole hoitotyönkoulutusta.

## 10.1 Tuotteen kehittelyvaihe

Aloitimme opinnäytetyömme ideoinnin ja kokoamisen alkuvuonna 2011. Aluksi keräsimme kaikkea mahdollista materiaalia ja teoriaa saattohoidosta, karsimatta sitä juurikaan. Kun tekstiä alkoi olla runsaasti, aloimme tarkastella sitä valikoiden. Karsimisvaihetta hallitsivat Ruskatalojen käytännön mahdollisuudet. Emme kokeneet tarpeelliseksi käsitellä hoitomuotoja, joita olisi mahdoton toteuttaa käytännössä. Mietimme karsimisvaiheessa myös, mistä Ruskatalojen henkilökunta on kiinnostunut ja minkälaista tietoa he saattohoidosta tarvitsevat. Pohdimmekin yhdessä, minkälainen henkilökuntarakenne Ruskataloilla on ja millaiset resurssit heillä on käytettävissä. Koska Ruskatalojen asukkaat ovat vanhuk- sia, on asiasisällöt valittu myös siten, että ne tukevat vanhuksen saattohoitoa.

Kansiota miettiessämme pohdimme sen käytännöllisyyttä, halusimme, että tieto olisi niin tiiviissä muodossa, että sen hakeminen olisi helppoa. Lisäksi pohdimme, kuinka käytännössä ohjeiden käyttö olisi mahdollisimman helppoa ja päädyimme irrotettaviin muovitaskuihin, jotka olisi helppo ottaa esimerkiksi mukaan tilanteisiin ja jotka myös säilyisivät siisteinä käytössä. Saattohoito on Ruskataloilla uutta, ja tarvetta oli nimenomaan saattohoidon perusasioista. Koetimme kerätä juuri kohderyhmällemme sopivaa aineistoa.

Asiasisältöä saattohoitoon liittyy paljon, olikin vaikeaa koota riittävästi, mutta samalla kuitenkin tiivistä tietoa. Tiedon rajausta helpotti, kun päädyimme rajamaan teorian ja ohjeet koskemaan vain Ruskataloilla mahdollistuvia hoitoja ja toimenpiteitä. Pohdimme myös resursseja ja sitä kuinka ohjeistaa henkilökuntaa, koska saattohoito vaatii usein aikaa. Vierellä ololla on suuri merkitys kuolevalle. Kiire menettää merkityksensä. Ja kuitenkin henkilökuntaresursseja ei ole mitoitettu saattohoitoa varten. Opinnäytetyöpajoista saimme paljon vihjeitä asiasisältöön ja etenkin teoriaosuuden otsikointiin. Aluksi meillä oli paljon pieniä kappaleita ja runsaasti väliotsikoita, vihjeiden perusteella yhdistelimme niitä suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Asiasisällöiksi nousivat seuraavat asiat: kotisaattohoito, hoitotahto, kuolevan henkinen ja hengellinen tukeminen, suhde vastuuhoitajaan, perushoito ja siitä erityisesti asentohoito, suunhoito, nesteytys

ja ravitseminen, oireiden hoito: leikkaukset, toimenpiteet ja antibiootit kuolevan hoidossa, hengenahdistus ja limaisuus, pahoinvointi, ummetus ja ripuli ja hikka. Kivun hoidosta nostimme esille hoitajan roolin kivun hoidossa, kipumittarit ja kivun arvioinnin sekä sen sijainnin ja laadun arvioinnin, lääkkeellisen kivun hoidon, kivunhoidon portaat, kipulääkkeen annostelun, tavallisimpien opioidien vaikutusajat, kipulääkkeiden sivuvaikutukset, muut lääkitykset ja lääkkeettömän kivun hoidon. Lisäksi kerroimme ohjeissa, mitä tapahtuu kuoleman lähestyessä ja mitä kun kuolema on tapahtunut, oli se sitten odotettu tai odottamaton kotikuolema, miten tapahtuu vainajan laitto, tietoa suruliputuksesta, saattohartaudesta sekä omaisten kohtaamisesta. Vielä lisäsimme henkilökunnan toiveiden mukaisesti kirjallisuuslistan loppuun, kopioitavan kipukarttapiirroksen, ohjeet rukoushetkestä kuolevan kanssa sekä saattohartaudesta ja neljä virttä, jotka esiintyvät edellä mainituissa hartausohjeissa.

Aloittaessamme opinnäytetyötämme hahmottelimme suunnitelman työn etenemisestä. Aikataulut tuntuivat hyvin realistisilta ja väljiltä, mutta ajan kuluessa huomasimme yhtäkkiä olevamme suunnitelmistamme jäljessä. Keväällä 2011 keräsimme paljon materiaalia, mutta kesällä annoimme työn ”levätä”. Syksyllä 2011 aloitimme kansion valmistelun uudella innolla, mutta ajauduimme eräänlaiseen ”latenssivaiheeseen”. Huomasimme pyörittelevämme samoja aiheita ja siirtävämmme työn tekemistä päivästä toiseen. Osittain työn etenemistä haittasi teorieosten hankinnan vaikeus. Saattohoidosta löytyy paljon materiaalia, mutta oppaan teosta materiaalia oli tarjolla niukasti. Saimme onneksi lähde vinkkejä verstasistunnoissa. Myös sairastelut haittasivat motivaatiota ja työn tekoa. Kävimme koulun lisäksi molemmat töissä täyspäiväisesti ja rasitus alkoi tuntua.

Joululoman jälkeen tammikuussa 2012 päätimme ”ottaa itseämme niskasta kiinni” ja työstää kansion käyttökuntoon, voidaksemme kerätä palautetta arviointia varten. Asetimme itsellemme takarajaksi tammikuun lopun. Tähän emme kuitenkaan päässeet, sillä lähettämämme versio Ruskatalojen terveydenhuollon vastaaville sai aikaan lisämuutoksia, jotka toteutimme kansioon terveydenhuollonvastaavien Milla Ihalaisen ja Mirva Blomsterin palautteen mukaan. Muutokset koskivat tiedon sijoittelua kansiossa ja käsitteiden tarkentamista. Olimme

puhuneet saattohoidosta ja omahoitajuudesta, jotka nyt muutettiin kotisaattohoidoksi ja vastuuhoidajaksi. Samalla tarkennettiin käytäntöjä kuolemanjälkeistä tapahtumista. Oppaassa oli edelleen potilas-sanoja, vaikka olimme niitä jo kovasti yrittäneet muuttaa niitä asukas-sanoiksi. Näitä korjasimme edelleen. Tämän palautteen Hannele Niinisalo sai puhelinkeskustelussa Milla Ihalaisen kanssa 16.2.2012. Samalla sovimme tapaamisajankohdaksi 2.3.2012 Ruskahoviin. Lähetimme ennen tapaamista kansioista korjatun version terveydenhuollon vastaavien luettavaksi. Tapaamiseen osallistuivat Hannele Niinisalo ja Milla Ihalainen. Siinä tarkastelimme tehdyt muutokset, keskustelimme ulkoasusta, asioiden järjestyksestä, ja meille esitettiin toivomus, että liittäisimme oppaaseen lisää kuvia. Olimme käsitelleet alun perin perushoitoa vasta kivunhoidon jälkeen. Ruskataloilla oltiin sitä mieltä, että perushoito on niin tärkeää, että se tulisi nostaa esiin ennen kivunhoitoa. Lisäksi asentohoito koettiin niin tärkeäksi, että se pyydettiin erottamaan pois perushoidon sisältä oman otsikon alle.

Toinen syy oppaan valmistumisen venymiseen oli, että Ruskataloille oli suunnitteilla koulutusta saattohoidosta. Jotta koulutus ja opas olisivat yhteneväisiä, piti meidän lähettää työmme koulutuksen pitävälle Mirja Koivuselle, joka on Länsi Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskodin ja Kuntoutuskeskuksen ylilääkäri, yleislääketieteen erikoislääkäri ja jolla on palliatiivisen lääketieteen erikoispätevyys, arvioitavaksi. Tämä selvisi meille vasta sovitussa tapaamisessa. Tässä vaiheessa alkoi olla selvää, ettemme pysty toteuttamaan arviointikyselyä oppaasta ja päätimmekin jättää sen pois ja arvioida onnistumistamme Mirja Koivusen ja terveydenhuollonvastaavien palautteen mukaan.

Hannele Niinisalon tapaaminen Mirja Koivusen kanssa sovittiin sähköpostiviestittelyn pohjalta. Hän oli lukenut työmme ja tahtoi tavata. Sovimme ajankohdaksi 12.3.2012 ja paikaksi hänen työhuoneen Diakonialaitoksella. Mirja Koivunen oli kovasti kiinnostunut meidän taustoistamme ja sitä mistä kiinnostuksemme aiheeseen oli syntynyt. Hänen kanssaan kävimme läpi kansion sisällön. Hän oli asian lisäksi kiinnittänyt huomiota asioiden ilmaisemiseen. Sisältö oli hänen mielestä hyvä ja kattava. Jätimme kuitenkin pois nenämahaletkun käyttämisen pahoinvoinnin hoitamisessa, koska sen käyttäminen on niin harvinaista, ja li-

säsimme Laxoberon-valmisteeseen ummetuksen hoitoon, sekä tietenkin korjasimme kirjoitusta saamiemme ohjeiden mukaisesti. Nyt olimme vihdoinkin saaneet sisällön valmiiksi ja aloimme liittää kuvia työhömmme.

## 10.2 Kansion viimeistely

Kansikuvaa mietimme yhdessä pitkään, aiheeseen sopivia kuvia löytyi paljon ja halusimme, että kuva viestittää hoitajalle saattohoidosta rauhallisen ja positiivisen, toivon täyteen asenteen, joka auttaisi osaltaan heitä arvokkaassa työssään kuolevan hyväksi. Koimme osaavamme valita omalta tunnepohjalta sopivan kuvan, koska kuulumme myös itse kuvan ”lukijoiden” kanssa samaan kulttuurisammattilliseen ryhmään. Kuvia etsimme googlsta käyttämällä hakusanoja: kuolema, kuoleva, rukous, saattohoito, suru, suunhoito ja vanhuus. Hauilla löytyneitä kuvia käytimme myös muualla kansiossa. Kansikuvan lisäksi etsimme kansioon kuvia niin lääkkeitä, kipupumpusta, kipumittareista kuin kipukartoitakin, käyttämällä näitä sanoja hakusanoina.

Viimeistellesämme ohjeita kokeilimme erilaisia fontteja, ja päädyimme valitsemaan ”Meiryo UI” fontin, koska se oli selkeä ja helposti luettavissa ja miellytti meidän silmiämme. Fontin kooksi valitsimme koon 12 ja riviväliksi 1,15, luettavuuden helpottamiseksi, kokeiltuamme eri vaihtoehtoja. Pohdimme myös kuinka korostaisimme mielestämme tärkeitä asioita, ja kokeiltuamme sekä alleviivauksia, että lihavoimista päädyimme alleviivaukseen, koska se ei mielestämme häirinnyt lukemista, mutta korosti silti asian tärkeyttä. Otsikot erotimme tekstistä lihavoimalla ne, ja pääotsikot erotimme alaotsikoista käyttämällä pääotsikoissa fonttikokoa 14 ja alaotsikoissa 12. Koska olimme jo aiemmin päätyneet käyttämään kansiossa muovitaskuja, pystyimme valitsemaan sivun asetteluun kapeat reunukset, jolloin kappaleet asettuivat mielestämme paremmin.

Kun kansion sisältö alkoi olla, selvillä aloimme miettiä, millaisen kansion valitsimme aiheeseemme. Ruskataloilla on eriaiheiden ohjeistuksia A4-kokoisissa kansioissa, joten alusta asti oli selvää, että se olisi myös meidän kansiomme

koko. Valitsimme myös samanlaisen kansiotyyppin, kuin muissakin ohjeistuksissa. Kansio on materiaaliltaan taipuisaa ja kevyttä ainetta, joten sitä on helppo käsitellä. Yksi ratkaiseva tekijä oli, että kansion kannessa oli muovitasku, johon saimme kansikuvan kauniisti esille. Kansiota oli saatavissa punaisena, vihreänä, sinisenä, keltaisena, valkoisena ja mustana. Päädyimme valkoiseen väriin, joka mielestämme hyvin kuvastaa saattohoidon teemaa.

Mirja Koivunen antoi kommentiksi kansikuvaan: ”ettehän muuta tätä”, joka viimeisteli päätöksen kansikuvasta. Lisäsimme toiveiden mukaan kansioon kuvia, joita olimme pohtineet kansikuvan vaihtoehtoina, ja haimme lisää kuvia hakusanoina ruoka, suunhoito, asentohoito ja suru.

Kansion tulostusvaiheessa esiintyi vielä uusia odottamattomia ongelmia. Sivunumerointi ei tahtonut osua kohdalleen ja jouduimme muokkaamaan yläreunuksen korkeutta. Tämä taas muutti tekstien mahtumista sivuille, niin kuin ne oli suunniteltu. Alkoi uusi muokkaamisvaihe. Pitkiä aihe alueita jaettiin tasaisesti useammalle sivulle, kuvien paikkoja muokattiin hiukan ja odottamaton kuolema kappaleen paikka siirtyi, niin että se esiintyi ennen odotettua kuolemaa. Samoin tapahtui nestehoidolle ja ravitsemukselle. Näin saatiin asiat mahtumaan siististi sivuille ja kuvat sellaiseen kokoon, että ne näyttivät hyvälle.

## 11 POHDINTA

Mirja Koivusen ja terveydenhuollon vastaavien Milla Ihalaisen ja Mirva Blomsterin antama palaute oli meille arvokasta; heidän palautteensa auttoi meitä näkemään työmme ”ulkopuolisen silmin”. Mirja Koivusen mielestä kansiomme oli onnistunut ja hyvin tehty sekä tulisi toimimaan hyvänä tukena henkilökunnalle saattohoidossa. Saattohoito on aiheena koskettava, ja oli vaikeaa suhtautua siihen kliinisesti. Ohjeita laatiessamme sorruimme usein toistamaan itseämme siitä, kuinka tärkeää on olla läsnä ja huomioida kuoleva kokonaisuutena. Näitä toistoja sitten poistimme niitä huomatessamme.

Prosessina opinnäytetyön tekeminen kasvatti meitä; yhteistyön hiominen ja aikataulut kaikkinen sudenkuoppineen olivat opettavainen kokemus. Nousimme ylös kuopista toistemme tuella ja saavutimme aikataulut tehden matkan varrella tarpeelliset muutokset työhömmme. Aluksi jaoin vastuualueita toisillemme ja työn edetessä siirryimme tekemään työtä vuorotellen, koska työn koko alkoi olla niin suuri, että oli helpompi kirjoittaa muutokset suoraan yhteen kokonaiseen työhön. Näin vain yksi työ kulki sähköpostin välityksellä meidän välillämme ja oli ajan tasalla. Kun toinen työsti opinnäytetyötä, niin toinen sai työn kanssa pienen hengähdystauon. Tämä työmalli sopi hyvin etenkin prosessikuvausta tehdessä. Toisen tekstiä lukiessa tulivat mieleen ne vaiheet, joita emme vielä kuvaukseen olleet kirjoittaneet.

Tunne siitä, että työmme tulee olemaan arvokas työväline, lisääntyi sitä mukaa mitä enemmän saimme tietoa saattohoidosta. Suurin osa ihmisistä osaa liittää kivun kuuluvan kuolemaan ja sitä pelätään etukäteen. Monesti ajatellaan, että kipua voidaan hoitaa vai lääkkein ja näin unohdetaan kaikki lääkkeettömät hoitomuodot. Pelkkä läsnäolo saattaa jo lievittää kipuja suuresti. Hoitajalla on mielestämme suuri rooli kuolevan hoidossa. Hän toimii eräänlaisena tulkkina kuolevalle ihmiselle. Tätä roolia olemme halunneet korostaa työssämme.

Uskomme että, saattohoitokansio on arvokas työkalu Ruskatalojen henkilökunnalle ja olemme kiitollisia siitä että, saimme tehdä opinnäytetyömme itsellemme ja Ruskataloille tärkeästä aiheesta ja saimme siihen Ruskataloilta täyden tuen ja kannustuksen. Mielestämme on tärkeää, että ihminen saa kuolla omassa kodissaan tutussa ympäristössä ja häntä hoitavat ne samat tutut hoitajat. Aikaisemmin on ollut periaatteena, että palvelutaloista muutetaan sairaalaan tai vanhainkotiin ihmisen kunnan huononnuttua. Yhteiskuntarakenteiden muutos on onneksi aiheuttanut sen, ettei vanhan ihmisen tarvitse muuttaa ”kuolemaan” sairaalaan. Tämä mahdollistaa mielestämme ihmisarvoisen kuoleman.

Palvelutalojen henkilökunnalle muutos on suuri, ja työ on muuttunut paljon. Hoitosuhteet ovat muuttuneet entistä pidemmiksi ja samalla tunnesiteet asukkaisiin ovat kasvaneet. Kun pitkäaikainen asukas kuolee, aiheuttaa se hoitajissa tunnekuohuja; myös hoitaja voi surra ja tuntea ahdistusta. On haasteellista seurata kunnan huononemista, ja toisinaan tuntuu, ettei mistään saa apua. Halusimme auttaa hoitajia tunnistamaan tavallisia kuolemaan liittyviä oireita ja kuvata keinoja niiden helpottamiseksi. Myös kuoleman lähestyminen aiheuttaa erilaisia tunteita ja hoitajalle on helpottavaa tietää, että ne kuuluvat asiaan ja näin osataan niihin suhtautua sekä tukea omaisia oikealla tavalla. Koska tilanteita ei tule vastaan päivittäin, on kansioista tulevaisuudessa helppo tarkistaa tietoja saattohoidon tullessa eteen. Toivomme, että hoitajat kokevat saavansa apu ja tukea kansioista hoitaessaan näitä kuolevia vanhuksia.

Omasta mielestämme kansio on onnistunut sekä sisällöltään, että ulkonäöltään. Työntekijöiden mielipiteiden puuttuminen ajanpuutteen vuoksi jäi hiukan harmitamaan meitä. Tästä syystä ehdottaisimme, että kun kansio on ollut käytössä esimerkiksi vuoden niin sen sisällöstä ja hyödystä kerättäisiin henkilökunnalta mielipiteitä ja sitä muokattaisiin niiden mukaan entistä toimivammaksi, tästä syystä olemme luovuttaneet Ruskataloille myös sähköisen version kansioista, jota on helppo muokata ja päivittää.

## 12 LÄHTEET:

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009. Saattohoito.

[www.epshp.fi/terveyskeskuksille/ohjeet/saattohoito.pdf](http://www.epshp.fi/terveyskeskuksille/ohjeet/saattohoito.pdf)

Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (Toim.) 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevanhoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Grönlund, Elina & Huhtinen, Aili 2011: Kuolevan hyvähoito. Helsinki: Edita.

Holmevaara, Martta & Paussu, Kirsi 2009: Hoitajien ja vapaaehtoistyöntekijöiden kuvauksia saattohoitopotilaiden eksistentiaalisesta ahdistuksesta – Riittääkö inhimillisen ihmisen läsnäolo? Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö

Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, Juha 2004. Saattohoito. Etelä-Suomen syöpäyhdistys, Terho-säätiö.

Hänninen, Juha; Pajunen, Tapio 2005. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja oy

Ihalainen, Milla 2012. Terveystenhuollon vastaava, Ruskatalojen palveluyhdistys ry, Ruskahovi. Pori. Henkilökohtainen tiedoksianto 16.2.2012.

Kokkonen, Paula; Holi, Tarja & Vasantola, Satu 2004: Hoitotahto. Helsinki: Talentum.

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen i.a. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Viitattu 1.7.2011. [www.kaksineuvoinen.fi/Link.aspx?id=1186996](http://www.kaksineuvoinen.fi/Link.aspx?id=1186996)

Käypähoitosuositus 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käyvän hoidon tiivistelmät.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../kht00072>. Viitattu 9.1.2011

Leino, Timo 2012. Kantani eutanasiaan on kielteinen. Aamulehti 24.2.2012.

<http://www.pressdisplay.com/pressdisplay/viewer.aspx>. Viitattu 1.3.2012.

Lipponen, Varpu 2006. Etäisyyttä ja läheisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 5.5.2011. <http://acta.uta.fi/teos.php?id=10865>.

- Niskanen Annikki 2010. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Teoksessa Marianne Mustajoki; Anja Alila; Elina Matilainen ja Mirja Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Porvoo: Bookwell
- Parker, Roger C 1998:Hyvältä näyttää. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.
- Pesonen, Elisa 2007: Julkaisijan käsikirja. Porvoo: WS Bookwell.
- Pitkälä, Kaisu & Hänninen Juha 1999. Kun kuolema lähestyy. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 1999;115 (15) :1634
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä 2010. Saattohoito-ohjeistus ja Suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelyistä ja hoidosta.  
[http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/21119\\_saattohoitonetti\\_uusi.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_saattohoitonetti_uusi.pdf)
- Ruskatalojen palveluyhdistys ry, i.a. Tervetuloa Ruskataloihin. Viitattu 4.3.2011  
<http://www.ruskatalot.fi/8>
- Ruskatalojen palveluyhdistys ry: Perehdytyskansio i.a.
- Ruuskanen, Eija 2005.Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma. Keski-suomen sairaanhoitopiiri. 2003–2004.  
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=3027&nodeid=6459>
- Sailo, Kaija 2000. Kuolevan potilaan kivunhoito. Teoksessa Eerika Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivun hoito. Helsinki: Tammi. 164–166.
- Saukonpää, Katri 2006. Kuvan viesti, Kuvan lukemisen ja kirjoittamisen taito. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viestinnän koulutusohjelman tutkintotyö.  
<https://publications.theseus.fi/bitstream/.../TMP.objres.378.pdf?...2>
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE 2009. Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17409&name=DLFE-902.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17409&name=DLFE-902.pdf). Viitattu 1.3.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6 Hyvä saattohoito suomessa asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf)

Tampereen teknillinen yliopisto, TTY 2011. Hypermedianopetus.

[http://hlab.ee.tut.fi/hmopetus/vpsist-oppimateriaali/9-viestinta/9-3-Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi \(toim.\) 2004. Palliatiivinen hoito. Kustannus oy Duodecim. mediaelementit/9-3-2-still-kuvat](http://hlab.ee.tut.fi/hmopetus/vpsist-oppimateriaali/9-viestinta/9-3-Vainio,Anneli&Hietanen,Päivi(toim.)2004.Palliatiivinenhoito.KustannusoyDuodecim.mediaelementit/9-3-2-still-kuvat)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa 2004. Helsinki 2004. Helsinki: Edita Prima Oy.

Valvira i.a. Hoitotahto.

([http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_oppuvaiheen\\_hoito/hoitotahto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_oppuvaiheen_hoito/hoitotahto))

Vuorinen, Eero 2005. Syöpäpotilaan kivunhoito. Suomen syöpäpotilaat ry.

LIITE 1: SAATTOHOITOKANSIO, OHJEITA KUOLEVAN HOITON  
RUSKATALOJEN HENKILÖKUNNALLE



# ***KOTISAATTOHOITO RUSKATALOISSA***

Tehnyt: Piia Aho ja Hannele Niinisalo

Sisältö:

<b><i>Pidä minusta kiinni</i></b> .....	1
<b><i>Kotisaattohoito</i></b> .....	2
<b><i>Hoitotahto</i></b> .....	3
<b><i>Kuolevan henkinen ja hengellinen tukeminen</i></b> .....	4
<b><i>Suhde vastuuhoitajaan</i></b> .....	6
<b><i>Perushoito</i></b> .....	7
<b><i>Asentohoito</i></b> .....	8
<b><i>Suunhoito</i></b> .....	9
<b><i>Ravitsemus</i></b> .....	10
<b><i>Nesteytys</i></b> .....	11
<b><i>Leikkaukset, toimenpiteet ja antibiootit</i></b> .....	11
<b><i>Hengenahdistus ja limaisuus</i></b> .....	12
<b><i>Pahoinvointi</i></b> .....	13
<b><i>Ummetus ja ripuli</i></b> .....	14
<b><i>Hikka</i></b> .....	16
<b><i>Kivun hoito</i></b> .....	17
<b><i>Hoitajan rooli kivun hoidossa</i></b> .....	17
<b><i>Kipumittarit ja kivun arviointi</i></b> .....	17
<b><i>Kivun sijainnin ja laadun arviointi</i></b> .....	19
<b><i>Lääkkeellinen kivun hoito</i></b> .....	20
<b><i>Kivunhoidon portaat</i></b> .....	21
<b><i>Kipulääkkeen annostelu</i></b> .....	22
<b><i>Tavallisimpien Opioidien vaikutusaikoja</i></b> .....	23
<b><i>Kipulääkkeiden sivuvaikutukset</i></b> .....	24

<b><i>Omaisten kohtaaminen</i></b> .....	27
<b><i>Kuoleman lähestyessä</i></b> .....	28
<b><i>Kun kuolema on tapahtunut</i></b> .....	30
<b><i>Odottamaton kotikuolema</i></b> .....	30
<b><i>Odotettu kotikuolema</i></b> .....	31
<b><i>Vainajan laitto</i></b> .....	32
<b><i>Suruliputus</i></b> .....	33
<b><i>Saattohartaus</i></b> .....	34
<b><i>Virsi 631 a</i></b> .....	35
<b><i>Virsi 498</i></b> .....	36
<b><i>Virsi 397</i></b> .....	37
<b><i>Virsi 338</i></b> .....	38
<b><i>Kipupiiirros</i></b> .....	39
<b><i>Kirjallisuutta:</i></b> .....	40

## ***PIDÄ MINUSTA KIINNI***

Kaukaa sinua hain. Nyt on pyyntöni vain:

Pidä minusta kiinni, kunnes kasvosi nään.

Omin voimin nyt näin pääse en eteenpäin.

Pidä minusta kiinni, kunnes kasvosi nään.

Kädet lävistetyt ovat lohtuni nyt.

Pidä minusta kiinni, kunnes kasvosi nään.

Kipu sammumaton kerran päättyvä on.

Pidä minusta kiinni, kunnes kasvosi nään.

(Anna-Mari Kaskinen)



## **KOTISAATTOHOITO**

Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jonka jäljellä oleva elinaika arvioidaan lyhyeksi. Saattohoito on arvoperustaista toimintaa. Sen eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuus. Saattohoitoasukkaan hyvään elämänlaatuun kuuluu se, että hänestä huolehditaan, hän tuntee olonsa turvalliseksi, osallistuu itseään koskeviin hoitoratkaisuihin sekä tuntee säilyttävänsä oman elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. Hyvä saattohoito on kaikkien ihmisten oikeus, johon kuuluu muun muassa kuolevan ihmisen kivun ja kärsimyksen kokonaisvaltainen lievittäminen.

Iäkäs ihminen tahtoo yleensä kuolla omassa kodissaan. Hänelle voidaan tarjota kotisaattohoitoa Ruskataloissa. Siellä hänellä on tutut esineet ja ihmiset. Ruskataloissa kotisaattohoitoa toteutetaan moniammatillisena tiimityönä.



## **HOITOTAHTO**

Hoitotahdolla tarkoitetaan tahdonilmaisua, jonka ihminen etukäteen esittää hoitonsa varalta ajatellen tilannetta, jossa hän ei olisi kykenevä enää pätevästi ottamaan itse kantaa hänelle suunniteltuun tai annettavaan hoitoon. Tavallisimmin tässä yhteydessä tarkoitetaan vakavaa sairautta, jonka väistämättömänä seurauksena on kuolema.

Hoitotahto kannattaa laatia hyvissä ajoin. Ruskataloilla asukkaalle olisi hyvä puhua hoitotahdosta heti, kun asukas muuttaa taloon. Näin asukas ehtii miettiä hoitoa ja sen linjauksia vailla tunnekuohuja. Asukasta voidaan ohjata myös keskustelemaan omaisensa kanssa asiasta, jolloin kaikilla osapuolilla olisi käsitys, minkälaista hoitoa asukas elämänsä loppupuolella haluaa. Hoitotahto voidaan esimerkiksi laatia palaverissa, jossa on läsnä asukas, hänen omaisiaan sekä edustajia Ruskataloilta.

Hoitotahdon sitovuus perustuu perustuslaissa olevaan yksilön itsemääräämisoikeuteen. Tästä syystä tulee noudattaa päätöskyvyn omaavan täysi-ikäisen henkilön tahdon ilmausta, olipa se esitetty suullisena tai kirjattuna. Asukkaan tahtoa tulee noudattaa myös niissä tilanteissa, joissa asukkaan omaiset tahtoisivat, että hoito toteutettaisiin eritavalla. Vaikeita ovat tilanteet, joissa asukas on kieltäytynyt hoidosta ja omaiset silti vaativat, että " kaikki mahdollinen hoito" annetaan.

## **KUOLEVAN HENKINEN JA HENGELLINEN TUKEMINEN**

Käsien välityksellä viestimme paljon tietoa. Kuolevaa asukasta hoidettaessa tulisikin miettiä, minkälaisin käsin me häntä hoidamme. Ilmapiiirin tulisi olla kiireetön ja kosketuksesta ja liikkeistä tulisi aistia hellyyttä ja lämpöä. On tärkeää saada kuolevalle tunne, että hän on turvallisissa käsissä. Kosketus voi olla puhetta tärkeämpää.

Asukkaat vaistoavat herkästi, mitä asioita kenenkin kanssa voi puhua, he vaistoavat milloin hoitajan mieli on mukana tai jossakin muualla.



Meidän hoitajina tulee ymmärtää, että asukas tuntee erilaisia, negatiivisiakin tunteita, joiden on hyvä tulla ulos. Asukas ei voi itse valita näitä tunteita. Hoitajan tulisi ottaa vastaan tämä tunnekuuhu ja ohjata asukasta löytämään tunteen lähde ja keskustella sekä auttaa häntä näkemään mistä kyseiset tunteet aiheutuvat. Mikä suututtaa? Miksi käy kateeksi? Mikä pelottaa? Tärkeää asukkaan kannalta on, että hänellä on lupa tuoda nämä tunteet esille turvallisesti.

Ahdistunut asukas voi tarvita myös kuulijan, joka ei lähde karkuun ja kestää ahdistaviakin ajatuksia. Asukas vaistoaa kenelle hän voi puhua. Jos asukas aloittaa keskustelun kiireisellä hetkellä, on parempi palata asiaan myöhemmin. Asukas vaistoaa kiireesi ja se voi haitata asioiden käsittelyä. On oleellisen tärkeää muistaa palata asiaan, kun on niin luvannut. Asukas on jo sinut valinnut, ajankohta vain oli hiukan väärä. Asukkaat ovat usein herkkiä puhumaan hartaustilaisuuksien jälkeen.

Miten kuulla toisen hengelliset tarpeet, jos ei itsellä ole vakaumusta? Miten voi puhua asioita tyrkyttämättä omaa näkemystä ja käyttämättä hyväkseen heikon ihmisen asemaa?

Hengellisten tarpeiden hoitaminen on osa hoitoprosessia. Somaattisella puolella kysymme kuumeesta ja kivuista asukkailta, vaikkei itsellämme olekaan niitä. Omaa näkemystä ei tule tyrkyttää, vaan muistaa, kumman tarpeista on kysymys kuolevan vai hoitajan, tulee osata vetäytyä ja hyväksyä asukkaan näkemys, vaikka se eroaa omasta.

Kristinuskon lohdulliset Raamatun lupauksen ovat Jumalan rakkaus ja Jumalan rajaton anteeksiantamus. Jumala näkee ihmisen ja pienikin vinkki, huokaus tai kaipaus kuolinvuoteella voi johtaa armahdukseen ja voidaan tulkita yhteyden etsimiseksi elävään Jumalaan. Tämä usko voi tuoda kuolevalle rauhan ja auttaa häntä kuolemisprosessissa.

Asukkaan kanssa voidaan pitää hartaushetki, jonka voi toimittaa myös hoitaja. Tarvittaessa / asukkaan toivoessa voidaan paikalle pyytää pappi tai diakoniatyöntekijä omasta seurakunnasta.

Papin voit tilata:

Diakoniatyöntekijä:



## **SUHDE VASTUUHOITAJAAN**

Vastuuhoitaja muodostuu usein niin tutuksi, että hänelle on helpompi puhua luottamuksellisista asioista, kuin muille. Luottamus vastuuhoitajaan mahdollistaa kiviä ja vaikeista jokapäiväisistä asioista puhumisen.

Kuolinhetkestä puhuminen vastuuhoitajan kanssa auttaa kuolevaa käsittelemään pelkojaan ja samalla hän voi tuoda esille toivomuksiaan. Surusta on hyvä puhua myös vastuuhoitajan kanssa. Ei ole tarvetta paeta omaa kuolemaansa. Mennyttä elämää on surtava, että pystyy kohtaamaan oman kuolemansa. Asukas elää menneisyytensä varassa kohti tulevaisuuttaan eli kuolemaa. Tässä vastuuhoitaja voi myös häntä auttaa ja tukea.

Kuolevan hoito voi olla raskasta koko hoitotiimin jäsenille. Usein hoitosuhteet Ruskataloilla ovat pitkiä ja kuolema koskettaa myös hoitajia. Onkin tärkeä myöntää tunteensa ja käsitellä niitä työyhteisön kanssa. Hoitajakin saa surra ja tuntea. Kuoleman jälkeen pidetään tiimipalaveri, jossa asukkaan kuolema ja siitä heränneet ajatukset käydään läpi.



## **PERUSHOITO**



Hyvä perushoito tukee ihmisyyttä ja on myös kotisaattohoidossa olevan asukkaan hoidon kulmakivi. Ihon kunnosta huolehtiminen on erityisen tärkeää, koska se estää monien ongelmien syntymistä ja edesauttaa asukkaan hyvinvointia. Laadukkaaseen perushoitoon kuuluu myös asukkaan tarpeiden kuuleminen. Kivunhoito on myös yksi tärkeimmistä asioista kuolevan asukkaan hoidossa.

Arvokkaan kuoleman tukeminen edellyttää riittävää puhtaudesta huolehtimista. Epäsiisteys, pitkät vaipanvaihtovälit, kampaamattomat hiukset, tahraiset vaatteet, ruuan murut suupielissä, ajamaton parta jne. luovat masennusta, omanarvontunteen huononemista, pahoinvointia ja alentavat kipukynnystä. Vuoteeseen hoidettavan asukkaan puhtaudesta huolehditaan päivittäisellä pesulla, joka elvyttää samalla heikentyneitä pintaverenkiertoa, huomioidaan hyvin taiteet, kainalot, kantapäät sekä ihopoimut. Vältetään kutinaa aiheuttavia tekijöitä, kuten runsasta saippuan käyttöä. Pesun jälkeen iho kuivataan ja rasvataan hyvin.

## ***Asentohoito***

Vuodehoito altistaa painehaavoille, ohut iho ja laihtuminen sekä verenkierron heikkeneminen lisäävät haavaumien riskiä. Tyypillisiä haavaumakohtia ovat kantapäät, ristiselkä ja muu selkärangan alue. Asukasta avustetaan liikkumaan kykynsä ja jaksamisensa mukaan. Asukkaan voinnin ja toiveiden mukaan hänet nostetaan päivittäin ylös vuoteesta. ”Jalkeilla olo aika” suhteutetaan asukkaan vointiin. Nostoista luovutaan, jos asukas ei jaksakaan tuettunakaan istua tai hän ei halua nousta sängystä motivoinnista huolimatta.

Jos asukas ei pääse itse lainkaan liikkumaan, asentohoito on erityisen tärkeää. Asennon vaihto on kuolevalle avustettunakin suuri rasitus, asentohoidossa kuolevan asentoa vaihdetaan vähän kerrallaan, mutta useasti, ei suoraan kyljeltä toiselle vaan pikkuhiljaa.



## Suunhoito

Päivittäinen hampaiden ja kielen pesu ja suun hoito esimerkiksi sitruunatikulla tai laimennettuun suuveteen kastetulla pumpulipuikolla vaikuttavat hyvinvointiin. Oliiviöljy on myös hyvää suunhoidossa, esimerkiksi kuivan ja karstaisen kielen pehmyksessä, sitä voi levittää limakalvoille ja kielelle suun puhdistuksen jälkeen.



Suun kuivuminen ja sammas ovat yleisiä elämän loppuvaiheessa. Jääpalat tai jäämurska tuntuvat monesta asukkaasta miellyttäviltä. Tarvittaessa voidaan käyttää esimerkiksi syljen erityistä lisääviä pastilleja. On olemassa myös kosteuttavia voiteita ja geelejä (Oral Balance). Sieni-infektion hoitoon on paikallishoitoaineita (Daktarin geeli, Pimafucin tipat). Varsin usein tarvitaan myös tablettimuotoista sienilääkitystä (Diflucan). Suussa voi olla myös kivulias virus-tulehdus, herpes. On siis tärkeää tarkkailla suun kuntoa ja olla tarvittaessa yhteydessä lääkäriin.

Suun kunnosta huolehtiminen kohottaa asukkaan yleiskuntoa ja mielialaa ja vähentää kipua. On vältettävä kuivaa suuta ärsyttäviä tekijöitä, kuumia tai hyvin kylmiä, happamia tai vaikkapa voimakkaasti maustettuja ruokia. Kuivat huulet rasvataan säännöllisesti.

## **Ravitsemus**



Ravitsemusta ei ole järkevää toteuttaa suonen sisäisesti tai letkuin. Tukokset suolistossa ja eri syistä johtuva pahoinvointi mm. heikentävät ruokahalua ja kykyä syödä, myös lääkkeet saattavat vaikuttaa makuaistiin ja lisätä ruokahaluttomuutta.

Asukkaalle tarjotaan mieluisia ruokia ja hänelle sopivimpana ajankohtana. Ruokahaluttomalle suuret annoskoot voivat lisätä ruokahaluttomuutta. Suuri annos lisää ennestään tunnetta, ettei pysty syömään "vaadittua määrää". Käytetään mieluummin pienempiä astioita ja pidetään annoskoot pieninä, tarjotaan mieluummin lisää ruokaa, jos asukas haluaa. Usein jo muutama lusikallinen on saattohoidossa olevalle suuri määrä.

Huonokuntoisen asukkaan syöttämistä pitää pohtia. Aspiraatoriski ja tukehtumisriski ovat huomioitavat etenkin jos tajunnantaso on alentunut ja nielemisrefleksi ei toimi. Asukkaalla on oikeus kieltäytyä ravinnosta ja tätä täytyy kunnioittaa. Hänellä on itse-määräämisoikeus. Ruokailuun ei "pakoteta". Aina asukkaan ja omaisten toiveet eivät ole samoja. Ravitsemuksen ja nesteytyksen väheneminen ja loppuminen ovat erityisesti asukkaan läheisille vaikeita asioita hyväksyä. He tarvitsevat näissä tilanteissa tukea.

## ***Nesteytys***

Suonensisäisen nestehoidon tarve saattohoidossa on poikkeuksellista, nesteytys pikemminkin lisää oireita kuin helpottaa niitä. Kuivuminen vähentää virtsausta, jolloin asukkaan liikuttelutarve vähenee, liman erityys vähenee elimistön kuivuessa, nestevajaus voi vähentää kipua vähentämällä turvotusta kasvaimen ympäristössä samoin myös muut turvotukset vähenevät.

Asukasta ohjataan juomaan hänen siihen vielä kyetessään sellaisia määriä kuin hänestä itsestään tuntuu hyvältä. Suun kuivuminen on nestehukkaa suurempi ongelma ja siihen tulee kiinnittää huomiota! Suonen sisäinen nesteytys ei vaikuta suun kuivumiseen. Suun hoidosta on ohjeissa erillinen kappale.

## ***Leikkaukset, toimenpiteet ja antibiootit***

Leikkauksia, muita toimenpiteitä ja antibioottikuureja, käytetään kuolevan hoidossa ainoastaan, jos ne helpottavat olennaisesti kuolevan oireita ja eivät tuota suurempaa tuskaa ja oireilua kuin aiempi vaiva. Leikkauksista yleisin saattohoidossa olevalle tehtävä on lonkkamurtumasta johtuva. Tällöin leikkaus on osa kivunhoitoa. Myös jos kuolevalla on kasvaimen aiheuttama suolitukos, voidaan turvautua kirurgiaan osana palliatiivista hoitoa, muun voinnin sen salliessa. Usein kun kuolevan elintoiminnot häiriintyvät, alkaa vatsaonteloon kertyä nestettä, vatsa venyytyy, on kipeä, närästää, ruoka ei maistu, liikuntakyky heikkenee ja henkeä ahdistaa. Nesteen valuttaminen eli dreneeraus tai kertapunktio ovat tehokkaita tapoja helpottaa hengenahdistusta ja epä-mukavuutta silloin, kun nesteen määrä on suuri. Nesteenpoistolääkkeet eli diureetit saattavat vähentää pahanlaatuisen askiteksen muodostusta. Myös nesteen poistaminen keuhkoista punktoimalla saattaa olla perusteltua helpottamaan hengitystä ja pahoinvointia sekä vähentämään kipua. Toistuvat punktiot lisäävät kuitenkin väsymystä ja nopeuttavat yleistilanlaskua, punktion tarve onkin harkittava tarkoin. Antibiootit esim. virtsatieinfektiossa ovat perusteltuja helpottamaan kirvelyä ja kipua.

## ***Hengenahdistus ja limaisuus***

Hengenahdistus on pelottavaa niin omaisille kuin kuolevalle ja sitä on hankala hoitaa. Happihoito saattaa olla hyödyllistä sellaisille asukkaille, joilla esiintyy hengenahdistusta ja hypoksiaa. Hapen rutiinimaisesta antamisesta ei ole hyötyä. Myös kasvoihin suunnattu ilmavirta helpottaa hengitystä, tuulettimesta saattaa siis olla apua. Ikkunan avaus ja hyvä asento huomioidaan.

Hengenahdistusta voi aiheuttaa keuhkoihin tai vatsaonteloon kertynyt neste, tällöin hengenahdistusta voidaan hoitaa punktoimalla neste, huomioiden potilaan tila. Astmalääkityksellä on merkitystä vain jos kyseessä on keuhkoputkien supistumisesta johtuva hengenahdistus. Morfiini auttaa hengenahdistukseen rauhoittamalla hengitystiheyttä ja vähentämällä hiilidioksidi herkkyyttä, se on useimmiten paras apu hengenahdistukseen, tarvittava annos on pienempi kuin kivun hoidossa. Hengenahdistukseen morfiini annostellaan tarvittaessa.

Kokemus hengen loppumisesta on ahdistava. Asukkaat hätääntyvät ja täten pahentavat tilannetta. Joskus rauhoittavasta lääkityksestäkin voi olla apua. Rauhoittava hoito on tärkeä, hengenahdistuskohtauksen aikana asukasta ei jätetä yksin ja hänelle luodaan turvallinen olo. Huolehditään myös, että asukas voi helposti hälyttää apua, jos henkeä alkaa ahdistaa hänen ollessaan yksin.

Usein kuoleman lähestyessä limaisuus lisääntyy. Hengitysteihin kertyvää limaa voidaan jossain määrin vähentää lääkityksellä, esim. jos kyseessä on infektio, aloitetaan antibiootti kuuri. Limaisuuteen voidaan käyttää myös glykopyrrolaattia (Robinul-injektioneste) Liman imeminen on useimmiten tarpeetonta, limaisuus häiritsee lähinnä omaisia. Liman imemisellä ei ole asukkaalle merkittävää hyötyä ja se saattaa olla epämiellyttävää.

Oireista, erityisesti hengenahdistuksesta kuin limaisuudestakin, on hyvä myös keskustella asukkaan ja omaisten kanssa ja kertoa niiden kuuluvan sairauden aiheuttamiin muutoksiin sekä kertoa mahdollisista toimenpiteistä oireiden helpottamiseksi

## ***Pahoinvointi***

Pahoinvointi voi johtua monista eri syistä. Saattohoidossa olevilla se liittyy yleensä lääkkeisiin, tulehduksiin, ummetukseen, aineenvaihdunnallisiin syihin, hidastuneeseen mahalaukun tyhjenemiseen tai kasvaimen aiheuttamaan suolistotukokseen. Pahoinvointia hoidetaan lääkkeellisesti nopeuttamalla mahalaukun tyhjenemistä tai vaikuttamalla suoraan pahoinvointikeskukseen.

Ympäristötekijät monesti helpottavat tai pahentavat oiretta (esim. hajut). Huolehditaan esim. eritteiden siivoamisesta ja sen jälkeisestä tuuletuksesta, hoitajat eivät myöskään käytä voimakkaita hajusteita. Ruokailuihin liittyvää pahoinvointia voidaan helpottaa myös tarjoamalla kylmiä juomia, pikkusuolaisia, pieniä aterioita kerrallaan ja huolehtimalla asukas ruokailujen jälkeen puoli-istuvaan asentoon.

Mikäli pahoinvoinnin syy ei ole poistettavissa, lääkityksenä käytetään metoklopramidia (Metopram, Primperan) tai haloperidolia (Serenase).

## ***Ummetus ja ripuli***

Ummetus on vahvojen kipulääkkeiden aiheuttamana yleinen vaiva. Sitä hoidetaan pääsääntöisesti jo ennalta aloittamalla laksatiivit ajoissa ja tarkkailemalla niiden riittävyttä. Lisäksi ummetukselle altistavat ravinnon niukkuus, liikkumisen vähäisyys ja pienet nestemäärät. Wc-toimille avustetaan saattohoidossa voinnin mukaan joko pöntölle, wc-tuolille tai alusastialle. Loppuvaiheessa turvaututaan vaippoihin, jotka vaihdetaan tarpeen mukaan. Ripulointia voi aiheuttaa ummetus ohivuotoripulina, lääkkeet ja tulehdukset. Morfiini on tehokas lääke ripuliin, jos se ei ole käytössä voidaan käyttää suolen toimintaa lamaavia lääkkeitä. Oireet hoidetaan hienotunteisesti ja asukasta ja hänen yksityisyyttään kunnioittaen.

Laktuloosit (Duphalac, Levolac) ja makrogoli (Pegorion, Movicol) ovat paksusuolen nestettä lisääviä ja ulostetta pehmentäviä lääkkeitä, joita voi käyttää sitkeään ummetukseen. Vaikutus alkaa yleensä muutaman tunnin kuluttua mutta näkyy joskus vasta 1–2 päivän kuluttua.

Magnesiumhydroksidilla on laksatiivinen (ulostuttava) vaikutus, vaikuttava aine magnesiumhydroksidi pidättää osmoottisen vaikutuksensa vuoksi vettä suolessa ja stimuloi suoliston liikettä. Laksatiivinen vaikutus ilmenee yleensä 3–8 tunnissa. Magnesiumhydroksidi neutraloi myös mahalaukun suolahappoa ja vähentää siten mahan happamuutta. Magnesiumhydroksidi sitoo myös sappihappoja. Käyttöaiheita ovat ummetuksen lisäksi liikkahappoisuuden aiheuttamat mahavaivat mahakatarri, ilmavaivat, maha- tai pohjukaissuolihaava.

Natriumpikosulfaatti (Laxoberon tipat tai kapselit) vaikuttaa ummetusoireisiin yleensä noin 6-12 tunnin kuluessa. Natriumpikosulfaatti vaikuttaa paksusuolella pehmentäen ulostemassaa ja aktivoi suolen luonnollista toimintaa. Laxoberon-tipat sopivat hyvin myös nielemisvaikeuksista kärsiville henkilöille.

Suolta stimuloivat lääkkeet sennosidi (Exprep, Pursennid) ja bisakodyyli (Metalax, Toilax) on tarkoitettu vain tilapäiseen muutaman päivän käyttöön. Niitä on tabletteina, peräpuikkoina tai pienoisperäruiskeina.

Natriumsitraattidihydraatin natriumlauryylisulfoasetaatin ja sorbitolin yhdistelmä (Microlax) on nopeasti vaikuttava pienoisperäruiske, joka pehmentää kovan ulosteen ärsyttämättä kuitenkaan suolta. Usein käytössä vanhuksilla.

Ripuli on saattohoitopotilailla huomattavasti harvinaisempi oire kuin ummetus. Tavallisia ripulin aiheuttajia ovat ummetuslääkkeet, osittainen suolitukos, joka aiheuttaa ohivirtausripulia tai imeytymishäiriöt ja infektiot. Palliatiivisessa hoidossa opioidit (loperamidi) ovat yleisimmin käytetty ripulilääke. Ripulilääkkeet auttavat yleensä vetiseen ripuliin

Lääkäri määrää ummetus- ja ripulilääkkeiden annostuksen ja sabluunan annostuksien vaihteluille, vatsan toiminnan mukaan.

## **Hikka**

Hikka on yleensä ohimenevää eikä sellaisenaan vaadi toimenpiteitä, mutta pitkittynyt hikka on kiusallista ja hoitoa vaativaa. Pitkittynyt hikka saattaa merkittävästi heikentää asukkaan elämänlaatua viimeisinä viikkoina.

Pitkittyneeseen hikkaan saattavat auttaa ”kotikonstit”:

- Juodaan vettä lasin ulkolaidalta. Taivutetaan päätä alaspäin, viedään huulet lasin ulkolaitaan, kallistutaan eteenpäin ja otetaan kulaus vedestä, joka niellään.
- Niellään lusikallinen kuivaa sokeria
- Pidätetään hengitystä niin kauan kuin mahdollista
- Puhalletaan paperipussiin

Pitkittyneen hikan lääkehoito saattaa olla hyödyllistä, luotettavaa näyttöä asiasta ei ole. Eniten näyttöä hikan lääkehoidossa on baklofeenista (Lioresal) klooripromatsiinista (Klorproman) ja metoklopramidista (Primperan, Metopram). Myös nifedipiinistä (Adalat) ja gabapentiinista (Neurontin, Gabapentin Actavis) saattaa olla hyötyä.

## **KIVUN HOITO**

### ***Hoitajan rooli kivun hoidossa***

Hoitajalla on tärkeä rooli asukkaan kivun arvioimisessa, koska hän on jatkuvassa vuorovaikutuksessa tämän kanssa ja on tärkeä linkki tiedon siirtymisestä eteenpäin. Hoitaja on asukkaan asiamies asukas lääkäri suhteessa. Hoitajien asenteet, tieto, taito ja kokemus vaikuttavat siihen miten kipua arvioidaan ja minkälaista hoitoa asukas saa.

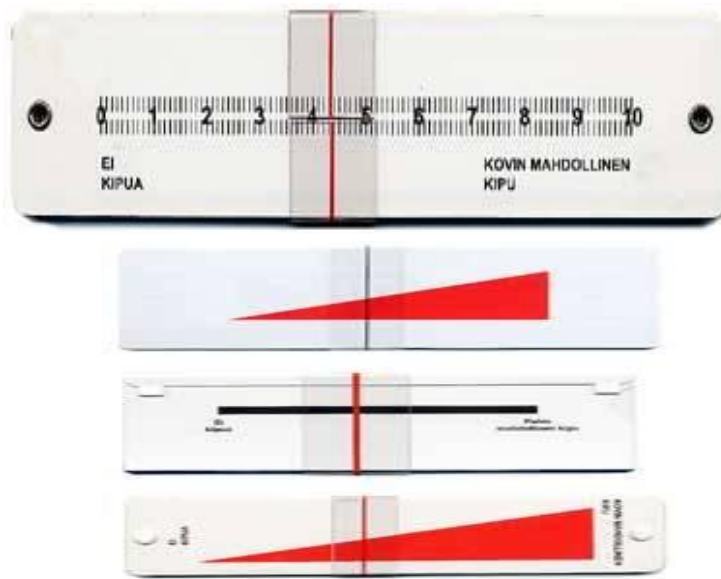
E erityisen tärkeää on että, hoitaja on valppaana kun potilas ei kerro tai ei pysty kertomaan kivusta. Kipu voi ilmetä erilaisin oirein: poikkeavina kasvojen ilmeinä, ääntelynä, huutona tai itkuna, epätarkoituksenmukaisena liikkumisena, käytösoireina kuten ärtyneisyytenä, sekavuutena, ruokahalun menetyksenä tai toimintakyvyn laskuna. Kasvot saattavat myös olla "harmaat", asukas voi hikoilla ja jännittää lihaksiaan tai varoa liikkumista.

### ***Kipumittarit ja kivun arviointi***

Kivun hallinnan perusta on kivun säännöllinen arviointi! Asukkaan oman arvion kivun voimakkuudesta tulee olla kivunhoidon perustana. Kivun arviointi on kokonaisvaltaisen hoitotyön tärkeä osa ja sen voi helposti suorittaa normaalien päivittäisten toimintojen yhteydessä.

Kipua on arvioitava päivittäin ja lääkitystä muutettava tarpeen mukaan! Kivun arviointi on myös muistettava kirjata ja raportoida lääkärille. Kivun arvioinnissa tärkeintä on, että asukas ymmärtää käytetyn mittarin ja että mittari pysyy aina samana asukkaan kohdalla.

Yleisimmin käytetty kipumittari on VAS- kipujana (Visual Analogue Scale). VAS mittari on 10 cm pituinen vaakasuora jana. Asukas merkitsee pystyviivan janalle siihen kohtaan, jonka hän arvioi kuvaavan kivun voimakkuutta. Hän voi myös numerolla 0 - 10 ilmaista kipuansa. Janan vasemmassa päässä 0, "ei kipua" ja oikeassa 10, "pahin mahdollinen kuviteltavissa oleva kipu" Janasta on kehitelty eri versioita, punainen kipu- ja ilmeasteikko. Yli kolmen menevään kipuun täytyy reagoida!

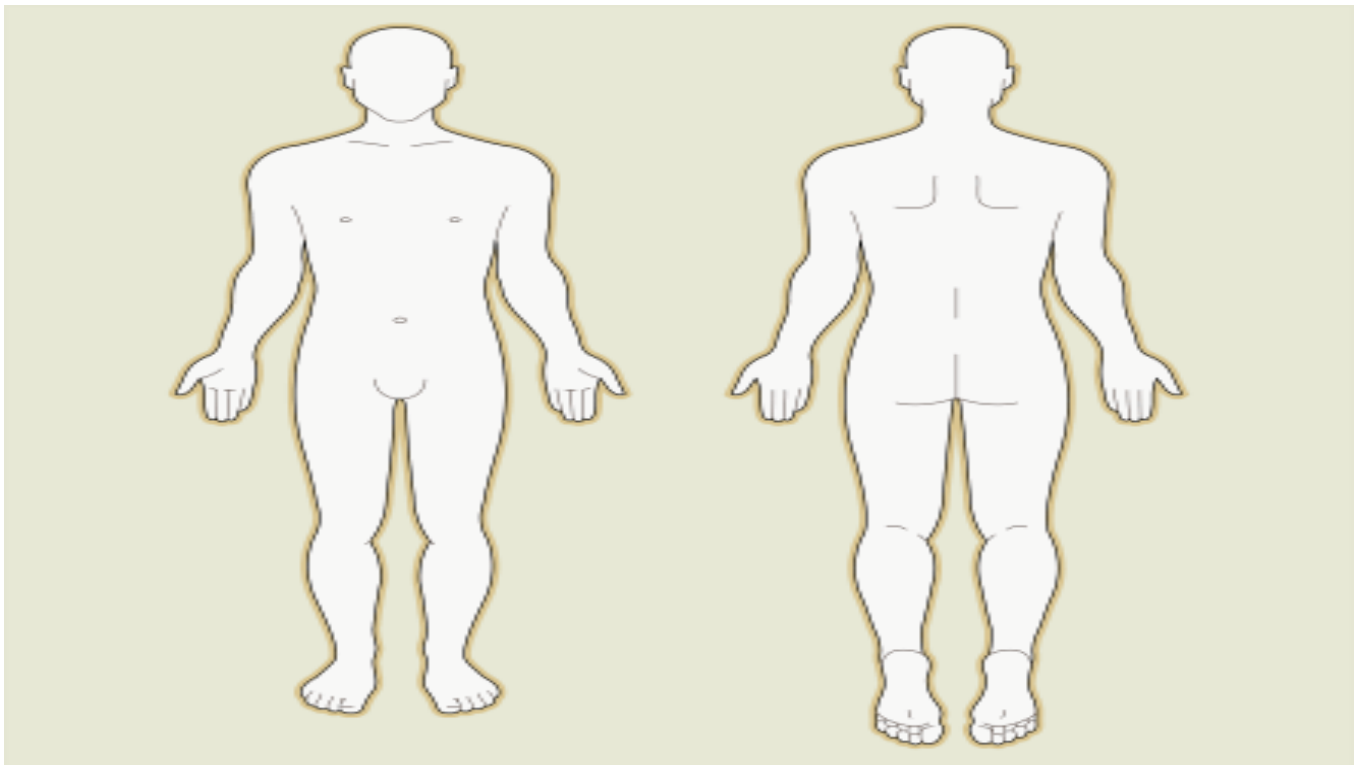


Kuvien mittarit asetettu näyttämään n. 4:ää.

## ***Kivun sijainnin ja laadun arviointi***

Lääkärille kertoo paljon kivun määrittely. Onko kipu jatkuvaa vai kohtauksittaista, mil-laista kipu on? Potilasta voidaan pyytää kuvaamaan kipua omin sanoin.

Olennaista kivun arvioinnissa on kivun paikantaminen. Paikantamisen apuvälineenä voidaan käyttää kipupiirrosta. Piirroksen potilas värittää kipualueet punaisella värillä, puutuneisuuden vihreällä värillä ja säteily- ja heijastuskivun sinisellä värillä. Piirroksen voi myös kuvata kivun laatua erilaisilla merkinnöillä. Voimakkaamman kivun alueet voi värittää tummemmalla värillä ja lievät vaaleammalla.



## ***Lääkkeellinen kivun hoito***

Kuolevan lääkkeellisen kivun hoidon tarkoitus on pitää kipu poissa. Tästä syystä hänelle annetaan säännöllisesti kipulääkettä ja lisäksi ns. läpilyöntikipuihin tarvittavaa nopeavaikutteista kipulääkettä. Kipulääkitys määrittyy kivun voimakkuuden mukaan. Tehokas kokonaisvaltainen kivunhoito parantaa asukkaan ja läheisten jäljellä olevaa yhteistä aikaa.

Portaittaisen kivunhoidon periaatteiden mukaisesti otetaan ensin käyttöön tulehduskipulääkkeet, koksibit tai parasetamoli. Tulehduskipulääkkeiden annosten tulisi olla vanhuksilla alhaisia, etenkin jos munuaistoiminta on heikentynyt. Myöskään parasetamoli annoksen ei tulisi ylittää 4 grammaa vuorokaudessa maksatoksisuuden vuoksi. Heikot opioidit sopivat harvoin vanhusten kipulääkkeiksi. Tramadoli aiheuttaa usein sekavuutta, buprenorfiinin sivuvaikutukset, maksatoksisuus, pahoinvointi ja sekavuus rajoittavat sen käyttöä. Syöpäkivun hoidossa ovat lääkityksen perustana vahvat opioidit (morfiini, oksikodoni ja fentanyyli)

## Kivunhoidon portaat

Lievä kipu näitä lääkkeitä voidaan käyttää myös opioidien kanssa ja tukena

Parasetamoli (Panadol, Pamol) ja tulehduskipulääkkeet, ibuprofeini (Ibumet, Burana, Ibusal) naprokseeni, (Naproxen, Pronaxen, Miranax), diklofenaakki (Diclomex, Voltaren), koksibit (Celebra, Arcoxia)

Tukilääkkeitä, prednisoloni (Prednisolon), haloperidoli (Serenase), amitriptyliini (Triptyl), gabapentiini (Neurontin, Gabapentin Actavis), laksatiivit

Kohtalainen kipu

### Heikot opioidit

-kodeiini (Panacod (parasetamoli+kodeiini), Ardinex (ibuprofeini+kodeiini))  
-tramadoli (Tramal)

Kova kipu

<u>Keskivahvat opioidit</u>	<u>Vahvat opioidit</u>
-bubrenorfiini (Norspan, Temgesic)	-morfiini (Dolcontin, Depolan, Oramorph) -oksikodoni (Oxynorm, Oxycontin, Oxanest) -metadoni (Dolmed) -fentanyyli (Durogesic, Instanyl)

## ***Kipulääkkeen annostelu***

Kipulääkkeitä käytetään tarpeen mukaan ja parannetaan siten kuolevan elämänlaatua. Pitkävaikutteisen kipulääkkeen lisäksi on oltava myös tarvittaessa annettava lyhytvaikutteinen kipulääke läpilyöntikipuihin.

Suun kautta otettavat kipulääkkeet ovat yksinkertainen ja asukkaalle miellyttävämpi vaihtoehto kuin niiden pistäminen lihakseen. Vaikka kipulääkkeen voi pistää myös ihonalaiseen kudokseen (s.c.), ovat pistokset kivuliaita ja niitä joudutaan antamaan usein. Kun lääkeannos on riittävä, tabletti ja liuosmuotoiset opioidit ovat yhtä tehokkaita kuin lihakseen pistetyt. Jos asukas ei pysty nielemään tabletteja tai liuoksia tai on jatkuvasti pahoinvoiva, tulee pistämistä harkita tai miettiä muita vaihtoehtoja.

Kipulaastarit ovat hyvä vaihtoehto, kun on ensin titrattu opioidiannokset ja saavutettu mahdollisimman kivuton olo. Myös ihonalainen kestoinfuusiokipupumpulla on mahdollista, kotisairaalan avulla.



## ***Tavallisimpien Opioidien vaikutusaikoja***

<b><i>Tuotenimi + muoto</i></b>	<b><i>vaikutuksen kesto n.</i></b>	<b><i>annostelu</i></b>
Depolan depot tbl	12 tuntia	2x/vrk
Oxycodone Ratiopharm / Oxycontin depot tbl	12 tuntia	2x/vrk
Durogesic laastari	72 h	3 vrk välein
Dolmed tbl, mikstuura	8-12 tuntia	2-3 x/vrk

Tarvittaessa läpilyöntikipuun:

Oxynorm kapseli, Oxanestliuos	4-6 tuntia	tarvittaessa
Morfiini liuos	4-6 tuntia	tarvittaessa
Instanyl nenäsuihke	1 tunti	tarvittaessa

## ***Kipulääkkeiden sivuvaikutukset***

Vahvoilla kipulääkkeillä on usein sivuvaikutuksia, jotka helpottavat usein jonkin ajan kuluttua. Tästä syystä lääkitystä ei tule lopettaa liian varhain. On joskus vaikea erottaa ovatko oireet lääkkeiden sivuvaikutuksia vai osa taudin kulkua. Sivuvaikutuksia hoidetaan oireen mukaisesti, jos sivuvaikutukset ovat hankalia, koetetaan toista vastaavaa lääkettä.

Ummetus on yleinen sivuvaikutus. Kun siirrytään vahvempiin kipulääkkeisiin, aloitetaan aina samalla ummetuksen ehkäisylääkitys! Tarkoituksena on liukastaa ja notkistaa ulostemassaa, ei lisätä sitä.

Pahoinvointi, jota voi olla puolella morfiinin käyttäjistä, helpottaa yleensä muutamassa päivässä. Mikäli pahoinvointi ei mene ohi, on syytä miettiä pahoinvointilääkityksen aloittamista enemmän kuin morfiinin lopetusta. Mikäli pahoinvointi jatkuu, vaihdetaan toiseen kipulääkkeeseen.

Harhanäyt ja sekavuus ovat harvemmin esiintyviä morfiinin sivuvaikutuksia. Jos kuitenkin tällaisia ilmenee, vaihdetaan morfiinin sukuinen kipulääke johonkin toiseen saman ryhmän lääkkeeseen. Mikäli tämä ei vielä riitä, aloitetaan tähänkin sivuvaikutukseen lääkitys.

Tulehduskipulääkkeiden määrää ei voi tietyn rajan yli kasvattaa, vaste ei nouse mutta sivuvaikutukset pahenevat. Morfiiniannosta voidaan nostaa toleranssin kasvaessa, ylärajaa ei ole, nostot tehdään hitaasti titraamalla.

Kuolevan hoidossa ei ole järkevää miettiä riippuvuuksia tai pihistellä kipulääkityksessä.

## **Lääkkeetön kivunhoito**

Lämpö- ja kylmähoito muistetaan myös kuolevan kivunhoidossa. Asentohoito on myös tärkeä osa kuolevankin kivunhoitoa. Kosketus ja hieronta sekä läsnäolo voivat auttaa ja lievittää pelkoja ja sitä kautta poistaa henkistä kipua. Rentoutustekniikat, läsnäolo ja lähellä olo ovat osa kivun hoitoa, hoitajan tehtävä on luoda turvaa ja antaa lohdutusta.

Apuvälineet esim. tukiliivit ja kaulukset voivat auttaa kipua lievittävästi. Fysioterapia ja kuntoutus ovat myös osa kuolevankin kivun hoitoa, elämää on kuolemaan asti! Eri menetelmät eivät kilpaile keskenään vaan täydentävät toisiaan asukkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti.

Sosiaalista kipua voidaan helpottaa mahdollistamalla ihmissuhteiden eheytystä ja vahvistusta. Myös omaisten tukeminen on osa henkisen, sosiaalisen sekä psyykkisen kivun hoitoa. Hoitajan tehtävänä on auttaa omaisia niin heidän itsensä vuoksi kuin vahvistukseen heitä tukemaan kuolevaa. Kaikkia vaihtoehtoisia kivunhoito menetelmiä voidaan asukkaan niin toivoessa kokeilla, mahdollisuuksien mukaan.



## ***Muut lääkitykset***

Useimmiten kotisaattohoito asukkailla on käytössä useita lääkkeitä yhtä aikaa. Tämä johtuu osin siitä, että tehokkaat kipulääkkeet aiheuttavat sivuvaikutuksia, joihin tarvitaan lääkitystä. Asukkailla saattaa myös olla perussairauksia, joiden hoitoa lääkkeellisesti on syytä palliatiivisesta näkökulmasta jatkaa.

Kotisaattohoidossa lääkityksessä tapahtuu myös aiemmin käytettyjen lääkkeiden poistamista. Laihtumisen myötä verenpaine laskee ja käytössä olleet verenpainelääkkeet käyvät turhiksi, jopa haitallisiksi. Samoin useat muut aiemmin tarpeelliset lääkkeet saattavat muuttua tarpeettomiksi tai jopa vahingollisiksi. Lääkäri karsii turhat lääkkeet kuolevalta samoin kuin turhat tutkimukset ja toimenpiteet.



## **OMAISTEN KOHTAAMINEN**

Kuolevan asukkaan perhe tarvitsee avukseen lämpimän persoonan, joka samanaikaisesti on vahva ammatti-ihminen. Omaiselle on tärkeä läsnäolija, joka ei sure niin kuin hän. Ammattilaisen tulee tarjota apua, muttei ottaa paikkaa omaisena tai omia itselleen asukasta. Toiset omaiset odottavat fyysistä kosketusta ja toisille se taas on hyvin loukkaavaa. Aloitteen fyysiseen kontaktiin esimerkiksi halaamiseen olisi hyvä tulla omaiselta. Hoitajalla tulee olla tuntokarvat herkkänä, usein tilanteessa vaistoa toisen tarpeet.

Omaisille tulee luoda salliva ilmapiiri vierailta ja osallistua kuolevan arkeen. Se voi olla pelottavaa ja hoitajalle vaativaakin, kun työparina on kokematon henkilö. On myös muistettava, ettei omaista saa pakottaa osallistumaan perushoitoon, jos hän ei sitä halua.

Asukkaan tilanteen heikkeneminen voi tulla omaiselle yllätyksenä, vaikka hän olisi tietoinen sairauden ennusteesta. Toisinaan voidaan ymmärtää tilanne hyvin ja toisinaan taas ei ollenkaan. Kuoleman lähestyessä tilanne konkretisoituu ja omaisille muodostuu erilaisia kysymyksiä tilasta ja tilanteesta. Hoitajan tulee kuunnella näitä kysymyksiä ja antaa aikaa. Lisäksi tulee olla herkkyyttä kuulla ne kysymykset joita ei ole ääneen esitetty. Omaisen kuolema herättää erilaisia tunteita. Hoitajan tehtävä on kertoa, etteivät mitkään tunteet ole vääriä, vaan niitä on lupa tuntea. Perhettä tulee rohkaista avoimeen suremiseen. Tietoa sairaudesta täytyy jakaa useaan otteeseen sillä omaisten vastaanottokyky voi vaihdella kovastikin. On tärkeää, että hoitaja on lähellä ja saata-vissa. Sureva perhe ei tahdo kuulla luentoa surutyönvaiheista, mutta heitä saattaa helpottaa, kun he kuulevat, että on monta eri tapaa käsitellä omaa surua ja kaikki tavat ovat hyväksytyjä.



## ***KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ***

Kuolema on kotisaattohoidon päätepiste, hyvä kuolema on päämäärä.

Kuolema on useimmiten rauhallinen tapahtuma. Kipu on harvoin ongelma, usein kipu vähenee kuoleman lähestyessä. Kuoleman lähestyessä voi ilmetä sekavuutta, joka on tavallaan rajojen hämärtymistä ja osa kuolevan ihmisen irtaantumista tästä todellisuudesta. Kuolevan ihmisen aivot "alkavat sulkea itseään" kipu ja ahdistus vähenevät ja hän valmistautuu kuolemaan. Läheisen tai hoitajan läsnäolo luo turvallisuutta. Kuoleva aistii kosketuksen ja kuulee puheen, vaikkei niihin reagoisikaan.

Omaisille on tärkeä kertoa mitä kuolemiseen liittyy, miten se todennäköisemmin tapahtuu ja mitä sen jälkeen tapahtuu. On syytä hyvissä ajoin selvittää haluavatko omaiset olla läsnä kuolinhetkellä. Mikäli omaiset eivät halua olla paikalla asukkaan kuollessa ilmoituskäytännöistä on hyvä sopia heidän kanssaan etukäteen (kenelle ja mihin aikaan vuorokautta voi soittaa).

Kuoleman lähestymistä ei voi tarkasti ennustaa. Kokenutkaan hoitaja ei pysty kuin arvelemaan kuoleman lähestyvän. Tästä syystä kannattaa olla herkkänä ja mieluummin soittaa omaisille "turhaan", kuin odottaa liian pitkään, jos he näin toivovat. Hoitajan ei pidä tuntea syyllisyyttä, jos hän on epäonnistunut ennustamaan asukkaan kuoleman. Kuolema voi tulla hyvinkin yllättäen ja omaisia voi tuolloin lohduttaa kertomalla sen tapahtuneen rauhallisesti ja "äkillisesti".

Usein tietyt yhteiset piirteet kuitenkin edeltävät kuolemaa. Hengitys muuttuu pinnalliseksi ja usein myös haukkovaksi, tulee hengityskatkoja, jotka pitenevät vähitellen. Toisinaan hengitys muuttuu myös äänekkääksi. Hengitysteissä oleva lima saa aikaan korinan, joka kuulostaa ikävältä mutta ei useinkaan haittaa asukasta, lima aiheuttaa harvoin hengitysesteen. Ääreisverenkierto heikkenee, raajat kylmenevät, ihon väri muuttuu laikukkaan sinertäväksi, saattaa muodostua lautumia.

Kuolema tapahtuu kun hengitys loppuu ja sydän lakkaa lyömästä, refleksit katoavat. Parin tunnin aikana kuolleen ihmisen ruumiinlämpö laskee, veri hyytyy ja laskeutuu ihon alempiin osiin, jolloin syntyvät sinipunaiset lautumat, iho kalpenee, huulet kuivuvat ja kehittyä jäykkyyttä niveliin, tulee kuolonkankeus. Elämä päättyy kuolemaan, edeltävä aika on kuolemista.

## ***KUN KUOLEMA ON TAPAHTUNUT***



Omaisille tulee ilmoittaa asukaan kuolemasta pikimmiten. Omaisten kanssa on hyvä keskustella etukäteen kenelle kuolemasta ilmoitetaan ja haluavatko he, että soitetaan mihin vuorokauden aikaan tahansa. Toiset omaiset tahtovat tiedon heti, vaikka kuolema tapahtuisi yöllä. Toisille riittää, kun soitetaan aamulla. Kun soitat omaisille, on tärkeää, että pysyt rauhallisena. Mieti ensin kuinka kerrot asian ja valmistaudu vastaamaan kysymyksiin esim. kuinka kuolema tapahtui, kärsikö omainen.

### ***Odottamaton kotikuolema***

Jos asukas kuolee äkillisesti eli hän ei ole kotisaattohoidossa, tulee kuolema ilmoittaa hätäkeskukseen soittamalla numeroon 112. Hätäkeskukseen kerrotaan vainajan nimi, syntymäaika ja kuolinhetki. He ilmoittavat asiasta poliisille, joka tulee tekemään kuolinsyytutkinnan ja järjestää vainajan kuljetuksen. Poliisi ilmoittaa kuolemasta myös väestörekisteriin.

## ***Odotettu kotikuolema***

Kotisaattohoidossa olevalle asukkaalle on häntä hoitava lääkäri tehnyt ER- tai saattohoitopäätöksen. Lyhenne ER tulee sanoista ei resuskitoida eli ei elvytetä. ER-päätös koskee sekä perus- että tehoelvytystä. ER päätös voidaan tehdä sellaisessa vaiheessa, jossa asukkaan perussairaudet ovat sitä luokkaa, ettei elvytyksessä ole enää mitään mieltä. ER-päätös ei kuitenkaan tarkoita sitä, että ihminen on saattohoidossa. Hoitava lääkäri pystyy kirjoittamaan kuolintodistuksen ilman kuolemansyyn tutkintaa. Kuoleman tapaus ilmoitetaan soittamalla terveyskeskuksen VIRVE numeroon. Sinne ilmoitetaan vainajan nimi, syntymäaika ja kuolinaika. Tärkeää on muistaa kertoa, että vainajalle on tehty ER-päätös ja kyseessä on odotettu kotikuolema. Jos saattohoidossa on ollut mukana kotisairaala, niin silloin kuoleman voi käydä toteamassa heidän sairaanhoitaja. Muissa tapauksissa vainaja kuljetetaan päivystyksen kautta, jossa lääkäri toteaa kuoleman. On tärkeää kertoa tästä vainajaa kuljettavalle hautaustoimistolle.

Vainajan kuljetuksella ei ole kiire. Omaiset voivat halutessaan hyvästellä rauhassa. Jos kuolema tapahtuu ilta tai yöaikaan, voi vainaja hyvin odottaa aamuun. Omaiset voivat käyttää mitä hautaustoimistoa he haluavat. Omaisten olisi hyvä miettiä etukäteen mitä hautaustoimistoa käyttävät. Näin he voivat käydä valitsemassa arkun valmiiksi, jotta asukas voidaan kuljettaa arvokkaasti arkussaan.



## ***Vainajan laitto***

Vainajan laittaminen Ruskataloilla eroaa jonkin verran perinteisestä laitosta sairaalaolosuhteissa. Koska kyseessä on kotikuolema, vainajaa ei pueta vainajanpaitaan, siisti puhdas yöpaita tai muu vastaava asu on sopiva. Vainajalle laitetaan puhdas vaippa ja hänet siistitään. Silmät suljetaan tarvittaessa, ja jos ne eivät pysy kiinni, päälle asetetaan kostutetut harsotaitokset. Hammasproteesit huolehditaan suuhun ja suu suljetaan, tarvittaessa asetetaan leuan alle sideharsorulla tukemaan, tai kiedotaan harsoa leuan ja päälleen ympäri. Vainaja peitellään kauniisti oman peittonsa alle, rinnalle voi asettaa kukkia. Huone siistitään, ikkuna voidaan avata.

Vainajaa käsitellään kunnioittavasti ja vainajan laitossa on aina mukana kaksi henkilöä. On hyvä kysyä omaisilta haluavatko he olla mukana vainajan laitossa.



## ***Suruliputus***

Asukkaan kuolinpäivänä suruliputetaan. Suruliputuksessa käytetään kansallislippua. Suruliputuksessa lippu vedetään salossa ensin ylös asti ja lasketaan sen jälkeen kolmanneksen tangon mittaa alas siten, että lipun alareuna asettuu salon puoliväliin. Lippua laskettaessa se vedetään ensin salon huippuun ja lasketaan sitten alas. Suruliputus aloitetaan heti kun on saatu tieto kuolemantapauksesta. Lipun nostamisesta ja laskemisesta huolehtii se yksikkö, jonka asukas on kuollut. Jos kuolema tapahtuu illalla tai yöllä suruliputus tapahtuu seuraavana päivänä.



## ***Saattohartaus***

Kuoleman jälkeen omaisille järjestetään mahdollisuus nähdä vainaja. Omaisille ja läheisille voidaan järjestää saattohartaus, että he voivat rukoilla vainajan puolesta ja jättää jäähyväiset. Jos mahdollista, sytytetään huoneeseen kynttilä ja vainajan rinnalle voidaan asetella kukkia. Hartauden voi toimittaa sairaalapastori, seurakunnan työntekijä, hoitohenkilökuntaan kuuluva henkilö, omainen tai muu läheinen ihminen. Saattohartauteen on olemassa erilaisia kaavoja, yksi ehdotelma löytyy virsikirjan takaosasta.

Surutyön kannalta saattohartaus on tärkeä hetki, se auttaa ymmärtämään, että kuolema on todella tapahtunut. Sen aikana voidaan ymmärtää, että nyt todella on jäähyväisten aika ja tästä hetkestä alkaen elämä tulee muuttumaan. Se voi myös helpottaa omaisia siunaustilaisuuden kohtaamisessa.



## VIRSI 631 A

Mikael Nyberg 1920



1. Oi Her - ra, jos mä mat - ka - mies maan  
lo - pul - la mat - kaa näh - dä sun saan! Oi, jos mä  
ker - ran nä - ki - sin Her - ran kun - ni - as - saan!

2.

*Sinua kaipaa sydämeni,  
sun puolees huutaa mun henkeni.  
On yksin tästä  
sen ikävästä  
kyyneleni.*

3.

*Muut kaikki hylkää, vaan sinä et.  
Autuuden särkyneet sydämet  
sinulta saavat,  
sä luet haavat  
ja kyynelet.*

4.

*Mua auta, Herra, mä toivon vaan,  
vaikkei ois toivoa ollenkaan.  
En päästä sua,  
ennen kuin mua  
käyt siunaamaan.*

5.

*Oi Herra, suothan sä minulle  
sun armos voimaksi matkalle.  
Anteeksi anna,  
mua nosta, kannan,  
vie perille!*

6.


*Oi saanhan joukkoon autuaitten  
kanss' ystäväini ja omaisten  
mä päästä kerran  
luo armon Herran.  
Oi saanhan sen!*

Wilhelmi Malmivaara 1903. Virsikirjaan 1938.

## VIRSI 498

498 = 458, 485

*William Mason viim. 1797*



1. Nyt kul-kee hal - ki kor - pi-maan Ju-  
ma-lan lap-sen tie, vaan päi-vän mat-kan  
ker-ral-laan se ko - tiin tääl - tä vie.

2.

*Kuin paimen kantaa olallaan  
pienintä karitsaa,  
niin Jeesus seurakunnassaan  
myös hoitaa horjuvaa.*

3.

*Oppaaksi pyhän enkelin  
hän rinnalleni suo.  
Jos joudun tiellä tahroihin,  
hän ohjaa lähteen luo.*

4.

*Jeesuksen veri puhdistaa,  
niin tunnonrauhan saan  
ja lapsen tietä taivaltaa  
taas jaksan uudestaan.*

5.

*Lämmössä armon auringon  
jo linnut visertää,  
vaan sitten suvi aina on,  
kun matka taakse jää.*

Anna-Maija Raittila 1958. Virsikirjan lisävihkoon 1963.

## VIRSI 397

*Ruotsissa 1873*

1. Kun on tur - va Ju - ma - las - sa, tur - vas -  
 sa on pa - rem - mas - sa kuin on täh - ti  
 tai - va - hal - la, lin - tu e - mon sii - ven al - la.

2. Herra seurakunnassansa  
 aina hoitaa lapsiansa.  
 Armonsa hän heille antaa,  
 käsillensä heitä kantaa.

3.  
 Käsistä ei väkevistä  
 mikään heitä irti riistä.  
 Omakseen hän heidät osti,  
 kuolemasta eloon nosti.

4.  
 Milloin murheet heitä kohtaa,  
 niiden alla Herra johtaa,  
 ilon, lohdun antaa heille,  
 uuden voiman uupuneille.

5.  
 Iloitse siis auttajasta,  
 Herran kansa, Jumalasta!  
 Maahan lyö hän vainoojamme,  
 sanansa on voimanamme.

6.  
 Käyköön myöten taikka vastaan,  
 eipä Isä hylkää lastaan.  
 Herra ohjaa parhaaksemme  
 kaikki vaiheet päiviemme.

Säk. 1-3, 5-6 Lina Sandell 1855. Säk. 4 Fredrik Eng-  
 elke 1873. Suom. Harpunsäveliä 1886. Uud. Niilo  
 Rauhala virsikirjaan 1986.

## VIRSI 338

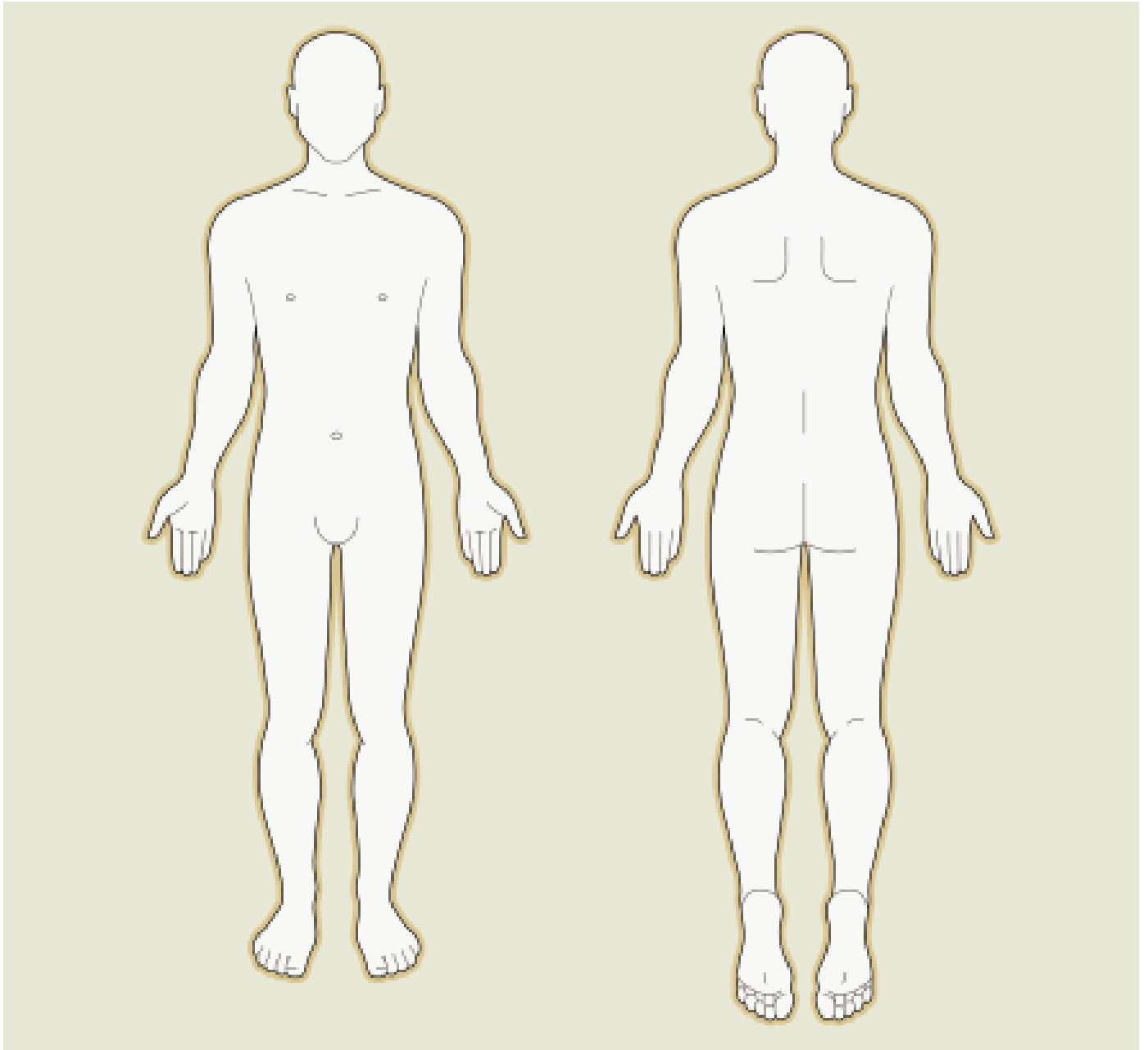
Oscar Ahnfelt 1872

1. Päi-vä vain ja het-ki ker-ral - lan-sa, sii-tä  
Mi-tä päi - vä tuo-kin tul - les - san-sa, I - sä  
loh-du - tuk-sen ai - na saan. Kä-des - sään hän  
hoi-taa las - ta ar-mol - laan.  
jo-ka päi-vä kan-taa, tie-tää kai-ken, mi - tä tar-vit-  
sen, päi-vän kuor-mat, le- von het-ket an - taa,  
mur-heen niin kuin i - lon sees - tei - sen.

2.  
*Joka hetki hän on lähelläni,  
joka aamu antaa armonsä.  
Herran huomaan uskon elämäni,  
hän suo voimansa ja neuvonsä.  
Surut, huolet eivät liikaa paina,  
ne hän ottaa itse kantaakseen.  
"Niin kuin päiväs, niin on voimas aina."  
Tähän turvaan yhä uudelleen.*

3.  
*Kiitos, Herra, lupauksestasi,  
siinä annat minun levätä!  
Kiitos olkoon lohdutuksestasi,  
annat voimaa sanan lähteestä!  
Suo mun ottaa isänekädestäsi  
päivä vain ja hetki kerrallaan,  
kunnes johdat minut kädelläsi  
riemun maahan, päivään kirkkaimpaan.*

Lina Sandell 1865. Suom. Rauhansäveliä 1894. Uud.  
Julius Engström 1900, Anna-Maija Raittila 1977, Niilo  
Rauhala virsikirjaan 1986.

**KIPUPIIRROS**

## **KIRJALLISUUTTA:**

Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eva (Toim.) 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevanhoito. Helsinki : Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Grönlund, Elina & Huhtinen, Aili 2011: Kuolevan hyvähoito. Helsinki: Edita.

Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, Juha 2004. Saattohoito. Etelä-Suomen syöpäyhdistys, Terho-säätiö.

Hänninen, Juha; Pajunen, Tapio 2005. Kuoleman kaari. Helsinki: Kirjapaja oy

Niskanen Annikki 2010. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Teoksessa Marianne Mustajoki; Anja Alila; Elina Matilainen ja Mirja Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Porvoo: Bookwell

Kokkonen, Paula; Holi, Tarja & Vasantola, Satu 2004: Hoitotahto. Helsinki: Talentum.

Kuntayhtymä Kaksineuvoinen: Elämän loppuvaiheen hyvä hoito.  
[www.kaksineuvoinen.fi/Link.aspx?id=1186996](http://www.kaksineuvoinen.fi/Link.aspx?id=1186996)

Ruuskanen, Eija 2005. Kivunhoidon yhtenäinen käytäntö näyttöön perustuva kivunhoidon ohjelma. Keski-suomen sairaanhoitopiiri. 2003-2004.  
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=3027&nodeid=6459>

Sailo, Kaija 2000. Kuolevan potilaan kivunhoito. Teoksessa Eerika Sailo & Anne-Marie Vartti (toim.) Kivun hoito. Tampere: Tammer-Paino Oy, 164-166.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6 Hyvä saattohoito suomessa asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveyden-

huollossa. Helsinki 2004 ISSN 1458-6193.ISBN 952-00-1086-6.Korjattu 2. painos.Edita Prima Oy.Helsinki 2004

Valvira:

Hoitotahto.

([http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/hoitotahto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto))

Vainio, Anneli & Hietanen, Päivi (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. Kustannus oy Duodecim.

Vuorinen, Eero 2005. Syöpäpotilaan kivunhoito. Suomen syöpäpotilaat ry.

Käypähoitosuositus 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käyvän hoidon tiivistelmät.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../kht00072>.

*rukoushetki kuolevan luona*

[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/41A407B218FF9140C22577BD002ADE99/\\$FILE/rukoushetki\\_kuolevan\\_luona.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/41A407B218FF9140C22577BD002ADE99/$FILE/rukoushetki_kuolevan_luona.pdf)

*saattohartaus*

[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/41A407B218FF9140C22577BD002ADE99/\\$FILE/saattohartaus.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/41A407B218FF9140C22577BD002ADE99/$FILE/saattohartaus.pdf)