



YRJÖ JA HANNA
KODIT

Hoida arvokkaasti - saattohoito-opas



Kuva: Christian Carollo, Free images.com

Lukijalle

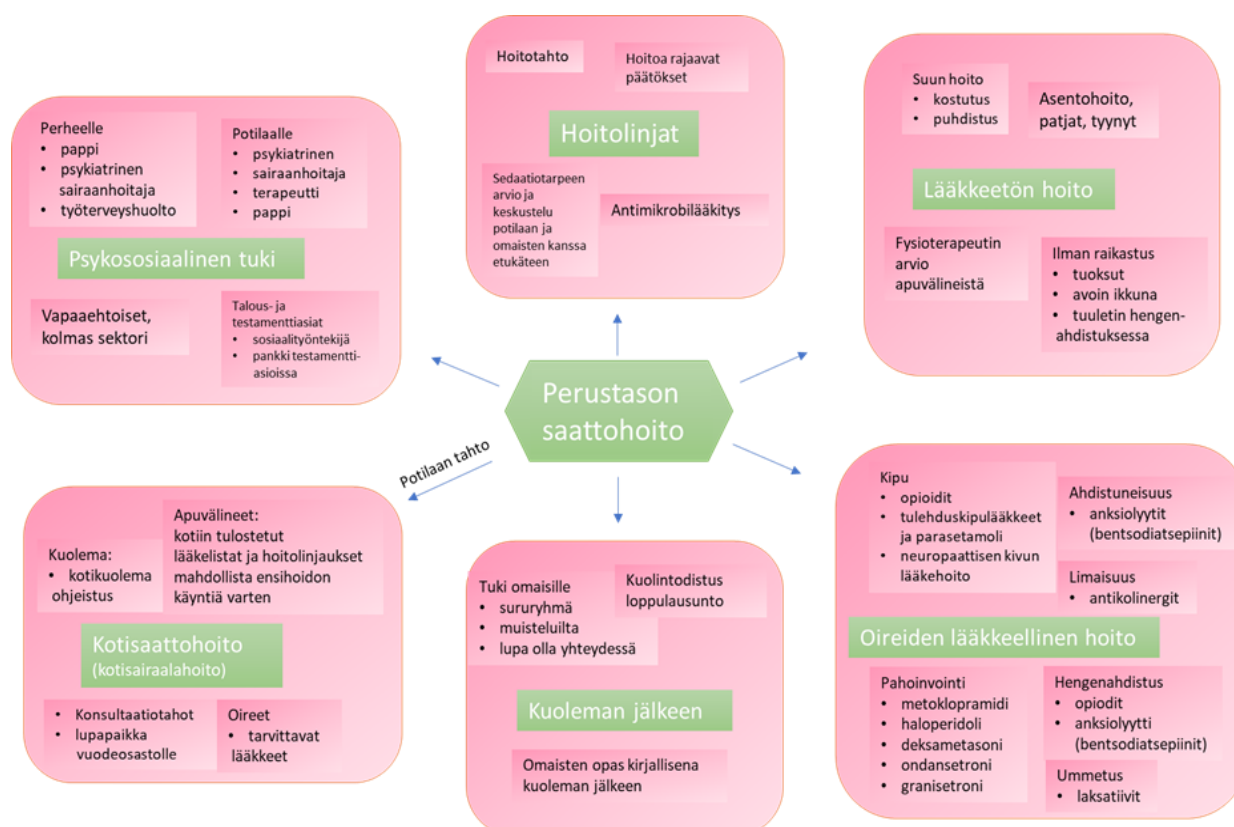
Tämä opas on tarkoitettu saattohoitopotilaan hoidon tueksi Onnela-kodin hoitohenkilökunnalle. Tässä saattohoito-oppaassa käsitellään saattohoidon aloittaminen, oireenmukainen hoito, psyykkiset, hengelliset- ja sosiaaliset tarpeet sekä omaisten tukeminen ja hoitohenkilökunnan jaksaminen. Lähestyvää kuolema on kuvattu sen edeltävien merkkien kautta. Oppaan lopuksi käsitellään vainajan arvokas kohtelu ja omaisten kohtaaminen ja tukeminen. Tarkoituksena on avata saattohoidon kokonaisuutta ja ymmärrystä saattohoidon sisällöstä. Opas sisältää ohjeistusta saattohoidon toteuttamisen tueksi yleisesti käytettyjen toimintamallien mukaisesti, mutta kuitenkin on huomioitava hoidossa aina asukkaan yksilöllinen tarve.

Sisällys

1	Saattohoito	1
2	Hoitosuunnitelma ja hoitoneuvottelu	4
2.1	Hoitotahto	5
2.2	DNR-päätös	6
2.3	Saattohoitopäätös	7
3	Saattohoidossa olevan asukkaan oireenmukainenhoito	8
3.1	Kivunarviointi	9
3.2	Oireita lievittävä lääkehoito sekä lääkkeetönhoito	13
3.3	Hengitystieoireiden hoito	15
3.4	Ihon hoito	21
3.5	Ruoansulatuskanavan ongelmien hoito	23
3.6	Erittämisen ongelmien hoito	26
3.7	Nestehoito, ravitsemus ja väsymys saattohoidossa	28
3.8	Psyykkiset oireet	29
3.9	Sosiaaliset tarpeet	30
3.10	Hengelliset tarpeet	32
4	Odotetun kuoleman saapuessa, miten toimitaan	37
4.1	Kuoleman toteaminen, vainajan säilyttäminen ja kuolintodistus	37
4.2	Vainajan arvokas kohtelu	42
4.3	Vainajan hoito (vainajan laitto)	42
4.4	Tarkistuslista tehtävistä kuoleman tapahtuessa sekä muistilista omaisille	47
5	Omaisten tukeminen sekä työntekijän jaksaminen	49
	Yhteystietoja	53
	Kirjallisuutta	54
	LIITTEET 5kpl	

1 Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu henkilön oletetun kuolemanhetken läheisyyteen, viimeisiin päiviin tai viikkoihin. Kuolevalla henkilöllä ja hänen läheisillään on saattohoidon aikana mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. Saattohoito on osa oireenmukaista hoitoa ja sen tarkoituksena on hoitaa sekä tukea kuolevaa ihmistä yksilöllisesti. Saattohoidossa on tärkeää huomioida kuolevan lisäksi läheiset. Tärkeää on kunnioittaa kuolevan ja läheisten toiveita sekä toteuttaa saattohoitoa parhaalla mahdollisella tavalla kunnioittaen inhimillisiä arvoja. (Elämän loppuvaiheen hoito 2021.) Alla oleva kuva havainnollistaa perustasolla annettavan saattohoidon kokonaisuutta (kuva 1), johon Onnela-koti myös kuuluu.



KUVA 1. Perustason saattohoidon kokonaisuus.

Lait, asetukset ja suositukset ohjaavat sekä määrittelevät palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä sekä laadullisuutta sosiaali- terveysalan toiminnassa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja erikoissairaanhoidolaki ohjaavat vahvasti terveydenhuollon toimintaa sekä velvoittavat toteuttamaan laadukasta vaikuttavaa sairaalahoitoa ja kotiin annettavaa hoitoa tasavertaisesti koko maassa. Ammattihenkilöitä veloitetaan myös pitämään osaamistaan ajan tasalla ja käyttämään parasta saatavilla olevaa näyttöön perustuvaa tietoa (L1062/1989; L785/1992; L559/1994; 66/1972).

Onnela-kodin asukkailla on mahdollisuus halutessaan elää palvelukodissa elämänsä loppuun saakka. Palvelukoti mahdollistaa parantumattomasti sairaalle ihmiselle yksilöllisen ja turvallisen hoidon kuoleman lähestyessä. Asukas saa tarvitsemansa perushoidon ja huolenpidon sekä hyvän kivunhoidon. Tarpeen mukaan hoitajaresursseja lisätään saattohoidon aikana. Saattohoidossa oleva asukas saa olla tutussa ja turvallisessa ympäristössä viimeisinä elinpäivinä läheisten ja tuttujen hoitajien ympäröimänä.

Erityistoiveet pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Asukkaan vakaumus otetaan huomioon ja tarvittaessa kutsutaan asukkaan luokse hänen oman uskontokuntansa edustaja. Läheiset voivat halutessaan olla asukkaan luona vuorokaudenajasta riippumatta. Läheisiä informoidaan ja heihin ollaan yhteydessä heidän niin halutessaan. Silloin yhdyshenkilönä on yksi läheinen.

Saattohoidon toteutuksessa tehdään yhteistyötä Kainuun soten kotisairaalan kanssa. Hoitoneuvottelu pidetään yleensä palliatiivisella poliklinikan vastaanotolla, jossa sovitetaan hoitolinjaukset ja -rajaukset sekä muut toiveet. Poliklinikalta sairaanhoitaja on yhteydessä Onnela-kodin henkilökuntaan ja informoi aloitetusta kotisaattohoidosta. Lääkäri ja hoitaja voivat tehdä kotikäynnin saattohoidossa aloittavan asukkaan luona, tällöin myös omaisen läsnäolo on toivottavaa. Silloin on mahdollista käydä hoitoneuvottelu ja tehdä lopullinen saattohoitopäätös.

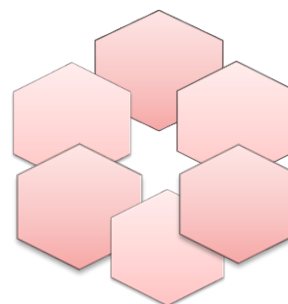
Kotisairaala mahdollistaa tarvittavien välineiden ja laitteiden lainauksen ja hankinnat, esimerkiksi infuusiovälineet, kipupumpun, happirikastimen tai imuvälineet. Kotisairaan lääkäri on tarvittaessa puhelinkontaktissa. Kotisairaala Aliisan palveluita voi saada asukas, jolla on jo olemassa oleva hoitosuhde palliatiiviselle poliklinikalle tai -osastolle. Asumaan hoitosuunnitelmasta tulisi käydä esille kotisaattohoidon aloittaminen.

Kiireettömät lääkärin konsultaatiot asukkaan tilasta tehdään Onnela-kodin normaalin ohjeistuksen mukaisesti. Virka-aikoina konsultaatiot osoitetaan KAKS:n yleislääketieteen poliklinikalle ja virka-ajan ulkopuolella ja viikonloppuisin KAKS:n päivystyspoliklinikan terveyskeskuspäivystäjälle.

2 Hoitosuunnitelma ja hoitoneuvottelu

Hoitosuunnitelma laaditaan henkilölle, joka sairastaa pitkälle edennyttä tai kuolemaan johtavaa henkeä uhkaavaa sairautta. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä potilaan kanssa ja tarvittaessa laadintaan voi osallistua hänen läheisensä. Hoitosuunnitelma laaditaan yleensä hoitoneuvottelun perusteella. Se sisältää sairauden vaiheisiin liittyvät keskustelut, kirjaukset, hoitomenetelmien tavoitteet, hoitolinjaukset, hoidon rajaukset, hoidosta vastuussa olevan tahon, potilaan toiveet ja pelot hänen sairautensa edetessä sekä kuoleman lähestyessä. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.) Seuraavassa kuvassa on esitelty hoitosuunnitelmaan kirjattavia asioita (kuva 2).

- Potilaan toiveet ja hoitotahto
- Lääketieteellinen tilanne ja ennuste
- Hoitolinjaus (hoidon tavoitteet)
- Hoidon rajaukset (toimenpiteet, joista on haittaa)
- Läheisten näkemykset
- Hoitopaikka
- Konsultoitava taho yhteystietoineen
- Toimintaohjeet tilanteen äkillisen huononemisen varalle.
 - lääkkeettömät ja lääkkeelliset hoidot resepteineen
 - apuvälineet, joiden avulla oireita voidaan helpottaa



KUVA 2. Hoitosuunnitelmaan kirjattavat asiat (Elämän loppuvaiheen hoito 2020).

Asukas osallistuu vointinsa mukaan hoitoneuvotteluun, johon on mahdollista lääkärin lisäksi osallistua omahoitaja ja läheinen. Vaikka sairauden kulkua ei olisi mahdollista ennustaa kovin tarkasti, hyvin toteutuneessa hoitoneuvottelussa asukas ja hänen läheisensä saavat ajankohtaista tietoa tilanteesta. Asumaan suostumuksella hänen läheisilleen tulee kertoa perustellen ja ymmärrettävällä tavalla hoitopäätöksistä ja niiden vaikutuksesta hoitoon. Hoitopäätökset, jotka ovat laadittu yhteisymmärryksessä keskus-

tellen, antavat hänelle ja hänen läheisilleen mahdollisuuden keskittyä oireiden helpottamiseen ja valmistautumisen kuolemaan tutussa sekä turvallisessa ympäristössä. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

Potilasasiakirjoihin täytyy merkitä hoitoneuvotteluun osallistujat, käydyn keskustelun sisältö, tehdyt hoitopäätökset perusteluineen ja asukkaan ja/tai läheisten kanta. Mikäli asukkaan terveydentilassa tapahtuu muutoksia sairauden edetessä, hoitosuunnitelmaa tulee tarkentaa. Asukas voi laatia itselleen hoitotahdon, mikä toimii tärkeänä osana hänen hoitosuunnitelmassaan. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

2.1 Hoitotahto

Hoitotahdossa asukas ilmaisee toiveensa elämän loppuvaiheen hoidosta. Asukas tekee hoitotahdon siltä varalta, kun ei enää kykene itse vaikuttamaan hoitopäätöksiinsä. Kykenemättömyyden syitä ovat tajuttomuus, vakava sairaus, onnettomuus tai muistisairaus. Hoitohenkilökunnan täytyy kunnioittaa potilaan toiveita, hyvästä elämästä ja arvokkaasta kuolemasta. (Hoitotahto 2021).

Asukas voi tehdä hoitotahdon Omakanta-järjestelmässä Kanta.fi, kirjallisesti todistajien vakuuttamana tai suullisesti. Hoitotahdossa hän voi määritellä, milloin keinoitekoisesti elintoimintoja ylläpitävästä tai lyhytaikaisesti elämää pidentävästä hoidosta luovutaan. Asukkaan olisi hyvä keskustella hoitotahdostaan hoitavan henkilökunnan kanssa, mikäli hänellä on jokin hoidettava sairaus. Näin hoitotahdosta saadaan hänen toiveidensa mukainen. Hoitotahdolle ei ole erikseen määrättyä mallia, se tulisi kuitenkin toteuttaa kirjallisena todistajien läsnä ollessa. Linkki esimerkkilomakkeesta, jolla asukas voi ilmaista hoitotahtonsa on [Hoitotahto](#). (Hoitotahto 2021.)

Edunvalvontavaltuutuksella asukas voi nimetä itselleen henkilön hoitamaan asioitaan, jos hän ei itse enää siihen kykene. Edunvalvontavaltuutukseen asukas määrittelee asiat, joita valtuutettu hoitaa ja miten sekä kuinka hänen toimintaansa valvotaan. Valtakirjan

muotovaatimusten vuoksi tämä tulisi tehdä asiantuntijan, kuten juristin, avulla. Asukkaan valtuuttama henkilö hakee valtakirjan vahvistamista, kun hän ei enää kykene itse hoitamaan asioitaan. Edunvalvontavaltuutuksen vahvistetaan holhousviranomaisen toimesta. (Hoitotahto 2021).

Hoitajien on noudatettava asukkaan hoitotahtoa ja hoidon tulee aina olla lääketieteellisesti perusteltavissa. Hoitotahto tulee laatia kirjallisesti ja hänen hoitotahdostaan sekä sen sijainnista olisi hyvä kertoa läheisille. Asukas voi ilmaista hoitotahtonsa lääkärille, jolloin lääkäri kirjaa tiedot asianmukaisesti potilastietojärjestelmään. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

2.2 DNR-päätös

DNR-päätös lyhenne tarkoittaa Do Not Resuscitate eli elvyttämättäjäättämisspätös. Se on potilasta koskeva hoitopäätös pidättäytyä elvytystoimenpiteistä, jonka lääkäri on tehnyt. Elvytystoimenpiteitä ovat esimerkiksi sydämen sähköinen rytminsiirto, paineluelvytys ja hengityksen avustaminen siinä vaiheessa, kun potilas on eloton. DNR-päätös rajaa vain elvytyksen mutta ei pois sulje muita hoitomuotoja. Muut hoidonrajauspäätökset lääkärin tulee tehdä erikseen, näihin sisältyy päätös olla antamatta tehohoitoa tai kajoavaa hengityslaitehoitoa. Lääkäri lääketieteellisesti arvioi potilaan tilanteen yksilöllisesti, jonka perusteella hän tekee DNR-päätöksen elvytystilanteiden varalle. Lääkärin on huomioitava potilaan kohdalta sairauksien ennuste ja potilaan jäljellä olevat voimavarat, jotta hän pystyy arvioimaan, onko elvytyksestä potilaalle enemmän haittaa vai hyötyä. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

Lääkäri arvioi potilaan tilanteen yksilöllisesti, jonka perusteella hän tekee DNR-päätöksen elvytystilanteiden varalle. Keskustelu voidaan käydä tilanteen niin vaatiessa, myös etäyhteyksin. Mikäli keskustelu käydään etäyhteyksin, on erittäin tärkeää huomioida etäyhteyden toimivuus ja käydä huolellisesti läpi hoitopäätöksen sisältö sekä perustelut. Lääkärin käymässä keskustelussa läheisten kanssa pyritään kartoittamaan millainen

hoito vastaisi parhaiden asukkaan omaa tahtoa. Lääkärin on tehtävä hoitosuunnitelmaan merkinnät, missä käy ilmi DNR-päätöksen tehnyt lääkäri, päätöksen sisältö ja lääketieteelliset perusteet, potilaan ja/tai läheisten kanssa käydyn keskustelun sisältö ja kannanotto tehtyyn päätökseen. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

Asukkaan terveydentilaa on tarkkailtava ja mikäli terveydentilassa tapahtuu muutoksia, lääkäri voi purkaa DNR-päätöksen. DNR-päätöksen purkamisen on oltava lääketieteellisesti perusteltua, päätöstä ei voi purkaa potilaan tai läheisten pyynnöstä (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

2.3 Saattohoitopäätös

Palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe on saattohoito. Saattohoito sijoittuu yleensä potilaan viimeisiin elinviikkoihin tai päiviin (Mitä on palliatiivinen hoito 2020). Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri keskusteltuaan potilaan kanssa. Keskustelu käydään potilaan läheisten kanssa, mikäli potilas ei enää itse pysty päättämään hoidostaan. Saattohoitopäätös sisältää DNR-päätöksen, mutta potilaalla voi olla DNR-päätös ilman saattohoitoa-kin. Hoitosuunnitelmaan on kirjattava merkintä saattohoitopäätöksestä. Merkinnässä tulee näkyä päätöksen tehnyt lääkäri, päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan ja/tai läheisten kanssa käydyn keskustelun sisältö saattohoidon aloittamisesta ja potilaan ja/tai omaisten kanta saattohoitopäätökseen. (Elämän loppuvaiheen hoito 2020.)

3 Saattohoidossa olevan asukkaan oireenmukainenhoito

Oireenmukaisellahoidolla tarkoitetaan nimensä mukaisesti spesifisti annettua oiretta lievittävää hoitoa. Oireita voi olla paljon, ne kasautuvat tai oirekuva muuttuu sairauden edetessä. Oireiden lisäksi merkittävää ovat niiden häiritsevyys sekä potilaiden kokema avun tarve. Oireiden häiritsevyydellä tarkoitetaan potilaalle fyysistä, psyykkistä, ahdistusta tai kärsimystä aiheuttavaa vaivaa. Potilaiden tuntema oireiden häiritsevyys vaihtelee yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti. Hoitajan ja potilaan käsittämä oireen häiritsevyys voidaan tulkita eri tavalla, esimerkiksi hoitaja tulkitsee potilaan näkyvän oireen häiritseväksi, mutta potilas voi kokea sen epäolennaisena vaivana tai ollenkaan häiritsevänä oireena. On tärkeää, että yhteinen ymmärrys saavutetaan potilaan elämänlaadun ja -halun parantamiseksi. (Hänninen 2015a, 32–33.)

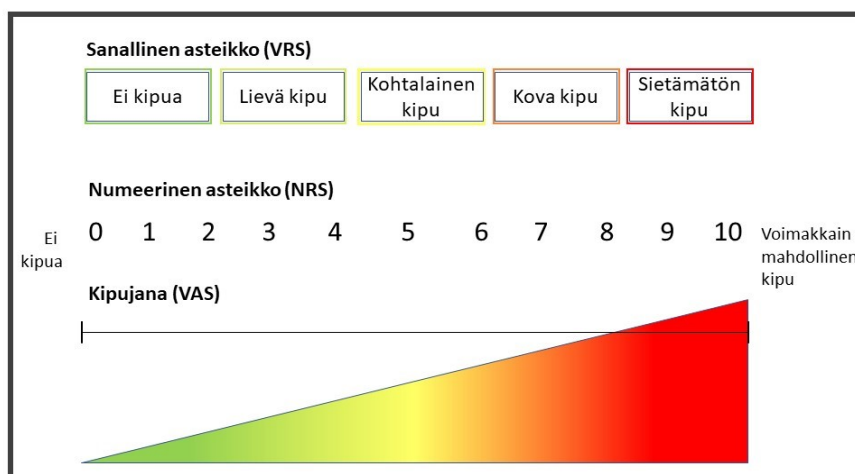
Kuolemansa lähellä olevat potilaat useimmiten kärsivät väsymyksestä, tokkuraisuudesta, ruokahaluttomuudesta, heikentyneestä yleisvoinnista sekä kivuista. Oireiden arviointiin voidaan käyttää erilaisia oiremittareita, joilla voidaan selvittää tämän oiretaakkaa. Esimerkiksi sydämen vajaatoiminnasta kärsivän henkilön sairauden vaikeusasteen arvioimisessa hyödynnetään NYHA-luokitusta (New York Heart Association). Luokitus on jaoteltu oireiden vaikeuden mukaan neljään osaan, joiden avulla voidaan arvioida sairauden etenemisen ennustettavuutta ja sen seurauksena voinnin romahtamisen mahdollisuutta (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017).

Elämänlaatua voidaan mitata mm. Patient Dignity Inventory (PDI)-kyselyä ja Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)-oirekyselyä hyödyntäen. Molemmilla mittareilla on tarkoitus arvioida palvelukodissa asuvan henkilön psyykkistä, fyysistä ja eksistentiaalista kärsimystä elämän loppuvaiheessa. (Hänninen 2015a, 34–37; Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019.) Kyseisistä mittareista ESAS löytyy oppaan liitteistä

(liite 1). On suositeltavaa käyttää useampaa mittaria, jotta saadaan parempi kuva asukkaan tilanteesta. Psykososiaalisten muutosten ja tarpeiden arvioiminen on erittäin vaikeaa, mutta merkityksellistä saattohoidossa olevan asukkaan elämänlaadun vaalimisen kannalta (Hänninen 2015a, 36, 37).

3.1 Kivunarviointi

Saattohoitopotilaan kivunhoito aloitetaan sen tunnistamisesta. Kipua arvioidessa kiinnitetään huomiota, kivun sijaintiin, kivun luonteeseen, kivun kestoon (jatkuva, kohtauksellinen), kivun laajuuteen, kipua pahentaviin tai aiheuttaviin asioihin (esimerkiksi liike, ruokailu, ulostaminen) ja kipua lievittäviin asioihin. Kognitiivisesti hyvässä kunnossa olevan vanhuksen kipua voidaan arvioida numeraalisella mittarilla (NRS), sanallisella mittarilla (VRS) tai kipujanalla (VAS). (Tasmuth 2019.) Alla oleva kuva on mukaelma Kontisen & Hamusen artikkelissa esitetystä esimerkistä sanallisesta ja numeraalisesta asteikosta sekä kipujanasta (kuva 3) (Kontinen & Hamunen 2015, 1921–1928).



KUVA 3. Verbaalinen ja numeraalinen kivunarvioinninasteikko (Kontinen & Hamunen 2015, 1921–1928).

Muistisairaahan kipua arvioidaan havainnoimalla käyttäytymistä. Mikäli asukkaalla on vaikea dementia ja hän ei itse kykene kertomaan kivun voimakkuutta, kivun arvioinnissa hyödynnetään PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). Asukkaasta havainnoidaan hengitystä, ilmeitä, ääntelyä, kehon kieltä ja lohduttamisen tarvetta, jonka perusteella tehdään kipuarvio (Tasmuth 2019). Alla olevassa taulukossa (taulukko 1 ja liite 2) on esitelty PAINAD-mittarin pisteytysluokitus. Mittari sisältää jokaisessa havaintokategoriassa pisteytyksen 0–2, normaalista kivuttomasta tilasta oireilevaan levottomaan kipuilevaan tilaan. Dementoituneen asukkaan tilaa tarkkaillaan 5 minuuttia ja arvioidaan sekä pisteytetään jokainen kategoria oireilun mukaisesti. Pisteiden yhteenlaskettu summa (0–10, kivuton – pahin mahdollinen kipu) kertoo asukkaan kivun voimakkuudesta kärsimyksestä (Kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma 2019, 18–19). Kivun lähde on selvitettävä ja kipu lievitettävä sekä kirjattava ylös. Asukkaan kivun tilaa on arvioitava uudelleen hetken päästä, sekä säännöllisin väliajoin päivittäin. Kipulääkkeiden vaikuttavuutta on arvioitava ja kirjattava ylös (Kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma 2019, 18–19).

Taulukko 1. Dementia potilaan kivunarvioinnissa käytettävä PAINAD-mittari (Kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma 2019, 18–19).

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)			
Havaintokategoria	Pisteluokka		
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vai- valloista. Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista. Pitkiä hyper-ventilaatiojaksoja Sisäänhengitystilavuudet vaihtelevat saman mallin mukaan, hengitystauot pitkiä
Ääntely	Ei ääntelyä. Tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia, voihketta tai itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehonkieli	Levollinen	Kireää, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa. pois vetämistä tai työntämistä, riuttomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohdutukselle	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois muuttaminen tai tyynnyttäminen ei onnistu

Saattohoidossa olevan potilaan kipua ja vointia arvioidaan säännöllisesti vähintään kahden tunnin välein. Tarvittaessa kipulääkitystä voidaan muuttaa nopeasti. Asukkaan voinnissa seurataan kliinistä tilaa sekä arvioidaan oireita. Seurataan potilaan kipua, hengenahdistusta, levottomuutta, kouristuksia, limaisuutta, pahoinvointia ja oksentelua. (Puolakka & Korhonen 2018, 114–115.) Oireisiin annetaan tarpeenmukaista hoitoa ja tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä tai kotisairaala.

Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa kivun lääkehoitoa voidaan toteuttaa WHO:n syöpäkivunhoidon portaiden mukaisesti. Lääkehoito on jaettu neljään eri portaaseen, jossa alimmaisena on peruskivunhoito. Kivunhoito aloitetaan yleensä tältä portaalta ja käytössä on perustulehduskipulääkkeet (ibuprofeeni, naprokseeni, ketoprofeeni) ja parasetamoli. Seuraavassa portaassa voidaan peruskipulääkkeiden lisäksi ottaa mukaan hoitoon heikkoja ja keskivahvoja opioideja (buprenorfiini, tramadoli, kodeiini). Kolmannessa portaassa otetaan käyttöön pitkävaikutteinen vahva opioidi säännölliseksi lääkkeeksi. Sen rinnalla käytetään tarvittaessa nopeavaikutteista vahvaa opioidia läpilyöntikipuihin (kipukohtaus, joka selvästi erottuu siedettävästä taustakivusta). Viimeisessä portaassa otetaan käyttöön erityismenetelmät. Niitä ovat opioidien muut annostelureitit, kipusädehoito, neurolyysit ja neurokirurgiset toimenpiteet. Saattohoidossa voidaan aloittaa kivunhoito suoraan jo vahvoilla opioideilla. (Kontinen 2018, 23–25; Heiskanen 2018, 22,25–29.)

Tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia käytetään peruslääkkeenä kivunhoidossa. Niitä voidaan käyttää erikseen tai yhdessä. Yhdessä käytettynä niillä voi olla tehokkaampi vaikutus. Yleisempiä haittavaikutuksia tulehduskipulääkkeillä ovat maha-suolikanavan ärsytys ja verenvuoto (yleisin haittavaikutus pitkäaikaisessa käytössä). Muita haittavaikutuksia voivat ovat munuaisten vajaatoiminta, sydän- ja verenkiertoelimistön haitat, joita voi aiheuttaa lääkkeen pitkäaikainen käyttö. Tämä lisää verenpaineen nousua ja voi pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Verenvuotoriskiä lisää potilaalla käytössä oleva verenhennuslääkitys. Tulehduskipulääke voi myös pahentaa astmanoireita. Parasetamoli ei ole

tulehduskipulääke, joten sillä ole vaikutusta tulehdukseen ja aiheuttaa vähän haittavaikutuksia. Yliannosteltuna ($> 4 \text{ g/vrk}$) maksavaurion riski kasvaa. Lääkkeen käytössä tulee huomioida aikaisempi maksavaurio ja maksan vajaatoiminta. Myrkytyksen vaaraa lisäävät lääkeaineiden yhteisvaikutukset ja alkoholin käyttö yhdessä parasetamolin kanssa.

Lääkkeellisessä kivunhoidossa voidaan käyttää opioideja, esimerkiksi oksikodonia ja morfiinia, jotka ovat vahvoja keskushermostoon vaikuttavia huumaavia kipulääkkeitä (Heiskanen 2018b, 25; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Näitä voidaan käyttää läpilyöntikipuihin, joihin ei tavanomaiset kipulääkkeet (tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli) enää auta. Palliatiivisessa hoidossa voidaan esimerkiksi pahanlaatuisen syöpäkasvaimen aiheuttamaan kipuun aloittaa suoraan opioidilääkitys. Tärkeää on kuitenkin potilaan tilan ja lääkkeen vaikuttavuuden seuranta ja kirjaaminen (Heiskanen 2018b, 27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Opioideja käytettäessä on huomioitava niiden haittavaikutukset. Niitä voivat olla esimerkiksi ummetus, väsymys, pahoinvointi sekä vaarallisimpana lääkkeen yliannostuksen aiheuttama hengityslama, joka hoitamattomana johtaa kuolemaan (Heiskanen 2018b, 25–27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Lääkityksen aloituksesta päättää aina lääkäri. Hän arvioi yksilöllisesti potilaan lääkityksen tarpeen hyvin tehdyn oirekuvan selvityksen jälkeen. Hoitajalla on vastuu lääkityksen toteuttamisesta. Hoitaja arvioi ja seuraa lääkkeen vaikutusta sekä mahdollisten haittavaikutusten ilmaantumisesta potilaalla (Heiskanen 2018b, 25–27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Morfiinia ja oksikodonia voidaan annostella suun kautta ja ne soveltuvat ensimmäisiksi annettaviksi opioideiksi. Kipulaastaria voidaan käyttää, kun suun kautta opioidien ottaminen ei enää onnistu esimerkiksi kivun, pahoinvoinnin tai nielemisvaikeuksien vuoksi (Heiskanen 2018b, 25–27). Iäkkäillä potilailla suositellaan käytettävän pienempiä aloitusannoksia vahvojen opioidien käytössä. Opioideilla ei ole kattoannosta. Lääkeannosta voidaan nostaa lisäämällä vuorokausiannokseen 20–30 % kerrallaan potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan 2–3 vuorokauden välein, seuraamalla haittavaikutuksia. Seuraavassa

kuvassa on esitetty vahvojen opioidien aloitusannoksia kivun hoidossa (kuva 5). (Heiskanen 2018b, 25–27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Vahvojen opioidien aloitusannoksia on esimerkiksi:

Morfiini

- Pitkävaikutteinen
 - 30 mg x 2/vrk. Säännöllinen anto suun kautta.
- Lyhytvaikutteinen
 - 10 mg tarvittaessa läpilyöntikipuun suun kautta tai limakalvoille 4–6 h välein.

Oksikodoni

- pitkävaikutteinen
 - 20 mg x 2/vrk. Säännöllinen anto suun kautta.
- Lyhytvaikutteinen
 - 5–7 mg tarvittaessa läpilyöntikipuun suun kautta tai limakalvoille 4–6 h välein.

Kuva 5. Vahvojen opioidien aloitusannoksia kivun hoidossa (Heiskanen 2018b, 25–27; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

3.2 Oireita lievittävä lääkehoito sekä lääkkeetöhoito

Saattohoidossa lääkehoidolla on oireiden hoidossa melko suuri osuus, sillä potilaan viimeisten elinpäivien tarkoitus on olla hänelle kivuttomia sekä siedettäviä, rauhallisen kuoleman saavuttamiseksi. Poukan & Korhosen artikkelissa sekä palliatiivisen- ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksissa selvennetään saattohoidon lääkehoidon käyttöä. Kaikille potilaille tulisi säännöllisen lääkityksen lisäksi määrätä tarvittaessa annettava lääkitys oireiden pahentumisen varalle. Saattohoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin tavanomaisessakin oireidenhoidossa. Poikkeavasti lääkkeen annostusta voidaan saattohoidossa kasvattaa tavanomaista oirehoitoa suuremmaksi hyödyn ollessa suurempi kuin haittojen. (Poukka & Korhonen 2018, 114–117; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Seuraavassa mainitaan tavanomaisia oireita saattohoitopotilaalla sekä oireenmukaisessa hoidossa käytettäviä lääkkeitä. Kuolevan potilaan kuumeen hoidossa käytetään parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä. Pahoinvoinnin hoidossa käytetään muun muassa metoklopramidia, haloperidolia ja deksametasonia. Hengenahdistuksessa voidaan käyttää opioideja. Hengityksen rohinan hoitoon ennen voidaan käyttää limaisuutta vähentäviä lääkkeitä (skopolamiini). Ahdistuneisuuteen voidaan käyttää ahdistusta lievittäviä lääkkeitä (diatsepaami). Sekavuuden hoitoon käytetään psykoosilääkkeitä (haloperidoli, diatsepaami). Kouristelun hoitoon voidaan käyttää epilepsialääkkeitä (diatsepaamia, midsolaamia). (Poukka & Korhonen 2018, 115–116.)

Tavoitteena saattohoidon lääkehoidossa on oireiden lievitys. Lääkityksen tulee lievittää saattohoidossa olevan asukkaan oireita selvästi enemmän kuin aiheuttaa haittavaikutuksia. Mikäli asukkaalla on käytössä oirelääkkeiden lisäksi perussairauksien lääkityksiä, niiden vähentämistä tai lopettamista arvioidaan voimien heiketessä ja kuoleman läheyydessä. Näitä lääkkeitä ovat muun muassa verenpainelääkkeet, rytmihäiriölääkkeet, tablettihoitoiset diabeteslääkkeet ja profylaktiset minihepariinivalmisteet, varfariini, statinit, osteoporoosilääkkeet, profylaktiset mikrobilääkehoidot sekä vitamiini-, hivenaine- ja rautavalmisteiden lääkityksen tarvetta arvioidaan oireiden mukaisesti. Mikäli asukkaalla on insuliinihoitoinen diabetes, säädetään verensokerin tavoitetasoa korkeammaksi hypoglykemioiden estämiseksi. Kun asukkaan vointi on heikentynyt niin, ettei syöminen ja juominen enää onnistu ja oletettua elinaikaa on jäljellä enää muutamia päiviä tai tunteja, lopetetaan verensokerin seuranta ja insuliinihoito. Tarvittaessa hänelle voidaan vaihtaa lääkkeiden annostelureitti, jotta oirelääkkeistä voidaan antaa kipu- ja pahoinvointilääkkeitä sekä anksiolyyttejä (ahdistusta lievittäviä lääkkeitä). Asukasta sekä läheisiä informoidaan lääkemutoksiin vaikuttaneista syistä. (Puolakka & Korhonen 2018, 114–115.)

Lääkkeetöntä hoitoa tulee käyttää oireenmukaisessa hoidossa lääkehoidon rinnalla. Hoitomuodon valinta perustuu oireen syntyperän selvittämiseen. Tarvittaessa syyn selvittämisessä voidaan kääntyä moniammatilliseen konsultaatioapuun. Oireita lievittävät lää-

keettömät hoitotoimenpiteet vaihtelevat kajoamattomista kajoaviin hoitomuotoihin. Esimerkiksi hengenahdistuksen hoidossa kajoamattomana hoitona voidaan käyttää asen-tohoitoa, happihoitokokeilua ja hengitystekniikoita. Keuhkopussiin kertyneen nesteen poistamiseen voidaan käyttää kajoavana hoitona kertapunktiota tai dreneerausta (las-kuputkea). (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Kuolevan potilaan suun kuivuutta hoidetaan kostuttamalla suuta siihen tarkoitettulla vaahtomuovitikulla tai vanupuikolla. Huulia myös rasvataan kostutuksen jälkeen. Tällä pyritään lievittämään suun kipua, jota kuivuus voi aiheuttaa sekä näin ylläpidetään potilaan elämänlaatua mahdollisimman hyvänä vielä viimeisinä elinpäivinä. (Nousiainen, Nivala-Huhtaniska 2018, 48–52.)

Potilaan omat ruumiineritteet esimerkiksi infektoituneet haavat aiheuttavat pahaa hajua. Potilas voi kokea nämä elämänlaatua heikentävänä tekijänä. Tätä voidaan helpottaa huo-neen tuulettamisella ja käyttämällä tuoksuja esimerkiksi haavasidoksissa (Isoherranen 2018, 84–86). Hengenahdistuksen tunteen helpottamisessa hyödynnetään avoimen ik-kunan tai tuulettimen kasvoille suunnattua kevyttä ilmavirtaa. Lääkkeettömiä hoitokei-noja ovat myös erilaiset lämpö- ja kylmähoidot, joita käytetään kivun lievityksen tukena. Lisäksi on tutkimusnäyttöä musiikin ja erilaisten rentouttavien hengitysharjoitteiden hyödyntämisestä fyysisen kivun sekä psyykkisten oireiden, kuten ahdistuksen hoidossa. (Lehto & Pöyhä 2015, 99–101.)

3.3 Hengitystieoireiden hoito

Hengenahdistus on kuolemaa lähestyvän henkilön tyypillinen lisääntyvä oire. Se koetaan epämiellyttävänä ja tukehtumisen pelkoa lisäävänä oireena. Elämänlaatua heikentävään hengenahdistukseen on liitetty masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, uupumusta sekä kipuilua. Yleisimpiä syitä hengenahdistukselle voivat olla erilaiset kasvaimet (tuumorit) rintakehän alueella tai kasvoissa, jotka painavat tai tukkivat hengitysteitä. Myös pleura-neste (keuhkopussissa) sekä askites (vatsaontelossa) vaikeuttavat keuhkojen toimintaa painamalla keuhkoja kasaan. Hengitysteitä ahtauttavat sairaudet, kuten keuhkoah-taumatauti (COPD) ja astma aiheuttavat hengenahdistusta. Keuhkoahtaumatauti hitaasti

etenevänä sairautena tuhoaa keuhkokudosta, estäen näin hapensaantia ja hiilidioksidin poistumista. Astman pahenemisvaiheet supistavat keuhkoputkia ja siten vaikeuttavat hengittämistä. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Lehto & Pöyhiä 2018, 38.)

Muita keuhkokudoksen ongelmia voi olla keuhkoödeema, keuhkofibroosi ja säde- tai lääkeainereaktiot. Hengittäessä kipu voi vaikuttaa hengitystaajuuteen ja hengityksen pinnallisuuteen, jolloin elimistö ei hapetu kunnolla, huonon ventilaation vuoksi. Anemia, keuhkokuume, eräät lihasrappeumasairaudet (ALS, MS-tauti) ja psykososiaaliset syyt voivat vaikuttaa hengenahdistukseen. Hengityksen tarkkailulla saadaan paljon tietoa hengityksen ongelmista ja dokumentointia tuleekin tehdä hengityksen oireilusta sekä hoidon vaikutuksista. Dokumentointiin sisältyy hengitystaajuuden (kerta/min), hengityslihasten käytön, ihon värin ja hengitysäänien kirjaaminen. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019; Lehto & Pöyhiä 2015, 95,97; 2018, 38.)

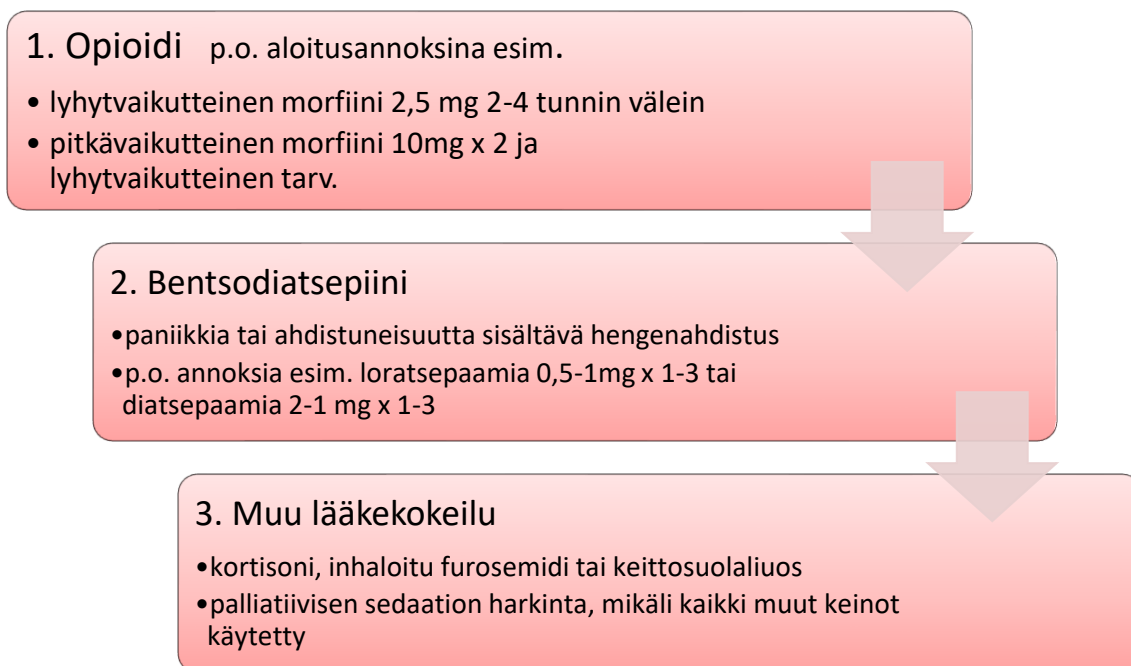
Hengenahdistuksen oireenmukaisella hoidolla, lääkkeettömin ja lääkkeellisin keinoin voidaan lieventää oireita. Asentohoidoilla voidaan helpottaa oloa ohjaamalla tai avustamalla asukasta istuvaan tai puoli-istuvaan asentoon, jolloin keuhkot laajentuvat ja hengitystyö helpottuu. Makuuasennossa voidaan asukas tukea kylkiasentoon tyynyjen avulla huonommin hengittävän keuhkon puolelle. Erilaisilla hengitystekniikoilla ja oikealla ohjauksella saatetaan lievittää hengenahdistusta. (Lehto & Pöyhiä 2015, 99–101; 2018, 38–40.)

Lisähappea annettaessa on arvioitava asukkaan tilannetta tarkkaan. Hengenahdistukseen harvoin liittyy hypoksiaa (hapenpuutetta), joten hengenahdistuksessa veren happipitoisuuden nostolla ei aina ole oiretta lievittävää apua. Henkilöllä voi olla hyvä veren happipitoisuus voimakkaasta hengenahdistuksesta huolimatta. Lisähappea voidaan kuitenkin antaa, mikäli siihen on tarvetta. Keuhkoahtaumapotilaat voivat kokea apua lisähapesta rasiituksen yhteydessä, jolloin se voidaan antaa happiviiksien tai -maskin kautta. Myös tuulettimen tai avonaisen ikkunan antaman ilmavirtauksen suuntaaminen asukkaan kasvoille saattaa lievittää hengenahdistusta. Happihoidon aloittaminen hengenahdistukseen tulee arvioida yksilöllisesti ja punnita hoidon hyödyt ja haitat. Hoidon vai-

kuttavuuden seurannassa tärkeää on asukkaan kokema helpotus, ei niinkään happisaturoatio. Saattohoidossa kuolemaa lähestyvän henkilön happihoitoa ei ole tarkoituksen mukaista aloittaa, ellei hän ole aiemmin sellaisessa ollut tai sitä erityisesti vaadi. (Lehto & Pöyhä 2015, 99–101; 2018, 38–40.)

Lääkkeellisillä hoidoilla voidaan lievittää hengenahdistusta. Opioideja käytetään yleisesti palliatiivisessa hoidossa kivun hoitoon, mutta myös hengenahdistuksen hoitoon. Ne vähentävät keskushermoston hiilidioksidiherkkyyttä, pienentävät hapenkulutusta, lievittävät hengenahdistuksen aistimusta aivoissa, hengitystaajuus pienenee ja mahdollisesti vähentää hengitystyössä aiheutuvan ärsytyksen tuomaa kipua sekä ahdistuneisuutta. Opioideista morfiini on yleisimmin käytetty hengenahdistuksen hoidossa. Annokset ovat hieman kivun hoidossa käytettyä pienemmät ja ovat yksilöllisistä tekijöistä riippuvaisia (kuten ikä, perussairaudet ja munuaisten toiminta). Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää lisänä, mikäli morfiinilla ei saada vaikuttavaa tulosta. Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää myös sen anksiolyyttisen (ahdistusta lievittävän) vaikutuksen vuoksi lievittämään asukkaan olotilaa kohtausmaisissa tai henkisessä ahdistuneisuuden tilassa esimerkiksi paniikinomaisen kohtauksen hoidossa, joka osaltaan voi siten lievittää hengenahdistusta. (Lehto & Pöyhä 2015, 96–99.)

Muiden lääkkeiden käyttöä hengenahdistuksen hoidossa on arvioitava yksilöllisesti, eikä niiden tehosta ole näyttöä pelkän hengenahdistusoireen hallinnassa. Hengitysoireiden taustalla voi olla jokin muu syy, jonka vuoksi voidaan kokeilla muita lääkkeitä kuten **kortisoneja**, inhaloitavaa furosemidia (diureetti). Kaaviossa on mukaillusti esitelty hengenahdistuksen lääkehoidon järjestystä (kuvio 1). (Lehto & Pöyhä 2015, 96–99.)



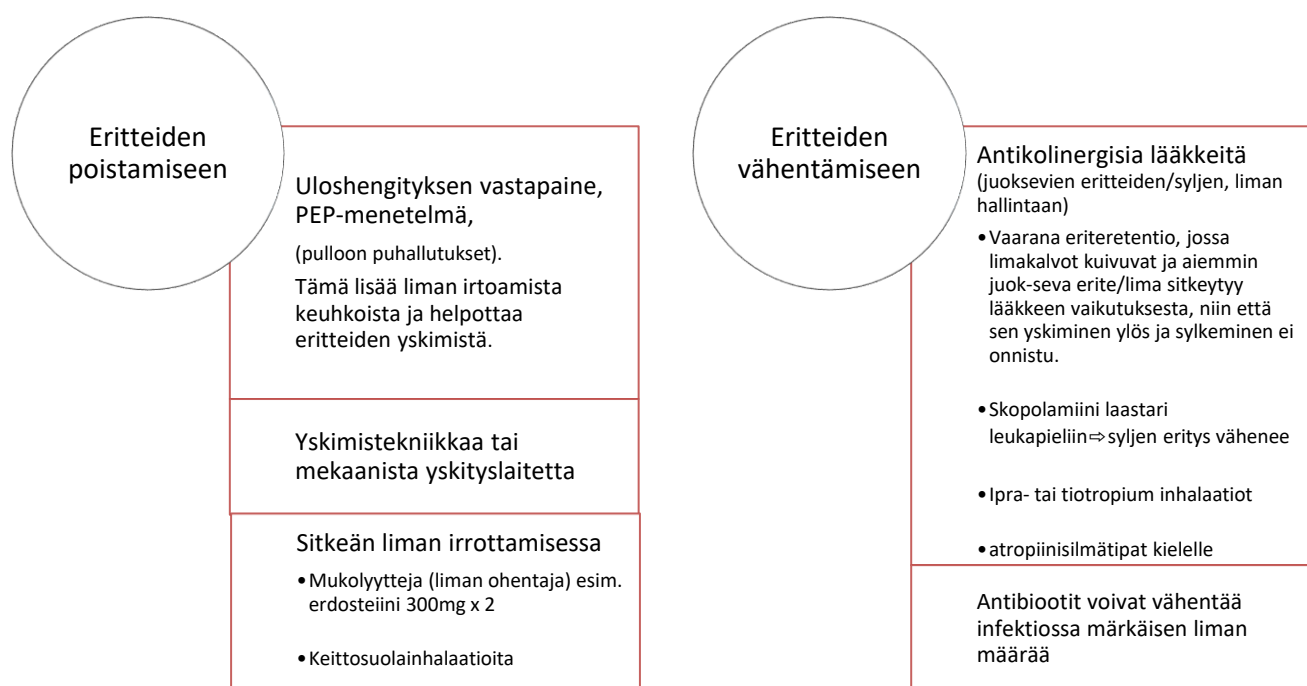
KUVIO 1. Hengenahdistuksen lääkehoidon järjestys (Lehto & Pöyhiä 2015, 96–99).

Yskä toimii elimistön yhtenä suojaimekanismina, refleksinä, joka saa ihmisen yskimään. Tämän tarkoituksena on suojata keuhkoja poistamalla hengitysteihin kuulumattomat eritteet ja partikkelit. Keuhkoissa, sydänpuussissa, ylä- ja alahengitysteissä ja ruokatorvessa olevat kemialliseen ja mekaaniseen ärsytykseen reagoivat reseptorit lähettävät sähköimpulsseja, jotka välittyvät yskärefleksiä suorittaviin lihaksiin (pallea, kylkiväli- ja vatsalihakset). Oireena yskä voi olla häiritsevää ja elämänlaatua heikentävää. Yskän tehokkain hoito on sen syynmukainen hoito. Palliatiivisen yskän taustalla voi olla samoja syitä kuin muullakin väestöllä (esim. refluksitauti) ja niissä toimitaan niiden hoito-ohjeiden mukaisesti. (Lehto & Pöyhiä 2018, 40–41.)

Yskää hoidetaan syyn ja oireenmukaisesti perustuen pitkälti yskänrefleksin hillintään sentraalisesti (aivoissa) tai perifeerisesti (muualla elimistössä). Yskän hillinnässä on yleisesti lääkkeenä käytetty kodeiinia, jonka teho on kliinisesti todettu. Myös pienen annoksen vahvaa opioidia (morfiinia) on reagoimattoman yskän hoidossa todettu olevan hyötyä (ei näyttöä palliatiivisessa hoidossa). Puudutteita (esim. lidokaiinia) voidaan kokeilla

rauhoittamaan kurkunpään ärsytystä inhaloimalla puudute lääkesumuttimella. Kotihappihoitoa saavalle asukkaalle puudutetta inhaloitaessa on huomioitava kurkunpään suljelihaksen lamaantuminen ja pidettävä asukas noin tunti ravinnotta, aspiraatorisikin vuoksi. Hengitysteiden kuivuuteen sekä sitkeän eritteen irrottamiseen voidaan kokeilla keittosuolaa inhalaationa, jonka teho perustunee hengitysteiden kosteuttamiseen ja eritteen ohenemiseen. Hoitotiimin on hyvä selvittää syyt kyseiseen yskään ja yhdessä miettiä hoitokeinoa ja tarvittaessa konsultoida lääkäriä. (Lehto & Pöyhiä 2018,40–41.)

Hengitystie-eritteitä voi kertyä niin, että ne aiheuttavat oireita kuten yskää, hengenahdistusta ja rohinaa. Eritteinä voi olla limaa, verta, kudosnestettä tai aspiraatioeritteitä kuten oksennusta, vettä, ruokaa tai juomaa. Myös tulehdukselliset krooniset keuhkosairaudet voivat aiheuttaa liman kertymistä hengitystie-elimiin aiheuttaen oireilua. Hoidon tavoitteena on oireettomuus, niiden helpottuminen tai väheneminen. Kuviossa 2 on eritelty eritteitä poistavia ja eritteiden vähentämistä edistäviä hoitokeinoja (kuvio 2). Lääkkeettömiä hoitoja ovat mm. eri hengitysfysioterapeuttiset menetelmät ja apuvälineet. Uloshengityksen vastapaine, PEP-menetelmä (positive expiratory pressure), josta käytetään myös nimitystä pulloon puhallutukset. Ohuella letkulla puhalletaan pulloon (esim. 1,5L muovipullo, jossa 10–20 cm vettä) useita toistoja päivän aikana. Tämä helpottaa liman irtoamista. Yskityslaitteella voidaan helpottaa potilaan yskimistaakkaa, jos potilaalla itsellä ei ole voimia yskiä. Lääkkeellisillä hoidoilla voidaan vähentää eritteiden kertymistä sekä helpottaa niiden poistumista. Antikolinergisilla lääkkeillä voidaan hillitä liman eritystä kuten, skopolamiinilaastarilla, ipratropiini-inhalaatiolla tai atropiinisilmätipoilta kielelle. Vaarana tosin on eriteretentio, jossa limakalvot kuivuvat ja aiemmin juokseva erite/lima sitkeytyy lääkkeen vaikutuksesta, niin että sen yskiminen ylös ja sylkeminen ei onnistu. (Lehto & Pöyhiä 2018, 41–42.)



KUVIO 2. Eritteiden poistamiseen ja vähentämiseen käytettäviä hoitokeinoja (Lehto & Pöyhiä 2018, 41–42).

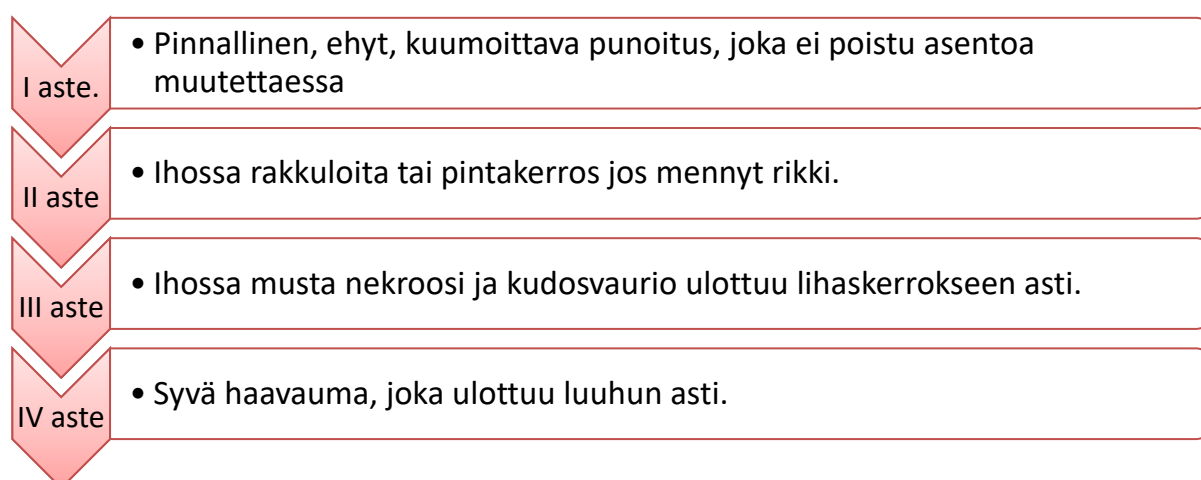
Hikkaa palliatiivisessa hoidossa esiintyy syöpäpotilailla yleisemmin. Hikka on harmiton oire, mutta pitkittyneenä tai toistuvana oireena vaikuttaa elämänlaatua merkittävästi huonontaan. Hikkaa tulisi hoitaa sillä kroonisena vaivana se voi aiheuttaa kipuilua, psyykkisiä oireita ja lisää hengitystieaspiraation vaaraa. Lääkkeistä osa, kuten barbituraatit, metyyliidopa ja kortikosteroidit voivat altistaa hikalle. Hikkaa voidaan hoitaa lääkkein ja lääkkeettömästi. Sitä voi kokeilla lievittää kitalaen tai nielun stimulaatiolla vanupuikon avulla, kitakielekkeen kohottamista lusikalla, kulmakarvojen yläpuolelta painamista, kylmän nesteen juomista ja paperipussiin hengittämistä. Lääkkeistä eniten näyttöä hikan hoidossa on baklofeenista, gabapentiinistä sekä eri lääkeyhdistelmistä. (Pöyhiä, Lehto & Hänninen 2018, 42–43.)

Pleuraneste voi kerääntyä keuhkopussiin esimerkiksi vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa. Pleuraneste painaa keuhkoja kasaan ja estää keuhkoja laajenemasta ja näin vai-

keuttaa hengittämistä. Henkilö voi tuntea tämän hengityksensä vaikeutumisena, hen-
genahdistuksena ja kipuiluna. Saattohoidossa hoitona käytetään pleurapunktiota ja dre-
neerausta (sairaalaoloissa) sekä kivunhoitoa, joilla on saatu helpotettua potilaan oireita
ja olotilaa. (Lehto & Thanos 2018, 43–45.)

3.4 Ihon hoito

Saattohoidossa lähellä kuolemaa olevan asukkaan ihonhoidossa keskeisintä on voinnin
helpottaminen ja kipujen lievittäminen. Saattohoidossa olevat ihmiset voivat olla fyysi-
sesti jo huonokuntoisia ja kykenemättömiä liikkumaan vuoteestaan. Paikallaan vuo-
teessa makaaminen aiheuttaa eniten haavaumia, kuten painehaavoja (makuuhaavat) ja
tuskaa asukkaalle. Mikäli asentoa ei riittävän säännöllisesti vaihdeta, aiheuttaa se alttiu-
den painehaavojen syntymiselle. Tyypillisiä painehaavan ilmaantumiskohtia ovat luisevat
kehon osat, kuten kantapää, ristiselän alue, lonkat, takaraivo ja korvat. Painehaavoja
voidaan luokitella neljään eri asteeseen haavan kunnon mukaan ja sen ulottuminen
ihonalaiskudoksiin. (kuvio 3). (Isoherranen 2018, 84–86.) Painehaavojen luokittelun ar-
vioimisen helpottamiseksi, on kehitetty avoimen haavan väriluokitus, painehaavahelp-
peri (liite 3).



KUVIO 3. Painehaavojen luokittelu (Isoherranen 2018, 84–86).

Ihorikot ja painehaavat ovat estettävissä päivittäisellä tarkkailulla, oikeanlaisella asento-
tohoidolla ja suojilla, niihin kohdistunutta painetta vähentäen. Kantapäiden alta voidaan
painetta alentaa laittamalla esimerkiksi matala tyyny nilkkojen alle. Vuoteessa makaavan
asukkaan asentoa voidaan vaihtaa esimerkiksi tyynyillä tukien lievästi kylkiasentoon,
josta potilaan asentoa vaihdetaan toiselle kyljelle tai selälleen vähintään 2 tunnin välein.
Huomioitavaa on myös, ettei vuoteen ja asukkaan väliin jää mitään ylimääräistä ruttua
vuodevaatteista tai asukkaan omista vaatteista, tai että vaatteet jäävät kiristämään tätä.
Nämä voivat myös edesauttaa painehaavojen syntymistä. Saattohoitovaiheessa olevan
asukkaan painehaavojen paraneminen ei juurikaan ole käytännössä olennaisinta, vaan
pyrkimys hoitamaan hänen kärsimystään ja kipua, joita haavat ovat hänelle tuottaneet.
**Hyvällä hoidon ennakkoinnilla voidaan ehkäistä painehaavojen syntyminen ja näin välttää
tuottamasta asukkaalle turhaa kipua ja kärsimystä!** (Isoherranen 2018, 86–87.)

Haavojen ja muiden ihorikkojen osalta saattohoidossa olevan asukkaan kohdalla on ki-
vunhoito tärkeää. Haavoja, ihorikkoumia voi tulla runsaan hikoilun, inkontinenssin, hier-
tymien, infektion, tuumorin tai kuivan ihon seurauksina. Paikallishoitoa voidaan antaa
mikä siinä tilanteessa on järkevää asukkaan tilanteeseen nähden. Haavanhoidossa huo-
mioidaan kivun lievitys niin systeemisesti kuin paikallisesti laitettavin puuduttein. Joskus
infektoituneet haavat ja hautuneet ihopoimut voivat aiheuttaa pahaa hajua, jonka asukas
kokee epämiellyttävänä ja jopa etovana tunteena. Hajuja voidaan poistaa infektoitu-
neelta haavalta antimikrobisilla sidoksilla ja haavanpuhdistukseen tarkoitetuilla hoito-
tuotteilla. Myös aromaattisilla hajusteilla (esim. hajustettu talkki, piparminttuöljy) taval-
liseen haavasidokseen laitettuna voidaan vähentää hajuhaittoja. (Isoherranen 2018, 84–
86.)

Kutinaa voivat aiheuttaa niin somaattiset kuin psykosomaattiset oireet. Ihon kuivuus on
melko yleinen oire palliatiivisessa- ja saattohoidossa olevilla henkilöillä. Muita kutinaa
aiheuttavia tekijöitä voivat olla mm. lääkkeet (esim. opioidit), erilaiset syövät, munuais-
sairaudet, maksasairaudet, sappiteiden tukkeutuminen (sappihapot voivat aiheuttaa ku-
tinaa), autoimmuunisairaudet (ihosairaudet: mm. atopia, psoriasis, allerginen ihottuma)

tai vyöruusun jälkeinen ihottuma. Kutinaa voidaan hoitaa paikallishoidoilla kuten hajusteettomilla perusvoiteilla ja ihoa voidaan myös pestä näillä tuotteilla. Lääkkeellisessä hoidossa voidaan keskivahvoja ja vahvoja kortisonivoiteita käyttää 1–3 viikon hoitosyk-leissä. Mentolia voidaan sekoittaa perusvoiteisiin (0,25–3 %), sen rauhoittavan ja viilentävän tunteen vuoksi. Hikoilun välttämiseksi, väljillä vaatteilla, keittosuolalla kostutetuilla sidoksilla ja kapsaisiinivoiteen käytöllä voidaan hillitä kutinaa. Väsyttävillä antihistamiineilla (mm. hydroksitiini) on todettu jonkin verran apua kutinaan, mahdollisesti tehon perustuen lääkkeen väsyttävään vaikutukseen. Suunkautta otettavilla kortisoneilla sekä masennuslääkkeillä on saatu hyvä hoitovaste kutinalle. Psykoosilääkkeistä esimerkiksi haloperidoli ja risperidoni sopivat psykogeeniseen kutinaan. Epilepsia lääkkeistä gabapentiinillä on todettu hyviä tuloksia opioidien ja syövän aiheuttamalle kutinalle. Talidomidia voidaan kokeilla saattohoidossa muille hoidoille reagoimattoman kutinan hoidossa. (Isoherranen 2018, 86–87.)

Turvotusta voi esiintyä leikkaus, kasvain ja sädehoitopotilailla. Imusuonijärjestelmän toiminnallinen häiriö aiheuttaa lymfakuormittumista, jolloin kuljetuskapasiteetti ei enää tehokkaasti poista nesteitä kudoksista, näin kudoksiin pakkautuva neste saa aikaan näkyvää turvotusta ja kudoksen tihkumista iholle. Turvotus aiheuttaa mm. kiristymisen tunnetta, painon tunnetta ja kipua turvonneessa raajassa sekä liikerajoituksia. Turvotus altistaa herkästi infektioille, joten hyvä ihonhoito (rasvaus) ja hygienia on tärkeää. Turvotusten hoidossa diureeteista on todettu vain vähän apua, sen sijaan tukisukkia ja sidoksia voidaan hoidossa kokeilla. Turvotuksiin on olemassa lymfahierontaa, jota on mahdollista kokeilla. (Hänninen 2018, 90.)

3.5 Ruoansulatuskanavan ongelmien hoito

Suun kuivuutta voi aiheuttaa monet tekijä kuten lääkkeet, dehydraatio tai sairaudet. Saattohoidossa keskitytään suun limakalvojen kostuttamiseen kuivan suun kipuilun, pah-han hajun poistamiseksi, puhumisen ja nielemisen helpottamiseksi sekä janon tunnetta

lievittämään. Kostutusta tulee antaa säännöllisesti, kuitenkin vähintään 1–2 tunnin välein. Kostukkeina voi käyttää, heille mieluisia juomia, myös säilykehedelmät voivat toimia joillekin suun kostukkeena. Kun asukas vielä kykenee nielemään, tarjoamisen apuna voidaan käyttää nokkamukia, pilliä, pillimehua tai jopa injektioruiskua, jolla voidaan sopivina määrinä annostella asukkaan suuhun ja kontrolloida aspiraation riskiä. Tarjottavan nesteen sopiva tarjoilulämpötila on yksilöllistä ja riippuu asukkaan mieltymyksistä. Juotava voidaan tarjota myös jäädytetyssä muodossa esimerkiksi sorbetittina. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015,119,132; 2018, 52.)

Mikäli asukas ei kykene enää nielemään eikä itse ilmaise toivetta suun kostuttamisesta, voidaan suun limakalvoja kostuttaa vanupuikoilla tai harsotaitoksella, joka kastetaan tarjottavaan nesteeseen tai öljyyn juuri ennen suun kostuttamista. Myös huulten ja suunpielten kunnosta huolehditaan niitä rasvaamalla tarvittaessa. Rasvaksi sopii mieluummin dekspantenoli-voide kuin muut rasvat tai vaseliinit, jotka saattavat toimia bakteereille kasvualustana. Kuolevan suuta puhdistetaan keittosuolaliuokseen kastetulla harsotaitoksella tai vaahtomuovitikulla 2 kertaa vuorokaudessa. (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015,119,132; 2018, 52.)

Pahoinvoinnilla tarkoitetaan tyypillisesti kuvattua etovaa, epämiellyttävää tunnetta, johon liittyy oksettavaa oloa. Oire on subjektiivinen tuntemus, johon voi ylävatsatuntemuksien lisäksi liittyä sydämen tykytystä tai harvalyöntisyyttä, kylmänhikisyyttä, hui- mausta tai päänsärkyä. Pahoinvoinnista voi seurata oksentelu, mutta myös oksentaminen voi tapahtua ilman pahaa oloa. Pahoinvointia voi aiheuttaa ja provosoida mm. useat eri lääkkeet (esim. opioidit, tulehduskipulääkkeet tai solunsalpaajat), erilaiset elimistön elektrolyyttihäiriöt, vagusärsytys (suolisto, vartalo, pään ja kaulan alue), tasapainoelin ja aivokuori (aivopaineen nousu, migreeni).

Pahoinvoinnin hoidossa on hyvä selvittää sen etiologia ja hoitaa ensisijaisesti syyn aiheuttajaa kuin lievittää oiretta. Mikäli taustasy on krooninen ja sitä ei voida kokonaan poistaa, keskitytään oireenmukaiseen hoitamiseen ja pahoinvoinnin ennaltaehkäisyyn, mihin käytettäviä lääkeaineryhmiä on useita. (Rahko & Koskela 2015;132–142; 2018, 52–55; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) palliatiivisen- ja saattohoidon Käypä

hoito -suosituksissa on esitelty taulukko pahoinvoinnin hoidossa käytettävistä lääkkeistä ja niiden valinnasta (liite 4) (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019).

Psykoosilääkkeitä käytetään lääkkeiden aiheuttaman pahoinvoinnin hoitoon, kuten morfiinin aiheuttamaan pahoinvointiin. Osa pahoinvointilääkkeiden vaikutuksesta perustuu vatsan ja suolentoiminnan vilkastumiseen (prokineetit), jolloin vatsna sisältö siirtyy nopeammin ohutsuoleen. Tämän on koettu helpottavan varsinkin refluksitaudista kärsiviä potilaita. Vagushermoärsytystä lievittävillä lääkkeillä voidaan hoitaa vatsan alueen sädehoidon jälkeistä pahoinvointia. Antihistamiineja (syklitsiini) voidaan käyttää sisäkorva-peräisissä pahoinvoinneissa, joita ovat esimerkiksi Menièren tauti. Lääkkeen teho perustuu sisäkorvan hermoimpulssin aktivoitumista ja välittymistä keskushermoston oksennuskeskukseen. Antikolinergeillä hoidetaan hengitysteissä esiintyvän sitkeän liman aiheuttavaa pahoinvointia, joka voi yskiessä laukaista oksennus refleksin. Kortikosteroideilla (mm. deksametasoni) on todettu apua pahoinvointiin, mutta lievittävää mekanisme ei kovin hyvin tunneta. Pahoinvointia voidaan hoitaa myös lääkkeettömin toimin kuten tuoksujen ja hajujen hallinta mm. huoneen tuuletus, asukkaan perushygieniasta huolehtiminen, haavojen hoito ja siteiden riittävä vaihto. Näillä keinoilla voidaan ennalta ehkäistä tai lievittää asukkaan kokemaa epämiellyttävää ja etovaa oloa. (Rahko & Koskela 2015;132–142; 2018, 52–55; Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Pitkään jatkuva ja tiheään toistuva oksentelu vaikuttaa elimistön happo-emäsepätasapainoon suolahapon menetyksestä, joka johtaa alkaloosiin (emäksinen). Tavallisesti tätä korjataan suonensisäisellä nesteytyksellä (Ringer, NaCl 0,9 %). Saattohoidossa nesteytystä on mietittävä ja punnittava aiheuttaako nesteytys enemmän haittaa ja kärsimystä, kuin hyötyä kuolevalle henkilölle. Elämän loppuvaiheessa olevan ihmisen elintoiminnot ja suonet ovat heikenneet niin että liika nesteytys voi aiheuttaa turhaa kudosturvotusta ja kipua, hengenahdistusta. Suunkautta voidaan tarjota nesteitä, mikäli asukas niitä kykenee juomaan. (Rahko & Koskela 2015;132–142; 2018, 52–55.)

3.6 Erittämisen ongelmien hoito

Ummetuksesta puhutaan, kun suoli on toiminut harvemmin kuin kolme kertaa viikossa tai ulostaminen on hankalaa kovan ulostemassan vuoksi ja ulostaminen ei onnistu yrittämisestä huolimatta. Syitä suolen toimimattomuuteen on monia, esimerkiksi vähäinen nesteiden saanti, opioidien aiheuttama suolistolama, suolen hidastunut peristaltiikka, kasvaimen aiheuttama tukkeuma, Parkinsonin tauti, lantiopohjan toimintahäiriö tai kilpirauhasen vajaatoiminta. Ummetuksen oireina voi olla vatsakipua, vatsan turvotusta, pahoinvointia ja peräaukon kipua. Ummetuksen hoitaminen on oleellista asukkaan elämänlaadun ja suolen toiminnan, kuin myös siihen liittyvien komplikaatioiden, kuten ulostetukkeuman kannalta. Ummetusta voidaan hoitaa laksatiiveilla, jotka voivat lisätä ja pehmentää ulostemassaa. Suolen toimintaa voidaan myös stimuloida joko suun kautta (p.o.) annettavilla lääkevalmisteilla tai peräruiskeilla ja peräpuikoilla. Seuraavassa kuvassa on esitelty yleisempiä valmisteita, joita käytetään ummetuksen hoidossa (kuva 6). Ummetuksen hoidossa ja sen ennaltaehkäisevässä hoidossa on hyvä ajoittain nostaa käytetyn valmisteen annosta suolen säännöllisen toiminnan varmistamiseksi. (Hillilä 2018, 57; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Pehmittävät laksatiivit



➤ makrogoli

➤ ispagula siemenkuori

➤ lactuloosi

Stimuloivat laksatiivit



➤ sennaglykosidi

➤ bisakodyyli

➤ natriumpikosulfaatti

KUVA 6. Ummetuksen hoidossa käytettävistä valmisteista (Hillilä 2018, 57; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Kuoleman lähestyessä elämän viimeisinä päivinä ei suolen toimimattomuus ole enää merkittävä tekijä. Kuolevan ihmisen yleistilan ja tajunnan heikentyessä, suolistonkin toiminta heikkenee. Tällöin ei enää ole tarpeellista käyttää suunkautta sekä peräsuoleen annettavia laksatiiveja ja niiden antaminen tulisikin lopettaa. (Hillilä 2018, 59; Palliatii-
vinen hoito ja saattohoito 2019.)

Ripulia voi esiintyä yhtä lailla kuin ummetustakin. Vanhusten ripuloinnin syynä usein on ohivirtausripuli, joka johtuu jonkin asteisesta suolen tukkeutumisesta (ummetus, kasvaimet). Liiallinen laksatiivien käyttö lisää ripulin mahdollisuutta. Ripulia voidaan lievittää lääkkein ja vähentämällä tai lopettamalla laksatiivien käyttö. Ripulin etiologia on hyvä tiedostaa, jotta ripulin oikea syy voidaan hoitaa (esim. ummetus). Ripulin hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat mm. loperamidi, metronidatsoli, vankomysiini (bakteeriperäisissä ripuleissa) sekä opioidit (kipuperäisessä ripulissa). (Saarto 2018a, 59–62; Palliatii-
vinen hoito ja saattohoito 2019.)

Askites on vapaaseen vatsaonteloon kertyvää nestettä. Maksakirroosipotilailla nesteen kertyminen on yleistä. Askitesta voidaan hoitaa diureetein tai dreneeraamalla. Saatto-
hoidossa kuolemaa lähestyvän henkilön askitekseen hoidossa ei diureeteista ole juuri-
kaan koettu hyötyä. Dreneerausta ja kerta luontoista punktiota voidaan kokeilla, mikäli
siitä koetaan vielä apua. (Saarto 2018b, 62–63; Palliatii-
vinen hoito ja saattohoito 2019.)

Virtsateiden oireita voi esiintyä monista seikoista ja virtsarakko voi olla ärtynyt, yliaktii-
vinen tai tyhjentyminen ei onnistu. Virtsauksen syitä voi olla lukuisia ja niistä yleisimpiä
miehillä virtsaputken ahtaus ja naisilla rakkolihaksen supistusvoiman heikkeneminen,
rakon tulehdus, ulosvirtauseste tai gynekologiset syyt. Virtsauksen voi olla akuuttia tai
kroonista. Akuutteja oireita voivat olla alavatsan turvotus, kipu tai pakottava virtsaami-
sen tarve. Kroonista oireilua voivat olla tiheävirtsaisuus ja ylivuotoinkontinenssi tai se
voi olla täysin oireeton. Virtsarakon hemotamponaatiota (virtsarakon täyttyminen veri-
hytyksellä) edeltäen voi esiintyä runsasta verivirtsaisuutta. Virtsauksen hoitona voi-
daan suorittaa katetrointi virtsaputken kautta. (Taari 2018, 63–65; Palliatii-
vinen hoito ja saattohoito 2019.) Vuodepotilaana olevan asukkaan virtsaamista voidaan tukea apuvä-
linein esimerkiksi virtsapullolla ("sorsat") tai alusastialla (Anttila ym. 2015, 222–227).

Lisäksi virtsaamista voidaan tukea seuraavin keinoin: antamalla aikaa virtsaamiseen, alavatsan kevyt painaminen voi parantaa virtsarakon tyhjentymistä sekä lämmin haude alavatsalla voi helpottaa virtsaamista. Myös puoli-istuva asento, voi helpottaa, jolloin rakkoon kohdistuu suurempi paine. Mikäli edellä mainituilla keinoilla ei virtsaa saada tulemaan, voidaan tarvittaessa kokeilla toistokatetrointia. Virtsankarkailussa voidaan käyttää inkontinenssisuojia (Anttila ym. 2015, 222–227).

3.7 Nestehoito, ravitsemus ja väsymys saattohoidossa

Lähellä kuolemaa olevan asukkaan juomattomuus, ruokahaluttomuus ja kuivuminen voi johtua kivun, pahoinvoinnin, mekaanisen esteen (tuumori: nielu, ruokatorvi suolisto) tai elimistön asteittaisen toiminnan pettäessä. Syömättömyys ja juomattomuus johtavat kuihtumiseen, joka näkyy asukkaan väsymyksenä, voimattomuutena, lihasmassan vähentymisenä ja ulkonäön muuttumisena (anorektinen). Väsymystä voi aiheuttaa myös masennus ja kovat kipulääkkeet kuten opioidit. Palliatiivisen hoidon aikana avanteenkautta (PEG) aloitettu ruokinta voi jatkua vielä saattohoidon puolella. Suoneen annettava ravitsemusta ja nestehoitoa ei suositella enää kuolevalle saattohoitopotilaalle sen aiheuttamien haittojen vuoksi ja asukkaan kärsimystä. Saattohoidossa kuolemansyy on perussairaus eikä ravitsemuksen puute. Tämän vuoksi päätettäessä potilaan ruokinnan aloittamisesta saattohoidossa tuleekin miettiä, onko potilas todella kuolemassa nälkään vai sairauteen. Mikäli potilas on saattohoidossa aliravittu, mutta vielä toimintakykyinen, voi ravitsemushoidosta olla hyötyä. (Hänninen 2015b, 346.) Vastentahtoinen syöminen voi lisätä ahdistuneisuutta, pahoinvointia ja raskasta oloa. Nielemisrefleksi ja tajunnan-taso laskevat sairauden edetessä, jolloin syöttämiseen liittyy vaara ruoan ja juoman menemisestä hengitysteihin (Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa 2019). Nielemistä voidaan helpottaa antamalla nesteet sakeutettuna ja ruoat soseina. Hoitohenkilökunnan tulee perustella läheisille ravinnon merkityksellömyys kuolevan loppuvaiheessa (Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa 2019).

3.8 Psyykkiset oireet

Psyykkiset oireet, joita ovat muun muassa masennus, ahdistuneisuus, unettomuus ja orgaaniset sekavuustilat kuten esimerkiksi delirium (akuutti sekavuustila), ovat seurausta aivotoiminnan häiriöstä. Deliriumissa tarkkaavaisuus ja tietoisuus heikkenevät, muisti ja ajattelu häiriintyy, tunteisiin reagoiminen muuttuu sekä uni-valverytmi voivat muuttua. Oireita lievittää turvallinen ja valvottu ympäristö. Ensisijaisena hoitona suositellaan lääkkeettömiä hoitoja. Saattohoidon deliriumin lääkkeellisessä hoidossa antipsykoottien on katsottu lisäävän deliriumin haittavaikutuksia ja sekavuutta. Psykoosilääkkeitä käytetään, mikäli delirium oireita ei saada lääkkeettömästi hallintaan. Saattohoitopotilailla psykiatriläkkeisiin tulisi kuitenkin suhtautua varauksellisesti. (Depressio 2020.)

Yleisempiä lääkeaineita, joita on käytetty psykoottisten oireiden hallitsemiseen ovat haloperidoli, risperidoni ja olantsapiini (Depressio 2020). Osa palliatiivista hoitoa on tunnistaa psyykkiset oireet sillä ne heikentävät elämänlaatua. Masennus, joka todetaan elämänloppuvaiheessa, on kehittynyt tavallisesti aikaisemmassa vaiheessa. Depressiota eli masennusta voidaan seuloa esimerkiksi PRIME-MD:n seulalla, jossa on kaksi kysymystä: "Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta? Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?" Mikäli vähintään toiseen kysymykseen vastataan myöntävästi kysymyksessä voi olla depressio, joka vaatii tarkempia tutkimuksia (Depressio 2020.) Psyykkisen tuen toteuttamisen osalta tarkistetaan, riittääkö somaattiseen hoitoon kuuluva psyykinen tuki tai tarvitaanko muita ammattiryhmiä esimerkiksi sairaalapappia tai mielenterveystyön ammattilaista. Palliatiivisessa vaiheessa olevan henkilön masennusta voi helpottaa lääkehoito (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Saattohoitopotilailla vastetta masennuslääkehoidossa ei aina ehditä saada. Pitkälle edenneissä sairauksissa psyykkisten oireiden arviointia vaikeuttavat somaattiset oireet esimerkiksi ruokahalukkuuden muutokset, uupumus sekä kognitiiviset oireet (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

Arvokas muisteleminen elettyä elämää kohtaan sekä surutyö suojaavat vaikeimmilta psyykkisiltä häiriöiltä. Nämä auttavat asukasta suhtautumaan rauhallisemmin lähestyvään kuolemaan, jossa läheisten ja lasten huomioiminen on tärkeää. Surun ja masennuksen erottaminen voi olla vaikeaa. Tärkeää on, että omaisilla ja hoitohenkilökunnalla on yhteinen ymmärrys siitä, että kuolema on lähestymässä. Tämä on lähtökohta arvioi-
dessa saattohoitopotilaan psyykkistä tilaa. Eksistentiaaliset eli olemassaoloon liittyvät kysymykset, jossa asukas saattaa pohdiskella elämänsä ja olemassaolonsa tarkoitusta ja tärkeyttä, näissä tilanteissa hoitajalla tulee olla valmius olla läsnä. Asukkaalla voi esiintyä masennus- ja ahdistusoireita kuoleman lähestyessä. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Ikääntymiseen liittyviin kriiseihin kuuluu eksistentiaalinen ahdistus, tämä haastaa kokonaisvaltaisesti yksilön olemassaolon mielekkyyden. Eksistentiaalinen ahdistus on koottu viiteen ydinalueeseen artikkelissa hyvä kuolema, joita ovat: kuoleman kohtaami-
nen, merkityksettömyyden kokeminen, syyllisyys, sosiaalinen eristäytyneisyys sekä ris-
tiriidat oman identiteetin ja ympäröivän maailman välillä (Seppänen, Vähäkangas & Ant-
tonen 2020, 364). Kaikki kuolevat ihmiset eivät koe eksistentiaalista ahdistusta, mutta se on hyvin yleistä, joten tämä tulee huomioida hyvässä saattohoidossa (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 364).

3.9 Sosiaaliset tarpeet

Elämän loppuvaiheessa olevan asukkaan sosiaalisten tarpeiden huomioiminen kuuluu osaksi kokonaisvaltaista hoitoa, jossa huomioidaan myös fyysiset, psyykkiset sosiaali-
set, hengelliset ja henkiset tarpeet. Omaisten ja läheisten tuki on yksi tärkeistä asioista saattohoidon kokonaisuutta toteuttaessa, johon kuuluu myös heidän neuvontansa ja käytännön asioiden ohjaaminen. Sosiaaliset kärsimykset, joita saattohoidossa oleva kohtaa, johtuvat vuorovaikutussuhteiden muutoksista ja eristäytymisestä. Tulevista ta-
pahtumista keskusteleminen voi auttaa henkisesti kohtaamaan lähestyvän kuoleman, joka tukee myös omaisia surussa ja luopumisprosessissa. Kuolemasta voidaan keskus-

tella avoimesti ja kiertelemättä, mutta siihen ei kuitenkaan pakoteta. Turvattomuus, levottomuus, alakuloisuus, avuttomuus sekä masentuneisuus ovat asioita, joita kuoleva ihminen kohtaa. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 364–365; Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Omassa huoneessa vietetään saattohoidon aikana paljon aikaa, jolloin mieluisan ympäristön luominen olisi tärkeää. Läheisille tulee antaa mahdollisuus olla kuolevan luona, milloin vain. Loppuvaiheessa läheiset viettävät usein pitkiä aikoja kuolevan luona, joten heille tulisi järjestää esimerkiksi mahdollisuus viettää yö asukkaan luona. Läheisille myönteisen ja avoimen ilmapiirin luominen on tärkeää, jolloin omien tunteiden ilmaiseminen voi olla helpompaa. Kiireetön tunnelma hoitoyhteisössä on tärkeää, jotta omaisilla on riittävästi aikaa jäähyväisten jättämiseen. Omaisille on myös tärkeää antaa mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä saattohoitopaikkaan kuoleman jälkeen. (Mitä on palliatiivinen hoito 2020; Hyvä saattohoito suomessa 2010.)

Ammattilaisten lisäksi hoivan antajia kuoleman prosessissa ovat läheiset, yleensä puoliso, lapset sekä ystävät. Sosiaaliset suhteet ovat merkityksellisiä myös silloin, kun lähestytään kuolemaa. Suhteet, jotka tukevat hyvinvointia ovat tärkeitä lähestyvän kuoleman kannalta. Sen vuoksi iäkkäät ihmiset, joilla ei ole läheisiä tarvitsevat luonnollisesti enemmän tukea. Kuolemanprosessissa, jossa sairaudet ja toimintakyvyn menetys ovat hyvinvoinnin kannalta suuri rasite, sosiaalisten suhteiden tärkeys korostuu. Vaikeat ja kipeät perhesuhteet eivät poistu mielestä kuoleman lähestyessä, vaan niitä pohditaan myös silloin. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 363–364.) Sosiaalinen tuki on tärkeää voi olla, että läheisillä on alkuvaiheessa paljon voimia olla läsnä ja avuksi, mutta tilanteen pitkittyessä voimat voivat alkaa hiipua (Saranpää 2015, 237). Tämä voi aiheuttaa sekä auttajassa että autettavassa turhautuneisuuden tunnetta, kun väsymys alkaa painaa. Läheinen ei myöskään aina ole se paras keskustelukumppani, sillä läheisen kriisi voi tuntua myös auttajan omalta kriisiltä (Saranpää 2015, 237). Kun huomataan, että omaisten ja läheisten voimat alkavat hiipua, voidaan heille tarjota muiden ammattihenkilöiden apua (Saranpää 2015, 237).

Vapaaehtoistoimintaa voidaan hyödyntää esimerkiksi psykososiaalisen tuen, vertaistuen ja läheisten tukimuotojen tarjoajina. Nämä kuuluvat yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien tarjoamiin palveluihin (Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen 2017). Seurakunnilla on tarjolla laajaa vapaaehtoistoimintaa. Vapaaehtoistyöntekijä toimii saattohoidossa tukea tarvitsevan kuolevan ihmisen, hänen omaisiensa sekä hoitohenkilöiden yhteistyökumppanina (Colliander 2008, 122). Vapaaehtoiset toimivat omaehtoisesti ja palkattomasti tavallisen ihmisen taidoin ja tiedoin apuna saattohoidossa. Vapaaehtoiset luovat sisältöä kuolevien ja läheisten päiviin sekä täydentävät omalta osaltaan saattohoitoa (Colliander 2008, 122). Vapaaehtoistoiminnassa pyritään hyvään yhteistyöhön hoitohenkilökunnan ja läheisten kanssa elämän rikastuttamiseksi. Omahoitajan ja moniammatillisen henkilökunnan kanssa yhteistyö on keskeistä. Selkeät säännöt, mitä vapaaehtoiset voivat ja eivät voi tehdä, ovat tärkeitä (Colliander 2008, 122).

3.10 Hengelliset tarpeet

Hengellisyyden muodostuminen saattohoidossa kuvataan Lipposen ja Karvisen artikkelissa neljän pääteeman kautta. Nämä teemat ovat: hengellisyyden ilmeneminen, hengellisten tarpeiden ilmaiseminen, hengellinen tukeminen ja hengellinen hoitaminen. Hengellisyyden ilmeneminen kuvataan hoitajien näkökulmasta niin, että jokainen ihminen saa uskoa ja tuntea kuten itse haluaa sekä kuulua hengelliseen yhteisöön tai uskonto-kuntaan, jonka on valinnut itse. Hengellinen hoitaminen on osa kokonaisvaltaista hoitoa. Käytännössä tämän toteutuminen tarkoittaa läsnä olemista, pyhien toimitusten mahdollistamista ja palvelemaan asettumista. (Lipponen & Karvinen 2014, 33–35.)

Keskustelukumppanina voi toimia myös sielunhoitaja. sielunhoitajana voi olla joko Suomen evankelisluterilaisen kirkon pappi, jolla on erikoistumiskoulutus sairaalasielunhoitaja tehtävään tai läheiseksi tullut hoitaja, omainen, läheinen tai muu vapaaehtoinen. Saattohoitovaiheen muodostumiseen vaikuttaa ihmisen kokemus eletystä elämästä ja omasta itsestä. Kuolemaan liittyy kärsimystä. Se voi olla kipua tai tunne siitä, että jotain

on jäänyt tekemättä tai elämä päättyy liian aikaisin. Kärsimys on myös luopumista ja siihen liittyvää surua. Ihminen tarvitsee turvaa, empaattista ja hyväksyvää suhdetta sekä arvostusta voidakseen käydä kuolemaan liittyvää matkaa. Se sisältää vaikeita tunteita ahdistusta, pelkoa, toivoa ja epätoivoa. Nämä tunteet vaihtelevat hyvin paljon. (Sipola 2013, 41–46.)

Yksinäisyys ja tunne siitä, ettei kukaan välitä ovat myös tunteita mitä kuoleva voi käydä läpi. Henkilö, joka on lähestymässä kuolemaa, suree elämän päättymistä ja luopumista ja toisaalta myös saattajana oleva suree läheisensä menetystä. Kuoleman lähestyessä aika tiivistyy. Eksistentiaaliset kysymykset voivat jälleen nousta esiin. ”Mitä elämän päättyminen tarkoittaa?” Elämää ei voi elää uudelleen eikä tehtyä saada tekemättömäksi. Ihminen voi miettiä millaisen merkityksen antaa tekemilleen ja kokemilleen asioille. Kuolevalle voi olla helpompi mitätöidä itsensä ja elämänsä sekä tehdä tyhjäksi kaiken kokemansa. Tämä voi olla yksi tapa käsitellä luopumista voi olla helpompi luopua sellaisesta, joka tuntuu arvottomalta. Kuoleman hetki voi herättää pelkoa. Usein pelko liittyy itse kuolemaan hetkeen tai siihen mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Asukas voi keskustella hoitohenkilökunnan kanssa kuolemaan liittyvistä fysiologisista muutoksista muun muassa mahdollista hengitysvaikeuksista, kivusta sekä kivunhoidosta ja tietoisuuden tason muutoksista. Aikaisemmat kokemukset läheisten menetyksistä vaikuttavat siihen millaisena kuoleman hetken kuvittelee mielessään. Hyvän kivunhoidon ohella eksistentiaalisen ahdistuksen hoitaminen vaikuttaa eniten kuolemaa lähestyvän ihmisen hyvinvoinnin tunteeseen. Sielunhoidossa saattohoidon keskeisiä tavoitteita ovat asukkaan tukeminen ahdistuksen kestämiseen sekä turvallisuuden tunteen vahvistaminen niin asukkaassa kuin hänen läheisissään. Turvallisuus merkitsee läheisille asiakkaan hyvää hoitoa, mahdollisuutta osallistua hoitoon voimien sallimissa rajoissa sekä tietoa sairauden etenemisestä ja kuolemasta ja myös siitä, että apua on saatavilla, kun sitä tarvitsee. (Sipola 2013, 41–46.)

Hoitotilanteissa olisi tärkeä korostaa kiireettömyyttä, lämpöä, kosketuksen ja liikkeiden laatua sekä kiinnittää huomioita siihen millaisin ottein asukasta hoidetaan. Näistä asioista välittyy hänelle paljon tietoa. Lämmin kosketus voi olla puhetta tärkeämpää ja näin

asukkaalle voi välittyä tunne, että hän on turvallisissa käsissä. Hoitajan läsnäolon lisäksi on noussut keskeisiksi auttamismuodoiksi kuunteleminen, keskusteleminen, hiljenty- mistilan järjestäminen sekä radion tai television mahdollistaminen, joista voi seurata esimerkiksi jumalanpalvelusta. Hoitaja voi myös tarvittaessa lukea hengellistä kirjalli- suutta. Asukkaalle tulee järjestää tarvittaessa mahdollisuus päästä ehtoolliselle, mah- dollisuus ripittäytymiseen, mahdollisuus osallistua hengelliseen tilaisuuteen tai juma- lanpalvelukseen. Tarvittaessa voidaan käyttää sairaalapastoria tai muuta seurakunnan henkilökuntaa hengellisten tarpeiden tukemisessa. Kuolevalle nämä voivat olla erittäin tärkeitä ja samalla lähtöön valmistavia asioita. (Kärpänniemi 2008, 113–116.)

Hengellisten tarpeiden arviointi tulisi tehdä osana hoitoprosessia. Kuolevan ihmisen lä- heisten ja omaisten huomioiminen ja kuolevan toiveiden kunnioittaminen on osa hyvää hoitoa. Tuki ja arviointi kirjataan hoitosuunnitelmaan. Hengellisten tarpeiden toteutu- mista tulisi arvioida koko hoitoprosessin ajan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Ta- voitteenä voi käyttää esimerkiksi asukkaan kokonaisvaltaisuuden ja eheyden toteutumi- nen ihmis- ja jumalasuhteessa huomioiden arvot, vakaumus sekä elämäntavat. Nämä asiat Ilkka Karvinen esitti Sairaanhoidajapäivillä vuonna 2006. Kuolevan potilaan hoi- dossa hengellisen hoidon tavoite voi olla esimerkiksi kuolemaan valmistautumisen toi- veet tai mielenrauhaan pääseminen. Keskusteluiden ja hyvän ilmapiirin luomisella voi- daan pyrkiä tavoitteisiin. Keskustelun alkuun hengellisistä asioista voi olla vaikea päästä, mutta sen voi aloittaa kyselemällä potilaan tavaroista, jotka liittyvät henkiseen tilantee- seen. (Kärpänniemi 2008, 113–116.)

Kuoleman lähestyessä perustarpeet tulevat tärkeiksi. Näitä tarpeita ovat puhtaus, uni sekä ruuasta huolehtiminen. Lapsuudessa luetut runot tai laulettu laulut voivat toimia lohdutuksena joillekin. Tarpeet ja toiveet muuttuvat ja ne tulee huomioida asukkaan jaksamisen mukaan, joka voi vaihdella päivittäin. Asukkaiden uskonnolliset ja kulttuu- rilliset taustat tulee myös huomioida. Henkilökunnalla apuna näissä tilanteissa voi olla virsikirja, jonka takaa löytyy ohjeita erilaisiin rukoushetkiin kuolevan luona sekä ohjeet yksityisestä ripistä ja surutilanteista. Silloin, kun asukas haluaa keskustella uskontoonsa

ja elämäänsä liittyvistä kysymyksistä, on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä tilaisuus tavata oman uskontokuntansa edustajaa. Mikäli siihen ei ole mahdollisuutta olisi henkilökunnan velvollisuus silloin keskustella hänen kanssaan asioista, jotka askarruttavat mieltä tai ehdottaa keskustelua sairaalapapin kanssa. (Kärpänniemi 2008, 113–116; Gothóni 2009, 94.)

Eri uskontoihin kuuluvien tarpeet saattohoidossa sekä kuoleman jälkeen, tulisi ottaa huomioon. Alle on koottu eri uskontotaustaisten ihmisten saattohoidossa huomioitavia asioita. Katolilaiseen kirkkoon kuuluvan kuolevan läheiset kokoontuvat kuolevan luokse jättämään hyvästit ja valvomaan. Katolilainen pappi voidaan kutsua suorittamaan ehtoollinen kuolevan luona. Ehtoolliseen valmistaudutaan niin, että pöydälle levitetään valkoinen liina ja pöydälle kynttilä sekä krusifiksi ja Raamattu. Papille laitetaan valmiiksi astia, jossa hän voi pestä kädet ja pyyhe käsien kuivaamista varten. Pappi yleensä tuo tarvittavat tavarat mukanaan. Kuolevan luona rukoillaan ja otsaan tehdään ristinmerkki. Sairaahan voitelu voidaan suorittaa kuolevan luona, tämän tekee katolilainen pappi. (Monikulttuurinen kuolema 2015.)

Ortodokseilla on kaksi sakramenttia, jotka ovat ehtoollinen ja sairaan voitelu. Nämä voi suorittaa ainoastaan ortodoksinen pappi. Kuitenkin kuolevan asukkaan kanssa voi rukoilla kuka tahansa muuhun kirkkokuntaan kuuluva hoitaja. Ortodoksisuudessa läheiset kokoontuvat kuolevan luokse jättämään jäähyväiset. Ortodoksiainen pappi voidaan kutsua paikalle suorittamaan ehtoollinen. Kuolevan voitelun suorittaa vain katolilainen pappi, mikäli voitelu halutaan. (Monikulttuurinen kuolema 2015.)

Muslimit toivovat yleensä samaa sukupuolta olevan hoitajan tai lääkärin. (Gothóni 2009, 154). Kuolevan muslimin omaiset kokoontuvat tapaamaan kuolevaa. Tärkeää olisi, että kuolevaa ja omaisia ei jätettäisi yksin (Monikulttuurinen kuolema 2015). Imaami vastaa kuolevan muslimin sielunhoidosta, joka on islamilaisen seurakunnan uskonoppinut. Rukoukset on tärkeä osa muslimien uskonnon harjoittamista ja tähän tulee antaa mahdollisuus, huonossa kunnossa oleva asukas voi rukoilla myös vuoteessa (Monikulttuurinen kuolema 2015).

Romaniomaiset saapuvat kuolevan ympärille saattamaan kuolevaa ja kuulemaan viimeisen tahdon, joka on romaaneille ehdoton. Kuolevan asukkaan luokse voidaan pyytää pappi tai oman uskontokuntansa muu edustaja. Romaniomaisia voi olla todella paljon, joten yhteyshenkilöstä sopiminen olisi tärkeää. (Monikulttuurinen kuolema 2015.)

4 Odotetun kuoleman saapuessa, miten toimitaan

Kuolemaan reagoidaan yksilöllisesti, mutta aina se on kuitenkin järkytys. Kuoleman reagointiin vaikuttavat ihmisen ikä, persoonallisuus, aiemmat kokemukset ja kuinka nopeasti tieto kuoleman lähestymisestä tulee. Tärkeää olisi, että asukas kokisi jäljellä ovat päivänsä mahdollisimman hyviksi ja saisi käsitellä luopumisprosessiaan. Parantumattomasti sairasta asukasta hoidetaan saattohoidon keinon, kun parantavaa hoitoa ei enää ole ja seuraava vaihe on kuolema. (Anttila ym. 2015.)

4.1 Kuoleman toteaminen, vainajan säilyttäminen ja kuolintodistus

Kuolema tulisi todeta mahdollisimman pian, viimeistään seuravana arkipäivänä, mikäli kuolema tapahtuu laitoksessa eikä lääkäriä ole välittömästi saatavilla. Kuolinhetkeksi merkitään aika, jolloin kuolevan hengitys ja sydämen toiminta loppuu. Hautausta varten tarvitaan lääkärin allekirjoittama kuolintodistus. Kuolintodistuksella osoitetaan, että kuolemansyyn selvittäminen on tehty loppuun ja näin ollen ruumiin saa joko haudata tai luovuttaa lääketieteellistä opetusta tai tutkimuskäyttöä varten (Kuolintodistus 2020). Alle on koottu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän työohjeen mukaiset käytännöt kuoleman toteamisesta ja vainajan säilyttämisestä, joiden ohjeiden mukaan Onnela-koti toimii kuoleman tapauksissa, joka löytyy myös liitteistä (liite 5) (ei julkaista tämän oppaan versiossa luottamuksellisen tiedon suojelemiseksi).

Kuolintodistuksen kirjoittaminen:

(Koukkari & Kananen 2020).

Muu kuolema:

(Koukkari & Kananen 2020.)

Vainajan kuljettaminen:

(Koukkari & Kananen 2020.)

Vainajan henkilöllisyyden varmistaminen:

(Koukkari & Kananen 2020.)

Kuoleman lähestyessä tajunnan taso saattaa vaihdella hetki hetkeltä kuoleman lähestyessä. Saattohoidon loppuajasta asukas saattaa olla yhtä jatkoisesti tajuttomana. Tajuton tila on sellainen, jossa asiakkaaseen ei saada kontaktia, eikä hän itse enää tiedosta itseään ja ympäristöään. Tajuttoman saattohoidon perushoidossa noudatetaan yleisiä saattohoidon ja kivunhoidon periaatteita. Saattohoitovaiheessa kivun tunnistaminen on tärkeää ja sitä voidaan seurata hengityksestä, verenpaineesta, sykkeestä ja levottomuudesta myös ihon hikisyys voi liittyä kipuun. Saattohoitopotilaana olevan asukkaan asentoa tulisi vaihtaa 1–2 tunnin välein. Ihon ja limakalvon hygieniasta huolehditaan sekä suu puhdistetaan. Tajuttoman suusta poistetaan hammasproteesi. Huoneen ilman raikauksesta huolehditaan myös. (Anttila ym. 2015, 380–381.)

Kuolemaa edeltäviä merkkejä voivat olla:

- Hengityksen pinnallisuus sekä ajoittainen hengityksen äänekkyyys
- Hengityskatkokset
- Syanoottisuus (sinertävyys) lautumat, joita voi tulla iholle. Tyyppipaikkoja ovat jalat ja pohkeet.
- Ihon viileneminen, joka alkaa usein kehon ääreisosista.
- Sekavuuden esiintyminen
- Lämpöily.

(Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018, 357)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta määrittellään perusteet sille, milloin ihminen voidaan todeta kuolleen. Ihminen on kuollut silloin, kun hänen aivotoimintansa on pysyvästi loppunut. Sydämen lakattua sykkimästä ihminen voidaan todeta kuolleen jollakin näistä perusteista; ”Hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet, eikä verenkierto hoitotoimenpiteistä huolimatta käynnisty. Tai hoitotoimenpiteisiin ei ryhdytä, koska ihmisellä olevan sairauden perusteella tiedetään, että hoitotoimenpiteistä ei ole hyötyä. Tai elvytystä ei ole voitu aloittaa riittävän ajoissa hengityksen ja verenkierron käynnistämiseksi (hengityksen ja verenkierron pysähtyminen).” (A27/2004.) Tämän lisäksi ihminen voidaan todeta kuolleen ilmaantuneilla toissijaisilla kuolemanmerkeillä, joita ovat: hengityksen ja sydämen toiminnan loppuminen, nivelistön jäykistyminen, kuolonkankeus, alkaa melko nopeasti kuoleman jälkeen (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018, 357; A27/2004).

Kuolemasta soimitaan lääkärille, joka on hoitanut asukasta. Mikäli kuolema tapahtuu iltaisin, viikonloppuna tai päivystysaikaan kuolemasta ilmoitetaan lähimpään päivystyspisteeseen lääkärille. Kuoleman ajankohdasta ja toteamisesta tulee kirjata potilasasiakirjoihin. Lääkäri tekee kuolemansyyn selvityksen ja informoi omaisia siitä tarvitseeko kuolemansyyn selvittämiseksi tehdä ruumiinavausta vai voidaanko laatia kuolintodistus. (Kuoleman toteaminen 2019.) Hoito- ja palvelusuunnitelmassa pitäisi olla merkintä siitä kenelle kuolemasta ilmoitetaan, tarkistetaan puhelinnumero palvelusuunnitelmasta (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018).

Omaisien kanssa yleensä sovitaan ilmoittaako yksikkö kuolemasta yöaikana vai odotaanko tulevaan aamuun. Kuolemasta ilmoitetaan omaisille rauhallisesti. Kuolemasta voi ilmoittaa omahoitaja tai vuorossa ollut hoitaja. Omaisilta kysytään soiton yhteydessä tai jos ovat paikalla, haluavatko osallistua vainajan laittoon. Omaisille annetaan mahdollisuus pitää muisteluhetki, joka voidaan järjestää heti kuoleman jälkeen tai myöhemmin. Muisteluhetken voi järjestää esimerkiksi omahoitaja. Omaisille kerrotaan myös mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä heidän tulee tehdä. Kun vainaja on valmis, omaisille ilmoitetaan, kun he voivat mennä vainajan luokse. Mikäli näyttää siltä, että omaiset tarvitsevat tukea hoitaja voi mennä heidän kanssaan. Yleensä vainaja siirretään kylmiöön kahden

tunnin kuluttua kuolemasta. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018.; Aalto 2009.) Mikäli potilaalle ei ole merkitty lähiomaisia, mahdollisten omaisten selvittely on sosiaalityöntekijän tehtävä, sillä hänellä on oikeudet väestörekisteritietoihin. (Pesola & Ålgars 2019.) Alla Kainuun soten valmistamat kirjalliset ohjeet kuoleman toteamiseen ja lääketieteelliseen ruumiinavaukseen liittyen (ei julkaista tämän oppaan versiossa luottamuksellisen tiedon suojelemiseksi).

Kuoleman toteaminen:

(Koukkari & Kananen 2020.)

Muu kuolema:

(Koukkari & Kananen 2020.)

Lääketieteellinen ruumiinavaus:

(Koukkari & Kananen 2020.)

4.2 Vainajan arvokas kohtelu

Vainajia käsitellään kuoleman jälkeen arvokkaasti ja kunnioittavasti. Vainajan pukeminen vainajan vaatteisiin suoritetaan arvokkaasti ja kunnioittavalla tavalla omaisia ja vainajaa kohtaan. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018, 361). Omaisten tukeminen on myös tärkeä osa vainajan arvokasta kohtelua kuoleman jälkeen. Omaisille tulee antaa mahdollisuus nähdä vainaja arvokkaassa ja rauhallisessa ympäristössä kuoleman jälkeen. (Mitä on palliatiivinen hoito 2020.) ETENE on julkaissut julistuksen vuonna 2002, jossa mainitaan muun muassa, että kuoleman jälkeen on oikeus ruumiin loukkaamattomuuteen (Pesola & Ålgars 2019). Hautaustoimistolaissa sanotaan näin: ”Vainajan ruumiista ja tuhkaa tulee käsitellä arvokkaalla ja vainajan muistoa kunnioittavalla tavalla. Vainajan ruumiin hautaamisessa ja tuhkaamisessa sekä tuhkan käsittelyssä tulee kunnioittaa vainajan katsomusta ja toivomuksia.” (L 2003/467.) Yksikkö, joka säilyttää ruumiista saa luovuttaa vainajan ruumiin haudattavaksi, sitten kun lääkäri on laatinut haudausluvan ja antanut sen omaiselle tai muulle hautauksesta huolehtivalle tai hautaustoimistolle (Tieto kuolemasta ilmoitettava viipymättä väestötietojärjestelmään 2018).

4.3 Vainajan hoito (vainajan laitto)

Vainajan hoidossa tulee huomioida, mikäli vainajalle tehdään lääketieteellinen tai oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus, jätetään kaikki vainajassa olevat hoitovälineet paikoilleen (Aalto 2009). Asumispalveluyksikössä vainajan pukemisessa on kaksivaihtoehtoa, hänet voidaan pukea exitus-setistä löytyviin vaatteisiin tai omiin vaatteisiin. Viimeinen palvelus hoitotyössä asiakkaalle ja hänen omaisilleen on, että vainaja puetaan arvokkaasti ja kunnioittavasti vainajan vaatteisiin. Omaisille annetaan mahdollisuus osallistua vainajan pukemiseen. Ellei vainaja ole yhden hengen huoneessa, viimeistään tässä vaiheessa hänet on siirrettävä tilaan, jonne omaiset voivat tulla tapaamaan vainajaa viimeisen kerran. (Anttila ym. 2015, 381). Vainaja voi olla omassa huoneessaan tarvittaessa seuraavaan päivään tai siihen asti, kunnes läheiset ovat saaneet jättää omat jäähyväiset.

Vainaja siirretään sairaalan obduktio-osastolle hautaustoimiston autolla virka-aikana (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018, 363). Kuolema tulisi todeta mahdollisimman pian. Mikäli lääkäriä ole välittömästi saatavilla, voidaan kuolema todeta viimeistään seuravana arkipäivänä. Kuolinhetkeksi merkitään aika, jolloin kuolevan hengitys ja sydämen toiminta loppuu (A 27/2004, 7§).

Asumispalveluyksikössä vainajan huone on käytössä viimeiseen vuokranmaksupäivään, tänä aikana omaisten on tyhjennettävä asunto. Tämän jälkeen asuntoon tehdään loppu-tarkastus uutta asukasta varten. Allekirjoitetulla lomakkeella omaisille luovutetaan vainajan säilytykseen otetut tavarat, kuten esimerkiksi rahat ja korut. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018, 361–363; Anttila ym. 2015, 377–382.)

Vainajan hoitamiseen tarvitaan aina kaksi hoitajaa. Vainajan hoitaminen aloitetaan siitä, että hoitajat pesevät ja desinfioivat kätensä sekä pukevut suojaessun. Vuoteesta poistetaan ylimääräiset tyyny, peitot ja lakanat sekä hoitovälineet laittamalla vainaja kylki-asentoon. Vainaja asetetaan luonnolliseen asentoon selälleen. Ennen pesua letkut ja dreemit poistetaan sekä virtsarakko tyhjennetään painamalla alavatsalta. Vainajalta riisutaan vaatteet ja poistetaan korut, jos muita toivomuksia ei ole. Vainajalle tehdään vuodepesu, joka sisältää myös suunhoidon, hammasproteesin laitton paikoilleen tarvittaessa myös kertakäyttö vaippa laitetaan paikoilleen. Miesvainajilta ajetaan parta. Mikäli vainajalla on haavoja, ne peitetään. Silmät suljetaan varovasti ja hiukset kammataan. Silmäluomien kuivumisen ehkäisemiseksi silmille voidaan laittaa kosteat taitokset. Ala-leuka sidotaan, jotta se ei painuisi alas. Taitokset ja side poistetaan ennen kuin omaiset tulevat katsomaan vainajaa. Vainajalle puetaan valkoinen avopaita (exitus-setissä). Vainajan päälle asetetaan lakana, jolla peitetään vainaja, rinnan päälle voidaan laittaa myös kaunis kukka. Tunnistuslappu täytetään, joka sisältää vainajan nimen, syntymäajan, kuolinajan ja paikannimen missä on kuollut. Tunnistuslappu laitetaan ranteeseen tai nilkkaan. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018, 361–363; Anttila ym. 2015, 381–383.)

Vainajan hoitoon tarvittavista välineistä käytetään myös nimeä exitus-setti. Nämä asiat tarvitset vainajan hoitamiseen:

- vuodepesu- ja suunhoitovälineet
- vainajan alus- ja peitelakana sekä tyynyliina (exitus-setissä)
- vainajan paita pitkä avopaita (exitus-setissä)
- kertakäyttövaippa (exitus-setissä)
- sideharsoa vainajan leuan sitomiseksi (exitus-setissä)
- potilaan tavaroiden luettelo, jonka tekee kaksi hoitajaa
- pussi vainajan tavaroille (exitus-setissä)
- pussi likaisille tavaroille ja vuodenvaatteille
- vainajan henkilötiedot lapulla ja rannekkeessa (laput exitus-setissä)
- tarvikkeita vainajan erityistarpeita varten esimerkiksi haavojen hoitovälineet.

(Anttila ym. 2015, 380–383.)

Eri uskontoihin kuuluvien vainajan hoitaminen ohjeet:

Katolilaisenvainajan hoitajat valmistelevat kylmiöön normaaliin tapaan huomioiden potilaan ja omaisten toiveet (Monikulttuurinen kuolema 2015).

Ortodoksivainaja: Kun kuolema tapahtuu, otetaan yhteyttä ortodoksiseen seurakunnan kirkkoherraan. Yleensä vainajan omaiset huolehtivat tästä, mutta jos omaisia ei ole tai heitä ei ole tavoitettu ilmoituksen voi tehdä hoitaja, sairaalapappi tai sosiaalityöntekijä voi olla yhteydessä seurakuntaan. Henkilökunta valmistelee vainajan normaaliin tapaan kylmiöön siirtoa varten. Kädet laitetaan rinnan päälle ja vainajan käsistä muodostetaan

eräänlainen kuppi, johon laitetaan pieni ikoni. Vainaja voidaan pukea myös omiin vaateisiin, jos omaiset ovat sellaiset tuoneet. Vainajan pään ympärille sidotaan yleisesti otsanauha, jossa lukee teksti ”Pyhä Jumala, pyhä väkevä, pyhä kuolematon, armahda meitä.” Otsanauha laitetaan yleensä myöhemmässä vaiheessa vasta kun vainaja laitetaan arkkuun. Peittävään lakanaan voidaan muotoilla ristikuvio ja rinnan päälle asettaa kukkia. Vainajan kaulaan laitetaan risti, joka on tehty perinteisesti muusta materiaalista kuin kullasta tai hopeasta. (Monikulttuurinen kuolema 2015.)

Muslimivainaja:

Vainajan hoitamiseen tulisi osallistua vainajan kanssa kaksi samaa sukupuolta olevaa hoitajaa. Kuitenkin jos tallainen on vaikea järjestää, tulisi keskustella omaisten kanssa muista vaihtoehtoista. Vainajan valmistelu tehdään normaaliin tapaan eli ensin vainaja riisutaan, silmät suljetaan, suu suljetaan sitomalla leuan alta ja päälleen yli, jalat sidotaan suorina toisiinsa, kädet asetetaan suoriksi vartalon vierelle, kasvot peitetään. Vainajalle puetaan vainajavaate ja vainaja peitetään lakanalla. Päällyslakanaan ei tehdä lainkaan uskonnollista merkkiä. Vainaja siirretään kylmiöön. Muslimivainajan hautaaminen tulisi tehdä mahdollisimman pian kuoleman jälkeen, samana päivänä, jos mahdollista. Lääkäreitä olisi hyvä muistuttaa tästä, joka kirjoittaa hautausluvan. (Monikulttuurinen kuolema 2015.)

Romanivainaja:

Romani vainajalle puetaan omat hautausvaatteet, mikäli tallainen on toiveissa, jotka omaiset tuovat. Exitus-setissä olevia valmiita vainajanvaatteita ei yleensä mielellään käytetä. Vainajan rinnan päälle laitetaan Raamattu ja ruusuja, jos nämä ovat saatavilla. Vainajan luona on aina joku siihen asti, kunnes lääkäri on todennut kuoleman ja siirto kylmiöön tapahtuu. (Monikulttuurinen kuolema 2015.)

Uskonnoton vainaja:

Vainaja valmistellaan kylmiöön siirtoa varten normaalin käytännön mukaisesti. Päällyslakanaan ei muotoilla ristinmerkkiä. Omaisten huomioiminen ja mahdollisuus vainajan pukemiseen näissäkin eri uskonnoissa huomioitava. (Monikulttuurinen kuolema 2015.)

4.4 Tarkistuslista tehtävistä kuoleman tapahtuessa sekä muistilista omaisille

Kuoleman tapahtuessa:

- Soita lääkärille (huomioi virka-aika ja viikonloppu)
(kts. yhteystietolehti sivu 54)
- Kirjaa vainajan kuolinhetki, jonka lääkäri toteaa myöhemmin
- Ilmoita omaisille
 - Kysy omaisilta missä haluavat vainajan nähdä
 - Varmista haluavatko osallistua vainajan laittoon
- Valmistele vainaja
- Selvitä vainajan kuljetus (kts. yhteystietolehti sivu 54)
- Anna omaisille mahdollisuus hyvästellä vainaja rauhassa

Omaisten muistilista kuoleman jälkeen tehtävistä asioista

Alla hyödyllisiä linkkejä, joita voi antaa, katsoa yhdessä omaisten kanssa tai tulostaa niiden sisältö omaisille.

Linkkien takaa löytyy:

- ❖ Kuolemantapauksen sattuessa
 - miten viranomaiset toimivat ja mistä tehtävistä läheisten tulee huolehtia, kun henkilö on kuollut.
 - ❖ Hautajaiset
 - muistilista hautajaisten järjestämiseen. Hautausjärjestelyistä voi huolehtia vainajan avio- tai avopuoliso, perillinen, muu läheinen tai ystävä.
 - ❖ Tukea suruun
 - suruun on saatavilla tukea monessa eri muodossa. Keskustelu saman kokeneiden kanssa tai ammattiapu auttaa eteenpäin.
 - ❖ Vainajan lähiomaisen asema
 - vainajan leskellä ja alaikäisillä lapsilla on oikeus hakea erilaisia eläkkeitä ja vakuutuskorvauksia. Yksityisyydensuoja ulottuu myös vainajaan.
-
- <https://www.suomi.fi/kansalaiselle/parisuhde-ja-perhe/laheisen-kuolema>
 - <https://www.kela.fi/muistin-tueksi>

5 Omaisten tukeminen sekä työntekijän jaksaminen

Hyvässä saattohoidossa huomioidaan kuoleva ihminen ja myös omainen. Hyvä henkilökunta osaa kohdata jokaisen asukkaan ja omaisen yksilönä. He osaavat myös ottaa kuoleman puheeksi luontevasti ja ymmärtää keskusteluiden olevan osa saattohoitoa. Vapaaehtoistoimintaa voi hyödyntää myös osana omaisten tukemista saattohoidossa. (Seppänen, Vähäkangas & Anttonen 2020, 365–366.) Surevan omaisen kohtaamista voidaan arkailla välttämättä ei tiedetä mitä sanottaisiin ja voidaan helposti vältellä ja kiirehtiä muihin tehtäviin. Kannattaa kuitenkin muistaa, että surevan omaisen kohtaamiseen ei tarvita erikoisia taitoja. Tavallisesti riittää, että surevan lähelle uskalletaan mennä. Hoitajan rauhallisuus, levollisuus tuovat lohdutusta tilanteeseen. Hoitaja voi rauhallisesti kertoa omaisille kuolevan viimeisistä hetkistä ja tunteista ennen kuolemaa. Hämmennys voi olla myös tunne, joka omaisissa tulee esille, se voi johtua siitä, kun ei oikein tiedetä mitä pitäisi tehdä. Hoitajan on hyvä kertoa, että vainajan luokse voi mennä yksikössä ja myöhemmin kappelissa. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018, 363.)

Omaisille on hyvä kertoa myös, että vainajan tavarat saa noutaa osastolta. Hautausjärjestelyissä auttaa oma seurakunta ja hautaustoimisto, nämä on hyvä käydä läpi omaisten kanssa. Ohjaukseen olisi hyvä varata aikaa, koska omaisilla voi olla paljon kysymyksiä asioiden hoitoon liittyvissä asioissa. Vaikka hautauslupaa ei olisi vielä kirjoitettu omaisia voidaan ohjata hautajaisten järjestämisessä. Tärkeää olisi huomioida, että omaiset saavat tukea ja ohjausta niissä asioissa, jotka ovat heille tärkeitä. Omaisille ja vainajalle olisi hyvä järjestää jäähyväishuone, jossa omaiset voivat hyvästellä rakkaan vainajansa. Vainajan näkeminen ja jäähyväishetken/rukoushetken viettämisen mahdollisuus on olennainen osa surutyötä. Saattohoidossa korostetaan yhtenä tärkeänä asiana jäähyväisten sanomisen tärkeyttä. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2018, 363; Aalto 2009, 67–74.) Jokainen kokee surun yksilöllisesti, joskus ammattiauttajasta voi olla apua käytännön asioiden neuvomisessa ja surun läpikäymisessä. Tärkeä rooli sosiaalityöntekijällä on

kuollutta omaistaan surevan omaisen tukemisessa (Vainajan asioidenhoito – ihmisarvoa kunnioittavat käytännöt 2019). Sosiaalityöntekijän tavalliset ammattitaidot esimerkiksi kuunteleminen, emotionaalisen ja henkisen tuen antaminen, saatavilla oleminen ja arvostava asenne asiakasta kohtaan ovat taitoja, joilla sosiaalityöntekijä voi olla apuna surevan omaisen tukemisessa (Vainajan asioidenhoito – ihmisarvoa kunnioittavat käytännöt 2019). Kajaanin seurakunta tarjoaa surun kohdatessa palveluita, joita ovat muun muassa, saattohoidon tukihenkilö, joka on seurakunnan vapaaehtoinen. Hän toimii tukena kuolevalle kuin myös tukea tarvitseville omaisille (Surun tai kriisin kohdatessa 2021). Tukihenkilöä voi pyytää kuoleva sekä myösomainen. Läheisen menetyksen jälkeen alkaa surutyö, joka on pitkä prosessi. Surun keskellä omaisten jaksamisessa olisi hyvä huomioida myös heidän ravitsemuksensa. Sureminen on raskasta, siksi siinä voidaan tarvita toisia; läheisiä, ystäviä, saman kokeneita muita tai ammattiauttajia. Diakoniatyöntekijät ja papit ovat valmiita henkilökohtaisiin keskusteluihin surevan ihmisen kanssa (Surun tai kriisin kohdatessa 2021).

Saattohoidossa emotionaalisesti latautuneet suhteet vaikuttavat hoitajan työhön. Kasautuva suru ja menetykset voivat kuormittaa työntekijää, vaikka kyse ei olisikaan hänen surustaan. Kuolema herättää kaikissa ahdistusta ja on tärkeää tunnistaa, mikä on omaa ahdistusta kuoleman kohtaamisessa ja mikä asukkaan, jotta pystyt arvioimaan tilannetta asukkaan näkökulmasta. Uupumus on tila, jossa elimistön sopeutumien stressiä aiheuttavaan tilanteeseen ei onnistu, pitkittyy tai uusiutuu. Paine asukkaan tai omaisten vaatimuksista tai ymmärryksen puutteesta altistavat väsymiselle. Myös työyhteisön ja esihenkilön paineet voivat altistaa riittämättömyyden tunteelle ja uupumukselle positiivisen palautteen ja tuen puutteen vuoksi. On tärkeää saada jakaa mieltä painavat asiat työyhteisössä, jotteivät kuormittaisi liikaa yhtä ihmistä uupumukseen saakka. (Hänninen 2015c, 299.)

Työpaikalla on tarpeen vaatiessa mahdollisuus purkukeskusteluihin (debriefing), joissa voidaan käydä läpi tapauskohtaisesti esim. asukkaan vaikeaa kuolemaa, mitä tapahtui ja miten se koettiin, miten tästä eteenpäin. Se sitoo ihmiset yhteen ja tuo yhteistä ajattelua,

ryhmähenkeä/tukea toisilleen. Debriefingin tarkoituksena ei ole etsiä virheitä vaan vapaasti keskustella tapahtuneesta ja mieltä ahdistavista tunteista ja kuinka niistä selvitään. On hyvä tuoda huoli jaksamisestaan tai ahdistuksestaan esimiehelle, jotta siihen voidaan tarttua ennen sen kriisiytymistä.

Lopuksi

Tämä saattohoito-opas on toteutettu opinnäytetyönä Kajaanin ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan koulutusohjelmassa vuosina 2020–2021. Opas on tehty yhteistyössä Kajaanin Onnela-kodin hoitohenkilökunnan kanssa. Oppaan suunnittelussa on otettu huomioon sen käyttö osana perehdytysmateriaalia uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä.

Mika Myllymäki, Katariina Käkisalo, Anni Siira
Kajaanin ammattikorkeakoulu

Yhteystietoja

Luottamuksellisen tiedon suojelemiseksi tämän asiakirjan sisältöä ei julkaista.

Kirjallisuutta

- A 27/2004 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta. Saatavilla 11.2.2021. <https://www.finlex.fi/>, Suomen Laki.
- Aalto, R. (2009). Suru ja kuolema. Teoksessa K. Aalto & R. Gothóni (toim.) *Ihmisen lähellä*. (67–75). Kirjapaja Helsinki.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E.-L. & Vihunen, R. (2015) *Hoitamalla hyvää oloa* Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Colliander, J. (2008). Vapaaehtoistyöntekijät voimavarana kuolevan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) *Sairaanhoidon ja kuolevan hoito*. (122). Helsinki, Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Depressio. (2020). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Saatavilla 13.2.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Elämän loppuvaiheen hoito. (2020). Valvira. Sosiaali- ja terveysministeriö. viitattu 10.2.2021. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman-loppuvaiheen-hoito>
- Gothóni, R. (2009). Hengellinen tuki avohoidossa. Teoksessa K. Aalto & R. Gothóni (toim.) *Ihmisen lähellä*. (94). Kirjapaja Helsinki.
- Hoitotahto. (2021). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.2.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoitotahto>
- Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. (2018). *Lähihoitajan käsikirja*. Helsinki Sanomapro Oy.
- Hänninen, J. (2015a). Oireiden hoito palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (32–40). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. (2015b). Ravitsemus saattohoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (346–347). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. (2015c). Työntekijän jaksaminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (299–300). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kontinen, V. & Hamunen, K. (2015). Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Duodecim-lehti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.2.2021. <https://www.duodecim-lehti.fi/duo12492>
- Kontinen, V. (2018). Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli. Teoksessa T. Saarto, J. Hänninen, R. Antikainen & A. Vainio (toim.) *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. (23–25). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Koukkari, O.-P. & Kananen, K. (2020). *Kuoleman toteaminen ja vainajien säilytyskäytännöt - työohje*. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Kuoleman toteaminen. (2019). Valvira Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavilla 6.2.2021 <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/kuoleman-toteaminen>
- Kuolintodistus. (2020). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 7.2.2021. <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon-erityispalvelut/oikeuslaakinta/kuolemansyyn-selvittaminen/kuolemansyyn-selvittamiseen-liittyvat-asiakirjat-ja-julkisuus/kuolintodistus>
- Kuuden askeleen palliatiivisen hoidon koulutusohjelma. (2019). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.2.2021. <https://thl.fi/fi/hakutulokset?q=kuuden+askeleen+palliatiivisen+hoidon+koulutusohjelma>
- Kärpänniemi, R. (2008). Sairaanhoidon ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) *Sairaanhoidon ja kuolevan hoito*. (113–116). Helsinki, Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- L 66/1972. Kansanterveyslaki. viitattu 10.2.2021. <https://www.finlex.fi/>, Suomen Laki.
- L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 10.2.2021. <https://www.finlex.fi/>, Suomen Laki.
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 10.2.2021. <https://www.finlex.fi/>, Suomen Laki.
- L 1062/1989. Erikoissairaanhoitolaki. Viitattu 10.2.2021. <https://www.finlex.fi/>, Suomen Laki.
- Lehto, J. & Pöyhä, R. (2015). Hengitysteiden oireet. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (92–107). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lehto, J. & Pöyhä, R. (2018). Hengitysteiden oireet. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. (38–43). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lehto, J. & Thanos, S. (2018). Pleuraneste. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. (43–45). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lipponen, V., Karvinen, I. (2014) Lupa lähteä - Hengellisyys saattohoidossa hoitohenkilöstön kokemana. *Gerontologia-lehti*. 28, 33–35. Viitattu 7.2.2021.
- Monikulttuurinen kuolema tietoa kuoleman kohtaamisesta eri kulttuureissa sairaaloiden henkilökunnalle. (2016) Kivimäki. Saatavilla 7.2.2021. <https://kapy.fi/wp-content/uploads/monikulttuurinen-kuolema.pdf>
- Mitä on palliatiivinen hoito. (2020). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla 7.2.2021 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito#arvokas-kohtelu>
- Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. (2015). Suun oireet ja hoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A (toim.) *Palliatiivinen hoito*. (116–132). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. (2018). Suun oireet ja hoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) *Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt*. (48–52). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Palliativinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lääkäri Duodecim. Saatavilla 12.3.2021 www.kaypahoito.fi
- Palliativisen ja saattohoidon järjestäminen. (2017). STM. Saatavilla 10.2.2021. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>
- Palliativisen hoitotyön ja lääketieteen osaaminen. (2021). EduPal-hanke. Kajaanin ammattikorkeakoulu. viitattu 16.2.2021. <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/sample-page/>
- Pesola, J. & Ålgars, E. (2019). Vainajan asioiden hoito - ihmisarvoa kunnioittavat käytännöt. Saatavilla 11.2.2021. http://www.socca.fi/files/8163/RAPORTTI_-_Vainajan_asianhoito_Jenni_Pesola_ja_Emma_Algars.pdf
- Puolakka, P. & Korhonen, T. (2018). Lääkehoito saattohoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (114–117). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pöyhiä, R. Lehto, J. & Hänninen, J. (2018). Hikka. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (42–43). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Rahko, E. & Koskela, R. (2015). Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. (132–143). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Rahko, E. & Koskela, R. (2018). Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. (52–55). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Saranpää, A. (2015). Sosiaalityöntekijä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). *Palliativinen hoito*. (236–239). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Seppänen, M., Vähäkangas, A. & Anttonen, M. (2020). Ikääntyvän yhteiskunnan käsikirja. *Hyvä kuolema*. (363–366). <https://journal.fi/gerontologia/article/view/99644/57525>
- Sipola, V. (2013). Kuolevan sielunhoito. Teoksessa K. Aalto (toim.). *Saattohoito kuolevan tukena*. (41–46). Viro. Tallinna Raamatutrukikoda.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010). Hyvä saattohoito Suomessa. Asian-tuntijakuulemiseen perustuvat saattohoito-suositukset. Julkaisuja 6/2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>
- Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. (2019). Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-Z>
- Surun tai kriisin kohdatessa. (2021). Kajaanin seurakunta. Saatavilla 13.2.2021 <https://www.kajaaninseurakunta.fi/apua-ja-tukea/suru-kriisi>
- Tasmuth, T. (2019). Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. *Lääkärilehti* 9, 540–544. Suomen lääkäriliitto.
- Tieto kuolemasta ilmoitettava viipymättä väestötietojärjestelmään. (2018). Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla 7.2.2021. <https://stm.fi/fi/-/tieto-kuolemasta-ilmoitettava-viipymatta-vaestotietojarjestelmaan>

LIITTEET:

- Liite 1. ESAS-oirekysely potilaan oireenmukaiseen arviointiin. (N.d.). Vaasan keskussairaala. Pohjanmaan hyvinvointialue.
- Liite 2. Kuuden askeleen palliativisen hoidon koulutusohjelma. (2019). Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.2.2021. https://thl.fi/documents/10531/2018104/5_Kuuden+askeleen+palliativiseen+hoidon+koulutusohjelma_Hamar%2C+Heikkil%C3%A4%2C+Andreasen.pdf/91d5d47b-160f-4929-9b59-b0499935aa51
- Liite 3. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. (2015). Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla 11.2.2021. <https://www.hotus.fi/painehaavan-ehkaisy-ja-tunnistaminen-aikuispotilaan-hoitotyossa-hoitosuositus/>
- Liite 4. Palliativinen hoito ja saattohoito. (2019). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lääkäri Duodecim. Saatavilla 12.3.2021 www.kaypahoito.fi
- Liite 5. Koukkari, O-P. & Kananen, K. (2020). *Kuoleman toteaminen ja vainajien säilytyskäytännöt - työohje*. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Liite 1 (1/2)

Esimerkkimalli suomenkielisestä versiosta Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)-oirekyselylomakkeesta (Vaasan keskussairaala)

ESAS – OIREKYSELY POTILAAN OIREENMUKAISEEN ARVIOINTIIN

Mukaeltu suomenkielinen versio (lähteenä Edmonton Symptom Assessment System – ESAS-r)

Nimi: _____ Päivämäärä: _____
Henkilötunnus: _____ Osasto/poliklinikka: _____

Ympäröikää numero joka parhaiten kuvaa oloanne juuri NYT:

Kipu levossa Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Kipu liikkuesssa Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Väsymys/uupumus Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Hengenahdistus Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Ruokahaluttomuus Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Pahoinvointi Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Suun kuivuminen Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Ummetus Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Masennus Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Levottomuus/ahdistus Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen
Unettomuus Ei lainkaan	----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pahin mahdollinen

Millaisena koette vointinne kokonaisuudessaan tänään? Elämänlaatu?

Paras mahdollinen |-----|
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Kuka täytti : Potilas: _____ Omainen/läheinen: _____ Terveystieteiden henkilö: _____

Haluatteko tavata erityistekijän (Sosiaalityöntekijä, psykologi, sairaalateologi)

(Vaasan keskussairaala. Pohjanmaan hyvinvointialue)

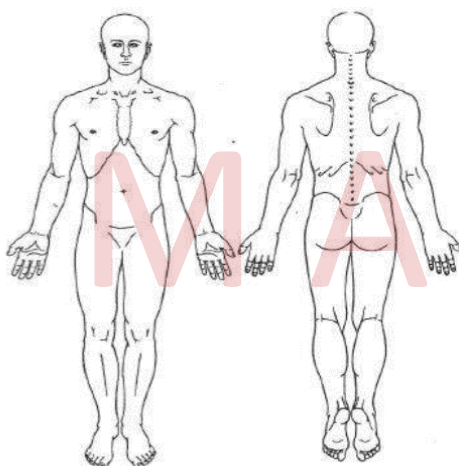
Liite 1 (2/2)

Esimerkkimalli suomenkielisestä versiosta Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)-oirekyselylomakkeesta (Vaasan keskussairaala)

KIVUN TARKEMPI KUVAUS PIIRROKSEN AVULLA

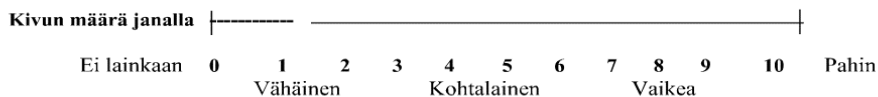
Nimi _____ Pvm _____

Millä seuraavista sanoista
parhaiten kuvailette kipuanne:



Merkitkää kipukohdat tähän piirrokseen

pinnallinen
syvä
epämääräinen
tarkkarajainen
tylppä
pistävä
särkevä
jomottava
aaltoileva
kohtauksittainen
jatkuva
tykyttävä
jumputtava
jyskyttävä
säteilevä
läpitunkeva
terävä
vihlova
viiltävä
repivä
vyömäinen
puristava
kouristava
nykivä
kuumottava
polttava
tulinen
viileä/kylmä
kutiseva/syhyävä
kirvelevä
aristava
kihelmöivä
painava
turruttava
jäytävä
näristävä
kuvottava
kauhea/karmiva
jokin muu, mikä?



(Vaasan keskussairaala. Pohjanmaan hyvinvointialue)

Liite 2 (1/1)

PAINAD-mittari (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)			
Havaintokategoria	Pisteluokka		
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vai- valloista. Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista. Pitkiä hyper-ventilaatiojaksoja Sisäänhengitystilavuudet vaihtelevat saman mallin mukaan, hengitystauot pitkiä
Ääntely	Ei ääntelyä. Tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia, voihketta tai itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehonkieli	Levollinen	Kireää, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa. pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohdutukselle	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää	Lohduttaminen, huomion pois muuttaminen tai tyyntyyttäminen ei onnistu

(Terveiden ja hyvinvoinnin laitos https://thl.fi/documents/10531/2018104/5_Kuuden+askeleen+palliativiseen+hoidon+koulutusohjelma_Hammar%C3%A4+Heikkil%C3%A4+Andreasen.pdf/91d5d47b-160f-4929-9b59-b0499935aa51)

AVOIMEN HAAVAN VPKM –VÄRILUOKITUS HELPPERI

Epiteelikudos

VAALEANPUNAINEN

Ihon uloin kerros (epidermis).

Hoitoperiaate:

Suojaa ohutta ihon uudiskudosta, joka on herkkä vaurioitumaan.



Granulaatiokudos

PUNAINEN

Terve, pienijyväinen uudiskudos, joka on edellytys haavan paranemiselle.

Hoitoperiaate:

Huolehdi kosteustasapainosta. Granulaatiokudos tarvitsee kostean paranemisympäristön, mutta liiallinen kosteus on haitallista.



Fibriinikate

KELTAINEN

Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai sitkeää. Katteen väri riippuu haavan kosteudesta.

Hoitoperiaate:

Pehmitä ja/tai poista fibriinikate.



Nekroottinen kudos

MUSTA, RUSKEA

Kuollut kudos, joka voi olla pehmeää tai kovaa. Nekroosin väri riippuu haavan kosteudesta.

Hoitoperiaate:

Pehmitä ja/tai poista nekroottinen kudos.



Haavanhoidon tiheys ja puhdistusmenetelmä sekä haavanhoitotuote valitaan haavassa olevan kudostyyppin, syvyyden ja haavaeritteen määrän mukaan. Suojaa haavaympäristö ja haavan reunat kosteudelta.



© Suomen Haavanhoitoyhdistys ry. 2011 • www.shhy.fi

(Hoitotyön tutkimussäätiö. Hotus.fi)

AVOIMEN HAAVAN VPKM -VÄRILUOKITUS HELPPERI

Hypergranulaatiokudos

Granulaatiokudoksen liikakasvua, mikä estää haavan epiteloitumisen. Kudoksen väri on tumman- tai vaaleanpunaista ja se voi kasvaa ihon tason yläpuolelle.

Hoitoperiaate:

Poista mekaanisesti (kauha tai kyretti), laapista ja suojaa ilmavalla sidoksella.



Luu ja jänne

Haavan pohjalla oleva luu tuntuu kovalta instrumenttiin. Terve jänne on kellertävää, syymäistä kudosta.

Hoitoperiaate:

Pidä kosteana, koska luu ja/tai jänne ei saa kuivua. Konsultoi lääkäriä.



Iskeeminen haava

Esiintyy yleensä jalkaterässä. Raajassa on huono valtimoverenkierto.

Hoitoperiaate:

Pidä kuivana. Ei mekaanista puhdistusta, jos nekroosi on kuiva ja sen alla ei tunnu hyllymistä (fluktaatiota). Konsultoi lääkäriä.



Diabeetikon jalkahaava

www.kaypahoito.fi / Diabeetikon jalkaongelmat

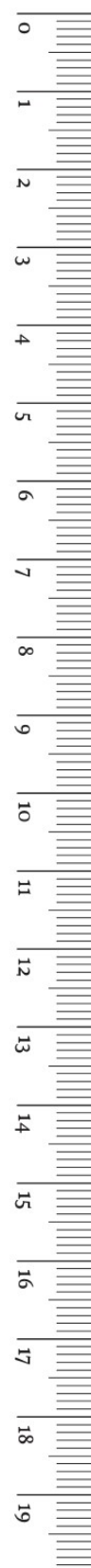
Infektoitunut haava

Paraneminen hidastuu tai pysähtyy. Haavaympäristössä esiintyy turvotusta, punoitusta ja kuumotusta.

Haavaeritteen koostumus muuttuu, lisääntyy ja haisee. Kipu saattaa lisääntyä.

Hoitoperiaate:

Poista infektoitunut ja kuollut kudos. Konsultoi lääkäriä.



Liite 4 (1/1)

Pahoinvointilääkkeet, niiden annokset ja antoreitit; suositukset etiologian mukaan.

Suositteltu pahoinvointilääke	Annos/vrk ja antoreitti	Etiologia	Huomioitavaa
Metoklopramidi	10 mg x 3 p.o., p.r., s.c. 10 mg x 3 i.v.	Mahalaukun hidastunut tyhjeneminen, solunsalpaaja- tai sädehoito, etiologialtaan epäselvä pahoinvointi	Annosta pienennettävä munuaisten ja maksan vajaatoiminnassa. Varovaisuutta noudatettava mekaanisessa suolitukoksessa (voi aiheuttaa prokineettisenä koliikkikipuja).
Haloperidoli	0,5–2 mg x 2–3 p.o., s.c., i.m., i.v. (ad 10 mg/vrk)	Opioidien ja muiden lääkkeiden aiheuttama pahoinvointi esim. opioidien aloituksen ja annosnostojen yhteydessä, suolitukos	Ekstrapyramidaaliset haittavaikutukset ja rigideetti etenkin vanhuksilla
Olantsapiini	2,5–10 mg p.o. resoriblettina, joko kerta-annoksena tai kahteen annokseen jaettuna	Muihin hoitoihin reagoimaton pahoinvointi, vaikean solunsalpaajahoidon aiheuttaman pahoinvoinnin yhdistelmälääkityksessä	Lievästi väsyttävä
Syklitsiini	25–50 mg x 3 p.o.	Liike- ja asentopahoinvointi, kohonnut kallonsisäinen paine, etiologialtaan epäselvä pahoinvointi	Kumoa metoklopramidin vaikutusta, minkä vuoksi yhteiskäyttö ei suositeltava
Deksametasoni	1,5–5 mg x 1–4 p.o., (i.m.), i.v.	Kohonnut kallonsisäinen paine, solunsalpaajien aiheuttama pahoinvointi, suolitukos	Kortisonihoidon haittavaikutukset: veren glukoosipitoisuuden suureneminen, vatsaärsytys Pitkäaikainen kortikosteroidihoito lopetettava annosta hitaasti pienentäen
Skopolamiini	1 mg/3 vrk t.d.	Suolitukos, vatsakalvon ärsytys, limaisuus	Antikolinergiset haitat, kumoa metoklopramidin vaikutusta
Loratsepaami	0,5–2 mg x 1–3 p.o.	Ahdistuneisuus, paniikki	
Granisetroni	1 mg x 2 tai 2 mg x 1 p.o., 3 mg x 1–2 i.v. tai 3,1mg/ 24h transdermaalisesti laastarina, 7 vrk vaihtovälein	Akuutti solunsalpaajien tai sädehoidon aiheuttama pahoinvointi, etiologialtaan epäselvä pahoinvointi	Haittavaikutuksina päänsärky ja ummetus Laastari peruskorvattu potilailla, joilla on nielemisvaikeuksia
Ondansetroni	8 mg x 2 p.o., 16 mg x 1 p.r., 8 mg x 1–3 i.v.	Ks. edeltä	Ks. edeltä, myös resoriblettimuoto
Levomepromatsiini	5–10 mg x 1–2 p.o. tai 12,5–25 mg vuorokaudessa jatkuvana infuusiona i.v.	Solunsalpaajapahoinvoinnin tukilääkkeeksi, opioidipahoinvointi	Ei Parkinson-potilaille, väsyttävä infuusiomuoto erityislupavalmiste

p.o. = suun kautta
p.r. = peräsuoleen
t.d. = laastarina
s.c. = ihon alle
i.m. = lihakseen
i.v. = laskimoon



**Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**

Työohje

Luottamuksellisen tiedon suojelemiseksi tämän asiakirjan sisältöä ei julkaista.



**Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**

Työohje

Luottamuksellisen tiedon suojelemiseksi tämän asiakirjan sisältöä ei julkaista.



**Kainuun sosiaali- ja
terveydenhuollon kuntayhtymä**

Työohje

Luottamuksellisen tiedon suojelemiseksi tämän asiakirjan sisältöä ei julkaista.