



## Elämän loppuvaiheen hyvä hoito

*”Hän lähti, mutt` on vielä  
lähellämme tuhansin sitein  
meihin liittyen ja kotihin  
ja liki sydäntämme jäi  
kaiku askelten rakkaiden.”  
Eino Leino*

## Alkusanat

Potilaan elämän loppuvaiheen hyvä hoito perustuu hoitajien ja lääkäreiden joustavaan ja tiiviiseen yhteistyöhön ja yhtenäisiin toimintaohjeisiin. Saattohoito on turvallista oireenmukaista hoitoa, jossa kunnioitetaan ihmisarvoa ja läheisten merkitystä. Kuoleva potilas on ainutkertainen ihminen, jolla on oikeus arvokkaaseen ja kivuttomaan kuolemaan. Kuolevan hoidossa sanat eivät aina ole tärkeitä vaan kohtaaminen, joka vaatii hoitajalta ja lääkäriltä kykyä olla tunnetasolla lähellä potilasta. Tavoitteena on, että kuolema olisi mahdollisimman oireeton ja turvallinen ja että läheiset selviytyisivät läheisen poismenosta.

Hoitotyön keinoina koskettaminen, rauhallisuus, välittäminen, arvostus ja kuunteleminen ovat pohja hyvälle elämän loppuvaiheen hoidolle. Hoitajalle kuolevan hoito on usein raskasta, mutta antoisaa. Raskaan työn vastapainona hoitajan on hyvä huolehtia omasta hyvinvoinnista, kuten levosta, ystävyyssuhteista ja liikunnasta.

Tämän saattohoito-oppaan tarkoituksena on antaa hoitajille ja lääkäreille yhtenäinen toimintaohje Järvi-Pohjanmaan perusturvan saattohoitopotilaiden hoidossa. Opasta on ollut laatimassa työryhmä, joka koostui Järvi-Pohjanmaan perusturvan hoitajista, palveluohjaajista ja lääkäreistä sekä hoidon ja hoivan palvelujohtajasta. Saattohoito-oppaan lisäksi laadittiin eri yksiköihin lyhyempi ohje toimenpiteistä kuoleman tapahtuessa ja yhteystiedot.

## Sisältö

1	Saattohoidossa käytettäviä käsitteitä.....	4
2	Hoitoneuvottelut saattohoitopäätöksen tukena.....	5
	2.1 Potilaan itsemääräämisoikeus ja hoitotahto.....	5
	2.2 Hoitoneuvottelut ja saattohoitopäätös.....	6
	2.3 Sairauskertomukseen kirjaaminen.....	7
3.	Hyvä perushoito.....	9
	3.1 Puhtaus, pukeutuminen ja liikkuminen.....	9
	3.2 Ravitsemus.....	10
	3.3 Erittäminen.....	11
	3.4 Nukkuminen.....	11

4. Hengitystieoireet ja niiden hoito.....	12
4.1 Yskä.....	12
4.2 Hengenahdistus.....	12
4.3 Hikka.....	13
5. Hyvä kivunhoito.....	13
5.1 Kipu.....	13
5.2 Kipulääkitys.....	13
6. Turvallisuus elämän loppuvaiheessa.....	15
6.1 Turvallisuus kotihoidossa.....	15
6.2 Turvallisuus akuuttiosastolla.....	16
7. Sosiaaliset, psyykkiset ja hengelliset tarpeet.....	16
7.1 Sosiaalisuus elämän loppuvaiheessa.....	16
7.2 Masennus, ahdistuneisuus ja sekavuus.....	16
7.3 Kuolevan omat voimavarat ja henkinen tuki.....	16
8. Kuoleman lähestyessä.....	17
8.1 Kuolemaa ennakoivat merkit.....	18
9. Kuoleman jälkeen.....	19
9.1 Vainajan käsittely.....	19
9.2 Kuolemansyyn selvittäminen.....	19
9.3 Kuolintodistus.....	20
10. Henkilökunnan jaksaminen.....	21
11. Lähteet.....	22

Liite



*”Kaikk on niin hiljaa mun ympärillään,  
kaikk on niin hellää ja syvää.  
Kukat suuret mun aukeevat sydämessään  
ja tuoksuvat rauhaa syvää.”  
Eino Leino*

## **1 SAATTOHOIDOSSA KÄYTETTÄVIÄ KÄSITTEITÄ**

Saattohoito, palliatiivinen hoito ja terminaalahoito ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä, joilla kaikilla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa. Niissä on kuitenkin joitain eroja.

**Saattohoito** on kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivista hoitoa ja läheisten tukemista. Saattohoitoon siirtyvän potilaan kuolema tiedetään olevan väistämättä lähellä eikä parantavia hoitoja enää ole. Se on hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheessa ja kuolinprosessin aikana. Keskeistä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole olemassa ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä ja jäljellä olevan elinajan arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito ei ole riippuvainen potilaan diagnoosista.

**Kotisaattohoito** on saattohoidettavan omassa kodissa tapahtuvaa hoitoa, jossa potilas hoidetaan kokonaisvaltaisesti kuolinhetken ajan. Kotisaattohoito on käytännön hoitotyötä, valmistautumista kuolemaan, läsnäoloa ja läheisten tukemista.

**Palliatiivinen** hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, kun sairaus ei ole parannettavissa eikä elämän pidentäminen ole ainut hoidon päämäärä. Latinankielinen sana tarkoittaa viittaa kiedottua. Kuolevalle se tarkoittaa oireiden mahdollisimman hyvää hoitoa elämän päättymiseen saakka. Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan tämä vaihe voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. Keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä maailmankatsomuksellisiin ongelmiin paneutuminen. Hoidon päämäärä on potilaan ja hänen omaistensa hyvinvointi. Palliatiivinen hoito tukee elämää ja

pitää kuolemaa siihen kuuluvana normaalina ilmiönä. Potilasta autetaan elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaan saakka ja hänen läheisiään tuetaan selviytymään sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. Oireenmukainen hoito tarkoittaa kaikkea oireiden huolellista seurantaa ja hoitoa riippumatta sairauden ennusteesta.

**Terminaalihoidolla** tarkoitetaan välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa.

**Alihoito** on saattohoidossa hoitoa, jossa osa potilaan kivusta ja kärsimyksestä jää hoitamatta. Syynä tähän voi olla, että potilaan kärsimyksiä ei huomata, niitä ei osata hoitaa tai niitä aliarvioidaan. Hyvälläkään saattohoidolla ei välttämättä saada poistetuksi kaikkea kipua ja kärsimystä, mutta niitä voidaan monin keinoin lievittää.

**Ylihoidossa** tehdään saattohoidon aikana toimenpiteitä, jotka pidentävät potilaan kärsimyksiä ja vain marginaalisesti vaikuttavat hänen elinikäänsä. Ylihoito ei lisää potilaan elämän laatua.

## 2 HOITONEUVOTTELUT SAATTOHOITOPÄÄTÖKSEN TUKENA

### 2.1 Potilaan itsemääräämisoikeus ja hoitotahto

Potilaalla on oikeus päättää itse hoidoistaan, kieltäytyä hoitotoimenpiteistä ja vaatia hoitonsa lopettamista. Elämän loppuvaiheen hoidossa korostuu jokaisen hoitoon osallistuvan, myös potilaan, oma persoonallisuus. Tilanteeseen vaikuttaa myös se, miten kukin osapuoli on itse muodostanut suhteensa kuolemaan. Kirjallinen hoitotahto todistajien allekirjoituksilla on luotettavin tapa ilmaista tahdon vakaus. Viimeksi esitetty tahdonilmaisu kumoaa aikaisemmat suulliset ja kirjalliset hoitotahdot. Lääkärin velvollisuus on kertoa potilaalle rehellisesti ja avoimesti sairaudesta ja käytettävissä olevista hoitovaihtoehtoista sekä sairauden ennusteesta. Lääkärillä tulisi olla käsitys potilaan arvomaailmasta ja toiveista. Hoitohenkilökunnalla on arvokasta tietoa näistä asioissa, koska se työskentelee lähellä potilasta. Äkillisesti henkeä uhkaavassa tilanteessa potilaalla ei usein ole itsemääräämisoikeuteen mahdollisuutta. Lääkärin ja hoitoryhmän tulee silloinkin aina toimia potilaan edun mukaisesti. Hoitopäätökset tulee tehdä ensisijaisena tavoitteena potilaan hyvän edistäminen. Jos potilas ei itse pysty tahtoaan ilmaisemaan, lääkäri saa tietoa potilaan arvomaailmasta ja toiveista hänen läheisiltään.

Kuolemansairaana potilaan hoidosta ei ole voimassa olevaa oikeudellista säätelyä. Eettinen neuvottelukunta on linjannut potilaan oikeuden elää arvokkaasti, kuolla ilman kipuja ja muita oireita, läheisten lähellä ja haluamassaan ympäristössä. Potilaslaissa on mainittu oikeus hyvään hoitoon. Eettinen neuvottelukunta on myös ottanut kantaa hoidon lopettamiseen osana hyvää hoitoa, kun hoito ei ole enää potilaan edun mukaista. Tällöin ihmisarvoa kunnioittaen luovutaan kärsimyksiä pitkittävästä hoidosta lääkäripäätöksellä.

## 2.2 Hoitoneuvottelut ja saattohoitopäätös

Saattohoito perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Saattohoitopäätös tehdään hoitoneuvottelujen yhteydessä. Se, milloin on oikea aika pysähtyä, arvioida tilanne ja siirtyä saattohoitoon, on yksilöllistä ja vaikeasti yleisesti määriteltävissä. Hoitoneuvottelut ovat sarja keskusteluja, joihin osallistuvat potilas, häntä hoitava lääkäri ja sairaanhoitaja tai omahoitaja. Asumisyksiköissä hoitoneuvottelu voidaan tehdä myös puhelimitse, jos omainen asuu kaukana ja tapaaminen on vaikeaa.

Hoitoneuvottelussa kuunnellaan potilaan ajatuksia ja tuntemuksia muun muassa arjen järjestelyistä, sairauden kokemuksista, peloista ja hoitoon liittyvistä toiveista. Hoitoneuvotteluissa käydään läpi potilaan sairauteen ja sen hoitoon liittyvät asiat, eri hoitovaihtoehdot ja tulevaisuuden näkymät sekä tehdään hoidon linjauksiin liittyvät päätökset. Hoidon linjaukseen kuuluu myös elämää pitkittävien hoitojen lopettaminen tai aloittamatta jättäminen taudin kulun, ennusteen ja hoidon mahdollisuuksien mukaisesti. Hoitolinjaukset tehdään yksilöllisesti ja potilaan tarpeet huomioiden. Keskusteluille luodaan rauhallinen ja kiireetön ympäristö. Tavoitteena on potilaan ja omaisten toiveiden selvittäminen heitä kuunnellen ja heidän kanssaan keskustellen. Omaisten tehtävä on antaa lääkärille tietoa potilaan elämännäkemyksistä ja mahdollisista toiveista. Lääkärin tehtävänä on puolestaan kertoa omaisille, mitä lääketieteellisellä hoidolla on saavutettavissa. Aloite hoitoneuvottelusta voi tulla miltä osapuolelta tahansa (omaiset, henkilökunta, lääkäri).

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Kyseessä voi olla yksi hoitolinjapäätös tai lopputulos pitkästä prosessista, jonka aikana on selvinnyt, että sairaus ei ole parannettavissa.

Saattohoitopäätös on päätös siirtyä parantavasta hoidosta oireiden hoitoon. Saattohoitopäätöksen yhteydessä käydään läpi myös neste- ja ravitsemushoito sekä muiden tutkimusten ja hoitojen tarve ja hyödyllisyys. Päätöksen teon jälkeen hoitoryhmän tulee olla toimissaan johdonmukainen ja pysyä yhdessä sovituissa hoitolinjoissa.

Poikkeus yhteisymmärrysvaatimukseen: Kun potilas ei enää itse pysty päättämään hoidostaan ja lääkäri arvioi, ettei hoidon jatkaminen ole potilaan henkilökohtaisen edun mukaista, hoito lopetetaan, vaikka suostumuksenantajien asemassa oleva vaatisi hoidon jatkamista.

Riittämättömyyden ja ahdistuksen tunteet ovat tavallisia saattohoitopäätöksen tekemisen yhteydessä niin hoitohenkilökunnalla, potilaalla kuin läheisilläkin. Joskus päätös saattohoitoon siirtymisestä myös lykkääntyy sen vuoksi, että asiasta keskustelun aloittaminen tuntuu vaikealta. On muistettava, että saattohoito on potilaalle siinä tilanteessa parasta mahdollista hoitoa, useimmiten ainoa lääketieteellisesti perusteltu hoitovaihtoehto. Jos saattohoitopäätös lykkääntyy tai pahimmillaan jää tekemättä, potilas ei saa

mahdollisuutta inhimilliseen ja kärsimyksiä helpottavaan elämän loppuvaiheeseen.

Omaiselle tulee aikaisessa vaiheessa kertoa, mitkä merkit potilaalla ovat positiivisia ja mitkä taas viittaavat huonoon ennusteeseen. Hoitotoimenpiteistä ja tutkimusten tuloksista kertominen kuuluu ensisijaisesti lääkärin tehtäviin.

Työpisteissä on sovittava säännöt siitä, mitä tietoa lääkäri antaa ja mitä hoitajat. Viestinnän on oltava johdonmukaista. Siksi on tärkeää, että omaisten kanssa yhteydessä olevat henkilöt tietävät, mitä heidän kanssaan on aiemmin keskusteltu. Saattohoito tulee toteuttaa paikassa, jossa on siihen riittävät valmiudet: koulutettu henkilökunta, oirehoidon koulutus toteutettu, valmius vastata tunnereaktioihin sekä tiedon tarpeeseen ja tilaa riittävästi. Tavoitteena on, että potilasta ei tarvitse siirtää paikasta toiseen, vaan riittävät valmiudet toteuttaa elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa taataan kaikkiin hoitoyksikköihin. Mikäli potilas joudutaan jostain syystä siirtämään toiseen yksikköön, on myös vastaanottavan yksikön hyvä järjestää hoitoneuvottelu, jossa käsitellään mahdollisimman selkeästi ja yksityiskohtaisesti potilaan hoitoon liittyvät ajankohtaiset asiat.

Kotisaattohoidon käytännön toteuttamista on hyvä ryhtyä miettimään jo hyvissä ajoin ennen saattohoitovaihetta. Potilaalla tulee olla saattohoitopäätös ja hoitosuunnitelma, jotka on käyty läpi yhdessä häntä hoitavan lääkärin kanssa. Lisäksi hänellä tulee olla yhteys kotihoitoon, jonka kanssa tehdään kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoitoa suunnitellaan ennakoidusti ja siinä varaudutaan tuleviin hoidon tarpeen muutoksiin. Hoidon tueksi järjestetään tarvittavat hoitovälineet ja –tarvikkeet, esimerkiksi sairaalasänky.

### *2.3 Sairauskertomukseen kirjaaminen*

Potilaan sairauskertomukseen tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudin määrittämisen, valitun hoidon ja tehtyjen päätösten perusteet (STM asetus 99/2001) Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai tutkimuksesta, kieltäytymisestä tulee tehdä luotettavalla tavalla vahvistettu merkintä potilasasiakirjoihin (18§ 3.mom.) Jos potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan vakaan tahtonsa tulevaisuuden varalle, tästä on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin ja liitettävä niihin hänen tahtoaan ilmaiseva asiakirja (hoitotahto, hoitotestamentti). Potilasasiakirjoihin merkitään myös, että potilaalle on annettu riittävä selvitys hänen tahtonsa noudattamisen vaikutuksesta hoitoon (18§ 4.mom.). Myös mahdollisten hoitotahdon muuttamista ja peruuttamista koskevien merkintöjen tulee olla luettavissa. Korjauksen tekijä, aika ja peruste tulee merkitä. Merkinnät tehdään HOI-/ASPAL -tai KHTOTS-lehdelle, riippuen hoitoyksiköstä. Lisäksi on mainittava päätöksen tehneen lääkärin nimi ja päivämäärä.

Uusimman hoitotahdon ja sen päivämäärän tulee näkyä myös ponnahdusikkunassa, koska tämä tulee aina ensimmäisenä näkyviin potilaan tiedostoa avattaessa. Teksti saadaan näkymään ponnahdusikkunaan kirjoittamalla se riskitietoihin. Samasta paikasta sitä pääsee myös

muuttamaan. Myös saattohoitopäätöksen, sen päivämäärän sekä päätöksen tehneen lääkärin nimen tulee näkyä ponnahdusikkunassa.

Saattohoitopäätöksestä tulee olla aina merkintä myös YLE-lehdellä. Asumisyksiköt siirtävät merkinnän omalle hoitolehdelle. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon hoitolinjat tulee merkitä selkeästi sairauskertomukseen ja hoitajan läheteeseen/hoitotyön yhteenvetoon. Sairauskertomukseen on tehtävä merkinnät potilaan tai hänen omaistensa kanssa käytyjen keskustelujen sisällöstä. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota siihen, että toteutettava hoito on sopusoinnussa tehtyjen päätösten kanssa. Neuvottelun päätöksillä on suuri merkitys esimerkiksi päivystystilanteissa tehtäviin hoitoratkaisuihin.

Ei elvytetä (DNR)- päätös tarkoittaa, ettei potilaalle anneta puhallus-painanta-elvytystä hengityksen ja sydämen toiminnan heiketessä eikä häntä siirretä esim. erikoissairaanhoidon. Päätös perusteluineen merkitään sairauskertomukseen selkeästi ja yksiselitteisesti. Lisäksi on mainittava päätöspäivämäärä ja päätöksen tehnyt lääkäri sekä se, onko päätöksestä keskusteltu potilaan ja/tai hänen lähiomaistensa kanssa. Päätös voidaan uudelleen arvioida ja muuttaa, mutta syyt perusteluineen on merkittävä aina sairauskertomukseen.

Hoitosuunnitelmaan tulee merkitä EI ELVYTETÄ, kuten edellä on ohjeistettu. Piirrettyjä merkintöjä ei pidä käyttää.

Ei elämää pitkittävää hoitoa – päätös tarkoittaa, että potilaan hoidossa pidättäydytään puhallus-painanta-elvytyksen lisäksi kaikesta elämää pitkittävästä hoidosta. Hoidossa keskitytään helpottamaan potilaan vointia, jolloin tärkeintä on hyvä perushoito ja hyvä kivun hoito.

Hoitosuunnitelmaan tulee merkitä EI ELÄMÄÄ PITKITTÄVÄÄ HOITOA. Päätös perusteluineen kirjataan hoitosuunnitelmaan edellä annettujen ohjeiden mukaisesti. Potilaan hoidossa siirrytään hyvään perushoitoon ja kivuliaita tai epämiellyttäviä hoitotoimenpiteitä rajoitetaan tai niistä luovutaan.

Valvontamenetelmät, jotka eivät suoranaisesti vaikuta potilaan hyvinvointiin tulee keskeyttää. Parhaat seurantamenetelmät ovat potilaan levottomuuden, kivun ilmaisujen, hengitystaajuuden ja hengenahdistuksen seuraaminen. On huolehdittava, ettei potilas tunne kipua, ahdistusta tai tukehtumisen tunnetta. Tärkeää on riittävä kipulääkitys sekä mahdollisesti myös rauhoittava lääkitys. Potilaalle tulee pyrkiä antamaan aikaa tavallista enemmän. Omaisille on vakuutettava, ettei potilaan hoitoa lopeteta, vaan hänen hyvinvoinnistaan huolehditaan loppuun asti. On tärkeää, että myös omaisilla on niin halutessaan mahdollisuus puhua ajatuksistaan ja tunteistaan jonkun kanssa. Omaisilla on oltava tunne siitä, että heidän läheisestään välitetään ja että myös heidän jaksamisestaan kannetaan huolta. Siksi saattohoitovaiheessa olevan potilaan luona kannattaa viivähtää hiukan pitempään, mikäli se suinkin on mahdollista. Yleensä sanat eivät ole niin tärkeitä, vaan sanaton viestintä,



se että ollaan tarvittaessa käytettävissä kuuntelijoina. Hoitajilla ja heidän käyttäytymisellään on tärkeä merkitys tässä asiassa.

### **3 HYVÄ PERUSHOITO**

#### *3.1 Puhtaus, pukeutuminen ja liikkuminen*

Hyvä perushoito on potilaan kunnioittamista vaikuttaen sekä fyysiseen että psyykkiseen vointiin. Säännöllinen puhtaudesta huolehtiminen muodostaa perushyvinvoinnin. Ihonhoidossa pesu ja rasvaus ehkäisevät monia ongelmia. Ne ovat samalla tapa osoittaa huolenpitoa ja välittämistä. Hiusten hoito, kynsien leikkaus, suun säännöllinen puhdistus ja esimerkiksi jalkojen hoito auttavat potilasta säilyttämään ihmisarvontuntonsa. Vuodepotilaan puhtaudesta huolehditaan päivittäisellä pesulla, joka elvyttää samalla heikentynyttä pintaverenkiertoa. Huomioidaan erityisesti taiteet, kainalot, kantapäät ja ihopoimut. Kiinnitetään huomiota kosketukseen, joka antaa potilaalle läheisyyden ja turvallisuuden tunteen. Vältetään kutinaa aiheuttavia tekijöitä, kuten liiallista saippuan käyttöä. Pesun jälkeen iho kuivataan ja rasvataan. Kuiva iho kaipaa perusvoiteita.

Vuodepotilaalle syntyy helposti ihorikkoutumia paineen vaikutuksesta. Ohut iho ja laihtuminen lisäävät haavaumien riskiä. Tyypillisiä haavaumakohtia ovat kantapää, ristiselkä ja yleensäkin selkärangan alue. Jos potilas ei pääse liikkumaan, asentohoito on tarpeen. Vaippojen vaihto tarpeeksi usein ehkäisee painehaavojen ja tulehdusten syntyä ja on ihmisarvon kannalta tärkeää. Mahdolliset avanteet hoidetaan hyvin, etteivät ne aiheuta ylimääräistä hajua ja pahoinvointia.

Päivittäinen hampaiden pesu ja suun hoito esimerkiksi sitruunatikulla vaikuttavat hyvinvointiin, samoin tarvittaessa syljen erityistä lisäävien pastillien käyttö. Suun kuivuminen, sammus ja pahoinvointi ovat yleisiä vaivoja elämän loppuvaiheessa. Suun asianmukainen hoito kohottaa potilaan yleiskuntoa ja mielialaa.

On vältettävä kuivaa suuta ärsyttäviä tekijöitä, kuumia tai hyvin kylmiä, happamia tai vaikkapa voimakkaasti maustettuja ruokia. Kuivat huulet rasvataan säännöllisesti.

Potilas pyritään suihkuttamaan joka viikko. Jos hoidettava ei jaksakaan istua, pesu voidaan suorittaa suihkupaareilla. Vaikka pesutilanne vaikuttaisikin potilasta rasittavalta, sen kokonaisvaikutus on kuitenkin piristävä.

Kevyet puuvillavaatteet ovat parhaat kutisevalle iholle. Huolehditaan, etteivät vaatteet kiristä. Potilas voi käyttää myös joitakin omia vaatteita. Huolehditaan, että vaatteet ovat puhtaat ja siististi puettuna, napit kiinni, peitteet siististi laskostettuna; erityisesti elämän loppuvaiheessa potilaalla saattaa käydä paljon vierailijoita.

Sairauden edetessä kuntouttava liikunta lopetetaan, koska lihasvoima ei enää palaudu ja liiallinen liikunta voi aiheuttaa jopa vaurioita. Pieni liikunta, joka voi

olla esimerkiksi istumaan nousemista, vähentää kuitenkin täydellisestä liikkumattomuudesta aiheutuvaa lihas- ja nivelkipua ja hidastaa turvotusten syntyä. Esimerkiksi pesujen yhteydessä voidaan ylläpitää nivelten liikkuvuutta. Mikäli potilas ei pääse itse liikkumaan, huolehditaan asennon vaihtamisesta riittävän usein yksilölliset tarpeet huomioiden. Painehaavojen syntyä ehkäistään myös painehaavapatjan avulla. Näitä patjoja tulee olla jokaisessa saattohoitoa antavassa yksikössä riittävä määrä.

### 3.2 Ravitseminen

Ruokailu on ihmiselle kokonaisvaltainen tapahtuma. Ruokailutapahtumaan kuuluvat parhaimmillaan nälän tunteen poistaminen, mielihyvän tunne, positiivinen esteettinen elämys ja sosiaalinen vuorovaikutus. Lisäksi syöminen on ihmiselle elämisen kannalta välttämättömyys. Vakava sairaus vaikuttaa aineenvaihduntaan aiheuttaen kuivumista. Kuivumista aiheuttavat myös ruokahaluttomuus, lääkkeet, pahoinvointi ja oksentelu, ripuli, kuume sekä voimattomuus syödä ja juoda. Nesteytyksellä vältetään elimistön nestetasapainon epävakaaisuutta ja sen mukanaan tuomat seuraukset (sekavuus, voimattomuus, oksentelu jne.). Nesteen saannin heikkeneminen vaikuttaa virtsan eritystoimintaan, jolloin virtsaamisen tarve vähenee. Nestevajaus vähentää liman eritystä hengitysteissä ja vaikuttaa ihon kimmoisuuteen. Nestevajasta ja kuivumista syntyy, kun kiertävää nestettä siirtyy solujen välitilaan vähentäen kiertävää nestemäärää.

Kun ihminen on vakavasti sairas, ruokahalu heikkenee, nieleminen saattaa vaikeutua ja ruuan imeytyminen heikkenee. Elämän loppuvaiheen hoidossa ruokailun tarkoituksena on myös yllä pitää elintoimintoja. Kun potilas pystyy syömään vain pieniä annoksia, ruuan tulee olla tarjolla ruokahalua herättävällä tavalla, vähän kerrallaan. Ruokailussa huomioidaan potilaan mieltymykset eri ruokalajeihin. Ylimääräiset välipalat, annosten koot ja hetkelliset mieliteot ovat tärkeitä asioita toteutettaviksi potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta. Omaisten mukanaolo ja osallistuminen hoitoon voi helpottaa ruokailuongelmaa. He voivat olla hoitohenkilökunnan apuna rytmittämässä ruokailuaikoja hoidettavalle sopiviksi. Pahoinvointi on tavallisimpia vointia heikentäviä tekijöitä. Lääkkeillä, hoidollisilla toimilla ja niiden oikealla ajoittamisella sitä pystytään kuitenkin helpottamaan.

Markkinoilla on erilaisia lisäravinteita ja tehojuomia. Saattohoitopotilaalle (jos hän pystyy nielemään) voidaan antaa hänen tai omaisten niin toivoessa suun kautta annosteltuja lisäravinteita. Näissäkin tilanteissa päätökset tehdään potilaskohtaisesti ja niiden kesto määritellään. Suun kautta menevä lääkitys tarkistetaan. Lääkitys lopetetaan viimeistään silloin, kun potilas ei enää niele kunnolla. Oireita lievittävä lääkitys (esimerkiksi kipu-, pahoinvointi-, hengenahdistuslääkitys) antoreitteineen suunnitellaan potilaskohtaisesti mahdollisimman tarkoituksenmukaiseksi. Potilaalla saattaa olla PEG-letku eli täyhystysavusteisesti ihon läpi asennettu mahalaukun syöttöletku ravinnon turvaajana. Sen tarpeellisuutta tulee pohtia, kun saattohoitopäätöstä tehdään. PEG-letku voidaan pitää, mutta vaihtoajankohdan tullessa sitä ei enää laiteta.

Miellyttävin ja luonnollisin tapa saada nesteitä, on nauttia niitä suun kautta. Pienikin nestemäärä tai suun kostutus helpottaa janon tunnetta, estää suun kuivumista ja ehkäisee suun limakalvojen rikkoutumista ja kivun oireita. Tavoitteena on ruokailu ja juominen suun kautta, pieninä annoksina ja sopivin aikaväleihin. Toisinaan omaiset saattavat ottaa puheeksi laskimonsisäisen nesteytyksen. Tällöin sen hyödyllisyydestä keskustellaan potilaan ja/tai omaisten kanssa. Nesteytyksen merkitystä ja hyötyä tulee pohtia nimenomaan potilaan kannalta. Nestehoito ei saa koskaan pitkittää potilaan kärsimyksiä. Joskus laskimonsisäistä nesteytystä voidaan antaa yhden 500 - 1000 ml:n pussillisen verran. Jo aiemmin aloitetulle laskimonsisäiselle nestehoidolle määritetään lopetusajankohta.

### *3.3 Erittäminen*

Elämän loppuvaiheen hyvään hoitoon kuuluu virtsantulon seuranta (ensisijaisesti vaipan kastumisen seurantana). Hoitajien tulee seurata sellaisia oireita, jotka voivat olla merkinä mahdollisesta virtsarakon liiasta täyttymisestä. Näitä oireita ovat virtsarakon pullistuminen, mahdollisesti myös alavatsavaivat ja potilaan levottomuus. Tarvittaessa tehdään kertakatetrointi, kestokatetria ei suositella. Kertakatetroinnissakin on vältettävä turhan tiheitä katetrointikertoja. Hyvällä asentohoidolla ehkäistään turvotusten kerääntymistä tiettyihin kehon osiin.

Ummetus on tavallisimpia oireita, jota aiheuttavat perussairaus (esim. kasvain), kipulääkkeet sekä nesteen ja ruoan saannin vähyys ja sen vähäkuitusuus. Suolen toiminnasta huolehditaan säännöllisesti, noin 2 kertaa viikossa, pehmentävillä lääkkeillä. Sairaus voi aiheuttaa ummetuksen asemesta myös ripulia, vaikka se onkin harvinaisempaa. Usein ripulin syynä on ummetusta estävä lääkitys, joten ummetuksen hoidossa tulee olla tarkkana, ettei sitä kautta aiheuta potilaalle lisäkäsrimystä.

### *3.4 Nukkuminen*

Unettomuus merkitsee eri asioita eri ihmisille. Jotkut kärsivät nukahtamisvaikeuksista, jotkut heräilevät yöllä ja osa ihmisistä saattaa nukkua levottomasti koko yön. Elämän loppuvaiheen potilailla voivat sairastamiseen ja kuolemaan liittyvät asiat pyöriä mielessä tai tulla uniin häiriten nukkumista.

Potilaalle järjestetään yhden hengen huone. Omaisilla tulee olla mahdollisuus niin halutessaan olla potilaan lähellä vaikka ympäri vuorokauden. Päivänukuminen saattaa heikentää yöunta. Myös potilaan lääkityksellä on merkitystä unen laatuun. On lääkkeitä, esimerkiksi kortisoni, jotka voivat vaikuttaa piristävästi. Toisinaan masennus- ja psyykenlääkkeet voivat tuoda paremmin unta kuin varsinaiset unilääkkeet. Psykologisten tekijöiden lisäksi unta voivat häiritä ruumiilliset oireet, kuten kipu. Hyvä kivun hoito on tärkeä asia potilaan nukkumiselle. Myös hengelliset asiat voivat vaivata mieltä. Potilaan niin halutessa voidaan pyytää seurakunnasta pappi keskustelemaan hänen kanssaan

## **4 HENGITYSTIEOIREET JA NIIDEN HOITO**

### **4.1 Yskä**

Lisääntynyt limaneritys tai liman heikentynyt kuljetus, mahansisällön takaisinvirtaus etenkin öisin ja vaikeus niellä sylkeä voivat aiheuttaa yskää. Yskää aiheuttavat myös hengityselinsairaudet. Tehokkaimpia yskänlääkkeitä elämänloppuvaiheen potilaille ovat opioidit samoina annoksina kuin hengenahdistuksen hoidossa. Varsinaisista yskänlääkkeistä ei ole todettu olevan hyötyä saattohoitopotilaiden yskän hoidossa. Antikolinergit eli tietyt keuhkoputkia avaavat lääkkeet ovat saattohoidossa usein käyttökelpoisia limanerityksen vähentäjiä. Liman irrotuksessa hengitettävä keittosuolaliuos voi olla avuksi. Liman imemisellä ei ole potilaalle merkittävää hyötyä ja se saattaa olla epämiellyttävää.

### **4.2 Hengenahdistus**

Hengenahdistus on tunnetta ilman riittämättömästä saannista. Oire lisääntyy yleensä hitaasti ja potilaat sopeutuvat siihen muuttaen päivittäisiä toimintojaan sen mukaisiksi. Elämän loppuvaiheessa oire saatetaan tulkita merkiksi lähestyvistä kuolemasta. Hengenahdistusta voidaan helpottaa asentohoidolla (puoli-istuva, tyynyin tuettu asento) ja huolehtimalla siitä, että potilaan huoneessa on raikas huoneilma. Hoitajan rauhallisella työskentelyllä ja läsnäololla on turvallisuuden tunnetta lisäävä vaikutus. Joskus hengenahdistuksen syynä voi olla nesteiden kerääntyminen keuhkopussiin. Tällöin nesteen poisto kertapistolla tai laskuputkella helpottaa ahdistusta ja yskää lyhytaikaisesti. Sädehoidosta voi olla hyötyä keuhkosyövän aiheuttamien rintakehän alueen oireiden hoidossa.

Vahvojen kipulääkkeiden (opioidien) käyttö vähentää parantumattomasti sairaiden hengenahdistusta. Hengenahdistuksenhoitoon käytettävän morfiinin annos ja antoreitti riippuvat potilaan yleisilasta, iästä ja hengenahdistuksen voimakkuudesta. Myös muita vahvoja opioideja voidaan käyttää hengenahdistuksen hoitoon, vaikka morfiini on tavanomainen valinta. (Kaikilla vahvoilla opioideilla on sama vaikutus hengityksen säätelyyn).

Hapen anto lievittää vähäisessä määrin lepoahdistusta potilailla, jotka kuuluvat palliativisen hoidon piiriin ja sairastavat edennyttä syöpää tai keuhkosairautta, mutta yleensä hapen rutiininomaisesta antamisesta ei ole hyötyä. Happihoitoa voidaan kuitenkin kokeilla sellaisille pitkälle edenneestä vaikeasta sairaudesta kärsiville potilaille, joilla esiintyy hengenahdistusta ja hypoksiaa (kehon vähentynyt hapensaanti). Kasvoin suunnattu ilmavirta esim. tuulettimen avulla lievittää hengenahdistusta yhtä tehokkaasti.

### 4.3 Hikka

Ohimenevä hikka ei yleensä vaadi toimenpiteitä, mutta pitkittynyt hikka on kiusallinen ja hoitoa vaativa oire. Se saattaa heikentää merkittävästi potilaan elämänlaatua viimeisinä viikkoina. Pitkittyneen hikan lääkehoito saattaa olla hyödyllistä, mutta luotettava näyttö asiasta puuttuu. Eniten on näyttöä hikan lääkehoidossa baklofeenista (Baklofen, Lioresal) klooripromatsiinista (Largactil) ja metoklopramidista (Primperan). Myös nifedipiinistä (Adalat, Nifangin) ja gabapentiinista (Gabrion, Neurontin) saattaa olla hyötyä.

## 5 HYVÄ KIVUNHOITO

### 5.1 Kipu

Elämän loppuvaiheeseen liittyy monenlaisia oireita, joita voidaan hoitaa lääkityksellä. Potilaalla tulee olla hoidosta vastaavalääkäri ja suunniteltu kipulääkitys kirjattuna hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelman kirjaa hoidosta vastaava lääkäri akuuttiosastolla ja vanhuspalvelujen lääkäri asumisyksiköissä ja kotihoidossa. Kivunhoidossa ennakointi on tärkeää myös viikonloppuja ajatellen, kun vieraat lääkärit päivystävät tai yöaikaan, kun päivystys on Seinäjoella.

Syöpäpotilailla kipu on yleisin oire. Kipu voi olla myös muiden etenevien sairauksien oire. Kipu on henkilökohtainen tuntemus. Potilas on itse oman kipunsa paras arvioija. Potilaan kipu ei ole sitä, mitä muut tietävät/luulevat sen olevan. Hyvä perushoito on olennainen osa kuolevan potilaan kivun hoidossa.

Kipua on monenlaista; elinvauriokipu, luustokipu, hermovauriokipu, läpilyöntikipu ja muu kipu. On myös tunnistamatonta kipua, viskeraalista kipua eli sisäelinkipua, jota potilas ei tiedosta kivuksi. Toisinaan potilas ei myönnä kipuansa. Joskus potilas saattaa olla myös lääkekielteenen. Tällöin on tärkeää, että hoitava henkilökunta tunnistaa mahdolliset kipuun viittaavat merkit. Hoitamaton kipu lisää potilaan muita fyysisiä oireita. Se vie myös voimia käsitellä asioita, jotka ovat mielessä kuoleman lähestyessä. Myös psyykkiset ongelmat lisäävät kipua.

### 5.2 Kipulääkitys

Kipua on seurattava/mitattava päivittäin ja lääkitystä muutettava tarpeen mukaan. VAS- kipujana (Visual Analogue Scale, visuaalinen analogiasteikko) on yleisimmin käytetty kipumittari. Se on 10 cm:n pituinen vaakasuora jana. Potilas merkitsee pystyviivan janalle siihen kohtaan, jonka hän arvioi kuvaavan kivun voimakkuutta. Hän voi myös numerolla 0 - 10 ilmaista kipuansa. Janan vasemmassa päässä 0, ”ei kipua ja oikeassa 10, ”pahin mahdollinen kipu” Janasta on kehitelty eri muunnoksia, punainen kipukiila ja lapsia varten ilmeasteikko. Näissä malleissa on toisella puolella numeroasteikko.

Käytännössä on huomattu, että potilaat osaavat arvioida numeroilla kipuansa parhaiten. Yli kolmen menevään kipuun täytyy reagoida. Kipulääkitys määritellään kivun voimakkuuden mukaan, ei esim. taudin etenemisen kannalta. Kipulääkitys oheislääkkeineen on suunniteltava yksilöllisesti. Potilaalla voi olla myös muita oireita, jotka tarvitsevat lääkitystä ja joihin kivun täsmälääke ei riitä.

Lääkkeistä tulleisiin sivuvaikutuksiin ja hoitojen tuomiin oireisiin tarvitaan myös lääkitystä. WHO:lla on kipulääkkeiden porrasteinen hoitokaavio. Kipuja kannattaa hoitaa heti niiden ilmaannuttua. Periaatteena on nauttia kipulääkettä suun kautta niin kauan kuin mahdollista säännöllisesti kellon ympäri. Kipulääkitys aloitetaan tulehduskipulääkkeillä ja kivun lisääntyessä siirrytään opiaatteihin. Tulehduskipulääke on hyvä opiaatin rinnalla. Pitkävaikutteisen kipulääkkeen lisäksi on oltava myös lyhytvaikutteinen kipulääke läpilyöntikipuun.

WHO:n kipulääkkeiden porrasteinen hoito:

#### PARASETAMOLI JA TULEHDUSKIPULÄÄKKEET

parasetamoli  
ibuprofeeni  
naprokseeni  
diklofenaakki  
meloksikaami  
selekoksibi  
etorikoksibi

#### HEIKOT OPIOIDIT

kodeiini  
tramadoli

#### KESKIVAHVAT OPIOIDIT

buprenorfiini

#### VAHVAT OPIOIDIT

morfiini  
hydromorfiini  
oksikodoni  
metadoni  
fentanyl

Varsinaisten kipulääkkeiden lisäksi oireita helpottavina oheislääkkeinä voidaan käyttää mm. prednisolonia, haloperidolia, amitriptyliiniä, nortriptyliiniä, venlafaksiinia, gabapentiinia, pregabaliinia ja karbamatsepiinia.

Asumisyksiköissä lääkäri määrää asukkaalle ajoissa reseptilääkkeen apteekkiin, jonka hoitajat huolehtivat asukkaan käyttöön. Väliaikaisesti voidaan äkillisissä kiputilanteissa hakea akuuttiosastolta tai päivystyksestä kipulääkettä (Oxanest/Morphin). Kirjaukset tehdään ohjeistuksen mukaisesti.

## **6 TURVALLISUUS ELÄMÄN LOPPUVAIHEESSA**

Turvallisuuden ylläpitäminen elämän loppuvaiheen hoidossa koostuu monesta eri tekijästä. Henkilökunnalla tulee olla saattohoito-osaamista. Suuri merkitys on myös hoitohenkilökunnan työskentelytavalla: inhimillinen, arvokas, ystävällinen ja rauhallinen kohtelu antavat potilaalle turvallisuuden tunteen. Hoitopaikan olosuhteiden tulee olla sellaiset, että saattohoidon turvallisuus ei vaarannu. Turhaa potilaan siirtämistä hoitopaikasta toiseen tai huoneesta toiseen pyritään välttämään. Moniammatillisen työryhmän toteuttaman hoidon tulee perustua lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan ja omaisten tarpeisiin ja toiveisiin. Hoitava lääkäri vastaa hoitopäätöksistä (STM 2010).

### *6.1 Turvallisuus kotihoidossa*

Turvallisuus korostuu varsinkin kotona annettavassa saattohoidossa. Tuen ja selkeiden toimintaohjeiden antaminen potilaalle ja omaisille on tärkeää. Tärkeää on saada myös ympäristö sellaiseksi, että hyvä hoito on mahdollista. Kustannukset eivät saa muodostua esteeksi. Tekniikka ja apuvälineet pidetään kunnossa ja niiden tulee olla asianmukaiset. Hyvä kivunlievitys kuuluu myös kotona tapahtuvaan saattohoitoon. Kotisaattohoito edellyttää vähintään yhden omaisen tai läheisen ihmisen halua ja mahdollisuutta osallistua kiinteästi hoidon toteuttamiseen. Omaisille on tärkeä kertoa mitä kuolemiseen liittyy, miten se todennäköisemmin tapahtuu ja mitä sen jälkeen tapahtuu. Henkilökunta seuraa myös omaisten jaksamista ja ryhtyy tarvittaessa toimiin potilaan siirtämiseksi laitoshoitoon. Omaisilla tulee olla mahdollisuus saada yhteys hoitohenkilökuntaan.

Parhaimmillaan koti antaa kuolevalle mahdollisuuden elää ympäröivää arkea ja omaa elämänsä kuolemaansa saakka. Tavoitteena tulee olla, että asiakas saa olla kotona niin pitkään kuin se on hänen ja koko perheensä kannalta mahdollista ja tarkoituksenmukaista ja tuntuu heistä turvalliselta. Suuri osa ihmisistä toivoo voivansa sairastaa ja kuolla kotona. Kotona täyttyvät monet laadukkaan elämän perusteet luonnostaan: tuttu ympäristö, omat tavat ja tottumukset, tärkeät ihmiset ja eläimet ovat lähellä.

Potilas otetaan laitoshoitoon viivytyksettä paikkatilanteesta riippumatta, mihin vuorokauden aikaan tahansa ilman päivystyskäyntiä, mikäli kotihoito ei ole enää mahdollista. Kirjallisella hoitosuunnitelmalla turvataan hoitoketjun jatkuvuus ja tiedonkulku ympäri vuorokauden. Olennaisinta hoidossa on ympärivuorokautisen avun saatavuus.

Saattohoitopotilaan turhaa kuljettamista keskussairaalan poliklinikalle ja terveyskeskukseen vältetään. Tehostetussa palveluasumisessa toteutetaan turvallinen saattohoito samoin periaattein kuin kotihoidossa. Myös tällöin asukkaan sairaalaan saanti on oltava turvattu edellä mainitulla tavalla.

## 6.2 Turvallisuus akuuttiosastolla

Potilaan fyysinen ympäristö rauhoitetaan ja potilaalle järjestetään oma huone. Henkilökunnan levollinen työskentelytapa ja asiantuntemus luovat turvallisuutta, kuten myös hyvä perushoito ja riittävä kivunhoito. Omaisille annetaan mahdollisuus olla potilaan luona ympäri vuorokauden niin halutessaan. Potilaan turvallisuuden tunteen ylläpitämiseksi riittää usein pelkkä läsnäolo ja kädestä kiinnipitäminen, joihin omaisia rohkaistaan. Potilaan niin toivoessa kutsutaan pappi hänen luokseen. Tärkeää on olla käytettävissä silloin, kun potilas tai omaiset haluavat puhua. Sanat eivät ole olennaisia, läsnäolo ja myötäeläminen ovat tärkeintä.

## **7 SOSIAALISET, PSYKKISET JA HENGELLISET TARPEET SEKÄ NIIHIN VASTAAMINEN**

### *7.1 Sosiaalisuus elämän loppuvaiheessa*

Työn merkitys elämän loppuvaiheessa vähenee. Useimmat henkilöt haluavat kuitenkin olla mukana arkipäivän rutiineissa mahdollisimman pitkään. Eriainen työskentely ja harrastaminen mahdollisuuksien mukaan voi tuoda elämään sisältöä ja parantaa elämän laatua. Ystävien ja muiden läheisten tapaaminen omien voimavarojen puitteissa lisää psyykkistä hyvinvointia. Etenkin laitospotilaiden kohdalla on kuitenkin toisinaan tarpeen rajoittaa vierailut lähiomaisiin ja parhaisiin ystäviin tai ainakin rajoittaa vierailujen kestoa, mikäli vieraskäynnit näyttävät rasittavan potilasta. Rajoituksista tulee kuitenkin sopia etukäteen potilaan ja/tai omaisten kanssa. Naisilla on tarve säilyttää naisellisuutensa vakavankin sairauden aikana, mikä näkyy tarpeena pukeutua siististi ja olla huolitellun näköinen. Miehillä on samanlainen tarve säilyttää itseään koskeva päätäntävalta ja minuutensa. Elämän loppuvaiheessa hellyyden ja huolenpidon tarve korostuvat jokapäiväisessä elämässä.

### 7.2 Masennus, ahdistuneisuus ja sekavuus

Kuoleman lähestyminen voi johtaa masennukseen. Tukea antava, vuorovaikutteinen keskustelu auttaa käsittelemään mieltä vaivaavia ja ahdistavia ajatuksia.

Hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus ovat olennainen osa mielen hoitoa. Ahdistuneisuus voi olla luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan ja mielialalääkkeistä saattaa olla apua. Ahdistuneisuuteen voi olla muitakin syitä, kuten kipua, joka tulisi hoitaa asianmukaisesti.



Äkillinen sekavuustila eli delirium on seuraus aivotoiminnan häiriöstä, jossa samanaikaisesti tietoisuus heikkenee, tarkkaavaisuus, ajattelu ja muisti häiriintyvät sekä tunteet ja niihin reagoiminen muuttuvat. Myös uni-valve-rytmi saattaa muuttua. Turvallinen, rauhallinen ja valvottu ympäristö lievittää näitä oireita. Mikäli edellä mainituista toimenpiteistä ei potilaalle ole apua, oireita voidaan lievittää lääkityksellä.

### 7.3 Kuolemaa omat voimavarat ja henkinen tuki

Potilaat käyttävät erilaisia selviytymiskeinoja kuoleman lähestyessä. Toiset kieltävät sairautensa loppuun asti, toiset ovat ”sinut” sairautensa kanssa. Kun potilas hyväksyy ajatuksen kuoleman väistämättömyydestä, hän on myös valmis keskustelemaan kuolemasta. Tässä vaiheessa potilaan käyttäytymiselle on tyypillistä kuoleman hyväksyminen, tilanteeseen sopeutuminen, hallittu käyttäytyminen ja käytännön asioiden järjesteleminen yhdessä omaisten kanssa. Potilas saavuttaa sisäisen rauhan hyväksytyään elämän loppumisen ja kuoleman. Hän on levollinen ja rauhallinen sekä kiitollinen eletystä elämästä. Sairaudesta puhuminen auttaa potilaista sopeutumaan tilanteeseensa.

Vanhemmat ihmiset ovat yleensä kypsiä kuolemaan ja kokevat kuoleman helpotuksena. Jotkut voivat myös vaistota kuoleman lähestymisen, jolloin hoitajan on tärkeää ilmaista tämä myös potilaan läheisille. Potilaat haluavat keskustella voinnistaan, jokapäiväisistä asioista, kertoa elämästään ja jonkin verran hengellisistä asioista. Halu keskustella kuolemasta ja kuoleman pelosta henkilökunnan kanssa vaihtelee. Keskusteluissa edetään potilaan ehdoilla. Erityisen tärkeää on omaisten läheiselle antama henkinen tuki, johon sisältyy puhumista, kuunteleminen, toivon ylläpitämistä sekä kannustamista ja rohkaisua. Välittäminen ja rakkauden osoittaminen on keskeistä kuolevan potilaan tukemisessa. Ystävät ja työkaverit merkitsevät paljon sairastavalle. Potilas odottaa ystäviltä usein aivan tavallista suhtautumista, tervehdyksiä, läheisyyttä ja kuuntelemista.

Omaiset voivat tukea läheistään tuomalla kotoa potilaan henkilökohtaisia tavaroita, laulamalla tuttuja virsiä ja rukoilemalla potilaan kanssa. Omaiset pyrkivät vuorottelemaan läsnäolossa ja jättävät aktiivisesti yhteystietoja ollakseen läsnä kuoleman hetkellä. Harvemmin on potilaita, joilla ei ole lainkaan omaisia tai läheisiä. Pappi voidaan pyytää käymään kuolevan potilaan luona, mikäli se tuntuu kuolevasta hyvältä. On huolehdittava, ettei kuoleva ihminen koe itseään hylätyksi tai jää yksin, ellei hän ole sitä nimenomaan toivonut. Omaisilta ei saa kuitenkaan vaatia potilaan luona olemista, jos se on heille vaikeaa.

Potilaalle on tärkeää hoitajan läsnä olemisen ja henkisen tuen antaminen. Potilaan emotionaalinen tukeminen ei vaadi erityistä tekemistä tai sanomista. Toisen ihmisen läsnäololla ja kosketuksella on rauhoittava vaikutus. Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen muun muassa tehokkaasti kivunlievityksen avulla, edistää potilaan tunneperäistä hyvinvointia. Toiveiden

täyttäminen tuo mielihyvän tunteita. Hoitajan tasapainoinen, ystävällinen ja rauhallinen käyttäytyminen tuo turvallisuutta potilaan elämään. Hoitoympäristön viihtyisyydestä huolehtiminen sekä mahdollisuudet yksityisyyden säilymiseen vaikuttavat myönteisesti potilaan mielialaan.

Kuolevan potilaan vakaumusta tulee kunnioittaa. Keskustelu, kuunteleminen sekä hienotunteiset kysymykset, joiden avulla edetään ahdistusten ja hädän perukoille, tuovat kuolevalle turvallisuutta ahdistaviin tilanteisiin. Hoitajalta vaaditaan hienotunteisuutta ja herkkävaistoisuutta kyetäkseen havaitsemaan oman auttamisensa rajat ja mahdollisuudet.

## **8 KUOLEMAN LÄHESTYESSÄ**

### **8.1 Kuolemaa ennakoivat merkit**

Elämän lopputunteina kuolevan hengitys muuttuu pinnalliseksi hengitykseksi rintakehän yläosalla ja saattaa muuttua katkonaiseksi. Hengityskatkoja voi olla useita ja pitkään jatkuvia, jolloin potilas ei hengitä. Kuolevan hengitys voi olla äänekkästä, jolloin hengitysteissä oleva lima saa aikaan korisevan äänen. Ääni voi kuulostaa omaiselta ikävältä, mutta se ei välttämättä haittaa potilasta. On harvinaista, että lima aiheuttaisi hengitysesteen.

Potilaan ihonväri ja raajat voivat muuttua laikukkaan sinertäväksi ja nieleminen vaikeutuu. Kuolemaan liittyy harvoin krampeja tai kouristuksia. Mikäli potilaalla on suuri morfiini-annos, saattaa se aiheuttaa lihasnykäyksiä. Suurien nykäyksien hoidossa käytetään Stesolid- pienoisperäruisketta.

Kuolevan potilaan sekavuus on yleistä. Sekavuuden hoidossa tehokkain hoitokeino on tutun henkilön läheisyys ja turvallisuuden tunteen luominen. Lääkkeistä ei välttämättä ole apua. Sekavuus on rajojen hämärtymistä ja osa kuolevan potilaan irtaantumista elämästä.

Kuoleman lähetessä potilaalla saattaa olla korkeita kuumepiikkejä, jotka eivät ole kuitenkaan ole merkkejä tulehduksesta. Kuume on seurausta lämmönsäätelyn häiriintymisestä eikä antibiooteilla ole sijaa kuolemaa lähestyvän hoidossa. Kuumetta hoidetaan kuumetta alentavilla lääkkeillä (Burana, Para-Tabs). Kuolemaan saattaa joskus liittyä harhaisuutta, käsien haromista ja ääntelyä. Ne eivät välttämättä merkitse, että potilaalla olisi kipuja tai muitakaan oireita, joihin tulisi vastata lääkkein.

Usein kuolema on rauhallinen tapahtuma, johon ei liity mitään pelottavaa. Hengitys loppuu ja sydän lakkaa lyömästä. Parin tunnin kuluttua kehittyä jäykkyyttä kuolleen niveliin.

## **9 KUOLEMAN JÄLKEEN**

### *9.1 Vainajan käsittely*

Kuoleman jälkeinen vainajan käsittely kunnioittavasti ja arvostavasti kuuluu myös elämän loppuvaiheen hyvään hoitoon. Mikäli omaiset eivät ole paikalla potilaan kuollessa, heille tulee ilmoittaa asiasta viipymättä, jotta he voivat niin halutessaan tulla vielä hoitoyksikköön katsomaan läheistään. Ilmoittamiskäytännöistä esimerkiksi yöaikaan on hyvä sopia omaisten kanssa hyvissä ajoin etukäteen kenelle ja mihin aikaan vuorokautta voi soittaa.

Kuoleminen merkitsee omaiselle luopumista ja sisältää erilaisen määrän ahdistusta kullekin ihmiselle. Tärkeää on olla lähellä ja olla tunteva ihminen ahdistuneelle omaiselle. Joskus omaiselle on terapeutista ja huojentavaa olla mukana pukemassa vainajaa ja jättää tällä tavoin hyvästit.

Henkilökunta toteaa odotettavissa olevan kuoleman tarkistamalla seuraavat seikat:

- ei omaa hengitystä
- ei sydänääniä
- mustuaiset eivät reagoi valolle
- lautumia, jotka eivät häviä painelemalla
- raajat kylmät, kuolonkankeus

### *9.2 Kuolemansyyn selvittäminen*

Kuoleman syyn selvittäminen aloitetaan ilman tarpeetonta viivytystä. Odotettavissa olleesta kuolemasta ilmoitetaan asumisyksiköissä vanhuspalvelujen lääkärille tai Alajärven päivystykseen ja akuuttiosastolla osastonlääkärille tai Alajärven päivystykseen ja virka-ajan jälkeen Seinäjoen terveyskeskuksen ja yöllä keskussairaalan päivystykseen. Lääkärin suorittama lääketieteellinen kuolemansyyn selvitys tehdään, jos kuoleman tiedetään johtuneen sairaudesta ja vainaja on ollut viimeisen sairautensa aikana lääkärin hoidossa.

Asumisyksiköissä yöllä tapahtunut kuolema ilmoitetaan seuraavana aamuna lääkärille, joka käy toteamassa kuoleman. Vainaja voi olla yön omassa huoneessaan. Ennalta arvaamattomassa kuolemassa soitetään hätäkeskukseen 112 ja toimitaan saatujen ohjeiden mukaisesti.

Poliisin suorittama oikeuslääketieteellinen tutkimus kuolemansyyn selvittämiseksi tehdään, kun kuoleman ei tiedetä aiheutuneen sairaudesta tai kun vainaja ei viimeisen sairautensa aikana ole ollut lääkärin hoidossa, kuoleman on aiheuttanut rikos, tapaturma, itsemurha, myrkytys, ammattitauti tai hoitotoimenpide, tai on syytä epäillä, että kuolema on aiheutunut jostain edellä mainitusta syystä, tai kuolema on muuten tapahtunut yllättäen.

Oikeuslääketieteellinen ruumiinavaus tehdään viranomaisen määräyksestä eikä siihen tarvita omaisen lupaa.

Jos kotona asuva, lääkärin hoidossa oleva potilas kuolee ja kuoleman toteamisen ja kuolinpaikkatapahtumien perusteella kuolema vaikuttaa luonnolliselta, ei tarvitse ilmoittaa poliisille. Jos kuolemaan liittyy jotain epäilyttäviä piirteitä tai kuolleelle on tehty hiljattain toimenpide, silloin ilmoitus poliisille on tarpeen. Mikäli joku terveydenhuollon henkilö on käynyt säännöllisesti asiakkaan luona, katsotaan hänen olleen hoitokontaktissa. Aina tulee ottaa huomioon kokonaisuus (mm. ikä, oireet, sairaudet, yllättävyys, tapahtumatiedot). Mikäli kuolema on luonnollinen, kotihoidon henkilökunta voi siirittää vainajan kylmiöön omaisten kanssa siitä sopien. Ambulanssin voi kutsua omaksi tuekseen kuoleman tapahduttua ja tapahtumatietojen kirjaamiseksi. Ruumisauto vie kuitenkin vainajan.

Jos kotona tapahtuu kuolema, joka on ollut odotettavissa, vainaja voi olla yön kotona, mikäli se sopii omaisille. Seuraavana aamuna lääkäri tulee toteamaan kuoleman ja antaa luvan siirtää potilaan kappeliin. Kotona tapahtuvissa kuolemissa on muistettava aina, että neuvottelu omaisten kanssa on erityisen tärkeää.

### *9.3 Kuolintodistus*

Selvitettyään kuolemansyyn lääkärin on laadittava kuolintodistus, annettava hautauslupa ja ilmoitettava kuolemasta väestötietojärjestelmään. Kuolintodistuslomakkeessa on tätä tarkoitusta varten omat sivunsa. Jos kuolemansyyn selvittäminen viivästyy ruumiinavauksen yhteydessä suoritettavien lisätutkimusten takia, lääketieteellisen ja oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen suorittanut lääkäri antaa hautausluvan ja hän kirjoittaa kuolintodistuksen tulosten valmistuttua oikeuslääketieteellisessä avauksessa olleesta vainajasta ja hoitava lääkäri lääketieteellisessä avauksessa olleesta. Lupa hautaamiseen annetaan vainajan hautaamisesta huolehtivalle, joko omaiselle tai sen hautaustoimiston edustajalle, jonka omainen on pyytänyt asiaa hoitamaan. Kuolintodistus 1. ja 2. osa lähetetään Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen oikeuslääkinnän toimipisteeseen, 3. osa hautaamisesta huolehtivalle ja 4. osa vainajan kotikunnan maistraattiin, joka tallentaa sen heti väestötietojärjestelmään. Kuolemansyyn selvittämistä koskevat asiakirjat ovat salassa pidettäviä. Niistä saa antaa tietoa vain tiedon saantiin oikeutetulle viranomaiselle (esim. tuomioistuimelle tai Valviralle) ja sille, jonka hakemuksella tai suostumuksella kuolemansyyn selvittämiseksi tarpeellinen toimenpide on suoritettu. Lisäksi tietoja saa antaa vainajan lähiomaiselle tai muulle läheiselle sekä tietyissä tapauksissa vakuutus- ja eläkelaitoksille.

Käytännössä vainajan omaiselle annetaan yleensä jäljennös kuolintodistuksesta. Mikäli omainen haluaa tarkempaa tietoa kuolinsyystä, hänet ohjataan keskustelemaan vainajaa hoitaneen lääkärin kanssa.

Oikeuslääketieteellisen kuolemansyyn selvittämisen yhteydessä ruumiinavauksen määrännyt poliisi antaa tiedot omaisille.

## 10 HENKILÖKUNNAN JAKSAMINEN

On hyvä muistaa, että parhaimmat edellytykset hyvälle hoidolle luodaan silloin, kun henkilökunta voi hyvin ja huolehtii myös omasta jaksamisestaan. Jokaisella olisi hyvä olla omia harrastuksia irtautuakseen työstään. Myös hyvät suhteet vapaa-ajalla perheeseen, ystäviin ja lähipiiriin ovat tärkeitä asioita. Työpaikalla, jossa työntekijä pystyy puhumaan ja ilmaisemaan omia tunteitaan, on helppo olla. Vaikeista asioista puhuminen työtovereiden kanssa ja tuen saaminen heiltä on tärkeää. Työntekijä voi kääntyä myös esimiehen puoleen, joka voi järjestää työnohjausta joko yksilöohjauksena tai ryhmäohjauksena. Tärkeintä on, että kukaan ei jää yksin mahdollisten ahdistavien tunteidensa kanssa. On hyvä tietää, että voi saada tukea ja on lupa hakea apua, jos tuntee itse sitä tarvitsevänsä.

Työntekijä voi kääntyä myös työterveyshuollon puoleen niin halutessaan. Kuitenkin kaiken keskellä on muistettava potilasasioihin liittyvä vaitiolovelvollisuus.

Voidakseen hyvin vaativassa työssään, kuolemaa lähestyvien potilaiden hoidossa jokaisen hoitoon osallistujan olisi hyvä miettiä omaa suhtautumistaan kuolemaan. Kuolema on osa elämänkaarta, osa normaalia elämää. Kuoleman kohtaaminen työssä saattaa nostaa mieleen ajatuksia omasta kuolevaisuudesta ja pelkoja omien läheisten menettämisestä. Hoitajan tulee antaa itselleen lupa tuntea ja läpikäydä mahdolliset omat pelkonsa ja menetyksensä. Ikää myöten useimmat saattohoitotyötä tekevät hoitajat oppivat suhtautumaan kuolemaan luonnollisena asiana. Nuoria hoitajia tulee kannustaa rohkeasti mukaan saattohoitoon kokeneempien hoitajien mukana. Tärkeää on hoitotilanteessa olla oma itsensä eikä yrittää esittää mitään. Kun tulee vaikeita tilanteita tai omaisilta vaikeita kysymyksiä, on hyvä kysyä rohkeasti neuvoa kokeneemmilta työntekijöiltä ja ohjata omaisia tarvittaessa keskustelemaan heidän kanssaan.

Surutyön eri vaiheisiin kuuluvat toisinaan myös selkeät vihan tunteet, mikä voi olla vaikea asia hoitajalle. Hoitajan olisi hyvä ymmärtää potilaan ja omaisten tunteiden syyt ja pystyä hyväksymään ne, vaikka ne tuntuisivatkin kohdistuvan hoitajaan itseensä sillä hetkellä. Yleensä rauhallinen keskustelu potilaan ja/tai omaisten kanssa auttaa. Kuunteleminen on erittäin tärkeä taito. Kuuntelemalla saa selville potilaan ja omaisten ajatuksia sekä sen, missä vaiheessa surutyötä he ovat. Omaisille tulee tarjota riittävästi tietoa ja heidän toiveitaan tulee kuunnella, mutta heitä ei pidä laittaa päättämään potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

Jos potilas kykenee ilmaisemaan itseään, hoitohenkilökunnan tulee ottaa selvää, mitä hän itse haluaa – toisinaan potilaan ja omaisten toiveet voivat olla hyvinkin erilaisia, jopa keskenään ristiriitaisia. Toiset omaiset ovat aktiivisia kyselijöitä, toiset voivat oman pahan olonsa vuoksi ottaa passiivisen roolin.

Jotkut omaiset eivät uskalla tulla kysymään mieltään vaivaavia asioita. Olisi aina muistettava kiireenkin keskellä antaa riittävästi aikaa kuolevan potilaan omaisille.

Joillekin omaisille hoitajan hiljainen läsnäolo yhdessä potilaan vierellä on tärkeämpi asia kuin mitkään ääneen lausutut sanat. Toisinaan, vaikka lääkäri olisi aiemmin selittänyt omaisille tarkasti tilanteen potilaan sairaudesta, hoidosta tai ennusteesta, omaiset kyselevät hoitajalta samat asiat uudelleen. He ovat voineet olla niin tunteidensa myllerryksessä, etteivät ole pystyneet vastaanottamaan lääkärin antamaa tietoa. Hoitajan on hyvä vielä keskustella kyseisistä asioista heidän kanssaan ja varmistaa asioiden ymmärtäminen.. Näin vältetään monilta ikäviltä väärinkäsityksiltä. Hoitajalta tämä vaatii pitkämielisyyttä ja rauhallisuutta. Empatia ja ammatillisuuden säilyttäminen ovat tärkeitä taitoja.

Elämän loppuvaiheen hyvä hoito, josta jää hyvä mieli myös omaisille, on hoitotyön haasteellisimpia alueita. Jokainen kohtaaminen on aina uusi ja erilainen vaatien hyvien ammatillisten taitojen lisäksi hyviä vuorovaikutustaitoja ja inhimillisyyttä. Tärkeää on olla ihminen ihmiselle.

*”Lohduttaminen ei tarvitse suuria sanoja,  
ei valmiita vastauksia.*

*Tärkeintä on vaan mennä lähelle, välittää.*

*Minulla on aikaa ja minua koskettaa se, mitä sinulle kuuluu.”*

*(Hilja Aaltonen)*

## *Lähteet*

Asetus kuolemansyyn selvittämisestä.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730948>

Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Opas elämän loppuvaiheen hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Euroopan neuvosto 2015.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE).2003.

Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio.

## TOIMINTAOHJE SYDÄMEN TAHDISTIMIEN JA STIMULAATTOREIDEN POISTOSTA VAINAJALTA

Ohje annettu 28.11.2007

Tahdistin poistetaan kaikilta potilaita varmuuden vuoksi, koska ei voida olla varmoja, tulee vainajalle polttohautaus vai ei.

Kaikista tahdistimien poistoista tehdään ilmoitus tahdistinhoitajalle (Anne Korpi) puh. 06 415 5033. Hän pitää kirjaa tahdistinpotilaista ja päivittää tiedot. Potilaan tiedoista tulee ilmetä, onko hänellä tahdistin ja lisäksi, onko se rytmihäiriötahdistin vai muu tahdistin.

Jos vainajalla on rytmihäiriötahdistin, tulee vainaja siirtää keskussairaalaan tahdistimen poistoa varten. Tahdistimessa on voimaa 800 voltia ja ilman inaktivointia se on irrottajalle vaarallista. Terveyskeskuksissa ei ole laitteita, joilla inaktivointi voidaan tehdä, siksi siirto keskussairaalaan tarpeellinen.

Jos rytmihäiriötahdistimen omaava potilas kuolee viikonloppuna, rytmihäiriötahdistimen inaktivointi-ilmoitus voidaan tehdä ensimmäisenä arkipäivänä Anne Korvelle. Vainaja siirretään Seinäjoelle arkisin (toimenpidettä ei tehdä muina aikoina), jossa sydämen rytmihäiriötahdistin inaktivoidaan obduktio-osastolla. Vainajan tulo sovitaan etukäteen Anne Korven kanssa. Jos ponnahdusikkunassa lukee pelkkä tahdistin, on hyvä tarkistaa, millaisesta tahdistimesta on kyse. Jos ponnahdusikkunassa lukee sydämen tahdistin tai sydämen rytmihäiriötahdistin, Anne Korpi on jo tiedon tarkistanut.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ohjeistus.

