

**Huomioitavia asioita
elämän loppuvaiheen hoitoon
iäkkäiden ihmisten palveluissa.**



Sisällysluettelo

| | |
|---|----|
| Johdanto | 3 |
| 1. Käsitteitä | 4 |
| 1.1. Mitä saattohoito on? | 5 |
| 1.2. Kokonaisvaltainen hoito | 6 |
| 1.3. Hoitolinjasta päättäminen /hoidonrajaus..... | 7 |
| 1.4. Hoitotahto..... | 7 |
| 1.5. Itsemääräämisoikeus..... | 8 |
| 2. Elämän loppuvaiheessa olevan oireenmukainen hoito | 9 |
| 2.1. Fyysiset oireet ja hoito | 9 |
| 2.2. Hengitys | 10 |
| 2.3. Pahoinvointi..... | 10 |
| 2.4. Suun terveys..... | 11 |
| 2.5. Ihon ja silmienhoito..... | 11 |
| 2.6. Ruokahaluttomuus ja ravinnon merkitys..... | 12 |
| 2.7. Ravinto ja nesteytys lähellä kuolemaa | 13 |
| 2.8. Keinotekoinen ravitsemus ja pitkäaikainen nesteytys..... | 13 |
| 3. Kivunhoito | 14 |
| 4. Lääkehoito | 15 |
| 5. Lääkkeelliset kivun hoidon menetelmät | 16 |
| 5.1. Antibioottihoito saattohoidossa ja niiden käyttö oirehoitona | 16 |
| 5.2. Suonensisäinen antibioottihoito | 17 |
| 5.3. Lääkehoidon kokonaisarvio saattohoidossa ja lääkityksen yksinkertaistaminen..... | 17 |
| 5.4. Arvioidun elinajan vaikutus lääkehoitoon | 17 |
| 6. Palliatiivinen sedaatio | 18 |
| 6.1. Sedaation aiheet | 18 |
| 6.2. Sedaation kesto ja hoito sedaation aikaan..... | 18 |
| 7. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät | 19 |
| 8. Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukeminen | 19 |
| 8.1. Hengellisen hyvinvoinnin huomioiminen | 20 |
| 8.2. Olemassaoloon liittyvää pohdinta asukkaan kanssa..... | 21 |
| 8.3. Kulttuuristen tarpeiden ja toiveiden huomioiminen | 22 |
| 8.4. Vuorovaikutus ja kohtaaminen kuolevan ihmisen hoitotyössä..... | 23 |
| 8.5. Omaisten tukeminen | 23 |
| 8.6. Surevan omaisen kohtaaminen | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 9. Lähestyvän kuoleman tunnusmerkkejä..... | 25 |
| 10. Resurssit ja laatu saattohoitotyössä..... | 26 |
| 11. Yleiset periaatteet elämänloppuvaiheen hoidossa..... | 27 |
| 12. Palliativisen hoidon laatukriteerit..... | 27 |
| 13. Laatuindikaattoreiden käyttöehdotukset toimintayksikölle..... | 32 |
| 14. Pihlakartanossa..... | 32 |
| 14.1. Loppuvaiheen elämä yksikössä..... | 32 |
| 14.2. Kuoleman jälkeinen toimintatapa ja omaiselle ilmoittaminen..... | 33 |
| 14.3. Vainajan laitto Pihlakartanossa..... | 33 |
| Liite 1. Vainajan kunnioittava valmistelu Pihlakartanossa..... | 35 |
| Liite 2. Saattohoidon CHECK-LISTA Pihlakartanossa..... | 36 |
| Liite 3. Ohjeistus miten toimia kuoleman tapauksissa..... | 38 |
| Liite 4. Lomake, joka laitetaan vainajan mukaan..... | 39 |
| Keskeiset elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait ja asetukset ovat..... | 40 |
| Lähteet:..... | 41 |

Johdanto

Ihmiselämän loppuvaiheen hyvä hoito perustuu yhteistyöhön ja yhtenäisiin toimintaohjeisiin. Saattohoito on turvallista oireenmukaista hoitoa, jossa kunnioitetaan ihmisarvoa ja läheisten merkitystä. Kuoleva ihminen on ainutkertainen, jolla on oikeus arvokkaaseen ja kivuttomaan elämän ollessa loppuillaan. Kuolevan sanat eivät aina ole tärkeitä vaan kohtaaminen, joka vaatii hoitajalta ja lääkäriltä kykyä olla tunnetasolla lähellä. 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.

Elämän loppuvaiheen hoidossa korostuu jokaisen hoitoon osallistuvan, myös potilaan, oma persoonallisuus. Tilanteeseen vaikuttaa myös se, miten kukin osapuoli on itse muodostanut suhteensa kuolemaan. Lääkärillä tulisi olla käsitys henkilön arvomaailmasta ja toiveista. Hoitohenkilökunnalla on arvokasta tietoa näistä asioissa. Hoitopäätökset tulee tehdä ensisijaisena tavoitteena potilaan hyvän edistäminen. Jos potilas ei itse pysty tahtoaan ilmaisemaan, lääkäri saa tietoa potilaan arvomaailmasta ja toiveista hänen läheisiltään.

Ajoissa puheeksi otettu palliatiivinen hoito ja laadittu hoitotahto luovat perustan elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelulle. Hoidosta vastaava lääkäri ja yksikön hoitajat laativat yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheistensä tai laillisen edustajan kanssa ennakoivan hoitosuunnitelman, johon sisältyvät hoidon tavoite (hoitolinjaus), tarvittavat hoitokeinot ja hoidon rajaukset. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan ennakoiden potilaan kivun ja muiden fyysisten oireiden hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet mahdollisimman kattavasti. Hoitosuunnitelma on sisällytettävä olemassa olevaan asiakassuunnitelmaan.

Ajantasaisen hoitosuunnitelman merkitys korostuu erityisesti etäkonsultaatioiden yhteydessä sekä hoitavan lääkärin vaihtuessa. Potilasta kannustetaan ja ohjataan tarvittaessa tekemään hoitotahto ja nimeämään läheisen tai muun henkilön, jonka toivoo edustavan itseään siltä varalta, että kyky kommunikoida heikkenee oleellisesti.

Kuoleman lähestyessä hoitosuunnitelmaa täydennetään saattohoitosuunnitelmalla. Tässä huomioidaan jäljellä olevan ajan rajallisuus ja lisääntynyt potilaan ja läheisten avun sekä kokonaisvaltaisen tuen tarve. Saattohoitoa koskevaan suunnitelmaan kuuluu lääkityksen tarpeen arviointi ja oireita lievittävän hoidon onnistumisen varmistaminen. Saattohoidossa

valmistaudutaan kuolemaan, ja siinä korostuu ihmisarvon kunnioitus, kuolevan ja hänen läheistensä osallisuus sekä ympäristön kodinomaisuus ammatillisen osaamisen rinnalla.

On tärkeää, että saattohoidossa oleva potilas ei koe ylimääräistä ahdistusta ja pelkoa. Hoitohenkilökunnan tulee suhtautua omaisiin kunnioittavasti sekä heidän arvojaan kunnioittavasti. Omaisille tulee antaa riittävästi tietoa ja ohjausta, jotta heillä on luottavainen olo hoitosuhteesta, hoito on suositusten mukaista ja yhteistyö on toimivaa.

Hoitotahto on asukkaan tahdonilmaisu hänen tulevasta hoidosta silloin kun hän ei itse pysty osallistumaan hoitopäätöksiin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun syyn vuoksi. Hoitotahdossa voi ilmaista erityistoiveita hoidon suhteen tai voi myös kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahdossa voidaan valtuuttaa myös joku muu henkilö tekemään päätökset tarvittaessa.

Hoitajalle kuolevan hoito on usein raskasta, mutta antoisaa. Raskaan työn vastapainona hoitajan on hyvä huolehtia omasta hyvinvoinnista, kuten levosta, ystävyys-suhteista ja liikunnasta. Tämän saattohoito-oppaan tarkoituksena on antaa yhtenäinen toimintaohje yksikköömme.

1. Käsitteitä

Maailman terveysjärjestö määrittelee palliatiivisen hoidon parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiiviseksi ja kokonaisvaltaiseksi hoidoksi. Palliatiivisen hoidon keskeinen tavoite on kärsimyksen lievitys ja elämänlaadun vaaliminen. Kärsimyksellä ymmärretään niin fyysistä, psykososiaalista kuin myös eksistentiaalista kärsimystä. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on, että ihminen voi elää voimiensa ja halunsa mukaista aktiivista elämää mahdollisimman vähin oirein aina kuolemaansa saakka.

Palliatiivinen hoito on asukkaan kokonaisvaltaista hoitoa, kun sairaus ei ole hoidettavissa ja elämän pidentäminen ei ole hoidon päämäärä. Ajallisesti palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen. Kuolevan ihmisen hoidossa keskeisin päämäärä on kärsimyksen lievitys. Sen takaamiseksi tulisi fyysisen ja sosiaalisen ympäristön muodostua potilaan mukavuutta ja henkilökohtaisia ja kulttuurisia arvoja edistäväksi lähestyvän kuoleman

edessä. Etenkin iäkkäillä ja huonokuntoisilla oireenmukaisen hoidon ja saattohoidon periaatteiden tulisi toteutua. Diagnoosista riippumatta kuoleman läheisyydessä korostuvat oireiden lievitys, perheen tai muun lähipiirin tukeminen ja tarpeettomista hoidoista tai diagnostisista toimenpiteistä luopuminen.

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu viimeisille elinviikoille tai päiville. Silloin ikäihmisen toimintakyky on yleensä merkittävästi heikentynyt. Palliatiivisessa hoidossa kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana. Tarkoituksena ei ole pidentää eikä lyhentää elämää, vaan pyrkiä säilyttämään toimintakyky niin hyvänä kuin mahdollista elämän loppuun saakka sekä auttaa vanhusta ja läheisiä sopeutumaan sairauteen ja lähestyvään kuolemaan. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon antaminen perustuu hyvissä ajoin tehtyyn ennakoivaan hoitosuunnitelmaan ja saattohoitopäätökseen. Valmius palliatiivisen hoidon ja saattohoidon antamiseen on oltava kaikkina vuorokauden aikoina

1.1. Mitä saattohoito on?

Saattohoidolla tarkoitetaan ajanjaksoa, joka edeltää juuri ennen kuolemaa kestäen yleensä päiviä tai viikkoja. Sen tarkoituksena on tukea ja hoitaa ihmistä loppuvaiheessa yksilöllisesti ja kunnioittaen parhaalla mahdollisella tavalla. Saattohoidossa keskitytään oireiden hoitoon sekä kärsimysten lievittämiseen, turhat hoitotoimenpiteet karsitaan, ettei niillä lisätä kärsimystä. Saattohoitoon siirrytään, kun on etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole olemassa ennustetta parantavaa hoitoa tai asianomainen ei sitä itse halua tai kuoleman tiedetään olevan lähellä.

Saattohoidossa tärkeää on kuolevan toiveiden täyttäminen, mutta usein kuolevan voimien hiipuesssa keskiöön nousee omaisten tukeminen. Saattohoitovaiheeseen siirryttäessä on hyvä keskustella rauhassa asianomaisen ja omaisten kanssa saattohoidosta ja lähestyvistä kuolemasta sekä lähestyvän kuoleman oireista.

Saattohoitoon siirtyminen edellyttää aina saattohoitopäätöksen ja sen tekee lääkäri. Saattohoitopäätös on lain (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/19992) mukaan tehtävä yhdessä potilaan ja tarvittaessa omaisten kanssa. Jos henkilöllä on esimerkiksi pitkälle edennyt muistisairaus, toimitaan hänen hoitotahtonsa mukaan tai mikäli hoitotahtoa ei ole, kuullaan lähiomaisia ja toimitaan kuolevan henkilön toiveita kunnioittaen.

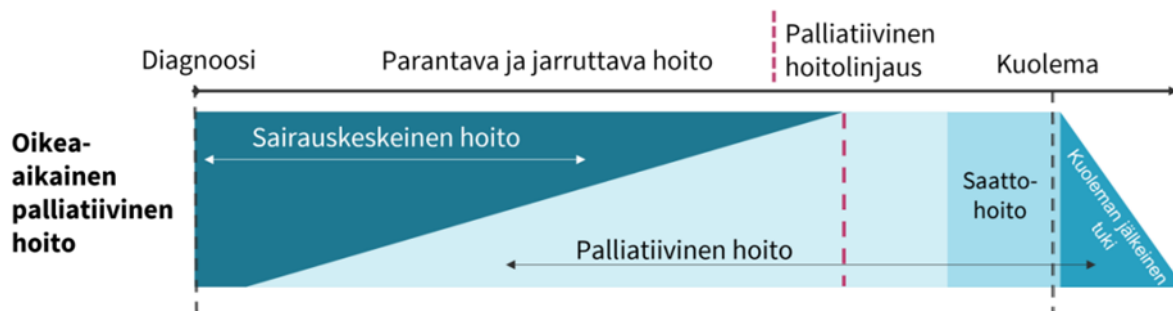
1.2. Kokonaisvaltainen hoito

Kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ja varsinkin saattohoidossa merkitys kasvaa. Psyykkiset oireet ilmenevät usein turvattomuuden tunteena, pelkona, masennuksena, ahdistuneisuutena ja levottomuutena.

Hoitoympäristön tulee olla rauhallinen ja henkilökunnan tulee luoda kiireetön ilmapiiri. Tämä luo asukkaalle sekä omaisille turvallisen olon. Elämän loppuvaiheessa tarve hengelliseen keskusteluun usein kasvaa. Asukkaalle tulee antaa mahdollisuus hänen halutessaan keskustella papin kanssa.

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.

Ylihoitossa tehdään saattohoidon aikana toimenpiteitä, jotka pidentävät potilaan kärsimyksiä ja jossain määrin vain vaikuttavat hänen elinikäänsä. Ylihoito ei lisää potilaan elämän laatua vaan jopa heikentää sitä.



Elvyttämättäjäättämispäätös eli DNR-päätös (do not resuscitate) on lääkärin tekemä tärkeä hoitopäätös pidättäytyä elvytystoimenpiteistä (mm. sydämen sähköinen rytminsiirto, paineluelvytys ja hengityksen avustaminen), kun potilas menee elottomaksi. DNR-päätöksellä ei rajata pois muita hoitomuotoja kuin elvytys. AND-päätös tarkoittaa sitä, että elämää ei yritetä keinotekoisesti pitkittää, vaan sallitaan luonnollinen kuolema. Hoidettavat sairaudet hoidetaan normaalein hoitokäytäntein

1.3. Hoitolinjasta päättäminen /hoidonrajaus.

Hoitoneuvottelu olisi syytä järjestää, jos harkitaan saattohoitopäätöksen tekemistä. Siihen osallistuvat sairaanhoitaja, lääkäri, mahdollisesti asukas itse, jos on kykenevä ja asukkaan omaiset (ellei asukas ole kieltänyt). Hoitoneuvottelussa olisi tärkeää keskustella saattohoitoon liittyvästä oireenmukaisesta hoidosta, sopia hoitolinjoista ja kirjata kaikki sopimukset tarkasti. Hoitolinjalla tarkoitetaan, sitä ettei esimerkiksi käytetä elämää pitkittäviä hoitoja kuten esimerkiksi antibioottihoitoja tai sydämen toimintahäiriöiden hoitoja.

Saattohoitopäätökseen sisältyy "ei elvytetä- päätös" ja siitä on hyvä keskustella asukkaan (jos kykenevä) sekä omaisten kanssa ja muistaa kirjata vielä keskustelut yksikössä käytettyyn tietojärjestelmään (Hilkka). Saattohoidon aikana säännöllinen ja huolellinen kirjaus on tärkeää, koska kirjausten avulla saadaan kokonaiskuva asukkaan voinnista.

1.4. Hoitotahto

Hoitotahdossa ilmaistaan toiveet hoidosta tai kielletään tietyt hoitotoimenpiteet. Hoitotahto voi olla suullinen tai kirjallinen, se olisi hyvä laatia kirjallisena, jossa olisi todistajien allekirjoitus. Tällä todistetaan henkilön olleen täydessä ymmärryksessä päätöstä tehdessään ja sen voi nähdä kaikki hoitoon osallistuvat henkilöt. Hoitotahdolla voi myös valtuuttaa tietyn henkilön määräämään hoidostaan siinä tilanteessa, ellei itse siihen enää kykene. Mikäli hoitotahtoa ei ole tehty, eikä henkilö ole ilmaissut toiveita hoidostaan eikä sitä enää pysty itse ilmaisemaan, tekee lääkäri päätöksen potilaan hoidon linjauksesta.

Asukkaan laillinen edustaja voi myös vaikuttaa hoitoon, esimerkiksi muistisairaiden kohdalla, mutta lääkäri voi ristiriitatilanteessa tehdä päätöksiä. Mahdollisen saattohoitopäätöksen yhteydessä tulee olla näkyvillä päätöksen tehnyt lääkäri, päätökseen liittyvät lääketieteelliset perusteet, potilaan tai omaisen kanta päätökseen ja heidän kanssaan käytyjen päätökseen liittyvien keskustelujen sisällöt. Mahdollisia hoidon rajauksia voi olla kieltäytyminen nestehoidosta, happilisästä, lisäravinteista esimerkiksi.

Hoitotahto lomake löytyy Pihlakartanossa koneelta tiedostosta: -> Kansio/Pihlakartano/Muuttolomakkeet/Hoitotahtolomake.

1.5. Itsemääräämisoikeus.

Elämän loppuvaiheen hoidossa korostuu jokaisen hoitoon osallistuvan, myös potilaan, oma persoonallisuus. Tilanteeseen vaikuttaa myös se, miten kukin osapuoli on itse muodostanut suhteensa kuolemaan. Lääkärillä tulisi olla käsitys henkilön arvomaailmasta ja toiveista. Hoitohenkilökunnalla on arvokasta tietoa näistä asioissa. Hoitopäätökset tulee tehdä ensisijaisena tavoitteena potilaan hyvän edistäminen. Jos potilas ei itse pysty tahtoaan ilmaisemaan, lääkäri saa tietoa potilaan arvomaailmasta ja toiveista hänen läheisiltään.

Ajoissa puheeksi otettu palliatiivinen hoito ja laadittu hoitotahto luovat perustan elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelulle. Hoidosta vastaava lääkäri ja yksikön hoitajat laativat yhteisymmärryksessä potilaan, hänen läheistensä tai laillisen edustajan kanssa ennakoivan hoitosuunnitelman, johon sisältyvät hoidon tavoite (hoitolinjaus), tarvittavat hoitokeinot ja hoidon rajaukset. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan ennakoiden potilaan kivun ja muiden fyysisten oireiden hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet mahdollisimman kattavasti. Hoitosuunnitelma on sisällytettävä olemassa olevaan asiakassuunnitelmaan.

Ajantasaisen hoitosuunnitelman merkitys korostuu erityisesti etäkonsultaatioiden yhteydessä sekä hoitavan lääkärin vaihtuessa. Potilasta kannustetaan ja ohjataan tarvittaessa tekemään hoitotahto ja nimeämään läheisen tai muun henkilön, jonka toivoo edustavan itseään siltä varalta, että kyky kommunikoida heikkenee oleellisesti.

Kuoleman lähestyessä hoitosuunnitelmaa täydennetään saattohoitosuunnitelmalla. Tässä huomioidaan jäljellä olevan ajan rajallisuus ja lisääntynyt potilaan ja läheisten avun sekä kokonaisvaltaisen tuen tarve. Saattohoitoa koskevaan suunnitelmaan kuuluu lääkityksen tarpeen arviointi ja oireita lievittävän hoidon onnistumisen varmistaminen. Saattohoidossa valmistaudutaan kuolemaan, ja siinä korostuu ihmisarvon kunnioitus, kuolevan ja hänen läheistensä osallisuus sekä ympäristön kodinomaisuus ammatillisen osaamisen rinnalla.

On tärkeää, että saattohoidossa oleva potilas ei koe ylimääräistä ahdistusta ja pelkoa. Hoitohenkilökunnan tulee suhtautua omaisiin kunnioittavasti sekä heidän arvojaan kunnioittavasti. Omaisille tulee antaa riittävästi tietoa ja ohjausta, jotta heillä on luottavainen olo hoitosuhteesta, hoito on suositusten mukaista ja yhteistyö on toimivaa.

Hoitotahto on asukkaan tahdonilmaisu hänen tulevasta hoidosta silloin kun hän ei itse pysty osallistumaan hoitopäätöksiin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun syyn vuoksi.

Hoitotahdossa voi ilmaista erityistoiveita hoidon suhteen tai voi myös kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahdossa voidaan valtuuttaa myös joku muu henkilö tekemään päätökset tarvittaessa.

2. Elämän loppuvaiheessa olevan oireenmukainen hoito

2.1. Fyysiset oireet ja hoito

Saattohoidossa olevan potilaan yleisimpiä oireita ovat kipu, hengitystieoireet, hengenahdistus, yskä ja maha-, suolisto-oireet, kuten pahoinvointi ja ummetus. Myös kuivuminen ja ruokahaluttomuus, poikkeava uupumus, äkillinen sekavuustila sekä psyykkisinä oireina ahdistuneisuus ja masennus ovat yleisiä. Elämän loppuvaiheessa on tärkeää huolehtia niin fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista kuin hengellisistäkin tarpeista.

Saattohoidossa olevan potilaan yleisimpiä hengitystieoireita ovat yskä ja hengenahdistus. Yskä on elimistön normaali reaktio, jolla pyritään pääsemään eroon hengitysteitä ärsyttävästä aineesta, kuten limasta tai syljestä. Kuolevan potilaan yskän voi aiheuttaa lisääntynyt limaneritys ja liman koostumuksen muuttuminen sitkeämmäksi. Myös liman poistuminen luonnollisesti hengitysteistä voi hidastua. Asukkaalla voi olla vaikeuksia syljen nielemisessä, jolloin lima jää ärsyttämään hengitysteitä. Yskää voi aiheuttaa myös erilaiset tulehdukset ja perussairaudet, kuten keuhkohtaumatauti

Pahoinvointi on hyvin tavallinen oire, joka voi lisätä myös muita oireita, kuten ruokahaluttomuutta ja väsymystä. Pahoinvoinnin syy on tärkeää selvittää, jotta välttyttäisiin oksentelulta, joka voi johtaa pahimmillaan potilaan kuivumiseen.

Ummetus on hyvin tavallinen oire saattohoidossa olevalla. Se voi johtua sairaudesta, lääkityksestä, suolen toiminnan hidastumisesta ja vähäisestä ravitsemuksesta. Ummetuksesta voi siis kärsiä myös, vaikka ei söisi paljon, koska ulostetta muodostuu mahasuolikanavan eritteistä, suolen epiteelisoluista ja bakteerimassasta. Lisäksi ummetusta voi aiheuttaa huonosta kunnosta johtuva vähäinen liikkuminen. Ulosteen tilavuutta suurentavia laksatiiveja ei suositella käytettävän saattohoidossa olevan ihmisen ummetuksen hoidossa vähäisen nesteytyksen ja suolen vetovaikeuksien takia.

Vahvat kipulääkkeet vaikuttavat vatsantoimintaan ja aiheuttavat ummetusta suurimmalla osalla niiden käyttäjistä. Ummetusta aiheuttaa myös niukka neste ja ruoan saaminen. Silloin on suositeltavaa käyttää ulostetta pehmentävää ja suolen toimintaa vilkastuttavaa laksatiivia. Huolehditaan vatsantoiminnasta, mutta suhteessa asukkaan saamaan ravinnon määrään. Ohivuotoripulia saattaa esiintyä, jos asukkaalla on ummetusta ja tai laksatiivia on annettu liikaa. Ohivuotoripuli voi olla merkki suolitukoksen mahdollisuudesta

2.2. Hengitys

Hengenahdistus, hengitysvaikeudet ja limaisuus ovat yleisiä oireita kuoleman lähestyessä. Puoli-istuva asento ja raitis huoneilma helpottavat hengittämistä. Kasvoihin suunnatusta ilmavirrasta saattaa olla hengitysvaikeuksissa hyötyä. Usein hengityksen vaikeutuminen on merkki kuolevalle itselleen sekä hänen omaisilleen, että kuolema on lähestymässä. Hengenahdistukseen saattaa sisältyä pelkoa tukehtumisesta asukkaalle sekä hänen omaisilleen, pelkoa voidaan lievittää läsnäololla, kosketuksella ja rauhallisella keskustelulla.

Kipulääkitys saattaa rauhoittaa ja helpottaa hengenahdistusta. Kuolemaa edeltävinä päivinä hengitys saattaa muuttua rohisevaksi, johtuen voimattomuudesta yskiä ja huonosta nielemisrefleksistä. Irtonainen lima ja sylki saattaa aikaan rohisevan hengityksen ja tämä saattaa kuulostaa kamalalta, usein kuitenkin tajunnan taso on tässä vaiheessa jo alentunut eikä asukas kärsi siitä. Omaiset voivat kokea tämän pelottavaksi.

2.3. Pahoinvointi

Pahoinvointi on yleinen vaiva elämän loppuvaiheessa. Pahoinvointia saattaa aiheuttaa muun muassa lääkkeet, vatsantoimintahäiriöt, eri sairaudet, hengitysteiden lima ja tulehdukset. Pahoinvointia voidaan yrittää helpottaa raikkaalla huoneilmalla ja hyvällä asennolla. Joskus liikuttaminen lisää pahoinvointia ja silloin liikuteltaessa edetään rauhallisesti ja vältetään nopeita liikkeitä. Jos pahoinvoinnin epäillään liittyvän opioideihin, voidaan harkita lääkkeen vaihtamista. Silloin tulee kuitenkin muistaa, että opioidihoidon aloitukseen liittyvä pahoinvointi loppuu usein muutaman vuorokauden sisällä. Mikäli lääkityksen vaihtaminen ei ole mahdollista ja pahoinvointi on voimakasta, voi lääkäri määrätä siihen lääkettä. Joskus myös infektiot aiheuttavat pahoinvointia ja silloin mietitään,

olisiko aiheellista aloittaa antibiootti hoitamaan oiretta, jotta saataisiin asukkaan olo paremmaksi.

2.4. Suun terveys

Suun terveyden hoitaminen on olennainen osa kuolevan potilaan hoitoa. Potilaan suun hoito pyritään suunnittelemaan yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Suun terveyden heikentyessä suu kuivuu, kun syljen koostumus muuttuu ja sen erityks vähenee. Suun kuivuuden yleisin syy on lääkkeet. Opioidit, antikolinergisten, antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet sekä diureetit ovat yleisimpiä suun kuivuuden aiheuttajia. Muita syitä ovat pureskelukyvyyn heikkeneminen, suun kautta hengittäminen, suun sieni-infektio sekä mahdollinen käytössä oleva lisähappi.

Kuolevalla esiintyy usein suun kuivumista, suun kipuja ja infektioita. On tärkeää huolehtia hyvästä hampaiden hoidosta sekä suun ja ikenien limakalvojen hygieniasta. Hampaiden pesussa kannattaa käyttää pehmeää hammasharjaa ja vaahtoamatonta hammastahnaa, koska kova harja tai vaahtoava tahna saattaa aiheuttaa lisää kipua. Hammasproteesit on päivittäin puhdistettava kunnolla ja ikenet puhdistettava ja tarkastettava proteesien alta. Syljen erityksen väheneminen saa aikaan suun kuivuutta, jota voidaan hoitaa suun kostutukseen tarkoitetuilla "sitruunatuilla", kostutusvoiteilla ja kostutusgeeileillä. Kuivaa suuta voidaan myös sivellä ruokaöljyllä kostuttamaan suun limakalvoja.

Kuiva suu altistaa kivuliaille haavoille ja siksi suun kostutus on tärkeää. Mikäli suu on erittäin kipeä, voidaan käyttää suupuudutteita. Suun kipua voidaan helpottaa jääpaloilla tai jäämurskalla, mikäli asukas pystyy vielä nielemään eikä niistä aiheudu vaaraa. Kuivat suunpielet ja huulet hoidetaan esimerkiksi Bepanthen voiteella. Suuta kostutetaan ja hoidetaan elämän loppuun asti.

2.5. Ihon ja silmienhoito

Liikuntakyvyyn heikkeneminen ja uupumuksen lisääntyminen johtavat siihen, että asukkaasta tulee vuodepotilas, jolloin on tärkeää huolehtia ihon kunnosta. Vuodepotilaan ravitsemustila on usein alentunut, vuoteessa liikkuminen vaikeutunut sekä kudoksien hapensaanti

heikentynyt, nämä yhdessä altistavat asukkaan painehaavoille. Herkimmät alueet painehaavan syntyyn ovat ristiluu, lonkkien alueet, kantapäät, kyynärpäät, korvat ja olkavarret. Kehon omat eritteet altistavat painehaavan synnylle ja siksi on tärkeää pestä hikinen iho päivittäin. Virtsa- ja ulosteinkontinenssi altistavat ihorikkoon, joten hyvällä perushoidolla ehkäistään iho-ongelmia. Asentoa tulisi vaihtaa 2–4 n tunnin välein tai jos mahdollista niin käytetään antidecubitus patjaa. Asianmukaiset, kiristämättömät vaatteet ovat välttämättömiä painehaavaumien ehkäisyssä ja hoidon sujuvuuden kannalta.

Hyvästä hygieniasta huolehditaan, mutta kaikki turhat ja kivuliaat toimenpiteet karsitaan. Muistetaan myös kauneudenhoito. Iho rasvataan säännöllisesti perusvoiteella, koska kuiva iho rikkoutuu helposti ja aiheuttaa kutinaa. Painehaavoille altistuvat alueet tarkastetaan päivittäin ja mikäli alueella havaitaan punoitusta, rasvataan iho huolellisesti sekä helpotetaan painetta ihoalueella tehostetulla asentohoidolla.

Kuolevan ihmisen silmät kuivuvat usein ja silmissä on tuntoaisti loppuun asti. On tärkeää huolehtia silmien kostuttamisesta säännöllisesti. Sumutettavat silmienkostutus tuotteet ovat inhimillisempiä käyttää kuolevan ihmisen hoidossa.

2.6. Ruokahaluttomuus ja ravinnon merkitys

Olemme tottuneet siihen, että hyvä ravitsemus on meidän terveydellemme ja toimintakyvylle tärkeitä. Saattohoitotilanteessa sairaus itsessään aiheuttaa laihtumista ja surkastuttaa lihaksia. Elimistön aineenvaihdunta muuttuu rakentavasta hajottavaksi, eikä se enää käytä ravintoaineita hyväkseen. Ruokailuun kannustaminen voi olla asukkaalle stressaavaa, vaikka sillä hyvää tarkoitetaankin. Silloin on hyvä muistaa, että ruokahaluttomuus on potilaalle luonnollinen olotila, eikä ravitsemus määrää potilaan vointia tai elinaikaa. Väkisin syöminen voi huonontaa vointia ja lisätä pahoinvointia. Usein asukkaalle maistuu omaan tahtiin nautitut pienet viileät ateriat, kuten kiisselit, viilit ja nesteet. Näivettynyt elimistö lopettaa ottamasta ravintoa ja nestettä vastaan, on loppuvaiheen sairauden vaihe.

Kun nielemiskyky katoaa hiljalleen ja tajunnan taso heikkenee, suun kostuttaminen on yleensä turvallisin keino lievittää janon tunnetta. Syömättömyys voi huolestuttaa omaisia. Elämän loppuvaiheessa ihminen ei kuitenkaan halua eikä tarvitse suuria määriä ravintoa voimien ehtyessä. Hyvässä saattohoidossa voidaan toteuttaa myös ruokatoiveita. Ruoan tuoksut ja maut ovat tärkeitä, vaikka potilas ei paljon jaksaisi syödä. Ruoan koostumus

käsitellään sopivaan muotoon. Ruokaa tulee tarjota asukkaalle niin kauan kuin se hänelle maistuu ja sen tarjoaminen on turvallista. Ruokailun on oltava kiireetöntä, annoskoot pieniä ja tarjottava ruoka mieluisaa ja helposti sulavaa. Kun ruoka ei enää maistu ja asukas ei halua enää syödä, ei ruokaa yritetä väkisin syöttää.

2.7. Ravinto ja nesteytys lähellä kuolemaa

Lähellä kuolemaa ihminen ei yleensä halua enää syödä, eikä nälän tunnetta ole. Kuolin prosessissa elimistön toiminnat hiipuvat, eikä ravitseminen muuta sitä tosiasiaa. Lähellä kuolemaa myös halu ja kyky nauttia nesteitä hiipuvat. Asukkaalle saattaa myös kehittyä nielemisongelmia ja tajunnantason laskua niin, että nesteitä ei juuri mene viimeisinä päivinä. Nesteiden saannin vähyydestä huolimatta potilaalla ei kuitenkaan ole janontunnetta, jos suun limakalvot pidetään jatkuvasti kosteina ruokaöljyllä ja suuta kostuttamalla. Tärkeätä on myös rasvata huulia. Asukas ei siis kuole, koska hän ei syö ja juo, vaan hän ei syö ja juo, koska hän tekee kuolemaa.

2.8. Keinotekoinen ravitseminen ja pitkäaikainen nesteytys.

Jos sairaus on parantumaton niin ravitsemukseen liittyvät toimet pitkittävät kärsimystä, silloin nesteytystä ei käytetä tai se on lyhytaikaista mm. kuivumisen korjaamista. Ravitsemusletkun käyttö vaikea-asteisen muistisairauden ravitsemushoidossa ei ole eettisesti oikein. Se ei paranna elämän loppuvaiheen ennustetta ja altistaa hoidon haitoille. Suun kautta tapahtuvaa tehostettua lisäravitsemusta voidaan käyttää aina niin asukkaan halutessaan. Pakolla kuitenkaan ei saa koskaan kenellekään antaa ruokaa tai lääkkeitä, koska se voi aiheuttaa tukehtumisvaaran. Nesteiden antaminen pakolla puolestaan voi altistaa keuhkokuumeelle. Ikäihmiselläkin on myös laillinen oikeus halutessaan kieltäytyä hänelle tarjotusta ruoasta, juomasta tai lääkkeistä.

3. Kivunhoito

Kipu on hyvin yleinen oire monissa sairauksissa, jotka johtavat kuolemaan. Potilaan kipua tulee tarkkailla ja mitata säännöllisesti. Jos potilas ei itse pysty puhumaan, kipua voidaan havainnoida tarkkailemalla potilaan eleitä, ilmeitä, asentoa, ääntelyä ja hengittämistä. Lisäksi kivun arvioinnissa voidaan käyttää tukena erilaisia mittareita. Kipuun liittyen tulee arvioida sen voimakkuus, luonne, sijainti, ja milloin kipua esiintyy. Tämän lisäksi tulee arvioida, vaikuttaako se potilaan toimintakykyyn, liikkumiseen, nukkumiseen ja mielialaan, ja onko potilaalla tuntohäiriöitä ja läpilyöntikipua. Potilaan kipua voidaan helpottaa sekä lääkkeellisesti, että lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien, kuten asento- ja liikehoidon avulla. Kivun hoidossa voidaan käyttää opioideja, tulehduskipulääkkeitä tai epilepsia- ja masennuslääkkeitä. Jos nielemisessä on vaikeuksia, potilasta voidaan lääkittää antamalla kipulääkkeitä suun limakalvoille, ihoon tai ihon alle.

Kivun hoito on usein iäkkäiden saattohoidossa alihoidettua ja vahvojen kipulääkkeiden antamista aristellaan turhaan. Kipu tulee arvioida säännöllisesti ja se kirjataan. Pitää kuitenkin muistaa, ettei kaikilla kuolevilla ole kipuja ja sekin on hyvä kirjata. Kipulääke valitaan kivun voimakkuuden ja kivun laadun mukaan. Kivun hoidossa kirjataan kivun laatu, sijainti, esiintymisaika, läpilyöntikipun esiintyminen, lääkitys ja sen vaikuttavuus. Läpilyöntikipulla tarkoitetaan kipua, joka äkillisesti ja hetkellisesti voimistuu, vaikka kipulääkitys on jo käytössä.

Läpilyöntikipuun pitää olla myös nopeasti vaikuttavaa lääkettä, mitä voidaan antaa aina tarvittaessa. Jos asukkaalla on kipuja, kipulääkityksen tulee olla säännöllistä eikä vain tarvittaessa annettavaa. Kipulääkkeen riittävyttä voidaan arvioida seuraamalla kivun voimakkuutta ja läpilyöntikipuun käytettyä lääkemäärää vuorokaudessa. Parasetamoli on peruslääke lievään kipuun, kohtalaisessa kivussa käytetään mietoja ja keskivahvoja opioideja ja kovassa kivussa vahvoja opioideja. Vahvan opioidin rinnalla ei parasetamolista ole hyötyä, mutta jos potilas kokee siitä hyötyvänsä, voidaan sitä käyttää rinnalla säännöllisesti tai tarvittaessa. Miedon opioidin yhdistäminen parasetamoliin tai tulehduskipulääkkeeseen saattaa lievittää kipua paremmin kuin parasetamoli tai tulehduskipulääke yksinään käytettyinä.

Kivunhoito edellyttää hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa kivun tunnistamisessa. Etenkin muistisairaana kivun tunnistaminen saattaa olla haasteellista, ellei hän kykene sitä enää itse

kertomaan. Kivun merkkejä saattaa olla levottomuus, ärtymys, kohonnut pulssi ja hikisyys. Kasvojen ilmeiden, eleiden, ääntelyn, kehon ja raajojen liikkeiden sekä tunnetilan tulkinta on tärkeää kivun tunnistamisessa.

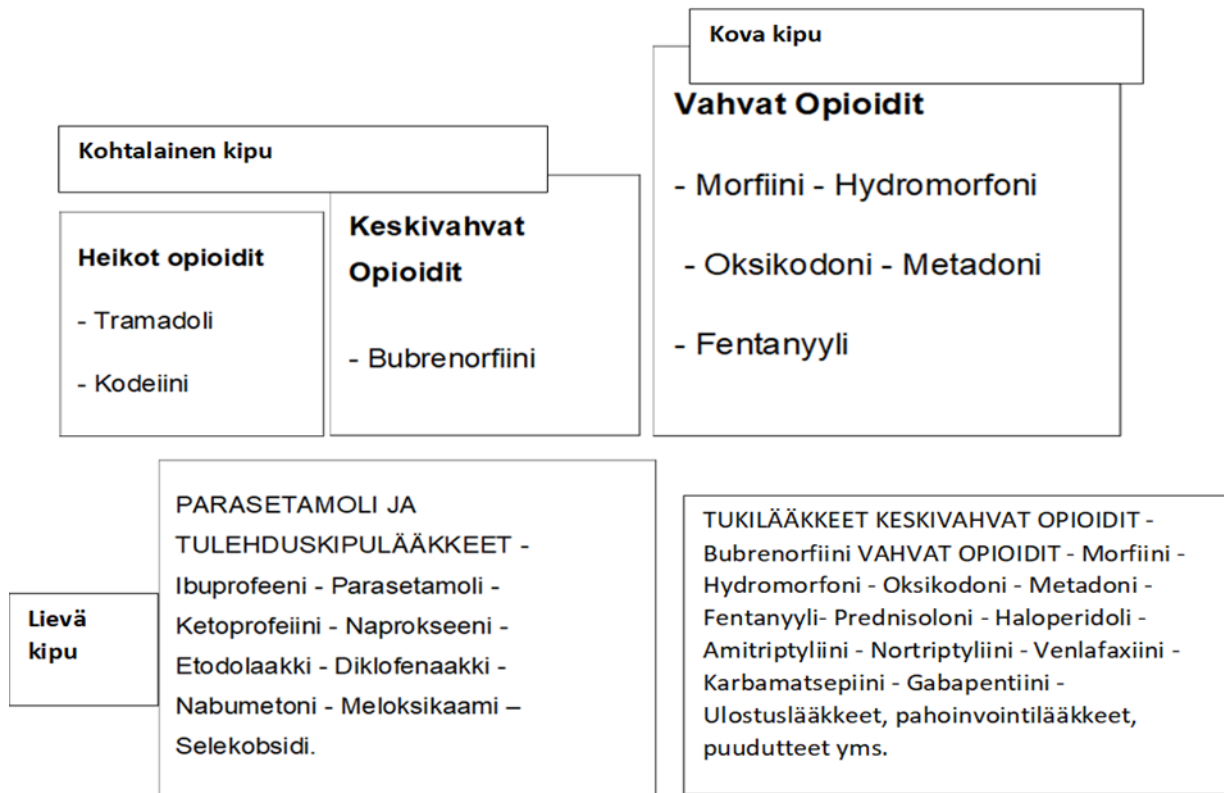
Lääkehoidon suunnittelusta vastuu on lääkärillä, hoitohenkilökunnan vastuulla on lääkehoidon toteutus sekä vaikuttavuuden arviointi, myös lääkäri arvioi lääkehoidon vaikuttavuutta hoitohenkilökunnan kirjausten perusteella. Sairaanhoidajan ja lähihoitajan tehtävissä voi olla eroavuuksia lääkehoidon toteutuksessa, mutta molemmilla on kuitenkin yhtä suuri vastuu lääkehoidon arvioinnissa ja sen kirjaamisessa. Sairaanhoidajaa ei ole aina työvuorossa ja silloin vastuu lääkehoidosta on lähihoitajalla. Asukkaan kipuun on reagoitava heti, eikä vastuuta siirretä toisille hoitajille tai odoteta sairaanhoidajan työvuoroon tulemistä. Arkisin asukkaiden lääkehoidosta on vastuussa omalääkäri, viikonloppuisin ollaan tarvittaessa yhteydessä päivystyksen lääkäriin. Kipulääkityksen anto pitää tehdä asukkaalle mahdollisimman helpoksi. Suun kautta toteutettuna lääkehoito on yksinkertaisinta, mutta se ei monesti ole enää mahdollista suun kuivuuden ja huonon nielemisen seurauksena. Kipulääkitys voidaan toteuttaa kipulaastarina, jolloin on muistettava, ettei vaikutus ala heti ja lääkeaineen imeytyminen saattaa olla heikkoa kuihtuneella vanhuksella. Kipulääkitystä voidaan toteuttaa myös suppona tai liuoksena. Kipulääkettä voidaan antaa myös pistoksena ihon alle tai lihakseen. Vahvaa opioidia on saatavana myös nenään annettavana suihkeena, minkä vaikutus alkaa nopeasti. Lääkäri valitsee aina sopivan kipulääkkeen

4. Lääkehoito

Kivun hoito aloitetaan usein tulehduskipulääkkeellä (esim. Burana, Ketorin, Naprometin jne.) ja joskus tämä on riittävä lääkitys kipuun. Tämän ryhmän lääkkeillä on tietty kattoannos, minkä jälkeen teho ei enää lisääny. Tavanomaisten särkylääkkeiden lisäksi voidaan käyttää teholtaan voimakkaampia ns. keskivahvoja morfiinin kaltaisia lääkkeitä. Myös niillä on kattoannos. Niiden sivuvaikutuksista yleisimmät ovat pahoinvointi, ummetus ja tokkuraista oloa. Morfiinin kaltaisia kipulääkkeitä on useita ja niitä voidaan annostella eri tavoin. Lääkehoidosta päättää aina lääkäri. Hoitaja ei voi itse muuttaa lääkemääräyksiä.

5. Lääkkeelliset kivun hoidon menetelmät

Lääkkeelliset kivunhoidon menetelmät



5.1. Antibioottihoito saattohoidossa ja niiden käyttö oirehoitona

Elämän loppuvaiheessa antibioottien käyttö tulee arvioida huolella. Antibiootit ovat bakteeri-infektioiden hoitoon käytettäviä lääkeaineita. Viruksiin ne eivät tehoa. Bakteeri-infektioiden antibioottihoidolla voidaan paitsi hoitaa itse infektiota, myös lievittää infektiosta aiheutuvia oireita.

Pitkälle edenneessä sairaudessa antibioottihoidon tarve tulee arvioida huolella, ja sen tavoite tulee olla puhtaasti oireita lievittävä, kuten esimerkiksi virtsatieinfektion yhteydessä. Antibioottien vastuuntunnon käyttö voi lisätä vastustuskykyisten bakteerikantojen lisääntymistä hoitoyksikössä ja altistaa potilaan entistä hankalammille infektioille.

5.2. Suonensisäinen antibioottihoito

Suonensisäisesti annetun antibiootin kanssa potilas saa myös lisänesteytystä. Suonensisäisellä nesteytyksellä kuolemaa lähestyvän potilaan turvotukset ja pahoinvointi voivat lisääntyä ilman, että kokonaistilanne paranee tai oireisiin saataisiin lievitystä. Suonensisäinen lääkkeenanto levottomalle tai sekavalle potilaalle voi myös johtaa potilaan tarpeettomaan rajoittamiseen, esimerkiksi käsien sitomiseen, mikä ei kuulu hyvään saattohoitoon.

5.3. Lääkehoidon kokonaisarvio saattohoidossa ja lääkityksen yksinkertaistaminen

Elämän loppuvaiheessa lääkitys yksinkertaistuu ja keskittyy lopulta pelkästään oirelääkitykseen. Potilaan arvioitu elinaika vaikuttaa lääkehoidon tarpeellisuuteen ja hoitotavoitteisiin. Saattohoitovaiheessa sairauden edetessä elimistön toiminnot hiipuvat, jolloin lääkevaikutukset elimistössä voivat voimistua. Elimistön hiipuvat voimavarat eivät pysty enää tehokkaasti kompensoimaan lääkehaittoja, ja hauraat potilaat ovat aiempaa herkempiä lääkehaitoille.

Mitä lähemmäs kuolemaa mennään, sitä enemmän lääkitys yksinkertaistuu keskittyen lopulta pelkästään oirelääkkeisiin ja varmistaen potilaan levollisen ja kivuttoman olon. Lääkityksiä ei kuitenkaan tule muuttaa omatoimisesti, vaan lääkäri arvioi lääkityksen ja tekee päätökset.

5.4. Arvioidun elinajan vaikutus lääkehoitoon

Potilaan arvioitu elinaika vaikuttaa lääkehoidon tarpeellisuuteen. Potilaalla saattaa olla vanhastaan käytössä useita lääkkeitä, jotka ovat aloitettaessa katsottu hyödylliseksi oletettaessa, että potilaalla on elinaikaa vuosia tai vuosikymmeniä. Elinaikaodotteen muuttuessa vuodeksi, kuukausiksi tai viikoiksi tällaisten lääkkeiden tarpeellisuus tulee arvioida uudelleen kuten mm kolesterolilääkkeet ja osteoporoosilääkkeet.

Elinaikaodote saattaa muuttaa myös lääkkeen hoitotavoitteita, koska sairauden hoidossa ei enää tarvitse huomioida tulevien vuosien haittariskiä. Esimerkiksi diabeteksen hoidossa on

vaarallisten matalien verensokeritasojen välttämiseksi turvallisempaa tavoitella hieman korkeampia verensokeriarvoja kuin ihannearvot. Myös sydän- ja verenpainelääkityksiä usein kevennetään, koska elämän loppuvaiheessa verenpaine on ennemminkin matala, mikä lisää kaatumisriskiä.

6. Palliatiivinen sedaatio

Sedaatiolla tarkoitetaan tajunnantason tietoista alentamista lääkkeillä niin, että potilas on rauhoittunut tai kevyessä unessa. Saattohoidossa sedaatiota voidaan käyttää tilapäisenä hoitona tai lähellä kuolemaa jatkuvana hoitona kuolemaan asti. Sedaation syvyyden määrittelee potilaan oireet. Kevyessä sedaatiossa potilas on unelias, mutta puheella heräteltävissä. Syvemmässä sedaatiossa potilas on jatkuvassa unessa.

6.1. Sedaation aiheet

Sedaatiota voidaan käyttää, jos potilaalla on sietämätön oire, jota ei saada helpotettua, vaikka kaikki voitava on tehty. Syynä on useimmiten vaikea hengenahdistus, levottomuus tai henkinen kärsimys, kipu tai pahoinvointi. Joskus syynä voi olla akuutti verenvuototilanne. Ennen sedaation aloitusta huolehditaan siitä, että kaikki muu voitava potilaan oireiden lievittämiseksi on tehty. Sedaation aloituksesta keskustellaan potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Jos potilas ei enää itse kykene tahdonilmaisuuksiin hoidosta, lääkäri tekee hoitopäätöksen keskusteltuaan läheisten kanssa siitä, mitä potilas olisi todennäköisesti toivonut tilanteessa tehtävän.

6.2. Sedaation kesto ja hoito sedaation aikaan

Sedaation kesto vaihtelee potilaan tarpeen mukaan. Joskus riittävää voi olla lyhytaikainen sedaatio esimerkiksi yöksi, jolloin lääkkeen avulla päästään tukalan olon yli. Sedaatio voi myös olla esimerkiksi muutaman päivän kestoista, jonka jälkeen hoito jatkuu muilla

oirelääkkeillä, tai sitten potilas voidaan sedatoida viimeisiksi elinpäiviksi aina kuolemaan asti. Sedaatiota kuolemaan asti voidaan käyttää, kun kuolema on lähellä (elinaikaennuste päiviä). Silloin sedaatio mahdollistaa potilaan rauhallisen luonnollisen kuoleman perustautiinsa. Sedaatio ei siis ole kuolinapua eikä potilas kuole annettuun lääkkeeseen, vaan sairauteensa unen aikana.

Sedaation aikana kipulääkkeen ja muiden tarpeellisten oirelääkkeiden antaminen jatkuu edelleen. Sedaation aikana huolehditaan hyvästä oireseurannasta ja potilaan hyvästä hellästä perushoivasta. Myös läheisistä huolehditaan. Läheisille sedaatiopäätös voi olla helpotus, jos edeltävästi on ollut vaikeita oireita. Samalla siihen voi kuitenkin liittyä isoa luopumisen surua tilanteen rauhoittumisen tuodessa surulle tilaa.

7. Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät

Saattohoidossa käytetään lääkkeettömänä kivunhoitona asennon muuttamista, lämpö ja kylmäpusseja, hierontaa ja rentouttavaa musiikkia. Kivunhoitoon kuuluu myös kuolemaan liittyvän ahdistuksen, masennuksen tai levottomuuden hoitaminen. Lääkkeettömistä keinoista ovat silloin avuksi potilaan läheisten ja hoitavan henkilökunnan tukea antava läsnäolo. Koskettaminen on vuorovaikutustilanne, jossa läsnäololla ja tietoisella kosketustekniikalla voidaan herättää toivoa ja antaa henkistä tukea. Muistisairaalle ihmiselle kosketus voi luoda turvallisuuden tunnetta. Sanallisen viestin tukena sillä voidaan palauttaa ihminen reaaliaikaan ja paikkaan. Edennyt muistisairaus vie vähitellen asukkaan omaan, suljettuun maailmaan.

8. Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukeminen

Saattohoitoon kuuluu ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen ja siihen sisältyy psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen. Psyykkiset oireet ilmenevät usein turvattomuuden tunteena, pelkona, masennuksena, ahdistuneisuutena ja levottomuutena. Näitä saattavat aiheuttaa

lääkehoito, kipu, hapenpuute, aineenvaihdunnan häiriöt, infektiot ja elimistön stressitila. Näitä oireita voidaan hoitotyössä helpottaa läsnäololla, koskettamisella ja keskustelulla.

Henkilökunnan tulee käytöksellään luoda kiireetön ilmapiiri, mikä luo asukkaalle ja omaisille turvallisen olon. Hoitoympäristön tulee olla mahdollisimman rauhallinen ja turvallinen ja mikäli mahdollista hoitajien tuttuja. Sekavuuteen ja levottomuuteen voidaan tarvittaessa antaa rauhoittavaa lääkitystä.

Tavallisimpia psyykkisiä oireita saattohoitopotilaalla on masennus ja ahdistuneisuus. Lähestyvä kuolema voi aiheuttaa potilaassa näitä tuntemuksia, ja niiden tunnistaminen sekä huomioiminen on hyvin tärkeää. Potilaalle tulee järjestää psyykkistä tukea. Keskustelu voi auttaa potilasta ahdistuksessa sekä tunteiden ja keskeneräisten asioiden kohtaaminen ja käsittely johtaa niiden selkiintymiseen. Hoitajan on hyvä olla valmis keskustelemaan potilaan hengellisistä näkökulmista, vaikka ne eivät kohtaisi omien aatteiden kanssa. On hyvä ottaa huomioon myös se, että potilas ei välttämättä halua keskustella omista hengellisistä asioista hoitajan tai omaisten kanssa, joten on tärkeää tarjota myös ulkopuolista apua.

8.1. Hengellisen hyvinvoinnin huomioiminen

Jokaisen asukkaan hengelliset tarpeet tulee selvittää ja arvioida sekä kirjata ne asukkaan tietoihin ja hoitotahtoon. Jos uskonto on ollut asukkaalle tärkeä elämän aikana, niin se on varmasti sitä myös kuoleman lähestyessä. Monet ihmiset, jotka eivät ole olleet uskonnollisia, pohtivat silti hengellisiä asioita elämän loppuvaiheessa. Hoitaja voi asukkaan toivoessa soittaa hänelle hengellistä musiikkia, lukea Raamattua tai muuta hengellistä kirjaa. Kaikki asukkaat eivät kuulu evankelisluterilaiseen kirkkoon.

Hoitajien on tärkeää ajoissa selvittää, mihin kirkkoon tai seurakuntaan asukas kuuluu, että tiedetään mihin tarvittaessa otetaan yhteyttä. Nämä asiat olisi hyvä aina selvittää jo uuden asukkaan tullessa taloon ja kirjata seurakunnan tiedot ylös, jos niitä mahdollisesti tullaan tarvitsemaan. Seurakunta tarjoaa palveluja asukkaiden hengellisiin tarpeisiin, mutta myös heidän läheisilleen ja hoitohenkilökunnalle.

8.2. Olemassaoloon liittyvää pohdinta asukkaan kanssa.

Eksistentiaalisten kysymysten ja elämän merkityksen etsimistä yhdessä asukkaan kanssa. Kokonaisvaltainen hoito on olennainen osa ikääntyvän, kuolevan sekä omaisen kohtaamista. Syvällinen ymmärrys ihmisen eksistentiaalisista kysymyksistä, arvoista ja vakaumuksesta on olennainen, jotta yksilön elämää ja hyvinvointia voidaan tukea ja ymmärtää myös kuoleman kohtaamisen kysymyksissä. Eksistentiaalinen kärsimys elämän loppuvaiheessa on tuskaisuuden ja ahdistuksen monimuotoisesti ilmenevä kokemus.

Kokemus voi kohdistua koko olemiseen ja ilmenee merkityksettömyyden tunteena ja voi johtaa hylätyksi tulemisen kokemukseen tai eristäytymiseen. Kuoleva voi tuntea epämukavuutta, joka aiheuttaa todellisen kokemuksen kaltaisen tilan omalle eheydelle. Tallaiseen kärsimykseen voi liittyä turvattomuutta, pelkoa kärsimyksen jatkumisesta ja ahdistusta tulevien päivien näyttäytymisestä ennustamattomana ja kontrolloimattomana.

Eksistentiaaliseen kärsimykseen vaikuttavat tekijät ovat esimerkiksi raihnaustuminen, sairauden aiheuttamat muutokset, toimintakyvyn laskeminen. Tulevaisuuden puuttumisen kokemus ja loppuelämän rajallisuus, olemisen päättyminen, kuolema tuhoaa kokemuksellisen minän ja kuolemaa ei voi ymmärtää. Kuoleman hetki, elämän päättyminen, kuoleman jälkeinen tila. Nämä kaikki aiheuttavat jossain määrin kärsimystä.

Hyvästien jättäminen ja läheiset, joihin liittyy muistot, eletty elämä, unelmat, olenko elänyt niin kuin olisin halunnut. Omaan olemiseen liittyvät merkitykset, elämän mielekkyys. Kaikki tällainen voi liittyä ekstentiaalisiin kysymyksiin.

Kuolevan asukkaan mieleen voi tulla ajatuksia esimerkiksi, kuka pitää huolta ja keneen voin luottaa. Ihmissuhteiden merkitys nousee pinnalle mahdollisesti. Rakastamisen ja hyväksytyksi tulemisen kokemus, hyväksytäänkö sellaisena kuin olen. Vuorovaikutukseen liittyvät asiat, tulenko ymmärretyksi ja otetaanko toiveet ja tahto huomioon. Miten minua kohdellaan, jos en pysty enää vaikuttamaan asioihini. Potilaan ehdoilla tehtävää toimintaa ja kun aika alkaa loppua, mikä on tärkeää nyt. Tällaisia asioita voi tulla eteen hoitotyössä, kun ihmisen elinpäivät alkaa olla vähissä.

8.3. Kulttuuristen tarpeiden ja toiveiden huomioiminen

Monille saattohoitopotilaille uskonto tuo lohdun ja turvan tunteen. Rukoileminen tai Raamatun tai muun pyhän kirjan lukeminen, virsien laulaminen ja muun ehtoollisen musiikin kuuntelu tuovat tukea potilaalle ja hänen omaisilleen. Hoitohenkilökunnan tulisi tarjota papin palveluja potilaalle ja hänen omaisilleen heidän halutessaan. Jokaisella eri uskonnon suuntauksella on omat tavat ja erityispiirteet, jotka tulee olla tiedossa, kun hoidetaan kuolevaa ihmistä. Tulevaisuudessa olemme tekemisissä lisääntyvissä määrin tekemisissä vanhusten kanssa, jotka kuuluvat eri uskontokuntiin ja olisikin hyvä tiedostaa jossain määrin heidän erityispiirteensä. Hoitotyöntekijällä tulee olla valmiudet kohdata hengellisiä kysymyksiä saattohoitotyötä tehdessä omasta vakaumuksesta tai vakaumuksettomuudesta riippumatta. Uskonnollisten kysymysten kohtaaminen tulee tapahtua potilaan ehdoilla ja potilaan tarpeista lähtien.

Evangelis-luterilaisuudessa kuolevan potilaan toiveita tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon. Jotkut potilaat kaipaavat yksityisyyttä, kun taas toiset haluavat olla muiden potilaiden seurassa. Pyrkimyksenä on tarjota rauhallinen ja hiljainen tila, jossa potilaalla on mahdollisuus keskustella sielunhoitajan kanssa. Kuoleman lähestyessä keskustelut ovat hyvin henkilökohtaisia ja luottamuksellisia.

Muslimien uskonnollisuus / toiveita kuoleman lähestyessä huomioidessa mahdollisuus keskustella uskonnollista asioita tulee tarjota. Kuolevalle on hyvä tarjota rauhallinen potilashuone ilman esittävä ihmis- tai eläinaiheista taidetta. Muslimille kuolema on vahvasti yhteisöllinen asia. Ihanteellinen kuolinpaikka on koti, jossa kuoleva on omaisten ympäröimä. Jos kuolema tapahtuu sairaalassa, toivotaan kuolevalle erillistä huonetta, jossa perheenjäsenet voivat olla läsnä yötä päivää. Myös sairaalassa on tärkeä huolehtia siitä, että kuoleva ei jää yksin. Jos hänellä ei ole omaisia, tulee paikalle kutsua joku islamilaisen yhteisön jäsen. Jos kuoleva haluaa kaikesta huolimatta kuolla yksin, tulee myös tätä toivetta kunnioittaa.

Juutalaisten uskonnollisuus kuoleman lähestyessä annetaan mahdollisuuksien mukaan huone, jossa ei ole muita potilaita. Juutalaisilla on uskonnollinen velvollisuus vieraila kuolevan potilaan luona ja hänelle luetaan Tooraa ja Psalmeja, myös uskontunnustus luetaan yhdessä kuolevan kanssa. Kuolemaa pidetään juutalaisuudessa luonnollisena asiana, maanpäällinen elämä on vain väliaikaista. Kuoleman kohdatessa sytytetään kaksi

kynttilää vainajan viereen ja pöydälle asetetaan vesilasi, jossa sielu uskotaan ”levähtävän”. Huoneen peilit myös verhotaan kiinni. Perhe ei jätä vainajaa yksin ennen hautaamista. Miesvainajan luona ovat miehet ja naisvainajan luona naiset.

8.4. Vuorovaikutus ja kohtaaminen kuolevan ihmisen hoitotyössä

Joillekin omaisille hoitajan hiljainen läsnäolo yhdessä potilaan vierellä on tärkeämpi asia kuin mitkään ääneen lausutut sanat. 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. Kuolemaa lähellä olevan ihmisen kohtaamisessa hoitajan, lääkärin, omaisen tai papin oma persoona on oleellisena tekijänä. Kohtaamiseen vaikuttaa se, miten on itse muodostanut suhteensa kuolemaan. Onko valmistautunut kohtaamaan oman kuolemansa.

Tieto oman tai läheisen kuoleman lähestymisestä koskettaa ihmisen olemassaolon perimmäisiä kysymyksiä. Se käynnistää kuolemaan valmistautumisen henkisen prosessin, joka jatkuu aina viime hetkeen saakka. Lääkäri tai hoitaja on useimmiten se henkilö, joka antaa tiedon lähestyvistä kuolemasta. Tämän viestin kertomiselle tulee varata rauhallinen paikka ja riittävästi aikaa, jotta potilas voi häiriintymättä keskustella lääkäriinsä tai hoitajan kanssa.

8.5. Omaisten tukeminen

Saattohoitoon kuuluu myös olennaisena osana omaisten tukeminen. Omaisille tulee antaa mahdollisuus osallistua läheisensä loppuvaiheen hoitoon. Henkilökunnan on syytä muistaa, että tukea tarvitaan silloin entistäkin enemmän, koska omaisten tukeminen ja tiedon antaminen ovat keskeinen osa-alue saattohoidossa. Aasukkaan voinnin huonontuessa, kaipaavat omaiset paljon tukea ja tietoa tilanteesta. Omaiset ovat voineet pitkään tiedostaa läheisensä huonon kunnan ja ymmärtää että ikääntyneelle kuolema on luonnollista, mutta kuoleman lähestyessä se voi kuitenkin tuntua pelottavalta ja lopulliselta. Omaiset saattavat tarvita useita keskusteluja ja tilanteen läpikäymisiä ennen kuin ymmärtävät tilanteen. Saattohoidossa olevan tilan huononeminen saattaa tulla yllätyksenä omaisille, vaikka huono tila olisi ollut tiedossa jo pitkään. Tämä saattaa johtaa ristiriitoihin henkilökunnan ja omaisten

kesken ja jopa hoitovirhe-epäilyihin ja siksi onkin tärkeää, että omaisia informoidaan tarpeeksi läheisen voinnista ja sen muutoksista. Omaisille soitetaan voinnin muutoksesta mieluummin liian aikaisin kuin liian myöhään. Heille kerrotaan rehellisesti lähestyvän kuoleman merkeistä, ettei esimerkiksi hengityksen muuttuminen säikäytä. Mikäli lähestyvistä kuolemasta aiheutuvat oireet eivät ole omaisille tiedossa, saattavat omaiset vaatia turhia toimenpiteitä helpottamaan kuolevan oloa.

Omaiset tarvitsevat usein ohjausta käytännön järjestelyissä kuoleman jälkeen. Omaisille annetaan mahdollisuus ottaa yhteyttä palvelukotiin myös kuoleman jälkeen, mikäli he haluavat keskustella hoitajien kanssa vielä asiasta mitä eivät ole huomanneet kysyä aikaisemmin. Tällä varmistetaan, ettei mieltä jää vaivaamaan jokin kuolemaan liittyvä asia.

8.6. Surevan omaisen kohtaaminen

Potilaalle sekä omaisille on vaikea hetki, kun parantavasta hoidosta luovutaan ja keskitytään hyvinvoinnin lisäämiseen oireenmukaisella hoidolla. Tässä vaiheessa potilaan ja omaisten tukeminen korostuu merkittävästi. Omaiset tarvitsevat myös keskustelua palliatiivisen hoidon sisällöstä ja sen merkityksestä. Palliatiivisessa hoidossa hoidetaan potilasta kokonaisvaltaisesti ja muistetaan, että vaikka parantavaa hoitoa ei enää ole, mutta on paljon mitä potilaan hyväksi voidaan vielä tehdä. Palliatiivisessa hoidossa keskitytään sen hetkiseen olotilaan ja vointiin, potilaan oireiden, tarpeiden ja toiveiden mukaan. Muistisairaiden palliatiivinen hoito saattaa kestää jopa vuosia.

Työvuorossa olevan hoitajan tulee ottaa sovitusti yhteys menehtyneen asukkaan lähiomaiseen. Puhelimessa esitetään osanotto ja kerrotaan, mitä on tapahtunut sekä annetaan lähiomaiselle mahdollisuus tulla hoivakotiin hyvästelemään omaisensa. Puhelinyhteydessä osapuolet ovat yhden aistin, äänen, varassa. Viestinnästä jopa 70 % on sanatonta, joten empaattisuus korostuu. Jokainen kuolema on ainutkertainen ja niin ovat läheisten toiveetkin. Vaatii herkkyyttä havaita toisten tarpeet. Surussa läheiset voivat toimia monin tavoin. Muista toimia itse joustavasti, rauhallisesti ja hallitse tilanne. Onnistunut viestintä edellyttää kykyä asettautua vastapuolen asemaan.

Läheisten saapuessa hoivakotiin yhdessä sovittuna ajankohtana, toista osanotto. Käy läpi poismenoon liittyvät sekä muut käytännön asiat. Läheisiä auttaa surutyössä, jos he saavat tietoa läheisensä viime hetkistä, vaikka kuulumiset olisivat hyvinkin ”arkisiakin”. Sen lisäksi

poisnukkunutta voidaan hoivakodissa kunnioittaa läheisten läsnä ollessa monin tavoin muistelupöytä, jossa esim. vainajan kuva, tekokukat, led-kynttilä ja valkoinen pöytäliina.

Seuraavan päivän päiväkahvien yhteydessä voidaan kunnioittaa poisnukkunutta ns. muisteluhetkessä, jossa voidaan lausua muistosanat. Muisteluhetken voi päättää esim. tietokoneelta tai cd-soittimelta soitettuun musiikkikappaleeseen. Musiikki voi olla klassista esim. Albinoni Adagio, Bach Air, perinteistä mm, Täällä Pohjan tähden alla, Niin kaunis on maa, virsi tai muu asukkaan persoonaan sopiva kappale, joka ei loukkaa läheisten tunteja tai vakaumusta. **Sopivaa musiikkia löytyy: <http://tuhkaksi.fi/musiikkia/>**

9. Lähestyvän kuoleman tunnusmerkkejä.

Aina ei ole helppo arvioida milloin kuolema on lähellä. Varsinkin pitkälle edenneen muistisairaana elinaikaa voi olla hankala arvioida, koska asukkaan vointi huononee yleensä pikkuhiljaa. Monisairaita vanhuksia hoidettaessa pitkäaikaishoidossa on syytä muistaa saattohoidollinen työtapa aina työskennellessä. Silloin kun toimintakyvyn parantaminen sekä kuntoutus eivät enää ole keskiössä, tulee keskittyä elämänlaadun parantamiseen oireiden mukaisella hoidolla. Kuolemaa ennustavia tekijöitä voivat olla uupumus ja tietoisuuden heikkeneminen, katse ei enää kohdistu ja nieleminen muuttuu hankalaksi. Hengitys muuttuu usein pinnalliseksi, äänekkääksi ja rohisevaksi, koska hengitysteihin kertyy limaa huonon nielemisen seurauksena. Hengityksessä saattaa myös esiintyä katkoja tai asukkaalla saattaa esiintyä hikkaa. Ääreisverenkierto heikkenee ja iho tuntuu viilleältä, varsinkin sormissa ja varpaissa. Iho voi myös muuttua kalpeaksi ja laikukkaaksi.

Lähestyvän kuoleman piirteitä

- Aktiivisuuden merkittävä väheneminen
- Ympäristöön kohdistuvan kiinnostuksen väheneminen
- Ruokahalun väheneminen
- Virtsanerityksen muutokset kuten virtsan tummuminen ja lakkaaminen, ulostuksen väheneminen

- Ruumiinlämmön laskeminen yli asteella tai vastaavasti kuume voi nousta korkeaksi.
- Verenpaineen romahtaminen
- Sydämen lyöntien tiheneminen ja epäsäännöllisyys, vaikeus löytää pulssia
- Hengityksen tiheneminen ja epäsäännöllisyys, pinnallisuus, rohina
- Kivuliaisuuden lisääntyminen
- Ihon värin muutokset, raajojen sinipunaisuus, kasvojen kalpeus, nenän terävöityminen
- Agitaatio, levottomuus
- Tajunnan hämärtyminen ja aistiharhat

10. Resurssit ja laatu saattohoitotyössä

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen mukaan. Ensisijaisena tavoitteena on hoidon laadun parantaminen elämän viime vaiheessa. Elämän loppuvaiheen hoidon laatua laaja-alaisesti ja monipuolisesti erityisesti iäkkäiden ihmisten palveluissa. Hoidon tuloksellisuus ja laatu ovat sidoksissa toiminnan päämääriin. Iäkkäiden ihmisten pitkäaikaishoidossa tavoitteena on turvata asiakkaan yksilöllinen elämä jäljellä olevaksi elinajaksi. Asiakkaan tarpeiden mukainen hoito ja palvelu sisältävät sekä mahdollisuuden parantua, toipua ja kuntoutua että oikeuden kuolla, kun aika on. Asiakkaan omien päämäärien ja elämäntilanteessa realististen tavoitteiden asettaminen on oleellinen osa koko hoitavan tiimin työtä, kaikki ammattikunnat mukaan lukien.

Hoidon ja toiminnan laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi henkilöstön ammattitaito, henkilöstön lukumäärä ja hyvinvointi, johtamisen osaaminen, käytettävissä olevat tilat ja välineet sekä kaiken kattavasti asenteet ja halu myönteiseen vuorovaikutukseen. Asetetut päämäärät toteutuvat tai jäävät toteutumatta sen mukaan millaiset prosessit, toimintatavat ja käytännöt yksikössä on luotu.

11. Yleiset periaatteet elämänloppuvaiheen hoidossa

Seuraavat yleiset periaatteet koskevat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä potilaan ja läheisten näkökulmasta.

- Potilas ja läheiset toiveineen huomioidaan päätöksissä ja suunnitelmissa.
- Osaava hoito tarjotaan kotiin tai palveluasumisyksikköön tai mahdollisimman lähellä kotia potilaan ja läheisten tarpeiden mukaisesti.
- Kiireellisten tilanteiden ratkaisu perustuu ennakoiviin päätöksiin ja henkilökohtaiseen hoitosuunnitelmaan.

Hoitoa antavan ammattihenkilön näkökulmasta

- Moniammatillinen yhteistyö ja verkostomainen toimintamalli tukevat hoitoa antavaa terveydenhuollon ammattihenkilöä.
- Mahdollisuus konsultaatioon on aina saatavilla.

Palvelujärjestelmän kannalta

- Päätökset ja suunnitelmat tehdään ennakoiden, ja ne ovat koko palveluketjun saatavilla.
- Tarvittaessa koko palveluketju osallistuu hoitoon oikea-aikaisesti.
- Alueelliset palveluketjukuvaukset laaditaan hoidon porrastuksen mukaisesti huomioiden paikalliset olosuhteet

12. Palliatiivisen hoidon laatuksiteerit

Sosiaali- ja terveysministeriön palliatiivista ja elämän loppuvaiheen hoitoa koskevassa ohjeessa määritellään palliatiivisen hoidon eri palvelujen laatuksiteerit. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen mukaan. Ensisijaisena tavoitteena on hoidon

laadun parantaminen elämän viime vaiheessa. Elämän loppuvaiheen hoidon laatua laaja-alaisesti ja monipuolisesti erityisesti iäkkäiden ihmisten palveluissa. Hoidon tuloksellisuus ja laatu ovat sidoksissa toiminnan päämääriin. Iäkkäiden ihmisten pitkäaikaishoidossa tavoitteena on turvata asiakkaan yksilöllinen elämä jäljellä olevaksi elinajaksi. Asiakkaan tarpeiden mukainen hoito ja palvelu sisältävät sekä mahdollisuuden parantua, toipua ja kuntoutua että oikeuden kuolla, kun aika on. Asiakkaan omien päämäärien ja elämäntilanteessa realististen tavoitteiden asettaminen on oleellinen osa koko hoitavan tiimin työtä, kaikki ammattikunnat mukaan lukien.

Hoidon ja toiminnan laatuun vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi henkilöstön ammattitaito, henkilöstön lukumäärä ja hyvinvointi, johtamisen osaaminen, käytettävissä olevat tilat ja välineet sekä kaiken kattavasti asenteet ja halu myönteiseen vuorovaikutukseen. Asetetut päämäärät toteutuvat tai jäävät toteutumatta sen mukaan millaiset prosessit, toimintatavat ja käytännöt yksikössä on luotu.

LAATUKRITEERIT

1. Asiakkaan ajantasainen hoitotahto on hoitohenkilöstön tiedossa. Tämä edellyttää hoitotahdon selvittämistä asiakkaalta itseltään ja tarvittaessa hänen edustajaltaan. Asiakkaan kirjalliset tai suulliset ilmaisemat hoidon rajaukset kirjataan hoitokertomukseen. Tahdon mahdollista muutosta seurataan.
2. Asiakas kokee saaneensa riittävästi tietoa terveydentilastaan ja ennusteestaan sekä tukea palvelujen saannin aikana. Hän kokee tehtyjen päätösten olleen tahtonsa sekä etunsa mukaisia ja hänen toiveensa on otettu huomioon
3. Asiakas kokee saaneensa tarvitessaan apua fyysisiin, psyykkisiin ja psykososiaalisiin tarpeisiinsa.
4. Omainen tai läheinen on (asiakkaan tai potilaan niin salliessa) perillä asiakkaan tai potilaan voinnista ja lääketieteellisestä tilanteesta sekä ennusteesta ja hoitosuunnitelma on laadittu yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä edellyttää, että omainen tai läheinen on myös osallistunut hoitoneuvotteluihin, missä hänelle on annettu tietoa asiakkaan tilanteesta ja häntä on kuultu asiakkaan edustajana ja omaisena tai läheisenä. Henkilöstöllä on tiedossa omaisen tai läheisen tiedonsaantitoiveet koskien mahdollisia tilanteen muutoksia. Työntekijät tietävät millainen virallinen rooli omaisella tai läheisellä on edunvalvojana tai edunvalvontavaltuutettuna. Henkilöstö ymmärtää omaisen tai läheisen tuen tarpeen ja vastaa siihen.

5. Jokaisella asiakkaalla on yksilöllinen elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma, jossa hoidon tavoitteet on määritetty ja jonka päämäärä perustuu asiakkaan hoitotahtoon, hänen terveydelliseen tilaansa ja hänen lääketieteelliseen ennusteeseensa. Päivitys tapahtuu tilanteen oleellisesti muuttuessa.
6. Elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa on käsitelty hoitoneuvottelussa.
7. Elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman olemassaolo ja päivittämispäivämäärät on kirjattu kriittisiin asiakastietoihin ja löydettävissä (asiakkaan niin salliessa) kaikissa hänen käyttämässään sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä.
8. Palliatiivinen hoitolinjaus on kirjattu viimeistään siinä vaiheessa, kun kuolemaan johtavien sairauksien lisäksi toimintakyky on menetetty. Ikääntyneiden ihmisten palveluita saavilla henkilöillä, kotihoidossa, palveluasumisessa ja laitoshoidossa, toimintakyvyn vajauksen syveneminen perussairauksien edetessä ennakoi lähestyvää elämän päättymistä. Asiaan vaikuttavat toki perus- ja oheissairauksien epävakaumus ja vaikeusaste.
9. Toimintayksikössä osataan tunnistaa lähestyvä kuolema
10. Tavalliset lähestyvään kuolemaan liittyvät fyysiset oireet osataan hoitaa omassa toimintayksikössä (esimerkiksi kipu, hengenahdistus, rohina, kuiva iho tai suu, ummetus, oksentelu, vähäinen verenvuoto, masennus tai ahdistuneisuus).
11. Henkilöstöllä on lääkkeiden antamiseen liittyvät luvat. Iäkkäiden ihmisten palveluissa valtaosa hoitohenkilöstöstä on perus- tai lähihoitajia, joilla lääkekoulutus ei välttämättä ole sisältynyt peruskoulutukseen. Kuoleman lähestyessä lääkkeellisen hoidon tarve oireiden hallinnassa yleensä kasvaa. Toimintayksikön esihenkilö vastaa siitä, että henkilöstöstä riittävä osa on saanut lääkekoulutuksen sekä lääkkeiden jakamiseen ja antamiseen tarvittavat luvat. Se tarkoittaa, että organisaatiossa on kaikissa työvuoroissa, mukaan lukien yö, saatavilla työntekijä, jolla on osaaminen ja luvat vahvojen kipulääkkeiden antamiseen. Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa laadittaessa ja päivitettäessä huolehditaan siitä, että tarvittavat lääkkeet ovat saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina. Lääkkeiden puuttuminen ei saa johtaa päivystyspoliklinikan tai sairaalan tarpeettomaan käyttöön, eikä pitkittyneeseen odotteluun (esim. odotellaan kotisairaalan henkilöstön tuloa kipulääkkeiden antamiseen).
12. Tavalliset lähestyvään kuolemaan liittyvät psykososiaaliset oireet osataan tunnistaa ja hoitaa sekä vastata kuolevan ihmisen eksistentiaalisiin tarpeisiin omassa yksikössä tai asiantuntija on saatavissa omaan yksikköön. Lähestyvään kuolemaan voi liittyä nimetöntä ahdistavaa oloa tai olemassaolon päättymisen tiedostamisen aiheuttamaa tuskaisuutta. Nämä voivat liittyä tai olla liittymättä elämäkatsomukseen tai uskonnolliseen vakaumukseen. Yksilötasolla arjen toimintojen yhteydessä tapahtuva herkkä havainnointi koskien asiakkaan mahdollista ahdistuneisuutta ja

asiasta suoraan kysyminen on ammattiosaamista. Yksikkötasolla esihenkilö huolehtii siitä, että psykososiaalisista asioista on tapana kysyä ja ne muistetaan tuoda esiin hoitoneuvottelussa. Jos oma osaaminen ei riitä, henkilöstö tietää mistä ja miten ulkopuolinen asiantuntija-apu on saatavissa. Kannattaa pitää mielessä, että asiakkaan kuolemaa edeltävä lisääntyvä levottomuus voi olla merkki fyysisestä, psyykkisestä, tai hengellisestä ahdingosta.

13. Yksikön lääkärin neuvot ja apu on saatavissa joka päivä virka-aikaan puhelimitse, ja käynti paikan päälle on mahdollista järjestää samana päivänä virka-aikaan. Yksikön oman lääkärin neuvojen ja avun saatavuus vähintään puhelimitse virka-aikaan on sekä julkisten että yksityisten palveluiden minimivaade. Hyvä kirjaamiskäytäntö, erityisesti ennakoiva hoitosuunnitelma edistää sujuvaa ja oikeaan osuvaa päätöksentekoa.

14. Organisaatio on nimennyt palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon perehtyneen hoitajan. Hänen neuvonsa ja apunsa on saatavissa joka päivä virka-aikaan ja käynti on mahdollista järjestää yhden vuorokauden kuluessa.

15. Lääkärin neuvot ja apu on saatavissa puhelimitse virka-ajan ulkopuolella yllättävissä (elämän loppuvaiheen ennakoivan hoitosuunnitelman ulkopuolelle jääneissä) saattohoitoa koskevissa tilanteissa.

16. Kotisairaalan hoitaja (ja eri sopimuksella lääkäri) on konsultoitavissa virka-aikana. Kotisairaala on omien potilaidensa asioissa konsultoitavissa ja käynti järjestettävissä myös virka-ajan ulkopuolella. Kotisairaalan palvelujen saatavuus tarpeen mukaan on toimivan saattohoidon kivijalka. Taipumus oireiden arvaamattomaan pahenemiseen ja monimuotoisuuteen voi edellyttää kotisairaalan erityisosaamista. Kaikki asiakkaat eivät näitä palveluja kuitenkaan tarvitse. Yksilöllisessä ennakoivassa hoitosuunnitelmassa voidaan kirjata mahdollinen kotisairaalapalvelujen tarve vielä elämän loppuvaiheessa ja sopia toimintatavat valmiiksi ja yksikön prosessien suunnittelussa voidaan kotisairaalan käytöstä ja toimintatavoista sopia myös yllättävien tilanteiden varalta. Jos käytettävissä on liikkuvan sairaalan palvelut, kotisairaalan ja liikkuvan sairaalan välisestä työnjaosta sovitaan erikseen.

17. Oman vakaumuksen mukainen psykososiaalinen ja eksistentiaalinen tuki on saatavilla asiakkaille. Evankelisluterilaisen kirkon järjestämää tukea on mahdollista saada iäkkäiden ihmisten palveluissa. Myös muilla uskontokunnilla ja erilaisia maailmankatsomuksia edustavien ihmisten järjestöillä on omat palvelujärjestelmänsä ja toimintatapansa elämän loppuvaiheessa. Kulttuurisensitiivisen tuen järjestämiseen varaudutaan ennakolta ja valmius kirjataan myös ennakoivaan hoitosuunnitelmaan asiakastietojärjestelmässä.

18. Työnohjaus on saatavilla henkilöstölle. Osaamisen turvaamisen onnistuminen elämän loppuvaiheessa näyttäytyy asiakkaiden akuuttipalvelujen käytössä. Asiakkaan voinnin muuttuessa

käännyttään ensisijaisesti oman toimintayksikön osajien puoleen ja hyödynnetään elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa. Jos ongelma on odottamaton, hyödynnetään kotisairaalan tai liikkuvan sairaalan tähän tarkoitukseen sovittuja palveluita. Yhdessä heidän kanssaan harkitaan, onko päivystyspalveluista asiakkaalle ylipäätään hyötyä.

19. Yksityisyys, kuten oma huone, on järjestettävissä asiakkaan tai potilaan niin halutessa viimeistään saattohoitovaiheessa (tämä riippuu yksiköstä). Meillä kaikilla omat huoneet.

20. Läheisen yöpyminen asiakkaan tai potilaan luona on tarvittaessa järjestettävissä viimeistään saattohoitovaiheessa.

21. Asiakkaan tai potilaan hoidossa tarvittava hoito- ja apuvälineistö kuten happi- tai imulaite tai painehaavan ehkäisyyn ja hoitoon tarvittavat välineet ovat saatavilla. Elämän viimeisimmässä vaiheessa happilaitteesta on harvoin hyötyä. Siitä voi olla jopa haittaa. Hyvällä asentohoidolla ja viileällä ilmavirralla helpotetaan vointia. Imulaitteen käyttö voi aiheuttaa enemmän kärsimystä kuin hyötyä. Molempien käyttö edellyttää harkintaa, mutta on hyvä olla saatavilla. Painetta lievittävät apuvälineet ovat välttämättömyys.

22. Kuoleman tapahtuessa työntekijät tietävät haluaako ja voiko läheinen tai läheiset tulla paikan päälle. Edesmenneen ihmisen läheiset kaipaavat mahdollisuutta olla läsnä kuoleman tapahtuessa ja keskustella tapahtumien kulusta. Tilanteen hyväksymiseen voi kulua aikaa ja läheinen voi kaivata tukea ja lohdutusta. Kulttuurisensitiivistä ja perhekeskeinen lähestymistä noudatetaan prosessin aikana. Asumisyhteisössä kuten palvelutalossa tai laitoshoidossa on hyvä olla sensitiivinen myös hoitoyhteisön ja muiden asukkaiden tunteille.

23. Kuoleman tapahduttua edesmennyttä henkilöä kohdellaan ihmisenä ja kunnioittaen. Läheiselle annetaan aikaa hyvästelyyn. Hänen jaksamistaan tiedustellaan ja hänelle annetaan mahdollisuus puhua tunteistaan ja tapahtumien kulusta vielä myöhemminkin. Läheiselle tarjotaan mahdollisuutta vastata kyselyyn vuorovaikutuksen ja hoidon onnistumisesta. Kuoleman tapahduttua vainajan läheiset tarvitsevat tukea ja lohdutusta silloinkin, kun kuolema on odotettu. He tarvitsevat tietoa virallisista toimenpiteistä ja siitä odotetaanko heiltä jotakin. Läheiset saattavat haluta tietää tarvitaanko ruumiinavaus ja missä vainajaa säilytetään. Kiireettömät viralliset asiat voidaan käydä läpi seuravana arkipäivänä. Tuolloin läheiselle tarjotaan lisätietoa käytännön asioiden hoitamiseen liittyvistä asioista kuten hautausjärjestelyjen käynnistämisestä. Opasmateriaalia tarvittavista toimista ja niihin liittyvistä yhteystiedoista on hyvä olla olemassa painettuna.

13. Laatuindikaattoreiden käyttöehdotukset toimintayksikölle

Laitoshoitoa, tehostettua ja tavallista palveluasumista sekä kotihoidon palveluja käyttävillä iäkkäillä ihmisillä on korkean iän lisäksi lähes kaikilla yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus, joista yleisin on jokin muistisairaus. Tältä osin valtaosa asiakkaista täyttää palliatiivisen hoidon kriteerit. Kuoleman läheisyys kuitenkin vaihtelee päivistä vuosiin ja elinikä voi olla oletettua pitempi vielä silloinkin, kun sairaus on edennyt jo pitkälle. Tämän vuoksi lähestyvän kuoleman tunnusmerkkien havaitsemisella on vaikutus annettavaan hoitoon.

Lyhyen elinennusteen tunnusmerkeiksi tiedetään esimerkiksi toimintakyvyn romahtaminen, nielemisvaikeudet, sekavuus, vakavat infektiot ja painehaavat. Kaikkia noita ennusmerkkejä kirjataan säännöllisesti RAI-järjestelmään.

Elämän loppuvaiheen yksilöllinen ennakoiva hoitosuunnitelma kannattaa ottaa osaksi muutenkin laadittavaa yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. Siihen on hyvä kerätä lääkärin ohjeet ja kirjata mitä reseptejä on kirjoitettu lähestyvän kuoleman varalta. Ennakoivaa suunnitelmaa päivitetään aina voinnin oleellisesti muuttuessa. Elinajan ennusteen lyhenemisen ja lähestyvän kuoleman tunnusmerkkejä kannattaa hyödyntää hoidon rajauksia harkitessa ja ennakoivaan hoitosuunnitelmaa päivitettäessä. Laatuindikaattorit ohjaavat asiakkaan tilan arviointia ja voinnin seurantaan asiakkaan edun mukaisen hyvän hoidon laadun suuntaan.

14. Pihlakartanossa

14.1. Loppuvaiheen elämä yksikössä

Asukkaalla on oikeus asua loppuun asti yksikössä. Omaisilla on oikeus olla asukkaan luona halutessaan ympärivuorokauden elämänloppuvaiheessa. Hoitolinjauksista keskustellaan ajoissa lääkärin ja omaisten kanssa. Tarvittavat lääkkeet annetaan oikea-aikaisesti. Jos omaiset ovat estyneitä olemaan kuolevan ihmisen vierellä, niin hoitajat pyrkivät olemaan läsnä.

Hoitajien tavoitteena on paras mahdollinen loppuelämä asukkaalle. Asukkaan tulee voida elää vanhuutensa viimeiset ajat ilman kipuja omassa kodissaan. Tavoitteena on, ettei asukasta siirretä enää mihinkään ja tarvittaessa kotisairaala on apuna loppuvaiheen hoidoissa. Jos asukas ei itse kykenen ilmaisemaan tahtoaan hoidon suhteen, keskustellaan omaisen kanssa hoitolinjoista

14.2. Kuoleman jälkeinen toimintatapa ja omaiselle ilmoittaminen

Asukkaan kuoleman jälkeen tehdään ilmoitus lääkärille/takapäivystäjälle. Täytetään Pihlajalinnan lääkäripalveluiden kuolemantoteaminen lomake, joka vainajan mukana Y-talolle. Liittinä toiminta ohje lopussa. Jos vainajalta on sydämentahdistin, ilmoita toteavalle lääkärille. Nykyisen ohjeen mukaan tahdistin poistetaan aina, mahdollisen polttohautauksen vuoksi. Jos asukkaalla on Kestokatetri ja iv-kanyyli, annetaan niiden olla, kunnes lääkäri antaa luvan poistaa ne. Mikäli tulee ruumiinavaus, katetreja ja mahdollisia kanyyleja ei saa poistaa, eikä muitakaan toimenpiteitä saa tehdä. Vainaja on niissä vaatteissa missä on kuollut.

Omaiselle ilmoitetaan kuolemasta. Jos omaiset eivät ole asukkaan luona, katso Hilkasta, kuinka on sovittu toimintatavat. Yöllä tapahtuneet pois nukkumiset ilmoitetaan omaiselle heidän kanssaan sovitun käytäntönsä mukaan.

14.3. Vainajan laitto Pihlakartanossa

Vainajan laitto suoritetaan omassa huoneessa. Pyritään saamaan vainaja mahdollisimman luonnollisen ja oman näköiseksi. Kunnioitetaan vainajaa persoonana aivan kuin hän näkisi ja kuulisi yhä. Exitus-settejä löytyy vastaavan hoitajan varastosta. Vainajaa on laittamassa aina kaksi hoitajaa ja omainen saa osallistua halutessaan. Hoitajat laittavat muoviesut eteen ja vinyylikäsineet käteen. Tarvittaessa puhdistetaan eritteet pois ja laitetaan vaippa. Hammasproteesit suuhun, jos ne saa laitettua nätisti. Suljetaan silmät ja laitetaan kostutetut harsotaitokset silmien päälle. Otetaan pois sormukset, kaulaketjut, korvakorut, laitetaan ne kirjekuoreen ja annetaan omaiselle, omainen kuittaa ne saaduksi. Pää tuetaan suoraan,

pään alle voi laittaa esim. pyyhkeen rullattuna tueksi. Suu kiinnitetään kiertämällä joustoside pään ympärille, että suu ei jäisi auki.

Vainaja puetaan setissä olevaan vaatteeseen tai omaisten tuomaan asuun, mikäli vainaja on esittänyt toiveen omista vaatteista. Kädet asetetaan vartalon myötäisesti. Liina kasvojen ylle. Laitetaan kertakäyttölakana päälle ja sen päälle valkoinen kangaslakana. Kukka/kukkakimppu rinnan päälle. Kiinnitetään nimilappu hakaneulalla nilkkaan sidottuun harsonauhaan. Nimilappuun kirjoitetaan vainajan nimi, syntymäaika, kuolinpäivä- ja paikka, kotikunta. Tarkistetaan huoneen yleinen siisteys. Avataan ikkuna raolleen auki.

Pihlajalinnan lääkäripalveluiden kuolemantoteaminen lomake liitteenä lopussa.

Liite 1. Vainajan kunnioittava valmistelu Pihlakartanossa

OHJE: VAINAJAA KUNNIOITTAVA VALMISTELU

- Rauhoita mielesi: nyt ei ole kiire!
- Vainaja siistitään ja vaihdetaan puhdas lakana
- Paina vainajan silmäluomia kevyesti kostutetuilla pumpulilapuilla, jotta luomet painuvat kiinni (mahdolliset irtoproteesit jätetään suuhun, mikäli ne pysyvät suussa)
- Vainaja puetaan paitaan (exitussetti) tai omiin vaatteisiin (tarvittaessa puetaan vainajalle vaippa)
- Vainaja laitetaan selkäasentoon ja kädet asetetaan vartalon viereen tai rinnan päälle ristiin (huomio vainajan vakaumus ja hoitotahto)
- Kaunis tapa on asettaa vainajan rinnan päälle kukkia tai vihreä oksa.
- Ympäristö siistitään, tuuletetaan, pöydälle sytytetään kynttilä (talon ohjeet kynttilän polttamisesta)
- Läheisillä annetaan mahdollisuus hyvästellä vainaja kiireettömästi
- Läheisten kanssa on tärkeää puhua järjestelyihin liittyvistä asioista
- Sido ennen siirtoa vainajan kasvot leuan alta pään ympäri sideharsolla, niin että leuka jää kiinni (ellet ole sitä jo aiemmin tehnyt)
- Vainajan päälle levitetään ennen siirtoa peite tai valkoinen vainajan lakana, joita on saatavilla ristin kuvalla. Muita uskontokuntia huomioiden saatavilla on myös lakanoita ilman ristiä.
- Vainajan siirto toteutetaan paikkakuntakohtaisesti sovittujen käytäntöjen mukaisesti

Liite 2. Saattohoidon CHECK-LISTA Pihlakartanossa

HYVÄN SAATTOHOIDON TOTEUTTAMINEN/ CHECK-LISTA

Asukkaan nimi:

Omahoitajan nimi:

Hoidosta vastaava lääkäri:

Hoitoneuvottelu on toteutunut (päivämäärä):

Hoitoneuvottelun läsnäolijat:

Versio 03.04.15/EF

| HOIDON LINJAUKSET | Toteutunut |
|--|--------------------------|
| Asukkaalle on tehty saattohoitopäätös (lääkäri on päättänyt hoitolinjasta yhdessä asukkaan ja mahdollisesti omaisen/läheisen kanssa) joka on dokumentoitu asukastietojärjestelmään | <input type="checkbox"/> |
| Asukkaalla on DNR-päätös (päätös elvyttämättä jättämisestä) | <input type="checkbox"/> |
| DOKUMENTIT | Toteutunut |
| Asukkaalla on hoitotahto | <input type="checkbox"/> |
| Hoito- ja palvelusuunnitelma on päivitetty saattohoitopäätöksen laatimisen jälkeen | <input type="checkbox"/> |
| HOITOTYÖSSÄ HUOMIOITAVAA | |
| Asukkaalla sekä omaisilla on tiedossa hoidosta vastaavien henkilöiden nimet sekä yhteystiedot | <input type="checkbox"/> |
| Asukkaan fyysisiä oireita hoidetaan ja hoidon seuranta toteutetaan | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------|
| Asukkaan psyykkisiä oireita hoidetaan ja hoidon seuranta toteutetaan | <input type="checkbox"/> |
| Asukas on saanut tukea olemassa oloon liittyvään (eksistentiaaliseen) pohdintaan | <input type="checkbox"/> |
| Asukkaan hengellinen hyvinvointi on huomioitu | <input type="checkbox"/> |
| Asukkaan toiveet, tarpeet ja itsemääräämisoikeus on otettu huomioon hoidon toteutuksessa kaikissa vaiheissa (myös kulttuuriset tarpeet) | <input type="checkbox"/> |
| Omaiset on otettu huomioon sekä tarjottu mahdollisuus olla mukana saattohoidon kaikissa vaiheissa | <input type="checkbox"/> |
| KUOLEMA | |
| Asukkaan kuoleman jälkeen on toimittu yksikkökohtaisten ohjeistuksien mukaan | <input type="checkbox"/> |
| Asukkaan yhteyshenkilölle on ilmoitettu kuolemasta | <input type="checkbox"/> |
| Muiden asukkaiden kanssa on käsitelty asukkaan kuolema (esim. hiljainen hetki tai muistotilaisuus) | <input type="checkbox"/> |

Muut huomioni: _____

Liite 3. Ohjeistus miten toimia kuoleman tapauksissa.**OHJEISTUS MITEN TOIMIA KUOLEMAN
TAPAUKSISSA****SOITTO LÄHEISELLE**

ARKENA VIESTIÄ OMALÄÄKÄRILLE (NIKLAS KARLBERG PUH 050 5772504).

MUUNA AIKANA SOITTO PIHLAJALINNAN TAKAPÄIVYSTYS
NUMEROON 24 / 7 (puh. 020 7007070)

JA KERROTAAN, ETTÄ ASUKAS NUKKUNUT POIS

Poliisia ei ole tarve soittaa paikalle kuin äärimmäisen harvoissa tapauksissa (ei rutiininomaisesti) ja päätöksen poliisin soittamisesta tekee vastuulääkäripalvelun lääkäri, joko oma vastuulääkäri tai takapäivystäjä, riippuen siitä kumpi on tavoitettavissa.

VAINAJAN LAITTO, YLÄKERRASSA VARASTOSSA EXITUS-SETTEJÄ

TÄYTÄ DOCTAGON (liite 4) Kuoleman toteaminen ja ulkotarkastus:

- vainajan nimi, hetu
- exitus paikka (Seinäjoki), pvm ja aika

LOMAKE VAINAJAN MUKAAN PÄIVYSTYKSEEN.

SOITTO HAUTAUSPALVELU PÄIVI NISKALALLE puh. 050-3586079
(Soittoajat KLO 7-21)

**HE SIIRTÄVÄT VAINAJAN PÄIVYSTYKSEEN, JOSSA LÄÄKÄRI TOTEAA
KUOLEMAN.**

Liite 4. Lomake, joka laitetaan vainajan mukaan.



Kuoleman toteaminen ja vainajan ulkotarkastus

Pihlajalinnna Terveys Oy:n vastuulääkäripalvelu vastaa potilasta hoitavan yksikön lääkäripalvelusta. Alueen perusterveydenhuolto vastaa kuoleman toteamisesta, vainajan ulkotarkastuksesta ja mahdollisen sydämen tahdistimen poistosta.

- Jos kuoleman toteava lääkäri pitää oikeuslääketieteellistä kuolemansyyn selvitystä aiheellisena, hän ottaa yhteyden Pihlajalinnnan vastuulääkäripalvelun takapäivystäjään, puh: 020 7007070 (vain ammattikäyttöön).
- Pihlajalinnnan vastuulääkäripalvelun lääkäri vastaa lääketieteellisestä kuolemansyyn selvittämisestä ja kuolintodistuksen laatimisesta.
- Kuoleman toteava lääkäri tai Pihlajalinnnan vastuulääkäri ilmoittaa kuolemasta Digi- ja viestintävirastoon paikallisesti sovitun käytännön mukaan.
- Hoitaja/sihtööri yksikössä, jossa kuolema todetaan, lähettää valmiin lomakkeen faksilla (09 42471221) tai turvasähköpostilla (vlp.koordinaattori@pihlajalinnna.fi) Pihlajalinnnan vastuulääkäripalveluun.

Hoitavan yksikön hoitaja täyttää:

Potilaan hoitava yksikkö ja hoitajan yhteystiedot

Potilaan sukunimi Etunimi HeTu Kotikunta

on todettu elottomaksi: _____
paikka pvm klo

Kuoleman toteava lääkäri täyttää:

Vainajan ulkotarkastus: _____
paikka pvm klo

Vainaja on (lääkäri merkitsee sopivan vaihtoehdon rastilla):

___ Hengittämätön ___ Pulssiton ___ Kuolonkalpea ___ Jäähtynyt

___ Selässä lautumia ___ Kuolonkankeus kynnärpästä/polvesta

___ Vainajassa ei ole tuoreita ulkoisen väkivallan merkkejä

Ulkotarkastuksen perusteella ON ___ /EI OLE ___ peruste oikeuslääketieteelliselle kuolemansyyn selvittelylle

Potilaalla on tahdistin: kyllä ___ / Ei ___ / Ei tiedossa ___ Tahdistin on poistettu kyllä ___ / Ei ___

Lääkärin allekirjoitus ja nimenselvitys Nimike Yhteystieto (ammattikäyttöön)

23.8.2021 Hosia / Hosia

Keskeiset elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lait ja asetukset ovat

- Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Terveystieteiden tutkimuslaitoksen asetus 1326/2010
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Suomen perustuslaki 731/1999
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992
- Erikoissairaanhoidon laki 1062/1989.

Lähteet:

Attendo. Saattohoito. VALO 3 on hoiva- ja palvelukodeissa.

<https://valo.attendo.fi/course/view.php?id=148>

Attendo. Asukaslähtöinen työskentely ikäihmisten hoivakodissa. Saattohoito ja kuolemantapauksissa toiminen. <https://valo.attendo.fi/course/view.php?id=44>

Finne-Soveri, H. Forsius, P. Hökkä, M. Maula, S. Surakka, T. Hammar, T. Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Thl. [Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa \(julkari.fi\)](http://www.julkari.fi)

Juho Lehto, Elisa Marjamäki ja Tiina Saarto. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Duodecim 2019;135(4):335–42.

Saarto T, Finne-Soveri H ja asiantuntijatyöryhmät (2019a) Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_ja_saattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Saarto T, Finne-Soveri H ja asiantuntijatyöryhmät (2019b) Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita ja raportteja

2019:68. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4126-7>.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R. Palliatiivinen hoito (toim.) 3., uudistettu painos 2015. <https://www.duodecim.fi/2016/01/04/uutuuskirja-joka-kolmas-kuoleva-tarvitsee-palliatiivista-hoitoa/>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Suomen Lääkäriliitto 2021. Saattohoito. <https://www.laakariliitto.fi/laakarin-etiikka/elaman-loppu/saattohoito/>

Tarnanen, K. Saarto, T. ja Laukkala, T. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen hoito ja saattohoito). 2022 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00072>

Thl. Mitä on palliativinen hoito. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliativinen-hoito>

Palliativinen talo. Palliativinen hoito. Saattohoidossa. Mitä saattohoito on? [Mitä saattohoito on? | Palliativinen talo | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](#)

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 6.11.2022). Saatavilla <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>