

# ELINTÄRKEITÄ KESKUSTELUJA

SAIRAALAPAPIN ROOLI ELINLUOVUTUSTILANTEISSA



Sairaalasielunhoidon erikoistumiskoulutus 2017-2019

Eija Kasari

# 1 SISÄLLYSLUETTELO

---

1	JOHDANTO.....	2
2	LOPPUTYÖN TARKOITUS.....	2
3	AIHEESTA TEHTY TUTKIMUS.....	3
4	ELINLUOVUTUSTOIMINTA SUOMESSA.....	3
4.1	SIIRTOELINTEN TARVE .....	4
4.2	ELINSIIRTOJEN MÄÄRÄ JA LAATU .....	4
4.3	ASENTEET ELINSIIRTOJA KOHTAAN .....	6
4.4	ELINSIIRTOJEN EDELLYTYKSET .....	6
5	ELINLUOVUTUSTOIMINTA.....	7
5.1	ELINLUOVUTUSORGANISAATIO.....	7
5.2	ELINLUOVUTTAJAT .....	7
5.3	ELINLUOVUTUKSEN EDELLYTYKSET .....	8
5.3.1	OLETETTU SUOSTUMUS .....	8
5.3.2	AIVOKUOLEMA .....	8
6	ELINLUOVUTTAJAN LÄHEISET JA HENKILÖKUNTA.....	9
6.1	ELINLUOVUTUSTILANTEESSA LÄHEISIÄ TUKEVAT ELEMENTIT.....	9
6.1.1	Kommunikoinnin tärkeys.....	9
6.1.2	Elinluovutuskeskustelu .....	10
6.1.3	Aivokuoleman käsitteen ymmärtäminen .....	10
6.1.4	Aivokuollut ei näytä kuolleelta .....	10
6.1.5	Vainajan kunnioittaminen .....	10
6.1.6	Vainajan tahto .....	10
6.1.7	Elinluovutuksen merkityksellisyys .....	10
6.1.8	Mahdollisuus rauhalliseen hyvästelyyn.....	10
6.2	SAIRAALAPAPIN TOIMINTA ELINLUOVUTUSPROSESSISSA .....	11
6.3	SAIRAALAPAPPI LÄHEISTEN TUKENA.....	12
6.3.1	SOKKITILASSA OLEVAT LÄHEISET (ENNAKOINTI- JA RISTIRIITATASO) .....	12
6.3.2	VAINAJAN KATSOMINEN (RISTIRIIDAN JÄLKEINEN TASO).....	13
6.3.3	LÄHEISTEN TUKI TEHO-OSASTOLTA ETEENPÄIN .....	13
6.4	SAIRAALAPAPIN TUKI HENKILÖKUNNALLE .....	14
7	SIIRRÄNNÄISEN SAAJAT JA ODOTTAJAT .....	14
8	SAIRAALAPAPIN VAIKUTTAVUUS ELINLUOVUTUSTILANTEESSA .....	16
9	LÄHTEET.....	18
10	LIITTEET.....	19

# 1 JOHDANTO

---

Käsittelen lopputyössäni sairaalapapin roolia elinluovutustilanteissa. Elinluovutukset nivoutuvat omaan työkenttääni sairaalapappina Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa kahta kautta: itse elinluovutustilanteissa ja elinsiirrännäistä odottavien tai siirrännäisen saaneiden kohtaamisissa. Elinsiirtoprosessin alkupäässä kohtaan hänet, joka on todettu potentiaaliseksi elinluovuttajaksi sekä hänen läheisensä, joille elinluovutus tulee äkkiarvaamatta harkittavaksi. Tehtävänäni on tällöin toimia teho-osastolla osana hoitotiimiä potentiaalisten elinluovuttajien läheisten ja myös henkilökunnan tukena.

Elinsiirtoprosessin toisessa päässä kohtaan munuaiskeskuksessa dialyysihoidoissa käyviä potilaita, jotka odottavat siirrännäistä. Sisätautiosastoilla kohtaan ajoittain myös heitä, jotka ovat saaneet siirrännäisen. Näiden potilaiden kanssa käydyt keskustelut ovat tehneet elinsiirtojen tärkeyden ja merkityksen minulle selväksi. Omaan elinluovutustilanteen kokonaisuuden hahmottamiseen ja myös elinluovutustilanteessa toimimiseen vaikuttaa näiden keskustelujen myötä muodostunut kokemuspohja.

## 2 LOPPUTYÖN TARKOITUS

---

Keskityn lopputyössäni tarkastelemaan nimenomaan elinluovutustilannetta. Elinluovutus on läheisille äärimmäisen vaativa ja kuormittava prosessi. Tilanne tulee heille täysin äkkiarvaamatta. Heidän läheisensä on menehtymässä, eikä mitään elämää pelastavia keinoja ole enää käytettävissä. Heillä ei ole ollut mahdollisuutta ennakoida kuolemaa tai tehdä minkäänlaista surutyötä potilaan rinnalla. Tällaisessa sokkitilassa heiltä lisäksi tiedustellaan, onko heidän läheisensä eläessään vastustanut elinluovutusta. Kuoleman todellisuuden ymmärtäminen on heille äärimmäisen vaikeaa. Kuoleman todeksi tekeminen omaisille on hoitavan tiimin tehtävä ja tähän tiimiin sairaalapappi kuuluu olennaisena osana.

Työpaikkani TAYS (Tampereen yliopistollinen keskussairaala) valittiin vuoden 2017 Donor-sairaalaksi. Suomen Transplantaatiokirurginen yhdistys jakaa tämän arvonimen joka toinen vuosi ansiosta elinsiirtotoiminnan hyväksi. TAYS:lla on pitkät perinteet elinluovutustoiminnan parissa ja Suomen ensimmäinen elinluovutuskoordinaattori onkin aikoinaan nimetty TAYS:ssa. Sairaalan elinluovutustoiminnasta vastaa yhteistyöverkosto, jossa osallisena on elinluovutuskoordinaattorin lisäksi sekä hoitajia että lääkäreitä ensihoidosta, Acutasta, leikkaussalista, neurokirurgian ja neurologian vuodeosastoilta, aivoverenkiertohäiriöyksiköstä sekä teho-osastolta. Potentiaalisten donoreiden eli luovuttajien tunnistamiseen osallistuvat edellä mainittujen yksiköiden henkilökunta, mutta erityisesti neurologit, neurokirurgit ja tehohoitolääkärit osallistuvat elinluovuttajan hoitoprosessiin. Varsinainen vastuu luovuttajan hoitamisesta on kuitenkin tehohoitolääkäreillä ja tehohoitajilla. *Teho-osaston hoitoprotokollan mukaan myös sairaalapappi pyydetään mukaan omaisten tueksi näihin elinluovutustilanteisiin tai tilanteisiin, jotka saattavat päättyä elinluovutukseen.*

Elinluovutustilanteiden osalta pyrin vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Miten sairaalapappi asettuu mielekkäällä tavalla osaksi moniammatillista hoitotiimiä? Miten sairaalapappi omalla työpanoksellaan voi parhaiten olla tukemassa läheisiä elinluovutustilanteissa? Miten pappi voi olla tehdä ymmärrettäväksi kuoleman todellisuutta? Entä miten sairaalapappi voi olla henkilökunnan kanssa jakamassa tai kantamassa elinluovutustilanteen synnyttämää tunnekuormaa? Mitä kaikkea sairaalapapin

olisi hyvä tietää hahmottaakseen kokonaisuuden elinluovutus- ja elinsiirtotapahtumasta ja voidakseen osallistua läheisten pohdintoihin ja pelkotilojen hälventämiseen oikealla tietopohjalla? Sairaalapapin toiminnan kuvaus elinluovutustilanteissa on tärkeää myös siksi, että päivystystehtävissä kuka tahansa tiimistämme voi olla työvuorossa. On oltava käsitys, siitä mitä sairaalapapilta näissä erityistilanteissa ensisijaisesti odotetaan.

### **3 AIHEESTA TEHTY TUTKIMUS**

---

TAYS:n elinluovutuskoordinaattori Salla Salin on tutkinut aivokuolleen elinluovuttajan läheisten kokemuksia kirjallisuuskatsauksen avulla. Tutkimuksessaan hän tiivistää: ”Elinluovutus on läheisille vaativa ja kuormittava prosessi, joka sijoittui surun ja sisäisen kaaoksen keskelle. Elinluovutusprosessi oli usein läheisille entuudestaan vieras ja sisälsi monia hämmentäviä vaiheita. Läheisten oli vaikea ymmärtää aivokuoleman merkitystä.” (Salin 2018)

Taru Ryymin ja Eeva Rätty ovat omassa opinnäytetyössään tutkineet aivokuolleen elinluovuttajan omaisten selviytymistä kirjallisuuskatsauksen kautta. He pyrkivät kuvaamaan aivokuolleen elinluovuttajan omaisten tuen tarpeita ja selviytymistä tukevia tekijöitä elinluovutusprosessin aikana. Omaisten kohtaaminen ja tukeminen elinluovutusprosessin aikana on haastavaa ja ammattitaitoa vaativaa. Omaisten selviytymisen kannalta heidän on tärkeää saada oikeaa ja oikea-aikaista tietoa, emotionaalista tukea ja empaattista kohtelua. Omaisten selviytymistä tukee merkityksellisyyden kokeminen, joka on sidoksissa kulttuurisiin ja henkilökohtaisiin näkemyksiin. (Ryymin & Rätty 2016)

Nellimari Ruuth on tutkinut pro gradu –työssään (Ruuth 2016) elinluovutuksia perus- ja ihmisoi-  
keuksien toteutumisen näkökulmasta. Hänen tutkimuksensa on mielenkiintoinen nimenomaan siitä näkökulmasta, minkä kysymyksen eteen läheiset joutuvat elinluovutustilanteessa. Oletetun suostumuksen järjestelmän soveltamisen myötä ihmiseltä voidaan irrottaa elimiä, ellei hänen tiedetä elin-  
aikanaan vastustaneen elinluovutusta. Kuolleiden elinluovuttajien kohdalla he eivät enää ole itse kertomassa tahtoaan. Kuollut henkilö ei ole enää oikeussubjekti, mutta oikeudellisen aseman hah-  
mottamiseksi on pohdittava ihmisarvon suojan ulottuvuutta ja itsemääräämisoikeuden toteutumista. Ihmisarvo edellyttää vainajan kohtelua siten, että hänelle elinaikanaan perusoikeuksina kuuluneet oikeuden toteutuvat mahdollisimman täysimääräisesti myös kuoleman jälkeenkin. Olennaista on siis vainajan elinaikaisten toiveiden kunnioittaminen. Henkilön täytyy näin ollen elinaikanaan saada riittävä ja oikea tieto elinluovutusta koskevan päätöksen tekemiseksi. Lähiomaisilta voidaan tiedus-  
tella näkemystä vainajan oman elinaikaisen tahdon selvittämiseksi, jollei tahdosta ole muuta tietoa. Kuolleilta tehtävien elinluovutusten kohdalla ei siis ole kyse vain vainajan oikeuksista, vaan myös omaisten oikeuksista.

### **4 ELINLUOVUTUSTOIMINTA SUOMESSA**

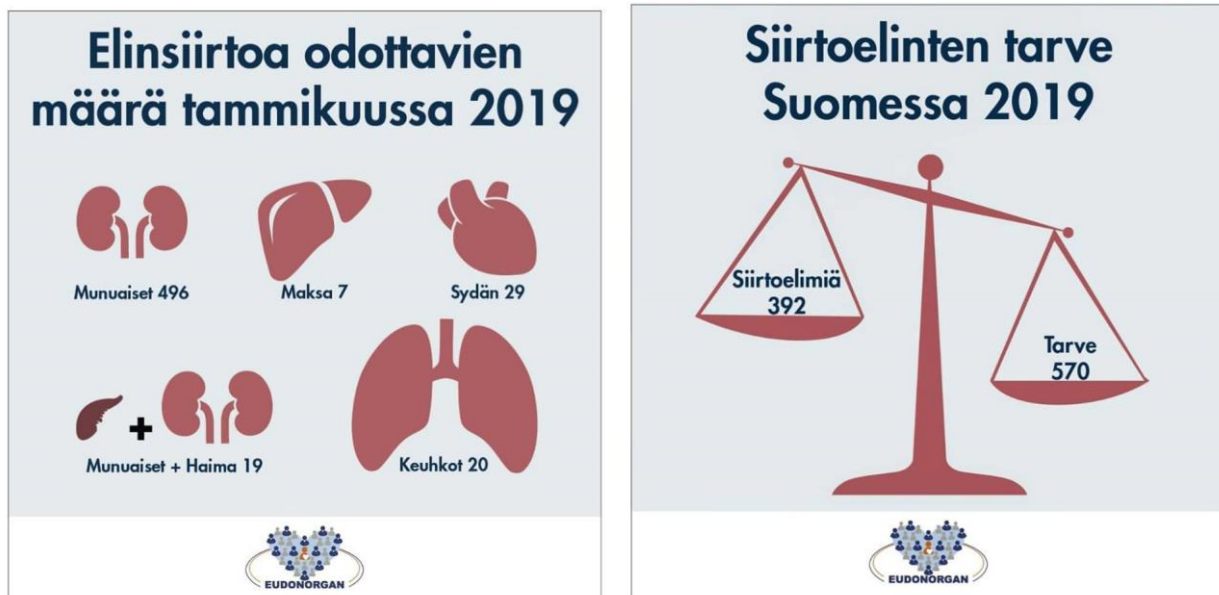
---

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut elinluovutusta ja elinsiirtoja koskevan kansallisen toimintasuunnitelman vuosille 2015-2018. Toimintasuunnitelman mukaan elinsiirto on vakiintunut hoitomuoto henkeä uhkaavassa elimen vajaatoiminnassa ja pitkälle edenneessä vajaatoiminnassa myös ennusteen ja elämänlaadun kannalta paras hoitomuoto. (STM kansallinen toimintasuunnitelma 2014)

Elinsiirrot ovat vakiinnuttaneet asemansa palautumattoman elinvaurion aiheuttamien sairauksien hoidossa mutta myös tiettyjen syöpien kuten maksasolusyövän parantavana hoitona. Elinsiirrosta hyötyvien potilaiden oikea-aikainen valinta siirtoon on oleellista ajatellen elinsiirtotoiminnalla säästettävissä olevia elinvoimavaroja ja kustannuksia. Aivokuolleiden luovuttajien määrä on maassamme ollut aina hyvää luokkaa ja on lisääntynyt viime vuosina luovuttajasairaaloitten aktiivisen toiminnan ansiosta. (Färkkilä ym. 2017)

#### 4.1 SIIRTOELINTEN TARVE

Suomessa yli 500 ihmistä odottaa sopivan elinsiirteiden saamista ja 5 – 10 % heistä ehtii menehtyä ennen sopivan elinsiirteiden löytymistä. Arvion mukaan Suomessa tarvittaisiin 30 aivokuollutta elinluovuttajaa miljoonaa asukasta kohden, jotta kaikki elinsiirrettä odottavat saisivat elinsiirteiden oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. (STM kansallinen toimintasuunnitelma 2014; Terveyskylä, Elinsiirtotalo, Hengen pelastava elinsiirto)

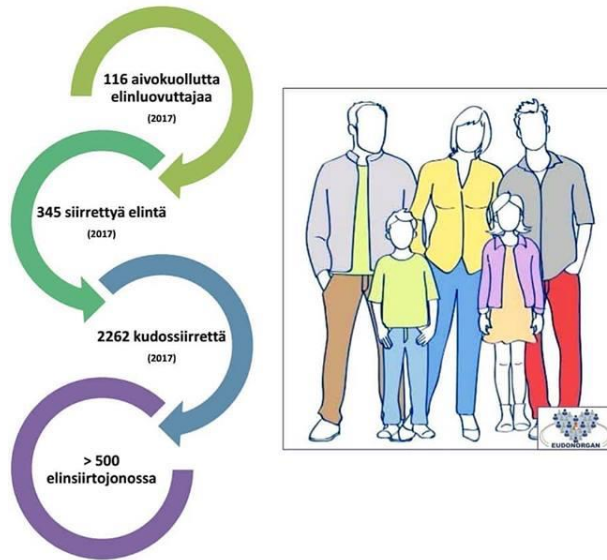


Lähde: <https://www.facebook.com/eudonorgansuomi/>

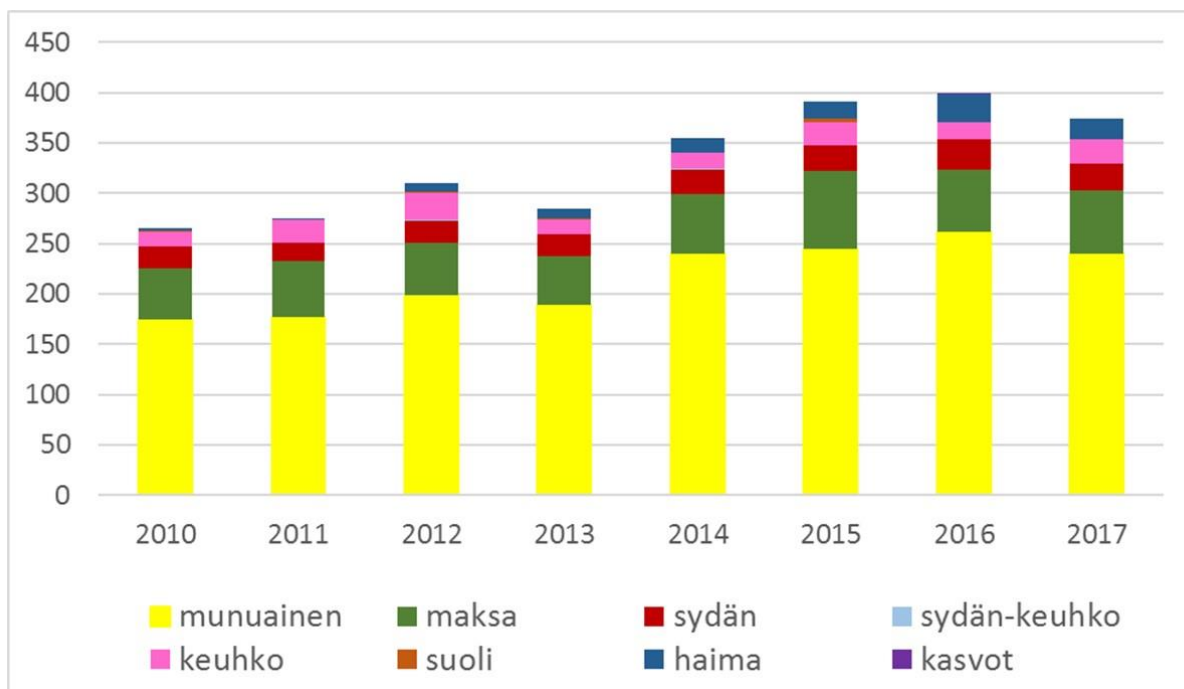
#### 4.2 ELINSIIRTOJEN MÄÄRÄ JA LAATU

Suomessa tehdään munuaisen-, maksan-, sydämen-, keuhkon-, haiman- ja ohutsuolensiirtoja. Elin-siirto on paras, joskus ainoa vaihtoehto, pitkälle edenneen munuais-, maksa-, sydän-, keuhko- tai suolistosairauden hoitoon. Munuaisten toimintaa voidaan korvata dialyysi- eli keinomunuaishoi-dolla. Sydämen toimintaa voidaan tukea mekaanisella tukilaitteella. Elinsiirto on kuitenkin parempi vaihtoehto ennusteen, elämänlaadun ja kustannusten kannalta. Munuaisia on siirretty Suomessa vuodesta 1964 alkaen, maksoja vuodesta 1982, sydämiä vuodesta 1985, keuhkoja vuodesta 1990 ja sydänkeuhkoja vuodesta 1988. Ensimmäinen suolensiirto tehtiin vuonna 2009 ja ensimmäinen yh-distetty haiman- ja munuaisensiirto vuonna 2010. (Terveyskylä, Elinsiirtotalo, Elinluovutus)

# Kuinka moni sai uuden elämän?



## ELINSIIRROT SUOMESSA 2010-2017



Lähde: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/elinsirrot>

### **Elinsiirrot Suomessa vuonna 2018 (yhteensä aikuisten ja lasten)**

munuainen	238
maksa	66
sydän	47
sydän-keuhko (blokki)	-
keuhko	18
ohutsuoli	-
haima	23
kasvon kudosten siirto	-
Kehon osa	1
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>393</b>

Lähde: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/elinsiirrot>

Vuonna 2018 Suomessa tehtiin 393 elinsiirtoa. Elimet otettiin 108 henkilöltä, eli keskimäärin yksi elinluovuttaja pystyi auttamaan noin neljää ihmistä. Yhdeltä elinluovuttajalta irrotetaan keskimäärin kolme elintä, mutta jopa seitsemän ihmistä voi saada elinsiirteen samalta luovuttajalta. Luovuttajien keski-ikä oli 55 vuotta ja vanhin luovuttaja oli yli 80-vuotias. Sillä vaikka ihminen olisi kuinka vanha, hänellä saattaa silti olla luovutukseen kelpaavat maksa ja munuaiset. (Helsingin sanomat 27.1.2019; Asiantuntijaryhmän opas 2015)

Suomessa elinsiirtojen tulokset ovat erittäin hyviä kansainvälisestikin vertailtuna. Siirtoelimistä toimii 85-95 % vuoden kuluttua ja viiden vuoden kuluttua yli 80 %. Suurimmalla osalla elinsiirtopotilaista fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi kohenee ja osa pystyy palaamaan takaisin työelämään. Suomessa on elinsiirron saaneita, joiden elinsiirre on toiminut jo yli neljäkymmentä vuotta. (STM kansallinen toimintasuunnitelma 2014; Terveyskylä, Elinsiirtotalo, Elinluovutus)

### **4.3 ASEENTEET ELINSIIRTOJA KOHTAAN**

Kansalaisten asenne elinluovutuksiin on Suomessa positiivinen. Munuais- ja maksaliiton kyselyn mukaan neljä viidesosaa kansalaisista on valmis luovuttamaan elimensä kuoleman jälkeen. Oman sairautensa hoitoon 88 % suomalaisista on valmis vastaanottamaan elinsiirteen. Elinluovutuskortin tuntee 93 % kansalaisista, mutta vain neljännes on allekirjoittanut sen. Allekirjoittaneista suurin osa on nuoria aikuisia, ja kielteinen kanta elinluovutuksiin on yleisempää vanhemmalla väestöllä. Myös Kanta-arkistoon on mahdollista kirjata oma kanta (LIITE 2). Puolet Munuais- ja maksaliiton kyselyyn vastanneista arveli läheisensä tuntevan heidän elinluovutustahtonsa. (Lång ym.2017)

### **4.4 ELINSIIRTOJEN EDELLYTYKSET**

Osa Euroopan maista sallii elinluovutukset myös sydänpysähdyksen jälkeen, Suomessa elinluovutuksia tehdään *vain aivokuoleman* jälkeen. Suomessa lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus FIMEA valvoo elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa. Toiminta on laissa ja asetuksissa (LIITE 1) tarkoin säädeltyä ja eettisesti korkeatasoista, mutta toimintaa varjostavat edelleen monenlaiset uskomukset, harhaanjohtava uutisointi sekä televisio-ohjelmat, joissa fakta ja fiktio sekoittuvat. Rahalla ei voi ostaa siirtoelintä eivätkä elinsiirtoa saa paremman sosiaalisen statuksen omaavat ihmiset. Siirteensaajat on valittu tarkkojen tutkimusten ja kriteerien jälkeen, sillä elinsiirto vaatii sitoutumista elinikäiseen lääkehoitoon ja jatkuviin kontroleihin. Mikään suurista uskonnoista ei ole elinsiirtoja

vastaan. Usein kielteinen asenne elinluovutustoimintaan johtuukin oikean tiedon puutteesta. Suomessa STM:n laatimassa kansallisessa toimintasuunnitelmassakin lausutaan, että elinluovutustoiminta on osa sairaalan normaalia toimintaa. (Suomen Tehohoitoyhdistys)

## 5 ELINLUOVUTUSTOIMINTA

---

### 5.1 ELINLUOVUTUSORGANISAATIO

Kaikki yliopistolliset sairaalat, keskussairaalat ja osa pienemmistäkin sairaaloista osallistuu elinluovutustoimintaan. Aikuisten elinsiirtoleikkaukset on keskitetty valtakunnallisesti Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan (HYKS). Elinluovutusleikkaukset aivokuolleilta elinluovuttajilta tehdään keskussairaaloissa ja suuremmissa alueellisissa sairaaloissa elinsiirtokirurgien toimesta. HYKS Elinsiirtokeskus hyväksyy luovuttajan, tekee varsinaisen irrotuksen, vastaa elinten pakkaamisesta ja kuljetuksesta, valitsee vastaanottajan ja tekee siirtoleikkauksen. HYKS:ssa sijaitsee myös Elinsiirtotoimisto, josta käsin koordinoidaan kaikkien elinten irrotusleikkaukset ja siirrot. Elinsiirtotoimistoon on keskitetty myös munuais-, maksa-, haima- ja ohutsuolen siirtolistalla olevien potilaiden jonohoito sekä elinsiirtorekisteri. Elimen saajan henkilöllisyyttä ei tule paljastaa aivokuolleen luovuttajan lähiomaisille, eikä luovuttajan henkilöllisyyttä saajalle. Elinluovutussairaalassa ei tarvitse tehdä päätöksiä tai harkintoja potentiaalisen elinluovuttajan soveltuvuudesta, vaan päätöksen tekevät elinsiirtokirurgit. (STM kansallinen toimintasuunnitelma 2014)

### 5.2 ELINLUOVUTTAJAT

Suomessa lähes kaikki elinsiirrot tehdään aivokuolleilta luovuttajilta saatavilla elimillä. Potentiaalinen elinluovuttaja on kriittisesti neurologisesti sairastunut tai vammautunut potilas, jonka aivovaurio johtaa aivokuolemaan. Aivokuoleman syynä on tavallisesti kallonsisäinen verenvuoto tai aivovamma. Suomessa selkeästi yleisin aivovamman syy on kaatuminen (n. 56 %). Miehillä esiintyvyys on suurempi kuin naisilla (miehiä 55–82 %). Aivovamman saaneet naiset ovat keskimäärin miehiä iäkkäämpiä, ja heillä tavallisin vammamekanismi on kaatuminen. Miehillä yleisimpiä syitä ovat kaatumiset ja liikenneonnettomuudet. Huomattava osa potilaista (jopa 51 %) on vammautumishetkellä alkoholin vaikutuksen alaisena. (Käypä hoito –suositus, Neurologia, Aivovammat)

Potilasta hoidetaan teho-osastolla ja aivokuoleman jälkeen tehohoitoa jatketaan elinten irrotukseen asti. Suomalaisten elinluovuttajien yleisin kuolinsyy on aivoverenvuoto ja vasta toiseksi yleisin kuolinsyy on trauma. Aikaisemmin elinluovuttaja on yleensä ollut nuori ja terve traumaan kuollut henkilö, mutta nykyisin elinluovuttajien keski-ikä on 55 vuotta (3–80+ vuotta), ja monella on vakaviaakin perussairauksia. Vasta-aiheita elinluovutukselle ovat ainoastaan hepatiitit, HIV ja aktiiviset syövät keskushermoston ulkopuolella. Vakavatkään perussairaudet eivät sulje pois elinluovutuksen mahdollisuutta, kunhan itse irrotettava elin on terve. (Wennervirta ym 2015: 37; HUS Utishuone 2017; Asiantuntijaryhmän opas 2015)

Kaikista potentiaalisista tilanteet eivät johda elinluovutukseen. Syitä elinluovutuksen peruuntumiseen on monia: lukuisat perussairaudet, tilanne ei johda aivokuolemaan, positiivinen virusserologia, sydänpysähdys ennen aivokuolemaa tai jokin muu syy. (Wennervirta ym. 2015:40)



## 5.3 ELINLUOVUTUKSEN EDELLYTYKSET

### 5.3.1 OLETETTU SUOSTUMUS

Suomessa laki oletetusta suostumuksesta (653/2010, 9 §) tuli voimaan 1.8.2010. Tämä merkitsee sitä, että kuolleen ihmisen elimiä, kudoksia ja soluja saadaan irrottaa, jos ei ole tiedossa tai syytä olettaa, että vainaja olisi sitä elinaikanaan vastustanut. Jos vainaja on eläessään kieltänyt elimiensä, kudoksiensa tai solujensa irrottamisen, toimenpidettä ei saa tehdä. Laki velvoittaa antamaan vainajan lähiomaiselle selvityksen elinten irrottamisesta ja irrottamisen merkityksestä. Nykyisessä laissa halutaan korostaa ihmisen itsemääräämisoikeutta ja kunnioittaa vainajan elinaikaista tahtoa. (Wennervirta ym. 2015: 36, vrt. Ruuth 2016)

Jos vainajalla on elinluovutustestamentti, voidaan elimiä sen perusteella irrottaa. Jos elinluovutus-testamenttia ei ole, eikä henkilö ole eläessään ilmaissut kantaansa elinten irrotukseen, oletetaan henkilön antaneen suostumuksensa. Vainajan omaisilta pyritään selvittämään vainajan oma tahto, mutta lähiomainen ei lain mukaan voi kieltää elinten irrotusta. Muutoksen myötä ei kuitenkaan poistunut tarve keskustella toimenpiteestä omaisten kanssa: Kudoslain 9 a § velvoittaa hoitohenkilökuntaa antamaan vainajan lähiomaiselle tai muulle läheiselle selvityksen elinten, kudosten ja solujen irrottamisesta sekä irrottamisen merkityksestä. (Lääkäriin etiikka, Elin- ja kudossiirrot)

Salin (2018: 5) toteaa tutkimuksessaan, että vaikka täysi-ikäisen ja -valtaisen ihmisen läheisillä ei ole lakiin perustuvaa oikeutta kieltää elinluovutusta, näin kuitenkin käytännössä tapahtuu.

### 5.3.2 AIVOKUOLEMA

Suomen lain mukaan ihminen on kuollut aivotoiminnan pysyvästi loputtua. Aivokuoleman määritelmä mahdollistaa elinsiirrot. Aivokuolema on todettava siten kuin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään. Laki ihmisen elimien ja kudoksien lääketieteellisestä käytöstä 101/2001 toteaa, että kuolema on todettava siten kuin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella 27/2004 säädetään. Aivokuoleman toteamisen edellytys on, että aivoverenkierron loppumisen perussyy on tiedossa. Aivokuolema todetaan kliinisellä testillä, joka on kaksiosainen. (Wennervirta ym. 2015: 48,1)

Ensin tehdään *neurologinen testaus* aivoperäisten vasteiden puuttumisen toteamiseksi ja sen jälkeen *hengitystesti* omaehtoisen hengityksen puuttumisen osoittamiseksi. Kliinistä testausta ei voida tehdä, mikäli on viitteitä siitä, että aivotoimintojen häiriö olisi ohimenevä tai että tilan olisi aiheuttanut aivojen ulkopuolinen syy, kuten esimerkiksi alilämpöisyys tai lääkeainevaikutus. Tällöin aivoverenkierron puuttuminen on todennettava kuvantamalla. Aivokuoleman toteamiseen tarvitaan kaksi lääkäriä. Neurologi, neurokirurgi tai muu ylilääkäriin valtuuttama lääkäri toteaa aivojen toiminnan loppuneeksi ja anestesioologi toteaa potilaan oman hengityksen loppumisen.

Potilaan *kuolinajaksi* merkitään muotoutuneen käytännön mukaisesti hengitystestin tai kuvantamistutkimuksen päättymisaika. Aivokuoleman toteamisen jälkeen hoidon painopiste muuttuu aivokuolemaan johtaneen sairauden hoidosta irrotettavien elinten elinkelpoisuuden turvaamiseen.

Aivokuolema tarkoittaa täydellistä aivoverenkierron loppumista ja kaiken aivotoiminnan peruuttamatonta menettämistä. Aivokuoleman yhteydessä omaehtoinen hengitys loppuu. Jos hengitystä ei keinotekoisesti ylläpidetä, myös sydän pysähtyy. Sydämen vielä sykkiessä aivokuolema todetaan kliinisin tutkimuksin. Aivokuolema ja paikallinen aivorungon vaurio eivät ole sama asia. Paikallisessa aivorungon vauriossa tätä korkeammat aivojen alueet voivat jäädä vahingoittumattomiksi, kun

taas aivokuolemassa menetetään kaikki aivotoiminnot. Suomalaisen lainsäädännön mukaan potilas on kuollut, kun hänet todetaan aivokuolleeksi, eikä tehohoitoa ja elintoimintoja ylläpitäviä hoitoja jatketa muutoin kuin elinluovutuksen mahdollistamiseksi. Mikäli elinluovutus ei tapahdu, tulee teho- ja hengityslaittehoidosta luopua. (Asiantuntijaryhmän opas 2015)

Aivokuollutta elinluovuttajaa hoidettaessa ahdistusta aiheuttavat spinaaliset heijasteet, joita esiintyy 60 %:lla vainajista. Tyypillisimpiä ovat verenpaineen nousu ja käden poisvetäminen neulanpiston yhteydessä. Vainajalla voi myös esiintyä rytmistä tai epärytmistä koko vartalon, raajan tai kasvojen liikehdintää. Tunnetuin spinaalinen heijaste on Lasarus-ilmiö eli kuoleman syleily, joka tyypillisesti ilmaantuu hengityskoneesta irrottamisen jälkeen. Näiden heijasteiden ilmaantuessa tulee muistaa, että ne ovat tyypillisiä aivokuolleelle vainajalle. (Wennervirta ym. 2015:38)

## 6 ELINLUOVUTTAJAN LÄHEISET JA HENKILÖKUNTA

---

Elinluovutustoiminnassa korostuu eri yksiköiden ja eri erikoisalojen välinen yhteistyö neurologisesti kriittisesti sairastuneen potilaan hoidossa koko hoitoketjun ajan - ensihoidosta eri toimijoihin sairaalan sisällä. Kriittiset ja hankalat pisteet elinluovutusprosessin etenemisessä ovat mahdollisen elinluovuttajan tunnistaminen ja omaisten kohtaaminen. Koska elinluovuttaja on ollut yleensä aikaisemmin suhteellisen terve ja kuolema kohtaa yllättäen, henkilökunnan vuorovaikutustaidot ja jakaminen ovat äärimmäisen tärkeitä. (Lång ym. 2017)

Salin (2018) sekä Ryymin & Rätty (2016) ovat kirjallisuuskatsauksissaan löytäneet elinluovutusprosessissa läheisten kannalta monia kipupisteitä, jotka aiheuttavat läheisten vastustusta ja saavat heidät kielteiselle kannalle:

- elämän loppumisen todistaminen
- aivokuoleman käsitteen väärinymmärtäminen, epäselvä käsitys aivokuolemasta
- tiedonpuute; elinluovutusprosessi putoamisena tuntemattomaan
- vainajan elinluovutustahto ei läheisten tiedossa
- elinluovutuskysymyksen tarkka ajoitus ja lähestymistapa, läheisten mielipiteiden huomioon ottaminen
- luovutusoperaatiota koskevat huolet
- kuoleman ja elinluovutuskysymyksen hetkellä vallitsevat olosuhteet
- toive eheästä ruumiista, kuolleen ruumiin suojeleminen: kaikki elimet tallella, ruumiin riepottelu hankalaa kroonisesta sairaudesta kärsineen kohdalla
- kulttuuriin sidoksissa olevat uskomukset

### 6.1 ELINLUOVUTUSTILANTEESSA LÄHEISIÄ TUKEVAT ELEMENTIT

#### 6.1.1 Kommunikoinnin tärkeys

Läheisille on tärkeää, että hoidossa läheisen pelastamiseksi kaikki mahdollinen on tehty. Avainasemassa on läheisten aito kohtaaminen, tuen saaminen ja luottamus hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Turha toivo läheisen toipumisesta on hämmentävää. Läheiset kaipaavat suoraa kommunikaatiota voidakseen ymmärtää tilanteen vakavuuden. Kaunistelematon tiedonsaanti voi toisaalta järkyttää ja toisaalta auttaa. Läheisten selviytymisen kannalta heidän on tärkeä saada oikeaa ja oikea-aikaista tietoa, emotionaalista tukea ja empaattista kohtelua.

### **6.1.2 Elinluovutuskeskustelu**

Elinluovutuskysymys joudutaan ottamaan esiin menetyksen ja tuskan keskellä ja elinluovutuskeskustelu tulee läheisille usein yllätyksenä. (Asiantuntijaryhmän opas 2015). Läheisille on tärkeää elinluovutuskeskustelun oikea ajoitus ja asiantunteva keskustelija, joka osaa antaa oikeaa informaatiota elinluovutusprosessista ymmärrettävällä, mutta samalla rohkaisevalla tavalla. Huono yhdistelmä on aivokuolemasta ilmoittaminen ja elinluovutuskeskustelu samalla kertaa. Läheiset tarvitsevat aikaa hyväksyä ensin kuolema ennen kuin heitä lähestytään elinluovutusasialla. On tarve tietää elinluovutusprosessin yksityiskohdista. Elinluovutusprosessissa voi olla heille kielteisiä tai järkyttäviä puolia: pitkäkestoisuus, elimien yksitellen irrottaminen, irrotusleikkauksen epämiellyttävyys jne. Elimistä puhuminen voi myös esineellistää vainajan.

### **6.1.3 Aivokuoleman käsitteen ymmärtäminen**

Aivokuolema on Suomessa juridisesti hyväksytty kuoleman määritelmä ja lääketieteellisesti yhtä peruuttamaton ja lopullinen kuin sydämen toiminnan lakkaaminen. Tutkimuksissa on kuitenkin huomattu, että aivokuoleman käsitteen ymmärtäminen on omaisille usein haastavaa (Ryymin & Rätty 2016). Väärinymmärryksen riski on suuri aivokuoleman äärellä. Läheiset voivat olla hämmentyneitä hoidon etenemisestä ja prosessin nopeudesta.

### **6.1.4 Aivokuollut ei näytä kuolleelta**

Elinluovutuksen vuoksi vainajan hengitys- ja verenkiertotoimintaa ylläpidetään koneellisesti teho-osastolla. Aivokuollut vainaja näyttää siltä, kuin nukkuisi ja olisi elossa. Iho on lämmin, sydän lyö ja läheinen näyttää samalta kuin ennenkin. Spinaaliset heijasteet herättävät toivoa, että potilas sittenkin reagoi. Aivokuolema tuntuu epäuskottavalta. Läheiset voivat tuntea olevansa kuoleman esikartanossa ja yrittävät löytää elonmerkkejä. Vainaja ja läheisten välissä koetaan olevan lasiseinä. Jäähyväisten jättö ”elävälle kuolleelle” tuntuu oudolta. Oudolta voi tuntua myös elinluovuttajan – vainajan- ”elossapito” irrotusleikkaukseen asti.

### **6.1.5 Vainajan kunnioittaminen**

Läheisille on olennaisen tärkeää, että vainajaa kohdellaan kunnioittavasti. Kuolleen ruumiilla on oma koskemattomuutensa ja arvokkuutensa. Vainajan ruumista on tärkeää käsitellä arvokkaasti ja elimien irrottamisen jälkeen saattaa se siihen kuntoon, ettei ruumis tunnu silvotulta.

### **6.1.6 Vainajan tahto**

Tieto vainajan tahdosta auttaa läheisiä vähentämään epäselvyyksiä ja ristiriitoja perheen sisällä. Mitä enemmän perheen sisällä on erimielisyyksiä asiasta, sitä vaikeampi heidän on suhtautua myönteisesti elinluovutukseen.

### **6.1.7 Elinluovutuksen merkityksellisyys**

Läheisten selviytymistä tukee lisäksi merkityksellisyyden kokeminen. Elinluovuttaja on elämän antajana jollekin toiselle ihmiselle. Elinsiirteen saavan ihmisen ajattelemisen ja tämän läheisten onnen kuvittelu voi tuoda lohtua toivottomassa tilanteessa. Vaikka heidän läheisensä on kuollut, elimet ovat elossa. Läheiset voivat olla jopa ylpeitä, kuolema saa merkityksellisyyttä ja tulee osaksi vainajalta jäävää perintöä. Tämä auttaa heitä myös kuoleman käsittelyssä.

### **6.1.8 Mahdollisuus rauhalliseen hyvästelyyn**

Läheisten on saatava osoittaa kunnioitustaan vainajan ruumiin läheisyydessä ja suorittaa ne viime tervehdykset, jotka he haluavat tehdä. Jäähyväisten jättö toimii läheisille kuoleman kokemuksen yhtenä määrittäjänä.

## 6.2 SAIRAALAPAPIN TOIMINTA ELINLUOVUTUSPROSESSISSA

Elinluovutustilannetta voi sairaalapapin työn kannalta tarkastella prosessina. Potilas on äkillisesti saanut aivovamman ja hänet on toimitettu ensiapuun. Sieltä hänet on edelleen siirretty teho-osastolle. Teho-osastolla on päädytty toteamaan hänet potentiaalisesti elinluovuttajaksi ja aivokuolema on todettu tai aivokuolema on odotettavissa. Läheiset ovat saaneet tiedon tapahtuneesta ja saapuneet paikalle. Elinluovutuskoordinaattori on keskustellut heidän kanssaan mahdollisesta elinluovutuksesta. Elinluovutukseen on päädytty nopeasti aivokuoleman toteamisen jälkeen. Hoitohenkilökunta on protokollan mukaan ja läheisten suostumuksella kutsunut sairaalapapin paikalle.

Sairaalapapin saapuessa on tärkeää, että hän saa hoitohenkilökunnalta mahdollisimman tarkan kuvauksen tapahtuneesta ja missä vaiheessa prosessia nyt ollaan samoin kuin paikalle saapuneista läheisistä ja heidän tilanteestaan. Mitä on tapahtunut? Missä ja milloin? Kuka on potilas? Keitä ovat läheiset? Ovatko kaikki paikalla? Millainen on läheisten vointi ja tilanteeseen suhtautuminen? Miten liityn hoitavaan tiimiin sujuvimmin? Miten tilanne etenee?

Sairaalapappi kohtaa läheiset joko omaisten huoneessa, jossa voidaan käydä lyhyt keskustelu tapahtuneesta ja läheisten tilanteesta tai sitten kohdataan suoraan teho-osastolla kuolinvuoteen äärellä. Papin tehtävä on ottaa läheisistä vastuuta ja samalla hoitohenkilökunta saa enemmän tilaa keskittyä itse potilaaseen. Sokkitilassa olevien läheisten kohtaamisessa on tärkeää kuuntelu ja kunnioittava kohtaaminen, rauhoittelu, levollisuus ja sekavan tilanteen kertomuksen kuuleminen ja jäsentäminen pala palalta yhdessä heidän kanssaan.

Papin erityinen tehtävä on kuoleman todellisuuden vahvistaminen. Lääkärin tilannekatsauksen kuuleminen on olennaista todellisuuspohjaa sille, että potilas on kuollut. Pappi voi vielä kysyä uudestaan kuolinaikaa tilanteen konkretisoimiseksi. Pappi on kuoleman todellisuuden vahvistaja omassa virka-asemassaan ja virka-asussaan. Menehtyneestä käytetään nimitystä vainaja (ei potilas). Häntä ei enää hoideta, vaan hengitystä ylläpidetään elinten elossa pitämiseksi. Kuoleman symboleina voivat toimia pöydällä palava ledkynttilä, risti tai kukat. Vainajan vuoteen äärellä voidaan yhdessä viettää saattohartaus – rukoushetki vainajan luona – kuolleen luona. ”Otan osaa” – merkitsee kuoleman todeksi tekemistä ja samalla jakamista, menetykseen osallistumista, osan surun ja tuskan ottamisesta itselle.

Papin tehtävä on osana hoitotiimiä olla tukemassa ja rohkaisemassa läheisiä elinluovutusasiassa. Pappi voi tuoda tähän tilanteeseen oman kokemuksensa heistä, jotka odottavan siirännäisen saamista – miten tärkeä asia elinluovutus on toisen ihmisen elämän mahdollistajana.

Papin tehtävä on pitää huolta läheisistä myös siinä vaiheessa, kun vainaja siirtyy elinluovutukseen. Mahdollisuuksien mukaan läheisten kanssa voi vainajaa mennä katsomaan ja hyvästelemään teho-osastolle vielä irrotusleikkauksen jälkeen tai sitten obduktio-osastolle. Läheiset tarvitsevat myös käytännön neuvoja hautajaisten järjestämisestä ja heille on varmistettava kriisiavun saaminen omalta paikkakunnaltaan lähipäivien kuluessa.

Joskus potentiaalinen elinluovutustilanne ei loppujen lopuksi johdakaan elinluovutukseen. Syyt ovat lääketieteellisiä. Näissä tilanteissa sairaalapappi on jakamassa läheisten tunnetilaa – joskus pettymystä, joskus huojennusta. Heidän prosessinsa elinluovutusasiassa ikään kuin käy turhaksi. Tämä voi herättää vihan ja pettymyksen tunteita. Vainajan hyvästelyyn jää ehkä enemmän aikaa ja mahdollisuuksia. Papin rinnalla kulkeminen voi muodostua tällöin erityisen tärkeäksi.

## **6.3 SAIRAALAPAPPI LÄHEISTEN TUKENA**

Potentiaalisen elinluovuttajan läheisille kuolema tulee varoittamatta. Aivokuolemaan johtaneet syyt ovat usein luonteeltaan ennalta arvaamattomia, kuten äkilliset aivoverenvuodot tai onnettomuuden seurauksena tulleet vaikeat pään vammat. Läheisten asiaan suhtautumiseen muodostuu kolme tasoa:

- a) ennakoititaso (potilaan siirto teho-osastolle elämää uhkaavan sairauden tai vamman vuoksi)
- b) ristiriitataso (aivokuoleman diagnoosi paljastuu läheisille)
- c) ristiriidan jälkeinen taso (kokemus elintenirrottamisesta ja surutyö) (Ryymän & Rätty 2016)

### **6.3.1 SOKKITILASSA OLEVAT LÄHEISET (ENNAKOINTI- JA RISTIRIITATASO)**

Kun sairaalapappi kohtaa elinluovuttajan läheiset, he ovat väistämättä sokkitilassa. Äkillinen luonnollinen kuolema, jossa täysin terve ihminen yhtäkkiä kuolee, tuottaa suurta järkytystä läheisille. Traumaattisen tapahtuman tunnusmerkistö täyttyy: tapahtuma tai tilanne on ennustamaton, tapahtuma on kontrolloimaton – siihen ei voi vaikuttaa omalla toiminnalla, tapahtuma muuttuu tai koettelee elämänarvoja ja oikeastaan kaikki muuttuu. (Saari 2003: 25-27, Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä- suositus)

Läheisten sokkitila syntyy, kun he saavat kuulla järkyttävästä tapahtumasta ja läheisensä menehtymisestä. Sokkitilaa saattaa vielä lisätä elinluovutuksen liittyminen tilanteeseen, ellei heillä ole mitään ennakkotietoa tällaisesta menettelytavasta tai asiasta ei milloinkaan ole ollut puhetta läheisten kesken. Psykkisessä sokissa mieli suojaa ihmistä sellaiselta tiedolta tai kokemukselta, jota se ei pysty ottamaan vastaan eikä kestä. Mieli ottaa aikalaisän. Psykkisen sokin tehtävänä on suojata miinää sellaiselta tiedolta ja kokemukselta, jota se ei pysty kestävänsä. Tämä mekanismi palvelee miinan eheyttä ja koossa pysymistä. Sokissa olevaan ihmiseen tekevät voimakkaan vaikutuksen myös hänen kohtaamansa ihmiset ja se, mitä ja miten he sanovat tai toimivat. (Saari 2003: 42-43, 147)

Sokkitilassa oleville läheisille kuolema ja elinluovutusprosessi näyttäytyy kaaosmaisena. Teho-osaston tekninen ympäristö on vieras, läheinen onkin teho-hoidosta huolimatta menehtynyt, elinluovutusprosessi on tullut ehkä yllätyksenä ja siinä on monia hämmäntäviä vaiheita. Sokissa olevan ihmisen tiedottaminen on haastavaa. Vaikka hoitohenkilökunta on yrittää antaa heille kaiken mahdollisen informaation ja osoittaa tietokonekuvin ja testituloksien kuoleman todellisuuden, heidän sokkitilainen mielensä ei pysty tätä vastaanottamaan.

Auttajien rauhoittavalla, turvallisuutta luovalla ja rohkaisevalla toiminnalla on valtava merkitys psykkisessä sokissa olevalle ihmiselle. Tärkeää on luoda rauhoittava, turvallisuutta luova ilmapiiri, johon liittyy myötäeläminen ja huolenpito. Lohduttaminen traumaattisen tilanteen alkuvaiheessa on

mahdotonta. Tunteiden puuttuminen kuuluu sokkivaiheeseen ja kyky tehdä päätöksiä on puutteellinen. Noin 20% ihmisistä joutuu sokkitilanteessa paniikkiin, tulee hysteeriseksi tai lamaantuu. Paniikkiin joutuneelle on tärkeää rauhoittaminen – turvallinen fyysinen ote, siirtäminen syrjään ja rauhoittava tasainen puhe. Paniikki myös tarttuu helposti muihin. Lamaantuminen ihminen taas ei itse kykene liikkumaan tai huolehtimaan itsestään. Muiden on pidettävä hänestä huolta. (Saari 2003:47, 49) Kosketuksella pystyy viestittämään paljon aidommin ja tehokkaammin välittämistä ja jakamista kuin sanoilla. Koskettaminen tuo turvaa, ilmaisee myötätuntoa ja hyväksymistä. (Saari 2003: 146-147)

### **6.3.2 VAINAJAN KATSOMINEN (RISTIRIIDAN JÄLKEINEN TASO)**

Nykyään kriisi- ja katastrofityössä korostetaan kuolleen läheisen katsomisen ja hyvästelemisen merkitystä. Kun joku on kuollut traumaattisessa tapahtumassa, vainajan hyvästeleminen on keskeinen keino totuuden kohtaamisessa ja hyväksymisessä. Tämä myös rajoittaa mielikuvituksen tilaa ja auttaa surutyössä ja menetyksestä toipumisessa. Henkilön näkeminen kuolleen ei poista, vähennä tai muuta hänestä olevia mielikuvia elävänä, vaan mahdollistaa mielikuvan saamisen hänestä myös kuolleen. Vainajan katsomis- ja hyvästelytilanteesta täytyy tehdä turvallinen ja myös lapset voivat olla siinä mukana. (Saari 2003: 160)

Läheisille olisi tavalla tai toisella luotava mahdollisuus rauhalliseen hyvästelyyn. Isossa potilashuoneessa ja tehohoitoympäristössä pyritään luomaan intiimit puitteet juuri tälle perheelle. Kaikki ne rituaalit, joihin läheisten on mahdollisuus osallistua ja toteuttaa, auttavat heitä myöhemmin surutyössä. Konkreettiset tekemiset tai kauniisti laitettu vainaja jäävät sokkitilaisen ihmisen mieleen paremmin kuin sanat.

Elinluovutusvainajan katsomiseen ja hyvästelemiseen on melko rajallisesti aikaa ennen elinluovutusleikkaukseen siirtymistä. Jäähyväisten jättö ruumiille, joka vielä hengittää, on ristiriitaista. Siksi olisi optimaalista, että leikkauksen jälkeen vainaja tuotaisiin vielä osastolle katsottavaksi ja hyvästeltäväksi. Usein irrotusleikkaukset kuitenkin tapahtuvat iltaisin tai yöaikaan, joten vainaja siirretään leikkauksen jälkeen obduktio-osastolle säilytykseen. Olisi hyvä, jos läheiset pääsisivät katsomaan vainajaa heti seuraavana päivänä ja tässä vaiheessa myös sairaalapappi voisi olla heidän tukeaan. Vainaja näkeminen on monelle ennenkokematon tilanne ja moni pelkää tuota hetkeä. Vainajat ovat useimmiten levollisia ja rauhallisen näköisiä.

### **6.3.3 LÄHEISTEN TUKI TEHO-OSASTOLTA ETEENPÄIN**

Traumaattisen tapahtuman uhrit eli läheiset voivat tapahtuman jälkeen olla useita vuorokausia voimakkaan järkytyksen vallassa. Oma-aloitteinen kriisiavun hakeminen ei näin ollen onnistu. (Saari 2003:96) Siksi sairaalapapin tulee yhdessä hoitohenkilöstön kanssa varmistaa, että omaisten paikkakunnan kriisiryhmä tai muu psykososiaalista tukea antava toimija ottaa läheisiin yhteyttä lähipäivinä. Voidaan myös sopia, että sairaalapappi soittaa läheisille ja varmistaa vielä, että he ovat saaneet tarvitsemansa avun. Elinluovutuskoordinaattori on joka tapauksessa puhelinkontaktissa omaisiin lähiviikkojen kuluessa.

Sairaalapapin ottaminen mukaan hoitotiimiin on äärimmäisen tärkeää elinluovutustilanteissa edellä esitetyn tutkimusnäytön ja omien kokemusteni mukaan. Kyseessä on aina äkillinen kuolemapaus. Läheisten tarvitsemaa tukea on kuvattu liitteenä olevassa Hoitotyön suosituksessa Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen: Käsittelemätön trauma voi estää suruprosessin käynnistymistä tai pitkittää sitä. Tästä syystä äkillisesti kuolleen henkilön läheiset saattavat tarvita ammatillisia kriisi-interventioita ja/tai suru- ja traumapsykoterapiaa. Äkkikuoleman yhteydessä läheisten kohtaamiseen ja tukemiseen on usein käytettävissä vain lyhyt aika, jossa voidaan kuitenkin luoda perusta läheisten selviytymiselle. Tuki jaetaan emotionaaliseen, konkreettiseen, tiedolliseen, päätöksentekoon liittyvään ja hengelliseen tukeen. Tuki sisältää kaikki ne toiminnot, joilla voidaan edistää ja tukea äkillisen kuoleman kokeneiden läheisten selviytymistä. (Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen, Hoitotyön suositus 2018; ks. LIITE 4)

## 6.4 SAIRAALAPAPIN TUKI HENKILÖKUNNALLE

Sairaalapappi voi lopulta olla mukana myös henkilökunnan defusing -keskustelussa tai osallistua tulevana päivänä järjestettävään debriefing -istuntoon heidän kanssaan, mikäli työtilanne on ollut tiimille kovin raskas.

Elinluovutustilanteet ovat myös teho-osaston henkilökunnalle kuormittavia. Tilanne, jossa aivo-kuoleman toteamisen jälkeen ryhdytään tietyiltä osin maksimaaliseen tehokkaaseen hoitoon, jotta siirrännäiset saataisiin mahdollisimman hyvälaatuisina käyttöön, aiheuttaa henkilökunnalle stressiä ja psyykkisiä ristiriitoja. Tilanne saattaa tuntua henkilökunnasta ristiriitaiselta, jos esim. liikenneonnettomuuden uhrin läheisten kanssa joudutaan nopealla aikataululla ottamaan elinluovutusasia esille. Läheiset ovat äärimmäisen järkytyksen vallassa ja vaikeasti kohdattavissa. (Lindqvist 1994:67)

Mikäli mahdollista, tilanteen päättymisen jälkeen taikka työvuoron lopussa tapaukseen osallistuneiden olisi hyvä käydä lyhyt purkukeskustelu (defusing). Tavoitteena on palauttaa työkyky purkamalla järjestelmällisesti ja keskitetysti järkyttävän kokemuksen aiheuttamat päällimmäiset tunteet, jotka joka tapauksessa purkautuvat, mutta tehottomammin ja vieden enemmän työaikaa. (Saari 2003:149)

## 7 SIIRRÄNNÄISEN SAAJAT JA ODOTTAJAT

---

Omaan tapaan olla läsnä elinluovutustilanteissa vaikuttavat väistämättä kokemukset elinluovutusprosessin toisesta ääripäästä. Kun vierailen säännöllisesti tapaamassa munuaiskeskuksessa dialyysihoidoissa käyviä potilaita, tiedän todellakin, mihin elinluovutuksia tarvitaan. Monet heistä odottavat siirrännäistä – jopa vuosia. Kohtaan siis heitä, jotka odottavat elämänlaatuaan tai suorastaan elämänsä jatkumisen mahdollistavan elinsiirrännäisen saamista.

Elinsiirron arviointivaihe ja sen jälkeinen siirtoleikkauksen odotusaika ovat erittäin vaativia elämäntilanteita sellaisillekin potilaille, jotka ovat aiemmin olleet psyykkisesti terveitä (Kronqvist ym.).

Epävarmuus leikkausjonoon pääsystä tai siirteen saamisesta pitävät kuoleman mahdollisuuden jatkuvasti mielessä. Sairauden edetessä hitaasti potilaalla voi olla vuosia aikaa sopeutua sen aiheuttamiin rajoituksiin ja varautua kuoleman mahdollisuuteen. Toivotun elinsiirteen saamista saattaa varjostaa syyllisyyden tunne luovuttajan kuoleman vuoksi (ns. survival guilty). Kiireelliseen elinsiirtoleikkaukseen jouduttaessa potilaalla ei ole aikaa sopeutua, vaan hän joutuu kohtaamaan kuolemanpelkonsa varsin valmistautumattomana. Kaikki nämä stressitekijät voivat erikseen tai yhdessä johdattaa esimerkiksi masentuneisuutena, ahdistuneisuutena tai haitallisena käyttäytymisenä ilmeneviin sopeutumishäiriöihin. Vaikeissa tai pitkään jatkuneissa tilanteissa vakavammatkin psyykkiset häiriöt ovat mahdollisia. Elinsiirtopotilaan ahdistuneisuus voi ilmetä yleisenä ahdistuksena tai epäsuhtaisina tai irrationaalisina pelkoina. (Leppävuori ym. 2011)

Sosiaalisella tuella ja tukiverkostolla on todettu olevan tärkeä merkitys elinsiirtoleikkausten ennusteen kannalta. Läheisiltä saatu tunnetason tuki ja muu konkreettinen apu toimivat potilaalle eräänlaisena puskurina etenkin psyykkisesti raskaimpina aikoina hänen odottaessaan elinsiirrettä ja ensimmäisinä viikkoina ja kuukausina siirtoleikkauksen jälkeen. (Leppävuori ym. 2011)

Elinsiirrot ovat elimen saajalle ja hänen läheisilleen psyykkisesti monikerroksinen, usein tavattoman raskas ja myös pitkälinen prosessi. Pääsy siirtojonoon käynnistää elämän ja kuoleman välisen ahdistavan kilpajuoksun. Sopivan elimen löytäminen vie usein viikkoja tai kuukausia. Perussairaus voi edetä odotettua nopeammin; toivo ja toivottomuus vaihtuvat päivittäin. Käynnit dialyysissä pitkienkin matkojen takaa kuluttavat voimia. Suuri osa elinsiirtoa odottavista potilaista kärsiikin eriasteisista ahdistus- ja masennusoireista. Pitkittyvä odotusaika on omiaan stimuloimaan erilaisia mielikuvia. Toiveet siirtoelimiä tuottavista auto-onnettomuuksista voivat olla ärsykkeenä niin ahdistaville syyllisyyden tunteille kuin mustalle huumorille. Epäluulot siirtojonossa tapahtuvista ohituksista ovat myös tavallisia. Ongelmat eivät häviä teknisesti onnistuneen elinsiirron jälkeen, saati sitten, jos elimistö hylkii siirrettyä elintä. Elämä kyllä jatkuu, mutta siirto ei välttämättä mahdollista oireetonta uutta elämää. Pelot hyljintäreaktiosta saattavat jatkua kuukausia ja joskus vuosiakin. Monella potilaalla on myös vaikeuksia sisäistää saamansa uusi elin osaksi omaa kehoaan ja persoonallisuuttaan. Tunne kuolleelta saadusta elimestä on monelle outo. Jotkut pelkäävät, että elimen myötä vastaanottajaan siirtyy myös osa luovuttajan persoonallisuutta tai ominaisuuksia. Erilaiset yhteyden tai syyllisyyden tunteet elimen luovuttajaa kohtaan ovat tavallisia. (Matti O. Huttunen 2004)

Itse kuulen siirrännäistä odottavien tunnetiloissa toivoa, mutta myös ahdistusta ja pelkoa. Siirrännäisjonoon pääseminen luo toiveikkuutta ja kuolemanpelko helpottaa. Siirrännäisen jonottaminen on kuitenkin elämää epävarmuudessa ja jatkuvassa valmiustilassa olemista. Odotusaikaan sisältyy elämän rajallisuuden pohdintaa: saanko siirrännäisen, milloin se tapahtuu, toimiiko se, hylkiikö ruumiini sitä, kuinka pitkään se toimii. Samaan aikaan kuolemanpelko tuottaa ahdistusta. Siirrännäisen odottajalla on ristiriitaisia tunteita: ”Ellen saa uutta elintä, kuolen. Saadakseni uuden elimen, jonkun toisen on kuoltava.” (Ylikarjula 1994, 61) Tunteista on hyvä saada keskustella ja tunteita on lupa näyttää. Ellei tämä ole mahdollista oman perheen sisällä, on mahdollisuus avata tunnetilaansa sairaalapapille.

Sisätautiosastoilla kohtaan siirrännäisen saaneita potilaita. Siirrännäisen saaneiden tunteissa alkuvaiheessa saattaa vallita ylikorostuneen positiivinen tunnetila. Vähitellen uuden elämän realiteetit alkavat valjeta: siirrännäinen ei poistakaan elämästä kaikkia ongelmia. Hylkimisen estolääkitys aiheuttaa omat sivuoireensa. Siirtoprosessi on kriisi, jossa mahdollista on myönteinen kasvu. Koittaa



perusteellinen elämän uudelleenarviointi ja oman identiteetin hahmottaminen uudelleen. (Ylikarjula 1994, 62)

Millaisia narratiiveja potilaalla on elämästään ennen ja jälkeen siirron? Tätä pyrin hahmottamaan potilaan kertomasta ja pohtimaan hänen kertomastaan nousevia narratiiveja. Jos potilas kertoo ahdistuneena ja syyllistyneenä, että ”jonkun piti kuolla minun saadakseni tämän munuaisen”, voidaan miettiä, onko tämä totta. Kyseinen henkilö olisi kuollut kuitenkin, elinsiirto vain mahdollisti hänen elintensä käytön muiden hyväksi. Eikö se ole lohdullinen mielikuva kuolleen omaisille? Eikö moni toivoisi niin tapahtuvan omalla kohdallaan?

Jos potilas siirrännäisen saatuaan kokee pettymystä elämänsä epätäydellisyyteen, hänen kanssaan voi pohtia vaikka narratiivia hyvästä elämästä. Milloin elämäsi on ollut riittävän hyvää? Onko se joskus ollut täydellistä ilman pienintäkään huolta? Tuskinpa. Mikä siis on ollut sinulle riittävää? Potilaan vastauksesta alkavat hahmottua hänen hyvän elämän narratiivinsa sisällöt ja voidaan yhdessä tutkia, mitkä niistä ovat nyt olemassa ja mihin voidaan pyrkiä tulevaisuudessa. Uusien elämäkokemusten kertominen osaksi omaa elämäntarinaa vahvistaa kokemusta itsestä oman elämänsä subjektina. (White & Epston 1990, 27)

## **8 SAIRAALAPAPIN VAIKUTTAVUUS ELINLUOVUTUSTILANTEESSA**

---

Sairaalapapin paikalle tuleminen ja ääneti läheisten kanssa kuolinvuoteen äärellä oleminen on läsnä olevaa läheisten kannattelua. Läheiset tarvitsevat tukea, että kestävät olla siinä, mistä oikeastaan haluaisivat pois ja minkä tilanteen he eivät haluaisi edes olevan totta. Usein kuolinvuoteen äärellä ollaan läsnä ja hiljaa, ehkä kosketetaan vainajaa. Sanoja ei ole, eikä niitä välttämättä tarvitakaan.

Kun hoitohenkilökunta toimii lääketieteellisten realiteettien maailmassa, sairaalapapin tehtävä on avata tilaa dialogille ja tunteiden maailmalle. Läheisten on saatava sanoittaa pelkojaan ja ahdistustaan, toiveitaan ja odotuksiaan. Mitä kuolema heille merkitsee? Minkä merkityksen he antavat kuolemalle? Tämä dialogin maailma avautuu usein vasta omaisten huoneessa tai ehkä vasta tulevina päivinä reaktiovaiheessa.

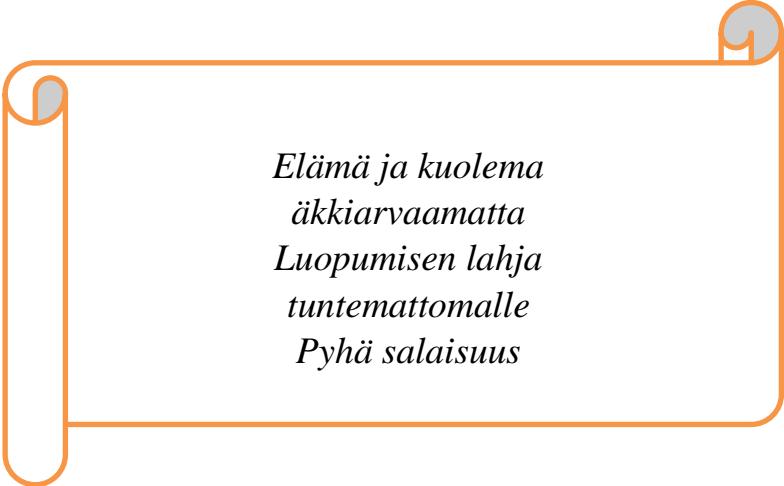
Dialogin asetelmana toimii papin ei-tietäminen. Vaikka hän koulutuksensa ja työkokemuksensa kautta tietäisikin kyseisenlaisista tilanteista, hän ei voi tietää, miltä omaisista tuntuu ja miten he kukin oman henkilöhistoriansa ja persoonansa kautta asian kokevat. Siksi on tärkeätä olla ennalta olettamatta mitään. Omaisten kohtaaminen ja kuunteleminen syntyy sairaalapapin läsnäolosta avoimin mielin. (Anderson 2005)

Sairaalapappi voi omalta osaltaan vahvistaa myönteisiä tulkintoja ja varovaisesti kyseenalaistaa negatiivisia ja läheisille kenties haitallisia tulkintoja. Pappi voi vahvistaa niitä uskomuksia, jotka auttavat luopumaan läheisestä. Läheisille tulee antaa tilaa rakentaa oma narratiivinsa tai oman perheensä kertomus elinluovutustilanteesta: miten heidän menetyksensä voi auttaa hädässä olevaa/olevia tai suorastaan pelastaa jonkun elämän. Miten epätodellinen ja ennalta-arvaamaton kuolema voisi muuttua heidän läheisensä viimeiseksi merkitykselliseksi elämänvaiheeksi tai jopa elämäntehtäväksi.

”Niin kuin tahdotte ihmisten tekevän teille, tehkää te heille”, lausui eräs tunnettu julistaja 2000 vuotta sitten. Sairaalapapin tehtävä on tuoda myös hengellinen ulottuvuus läheisten käyttöön siinä

määrin ja siinä muodossa, kuin läheisistä tuntuu luontevalta. Yhdessä voidaan siunata ja silittää, hiljentyä rukoushetkeen, syyttää kynttilä, tehdä ristinmerkkejä, saatella rakkaudella ja kunnioituksella. Niin että viimeisistä hetkistä voisi jäädä tilanteen kaoottisuudesta ja vieraasta tehohoitoympäristöstä huolimatta lämmin ja sielua hoitava muisto.

Sairaalapapin työ elinluovutustilanteessa on siis psyykkistä ensiapua, hoitohenkilökunnan työn vahvistamista, sielunhoitoa ja hengellisten elementtien mahdollistamista. Myös sairaalapappi elää näissä tilanteissa ihmisenä omine tunnetiloineen. Tuttu potilas tai omaan elämäkokemukseen jollain tavoin linkittyvä potilas tai läheinen herättää tunteita myös papissa. Läheisten tunnetilat tuntuvat omassakin ruumiissa teho-osastolta lähdettäessä. Purku muodossa tai toisessa on tarpeen yhdessä hoitavan tiimin tai työnohjaajan tai edes oman itsensä kanssa - matkalla kotiin ja edelleen ennen seuraavaa auttamistilannetta. Omankin mielen tulee kaaoksen myötäelämisen jälkeen saavuttaa seesteisyys.



*Elämä ja kuolema  
äkkiarvaamatta  
Luopumisen lahja  
tuntemattomalle  
Pyhä salaisuus*

## 9 LÄHTEET

---

Anderson, Harlene (2005): The myth of not-knowing. *Family Process*: 44(4):497-504

Elinluovutus. Kuoleman toteaminen ja omaisten kohtaaminen. Asiantuntijaryhmän opas terveydenhuollon henkilöstölle (2015) PDF-julkaisu. <http://hus.fi/ammattilaisille/elinluovutustoiminta/Documents/>

Eudonorgansuomi (2018) <https://www.facebook.com/eudonorgansuomi/>

Färkkilä-Lommi-Halme-Honkanen (2017): Elinsiirrot – ei pelkkää kirurgiaa, *Duodecim* 2017;133(24):2399-401

Helsingin Sanomat 27.1.2019

HUS Uutishuone (2017) <http://www.hus.fi/hustietoa/uutishuone>

Huttunen Matti O. (2004): Elinsiirtopsykiatria, *Duodecim* 2004;120(11): 1419-20

Kronqvist K, Leppävuori A, Lähteenmäki A.(1994): Elimensiirtoon liittyvät psyykkiset tekijät. *Duodecim* 1994;110:1771-5.

Käypä hoito –suositus (2014): Neurologia/Aivovammat <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi18020>

Käypä hoito –suositus (2014): Traumaperäinen stressihäiriö. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50080.pdf>.

Leppävuori-Eskola-Ämmälä (2011): Elinsiirtopotilaan leikkauskelpoisuuden psykiatrinen arviointi, *Duodecim* 2011;127(16): 1669-76)

Lindqvist Martti (1994) Etiikka ja elinsiirrot. Teoksessa *Elämän lisäämisen lisääminen. Elintensiirrot potilaan, omaisten ja henkilökunnan näkökulmasta*. Helsinki: Kirkkohallitus.

Lång-Nurmi-Koivusalo (2017): Miten elinsiirtojen määrää on onnistuttu lisäämään? *Duodecim* 2017;133(24):2395-6

Lääkärin etiikka: Elin- ja kudossiirrot  
<https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/hoidon-erityiskysymyksiä/elin-ja-kudossiirrot/>

Ruuth Nellimari (2016): Kuolleilta tapahtuvat elinluovutukset perus- ja ihmisoikeusnäkökulmasta. Pro gradu, oikeustieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto 2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-201606202487>

Ryymin, Taru; Rätty, Eeva (2016): Aivokuolleen elinluovuttajan omaisten selviytyminen. Kirjallisuuskatsaus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016120418994>

Saari Salli (2003): *Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen*. Keuruu: Otava

Salin Salla (2018): Aivokuolleen elinluovuttajan läheisten kokemukset. Kandidaatintutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta: Terveystieteet/Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Lokakuu 2018. (julkaisematon)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2014) Elinsiirtoja ja elinluovutustoimintaa koskeva kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2015-2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-julkaisu. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70328>

Suomen Psykologiliiton ja Suomen psykologisen Seuran Tieteellinen neuvottelukunta (2010). Psykologinen työ akuuteissa kriiseissä- suositus hyvistä käytänteistä. [http://www.psyli.fi/files/1015/Kriisityo\\_suositus\\_2010.pdf](http://www.psyli.fi/files/1015/Kriisityo_suositus_2010.pdf).

Suomen Tehohoitoyhdistys <https://sthy.fi/blogi/mukana-eudonorganissa/>

Terveyskylä <https://www.terveyskyla.fi/elinsiirtotalo/elinluovutus/>

Terveyskylä [https://www.terveyskyla.fi/elinsiirtotalo/hengen\\_pelastava\\_elinsiirto/](https://www.terveyskyla.fi/elinsiirtotalo/hengen_pelastava_elinsiirto/)

Wennervirta-Soininen-Koivusalo (2015). Aivokuollut elinluovuttajana. Finnanest 1/2015

White, Michael & Epston, David (1990): Narrative Means to Therapeutic Endings. W. W. Norton & Company, Inc. New York

Ylikarjula Simo (1994) Elämän pitkospuilla. Teoksessa Elämän lisäaika. Elintensiirrot potilaan, omaisten ja henkilökunnan näkökulmasta. Helsinki: Kirkkohallitus.

Äkillisesti kuolleen henkilön lähteisten tukeminen (2018). Hoitotyön suositus (online) 2018. Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö. [www.hotus.fi](http://www.hotus.fi)

## 10 LIITTEET

---

### LIITE1: ELINLUOVUTUKSIA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ SUOMESSA

- Elinsiirtoa varten tarkoitettujen ihmiselinten laatu- ja turvallisuusvaatimuksista EU direktiivi 2010/53/EU
- EU direktiivi 2010/53/EU implementoitu Suomen lakiin, voimaan 1.5.2013
- Suomen ratifioima ”biolääketieteen sopimus” ja sen suhde ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi 2010
- Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä 101/2001
- STM asetus kuoleman toteamisesta 27/2004
- Laki kuolemansyyn selvittämisestä 459/1973 ja Asetus 948/1973
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994
- Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskuksen määräys: Elinluovutus- ja elinsiirtotoimintaa koskevat laatu- ja turvallisuus vaatimukset, Dnro 000306/00.01.02/2013

## LIITE 2: ELINLUOVUTUSTAHTO OMAKANTA.FI -PALVELUSSA

### Elinluovutustahto

Voit auttaa toisia ihmisiä elinluovutuksella kuolemasi jälkeen. Elinluovutustahto on henkilön antama tahdonilmaisu siitä, saako hänen elimiään, kudoksiaan ja solujaan käyttää kuoleman jälkeen toisten henkilöiden sairauden tai vamman hoitoon.

Ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetun lain (101/2001) mukaan pääsääntönä on, että vainajalta voidaan ottaa talteen elimiä ja kudoksia toisen henkilön hoitamiseksi. Kuolleen henkilön elinaikainen tahto pyritään selvittämään ennen elinluovutusta. Jos vainaja on elinaikanaan vastustanut toimenpidettä, sitä ei saa tehdä. Jos tahtoa ei kyetä selvittämään, oletama on, että henkilö on suostunut luovutukseen. Oikeudellisesti pätevän elinluovutustahdon voi tehdä muullakin tavalla kuin tässä asiointipalvelussa.

## LIITE 3: ÄKILLISESTI KUOLLEEN HENKILÖN LÄHEISTEN TUKEMINEN - HOITOTYÖN SUOSITUS 2018 (HOTUS)

- 1.** *Kohtaa* äkillisesti kuolleen läheinen yksilöllisesti, aidosti, myötätuntoisesti ja kunnioittavasti hänen tarpeensa sekä kulttuurinsa huomioiden. Läheisensä äkillisesti menettäneet tulee kohdata kunnioittavasti sekä myötätuntoisesti, heidän surunsa tunnustaen. Läheisten tuki tulisi sopeuttaa yksilöllisesti heidän tarpeisiinsa sekä huomioida kulttuurin merkitys läheisten avun tarpeeseen liittyvissä ilmaisuissa. Oikeuta jokaisen läheisen suru ja menetyksen merkitys.
- 2.** *Kuuntele* vainajan läheisiä aktiivisesti ja anna heille aikaa puhua menetyksestään.
  - Järkyttynyt läheinen voi haluta olla hiljaa, siksi kehtään ei tule pakottaa puhumaan.
  - Katso surevia silmiin ja keskustele heidän kanssaan avoimesti sekä rehellisesti.
  - Ole rohkeasti ja aidosti läsnä.
  - Osoita läheisille myötätuntoa verbaalisesti ja non-verbaalisesti, fraaseja sekä tyhjiä lauseita välttäen.
  - Tunne järkyttyneen kohtaamisen psykologisen ensiavun ohjeet ja toimi niiden mukaisesti turvallisuuksista vahvistaen kontaktin ottamisessa, vuorovaiikutuksessa ja kontaktin päättämisessä sekä jatkosta sopimisessa.
- 3.** *Huolehdi* läheisten perustarpeista. Läheisensä äkillisesti menettäneet tulisi huomioida pienin teoin, kuten tarjoamalla vettä tai mahdollisuus istuutua. Pysy tilanteessa rauhallisena ja varaudu vastaanottamaan voimakkaita reaktioita.
  - Valmentaudu surevien kohtaamiseen, neuvontaan ja auttamiseen kouluttautumalla.
  - Hillitse omia reaktioitasi, auttajasta ei saa tulla autettavaa.
  - Anna vainajan läheisille mahdollisuus ilmaista tunteitaan sekä tue heitä tunteiden ja surun ilmaisuissa. Älä pyri rajoittamaan läheisten reaktioita, vaan hyväksy eri tavat ilmaista surua.
- 4.** *Puhu* ystävällisellä, selkeällä ja rauhallisella äänellä. Ammattihenkilöstön tulisi puhua läheisille selkeästi, ammattikieltä välttäen sekä toistaa keskeisiä asioita, koska sureva ei tunnetilastaan joutuessaan välttämättä muista kuulemaansa.
- 5.** *Keskustele* läheisten kanssa suoraan, rehellisesti, empaattisesti ja ymmärrettävällä kielellä kuoleman estämiseksi tehdyistä toimenpiteistä, kuolintapahtumasta ja kuoleman väistämättömyydestä
  - Läheisille tulee antaa tietoa vainajan mahdollisesta sairaudesta ja sairauteen johtaneista syistä, hoitotoimenpiteistä sekä hoidon ennusteesta.
  - Niiden ammattilaisten, jotka ovat olleet mukana kuolintilanteessa tai jotka ovat todenneet kuoleman (esimerkiksi ensihoitajat, lääkäri), tulee keskustella läheisten kanssa.
  - Läheisille tulee antaa tietoa mahdollisimman kattavasti, sillä puutteellisesti annettu tieto tai sen puute voimistavat läheisten pelkoja, vihaa, eristyneisyyttä ja voimattomuutta.
- 6.** *Varmista* etteivät läheiset jää yksin kuolintiedon saamisen jälkeen. Huomioi, että läheisen kotipaikkakunta voi olla eri kuin tapahtumapaikkakunta.
  - Huomioi erityisesti läheiset, jotka ovat yksin vainajan kuolintiedon saannin hetkellä ja odota, että joku lähipiiristä saapuu paikalle ennen kuin ammattilainen lähtee pois.
  - Tarvittaessa tulee huolehtia läheisten turvallisuudesta siirtymisestä kuolinpaikalle tai sairaalaan ja sieltä pois.
  - Huomioi erityisesti ne tilanteet, joissa läheisen äkkikuoleman kohdannut vainajan läheinen jää yksin alaikäisten lasten kanssa esimerkiksi toisen vanhemman kuollessa.

### **Lähitukiverkoston kartoittaminen ja läheisten kanssa yhteisen surun mahdollistaminen**

Huolehdi läheisten turvallisesta siirtymisestä tapahtumapaikalta. Kartoita läheisten sosiaalinen tukiverkosto ja huolehdi tarvittaessa yhteydenotosta heihin. Ole aikuisen tukena, kun läheisen kuolemasta kerrotaan lapselle.

### **Lisää tukiverkoston ymmärrystä vainajan kuolintapahtumasta sekä läheisten tukemisen tärkeydestä**

Neuvo vainajan läheisiä perheen ulkopuolisten henkilöiden sekä tukiverkoston reaktioiden kohtaamisessa. Läheisiä tulee tukea tukiverkostonsa kanssa avoimeen keskinäiseen kanssakäymiseen ja toisten hyvinvoinnista huolehtimiseen vainajan kuolinsyystä huolimatta.

### **Varmista lapsille aikuisten tuki ja anna aikuisille tietoa erilaisista keinoista lasten tukemiseen**

#### **Vainajan hyvästeleminen**

Valmistele läheisiä vainajan hyvästelemiseen kuvailemalla vainajan ulkonäköön liittyviä yksityiskohtia ja kertomalla vainajan katsomisen mahdollisesti aiheuttamista reaktioista Rohkaise läheisiä vainajan hyvästelemiseen, vaikka se saattaa hetkellisesti voimistaa ahdistusta

#### **Kerro läheisille erilaisista tavoista hyvästellä vainaja, heidän vakaumustaan kunnioittaen**

Vainajan hyvästelyyn voi liittyä esimerkiksi peseminen, arkkuvaatteiden valinta, sylissä pitäminen, koskettaminen, puhuminen, laulaminen, kirjeiden tai muistoesineiden laittaminen arkkuun. Tarjoa ja mahdollista vainajan läheisille saattohaudauksen tai muun vainajan ja läheisten vakaumukseen sopivan rituaalin (rukoileminen, musiikin kuunteleminen, siunaaminen jne.) järjestäminen sairaalassa, kappelissa tai ensiavussa.

#### **Kohtele vainajaa kunnioittavasti ja puhu hänestä nimellä**

Kohtele vainajaa arvokkaalla ja hänen muistoaan, katsomustaan, toivomuksiaan kunnioittavalla tavalla.

#### **Anna läheisille riittävästi aikaa vainajan hyvästelyyn sekä tarjoa heidän tarpeidensa mukaan useita mahdollisuuksia siihen**

#### **Muistojen kerääminen ja vainajan muistelemine**

Tue läheisiä vainajan muistelussa heidän kulttuuriensa kunnioittaen.

#### **Konkreettisen tuen tarjoaminen**

Kartoita läheisten konkreettisen tuen tarve, ohjaa heidät sen piiriin sekä rohkaise ottamaan tarjottua apua vastaan

#### **Huomioi läheisten sairausloman ja mahdollisen lääkityksen tarve**

Suojaa läheisiä tarvittaessa medialta.

### **Hautajaisjärjestelyissä ohjaaminen**

Anna läheisille tietoa hautajaisjärjestelyistä ja niihin tarvittavista asiakirjoista.

Tue läheisiä ottamaan lapsi tai lapset mukaan hautajaisjärjestelyihin, hautajaisiin ja muistojuhlaan .

#### **Tiedon antaminen läheiselle**

Anna läheisille suullisen tiedon lisäksi tieto kirjallisesti, jotta he voivat palata siihen myöhemmin.

Järjestä läheisille mahdollisuus keskustella lääkärin tai patologin kanssa vainajan kuolinsyystä

Anna läheisille tietoa ammatillisesta ja vapaaehtoisjärjestöjen järjestämästä tuesta sekä erilaisista tuen, hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuuksista. Anna tietoa taloudellisesta tuesta sekä sosiaalietuuksiin liittyvistä mahdollisuuksista.

#### **Vertaistuen piiriin ohjaaminen**

Ohjaa läheiset vertaistuen piiriin, sillä vertaistuesta on hyötyä äkillisesti kuolleen henkilön läheisten surutyössä.

#### **Tuen jatkuvuudesta huolehtiminen ja jatkotuen piiriin ohjaaminen**

Tunnista läheisten jatkotuen tarve ja ohjaa heidät sen piiriin luomalla tarvittaessa kontaktit eri toimijoiden kanssa. Varmista läheisille organisaatiosta päin tarjottu järjestelmällinen akuutti ja pitkäkestoinen tuki

#### **Perheenjäsenten suru- ja selviytymisprosessista ja sen seurauksista keskusteleminen**

Keskustele läheisten kanssa suru- ja selviytymisprosessin yksilöllisyydestä, selviytymiskeinoista sekä vainajan kuolinsyyn liittyvistä surun erityispiirteistä. Keskustele läheisten kanssa mahdollisista surun seurauksista ja menetyksen vaikutuksista tulevaisuuteen.