



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

SAATTOHOITO-OPAS ATTENDO PIHLAJAHARJUN HOITOKOTIIN

TEKIJÄT: Janna Ellola
Juuli Partanen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma	
Työn tekijät Ellola Janna, Partanen Juuli	
Työn nimi Saattohoito-opas Attendo Pihlajaharjun hoitokotiin	
Päiväys	06.11.2018
Sivumäärä/Liitteet	107
Ohjaaja Mäkeläinen Tiina	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Attendo Pihlajaharju, Veera Boman-Martikainen	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Palliativista hoitoa tarvitsee 37,4 prosenttia kaikista kuolevista, eli 20 miljoonaa ihmistä arvioi WHO eli World Health Organization (2011). Kun mukaan luetaan ihmiset, jotka tarvitsevat palliativista hoitoa jo sairauden alkuvaiheessa, luku kasvaa 40 miljoonaan. Seuraavan vuosikymmenen aikana WHO on arvioinut palliativisen hoidon tarpeen kasvavan 20 prosenttia.</p> <p>Palliativinen hoito tarkoittaa oireenmukaista hoitoa parantumattomasti sairaalle potilaalle. Oireenmukaisessa hoidossa keskitytään potilaan elämänlaadun ylläpitämiseen, hoito voi kestää jopa vuosia. Palliativisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon, kun potilaan elinajan odotetaan olevan päiviä tai viikkoja. Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan loppuvaiheen hoitoa. Saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan, vaan potilaan läheisiä tuetaan vielä kuoleman jälkeen.</p> <p>Saattohoito on kokonaisvaltaista hoitoa, joka muodostuu useista tekijöistä. Opinnäytetyön teoriaosuus muodostuu saattohoidon eri käsitteistä ja saattohoitopotilaan yleisimmistä oireista ja niiden hoidosta. Saattohoidossa korostuu psyykinen, hengellinen ja eksistentiaalinen tukeminen sekä omaisten huomioiminen saattohoidon eri vaiheissa.</p> <p>Opinnäytetyö on kehittämistyö, jossa tuotettiin kirjallinen saattohoito-opas hoitokoti Attendo Pihlajaharjun hoitajille sekä opiskelijoille. Opas tehtiin yhteistyössä Attendo Pihlajaharjun saattohoitovastaavan kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on varmistaa hoitajien teoriatieto ja yhteiset hyvät käytänteet saattohoidosta ja kuolevan potilaan kohtaamisesta. Lisäksi tavoitteena on, että omaiset saavat oikeanlaista tukea saattohoidon aikana.</p>	
Avainsanat Saattohoito, palliativinen hoito, hyvä kuolema, oireiden hoito	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Authors Ellola Janna, Partanen Juuli			
Title of Thesis Guidebook of palliative care for Attendo nursing home in Pihlajaharju			
Date	06.11.2018	Pages/Appendices	107
Supervisor Mäkeläinen Tiina			
Client Organisation /Partners Attendo Pihlajaharju, Veera Boman-Martikainen			
<p>Abstract</p> <p>37,4 percent of all incurably sick people need palliative care i.e 20 million people estimated by WHO, World Health Organization (2011). If people who need palliative care already in the early stages of illness are included the number will increase to 40 million. Over the next decade, WHO has estimated the need for palliative care to grow by 20 percent.</p> <p>Palliative care means symptomatic treatment for an incurably sick patient. Symptomatic treatment focuses on maintaining the patient's quality of life. It may even take years. Palliative care is shifted to hospice care when the patient's lifetime is expected to be days or weeks. Hospice care means an incurably sick patient's care in the at end of the treatment. Patient care does not end to the patient's death, because close relatives are still supported after death.</p> <p>Hospice care is a comprehensive care which consists of several factors. The theoretical part of the thesis consists of different concepts of hospice care and the most common symptoms of hospice care patient and his treatment. In hospice care psychological, spiritual and existential support are emphasized, as well as consideration of relatives in at the various stages of the hospice care</p> <p>The thesis is a development work where a written hospice guide was produced to the Attendo Pihlaharju nursing home's nurses and students. The guide was made in co-operation with the Attendo Pihlaharju's hospice nurse. The aim of the thesis is to ensure the theoretical knowledge for the nurses regarding the common good practices of hospice and the encounter of the dying patient. In addition, the aim is for relatives to get the right support during hospice.</p>			
Keywords Hospice, palliative care, dying well, symptomatic treatment			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	PALLIATIIVINEN HOITO	7
2.1	Hoitotahto	7
3	SAATTOHOITO.....	9
3.1	Saattohoitopäätös	9
3.2	Saattohoitopotilaan hoitoympäristö	11
4	SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUN KUVAUS	12
4.1	Eksistentiaalinen kärsimys	14
4.2	”Total Pain”	14
4.3	Hengellinen hoito.....	15
4.4	Saattohoitopotilaan kivun arviointi	15
5	SAATTOHOITOPOTILAAN LÄÄKEHOITO.....	17
5.1	Neste - ja ravitsemushoito saattohoidossa	17
5.2	Lääkkeiden antoreitit.....	19
5.3	Lääkkeetön hoito	21
6	SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUN LÄÄKEHOITO	23
6.1	Kipulääkityksen aloittaminen saattohoitopotilaalle	23
6.2	Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli	23
6.3	Opioidit	24
6.4	Lääkeaineannostelija	28
7	SAATTOHOITOPOTILAAN YLEISIMMÄT OIREET JA NIIDEN HOITO	30
7.1	Ruoansulatuskanavan oireet ja hoito	30
7.2	Väsymysoireyhtymä ja hoito	33
7.3	Psyykkiset oireet ja hoito.....	34
7.4	Hengitysteiden yleisimmät oireet ja hoito	36
8	SAATTOHOITOPOTILAAN KOHTAAMINEN.....	39
8.1	Saattohoitopotilaan läheisten kohtaaminen	39
9	KUOLEMAN JÄLKEEN	42
10	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	44
11	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	45
11.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	45

11.2 Toimeksiantaja	45
11.3 Opinnäytetyön prosessin lähtökohdat	46
12 POHDINTA.....	47
12.1 Eettisyys ja luotettavuus	48
12.2 Ammatillinen kehittyminen	49
12.3 Jatkokehittämisidea	50
13 LIITE 1: SAATTOHOITO-OPAS	60

1 JOHDANTO

Ihmisen ollessa parantumattomasti sairas, hänelle aloitetaan palliatiivinen hoito. Palliatiivinen hoito on oireenmukaista hoitoa. Palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon. Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan loppuvaiheen hoitoa ja tukea ennen kuolemaa. Saattohoidossa olevan potilaan sairauteen ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Saattohoito aloitetaan, kun jäljellä olevan elinajan arvioidaan olevan lyhyt, joitakin viikkoja tai päiviä. (Hänninen 2008.) Potilas saa hyvän perushoidon, jossa hänen fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiinsa vastataan. Saattohoidossa potilas saa halutessaan keskustella papin kanssa hengellisyydestä sekä eksistentiaalista eli omasta olemassaolostaan. (Pihlainen Aira 2010.) Hoidolla tähdätään potilaan hyvinvoinnin ja turvallisuuden lisäämiseen (Hänninen 2008). Saattohoitoa voidaan järjestää eri tahoissa, kuten potilaan kotona, julkisessa tai yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa (Pihlainen 2010).

Krooniset eli pitkäaikaissairaudet ovat suurin kuolinsyy maailmalla. Vuonna 2011 kroonisiin sairauksiin kuoli 36 miljoonaa ihmistä. Sydän- ja verisuonitauteihin, syöpään, keuhkosairauksiin ja diabetekseen kuoli 66 prosenttia kaikista 54,6 miljoonasta kuolemasta. Palliatiivista hoitoa tarvitsee 37,4 prosenttia kaikista kuolevista, eli 20 miljoonaa ihmistä arvioi WHO eli World Health Organization (2011). Kun mukaan luetaan ihmiset, jotka tarvitsevat palliatiivista hoitoa jo sairauden alkuvaiheessa, luku kasvaa 40 miljoonaan. Joka kymmenes palliatiivista hoitoa tarvitseva potilas saa laadullista hoitoa ja heistä suurin osa asuu länsimaissa. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevista suurin osa on yli 60 vuoden ikäisiä, heitä on 69 prosenttia. Seuraavan vuosikymmenen aikana WHO on arvioinut palliatiivisen hoidon tarpeen kasvavan 20 prosenttia. (Saarto 2015a.) Suomessa ei ole saattohoitolakia. Suomessa on kuitenkin tehty palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suositukset, joissa on osaamis- ja laatuksiteerit sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri tasoille. (STM 2017b.) Hoitotyön tutkimuslaitos on julkaissut syyskuussa 2018 suosituksen äkillisesti kuolleen henkilön läheisen tukemiseen. Suosituksessa on kerrottu terveydenhuollon ammattihenkilölle ohjeistukset, kuinka kohdata omaiset ja auttaa heitä surun keskellä. (Aho ja Terkamo-Moisio 2018.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen. Opinnäytetyön tuloksena tuotettiin saattohoito-opas Attendon Pihlajaharjun hoitokotiin Ylä-Savoon. Aihe valikoitui kiinnostuksesta saattohoitoa kohtaan. Opinnäytetyön tekijät ovat töissä vanhusten hoivayksiköissä, joissa saattohoitoa toteutetaan. Attendon hoitotyötä ohjaa kolme pääarvoa, jotka ovat osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen.

Tarkoituksena on saada saattohoidolle selkeät ja tiivistetyt ohjeet paperisena oppaana, joka on hoitohenkilökunnan tukena työnteossa. Opinnäytetyön tavoitteena on varmistaa henkilökunnan teoriatieto ja yhteiset hyvät käytänteet saattohoidosta ja kuolevan potilaan kohtaamisesta. Lisäksi tavoitteena on, että omaiset saavat oikeanlaista tukea saattohoidon aikana. Tekijöiden tavoitteena on kehittyä saattohoidossa ammatillisesti. Opinnäytetyössä asiakasta kuvataan sanalla potilas yhteneväisyyden vuoksi.

2 PALLIATIIVINEN HOITO

Sairauden aktiivisesta hoidosta siirrytään palliatiiviseen hoitoon, kun perussairautta ei voida hoitaa tai hoidot eivät ole potilaan edun mukaiset sekä sairaus aiheuttaa kärsimystä potilaalle. Tavoitteena on keskittyä huolehtimaan potilaan sekä omaisten hyvästä elämänlaadusta loppuun asti. Hoito voi kestää jopa vuosia. Palliatiivisessa hoidossa tarkoituksena on lievittää ja ehkäistä oireita sekä sairauden aiheuttamia komplikaatioita. Palliatiivisen hoidon tarkoitus ei ole potilaan elämän pitkittäminen. (Hänninen ja Riikola 2012.) Tavoitteena on ratkaista potilaan psykososiaaliset, eksistentiaaliset sekä hengelliset ongelmat. Terveystieteiden ammattilaisten velvollisuus on turvata potilaan kivuttomuus sekä ehkäistä oireita ja kärsimystä. Potilaan omaiset tarvitsevat myös tukea ja kuuntelua. Tarkoituksena on mahdollisimman hyvän elämänlaadun ylläpito ja aktiivinen tukeminen potilaan loppuvaiheen ajan. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 77.) Potilasta hoidetaan kokonaisuutena sairauden sijaan. Kokonaisvaltaisessa hoidossa huomioidaan ja tunnustetaan potilaan fyysiset, psykososiaaliset ja hengelliset tarpeet, sekä hoidetaan ne ajoissa. (Poukka, Pöyhiä ja Tasmuth 2012.) Potilaan hoitoa arvioidaan yhdessä potilaan kanssa, mistä potilas hyötyy ja mikä aiheuttaa kärsimystä. Hoitolinjat on hyvä määrittää potilaan hyvän hoidon ja potilaan toiveiden mukaan. Lisäksi otetaan huomioon kustannukset ja interventiot. Laajat potilasta rasittavat hoitotoimenpiteet, joihin ei ole selkeää toipumisen ennustetta, eivät kuulu palliatiiviseen hoitoon. Potilaalle tehdään tutkimuksia, joista hän hyötyy. (Poukka, Pöyhiä ja Tasmuth 2012.)

2.1 Hoitotahto

Hoitotahto tarkoittaa ihmisen omaa tahtoa elämän loppuvaiheen hoidosta. Hoitotahto tehdään sähköiselle lomakkeelle, tai se kirjataan paperiselle lomakkeelle. Hoitotahdon avulla potilas ilmaisee tahtonsa, kuinka häntä hoidetaan, kun hän ei enää pysty osallistumaan omiin hoitoratkaisuihinsa heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Hoitotahdon pohjana ovat potilaan omat elämänarvot sekä mahdolliset hoitoratkaisut. Hoitotahtoa tehtäessä potilaan tulee olla orientoitunut. Mikäli potilas ei pysty ilmaisemaan itseään, hoitotahdon voi kirjata hänen laillinen edustajansa. Hoitotahdon tekemiseen ei vaadita todistajia, mutta niiden käyttämistä suositellaan. Hoitotahto voi olla vapaamuotoinen. Hoitotahto on voimassa potilaan ollessa kyvytön päättämään omasta hoidostaan. Hoitotahto on tarkoitettu hoito-ohjeeksi pitkäaikaisiin sairauksiin, joihin ei ole parantavaa hoitoa. Mikäli potilas joutuu sairaalaan tapaturman tai muun äkillisen sairauden takia, johon on olemassa parantava hoito, hoitotahtoa ei käytetä. Hoitotahto on sitova kaikkia asianomaisia kohtaan niin kauan, kun on syytä epäillä potilaan mielen muuttuneen hoitotahdon suhteen. (Halila ja Mustajoki 2016.)

Hoitotahtoa tehtäessä voidaan hyödyntää myös valmiita hoitotahtolomakkeita, jotka ilmaisevat, ettei elämää pidennetä, jos parantavaa hoitoa ei ole. Kovin suppeaa hoitotahtoa ei kannata tehdä, koska asiat voivat jäädä silloin epäselviksi. Suppeassa hoitotahdossa epäselväksi voi jäädä esimerkiksi suonensisäisen lääkityksen käyttö tai ravitsemuksen auttaminen elämän loppuvaiheessa. (Halila ja Mustajoki 2016.) Hoitotahtoon voi myös kirjoittaa toiveitaan, mutta niiden pitää erottua sitovista hoitoratkaisuista (Karppinen 2015). Laatija voi kysyä tarvittaessa neuvoa terveydenhuollon ammattihenkilöiltä (Halila ja Mustajoki 2016).

Hoitotahto vähentää omaisten epätietoisuutta ja ahdistusta sekä helpottaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden työtä. Hoitotahdosta kannattaa kertoa asianomaisille, kuten omaisille ja hoitajille, jotta se on tarvittaessa helposti löydettävissä. (Halila ja Mustajoki 2016.) Hoitotahtolomake kannattaa jättää sähköisesti omaan potilastietojärjestelmään tai kantaa mukanaan hoitotahtokorttia, jossa hoitotahto käy ilmi. Hoitotahdon voi ilmaista myös suullisesti, mutta kirjallisen lomakkeen ansioista ei tule epäselvyyksiä hoitolinjauksissa. Hoitohenkilökunta on velvollinen noudattamaan hoitotahtoa. Hoitotahtoon voi halutessaan liittää uusimman lääkärinlausunnon potilaan toimintakyvystä. (Muistiliitto 2017.) Hoivakotiin tulevan potilaan esitietojen selvittämiseen kuuluu hoitotahdon kysyminen. Omahoitaja selvittää hoitotahdon olemassaolon ja kirjaa sen potilastietojärjestelmään. Toistuva keskustelu elämän loppuvaiheen toiveista parantaa hoidon laatua. (Karppinen 2015.) Lääketiede kehittyy jatkuvasti, joten hoitotahto kannattaa tarkastaa säännöllisin väliajoin mahdollisten pitkäaikaisrauksien parantuvan ennusteen vuoksi, koska hoitotahdon voimassaoloajasta ei ole selkeitä määrittäviä. (Halila ja Mustajoki 2016.)

3 SAATTOHOITO

Palliativisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon. Saattohoito on parantumattomasti sairaan ihmisen oireenmukaista hoitamista. Saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuoleman ajankohtaa ja hoito kestää korkeintaan viikkoja. (Hänninen ja Riikola 2012.) Saattohoidon ja palliativisen hoidon ero on se, että palliativinen hoito on pidempiaikaisempaa oireenmukaista hoitoa (Hänninen 2012). Saattohoito on osa palliativista hoitoa, jonka tarkoituksena on turvata hyvä ja arvokas kuolema potilaalle (Grönlund ja Huhtinen 2011, 77). Kuolevaksi potilaaksi mielletään ihminen, jonka toimintakyky on merkittävästi heikentynyt ja kuoleman merkit ovat nähtävissä (Hänninen 2015b, 10–11). Toimintakyvyn laskiessa ihminen ei pysty selviämään päivittäisissä toiminoissa oma-aloitteisesti, kuten huolehtimaan itsestään tai muista (THL 2016). Osalla potilaista toimintakyky säilyy kuolemaan asti. Lähestyvän kuoleman merkkejä ovat hengenahdistus, kuihtuminen, sekavuus, väsymys ja nielemisvaikeudet. Tajunnantason lasku ja viileät raajat ilmenevät lähempänä kuolemaa. Kuoleman merkit yleensä voimistuvat potilaan kuoleman lähestyessä. Saattohoitopotilaan kuolema voi tulla äkillisten komplikaatioiden tai sairauden tasaisen etenemisen kautta. Saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan, vaan potilaan läheisiä tuetaan vielä kuoleman jälkeen. (Hänninen 2015b, 10–11; Hänninen 2015c, 32–40.)

3.1 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös edellyttää, että potilaalla on todettu kuolemaan johtava sairaus ja se etenee kohti kuolemaa. Saattohoitopäätös tehdään, kun potilaan elinikä on lyhyt ja sairauteen ei ole parantavaa hoitoa tai potilas kieltäytyy hoidosta. Vaikeasti sairaalle ihmiselle tehdään saattohoitopäätös myös, jos hän ei parane tehokkaasta hoidosta huolimatta. Tärkeää on tunnistaa kuoleva potilas, jotta hänen hoitolinjaukset voidaan suunnitella potilaan parhaaksi mahdollisimman pian. (Poukka, Pöyhiä ja Tasmuth 2012.) Omaiset ja potilas sopeutuvat lähestyvään kuolemaan paremmin, kun saattohoitopäätös on tehty ajoissa (Lehto 2015).

Saattohoitopotilaan hoitava lääkäri tekee saattohoitopäätöksen sekä hoidon linjaukset yhteistyössä potilaan, että muiden potilaan kanssa työskentelevien terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa. Omaisten huomioiminen ei ole potilaslain mukaan välttämätöntä saattohoitopäätöstä tehtäessä, mutta se helpottaa hoidon toteutusta. Potilaan tulee olla orientoinut saattohoitopäätöstä tehdessä. Potilaan ollessa esimerkiksi tajuton, saattohoitopäätöksen tekoon otetaan mukaan hänen laillinen edustaja. Laillinen edustaja päättää potilaan hoitolinjauksista eli hoidon ensisijaisesta tavoitteesta. (Hänninen ja Anttonen 2008, 26–30.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ohjaa hoitolinjauksen tekemisessä, jos potilas ei kykene päättämään omista hoitolinjauksistaan:

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 6.)

Potilas saa kieltäytyä saattohoitopäätöksestä. Tällöin hyvä oireenmukainen hoito pyritään toteuttamaan potilaan ehdoilla. Lääkärit kuitenkin päättävät lääketieteellisistä asioista. (Hänninen 2015e, 257.) Potilaalla on oikeus saada tietoa tulevaisuudesta. On hyvä välttää ennustuksia ja arvoituksia tulevasta, koska ne voivat vain aiheuttaa ylimääräistä kärsimystä. Terveystieteiden ammattihenkilöiden on hyvä informoida potilasta sekä omaisia säännöllisesti ja ajan kuluessa tarkentaa sekä muuttaa ennustetta. (Hänninen ja Anttonen 2008, 26–30.)

Saattohoitopäätökseen kirjataan saattohoitoon johtanut sairaus ja sen eteneminen. Saattohoitopäätökseen kirjataan myös hoitolinjaukset mahdollisten oireiden hoidosta. Lisäksi kirjataan tutkimukset ja toimenpiteet, joista potilas voisi vielä hyötyä. DNAR (Do Not Resuscitate) eli elvytyskielto kuuluu oleellisesti saattohoitopäätökseen. Elvytyskielto tarkoittaa, jos potilas menee elottomaksi, potilaan hengitystä sekä sydämen toimintaa ei saa käynnistää uudelleen. (Korhonen ja Poukka 2013.) Saattohoitopäätöksen kirjauksella ehkäistään mahdolliset tulevat ristiriidat potilaan hoitoa koskevien päätösten teosta. Jos potilaalla on hoitotahto, toimitaan sen mukaan. (Aho 2012.) Saattohoitopäätöstä voi tarvittaessa muuttaa tilanteen sopimalla tavalla, jotta oireenmukainen hoito toteutuisi (Korhonen ja Poukka 2013). Saattohoitopäätös mahdollistaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä toimimaan eettisten periaatteiden mukaisesti, joita ovat ihmisarvon, elämän ja kuoleman kunnioittaminen. Samalla huomioidaan potilaan itsemääräämisoikeus sekä rauhallisuus ja kiireettömyys potilasta ja hänen omaisiaan kohdatessa. (Aho 2012.)

Potilaan äkillinen toimintakyvyn lasku voi johtua monista syistä, kuten tulehduksesta. Ravinnon ja nesteen lopettamista arvioidaan, jos potilaan toimintakyky laskee tai tilanne ei muutu. Saattohoidon sijaan voidaan keskustella oireenmukaisen hoidon aloittamisesta vähitellen. Oireiden ja sairauden tutkimisen keston ratkaisee iäkkään toimintakyky, elämäntilanne ja toive. (Laakkonen, Hänninen ja Pitkälä 2016.) Suurin osa iäkkäistä sairastaa muistisairauksia ja muita kuolemaan johtavia sairauksia, joten heidän ennustetta on vaikea määrittää. Hoitotahdosta ja hoitolinjauksista on hyvä keskustella ajoissa omaisten ja potilaan kanssa, kun potilas vielä ymmärtää tilanteen. Vaikeasti muistisairaalle saattohoitopäätöksen tekeminen on usein ongelmallista, koska iäkäs on voinut olla jo pitkään vuodepotilaana. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan täytyy tunnistaa muistisairauden eteneminen, jotta he pystyvät tekemään oikeita päätöksiä toimenpiteiden kannalta. (Laakkonen, Hänninen ja Pitkälä 2016; Antikainen 2015, 560–565)

3.2 Saattohoitopotilaan hoitoympäristö

Saattohoito pyritään pääsääntöisesti järjestämään kotona. Kroonisesti sairaiden ikäihmisten kotona pärjäämistä on seurattava ja mikäli se ei onnistu, järjestetään paikka kotipaikkakunnan hoitokodista. Suomen sosiaali- ja terveysministeriö (2017a) on tehnyt suosituksen kolmiportaisesta mallista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä kunnissa. Portaikkoon kuuluu perustaso, erityistaso ja vaativa erityistaso. Perustasossa hoito järjestetään perusterveydenhuollossa, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Lisäksi perustasossa saattohoitoa voi toteuttaa kotona kotihoidon ja kotisairaanhoidon turvin. Erityistasossa hoitoa toteutetaan esimerkiksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköissä. Vaativassa erityistasossa hoito toteutetaan keskus- ja yliopistollisen sairaalan palliatiivisessa keskuksessa. (STM 2017a.) Saattohoidossa täytyy toteuttaa hoidon jatkuvuus eli potilasta hoitava taho hoitaa saattohoidon loppuun asti (Hänninen 2008).

Hoitoympäristön voi jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ympäristöihin, joilla molemmilla on suuri merkitys kuolevan potilaan hoidossa. Fyysisellä hoitoympäristöllä tarkoitetaan lämpöä, turvaa, raikkautta, värejä, valoja, taideteoksia ja viihtyisyyttä, jotka tuovat iloa potilaalle sekä omaisille. Hoitoyksiköissä järjestetään potilaalle oma huone, jossa hän saa rauhassa olla omaisten ympäröimänä. Omaisille pitää antaa mahdollisuus yöpyä läheisensä vieressä. Omaisille jää mieleen loppuelämäksi missä heidän läheisensä kuoli ja millainen ympäristö oli. (Anttonen 2008, 53–54.)

Psyykkisellä hoitoympäristöllä tarkoitetaan hoitoympäristön ilmapiiriä, esimerkiksi hoitajien tapaa kohdata potilas ja omaiset sekä hoitajien käyttäytymistä, kuten ystävällisyyttä, kärsivällisyyttä ja asiallisuutta. Hyvää ilmapiiriä edistetään tarjoamalla tietoa potilaalle ja hänen omaisilleen oma-aloitteisesti. Hoitajien sanat, ilmeet ja eleet ovat merkityksellisiä potilaan ja omaisten kohtaamisessa, koska he tarkkailevat sekä tulkitsevat hoitajien käyttäytymistä tarkkaan. Ilmapiirin myönteisyyttä helpottaa se, että kuolemaa ei tarvitse torjua tai paeta. Hoitoympäristön suunnittelulla on merkitystä saattohoidossa. Potilaan yksityisyyttä pitää turvata, koska kaikki eivät halua näyttäytyä muiden edessä huonokuntoisena. Hoitoympäristön luomisessa pitää ottaa huomioon myös vainajan säilyttäminen ja laittaminen. (Anttonen 2008, 53–54.)

4 SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUN KUVAUS

Kipu on epämiellyttävä tuntemus, joka varoittaa kudonsvauriosta tai sen uhkasta (Haanpää ja Pohjolainen 2015). Jokainen ihminen on varmasti kokenut jossain vaiheessa elämää kipua. Kipu voi olla psyykkistä, sosiaalista, fyysistä tai eksistentiaalista kipua. (Hänninen 2003, 74–75.) Kivun syy voi olla myös tuntematon. Potilaan mieliala ja tuntemukset vaikuttavat psyykkisen kivun kokemukseen. Kipua voimistaa potilaan tuntema ahdistuneisuus, pelokkuus, masentuneisuus, kyllästyneisyys ja unettomuus. Tuntemukset vaikuttavat kivun voimakkuuteen, esimerkiksi potilas voi ajatella kivun tarkoittavan lähestyvää kuolemaa, jolloin kipu on vaikeampi sietää. Potilas voi pelätä sairauden etenemistä ja kuoleman lähestymistä kivun yltyessä. (Hänninen 2003, 73.) Sosiaalinen kipu voi johtua tunteesta, että on syrjäytynyt sosiaalisista toiminnoista. Sosiaalinen kivun syitä ovat esimerkiksi hylkääminen, kiusaaminen ja läheisen kuolema tai sairastuminen. (Bergland 2014.) Ihmiset tuntevat kivun yksilöllisesti. Samaa sairauden vaihetta kärsivät ihmiset voivat tuntea saman kivun eri voimakkuutena. Potilaan yksilölliset sosiokulttuuriset käytännöt, uskomukset ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat kivun voimakkuuden tunteeseen. Potilaat harvoin itse jaottelevat kipuaan fyysiseen, sosiaaliseen, psyykkiseen tai eksistentiaaliseen kipuun. Potilaat voivat loukkaantua lääkärin kivun jaottelusta, vaikkakin se on oleellista kivun hoitamisessa. (Hänninen 2003, 74–75.)

Fyysinen kipu jaetaan akuuttiin, krooniseen tai läpilyöntikipuun (Hänninen 2009, 73). Kipua jaotellaan, jotta voidaan arvioida hoitovastetta ja tehdä ennustuksia kivun hallintaan (Vainio 2009, 154). Akuutilla kivulla on elimistöä suojaava merkitys, koska se varoittaa kudonsvauriosta tai sen uhkasta. Hyvän hoidon ja kivunlievityksen ansiosta kudonsvauriot paranevat korkeintaan viikkojen kuluessa. Kipu on kroonista, kun se on kestänyt 3 - 6 kuukautta. Krooninen kipu ei enää varoita elimistöä uhasta, vaan kipu tulee vahingoittuneen kipujärjestelmän eri kohdista. Kudonsvaurio voi aiheuttaa kroonisen kiputilan, jos sitä ei saada hoidettua. (Vakkala 2016.) Läpilyöntikipu tarkoittaa lyhytkestoisista ja voimakasta kipua, vaikka kivun hoito olisi pääasiassa tasapainossa. Iso osa saattohoitopotilaista kärsii läpilyöntikivusta. Läpilyöntikipu vaatii nopeavaikutteisen kipulääkkeen antamista mahdollisimman pian. (Hänninen 2003, 85.) Läpilyöntikipu on usein vaikea ja monimutkainen kipuoireyhtymä. Läpilyöntikipuun arvioidaan käyttämällä apuna kipujanaa tai sanallista arviointia. Repivä ja polttava kipu liittyvät usein neuropaattiseen kipuun. Asennon muutokseen, kuten taivutukseen liittyvä kipu voi johtua esimerkiksi luustometastaasista selkärangassa. Läpilyöntikipu voi johtua myös kipulääkkeiden vaikutuksen ennenaikaisesta loppumisesta. (Pöyhiä 2002.)

Kroonisen kivun tyypit ovat nosiseptiivinen-, neuropaattinen- ja idiopaattinen kipu. Potilas voi kokea useita kiputiloja samanaikaisesti (Haanpää ja Pohjolainen 2015). Nosiseptiivinen kipu on kudonsvauriokipua, joka jaetaan somaattiseen eli lihas-, luusto-, iho- ja sidekudospäraseenkipuun ja viskeraaliseen eli sisäelinperäiseen kipuun (Vakkala 2016). Neuropaattisessa eli hermovauriokivussa kivun syy on vaurioituneessa hermossa tai kipu johtuu sairaudesta. Neuropaattinen kipu on usein äkillistä, polttavaa, pistelevää ja viiltävää. (Forsell Heli 2015.) Idiopaattiselle kivulle ei voida todeta selkeää elimellistä syytä. Kipu diagnosoidaan käyttäytymisen perusteella. Idiopaattisessa kivussa voi esiintyä masennusta tai harhaluuloisuutta, jolloin se voidaan todeta psykogeeniseksi eli henkiseksi kivuksi. (Vainio 2009.)

Neuroopaattisessa kivussa käytetään sellaisia lääkkeitä, jotka vaikuttavat kipuaistijärjestelmään. Neuroopaattisessa kivussa kipuaistijärjestelmä toimii epätarkoituksenmukaisesti. Yksittäinen lääke ei välttämättä auta neuroopaattiseen kipuun, koska kipuaistijärjestelmä on monimutkainen. Lääkitys aloitetaan pienellä annoksella, yksi lääke kerrallaan. Vastetta seurataan ja tarvittaessa nostetaan annosta. Yleisempiä neuroopaattiseen kipuun tarkoitettuja lääkkeitä ovat SNRI-lääkkeet, trisykliset masennuslääkkeet ja gabapentiniidit. SNRI-lääkkeet ovat serotoniini- ja noradrenaliinijärjestelmään vaikuttavia masennuslääkkeitä. Uusilla masennuslääkkeillä on sama annostus kivun hoidossa kuin masennuksen hoidossa. (Haanpää ja Vuorinen 2014.) SNRI-lääkkeet voivat aiheuttaa pahoinvointia, ripulia ja erilaisia vatsavaivoja. Iäkkäillä voi kehittyä hyponatremiaa eli veren natriumpitoisuuden alhaisuutta, koska SNRI-lääkkeet lisäävät vesihormonien tuotantoa. (Huttunen 2017b.) Trisykliset masennuslääkkeet ovat yleensä tehokas apu neuroopaattiseen kipuun, joka on usein ensisijainen vaihtoehto (Haanpää ja Vuorinen 2014). Trisyklisten masennuslääkkeiden haittavaikutukset ovat sydämen tiheälyön-teisyys, suun kuivuminen ja näön hämärtyminen sekä ne alentavat kouristuskynnystä. Lisäksi ne lisäävät huimausta, ummetusta, turvotusta, muistihäiriötä ja virtsaamisvaikeutta. (Huttunen 2017b.) Gabapentiini on epilepsialääke, joka auttaa myös ahdistukseen ja unettomuuteen (Haanpää ja Vuorinen 2014). Gabapentiini aiheuttaa haittavaikutuksena väsymystä, ripulia, vapinaa, masentuneisuutta, painonnousua ja tasapainohäiriötä (Kälviäinen 2010). Opioidienkin on tutkittu auttavan joillakin potilailla neuroopaattisen kivun hoidossa (Haanpää ja Vuorinen 2014).

Nosiseptiivisen kivun aiheuttama vamma tai sairaus tulee tutkia ja hoitaa. Syyntekijä kipua, esimerkiksi sydänkohtaus, pyritään aina hoitamaan. Kroonista kipua ei aina voida hoitaa, mutta kipua voidaan lievittää esimerkiksi kipulääkkeillä. Nosiseptiiviseen kipuun käytetään tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia. Vaikeaan nosiseptiiviseen kipuun käytetään opioideja. (Heiskanen 2014.)

Idiopaattisessa kivussa lääkkeetön hoito on merkityksellinen, koska lääkkeitä ei yleensä saada hyvää vastetta. Neuroopaattiseen kipuun tarkoitettuja lääkkeitä voidaan hyödyntää myös idiopaattisessa kivussa, kuten SNRI-lääkkeitä gabapentinoideja ja triksyklisiä masennuslääkkeitä. Annokset ovat samoja kuin neuroopaattisessa kivussa. Parasetamolia on myös yleisesti käytetty, mutta sen hyödyllisyyttä ei ole tutkittu. (Haanpää, Hagelberg, Hannonen, Liira ja Pohjolainen s.a.)

4.1 Eksistentiaalinen kärsimys

Eksistentiaalinen kärsimys on ahdistuneisuuden ja tuskaisuuden yhdistelmä, jota ei voida liittää kehoon, sieluun tai mieleen. Eksistentiaalinen kärsimys ilmenee lähempänä kuolemaa. (Haho 2017.) Eksistentiaaliset pelot liittyvät siihen, mitä kuoleman jälkeen voi tapahtua vai tapahtuuko mitään. Ahdistuneisuutta ja pelkoa lisää kuolintapahtuma. Ahdistavinta potilaista on se, että kaikki loppuu kuoleman jälkeen. Potilas voi pelätä kärsimysten jatkuvan, koska tulevaisuus on ennustamatonta ja hallitsematonta. Pitkälle edennyt sairaus tai lähestyvä kuolema vaatii potilaalta sopeutumista tilanteeseen. Omaiset voivat kärsiä samoista tunteista kuin potilas. Kuolema voi herättää potilaassa erilaisia tunteita esimerkiksi katkeruutta, pelkoa, ahdistuneisuutta, pettymystä ja kateutta. (Hänninen 2015a, 306.)

Hyvä tasapainoinen elämä tekee kuolemasta helpommin sopeuduttavan. Kuolemaa on vaikeampi hyväksyä, jos potilaalla on paljon menetettävää. (Hänninen 2015a, 306.) Uskonnollinen vakaumus voi lievittää kärsimystä, koska kuoleman jälkeen on jotain mitä odottaa. Sairaus ei ole pelkästään fyysinen vaiva, vaan siihen sisältyy surua ja ahdistusta. Hoitohenkilökunnan tulee jutella potilaan kanssa myös hänen mahdollisesta eksistentiaalisesta kärsimyksensä. Keskustelussa kunnioitetaan potilaan elämäkatsomusta ja vakaumusta. Hoitohenkilökunta auttaa potilasta löytämään omat voimavarat ja ilot jaksamiseen. Voimavaroja voidaan saada eletystä elämästä tai toivosta. Tieto esimerkiksi puolison pärjäämisestä tuo voimavaroja saattohoitopotilaalle, kun potilaan elämäнкаari on päättymässä. Potilasta auttaa, jos hän hyväksyy eksistentiaalisen kärsimyksen osana elämää. Arvostusta saattohoitopotilaan elämään tuo, että käytännön asiat ovat saatu järjestykseen ja hänen läheisensä ovat hänelle tukena saattohoidon aikana. Elämän merkitys ja selitys ihmiseksi tulemiselle lievittävät eksistentiaalista kärsimystä. (Haho 2017.)

4.2 "Total Pain"

Fyysisten, eksistentiaalisten, sosiaalisten ja psyykkisten kärsimysten yhdistelmää kutsutaan lyhenneellä "Total pain" (Hänninen 2013). Kipua voidaan hoitaa lääkkeillä, mutta kärsimystä ei. Terveystieteiden ammattilaisten epäonnistunut kärsimysten tunnistaminen voi johtaa vääränlaiseen hoitomuotoon, kuten potilaan yllilääkitsemiseen ja sedaatioon. (Dieter 2018.) Sedaatiolla tarkoitetaan potilaan lääkitsemistä siihen tilaan, että hänen tajunnantaso laskee. Sedaatiota käytetään myös kovissa kärsimyksissä, johon kipulääkitys ei enää auta. (Hänninen 2007.) Fyysinen kipu on yksi osa-alue kokonaisvaltaisesta kärsimyksestä. Fyysinen kipu on helpompi kertoa kuin masennus, ahdistus ja katkeruus. Potilaalta on hyvä selvittää eri kärsimysten painoarvo, jotta voidaan antaa oikeanlaista apua. Potilaan ja omaisten kanssa käydään useita keskusteluita kärsimyksistä ja heille tulee tarjota oikeanlaista tukea (Hänninen 2015; Hänninen 2013). Kevin Dieterin (2018) mukaan meillä on tapana itse-lääkitä, torjua tai sivuuttaa henkinen kipu.

Kärsimystä voidaan arvioida käyttämällä henkistä kivun mallia. Henkisessä kivun mallissa käsitellään neljää näkökohtaa: toivo, anteeksianto, suhde ja merkitys. Sacred Art Of Living Centre on tehnyt arviointilomakkeen nimeltään ”Spiritual Health Assessment”, jota voidaan hyödyntää näiden neljän osa-alueen arvioinnissa. Potilaalta kysytään arviointilomakkeen mukaisesti kysymykset, jotka liittyvät näihin neljään osa-alueisiin. Potilas arvioin neljää osa-aluetta numeraalisesti yhdestä viiteen. (Dieter 2018.)

4.3 Hengellinen hoito

Potilaan kuoleman lähestyessä, hänen hengellisyytensä tulee tukea ja vahvistaa. Kuolemasta ja hänen uskosta tulee keskustella. Potilaan vierellä olo, usein pelkkä kuuntelu on avuksi. Potilaan tulee saada keskustella ja pohtia, mitä hänen sielulleen tapahtuu kuoleman tullessa. Potilas käy läpi elettyä elämäänsä ja pohtii elämänsä tarkoitusta. Potilaan omat uskomukset ovat suorassa vaikutuksessa hänen hengellisten tarpeiden kohdalla. Kaikki potilaat eivät välttämättä tahdo pappia paikalle ennen kuolemaa. (Muurinen 2015.)

Hengellisen hoidon tavoitteena on auttaa potilasta hyväksymään kuolema ja eletty elämä. Hengellinen hoito ei tarkoita pelkästään siunaamista tai sielunhoidollista keskustelua, vaan se on myös hiljaa läsnä istumista sekä vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä. Muita hengellisen hoidon tapoja ja välineitä on musiikki, kuuntelu, lukeminen, laulu, hiljentyminen ja hartaus. (Muurinen 2015). Äkilliseen yöllä tapahtuvaan tilan heikkenemiseen voi soittaa paikalle päivystävän sairaalapapin, joka keskustelee ja siunaa potilaan ennen kuolemaa. Keskustelut sairaalapapin kanssa ovat luottamuksellisia ja tapahtuvat aina potilaan ehdoilla. (Suomen evankelis-luterilainen kirkko s.a.)

4.4 Saattohoitopotilaan kivun arviointi

Saattohoitopotilaalle tehdään kipudiagnoosi. Potilasta haastatellaan sekä arvioidaan kipudiagnoosin tekoa varten. Potilas tutkitaan ulkoisesti esimerkiksi kehoa painelemalla, koputtelemalla ja kuuntelemalla. Tärkein kipua mittaava tekijä on potilaan oma aistimus kivusta. Kivun arvioinnissa hyödynnetään kipumittareita sekä hoitoon osallistuvien havaintoja. Kipua arvioitaessa tulee selvittää käytössä oleva lääkitys ja sen haittavaikutukset. Potilasta haastateltaessa tulee ilmi kivun ajankohta, sijainti sekä kivun voimakkuus. Oleellista on selvittää kivun helpottava ja pahentava tekijä. Kipua mitataan ja siitä kirjataan säännöllisen useasti. (Hänninen 2003, 81–86.)

Kipumittareita on useita, joita voidaan hyödyntää kivun arvioinnissa. Mittarin tulee olla nopeasti kipua selvittävä ja helposti ymmärrettävä. Mittareiden tarkoituksena on helpottaa kivun voimakkuuden arvioimista ja kivunhoidon vastetta. Yleisempiä käytössä olevia mittareita ovat verbaalinen eli sanallinen mittari, numeraalinen yhdestä kymmeneen eli NRS (*Numerical Rating Scale*) ja kipujana nollasta kymmeneen eli VAS (*Visual Analog Scale*). NRS ja VAS –mittarissa numero kymmenen on pahin mahdollinen kipu ja nolla tarkoittaa, että kipua ei ole ollenkaan. Mittareissa tavoitearvo on alle kolme. Verbaalista mittaria hyödynnetään paljon ikäihmisten kivun arvioinnissa. Verbaalinen mittari on helpoin ymmärtää, koska mittarissa kuvaillaan kivun astetta sanoin, kuten minkälaista kipu on ja kuinka kovaa. Mittari valitaan potilaan kykyjen mukaan näyttää kipunsa. (Hänninen 2015, 34–35.)

Potilas ei välttämättä pysty kertomaan sanallisesti kivusta tai muista oireista, esimerkiksi pitkälle edenneen muistisairauden takia. Kivun arvioiminen jää tällöin potilaan ilmeiden, ääntelyn, eleiden ja käyttäytymisen varaan, joita hoitajat ja omaiset arvioivat. Potilas voi näyttää kipuaan kasvojen ilmeillä, esimerkiksi irvistelyllä, otsan rypistämällä sekä hampaiden narskutuksella. Levoton liikehdintä, kiihtyminen, kosketusherkkyys sekä tietyn liikkeen välttäminen kertovat kivusta. Potilaalla voi olla myös tiheä tai pinnallinen hengitys. Kivun merkkien tunnistaminen tulee kertoa potilaan omaisille, jotta he voivat arvioida kipua ollessaan potilaan luona. Hoitohenkilökunta voi käyttää kivun tunnistamisessa apuna PAINAD-kipumittaria (*Pain Assessment In Advanced Dementia Scale*), joka arvioi kipua potilaan käyttäytymisen perusteella. PAINAD-mittaria käytetään niillä potilailla, jotka eivät pysty enää ilmaisemaan sanallisesti omasta kivustaan esimerkiksi pitkälle edenneessä muistisairaudessa. Mittarin korkein kokonaispistemäärä on kymmenen, joka kuvaa voimasta kipua. Jokaisesta havaintokategoriasta saa 0–2 pistettä. (Hagelberg ja Finne-Soveri 2015, 82–83.)

5 SAATTOHOITOPOTILAAN LÄÄKEHOITO

Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon lääkehoidossa tavoitteena on saattohoitopotilaan mahdollisten oireiden hallinta. Saattohoitopotilaalla ja palliatiivisella potilaalla on oirelääkitys esimerkiksi pahoinvointiin, kipuun ja oksenteluun. Tarkoitus on pienellä yksinkertaisella lääkemäärällä ja haittavaikutuksia minimoimalla parantaa potilaan elämänlaatua. Lääkehoidolle annetaan tavoitteet ja niitä seurataan ja arvioidaan. Lääkkeen vaikuttavuudelle pitää antaa aikaa. Malttamattomuus lääkehoidossa voi tuoda ylimääräistä kärsimystä potilaalle. (Hänninen 2003, 44.) Oireenmukaisessa lääkehoidossa varaudutaan lääkkeiden haittavaikutuksiin ja oireiden pahenemiseen. (Hänninen 2003, 45; Hänninen 2015c, 32–33.) Saattohoitopotilaan tilanne voi muuttua nopeasti, joten potilaalle on määrättävä tarvittava ylimääräinen lääkitys esimerkiksi kipuun, levottomuuteen, hengitysvaikeuksiin ja pahoinvointiin. Haasteita lääkehoidossa aiheuttavat elintoimintojen muutokset lääkeainemetaboliassa eli aineenvaihdunnassa sekä vaikeutunut oireiden arvio, kun potilas ei enää pysty ilmaisemaan omia tarpeitaan (Korhonen ja Poukka 2015).

Ennen lääkkeiden lopettamista tai aloittamista lääkäri tekee potilaalle oirediagnoosin. Oirediagnoosin tekemisessä on mukana hoitoon osallistuva taho, potilas ja omaiset. Oirediagnoosin avulla voidaan suunnitella oirelääkitystä. Oirediagnoosissa mietitään yhdessä potilaan kanssa potilaan oiretta ja mistä oire johtuu. Huomioidaan potilaan mielipide ja arvio sekä oireiden häiritseväisyys potilaan elämässä. Oireet voivat olla monisyisiä ja potilaalla voi olla sellaisia oireita, jotka eivät liity hänen vakaavaan sairauteensa. Kipu on esimerkiksi sellainen oire, joka esiintyy elämän loppupuolella sairaudesta riippumatta. (Hänninen 2003, 45; Hänninen 2015c, 32–33.) Saattohoitopotilaan lääkitys voidaan lopettaa oireita helpottavaa lääkitystä lukuun ottamatta. Lääkkeistä jatketaan kipu-, ja pahoinvointilääkkeitä sekä ahdistuksen hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä. Verenpaine-, rytmihäiriö-, diabetes- ja vatsansuojälääkkeet lopetetaan sairauden edetessä. Lääkityksellä pitää saada enemmän hyötyä kuin haittaa. Omaiset ja potilas voivat kokea ahdistusta, kun pitkäaikainen elämää ylläpitävä lääkitys lopetetaan. Heille tulee kertoa, mitä lääkkeitä lopetetaan ja syy niiden lopettamiseen. (Korhonen ja Poukka 2015.)

5.1 Neste - ja ravitsemushoito saattohoidossa

Nestehoidon tarkoituksena on nestevajeen tai menetyksen korjaaminen sekä energian saannin ja elektrolyyttitasapainon esimerkiksi natriumin, kaliumin ja kalsiumin turvaaminen. Nestehoidon suunnittelu voi tulla ongelmaksi saattohoidossa, kun suun kautta nesteytys ei enää onnistu. Potilas ja omaiset suhtautuvat usein myönteisesti nestehoittoon, mutta he eivät ymmärrä nestehoidon merkitystä tai riskejä. Nestehoito voi pahentaa potilaan vointia lisäämällä turvotuksia. Lisäksi nestehoito voi kerryttää nestettä keuhkopussiin ja vatsaonteloon. Laskimokanyyli voi aiheuttaa ylimääräistä kärsimystä ja epämukavuutta potilaalle. Vaikeuksia aiheuttaa kanylointi, tulehdukset sekä mahdollinen käden sitominen. Laskimonsisäisen kanyylin ympärille laitetaan yleensä sideharsoa, jotta se pysyisi paremmin paikallaan, eikä osuisi mihinkään. Suonensisäisen nesteytyksen riskit pitää tarkkaan kertoa omaisille ja potilaalle. (Hänninen ja Pöyhiä 2015a, 161–163.)

Terveysthuollon ammattihenkilöiden täytyy pyytää perusteluja omaisilta ja potilaalta syytä suonensisäiseen nesteytykseen, jos he vaativat nesteytystä (Hänninen ja Pöyhiä 2015a, 161–163). Laskimonsisäistä nesteytystä voidaan kokeilla 2–3 vuorokautta, jos kuivuminen aiheuttaa sekavuutta tai kärsimystä potilaalle. Tavallisesti saattohoitopotilaalle annetaan nestettä laskimonsisäisesti korkeintaan 1000–1500 millilitraa vuorokaudessa. Tavoitteena on oireiden lieventyminen ja elämänlaadun parantaminen. Nesteytys lopetetaan, jos oireet pahenevat tai nesteytyksestä ei havaita tuloksia. Jannon tunnetta saadaan paremmin lievitettyä hyvällä suun hoidolla ja kostutuksella. (Hänninen ja Pöyhiä 2015a, 163.)

Ravitsemushoidon tarkoitus on parantaa potilaan mielialaa, hyvinvointia ja väsymystä, jotka ovat kakeksian eli kuihtumisen oireita. Tavoitteena on potilaan kärsimysten lievittäminen ja lisäkomplikaatioiden välttäminen. Saattohoitopotilaan ravinnon saantia toteutetaan suun kautta, niin kauan kuin se on mahdollista, sillä se on luonnollisin ja miellyttävvin tapa. Saattohoitopotilaalle tehdään yhdessä potilaan kanssa ravitsemussuunnitelma, mikä ohjaa ravinnon saamista sairauden eri vaiheissa. Ravitsemussuunnitelmassa huomioidaan potilaan imeytymisongelmat ja ravinnonsaantiin vaikuttavat tekijät. Potilaan kanssa tulee keskustella myös ravinnon saannin lopettamisesta, joka koskee varsinkin letku- ja suonensisäistä ravitsemusta. (Orell-Kotikangas 2015, 332–337.)

Nenämahaletkusta on luovuttu ja käyttöön on tullut PEG-letkuravitseminen (Perkutaaninen gastrotooma) eli ruokinta-avanne, jos syöminen suun kautta ei onnistu. PEG-letku on mahalaukuun johdettava letku ravintoliuosta varten. (Hänninen 2015d, 347.) PEG-letkua on käytetty potilailla, joilla on ruokatorven, kaulan tai pään syöpä. Lisäksi PEG-letkua on käytetty, jos potilaalla on nielemisvaikeuksia ja aspiraation eli henkeen vetämisen riski. Heikkokuntoisille ja loppuvaiheen potilailla on suuri komplikaatioriski letkuravitsemuksessa. (Orell-Kotikangas 2015, 338) Ongelmia voi ilmetä letkuravitsemuksen aikana, jos potilaalla on mahalaukun tyhjenemisessä ongelmia. Mahalaukun tyhjenemisen ongelmien seurauksena potilaalla voi ilmetä pahoinvointia, närästystä, oksentelua, hikkaa ja aspiraatiota. Parenteraalista ravitsemusta ei toteuteta potilaan elämän loppuvaiheessa. (Hänninen 2015d, 347.)

Saattohoitopotilaan ja palliatiivisen potilaan ruoka-annoksiin voidaan lisätä proteiini- ja energiapitoisia ruoka-aineita, koska ruokahalu vähenee sairauden edetessä ja toimintakyvyn laskiessa. Ruoka-annoksiin voi lisätä esimerkiksi rasvaa, kermaa ja kananmunaa. Potilaalle tarjotaan täydennysravintovalmisteita, joilla voidaan myös korvata koko ateria. Täydennysravintovalmisteet sisältävät runsaasti energiaa ja ravintoaineita. Täydennysravintovalmisteita on eri makuisina ja valmisteina, sekä niihin voi lisätä ylimääräisiä mausteita esimerkiksi kaakaojauhetta. Tietyt ravintovalmisteet ovat erikoistettu eri sairauksiin esimerkiksi syöpä-, munuais- ja keuhkohtaumapotilaille sekä painehaavoihin ja eri imeytymisongelmiin. Letkuravintovalmisteiden energia ja ravintoaine pitoisuudet vaihtelevat, joten potilaalle valitaan oikea valmiste hänen tarpeidensa mukaan. (Orell-Kotikangas 2015, 337–339.) Ruokahalua lisääviä lääkkeitä voidaan aloittaa, jos potilas sitä itse vaatii. Ruokahalua lisääviä lääkkeitä ovat steroidit ja synteettiset progestiinit. Ruokahalua lisäävät lääkkeet eivät kuitenkaan kasvata potilaan lihasmassaa, vaan lisää rasvakudosta ja ruokailun tuottamaa mielihyvää. (Hänninen 2015d, 347.)

Ravitsemushoito ei vaikuta potilaan elämän jatkumisen ennusteeseen. Saattohoitopotilaan laihtumiseen ei vaikuta vähentynyt ravinto, vaan elimistö ei enää pysty käyttämään ravintoa hyväkseen. (Hänninen 2015d, 346.) Vakava sairaus tuottaa hormonienkaltaisia aineita potilaan elimistöön, jotka tuhoavat rasvaa ja lihaksia. Lihasten ja rasvan tuhoutuminen johtaa laihtumiseen. (Peake 2014.) Aliravituille toimintakykyisille potilaille ravitsemushoito voi olla hyödyllinen. Ravitsemushoitoa tulee harkita, jos potilas on kuolemassa nälkään eikä sairauteensa ja hän kokee elämän jatkumisen myönteiseksi. Potilaan mielipide pitää ottaa huomioon ja hänen kanssaan pitää yhdessä puhua ravitsemushoidon tavoitteista ja riskeistä. (Hänninen 2015d, 346–347.) Ravitsemushoito ei usein auta potilasta, vaan huonontaa elämänlaatua esimerkiksi lisäten pahoinvointia (Hänninen 2013). Ravitsemushoitoa, kuten PEG-letkuruokintaa tai syöttämistä ei aloiteta kuolemassa oleville potilaille, jotka ovat suurimmaksi osaksi vuodepotilaita. (Hänninen 2015d, 347.)

5.2 Lääkkeiden antoreitit

Lääkkeet pitää antaa potilaalle mahdollisimman yksinkertaisesti, tehokkaasti ja vähiten potilasta häiritsevästi (Hänninen 2003, 49.) Antoreitin valitsemisessa huomioidaan myös lääkkeiden luonne, potilaan toiveet ja hoitopaikan tekniset mahdollisuudet (Korhonen ja Poukka 2015.) Lääkehoitoa voidaan toteuttaa enteraalisesti tai parenteraalisesti. Enteraalisessa antotavassa lääke annostellaan ruoansulatuskanavaan kautta, jota käytetään yleisesti. Enteraalisen antotavan lääkkeet ovat helppokäyttöisiä ja yleensä edullisia. Yleisempiä ruoansulatuskanavan kautta otettavia lääkkeitä ovat nieltävät eli peroraalisesti otettavat lääkkeet. Muita enteraalisia antotapoja ovat peräsuolen, ruokintaletkun ja suunonteloon kautta annettavat lääkkeet. Parenteraalinen antotapa tarkoittaa lääkkeen antamista ruoansulatuskanavan ulkopuolelle. Parenteraalisella antotavalla lääkkeitä voidaan antaa esimerkiksi keuhkoihin, laskimoon, silmään, ihon alle, ihoon ja lihakseen. (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 193–251.)

Paras tapa olisi antaa lääkkeet suun kautta, jolloin potilaan ei tarvitse kärsiä esimerkiksi kivuliaista pistoksista tai häiritsevistä letkuista. Lisäksi se on helpointa ja edullisinta. Osa potilaista pystyy ottamaan lääkkeet suun kautta varsinkin liuosmaisena lähes kuolemaan saakka. (Korhonen ja Poukka 2015.) Liuosmaisten lääkkeiden haittana on niiden paha maku ja huono säilyvyys, mutta esimerkiksi morfiinista on tehty erivahvuisia ja -makuisia liuoksia, joita voi sekoittaa ravinnon mukana (Forsell 2015). Suun kautta otettavaa lääkehoitoa ei voida toteuttaa esimerkiksi pahoinvoinnin, tajuttomuuden tai nielemisvaikeuksien vuoksi. Useimmissa tapauksissa suun kautta annosteltaessa saadaan yhtä hyvä vaste lääkkeelle kuin muilla antoreiteillä. (Hänninen 2003, 49.)

Lääkkeitä voidaan antaa nenämahaletkun, PEG-letkun tai ohutsuoliavanteen kautta. Lääkemuodoksi pitää valita sellainen lääkeaine, joka ei tuki letkuja ja lääkkeen tulee imeytyä annostelupaikassa. Tavallinen tabletti on helppo jauhaa ja sen ominaisuudet säilyvät samoina. Lääkkeen jauhamisessa ongelmana voi olla se, että lääkejauhetta voi jäädä runsaasti astian seinämiin, silloin potilas ei saa oikeaa lääkemäärää. (Hänninen 2003, 50.)

Lääke voidaan antaa potilaalle rektaalisesti eli peräsuolen kautta. Rektaalista antotapaa käytetään silloin, jos potilas on pahoinvoiva tai oksenteleva. Lääkkeen imeytyminen on epävarmempaa ja hitaampaa rektaalisesti annettuna kuin suun kautta otettuna. (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 205.) Useimmiten peräsuolen kautta annosteltavaa lääkettä käytetään saattohoidossa hätätilanteessa tai sellaisissa tilanteissa, joissa tarvitaan ylimääräinen annos (Hänninen 2003, 50–51). Rektaalisesti annettavia lääkkeitä ovat esimerkiksi pahoinvointilääkkeet ja kipulääkkeet sekä kouristuskohtauksen estoon käytettävät lääkkeet. Ummetuksen hoitoon tarkoitettuja peräruiskeita annetaan rektaalisesti. Ripuli rajoittaa rektaalisesti annettavien lääkkeiden käyttöä, koska lääkeaine poistuu ulosteen mukana. (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 205.)

Saattohoitopotilaalle voidaan antaa lääkitystä ihonalaisesti rasvakudokseen eli subkutaanisesti tai lihaksensisäisesti eli intramuskulaarisesti (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 222.) Ihon alle voidaan laittaa esimerkiksi kipulääkettä ja pahoinvointilääkettä infuusiona tai kerta-annoksena. Ihon alle annettavalla jatkuvalla infuusiolla voidaan turvata tehokas kivunlievitys sekä muiden oireiden hoito. (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 270.) Infuusiolla annettava lääkehoito takaa tasaisen lääkeainepitoisuuden. Kestoinfuusio voi olla aiheellinen, jos pienet kerta-annosteltavat kipulääkkeet eivät tuo hyvää vastetta. (Olkkola ja Pöyhiä 1992.) Infuusioon toteuttamiseen tarvitaan infuusioautomaatti, joka säätelee lääkkeen antonopeutta, määrää ja antoaikaa (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 270.) Ihonalaisena infuusiona potilaalle voidaan antaa useita lääkkeitä samaan aikaan ja se on korvannut lihaksensisäiset injektiot. Lääkeaine imeytyy yhtä nopeasti ihonalaisesti kuin lihaksensisäisesti. Lihaksensisäisellä injektioilla kuitenkin saadaan nopeampi vaikutus, jos potilaan ihon ja ihonalaiskudoksen verenkierto on heikentynyt. (Hänninen 2003, 51.)

Nopeitten lääkkeistä saa vasteen, kun sen antaa laskimonsisäisesti. Laskimoon annettua lääkitystä käytetään vain yleensä sairaaloissa (Korhonen ja Poukka 2015.) Laskimoon annettavaan lääkehoitoon täytyy käyttää katetreja ja kanyylejä. Näihin liittyy aina infektioriski. Lisäksi ne vaativat enemmän hoitoa kuin esimerkiksi ihonalaiskanyyli. Laskimoon annettavaa lääkitystä ei suositella kuitenkaan ensimmäiseksi lääkkeenantoreitiksi. Lääkettä ei ole mielekäästä annostella muita antoreittejä käyttäen, jos potilaalla on laskimonsisäinen infuusio. (Hänninen 2003, 57).

Ihon kautta vaikuttavia depotlaastareita eli pitkävaikutteisia lääkelaastoreita voidaan esimerkiksi käyttää kivun hoitoon saattohoitopotilaalla, mutta ei akuutin eli äkillisen kivun hoitoon. Laastareissa on voimakkaan kivun hoitoon tarkoitettua fentanyyliä tai keskivaikeaan kipuun tarkoitettua buprenorfiinia. Imeytymiseen vaikuttavat paikallinen verenkierto ja ihon läpäisevyys, joten kuitu-neelle potilaalle pitää miettiä muita antoreittejä. Kipulaastari kiinnitetään ylävartaloon tai käsivarteen siistille ihokohdalle. (Forsell 2015.)

Muita lääke- ja lääkemuotoja ovat nenäsumutteet, resoribletti eli suussa liukeneva lääke, bukkaalitabletti eli suuontelosta imeytyvä lääke ja bukkaalikalvo, joka kiinnitetään posken limakalvoon. Nämä lääke-

muodot imeytyvät nopeasti limakalvon läpi verenkiertoon. Bukkaalikalvo, resoribletti ja bukkaalitabletti liukenevat itsestään suussa eikä niitä saa pureskella. Nenäsumutteella voidaan antaa esimerkiksi nopeavaikutteista kipulääkettä sieraimiin. (Forsell 2015.)

5.3 Lääkkeetön hoito

Tärkeää on myös muistaa lääkkeettömän hoidon merkitys. Hyvä perushoito on tärkeintä potilaalle. Vaipan vaihtaminen riittävän usein ja hygieniasta huolehtiminen tuo potilaalle hyvänolon tunteen ja ennaltaehkäisee painehaavoja. Virtsa -tai suolistoavanteen puhtaudesta huolehtiminen ja hoitaminen helpottavat potilaan oloa esimerkiksi vähentämällä pahoinvointia. (Hänninen 2008.)

Painehaavoja tulee ennaltaehkäistä, koska ne huonontavat potilaan elämänlaatua ja aiheuttavat tulehdusta, jotka lisäävät potilaan kärsimystä. Painehaavat lisäävät myös kustannuksia ja hoitohenkilökunnan töitä. (Soppi 2010, 126.) Vuodepotilaalle tulee helposti painehaavoja, koska hän ei itse voi vaihtaa asentoaan ja saattohoitopotilas on usein kakektinen eli kuihtunut (Hänninen 2008). Verenkierto estyy luun painaessa ihoa, jolloin muodostuu painehaava muutaman makuullaan olo päivän jälkeen. Lonkat, alaselkä, pakarot ja kantapäät ovat tavallisin paikka painehaavan synnylle. (Lumio 2017.) Painehaavoja voidaan ehkäistä vaihtamalla potilaan asentoa riittävän usein, vähintään kahden tunnin välein (Hänninen 2008). Asentohoidossa voidaan käyttää apuna erilaisia tyynyjä, suojia ja pehmusteita, jotka ehkäisevät ulkoista painetta (Hartin-Kouhia, Kallio ja Korventausta 2016). Vuodepotilailla voidaan hyödyntää erilaisia patjoja, joiden paine muuttuu automaattisesti potilaan painon ja asennon mukaan. Potilaan huono ravitsemustila on myös yksi osatekijä painehaavoihin. (Soppi 2010, 126). Potilaan hyvä ravitsemushoito vahvistaa kudoksia, joten potilaalle tulee tarjota täydennysravintovalmisteita ja proteiinipitoista ruokaa (Lumio 2017). Ihoa tulee suojata kosteudelta, kuten hikoilulta ja eritteeltä. Kuivaa ihoa rasvataan taputtelemalla esimerkiksi ihoöljyllä (HYKS 2018). Rasvaaminen ei kuitenkaan tutkimusten mukaan ehkäise painehaavoja (Lumio 2017). Ihon rasvaaminen helpottaa myös potilaan kutinaa, joka johtuu lääkkeitä, sairaudesta tai ihon kuivuudesta (Hänninen 2008).

Kylmä- ja lämpöhoitoja voidaan hyödyntää potilaan kivunhoidossa. Turvotusten ja kivun hoidossa on käytetty kylmähoitoa pitkään. Kylmähoidossa lihakset rentoutuvat, kun kudosten lämpötila alenee. Kylmä hidastuttaa hermojen johtumisnopeutta, jolloin kipu lievittyy. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa geelinä, kylmäpakkauksia, -pyyhkeinä ja -hierontana. Kylmähoitoa toteutetaan 20–30 minuuttia kerrallaan. Kylmähoidon vasta-aiheena on tunnoton ihoalue, huono verenkierto ihoalueella, nokkosihottuma ja kylmäallergia. Lämpöhoito vilkastuttaa verenkiertoa, rentouttaa lihakset ja saa hiusverisuonet aukeamaan. Hoitoalueen ihottumat, tulehdukset, kudonsauriot ja metalliset esineet ovat lämpöhoiton vasta-aiheita. Lämpöhoiton käyttöä pitää varoa huonon valtimoverenkierron alueella, koska laajentunut verisuonisto heikentäen verenkiertoa syvissä osissa. (Pohjolainen 2009, 237–239.)

Kosketusaisti kehittyy aisteista ensimmäisenä ja se myös pysyy viime hetkille kuolemaan. Kosketuksen merkitys vaihtelee potilaan mukaan. Toiset pitävät kosketusta tärkeänä ja merkityksellisenä, toiset taas eivät pidä kosketuksesta ollenkaan. Kosketuksen merkitys on suuri heille, jotka kokevat sen merkityksellisenä. Kosketus vaikuttaa niin fyysisesti, kuin psyykkisesti. Potilas kokee kosketuksesta iloa ja läsnäoloa sekä kosketus voi parantaa unen laatua. Kosketus tuo turvallisuuden tunnetta potilaalle. Kosketus vapauttaa aivoissa oksitosiini hormonia, joka voi esimerkiksi lievittää kipua. (Kinnunen 2013, 14–19, 191, 208.) Hierontaa on hyödynnetty kivun hoidossa. Hieronnan tärkein vaikutus on toisen ihmisen kosketus ja vuorovaikutus hieronnan aikana. Hierontamenetelmiä ja tekniikoita on paljon erilaisia, joiden tarkoituksena on pehmentää jännittyneitä kudoksia. Hieronnan vasta-aiheita ovat kudosuutokset, pahanlaatuiset kasvainalueet, vähän aikaan sitten sairastettu laskimotukos, tyrät ja verenvuototaudit. (Pohjolainen 2009, 239–240.)

Musiikki on tehokas lääkkeetön hoito, joka edistää rentoutumista ja hyvinvointia. Musiikin tavoitteena on oireiden hallinta, tunteiden säätelyn parantaminen sekä hengellisten kokemusten ja vuorovaikutustaitojen parantaminen. Näitä tavoitteita voidaan toteuttaa rentoutumisen, kuvien, laulujen tai improvisaation avulla. Tutkimuksissa on todettu musiikin vähentävän ahdistusta, stressiä sekä parantavan hengellistä hyvinvointia. Musiikki lievittää tehokkaasti kipua ja parantaa potilaan elämänlaatua. (Bardenheuer, Hillecke, Keßler ja Warth 2015.)

Rentoutuminen vaikuttaa autonomiseen hermostoon. Autonomisen hermoston pääosat ovat sympaattinen ja parasympaattinen hermosto, jotka ovat toistensa vastakohtia. Parasympaattinen hermosto toimii, kun ihminen rauhoittuu, esimerkiksi nukkuessa. Nukkuessa ihmisen elintoiminnot sekä mieli rauhoittuvat. Rentoutuminen parantaa parasympaattisen hermoston toimintaa esimerkiksi helpottamalla nukahtamista. Eri rentoutusmenetelmiä käyttäen ihminen rentoutuu ja rauhoittuu paremmin. (Lipponen, Litovaara ja Katajainen 2006.) Tarkoituksena on kestää kipua paremmin ja hallita stressitiloja. Lisäksi ihminen oppii rentouttamaan lihakset ja mielen. Rentoutumista pitäisi toteuttaa päivittäin, jotta kipua lievittävä vaikutus tehostuisi. Rentoutumista voi toteuttaa itsenäisesti tai esimerkiksi hoitajien ohjaamana. Rentoutumista voidaan toteuttaa eri hengitysharjoituksilla, lihasrentoutusharjoituksilla ja mielikuvilla. Mielikuvien avulla ihminen voi kuvitella olevansa esimerkiksi järven rannalla. (Elomaa ja Estlander 2009.) Rentoutumiseen voi riittää myös musiikin kuuntelu tai television katsominen (Karila ja Räisänen 2007). Suomen kuntoutusyksiköissä on hyödynnetty paljon sovellettua rentoutusta. Sen tarkoituksena helpottaa ahdistusta ja kipua. Sovelletun rentoutuksen tavoitteena on rentoutua mahdollisimman nopeasti eri päivän tilanteissa. Sovellettu rentoutuminen kohdistuu esineeseen, tuntemukseen tai tilanteeseen. (Elomaa ja Estlander 2009.)

6 SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUN LÄÄKEHOITO

Tavoitteena on kivun lieventäminen, jotta kipu ei haittaa potilaan elämistä. Täydellinen kivuttomuus on useimmiten epätodellinen tavoite. Kivunhoidon tavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan sekä omaisten kanssa. Hoitoon osallistuvilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä on hyvä olla sama tavoite kuin potilaalla. Kivun hoidon suunnitteluun pitää käyttää riittävästi aikaa sekä kivun aiheuttaja on hyvä saada selville. (Heiskanen 2015.) Potilaan luottamus ja usko parantaa hoidon vaikuttavuutta psykologisesti. Hoidon kokeminen positiivisesti parantaa hoidon tuloksia. (Hänninen 2003, 91.) Potilaan kanssa voidaan suunnitella välietappeja kivunhoidossa, esimerkiksi yöunien korjaantuminen. Ennen kipulääkityksen aloittamista käydään läpi lääkeyhdistelmien haittavaikutukset ja niiden hoito sekä kuinka paljon potilas sietää haittavaikutuksia. Hyvässä lääkkeellisessä kivunhoidossa haittavaikutukset ovat yleisiä. Lääkehoitoa on mahdollista toteuttaa kaikissa hoitoyksiköissä. Kivun hoidossa pitää ottaa huomioon lääkkeettömän hoidon merkitys, koska se tehostaa kivunlievitystä ja parantaa potilaan elämänlaatua. (Heiskanen 2015.)

6.1 Kipulääkityksen aloittaminen saattohoitopotilaalle

WHO on julkaissut (2018) kivunhoidosta porrasmallin. Lievässä vaiheessa kivun lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä sekä parasetamolilla, jonka jälkeen siirrytään asteittain kohti opioidilääkitystä. WHO:n yleiset periaatteet kivun hoidossa ovat suun kautta otettava lääkeyhdistelmä, joka on ensisijainen lääkkeen antotapa. Lääkityksen tulee olla säännöllistä. Läpilyöntikipuihin varaudutaan ylimääräisellä tarvittavalla lääkkeellä ja lääkeyhdistelmä on yhteydessä kivun porrastettuun hoitoon. (Hänninen 2003, 88.)

Tulehduskipulääkkeitä ei suositella aloittamaan esimerkiksi voimakkaan syöpäkivun hoitoon, koska teho ei ole riittävä. Kivunhoidon aloittaminen voidaan silloin aloittaa suoraan vahvalla tai heikolla opioidilla. Vahvoihin opioideihin siirtymisen ei aina tarvitse tapahtua heikon opioidin kautta. Heikkojen opioidien teho ei ole yleensä riittävä saattohoidossa ja kattovaikutus tulee nopeasti vastaan eli vaikutus pysyy samana, vaikka lääkeannostus kasvaisi. (Hänninen 2003, 88–90.) Suositeltavaa on käyttää esimerkiksi pientä annosta morfiinia kuin heikkoa opioidia (Heiskanen 2015). Opioidien tarve saattaa vähentyä, jos potilaalle määrätään myös tulehduskipulääke tai parasetamoli (Hänninen 2003, 88–90).

6.2 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeet lievittävät kipua, estävät tulehdusta ja alentavat kuumetta (Paakkari 2017). Keskivaikeaan tai vaikeaan kipuun tulehduskipulääkkeiden teho ei ole riittävä, joten rinnalle on hyvä laittaa opioidi (Kalso ja Vainio 2009). Tulehduskipulääkkeitä otetaan pääasiassa suun kautta, mutta tarjolla on myös paikalliseen lihas- ja nivelkivun hoitoon tarkoitettuja voiteita ja geelejä. Voiteita ja geelejä laitetaan kipeytyneeseen alueeseen 2–4 kertaa päivässä. (Moilanen ja Vuolteenaho 2017.)

Suomessa on paljon erilaisia tulehduskipulääkkeitä, esimerkiksi ibuprofeeni, asetyylisalisylihapo eli aspirin, naprokseeni ja diklofenaakki (Paakkari 2017). Yleisimmät käytetyt tulehduskipulääkkeet ovat kauppanimeltään Burana, Ibumax, Naproxen, Pronaxen ja Voltaren (Raunio 2017). Asetyylisalisylihapo ei käytetä yleensä kivun hoidossa, koska annostusmäärät olisivat suuret, joka lisäisi haittavaikutusten riskiä. Asetyylisalisylihapo on käytetty pieninä annoksina verisuonitukosten ehkäisyssä. (Paakkari 2017.) Tulehduskipulääkkeiden haittavaikutukset kohdistuvat mahalaukun limakalvoon sekä munuaisten -ja verihutaleiden toimintaan (Paakkari 2017). Tulehduskipulääkkeet lisäävät vanhuksilla nesteen kertymistä elimistöön sydämen -ja munuaisten vajaatoiminnan vuoksi, joten iäkkäillä ei yleensä käytetä haittojen vuoksi tulehduskipulääkkeitä (Kalso 2009). Tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa astmapotilaille astma-kohtauksen, joten heillä ei yleensä tulehduskipulääkkeitä käytetä (Paakkari 2017). Jokaisella tulehduskipulääkkeellä on oma annostus, joka on potilaskohtainen. Terveystuollon ammattilaisten tulee varmistaa annosmäärä ja annosteluväli. (Paakkari 2017.) Kaikilla tulehduskipulääkkeillä on kattovaikutus, mutta sivuvaikutusten riski on suurempi (Hänninen 2003, 91).

Parasetamoli on turvallinen kipulääke, koska se ei ärsytä ruoansulatuselimistöä tai vaikuta veren hyytymisjärjestelmään niin kuin tulehduskipulääkkeet. Parasetamoli laskee kuumetta ja lievittää kipua, mutta se ei vaikuta tulehduksen hoitoon. (Kalso ja Vainio 2009.) Enimmäismäärä parasetamolin ottamiseen on neljä grammaa vuorokaudessa. Sen merkittävin haittavaikutus on maksavaurio, jos lääkeaineen annostus ylittyy. Maksan vajaatoiminnassa voidaan käyttää parasetamolia alle kahden gramman vuorokausiannoksella. Vaikeassa maksan vajaatoiminnassa tulee välttää parasetamolia. (Paakkari 2015.) Parasetamolia on saatavana eri tuotenimillä ja muodoissa, kuten poretablettina, peräpuikkona, jauheena, liuksena ja tablettina (Maanpää 2015). Parasetamolin vaikutus voi heikentyä, jos samaan aikaan käytetään pahoinvointilääkkeinä setroneita (Paakkari 2015).

6.3 Opioidit

Saattohoitopotilaalla käytetään kipulääkkeenä yleensä opioidia, joka on keskeinen osa kivunhoitoa. Opioidivalmisteita ja antotapoja on monia, joten hyvä kivunlievitys löytyy varmasti suurimmalle osalle potilaista. Tärkeää on suunnitella opioidin anto yksilöllisesti potilasta kuunnellen ja aloittaa vahva opioidi ajoissa. Pitkävaikutteinen opioidi on parempi vaihtoehto kuin lyhytvaikutteinen. Pitkävaikutteinen opioidi takaa tasaisen vaikutuksen eikä annosteluväli ole turhan tiheä. Kivunhoitoyksiköihin voi ottaa yhteyttä, jos ongelmatilanteita syntyy. Heidän tehtävänä on ohjata esimerkiksi harvinaisempien kipulääkkeiden antotavat. (Heiskanen 2015.)

Heikot opioidit ovat WHO:n kipuportaikon toisella askelmalla. Heikkoihin opioideihin kuuluu tramadoli, kodeiini ja dekstropropoksifeeni. (Hänninen 2003, 93–95.) Dekstropoksifeeni on heikoin opioidi ja sitä on nykyään saatavana vain erityslupavalmisteena, koska se on aiemmin aiheuttanut eniten opioidikuolemia. Dekstropoksifeenia käyttäessä on riskinä saada yliannostus, joka johtaa kuolemaan. Varsinkin maksan- ja munuaisten vajaatoiminnassa lääkeaine kertyy elimistöön. (Salomäki 2014.)

Kodeiini on heikko opioidi, joka muuttuu metyylimorfiiniksi maksassa CYP2D6-entsyymien avulla. Kaikilla ihmisillä ei ole tätä entsyymiä tai se toimii huonosti. (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 257.) Kodeiinia on käytetty kipulääkkeenä akuutin kivunhoidossa. Suomessa kodeiinia on saatavana vain yhdistelmävalmisteena eli se on yhdistetty parasetamoliin tai ibuprofeeniin. Sen vuorokausiannos on 240 milligrammaa ja sitä on tarjolla myös poretablettina ja peräpuikkona. (Haanpää ja Soinila 2014.) Kauppanimeltään tunnetuin kodeiini on Panacod, joka on parasetamolien ja kodeiinin yhdistelmä. Panacodin vaikutus alkaa tunnin sisällä. Panacodin haittavaikutukset ovat ummetus, pahoinvointi, oksentelu, kutina, päänsärky ja uneliaisuus. (Orion Pharma 2017d.)

Tramadoli on heikko opioidi, joka auttaa hyvin neuropaattiseen kipuun ja sen vuorokausiannos on 400 milligrammaa (Haanpää ja Soinila 2014). Se aiheuttaa ummetusta ja hengityslamaa muita opioideja vähemmän. Tramadolista kehittyy helposti riippuvuutta, joten sitä tulee antaa sen aikaa, kun on tarvetta. Sillä on myös yhteisvaikutuksia psyykelääkkeiden kanssa esimerkiksi masennuslääkkeiden. Suurina annoksina tramadoli aiheuttaa enemmän pahoinvointia kuin muut opioidit. Tramadolialla voi antaa monien eri antoreittien kautta. (Saano ja Taam-Ukkonen 2016, 537.) Tunnetuin tramadoli on kauppanimeltään Tramal. Tramalia on monena eri vahvuutena. Tramadolien haittavaikutukset ovat pahoinvointi, huimaus, päänsärky, liikkahikoilu, ummetus ja huimaus. Lisäksi tramadoli aiheuttaa suun kuivumista. (Orion pharma 2016c.)

Buprenorfiini on keskivahva opioidi, joka on laastari muodossa. Buprenorfiinia käytetään harvoin huonokuntoisella saattohoitopotilaalla. Lääkkeen käyttöä rajoittavat monet sivuvaikutukset. Buprenorfiinilla on kattovaikutus. Buprenorfiinin annostelureitti tulee ongelmaksi varsinkin kuivuneilla ja kuihtuneilla potilailla. (Hänninen 2003, 93–95.) Buprenorfiinia ei voida käyttää samaan aikaan muiden opioidien kanssa, koska se estää niiden vaikutuksen. Suomessa syövän hoidossa ei käytetä buprenorfiinia sen vähäisen laastariannosvahvuuden vuoksi. Keski-Euroopassa on tarjolla vahvempia buprenorfiinilaastareita, jotka ovat vahvuudeltaan 35–70 mikrogrammaa. (Heiskanen 2015.) Norspan depotlaastari eli pitkävaikutteinen laastari on buprenorfiinin kauppanimi. Laastareita on eri vahvuuksina, joista suurin vahvuus Suomessa on 40 mikrogrammaa. Norspan depotlaastarista saattaa imeytyä enemmän lääkeainetta elimistöön, jos ruumiinlämpö on koholla. Depotlaastaria käytetään potilaalla viikon ajan ennen kuin se vaihdetaan. Depotlaastaria tulee käyttää kolmen päivän ajan ennen kuin annosta saa suurentaa. Haittavaikutuksina saattaa esiintyä pahoinvointia, ummetusta, päänsärkyä, sekavuutta, väsymystä, kutinaa, hengenahdistusta ja ruokahaluttomuutta. Lisäksi käsissä ja jaloissa saattaa esiintyä turvotusta. (Orion pharma 2017b.)

Vahvojen opioidien käyttö aloitetaan etsimällä sopiva vuorokausiannos lyhytvaikutteisella opioidilla. Opioidin annostelussa tulee käyttää pienintä tehokkainta annostusmäärää. Hoito voidaan aloittaa myös pitkävaikutteisella opioidilla, mutta annos tulee olla pieni. Kipujen lisääntyessä tai toleranssin eli sietokyvyn kasvaessa, opioidien annostusta voidaan nostaa 30 prosenttia. (Kalso 2014.) Yleensä vanhuksilla käytetään 20–50 prosenttia pienempää opioidiannostusta kuin nuoremmilla, koska vanhuksilla on keskushermoston lisääntyntä herkkyyttä, sekä lääkkeet eivät poistu kehosta yhtä hyvin. (Kalso 2009).

Vahvoja opioideja ovat metadoni, morfiini, oksikodoni ja fentanyl. Suomessa saatavat vahvat opioidit eroavat toisistaan lähinnä haittavaikutuksiltaan. Poikkeuksena on metadoni, joka vaikuttaa enemmän neuropaattisen kipuun muita opioideja enemmän. (Hänninen 2003, 95–96.) Metadoni on pitkävaikutteinen opioidi, joka imeytyy hyvin suun kautta. Metadoni kertyy elimistöön, jos sitä toistuvasti annostellaan. Sen kipua lievittävä vaikutus häviää elimistöstä 4–8 tunnin kuluessa, vaikka lopullinen lääkkeen poistumisaika on 13–150 tuntia. (Kalso 2017.) Kipuun metadonin aloitusannos on yleensä viisi milligrammaa 1–3 kertaa päivässä. Yleensä metadonin annostus ei saisi olla enemmän kuin 120 milligrammaa vuorokaudessa. Kauppanimeltään metadoni on Dolmed. Metadonin yleisimmät haittavaikutukset ovat virtsaamisvaikeudet, ummetus, sekavuus, hikoilu, pahoinvointi ja hallusinaatiot. Lisäksi se saattaa aiheuttaa rytmihäiriöitä ja sydämentykytystä sekä verenpaineen laskua. (Pharmaca Fennica 2017a.)

Opioideista tunnetuin ja pisimpään käytössä ollut on morfiini, joka on pitkävaikutteinen voimakkaan kipuun tarkoitettu opioidi. Morfiinia voidaan antaa potilaalle monia eri antoreittejä hyödyntäen esimerkiksi suun kautta, ihon alle, lihakseen ja laskimoon. (Hänninen 2003, 95–96.) Aloitusannostus tavallisimmin Morfiinitabletille on 10–30 milligrammaa 12 tunnin välein. Syöpäkipuun annetaan yleensä 200 milligramman vahvuisia tabletteja, mutta annostus voi olla suurempi. Morfiinitabletin kaupp nimi on Depolan. Depolan-tabletteja on 10 milligramman, 30 milligramman, 60 milligramman ja 100 milligramman vahvuuksina. (Pharmaca fennica 2013.) Injektionesteen vahvuus morfiinille on 2 milligrammaa tai 20 milligrammaa, joiden annostelu on potilaskohtainen (Pharmaca Fennica 2014). Morfiininhyötyosuus suun kautta otettuna vaihtelee suuresti yksilöiden välillä (Kalso 2017).

Oksikodonia on saatavilla pitkä- tai lyhytvaikutteisena opioidina, joka on tarkoitettu voimakkaan kivun hoitoon. Oksikodonin vaikuttaa suun kautta otettuna paremmin kuin morfiinin ja sen vaikutus alkaa nopeammin. Laskimoon annettaessa oksikodoni on hieman tehokkaampi kuin morfiini. Oksikodonia voi antaa lisäksi ihon alle tai suun kautta. Morfiinin ja oksikodonin haittavaikutuksissa ei ole suuria eroja. Oksikodoni kuitenkin aiheuttaa vähemmän hallusinaatioita kuin morfiini. (Kalso 2017.) Oksikodonilla on monta kaupp nimeä, jotka ovat Oxycodone, Oxanest ja Oxynorm. Oxycodone on pitkävaikutteinen oksikodonitabletti. Kivun hoitoon Oxycodonea otetaan korkeintaan 40 milligrammaa vuorokaudessa, paitsi syöpäkipuun annostus on 80–120 milligrammaa. Oxycodone-tabletteja voidaan antaa jopa 400 milligrammaa, mutta se on potilaskohtaista. (Orion pharma 2017c.) Oxanest on injektioneste. Annostus Oxanestille on yksilöllinen. (Orion pharma 2016a.) Oxynormia on 5, 10 ja 20 milligramman vahvuisena kapselina. Yleensä annostus aloitetaan pienimmällä mahdollisella kapselilla. (Orion pharma 2016b.)

Fentanyyli on lyhytvaikutteinen opioidi, jota voi hyödyntää läpilyöntikivussa esimerkiksi kielenalus-tablettina, bukkalitablettina, nenäsuihkeena ja injektiona (Kalso 2017). Fentanyyli imeytyy hyvin limakalvon kautta, mutta ruoansulatuskanavan kautta imeytyminen ei yleensä onnistu. Kaikkien nopeavaikutteisten fentanyyli valmisteiden annostus on yksilöllistä. (Forsell, Kalso, Paakkari s.a.) Fentanyyli-kielenalustabletin kaupp nimi on Abstral. Abstral vahvuudet ovat 100 mikrogrammaa, 200 mikrogrammaa, 300 mikrogrammaa, 400 mikrogrammaa, 600 mikrogrammaa ja 800 mikrogrammaa. (Pharmaca Fennica 2016a.) Bukkaalitabletin kaupp nimi on Effentora, jonka annosvahvuudet ovat samat kuin Abstralin. Potilaan tulee juoda vettä ennen Effentora bukkalitabletin ottamista, jos hänellä on kuiva suu. Kuiva suu estää Effentora tabletin hajoamisen. (Fimea 2013.) Fentanyyli nenäsuihketta on kahtena eri vahvuutena: 100 mikrogrammasena ja 400 mikrogrammasena. Nenäsuihkeen kaupp nimi on Pecfent, jota saa ottaa korkeintaan neljä annosta vuorokaudessa. Pecfent nenäsumutetta saa ottaa korkeintaan 800 mikrogrammaa kerralla, jolloin 400 milligramman vahvuista valmistetta suihkautetaan molempiin sieraimiin. (Pharmaca fennica 2016b.) Fentanyylistä on olemassa pitkävaikutteinen laastari, jonka vaikutus alkaa 12 tunnissa ja se kestää 72 tuntia (Kalso 2017). Kivun hoidossa suositellaan käytettävän 50 mikrogramman vahvuista laastaria, paitsi syöpäkivussa laastarin vahvuus on yleensä suurempi (Forsell, Kalso ja Paakkari s.a).

Yleisimmän käytetyn pitkävaikutteisen fentanyylilaastarin kaupp nimi on Matrifen. Matrifen-depot-laastareita on monina eri vahvuuksia, kuten 12, 25, 50, 75 ja 100 milligramman vahvuksina. Kivun hoitoon tulee käyttää pienin mahdollinen annostus, joka tehoaa. Matrifen-laastari tulisi vaihtaa aina samaan aikaan päivästä 72 tunnin välein. Laastari kiinnitetään ylävartaloon tai käsivarteen. (Orion pharma 2017a.) Fentanyylilaastari on hyödyllinen niille saattohoitopotilaille, joiden kiputilanne pysyy samana. Loppuvaiheen saattohoitopotilaille se ei sovi, koska kivut voivat vaihdella nopeasti ja ihonalaiskudos on vähäistä. Laastarin käyttäminen vähentää potilaan levoton liikehdintä ja hikoilu, jolloin laastari voi lähteä irti. (Hänninen 2003, 95–96.) Kohonnut ruumiinlämpö nopeuttaa laastarin imeytymistä elimistöön. Laastarin imeytymistä hidastaa huono verenkierto. (Forsell, Kalso ja Paakkari s.a).

Opioidien käyttöön liittyy useita haittavaikutuksia, mikä voi johtaa opioidin vaihtamisen toiseen. Haittavaikutuksille voi kehittyä toleranssi eli sietokyky ja osa haittavaikutuksista lieventyy, kun opioideja on käytetty tarpeeksi kauan. Laajalle levinnyt sairaus, tulehdukset ja elinten heikentynyt toiminta vaikuttavat haittavaikutusten lisääntymiseen. (Hänninen 2003, 103) Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ummetus, suun kuivuminen, pahoinvointi, oksentelu, väsymys, kutina ja epämiellyttävä olotila (Hämnenen, 2012). Opioidit aiheuttavat hengityslamaa, mutta hengityslama yleensä estyy kivun takia. Hengityslama voi tulla, jos kipu häviää hoidon seurauksena. Vasta-aineeksi voidaan antaa tarkkaan harkiten naloksonia, joka on opioidien vastavaikuttaja. (Hänninen 2003, 103–105.)

6.4 Lääkeaineannostelija

Potilaalle voidaan harkita paristoilla toimivaa PCA-pumppua (Patient Controlled Analgesia) eli lääkeannostelijaa. Vaikea pahoinvointi, nielemisvaikeus, heikkous ja tajunnan tason lasku ovat syitä PCA-pumpun laittamiselle. Vaikea kipu ei yleensä ole PCA-pumpun käyttämisen syy, koska suun kautta voidaan saada yhtä hyvä vaste kuin ihon alle annettavalla kipulääkkeellä. Tasaiset lääkeannostelut voivat kuitenkin olla parempi vaihtoehto vaikeiden oireiden hallinnassa. Lääkeannostelijalla voidaan hoitaa pahoinvointia, kipua, limaisuutta ja levottomuutta. Yleensä PCA-pumpussa lääkeaine menee ihonalaisena eli subkutaanisena infuusiona siipikanyylin kautta, mutta lääkeainetta voidaan antaa myös lihaksensisäisesti, laskimonsisäisesti tai spinaalisesti. (Marjamäki 2015). Spinaalisessa antotavassa lääkettä annetaan selkäydinnesteeseen tai kovakalvon ulkopuolelle (Pöyhiä 2015). Lääkeannostelijaa voidaan hyödyntää sairaaloissa, hoitoyksiköissä ja kotona. Hoidon tarkoituksesta ja tavoitteista on hyvä keskustella omaisten ja potilaan kanssa ennen hoidon aloittamista. (Marjamäki 2015).

Lääkäri merkitsee lääkityksen ja annoskoon ohjelmointikaavalle, jonka mukaan lääkekasetti täytetään ja lääkitys ohjelmoidaan PCA-pumppuun. PCA-pumppu annostelee nestemäistä lääkeainetta potilaaseen kerran tunnissa. Tunnin sisällä potilas voi ottaa tietyn määrän ylimääräisiä kerta-annoksia, jotka vastaavat esimerkiksi 2–3 tunnin tavallista annosta. Ylimääräiset kerta-annokset voivat auttaa läpilyöntikivun hoidossa. (Marjamäki 2015.) Omaisille ja potilaalle pitää neuvoa kerta-annos eli bolusnapin käyttö, koska omaiset voivat myös antaa kerta-annoksia potilaalle. PCA-pumpusta hoitohenkilökunta voi seurata bolusnapin käyttöä. Ylimääräiset bolusnapin painallukset voivat kertoa riittämättömästä kivunlievityksestä tai ahdistuksesta. (Kalso ja Hamunen, 2009.)

PCA-pumpun kautta voidaan antaa korkeintaan kolme oireenmukaista lääkettä, mutta lääkkeiden yhteensopivuus tulee huomioida. Potilaan muita lääkkeen antoreittejä hyödynnetään, jos hän tarvitsee enemmän kuin kolme lääkettä. Potilaalle voidaan antaa toinen lääkeannostelija, mutta tämä on harvinaista. Haloperidolin ja opioidin yhdistelmää voidaan käyttää potilaalla, joka on kivulias ja pahoinvoiva. Haloperidolia käytetään pahoinvoinnin, sekavuuden ja levottomuuden hoidossa. Lääkkeiden vastetta tulee jatkuvasti tarkkailla ja muuttaa tarvittaessa. Lääkemäärä on hyvä tarkistaa säännöllisesti PCA-pumpusta, koska se kestää yleensä 1–3 vuorokautta. Lääkkeen olomuoto PCA-pumpussa on nestemäinen, sen täytyy olla kirkasta ja puhdasta. (Marjamäki 2015.)

Potilaalle laitetaan ihonalainen siipikanyyli, jonka kautta lääkeaine kulkeutuu elimistöön. Ihonalainen siipikanyyli kiinnitetään sellaisella kohdalla, jossa on rasvakudosta. Yleisin käytetty kiinnityspaikka on solisluun alapuolella, mutta kanyylin voi kiinnittää myös olkavarren etupuolelle. Kanyylin kiinnityskohtaksi ei suositella ihokohtaa, mikä häiritseisi asennonvaihtoa, esimerkiksi reisiä tai muuta ihoaluetta käsivarresta. Kakektisilla eli kuihtuneilla potilailla kanyyli voidaan kiinnittää vatsaan. Isorintaisille naisille suositellaan kiinnityspaikaksi vatsaa, koska rinta liikuttaa ihoa asennonvaihdon yhteydessä. Iso maksa ja askitesneste ovat vasta-aiheita siipikanyylin laittamiseen vatsaan. Sekaville ja levottomille potilaille kanyyli voidaan laittaa lapaluun viereen selän puolelle. (Marjamäki 2015.)

Kanyylin ihokohta ei saa olla turvoksissa, tulehtunut tai ärtynyt. Turvonnut ihoalue häiritsee lääkkeen imeytymistä. Kasvainalueet ihossa ja vähän aikaa sitten sädehoidettu ihoalue ovat vasta-aiheita kanyylille. Kanyylin kohtaa siirretään viimeistään viikon kuluessa, jos se toimii hyvin. Iho ärsytyksiä seurataan päivittäin, joten kanyyli on hyvä kiinnittää läpinäkyvällä suojakalvolla ihoon. Kanyylin kiinnityskohta on hyvä tarkistaa säännöllisesti. Annostelijaa ei tarvita, jos potilaan ennuste on lyhyt. Hänelle voidaan kertainjektiolla tai siipikanyylin kautta laittaa neljän tunnin välein kipulääkettä. (Marjamäki 2015.) Potilaan kanyyli täytyy suojata ennen suihkuun menoa. Saunan ajaksi kanyyli otetaan pois. (Olkola ja Pöyhä 1992.)

7 SAATTOHOITOPOTILAAN YLEISIMMÄT OIREET JA NIIDEN HOITO

Saattohoitopotilaat kärsivät lähellä kuolemaa erilaisista psyykkisistä, fyysisistä ja tunne-elämän oireista. Osa oireista menee ohi, mutta oireet voivat myös kasaantua ja sekoittua, jolloin potilaan on vaikeampi ilmaista oireita. (Hänninen 2015, 32–35.) Saattohoitopotilailla on oikeus saada oireenmukaista hoitoa asuinpaikasta riippumatta. Lisääntynyt kärsimys voi aikaistaa kuolemaa, joten oireenmukainen hoito pitää aloittaa tarpeeksi ajoissa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Oireenmukaista hoitoa arvioidaan säännöllisesti sekä kirjataan potilastietojärjestelmään. Oireenmukaiseen hoitoon eivät vaikuta esimerkiksi muistisairaus tai vanhuus. Oireita ja niiden haittaa tulee selvittää sekä arvioida. Arvioinnissa voidaan apuna käyttää erilaisia kyselylomakkeita ja oiremittareita. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Potilas voi olla esimerkiksi vaikeasti muistisairas, joka hankaloittaa oireiden arviointia. Tällöin muistisairaalta potilaalta havainnoidaan ilmeitä, eleitä, ääntelyä ja liikkeitä. (Hänninen 2015, 258.) Potilaan aikaisemmat psyykkiset sairaudet voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita. Potilas voi saada psyykkisiä oireita, jos hänen elämässä tapahtuu mullistava muutos, esimerkiksi jos potilaalle tulee parantumaton sairaus tai läheinen kuolee. Potilas ei voi ilmaista psyykkisiä oireita, koska häntä saattaa pelottaa tai hävettää. Psyykkiset oireet voivat olla hankala havainnoida, koska ne voivat sekoittua sairaudesta johtuvaan oireisiin esimerkiksi väsymykseen, laihtumiseen ja ruokahaluttomuuteen. (Hänninen 2015, 32–35.)

7.1 Ruoansulatuskanavan oireet ja hoito

Saattohoitopotilas kärsii usein ruoansulatuskanavan eri oireista. Yleisempiä ruoansulatuskanavan oireita ovat ummetus, pahoinvointi ja suun ongelmat. Ummetus tarkoittaa sitä, että ulostaminen on harventunut esimerkiksi alle kolmeen ulotukseen viikossa, ulostaminen on hankalaa ja ulostemassa on kovaa. Kipulääkkeet, liikkumattomuus, vessajärjestelyt ja kuivuminen ovat esimerkiksi syitä ummetukseen. Potilaan heikentyneen toimintakyvyn takia hän ei pääse käymään vessassa. Ummetus voi aiheuttaa pahoinvointia, vatsakipua ja turvotusta vatsalla, jotka lisäävät kärsimystä. Ummetukseen voi liittyä ylivuotoripulia, joka tuottaa kärsimystä potilaalle. (Hillilä 2015, 143–146.) Ummetusta voidaan hoitaa ja ennaltaehkäistä kuitupitoisella ruokavaliolla ja nesteytyksellä. Potilaalle tulee antaa aikaa ja yksityisyyttä ulostamiseen. Liikkuminen vähentää ummetusta, koska liikkumattomuus vähentää myös suolen toimintaa. Lisäksi hyvä ulostamisasento ja säännöllinen ulostamisrytmi auttavat ulostamisessa.

Ummetusta voidaan hoitaa lääkkeillä. Osmoottiset ulostuslääkkeet, kauppanimeltään Levolac, Pegorion, Movicol ja Duphalac lisäävät nestettä ulosteeseen, joka parantaa suolen toimintaa. Pahoinvointi, ilmavaivat ja vatsan turvotus voivat olla osmoottisten ulostuslääkkeiden haittavaikutuksia. Vaikutusten alkaminen on yksilöllistä, johon voi mennä jopa kaksi päivää. Osmoottisia ulostuslääkkeitä otetaan yleensä aamulla tyhjään vatsaan ja ne ovat turvallisia pitkäaikaisessa käytössä. Väliaikaisen ummetuksen hoitoon käytettävät suolta aktivoivat ummetuslääkkeet vaikuttavat paksusuolen seinämään. Kauppanimeltään suolta aktivoivat ummetuslääkkeet ovat Laxoberon, Toilax, Microlax ja Pursesennid. Peräruskeiden vaikutus alkaa 15–60 minuutissa ja tippojen sekä tablettien vaikutus 6–12 tunnissa. Peräruiskeita voidaan käyttää suun kautta otettavien ummetuslääkkeiden kanssa samaan aikaan 2–3 kertaa viikossa, jos ummetus on vaikeaa. Suolta aktivoivat ummetuslääkkeet sopivat kipulääkkeiden aiheuttamaan ummetukseen. (HUS 2016.)

Suolensisältöä lisääviä ummetuslääkkeitä ei suositella käytettäväksi saattohoitopotilaan ummetuksen hoitoon, koska saattohoitopotilas on usein kuivunut ja hänellä on suolenvetovaiveuksia. Suolen sisältöä lisäävien ummetuslääkkeiden aikaan pitää juoda riittävästi nestettä. Suolen sisältöä lisäävät ummetuslääkkeet lisäävät ulosteen massaa sitomalla vettä. Kauppanimeltään tunnetuimmat valmisteet ovat Vi-siblin, Laxamucil ja Agiolax. (HUS 2016.) Opioidiummetukseen voidaan antaa ihon alle metyyliantreksonibromidia, jos muut ummetuksen hoitokeinot eivät auta. Valmistetta ei saa käyttää, jos potilaalla on suolistotukos tai suolistovuodon riski. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito-suositus 2018). Potilaan elämänkaaren viimeisinä päivinä ummetus on harvoin ongelma. Laksatiivit ja peräruiskeet voidaan silloin lopettaa. (Hillilä 2015, 146.)

Pahoinvointi on yleistä saattohoitopotilaalla. Pahoinvoinnilla tarkoitetaan epämiellyttävää olotilaa, johon liittyy oksentelua. Pahoinvointiin voi liittyä kylmänhikisyyttä, huimausta, päänsärkyä tai lisääntyntä syljeneritystä. Potilaalla voi olla myös sydämen tiheä- tai hidaslyöntisyyttä. Pahoinvointi voi johtua esimerkiksi tulehduksesta, ummetuksesta, ahdistuneisuudesta, kivusta tai limaisuudesta. Pahoinvointia voi liittyä ruokailuun ja liiallisen täytymisen tunteeseen, joka lievittyy oksentamisella. Jatkuva lievittymätön pahoinvointi on yleensä kemiallista pahoinvointia, joka johtuu esimerkiksi lääkityksestä tai sairaudesta. Hoitoon osallistuvien pitää kirjata ja arvioida oksennuksen määrä, muoto ja väri. Oksennuksen olomuodolla ja hajulla voidaan arvioida syytä pahoinvointiin, esimerkiksi ulosteen haju voi johtua mahalaukun ja suolen välisestä ontelosta eli fistelistä. Potilaasta voidaan tehdä laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia, jos epäillään pahoinvoinnin johtuvan esimerkiksi tulehduksesta tai suolistotukoksesta. (Koskela ja Rahko 2015, 132–142.)

Pahoinvointia hoidetaan syynmukaisesti, esimerkiksi ummetukseen käytetään ummetuslääkkeitä. Pahoinvointia voidaan lievittää pahoinvointilääkkeillä, esimerkiksi haloperidolilla, metoklopramidilla tai levomepromatsiinilla, joita käytetään saattohoitopotilaalla tavallisimmin. (Koskela ja Rahko 2015, 132–142.) Haloperidolin yleisin käytetty kaupp nimi on Serenase (Pharmaca fennica 2017c). Metoklopramidin yleisin käytetty kaupp nimi on Primperan (Pharmaca fennica 2017b). Haloperidolia käytetään kemiallisessa pahoinvoinnissa ja suolitukoksesta johtuvasta pahoinvoinnista. Annostusta ei tarvitse vähentää munuaisten vajaatoiminnassa. Tavallisin annostus haloperidolille on 0,5–2 milligrammaa, korkeintaan kymmenen milligrammaa vuorokaudessa eri antoreittien kautta. Metoklopramidia käytetään syöpähoidoista johtuvaan pahoinvointiin ja mahalaukun hidastuneesta tyhjennyksestä johtuvaan pahoinvointiin. Lisäksi sitä on käytetty idiopaattiseen pahoinvointiin. Annostus metoklopramidille on 0,5–2 milligrammaa, korkeintaan kolmesti vuorokaudessa eri antoreittien kautta. Levomepromatsiinia käytetään syöpähoidoista johtuvaan pahoinvointiin ja opioidipahoinvointiin. Levomepromatsiini on erityislupavalmiste, jota ei käytetä Parkinson-potilailla. Annostus on suun kautta 5–10 milligrammaa korkeintaan kahdesti päivässä tai jatkuvana laskimonsisäisenä infuusiona 12,5–25 milligrammaa vuorokaudessa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Potilaalle tulee tarjota mieliruokia sekä välttää ärsyttäviä hajuja. Rasvaisia ja huonosti sulavia ruokia ei tule tarjota, jos pahoinvointi liittyy ruokailuun. (Koskela ja Rahko 2015, 132–142.) Lisäksi pahoinvointia voidaan lievittää raikkaalla ilmalla. Suun hyvä hoitaminen vähentää suuntulehduksia, jolloin pahoinvointi lievittyy. (Terveyskylä s.a.)

Saattohoitopotilaalla esiintyy nielemisvaikeuksia sairauden loppuvaiheessa. Nielemisvaikeudet voivat johtua pään ja kaulan alueen kasvaimista. Toimintakyvyn aleneminen, suun ongelmat ja mahdolliset esteet sekä tukokset aiheuttavat nielemisongelmia. Lisäksi epäsovivat hammasproteesit vaikeuttavat ruoan pureskelua. Aivoverenkiertohäiriöstä johtuva suupielten vuotaminen ja kielen toiminnanvaja us vaikeuttavat ruoan kulkeutumista kohti nielua. Nielemisvaikeuksissa huomioidaan siihen johtanut syy, hoidettavuus ja aspiraatoriski. (Saarto 2015b, 115.) Aspiraatio on merkittävä terveysriski potilaalle ja voi aiheuttaa keuhkokuumeen (Aivoliitto 2012). Ikääntyminen ja sen tuomat sairaudet ovat riski aspiraatiolle. Aspiraatiota voi ennaltaehkäistä hyvällä ruokailuasennolla sekä sakeuttamalla ruokia ja juomia sakeutusaineella. (Viitanen 2016.) Pään ja kaulan alueen kasvaimissa voidaan hyödyntää sädehoitoa tai leikkausta. Aivoverenkiertohäiriöissä ja muissa neurologisissa sairauksissa potilas voi hyötyä PEG-letkusta, ja siihen liitetystä ravitsemusneuvonnasta. (Saarto 2015b, 115.)

Kuiva suu on yleisin suun ongelma saattohoitopotilaalla. Potilaalta tunnistetaan suun ongelmat ajoissa ja autetaan suun hoidossa. Kuiva suu johtuu syljen erityksen vähenemisestä. Syljen erity s vähenee lääkkeiden, kuten kipulääkkeiden ja pitkäaikaisten lääkkeiden takia. Lisäksi tietyt sairaudet, kuten diabetes vähentää syljen eritystä. Kuiva suu aiheuttaa pahaa makua ja hajua suussa sekä limakalvojen kipua ja arkuutta. Kuiva suu aiheuttaa nielemisvaikeuksia. Kostuttamisen tarkoituksena on potilaan olotilan helpottaminen ja kivun lieventäminen. Kostutuksessa voidaan käyttää pieniä nestemääriä, tekosylkeä, jääpaloja sekä rasvata potilaan huulia. Potilaan ollessa tajuissaan sekä kykeneväinen pureskelemaan, hänelle voi antaa purukumeja tai pastilleja syljen erityksen lisäämiseksi. (Nivala-Huhtaniska ja Nousiainen 2015, 116–121; Hänninen, Laakkonen ja Pitkälä, 2016.)

Suun tulehdukset johtuvat usein hiivasienestä. Sienitulehdus näkyy suun limakalvoilla valkoisina pieninä yksittäisinä peitteinä tai laajemmalla yhtenäisillä katteilla. Suun limakalvo on punoittava ja ruokailu tekee potilaalle kipeää. Hiivasienen hoidossa yleensä riittää hyvä suuhygienia, mutta joskus tarvitaan lääkehoitoa. Lääkehoidossa käytetään Nystatiiniliuosta neljän viikon ajan, joka auttaa suun paranemisessa. (Nivala-Huhtaniska ja Nousiainen 2015, 116–121; Hänninen, Laakkonen ja Pitkälä, 2016.) Tarvittaessa voidaan pyytää apua hammaslääkäriltä tai suuhygienistiltä (Saarto 2015b, 115).

Saattohoitopotilaalle on voinut kertyä askitesnestettä, joka tarkoittaa nesteen kertymistä vatsaonteloon. Askitekseen yleisin aiheuttaja on maksakirroosi, mutta se voi johtua eri syöivistä ja sydämen vajaatoiminnasta. Askitesneste on yleensä huono ennuste ja pitkälle edenneen sairauden merkki. (Saarto 2015c, 148–149.) Maksakirroosissa porttilaskimon paine nousee, joka johtaa nesteen tihkuttamiseen vatsaonteloon (Mustajoki 2017). Askitekseen oireena on vatsan kasvu, täyttymisen tunne ja vatsan pinkeys. Se lisää myös pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, närästystä ja hengenahdistusta. Ensisijainen hoito on askitesnesteen poistaminen, jos askitesneste häiritsee potilaan elämää. Diureetit eli nesteenpoistolääkkeet harvoin tehoavat pahanlaatuiseen askitekseen. Diureetteja voidaan kokeilla, jos syy johtuu maksan etäpesäkkeiden tai porttilaskimon paineen aiheuttamasta askiteksestä. Paras hoito askitesnesteen poistamiseen on kertapunktio tai askitesdreeni. Dreeni asennetaan vatsaonteloon, joka voi olla paikoillaan muutaman päivän ajan, kunnes askitesnesteen tulo loppuu. Askitesnestettä poistuu dreenin kautta elimistöstä monta litraa vuorokauden aikana. Albumiinikorvaus hoitoon ei ole tarkkaa näyttöä, jos dreenuksia tulee jatkuvasti. Nesteen poistaminen ei kuitenkaan estä nesteen kertymistä uudelleen vatsaonteloon. Kakektisilla potilailla on hyvä poistaa nestettä pieni määrä kerrallaan ja harkita tilavuuskorjausta. (Saarto 2015c, 148–149.) Potilaalle myös aloitetaan suolarajoitus. Suolaa tulisi käyttää vuorokaudessa 4,6-9,6 milligrammaa. Nesterajoitusta käytetään, jos potilaan kokonaisnestemäärä on merkittävästi lisääntynyt ja siihen liittyy hyponatremiaa. Lääkehoidossa vältetään tulehduskipulääkkeitä, koska ne lisäävät nesteen määrää elimistössä. Väheisessä askitesnesteen kertymisessä ei käytetä hoitoja. (Arkkila ja Nordin 2018.)

7.2 Väsymysoireyhtymä ja hoito

Saattohoitopotilaan väsymys lisääntyy sairauden loppuvaiheessa. Väsymys on ahdistavaa ja masentavaa, eikä se johdu rasituksesta. Tällaista oirekuvaa kutsutaan fatigueksi eli väsymysoireyhtymäksi. Väsymysoireyhtymään kuuluu myös uneliaisuus, kyllästyneisyys ja heikkous. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Väsymyksen syyt voidaan jakaa palautuviin tai palautumattomiin tekijöihin. Palautuvat tekijät ovat esimerkiksi tulehdukset, kipu, alikuntoisuus, anemia ja unettomuus. Palautumattomat tekijät ovat esimerkiksi neurologiset häiriöt, krooninen hapenpuute, edennyt sairaus ja yleinen tulehdus. Opioidit ja psyykkisten oireiden hoitoon käytettävät lääkkeet aiheuttavat myös väsymystä. (Hänninen ja Pöyhiä 2015b.)

Väsymysoireyhtymää voidaan hoitaa, jos se on mahdollista ja se on potilaan edun mukaista. Väsymykseen on yleensä monia syitä, joten yhden syyn poistaminen ei välttämättä auta potilasta. Väsymyksen hoidossa tarkistetaan käytössä olevat lääkkeet, jotka voivat aiheuttaa väsymystä. Ravinnon lisääminen, vuorokausirytmien tarkistaminen, taustasyiden korjaaminen ja elämänrytmiin sopeutuminen voivat auttaa saattohoitopotilasta. Tarvittaessa väsymystä voidaan hoitaa läikehoidolla, jos väsymys merkittävästi haittaa potilaan elämää, eivätkä muut hoitokeinot auta. (Hänninen ja Pöyhiä 2015b.)

Steroidit, kuten deksametasoni ja prednisonin vähentävät väsymystä, sekä parantavat ruokahalua että yleisvointia. Steroideja käytetään 3–4 viikkoa, sitten steroidilääkityksestä on kahden viikon tauko. Deksametasonin tavallisin annostus on 1,5–4,5 milligrammaa 1–2 kertaa päivässä ja prednisonin 10–40 milligrammaa kerran päivässä. Steroideja ei saa lopettaa äkillisesti, koska äkillinen lopettaminen lisää vierotusoireiden riskiä. Haittavaikutuksena steroidit saattavat nostaa verensokeria, joka voi aiheuttaa väsymystä. Masennuslääkkeet eivät auta väsymysoireyhtymään, mutta auttavat masennuksesta johtuvaan väsymykseen. (Hänninen ja Pöyhiä 2015b.) Kipua, unettomuutta ja ahdistuneisuutta voidaan hoitaa lääkkeillä, jotka voivat olla taustasyinä väsymysoireyhtymässä. (Lumio 2017).

7.3 Psykkiset oireet ja hoito

Yleisimmät psyykkiset oireet ovat masennus, ahdistuneisuus ja unettomuus. (Idman 2015, 218). Masennus on monisyinen mielialahäiriö, jonka oireena ovat väsymys, ärtyneisyys, surullisuus ja tyhjä mieli. Potilas ei enää tunne mielenkiintoa tai mielihyvää elämässään. Masennukseen voi liittyä myös itsetuhoisia ajatuksia ja itseinhoa. Masennus johtuu tapahtuneesta muutoksesta elämässä esimerkiksi sairaudesta, pettymyksistä ja menetyksistä. (Huttunen 2016a.) Ahdistukseen liittyy pelkoa ja huolestuneisuutta, joka liittyy nykyhetken tai tulevaisuuden tapahtumiin. Sairauden oireet, esimerkiksi kipu lisäävät ahdistusta. (Hiltunen 2015, 226.) Potilas kärsii unettomuudesta, jos hänellä on vaikeuksia saada unta vähintään kolmena yönä viikossa. Unettomuudessa voi olla vaikea nukahtaa illalla tai pysyä unessa, sekä se voi ilmetä myös liian aikaisena heräämisinä. (Huttunen 2016b.) Unettomuuden syyt selvitetään, jotka johtuvat sairaudesta, läikekeistä ja oireista. Potilas voi myös pelätä kuoleminen tapahtuvan unen aikana. Potilaan oma vuorokausirytmii tulee selvittää, koska hän ei välttämättä kärsi unettomuudesta. Potilas on esimerkiksi tottunut nukkumaan vähemmän aikaa. (Hiltunen 2015, 226–227.)

Hoitohenkilökunnan tulee erottaa masennus potilaan sairaudesta, esimerkiksi syöpä aiheuttaa väsymystä ja huonovointisuutta. Masennuksen arvioinnissa hyödynnetään DEPS-seulaa, joka on masennustesti. DEPS-seulan avulla voidaan potilaalta kysyä, mitä masennuksen oireita hänellä on ja arvioida masennuksen vaikeusastetta. DEPS-seulassa esitetään yhteensä kymmenen oiretta. Potilaalle todetaan lievä masennus, jos hänellä on neljä oiretta kymmenestä, joista vähintään kaksi oiretta ovat masentunut mieliala, väsymys tai mielihyvän menetys. (Idman 2015, 220–221.)

Masennusta, unettomuutta ja ahdistusta oireita hoidetaan lääkehoidolla ja terapeuttisilla keskusteluilla. Vanhusten oireita hoidetaan samalla tavalla kuin muidenkin. Psykkisiä oireita lievittää luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde. Saattohoitopotilaan kanssa keskusteltaessa ei vaadita psykoterapeuttista ammattitaitoa, vaan aito emotionaalinen tuki ja hyvä vuorovaikutus riittävät. Emotionaalinen tuki tarkoittaa kuuntelua, rakkautta, empatiaa ja välittämistä. Keskustelun aikana vahvistetaan potilaan voimavaroja ja löydetään keinoja potilaan sisäiseen rauhallisuuteen. Sisäisellä rauhallisuudella potilas kykenee lievittämään sairauteen liittyviä pelkoja. Omaisista rohkaistaan olemaan potilaan luona ja heitä tuetaan. Tarvittaessa voidaan ottaa yhteyttä psykiatriseen hoitoyksikköön, jos potilaan oireet ovat hankalia. (Idman 2015, 218–226; Hiltunen 2015, 223–227.)

Masennuslääkkeitä käytetään keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa. Lievässä masennuksessa terapioista ja keskusteluista saadaan hyötyä. Masennuslääkkeillä on pääasiassa sama vaikutus, joiden tavoitteena on oireettomuus. Masennuslääkkeiden vaikutus tulee näkyviin muutaman viikon päästä. Masennuslääkkeiden valitsemisessa huomioidaan potilaan oireet ja oireiden syyt, sekä potilaan aiempi kokemus masennuslääkkeistä. Huomioon tulee ottaa myös masennuslääkkeen haittavaikutukset ja yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa. (Idman 2015, 218–226; Hiltunen 2015, 223–227.) Yleisimpiä käytettyjä masennuslääkkeitä ovat mirtatsapiini, sekä SNRI – ja SSRI-lääkkeet. Mirtatsapiinin aloitusannos vuorokaudessa on tavallisesti 15–30 milligrammaa iltaisin. Annosta nostetaan yksilöllisesti 60–90 milligrammaan vuorokaudessa. Haittavaikutuksina voi ilmetä painon nousua ja ruokahalun lisääntymistä. Lisäksi mirtatsapiini voi aiheuttaa liiallista sedaatiota. (Huttunen 2017c.) Mirtatsapiinia käytetään myös unettomuuden, pahoinvoinnin ja ruokahaluttomuuden hoidossa (Idman 2015, 218–226; Hiltunen 2015, 223–227). Käytetyimmät SSRI-lääkkeet ovat essitalopraami, fluoksetiini ja sertraliini. Essitalopraamin vuorokausiannostus 10–20 milligrammaa, fluoksetiinillä annostus on vuorokaudessa 20 milligrammaa ja sertaliinillä 50–100 milligrammaa vuorokaudessa. SSRI-lääkkeet voi aloittaa suoraan hoitoannoksilla ja ne otetaan aamuisin mahdollisten univaikeuksien takia. Haittavaikutuksena SSRI-lääkkeillä voi ilmetä vatsavaivoja, kuten ripulia ja pahoinvointia. Lisäksi ne lisäävät iäkkäiden hyponatremiariskiä. SSRI-masennuslääkkeitä käytetään myös ahdistuksen hoidossa. SNRI-lääkkeistä tavallisimmin käytössä olevat lääkkeet ovat duloksetiini ja venlafaksiini. Duloksetiinin vuorokausi annostus aloitetaan 30 milligrammalla ja sitä nostetaan yksilöllisesti jopa 120 milligrammaan asti. Venlafaksiinin aloitusannostus on 37 milligrammaa vuorokaudessa ja sitä voidaan yksilöllisesti nostaa jopa 375 milligrammaan vuorokaudessa. SNRI-lääkkeillä on samantaisia haittavaikutuksia kuin SSRI-lääkkeillä, haittavaikutuksia voi kuitenkin lievittää ottamalla tabletti ruokailun yhteydessä. SSRI-lääkkeitä ei saa lopettaa äkillisesti vieroitusoireiden takia, vaan lääkitystä vähennetään hiljalleen 2–4 viikon aikana. (Huttunen 2017c.)

Ahdistukseen voidaan käyttää masennuslääkkeiden lisäksi bentsodiatsepiini valmisteita, jotka rauhoittavat potilasta. Bentsodiatsepiinin vaikutus alkaa nopeasti. Haittavaikutuksina varsinkin iäkkäillä saattaa esiintyä kaatuilua ja muistamattomuutta. Bentsodiatsepiinejä ei saa lopettaa äkillisesti vieroitusoireiden takia. Käytetyimmät Bentsodiatsepiinit ovat diatsepaami, ja oksatsepaami. Diatsepaamin tavallisin kerta-annostus on 2–10 milligrammaa ahdistuksesta ja potilaan koosta riippuen. Iäkkäillä annostus on 2–10 milligrammaa vuorokaudessa. Diatsepaamia käytetään tavallisimmin alkoholin vieroitusoireisiin. Oksatsepaami vaikutus alkaa parhaiten kahden tunnin kuluttua. Vuorokausiannostus on tavallisesti 15–60 milligrammaan, 3–4 kertaa päivässä. Iäkkäillä tavallisin annostus on 15–30 milligrammaa vuorokaudessa. Oksatsepaamia käytetään myös unettomuuden hoidossa. (Huttunen 2017a.) Kivusta johtuvaan ahdistukseen käytetään kipulääkkeitä. Unettomuudessa voidaan käyttää bentsodiatsepiini johdannaisia, jotka auttavat nukahtamiseen. Tsopikloni ja tsolpideemi ovat yleisimmät bentsodiatsepiini johdannaiset. Masennuslääkkeitä käytetään unettomuuden hoidossa, jos unettomuus johtuu masennuksesta. (Idman 2015, 218–226; Hiltunen 2015, 223–227.)

7.4 Hengitysteiden yleisimmät oireet ja hoito

Yleisempiä hengitysteiden oireita ovat hengenahdistus, yskä ja limaisuus. Hengenahdistusta kuvataan lisääntyneeksi hengitystyöksi, ilman loppumiseksi, tukehtumisen tunteeksi tai rintakehän kireydeksi. Hengenahdistus heikentää potilaan elämänlaatua heikentämällä toimintakykyä ja unen laatua. Hengenahdistuksen yhteydessä voi esiintyä masennusta, ahdistuneisuutta, kipua ja väsymystä. Hengenahdistusta voi esiintyä monien eri sairauksien yhteydessä esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa, psyykkisissä syissä ja eri keuhkosairauksissa. Lisäksi verenmyrkytys, ummetus, askites ja tulehdukset aiheuttavat hengenahdistusta. Saattohoitopotilaalla voi olla vaikea hengittää väsymyksen, kuitumisen tai ALS:n seurauksena. Sosiaaliset syyt aiheuttavat myös hengenahdistusta, esimerkiksi talousasiat.

Hengenahdistuksen arvioinnissa voidaan hyödyntää oiremittareita. Potilas ei välttämättä pysty ilmaisemaan enää hengenahdistustaan tajunnantason laskun takia tai muun syyn takia, jolloin hoitohenkilökunnan tulee havainnoida hengenahdistusta (Tanskanen 2014.) Borgin asteikolla voidaan havaita, kuinka paljon potilaalla on hengenahdistusta asteikolla 1–10. (Lehto ja Pöyhiä 2015, 92–95.) Potilaan hengitystapaa tarkkaillaan esimerkiksi, onko hengitys puuskuttavaa, raskasta, pinnallista, haukkovaa ja säännöllistä. Lisäksi potilaasta havainnoidaan apuhengityslihasten käyttöä ja potilaan puhumista, sekä huomioidaan potilaan ihonväri. (Ahonen yms. 2015, 432.) VAS-mittaria voidaan myös hyödyntää hengenahdistuksen arvioinnissa. Tutkimuksen mukaan 54 prosenttia saattohoitopotilaista, joilla oli hengitysvaikeuksia, pystyi vastaamaan hengenahdistusta koskevaan kysymykseen kyllä tai ei. Potilaan hengitystyötä pitää säännöllisesti havainnoida ja kirjata potilastietojärjestelmään, sekä arvioida kuinka hoitokeinot auttavat saattohoitopotilasta. (Lehto ja Pöyhiä 2015, 92–95.)

Hengenahdistuksen hoidossa hyödynnetään lääkkeitöntä ja lääkkeellistä hoitoa. Paras hoito saadaan syynmukaisella hoidolla, esimerkiksi nesteenpoistolääkkeet auttavat sydämen vajaatoiminnassa ja verenhennuslääkkeet keuhkoveritulpassa. Hengenahdistusta voidaan hoitaa myös oireenmukaisesti. Opioideja käytetään hengenahdistuksen hoidossa, joiden hyöty vaihtelee eri sairauksien yhteydessä. Yleisimmin käytetyt opioidit ovat morfiini ja kodeiini, joiden annostus on potilaskohtainen. Ajoittaiseen hengenahdistukseen käytetään lyhytvaikutteista opioidia. Saattohoitopotilaan opioidimäärää suurennetaan 25–50 prosenttia kerrallaan hengenahdistuksen hoidossa, jos potilaalla menee ennestään opioidia. Hengenahdistuksessa käytetään pienempää opioidimäärää kuin kivun hoidossa ja hoito aloitetaan pienellä annoksella, jota suurennetaan tarvittaessa. Ahdistuksesta ja paniikista johtuvaa hengenahdistusta hoidetaan bentsodiatsepiineillä. Yleisin käytetty bentsodiatsepiini ovat olleet suun kautta otettavat diatsepaami 2–10 milligrammaa ja loratsepaami 0,5–1 milligrammaa. Bentsodiatsepiiniä voidaan antaa myös ihon alle tai laskimoon. Happea on hyödynnetty saattohoitopotilaille. (Lehto ja Pöyhiä 2015, 96–101.)

Hypoksemia eli veren vähäinen happipitoisuus ja hengenahdistus eivät ole sama asia. Potilaalla voi olla vaikea hengenahdistus, vaikka ei ole hypoksemiaa. Tutkimuksen mukaan potilaat, joilla ei ole hypoksemiaa eivät ole hyötäneet happihoidosta. Saman hyötyosuuden ei-hypoksemia potilaat ovat saaneet huoneilmalla tai ilmapirtauksella. Hypokseemiset syöpä- ja keuhkohtaumapotilaat ovat hyötäneet happihoidosta. Happihoito voi myös heikentää saattohoitopotilaan elämänlaatua haittavaikeutusten takia. Happihoito kuivattaa ylähengitysteitä. Lisäksi se aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta, sekä rajoittaa fyysistä liikkumista ja sosiaalista aktiivisuutta. Tuulettimen käyttö ja ikkunan aukaisemisen on havaittu vähentävän hengenahdistusta ja helpottavat saattohoitopotilaan oloa. Hengenahdistusta vähentävät myös rentoutusmenetelmät ja huulirakohengitys. Potilas pystyy paremmin hengittämään puoli-istuvassa tai istuvassa asennossa ja vuodepotilaan on helpompi maata huonompi keuhko alaspäin, jos potilaalla on nestettä keuhkossa. Saattohoitopotilaan pelkojen kuunteleminen, tukeminen ja auttaminen vähentävät psyykkisistä syistä johtuvaa hengenahdistusta. (Lehto ja Pöyhiä 2015, 96–101.)

Limaisuus aiheuttaa saattohoitopotilaalla hengenahdistusta, yskää ja hengityksen rohinaa. Limaisuuden syynä ovat eri keuhkosairaudet, nielemisen vaikeutuminen ja yskimisvoimien heikentyminen. Lisäksi tulehdukset ja aspiraatio aiheuttavat limaisuutta. Limaisuuden hoidossa tavoitteena on helpottaa potilaan yskimistä vähentämällä liman sitkeyttä sekä parantamalla yskimisen tehoa ja vähentämällä liman määrää. Limaisuutta voidaan helpottaa läikehoidolla ja lääkkeettömillä hoidoilla. Limaisuuden läikehoitona voidaan antaa esimerkiksi inhaloitavaa tiotropiumbromidia tai skopolamiinilaastareita. (Lehto ja Pöyhiä 2015, 103–104.) Tiotropiumbromidin kauppanimi on Spiriva. Spirivaa käytetään keuhkohtaumataudista johtuvan hengenahdistuksen ja yskän hoitoon. Hengitysteiden avautuessa liman poistuminen helpottuu. (Orion pharma 2017f.) Skopolamiinilaastari kiinnitetään korvan taakse. Laastarin vaikutus kestää kolme vuorokautta, jonka jälkeen laastari poistetaan ja uusi laastari kiinnitetään toisen korvan taakse. (Orion pharma 2017e)

Saattohoitopotilas voi hyötyä sitkeän liman irrotuksessa keittosuolainhalaatiosta. Lisäksi mukolytytti yskänlääkettä voi käyttää limaisuuden helpottamiseksi. Antibiooteista on silloin hyötyä, jos limaisuus johtuu tulehduksellisesta keuhkosairaudesta. Usein muutaman vuorokauden antibioottihoito kertoo, että hyötykö potilas antibiooteista. Saattohoitopotilaalle tulee tarjota ensisijaisesti lääkkeetöntä vaihtoehtoa, koska usein antibiooteista ei ole hyötyä. Potilaalle voidaan opettaa liman poistoon PEP-pullon (Positive Expiratory Pressure) käyttö, jos hän on kykeneväinen puhaltamaan. PEP-pullon avulla lima lähtee helpommin pois hengitysteistä. PEP-pullossa on 10–20 senttimetriä vettä, johon puhalletaan letkua pitkin muutaman kerran päivässä. (Lehto ja Pöyhiä 2015, 103–104.) Limaisuutta helpottaa asentohoito esimerkiksi puoli-istuva tai kylkiasento, jolloin potilas saa liman yskittyä paremmin pois. Ylähengitysteissä olevaa limaa voidaan imeä imulaitteella. Alahengitysteiden imemistä ei suositella, koska se voi aiheuttaa ylimääräistä kärsimystä potilaalle. (Tanskanen 2014.) Kuoleman lähestyessä saattohoitopotilaalla saattaa muodostua runsaasti irtonaista limaa ja sylkeä, jota hän ei pysty nielemään tai yskimään. Nielussa ja hengitysteissä lima tekee äänen, jota kutsutaan ”Death rattleksi”. Lima kertyy välittömästi tai muutaman päivän kuluessa. Death rattleen voidaan antaa ihonalaisesti kertainjektiona glykopyrrolaattia 0,2–0,4 milligrammaa. (Hänninen 2013.)

Yskä heikentää saattohoitopotilaan elämänlaatua esimerkiksi aiheuttamalla kipua, unettomuutta, oksentelua ja uupumusta. Keuhkosairauksista kärsiville yskä on hankala oire. Yskän syntymekanismi on monimutkainen ja huonosti tunnettu. Yskässä aluksi käytetään syynmukaista hoitoa esimerkiksi ruokailuun liittyvä aspiraatio aiheuttaa yskää, jota voidaan helpottaa ruokailuasennolla ja ruoan rakennetta muuttamalla. Kortisoni hillitsee loppuvaiheen keuhkofibroosista johtuvaa yskää. Keuhkoneeste voidaan kerta punktoida, jos yskä johtuu siitä. Oireenmukainen hoito perustuu yskänrefleksin hillitsemiseen. Ensisijainen lääkitys ovat opioidit, jotka hillitsevät yskää. Usein on käytetty kodeiinia 15–30 milligrammaa 3–4 kertaa vuorokaudessa yskän hillitsemiseen. Inhaloitavilla puudutteilla voidaan lievittää yskää. Inhaloitavana puudutteena on käytetty 2 prosenttista lidokaiinia, jota annetaan viisi millilitraa. Puudutteen jälkeen potilas ei voi syödä tai juoda tuntiin, koska kurkunpään sulkeutumisrefleksi on lamaantunut. Yskä voi johtua limaisuudesta tai kuivista hengitysteistä, jolloin voi käyttää inhaloitavaa keittosuolaa. Keittosuola voi aiheuttaa keuhkoputkien supistumista, joten potilaalle voi antaa etukäteen tai tarvittaessa salbutamolia, joka laajentaa keuhkoputkia. (Lehto ja Pöyhiä 2015, 102–103.)

Yskänlääkkeistä ei ole todettu olevan hyötyä saattohoitopotilailla, paitsi kodeiinista ja dekstrometorfaanista (Hänninen 2013). Dekstrometorfaania vaikuttaa keskushermostoon ja hillitsee yskää. Kauppanimeltään tunnetuin dekstrometorfaani on Resilar, joka lievästi rauhoittaa. Annostus yskän hoidossa dekstrometorfaania on 90–120 milligrammaa vuorokaudessa, jaettuna useaan osaan. (Surakka 2011.) Potilaan huoneeseen voidaan tuoda ilmastokostutin, joka helpottaa kuivaa yskää (Hänninen 2013).

8 SAATTOHOITOPOTILAAN KOHTAAMINEN

Saattohoitopotilas tarkkailee hoitohenkilökunnan ilmeitä ja eleitä, esimerkiksi äänen sävyä, kasvojen ilmeitä ja kehon liikkeitä. Ilmeet ja eleet ovat suuressa merkityksessä vuorovaikutuksen aikana. Vuorovaikutustilanteissa hoitohenkilökunnan tulisi katsoa potilasta silmiin, olla rauhallinen ja hyväksyvä. Tasavertaisuutta vuorovaikutuksessa tuo se, että keskustelijat ovat samalla tasolla esimerkiksi hoitohenkilökunta ottaa tuolin potilaan sängyn viereen ja istuu alas. Potilas ilmaisee sanallisesti tai sanattomasti kuinka läheisessä kontaktissa hän haluaa olla. Hoitajat voivat myös itse kysyä potilaalta, kuinka läheisen kontaktin hän haluaa. Osa potilaista pitää kosketuksesta. Kuoleman lähestyessä kosketuksen merkitys kasvaa. Aito ja rauhallinen läsnäolo auttaa myös hoitohenkilökuntaa hoitotyössä jaksamisessa. Potilaan on myös helpompi keskustella tällöin vaikeista ja henkilökohtaisista asioista esimerkiksi pelosta ja ahdistuksesta. Saattohoitopotilaan toiveet tulee ottaa huomioon. (Hietanen 2015, 244–251.)

Masentunut saattohoitopotilas houkuttaa hoitohenkilökuntaa lohduttamaan ja antamaan epärealistisia toiveita, kuitenkin näitä tulisi välttää. Hyödyllisempää on keskustella potilaan kanssa, mitkä asiat tuntuvat vaikeimmilta. Hoitohenkilökunnan tulisi olla enemmän kiinnostuneita potilaasta kuin hänen sairaudestaan. Masennus voi olla asiaankuuluva tunne potilaalla, joka ei tarvitse lääkettä. Lääkehoidon mahdollisuutta arvioidaan masentuneen saattohoitopotilaan kohdalla. Potilaat voivat kokea vihaa. Potilaalla on oikeus tuoda vihansa esille. Potilaalta kysytään tarkentavia kysymyksiä vihan ja katkeruuden syistä, sekä annetaan potilaalle mahdollisuus puhua niistä. Potilaalla voi olla persoonallisuuden muutoksia, jos hän on jatkuvasti vihainen. Hoitohenkilökunnan tulee sietää potilaan vihaisuutta sekä keksiä itselleen keinoja, kuinka kestää sitä. Tällöin on hyvä keskustella työkavereiden kanssa tai mennä työnohjaukseen. (Hietanen 2015, 244–251.)

8.1 Saattohoitopotilaan läheisten kohtaaminen

Potilaan omaisilla tarkoitetaan hänen lähimmäiseksi koettuja henkilöitä (Hänninen 2008). Kuolevan potilaan omaisetkin joutuvat käymään läpi lähestyvän kuoleman muutokset. Omaiset ovat yleensä mukana saattohoidossa ja osallistuvat saattohoidon eri vaiheisiin. (Juhela 2015, 280–281.) Omaiset ovat voineet kokea saattohoidon eri vaiheissa kuolevan potilaan persoonallisuuden ja ajattelun muutokset, esimerkiksi vihaisuuden ja epäluuloisuuden, joka yleensä johtuu elimellisestä muutoksesta. Omaisista on helpottava tietää, että käyttäytymismuutokset eivät johdu potilaasta itsestään vaan sairaudesta. (Hänninen 2008).

Omaisten huomioiminen vähentää myös potilaan tuskaa. Omaisten tulee tulla kuulluksi ja nähdyksi, sekä heitä tulee tukea. Omaisille tulee tarjota hyvissä ajoin tietoa siitä, mitä potilaan kuolemisprosessissa tapahtuu. Heille puhutaan saattohoidosta oikeilla termeillä avoimesti. (Heikkilä 2009.) Tiedon antaminen vähentää omaisten voimakkaita tunnereaktioita. Kahuu, pelko ja vastenmielisyys vähentävät heidän osallistumista ja vastuunottoa saattohoitoon. Tällaisissa tilanteissa omaisille tulee osoittaa ymmärrystä ja auttaa heitä kohtaamaan epämiellyttävätkin tilanteet. Omaiset voivat kokea huolia raha-asioista ja neuvottomuudesta. Raha-asiat voivat liittyä toimeentuloon, mutta omaisia voi mietittyä esimerkiksi pankkiasioden hoitaminen. Omaisia rohkaistaan ottamaan yhteyttä sosiaalityöntekijään toimeentuloasioissa. Heille kerrotaan ja tarjotaan apua käytännön asioissa, koska potilaan vakava sairaus saattaa aiheuttaa kyvyttömyyttä hoitaa kotiaskareet. (Juhela 2015, 280–281.) Omaisten ristiriidat saattavat korostua potilaan kuolinvuoteella. Heidän kuunteleminen yleensä riittää, mutta heille voi tarjota keskusteluapua eri terapioiden avulla. (Heikkilä 2009.)

Omaisilla voi olla luottamuspulaa potilaan hoidosta. Taustalla on epäily siitä, että kuoleva potilas ei saa oikeanlaista ja laadukasta hoitoa. Omainen voi jopa halveksua hoitoa avoimesti tai peitellysti. Hoitotyön ammattilaiset eivät saa koskaan tuoda keskusteluissa ilmi resurssipulaa tai kiirettä. Hoitohenkilökunnan tulee rauhallisesti selvittää omaisille, että saattohoitopotilaan hyvä hoito toteutuu ilman kivuliaita ja rasittavia toimenpiteitä, jotka eivät enää voi muuttaa potilaan tilannetta. Omaisten kanssa käydään keskusteluissa yhdessä läpi sovitut hoitolinjaukset sekä mahdolliset ristiriidat ja laiminlyönnit saattohoidossa. (Juhela 2015, 280–281.) Omaiset ovat yleensä väsyneitä, joka aiheuttaa enemmän erimielisyyksiä (Hietanen 2015, 247). Vaativa omainenkin helpottuu, kun häntä kuunnellaan ja hänen näkemyksensä otetaan vakavasti, jolloin löydetään parhain mahdollinen pohja hoitolinjauksille. Omaisten kanssa tulisi keskustella avoimesti heidän peloistaan ja toiveistaan. Keskustelun tunnelma tulee olla rauhallinen, tasavertainen, salliva ja kuunteleva. Keskusteluun käytetään riittävästi aikaa. Hoitohenkilökunnan voi olla vaikea pysyä neutraalina, jos näkemyserot ovat suuret. Tiettyjen omaisten kohtaaminen voi nostaa tunteet pintaan, jolloin hoitajan tulee hakea tukea esimerkiksi työhönsä. Hoitajien tulisi katsoa tilannetta kuolevan ja hänen omaistensa silmin. Jokaisella ihmisellä on erilainen tapa työskennellä. Hoitajien tulee etsiä itselleen oikeanlainen keskustelutyyli ja kohtaamisosaaminen. Omaisten tukemisessa ja kuuntelussa täytyy pysyä ammattilaisena. Hoitaja on turvana omaisille työn puolesta, eikä suhde saa mennä liian läheiseksi. (Juhela 2015, 280–281.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöille voi tulla tarve lohduttaa omaisia ja kuolevaa potilasta. Lohduttaminen on kuitenkin haastavaa. Kannustaminen menetyksen hyväksymiseen voi tuntua pahalta niille, jotka eivät ole hyväksyneet kuolemaa. Lohduttaja voi luulla tietävänsä, mitä toinen tarvitsee. Parempi on kysyä surevalta, mikä toisi lohtua elämään. Surevakin voi tarvita iloa ja naurua surun keskellä. Monesta surevasta voi olla vaikea itkeä tai nauraa. Itkeminen yleensä helpottaa surevan olotilaa. (Juhela 2015, 293.)

Suru aiheuttaa paljon kipua, mutta se valmistaa myös elämän jatkumisen eteenpäin. Omaiset, joilla on ollut vahva suhde kuolevaan, saattavat oireilla voimakkaasti saattohoidon aikana. Omaisilla voi nousta voimakkaat tunnereaktiot esiin, kun suhde on katkeamassa. Vahvat tunnereaktiot voivat pahimmassa tapauksessa vääristää todellisuutta. Hoitohenkilökunta voi keskustella näissä tilanteissa potilaan muiden omaisten kanssa, jotka voisivat auttaa avun hakemisessa esimerkiksi mielenterveyspalveluista. Voimakkaat tunnereaktiot eivät ole hyvä tuoda näytettäväksi kuolevan potilaan vierellä. Hyvä olisi päästä sopimukseen ja rajoituksiin omaisten kanssa, kuinka tunnereaktiot tulisi näyttäytyä potilaan vierellä. Osa omaisten ongelmista, kuten talousongelmat ovat hankalia havainnoida. (Juhela 2015, 290–291.)

Masentuneen omaisen kanssa tulee keskustella hänen voinnistaan ja jaksamisestaan. Hoitohenkilökunta voi keskustelussa tuoda ilmi huolensa ja havainnointinsa, koska omaisen voi kokea merkittävänä, että hän on tullut nähdyksi. Hoitajien ja omaisten suhteen vahvistuessa voidaan kysyä mielialasta ja masennuksessa sekä tarvittaessa ohjata hänet avun piiriin. Potilaan kuoleminen voi helpottaa omaisten olotilaa, jos kuolinprosessi on ollut pitkä. Omaiset ovat jo kuolinprosessin alussa käyneet läpi surutyötä ja ymmärtäneet, että kuolema on elämään kuuluva tapahtuma. (Juhela 2015, 290–291.)

9 KUOLEMAN JÄLKEEN

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt lain ihmisen kuoleman toteamisesta.

Sydämen sykkimisen lakattua ihminen voidaan todeta kuolleeksi jollakin seuraavista perusteista. 1) Toissijaiset kuoleman merkit ovat havaittavissa 2) Elimistö on silpoutunut tai murskaantunut elinkelvottomaksi 3) Hengitys- ja verenkierto ovat pysähtyneet, eikä verenkierto hoitotoimenpiteistä huolimatta käynnisty taikka hoitotoimenpiteisiin ryhdytä, koska ihmisellä olevan sairauden perusteella tiedetään, että hoitotoimenpiteistä ei ole hyötyä tai koska elvytystä ei ole voitu aloittaa riittävän ajoissa hengityksen ja verenkierron käynnistämiseksi (hengityksen ja verenkierron pysähtyminen). (Laki kuoleman toteamisesta 2004, § 3.)

Sairaalan ulkopuolella tapahtuvassa kuolemassa, kuten kotisaattohoidossa tai palvelutalossa, hautaustoimisto hakee vainajan 2–3 tunnin säilytyksen jälkeen ja toimittaa vainajan sairaalan kylmätiloihin. Sairaalassa lääkäri toteaa kuoleman. Jokainen kuolemansyy tilastoidaan ja kuolema ilmoitetaan väestörekisteriin. Suomessa kuolemansyitä on tilastoitu 1700-luvulta lähtien. Potilasta viimeisemmäksi hoitanut lääkäri laatii kuolintodistuksen, jos kuolinsyytutkimuksia ei tarvitse tehdä. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 39, 170). Kuolintodistuksessa lukee kuolinsyy ja ruumiin hautauslupa. Ruumis on mahdollista myös antaa lääketieteelliseen opetus- tai tutkimuskäyttöön. (THL 2017.)

Vainajaa käsitellään kunnioittavasti. Vainaja siistitään ja puetaan Exitus-setissä olevaan kaapuun. Vainajan silmät suljetaan ja silmien päälle laitetaan kostutetut vanulaput. Jos vainajalla on tekohampaat, ne laitetaan suuhun. Vainajan pää ja leuka sidotaan sideharsolla, jolloin suu pysyy kiinni. Jalat sidotaan kiinni toisiinsa, jolloin vainajan siirrot ja nostot sujuvat helpommin. Vainajalle laitetaan vaippa. Hänet peitetään valkoisella lakanalla ja rinnan päälle voi laittaa kukan. Omaisten toiveesta vainajalle voidaan pukea heidän valitsemansa vaatteet, esimerkiksi ortodoksisessa uskonnossa vainaja puetaan juhlapukuun. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 170–171, 177).

Saattohoitopotilaan omaisilta kysytään mihin aikaan vuorokaudesta he haluavat kuolemasta ilmoituksen. Kuoleman tapahduttua soitetaan omaisille. Omaiset saavat päättää, tulevatko katsomaan vainajaa tai vainajan siistimistä. Omaiset voivat myös käydä katsomassa vainajaa kylmiössä. Hoitokodissa sekä sairaalassa järjestetään rauhallinen huone omaisille, johon he hyvästelevät vainajan. Pöydälle asetetaan kynttilä palamaan. (Heikkilä 2009.)

Hoitaja jää keskustelemaan ja tukemaan omaisia sekä kertoa tulevista järjestelyistä. Omaisille annetaan aikaa olla vainajan vierellä. Omaisille tarjotaan keskusteluapua ja vastataan heidän kysymyksiin. (Heikkilä 2009.) Omaisat voivat vielä tässä tilanteessa olla voimakkaiden tunnereaktioiden vallassa, joten he eivät välttämättä pysty ottamaan tietoa vastaan. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä ottaa yhteyttä omaisiin viikkojen kuluessa, jotta väärinkäsityksiä ja turhia pohtimisia ei jäisi omaisten mieleen. Yhteydenotto ei kuitenkaan ole aina mahdollista, mutta sellaiset omaiset voisivat hyötyä yhteydenotosta, joilla oli huolta ja epävarmuutta kuolemista. Omaisten ja kuolevan välillä on voinut olla pettymyksiä, hylkäämistä, kaltoinkohtelua tai hyväksikäyttöä. Hoitajien tulee ymmärtää silloin, että potilaan läheinen ei halua tulla katsomaan kuolevaa. Tunnelman ollessa ymmärtäväinen, rauhallinen ja luotettava, on omaisten helpompi kertoa tarinansa ja sanoa hyvästit. (Juhela 2015, 292–293.)

Pitkään palliativisessa hoidossa ja sen jälkeen saattohoidossa olevan potilaan kuolema voi olla omaisista helpompi käsitellä. He ovat saaneet tietoa sairaudesta, jättää jäähyväiset sekä valmistautua tulevaan kuolemaan. Saattohoidossakin kuolema tulee yllättäen. Omaisat surevat kukin omalla tavallaan. Suru voi saada omaiset kokemaan ylluonnollisilta vaikuttavia asioita. Omaisilta on hyvä kysyä tukiverkostoa ja tarvittaessa tarjota sosiaalityöntekijän yhteystietoja taloudenhoitoon liittyviä asioita varten. (Grönlund ja Huhtinen 2011, 144–145, 155). Aikuisille voidaan tarjota vertaistukiryhmiä esimerkiksi seurakunnasta, mielenterveysseurasta ja eri terapiasta. Lapsille ja nuorille järjestetään vertaistukea satunnaisesti. (Tuukkanen 2015, 296.)

10 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallinen saattohoito-opas Iisalmeen Attendo Pihlajaharjun hoivakotiin. Opas tuotetaan paperisena tuotoksena saattohoitokansioon. Oppaan tarkoituksena on antaa selkeät ohjeet hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille saattohoidon eri vaiheista.

Opinnäytetyön tavoitteena on varmistaa henkilökunnan teoretieto ja yhteiset hyvät käytänteet saattohoidosta ja kuolevan potilaan kohtaamisesta. Lisäksi tavoitteena on, että omaiset saavat oikeanlaista tukea saattohoidon aikana. Tekijöiden tavoitteena on kehittyä saattohoidossa ammatillisesti.

11 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Tekijät halusivat tehdä opinnäytetyön aiheesta, joka kehittää heidän ammattitaitoaan. Toiminnallinen opinnäytetyö valittiin, koska haluttiin tehdä jotain konkreettista. Tekijät kokivat, että aiheesta on tulevaisuudessa hyötyä, koska saattohoitoa toteutetaan monessa eri paikassa. Oppaan tekoa hoitokodissa perusteltiin luomalla yhtenäiset käytännöt neljän osaston välillä. Hoitokodissa on oltava helppolukuinen ja nopeasti esille otettava paperinen versio. Internetistä löytyy paljon saattohoito-ohjeistusta, mutta tämä opas on tehty hoitokodin käytänteitä mukaillen sekä heidän tarpeitaan kuunnellen.

11.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämistyö työelämään. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on kaksi osiota, jotka ovat teoriaosuus ja käytännön toteuttaminen. Teoriaosuus, josta rakentuu kehittämistyö. Kehittämistyö voi olla kohderyhmän mukaan opas, näytelmä tai kirja. (Lumme, Leinonen, Leino, Falenius, Sundqvist 2006.) Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa käytännön toiminnan ohjeistamista. Toiminnallinen opinnäytetyö voidaan toteuttaa myös tapahtumana, esimerkiksi kokouksen järjestäminen. Tarkoitus on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy käytännön toteutus ja raportointi tutkimusviestinnän keinoin. (Airaksinen, Vilka 2003, 9–10, 65.)

Opinnäytetyön tarkoitus on olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, toteutettu tutkimuksellisella asenteella ja alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu produktio eli tuotos, jonka lisäksi on raportti. Raportissa selostetaan prosessia sekä opittua asiaa. Tuotoksessa keskitytään kohde- ja käyttäjäryhmään. Esimerkiksi kun toiminnallinen opinnäytetyö on opas, teksti on erityylistä kuin raportissa, joka on kirjoitettu tutkimusviestinnän keinoin. (Airaksinen, Vilka 2003, 9–10, 65.)

11.2 Toimeksiantaja

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Attendo Pihlajaharju. Pihlajaharjun hoitokodissa toteutetaan tarpeen mukaan saattohoitoa. Pihlajaharju on ympärivuorokautinen asumispalveluyksikkö, jossa asuu noin 60 potilasta. Potilaiden toimintakyky vaihtelee ja keski-ikä on 80–90 vuotta. Osastoja on neljä. Potilaat tulevat hoitokotiin pääasiassa osastoilta ja kotoa, kun potilaiden toimintakyky on alentunut ja he eivät pärjää enää kotona. Saattohoitoa toteutetaan Attendon arvojen mukaan eli osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen.

Attendo Pihlajaharjussa työskentelee noin 50 hoitajaa, jotka ovat ammattinimikkeiltään lähihoitajia, sairaanhoitajia ja hoiva-avustajia. Lisäksi hoitokodissa käy paljon opiskelijoita työharjoittelussa. Hoitokodissa työskentelee 2 lähihoitajaa, jotka ovat erikoistuneet saattohoitoon ja ovat hoitokodin saattohoitovastaavia.

11.3 Opinnäytetyön prosessin lähtökohdat

Tekijät valitsivat itse aiheen, jota tarjottiin toimeksiantajalle marraskuussa 2017. Attendon Pihlajaharjulla oli tarvetta päivittää entinen saattohoito-opas, joka tuo yhtenäiset toimintaohjeet osastoille. Lisäksi se on apuvälineenä uusille työntekijöille ja opiskelijoille.

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin kokoamalla tietoa miellekarttaan, jolla saatiin alustavasti rajattua tietoa. Tekijät tapasivat saattohoitovastaavan helmikuussa 2018. Tapaamisessa sovittiin, että opas tulee paperisena ja Word-tiedoston muotoon. Paperinen versio on helposti löydettävissä ja selkeä. Samalla tutustuttiin Attendo Pihlajaharjun vanhaan saattohoito-oppaaseen, joka tarvitsi päivittämistä. Saattohoitovastaavan kanssa keskusteltiin vuoden 2018 aikana oppaan sisällöstä sekä asioista, joita hoitokoti haluaa oppaaseen ja mitkä osiot he kokevat tärkeimmiksi. Opasta käytettiin kaksi kertaa Pihlajaharjun hoitokodilla arvioitavana, johon työntekijät ovat saaneet vaikuttaa rajaamalla tai lisäämällä tietoa. Näin varmistettiin, että oppaasta tulee heidän tarpeitaan vastaava. Toiveena oli, että mahdollisimman moni tuo omia mielipiteitään oppaasta. Rakentavaa palautetta tuli suullisesti harmillisen vähän, muuttimme kuitenkin oppaan rakennetta heidän toiveidensa mukaan. Neste- ja ravitsemushoito osiota he halusivat lyhennettäväksi, sekä kipumittari osio oli heidän mielestään liian pitkä.

Opasta laatiessa kehitettiin tuottamaan selkeä opas, jossa huomioitiin Attendo Pihlajaharjulle tarpeellinen ohjeistus sekä ulkoasu. Toimeksiantajan toiveena oli, että oppaaseen tulee selkeät ohjeet, mitä tehdä kuoleman jälkeen sekä vainajan laitto. Lisäksi toiveena oli, että oppaassa lukisi eri tahojen yhteystiedot, joihin ottaa yhteyttä saattohoidon aikana. Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon eri termien kertominen oli myös tärkeää, jolla kehitettiin oppaan laatua. Kustannuksia, joita opinnäytetyöprosessin aikana tulee ovat oppaan painattaminen, jonka tekijät maksavat.

Opinnäytetyöhön käytettiin näyttöön perustuvaa tietoa, johon käytetään luotettavia ja mahdollisimman uusia lähteitä. Opinnäytetyössä hyödynnetään sähköisiä ja kirjallisia lähteitä. Sähköisinä lähteinä on hyödynnetty Terveysportti-, Terveyskirjasto-, Google Scholar- ja Pubmed -tietokantoja. Kirjalähteinä on käytetty paljon lääkäreiden kirjoittamia kirjoja. Keskeisimmät hakusanat opinnäytetyössä ovat saattohoito, oireiden hoito ja palliatiivinen hoito. Englanninkielisiä hakusanoja ovat palliative care ja hospice. Medicistä löytyi hakutermillä "*saattohoito*" 52 osumaa ja "*palliatiivinen hoito*" yli 4000 osumaa. Pubmedistä saattohoidolle löytyi yli 14 000 osumaa ja palliatiiviselle hoidolle yli 34 000 osumaa, kun haut rajattiin enintään kymmenen vuotta vanhaan aineistoon. Medicin hakutulokset rajattiin myös enintään kymmenen vuotta vanhaan aineistoon.

12 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi oli haasteellista, mutta samalla antoisaa ja opettavaista. Haasteeksi koettiin aikataulujen yhteensovittaminen, kielipillinen oikeinkirjoittaminen sekä kansainväliset lähteet. Lisäksi opintojen ohella molemmat tekivät töitä, joka hidasti opinnäytetyön valmistumista. Opinnäytetyöstä tuli laaja, mutta teoriaosuus koettiin tarpeelliseksi. Teoriaosa koettiin toimeksiantajan toiveiden mukaan. Opinnäytetyöprosessia auttoi se, että tekijät asuivat samalla paikkakunnalla sekä yhteinen kiinnostus aiheeseen. Tekijät kirjoittivat opinnäytetyötä useasti yhdessä, koska yhdessä kirjoittaminen tuntui ison työn tekemisen äärellä voimaannuttavalta. Molemmilla on kokemusta saattohoidon totuttamisesta hoitoyksiköissä, joten oli helppo lähteä kirjoittamaan työelämälähtöisesti. Selkeä työnjako ja yhteinen motivaatio helpotti opinnäytetyön tekemistä. Opinnäytetyöprosessin aikana kehittyttiin saattohoidossa ammatillisesti ja teoriatieto lisääntyi. Opinnäytetyö kirjoitettiin selkeästi ja lääketieteelliset sanat selvennettiin. Lisäksi perusteltiin, miksi esille tulleet asiat pitää ottaa huomioon.

Saattohoidosta on olemassa useita oppaita, mutta osalla hoitoyksiköistä on puutetta hoitohenkilökunnalle tarkoitettuun oppaasta. Saattohoito on arka ja pelottavakin asia, mutta opas tukee hoitajia saattohoidon eri vaiheissa. Saattohoito-opas parantaa hoitoyksikön toimintaohjeita ja hoidon laatua sekä kehittää ammattitaitoa. Saattohoito-oppaan avulla saattohoitopotilaan elämänlaatu paranee ja samalla omaiset tulevat huomioiduiksi. Huomioitiin, että kivun hoitoon nykypäivänä kiinnitetään enemmän huomioita, mutta esimerkiksi ihon tai suun hoito jää vähemmälle hoidolle. Sosiaalisten ja psyykkisten osa-alueiden ongelmiin ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Saattohoito on kokonaisvaltaista ja moniammatillista hoitotyötä, jolla lievitetään kärsimyksiä ja turvataan potilaalle arvokas ja hyvä kuolema. Omaiset ovat paljon mukana hoitotyössä ja heitä tulee kunnioittaa, tukea ja kuunnella.

Saattohoitoon kuuluu hyvä kivunhoito ja hyvä oireenmukainen hoito elämän loppuun asti. Kivunhoito pidettiin tärkeänä osana opasta. Kokemuksen mukaan kivunhoito jakaa mielipiteitä työpaikalla. Pelkoja aiheuttavat opioidit ja niiden mahdolliset haittavaikutukset. Oppaassa on käsitelty kipulääkitykset ja niiden haittavaikutukset. Kuoleva potilas ei välttämättä pysty kertomaan kivustaan, joten oppaaseen on koottu havaintoja kommunikoidusta potilaasta, joka tuntee kipua.

Savonian sairaanhoitajakoulutuksessa jäätin kaipaamaan enemmän tietoa saattohoidosta. Saattohoitoa kuitenkin nykyään toteutetaan monessa eri paikassa ja sairaanhoitajat kohtaavat saattohoidon jossain vaiheessa työelämää. Tulevaisuudessa myös kotisaattohoito lisääntyy. Hoitajien kokemusta saattohoidosta vaihtelevat, joten tiedot ja taidot ovat epävarmat. Työtä helpottaa, että saattohoidosta on yhteiset kirjalliset ohjeet. Tämä opas antaa ohjeet ammattitaidon tueksi ja helpottaa työntekijöiden työtä. Opinnäytetyön tavoitteet toteutuivat hyvin. Saattohoidon toteuttamisessa kehittyttiin ammatillisesti ja teoriatietoa on hyödynnetty käytännössä. Opinnäytetyö prosessi antaa tekijöille valmiudet lähteä toteuttamaan saattohoitoa kokonaisvaltaisesti, omaiset huomioon ottaen. Opasta ei ole vielä annettu hoitokotiin, joten tavoitteiden toteutumisesta oppaan käytöstä ei osata vielä kertoa.

12.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa noudatettiin yhteisiä tieteellisiä käytäntöjä, jotka ovat rehellisyys, luotettavuus ja tarkkuus. Toisen työtä arvostetaan ja kunnioitetaan. Plagioinnista ja anastamisesta pidättäytyään. Lisäksi tiedonhankinnassa otetaan huomioon oikeanlaiset arviointi- ja tutkimusmenetelmät. (TENK 2012, 6-9.) Opinnäytetyössä ei ole käytetty plagiointia. Opinnäytetyötä tehdessä lähteitä tulkittiin kriittisesti luotettavuuden perusteella ja mietittiin niiden soveltumista. Lähteiden kirjoittajaa, julkaisuvuotta ja julkaisupaikkaa arvioitiin kriittisesti. Opinnäytetyössä käytettiin mahdollisimman ajantasaisia lähteitä kirjallisuudesta, tutkimuksista ja internet lähteistä. Lähteiden teoretietoa verrattiin toisiinsa. Opinnäytetyötä tehtäessä huomiointiin teoretiedon soveltuminen Attendo Pihlajajarjun tarpeiden mukaan.

Yhteistyökumppaneiden kanssa tulee keskustella yhteisistä tavoitteista ja heidän tulee olla ajan tasalla työprosessin etenemisestä (Allea 2017). Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää ensimmäiset tiedonhaut ja opinnäytetyöstä on voinut jäädä tärkeä lähde pois. Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa työprosessin etenemisen raportointi ja omien näkemysten ulosanti. Kunnioitettiin opinnäytetyöprosessissa mukana olleita henkilöitä. Opinnäytetyöstä keskusteltiin säännöllisesti ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan kanssa, joilta saatiin kehittämisideoita ja rakentavaa palautetta. Tehtiin yhteisiä sopimuksia aikatauluista, teoretiedon kokoamisesta opinnäytetyöhön ja sen rajauksesta.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2012) on tutkinut sairaanhoitopiirien ja isojen kaupunkien saattohoito-ohjeita ja saattohoitokäytäntöjä vuosina 2001, 2009 ja 2012. Tutkimusten mukaan saattohoito ohjeistuksesta on tarve. Selkeä saattohoito ohjeistus parantaa saattohoidon laatua ja toteutusta. Saattohoito-oppaan teossa huomioitiin sairaanhoitajien eettiset periaatteet, kuten elämänlaadun parantaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. (Sairaanhoitajat 2014.) Nämä periaatteet ovat tärkeitä tekijöille, jotka vastasivat saattohoito-oppaan kirjoittamisesta. Lisäksi huomioitiin hoitokodin näkökulma eli oppaan sisältö on tarkoitus vastata hoitokodin tarvetta. Oppaassa ilmaistiin teoretietoa mahdollisimman selkeästi, ilman vaikeita termejä.

Aiheita rajattiin kirjoittajan ja julkaisuvuoden mukaan. Opinnäytetyössä käytettiin enintään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä. Opinnäytetyössä on joutunut käyttämään kaksi yli viisitoista vuotta vanhaa lähdeä, jotka soveltuivat opinnäytetyön teoriaosuuteen, eikä uudempaa julkaisua löytynyt. Merkittävimmät teokset löytyivät Terveysportista verkkokirjojen muodossa. Verkkokirjana *”palliativinen hoito”* oli tärkeimpänä lähteenä opinnäytetyössä, jota on myös hyödynnetty painettuna lähteenä. Kyseisessä lähteessä oli monta ammattilista kirjoittajaa, joista tärkein oli Juha Hännisen kirjoittama teoretietoa. Muita Juha Hännisen lähteitä on myös hyödynnetty paljon opinnäytetyön teoriaosuudessa. Terveyskirjaston eri lähteistä ja Palliativisen hoidon ja saattohoidon – Käypä hoito suosituksista on löytynyt luotettavaa teoretietoa.

Teoriaosuudessa on tuotu olennainen tieto saattohoidosta. Teoriaosuudessa on käsitelty saattohoitopotilaan oireita ja niiden hoitoa. Lisäksi teoriaosuuteen on kirjoitettu saattohoitoon liittyviä eri termejä, kuten palliativinen hoito, hoitotahto ja saattohoitopäätös. Saattohoitopotilaan oireita ja niiden

hoitoa on käsitelty, koska ne ovat tärkeä havainnoida ja huomioida saattohoidon toteutuksessa. Palliatiivista hoitoa on käsitelty aloitus kappaleessa, koska saattohoitoon siirrytään palliatiivisesta hoidosta ja näiden ero on tärkeä ymmärtää. Hoitotahtoa ja saattohoitopäätöstä käsiteltiin, koska saattohoitopäätöksen ja hoitotahtoon perusteella määritellään potilaan loppuvaiheen hoito, hänen toiveidensa ja tahtonsa mukaan.

12.2 Ammatillinen kehittyminen

Saattohoito osaamisemme kehittyi runsaasti tämän opinnäytetyön aikana. Varmuus työskennellä saattohoitopotilaan sekä hänen omaisensa kanssa kasvoi. Lisäksi lääkehoidon tietämys parani. Opinnäytetyössä käydään läpi kipulääkkeitä, vatsantoiminta lääkkeitä sekä muita oireenmukaisia lääkkeitä. Lääkkeetön kivunhoidon osaaminen parani ja huomattiin sen tärkeys hoitotyössä. Kokonaisvaltainen hoitoprosessin tietämys kehittyi, palliatiivisesta hoidosta siirtyminen saattohoitoon ja sen jälkeen kuoleman kohtaamiseen.

Useiden eri lähteiden etsiminen sekä kriittinen tulkitseminen paransi tiedonhakua. Oikeinkirjoitus taito kehittyi opinnäytetyötä kirjoittaessa. Kansainvälisten lähteiden käyttö kehitti kielitaitoa. Ryhmätyöskentely taidot kehittyivät, kun otettiin vastuuta työskentelystä. Päätöksiä tehtiin ajankäytöstä, sisällöstä ja työn etenemisestä. Otettiin huomioon toisten mielipiteet ja näkemykset. Opittiin pyytämään rakentavaa palautetta opinnäytetyön ulkopuolisilta henkilöiltä. Ongelmatilanteisiin pystyttiin tuomaan ratkaisu yhdessä. Oppaan kirjoittaminen kehitti ohjaus- ja opetustaitoja. Opittiin laatimaan selkeä opas, johon huomioitiin ulkoasu ja sisältö. Opasta laatiessa kehittyttiin tuottamaan selkeä opas, jossa huomioitiin Attendo Pihlajaharjulle tarpeellinen ohjeistus sekä ulkoasu.

Suurin kehitys tapahtui ammattietikan kasvussa. Eettinen toiminta huomioitiin koko opinnäytetyöprosessin ajan kirjoittamisessa ja lähteiden tulkittamisessa. Lisäksi huomioimme eettisen toiminnan käymällä läpi potilaan itsemääräämisoikeuksia sekä hoidon rajoituksia. Oppaan tavoitteena on luoda potilaalle arvokas ja hyvä kuolema. Sairaanhoidajan eettinen toiminta näkyy joka päiväisessä työssä.

Opinnäytetyön kirjoittaminen vaati kärsivällisyyttä ja ajanhallintaa. Prosessi oli pitkä, joka kesti vuoden ajan. Harjoittelujen aikana tuli pitkiä taukoja kirjoittamiseen, mutta pääasiassa kirjoittaminen oli yhtäjaksoista. Oppaan tekemistä hidasti kommenttien odottaminen toimeksiantajalta. Kommentointiin vaikutti monen hoitajan lukeminen ja parannusehdotukset.

12.3 Jatkokehittämisidea

Työelämässä hyödynnetään entistä enemmän sähköisiä järjestelmiä ja tietoa löytyy nopeasti internetistä. Pohdittiin, voisiko opas tulevaisuudessa löytyä sähköisenä versiona. Lisäksi oppaaseen voisi kerätä enemmän tietoa lääkehoidosta, jota hoitokodissa yleisimmin käytetään. Attendo voisi kehittää puhelinsovelluksen, johon ladataan kaikki tarvittava materiaali hoitotyöhön liittyen mukaan lukien saattohoito-oppaan.

Hoitotyö kehittyy ja uutta tietoa tulee lisää sekä hoitoyksikön toimintaohjeet muuttuvat. Suositeltavaa on, että toimeksiantaja tai opiskelijat päivittävät opasta, jotta teoriatieto olisi mahdollisimman ajan tasalla ja luotettavaa. Tulevaisuudessa myös omaisille voisi tehdä saattohoito-oppaan, joka ohjeistaisi heitä saattohoidon eri vaiheissa.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AHO, Annu 2012. Saattohoitopäätös on osa inhimillistä hoitoa [Verkkojulkaisu]. Proet.net [Viitattu: 2017-11-23.] Saatavissa: <http://proet.net/artikkelit/saattohoitopaaatos-osa-inhimillista-hoitoa>
- AHONEN, Outi, BLEK-VEHKALUOTO, Mari, EKOLA Sirkka, PARTAMIES, Sanna, SULOSAARI, Virpi ja USKI-TALLQVIST, Tuija 2015. Kliininen hoitotyö. Sanoma pro Oy
- AHO, Anna ja TERKAMO-MOISIO, Anja 2018. Äkillisesti kuolleen henkilön läheisten tukeminen [verkkodokumentti]. Hotus.fi. [Viitattu: 2018-11-01.] Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/A%CC%88killinen_kuolema_Hoitosuositus_NETTI.pdf
- AIRAKSINEN, Tiina, VILKKA, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- AIVOLIITTO 2012. Nielemisvaikeus eli Dysfagia [verkkojulkaisu]. Aivoliitto.fi [Viitattu: 2018-01-26.] Saatavissa: https://www.aivoliitto.fi/files/1176/Dysfagia_2012_web.pdf
- ALLEA 2017. The European Code of Conduct for Research Integrity [verkkodokumentti]. All European Academies. [Viitattu: 2018-09-22.] Saatavissa: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-1.pdf>
- ANTIKAINEN, Riitta 2015. Muistisaira vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 560–564
- ANTTONEN, Mirja-Sisko 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Julkaisussa: AGGE, Eva (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Silverprint Oy, 49–56
- ARKKILA, Perttu ja NORDIN, Arno 2018. Gastroenterologia ja hepatologia [verkkokirja]. Duodecim: Oppiortti. [Viitattu: 2018-05-04.] Saatavissa: http://www.oppiortti.fi/op/gjh07903/do?p_haku=askites#q=askites
- BARDENHEUER, Hubert J, HILLECKE, Thomas K, KEBLER, Jens ja WARTH, Marco 2015. Music therapy in palliative care. [verkkojulkaisu]. Pubmed.gov [Viitattu: 2018-01-03.] Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4671329/>
- BERGLAND, Christopher 2014. The Neuroscience of Social Pain [verkkojulkaisu]. Psychologytoday.com [Viitattu: 2018-02-02.] Saatavissa: <https://www.psychologytoday.com/blog/the-athletes-way/201403/the-neuroscience-social-pain>
- DIETER, Kevin 2018. The Total Pain model - 9 Key Points [verkkojulkaisu]. Hospicewr.org [Viitattu: 2017-01-05.] Saatavissa: <http://www.hospicewr.org/western-reserve-carelink/Pages/The-Total-Pain-Model---9-Key-Points.aspx>
- ELOMAA, Minna ja ESTLANDER, Ann-Mari 2009. Kipu [verkkokirja] Duodecim: Oppiortti. [Viitattu: 2018-02-08.] Saatavissa: http://www.oppiortti.fi/op/kip02103/do?p_haku=rentoutusmenetelm%C3%A4t#q=rentoutusmenetelm%C3%A4t
- ETENE 2012. Saattohoito Suomessa 2001, 2009 ja 2012 [verkkodokumentti]. etene.fi. [Viitattu: 2018-08-16.] Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf.pdf>
- FIMEA 2013. Effentora-Lääke syövän läpilyöntikivun hoitoon potilaan ja omaisen opas [verkkodokumentti]. Fimea.fi [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: https://www.fimea.fi/documents/160140/744738/28986_3_Effentora_Potilaan_ja_omaisen_opas_7.1.2013.pdf

FORSELL, Heli 2015-01-01. Kipuviesti - Neuropaattinen kipu. Suomen kivuntutkimusyhdistyksen jäsenlehti [Digilehti] 10-11 [Viitattu: 2017-12-16.] Saatavissa: [https://skty-org-bin-directo.fi/@Bin/0899402b97211fb46b2a899288a24b0a/1513419377/application/pdf/224467/Kipuviesti%201-2015.pdf](https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/0899402b97211fb46b2a899288a24b0a/1513419377/application/pdf/224467/Kipuviesti%201-2015.pdf)

FORSELL, Marja 2015. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-11.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/pli00245/do>

FORSELL, Marja, KALSO, Eija ja PAAKARI, Pirkko s.a. Opioidit pitkäkestoisessa kivussa [verkkokirja]. Lääkelaitos [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: http://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf

GRÖNLUND, Elina ja HUHTINEN, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Editra Prima

HAANPÄÄ, Maija, HAGELBERG, Nora, HANNONEN, Pekka, LIIRA, Helena ja POHJOLAINEN, Timo s.a. Kroonisen kivun hoito-opas [verkkodokumentti]. skty.org [Viitattu: 2018-04-10.] Saatavissa: https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/d27f241ee7774ca0b8de136c04dd7576/1523268953/application/pdf/171537/Kroonisen-%20kivun%20hoito-opas_final.pdf

HAANPÄÄ, Maija ja SOINILA, Seppo 2014. Neurologia [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2018-01-06.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/neu00257/do?p_haku=kodeiini#q=kodeiini

HAANPÄÄ, Maija ja POHJOLAINEN, Timo 2015. Kipu [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-15.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/fys00005/do?p_haku=kipuvun%20m%C3%A4%C3%A4ritelm%C3%A4#q=k.vunmääritelmä

HAANPÄÄ, Maija ja VUORINEN, Eero 2014. Anestesiologia ja tehohoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2018-02-02.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/ajt00553/do?p_haku=neuropaattinen%20kipu#q=neuropaattinen%20kipu

HAGELBERG, Nora ja FINNE-SOVERI, Harriet 2015. Kivun hoidon erityisryhmät. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 79–86

HAHO, Annu 2017. Palliatiivisen vaiheen syöpöpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys [verkkodokumentti]. Potilaanlääkärelehti.fi. Viitattu: 2018-02-05.] Saatavissa: <http://www.potilaanlaakari-lehti.fi/site/assets/files/0/20/43/850/sll332017-1704.pdf>

HALILA, Ritva ja MUSTAJOKI, Pertti 2016. Hoitotahto – käytännön ohjeita [verkkójulkaisu]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu 2017-11-23]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809

HAMUNEN, Katri 2012. Kipulääkkeiden tavallisia haittavaikutuksia saattohoidossa [verkkójulkaisu]. Kaypahoito.fi [Viitattu: 2017-12-28.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix01904>

HAMUNEN, Katri ja KALSO, Eija 2009. Kipu [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2018-01-09.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/kip02507/do?p_haku=pca#q=pca

HARTIN-KOUHIA, Laura, KALLIO, Pia ja KORVENTAUSTA Lotta 2016. Jalkaterveys [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti [Viitattu: 2018-01-05.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/jtr00077/do?p_haku=asentohoito#q=asentohoito

HEIKKILÄ, Tanja 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu 2018-02-06.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/ppp00105/do?p_haku=exitus#q=exitus

HEISKANEN, Tarja 2014. Anestesiologia ja tehohoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2018-02-02.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/ajt00545/do?p_haku=neuropaattinen%20kipu#q=neuropaattinen%20kipu

HEISKANEN, Tarja 2015. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2018-02-03.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/pli00026/do>

- HIETANEN, Päivi 2015. Vuorovaikutus palliatiivisessa hoidossa. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 244–252
- HILTUNEN, Pirkko ja Idman, Irja 2015. Psykkinen tuki. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 218–229
- HILLILÄ, Markku 2015. Ummetus, ripuli ja askites. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 143–149
- HUTTUNEN, Matti 2017a. Ahdistuneisuushäiriössä käytettävät lääkkeet [verkkajulkaisu]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2018-02-06.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00059
- HUTTUNEN, Matti O. 2017b. Masennuslääkkeiden haittavaikutukset [verkkajulkaisu]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2018-02-2015.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00042
- HUTTUNEN, Matti 2016a. Masennustilat eli depressiot [verkkajulkaisu]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2018-02-05.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538
- HUTTUNEN, Matti O. 2017c. Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet [verkkajulkaisu]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2018-06-04.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039
- HUTTUNEN, Matti 2016b. Unettomuus [verkkajulkaisu]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2018-02-06.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534
- HUS 2016. Ohjeita ummetuksen hoitoon [verkkodokumentti]. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [Viitattu: 2018-05-04.] Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hyks-atek/kivunhoito/Documents/Ummetuksen%20hoito%20-opas.pdf>
- HYKS 2018. Painehaava [verkkajulkaisu]. Verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi. [Viitattu: 2018-01-05.] Saatavissa: <https://verisuonikirurgit.yhdistysavain.fi/hoito-ohjelma/painehaava/>
- HÄNNINEN, Juha ja ANTTONEN, Mirja-Sisko 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksien merkitys potilaan hoidossa. Julkaisussa: AGGE, Eva (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Silverprint Oy, 23–36
- HÄNNINEN, Juha 2015a. Eksistentiaalinen kärsimys. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 306–309
- HÄNNINEN, Juha 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. [Verkkajulkaisu]. Kaypahoito.fi [Viitattu: 2017-11-26.] Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50063>
- HÄNNINEN, Juha, LAAKKONEN, Marja-Liisa, ja PITKÄLÄ, Kaisu 2016. Geriatria [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-01-03.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/ger04403/do>
- HÄNNINEN, Juha 2015b. Mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan? Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 10–26
- HÄNNINEN, Juha 2015c. Oireiden hoito palliatiivisessa hoidossa. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 32–40
- HÄNNINEN, Juha 2007. Palliatiivinen sedaatio - viimeinen keino kärsimysten hoidossa [verkkajulkaisu]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2018-02-06.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>
- HÄNNINEN, Juha 2015d. Ravitsemus saattohoidossa. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 346–348

- HÄNNINEN, Juha ja RIIKOLA, Teija 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito [verkkodokumentti]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu 2017-11-23.] Saatavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/khp/khp00072.pdf>
- HÄNNINEN, Juha ja PÖYHIÄ, Reino 2015a. Kuivuminen. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 159–163
- HÄNNINEN, Juha ja PÖYHIÄ, Reino 2015b. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2018-01-21.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/pli00089/do>
- HÄNNINEN, Juha 2015e. Saattohoitoa kenelle, milloin ja missä? Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 256–259
- HÄNNINEN, Juha 2008. Saattohoito - potilaan ja omaisen opas [verkkokirja]. T.A Sahalan kirjapaino Oy [Viitattu: 2017-11-23.] Saatavissa: <http://www.cancer.fi/@Bin/23290203/Saatto%E0%80%80hoito%E0%80%81-opas2008.pdf>
- HÄNNINEN, Juha 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Oy Duodecim.
- HÄNNINEN, Juha 2013. Syöpätaudit [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-14.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/syt00779/do?p_haku=nestehoito%20saattohoidossa#q=nestehoito_saattohoidossa
- JUHELA, Pirjo 2015. Sairauden vaikutus läheisiin ja työntekijöihin. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 280–301
- KALSO, Eija 2017. Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-01-06.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/lft00098/do>
- KALSO, Eija 2009. Kipu [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-28.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/kip04702/do?p_haku=kivunhoito#q=kivunhoito
- KALSO, Eija 2013. Syöpätaudit [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-28.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/syt00737/do?p_haku=opioideit%20vahvat#q=opioideit%20vahvat
- KALSO, Eija ja VAINIO, Anneli 2009. Kipu [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-27.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/kip04804/do>
- KARILA, Irma ja RÄISÄNEN, Kirsi 2007. Miten työstressiä voi hallita? [verkkodokumentti]. Duodecim: Terveyskirjasto.fi. [Viitattu: 2018-02-08.] Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96358.pdf>
- KARPPINEN, Helena 2016. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti, [Viitattu: 2017-11-23.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/pli00227/do?p_haku=hoitotahito#q=hoitotahito
- KINNUNEN, Taina 2013. Vahvat yksin, heikot silytyksin. Helsinki: Kirjapaja.
- KOIVURANTA-VAARA, Päivi 2010. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. [Verkkajulkaisu]. Palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi. [Viitattu 2017-27-11.] Saatavissa: https://www.palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi/@Bin/120779/Saattohoidon_j%C3%A4rjest%C3%A4minen_kunnissa.pdf
- KORHONEN, Tarja ja POUKKA, Päivi 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim [digilehti] 128, 440-5. [Viitattu: 2018-02-21.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>
- KORHONEN, Tarja ja POUKKA, Päivi 2015. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-11.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/pli00149/do?p_haku=saattohoitopotilaan#q=saattohoitopotilaan
- KOSKELA, Ritva ja RAHKO, Eeva 2015. Pahoinvointi ja oksentelu. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 132–143

- KÄLVIÄINEN, Riitta 2010. Aikuinen ja epilepsia [verkkokirja]. Epilepsialiitto [Viitattu: 2018-02-15.] Saatavissa: <https://www.epilepsia.fi/documents/20181/45820/Aikuinen+ja+epilepsia+-2010.pdf/e1a23f4d-59d1-4f09-b03b-57aadebead16>
- LAKI POTILAAN ASEMESTA JA OIKEUKSISTA L 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu: 2018-01-08.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LEHTO, Juho 2015. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti [Viitattu: 2017-11-23.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/pli00006/do?p_haku=saattohoito%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s#q=saattohoitopäätös
- LEHTO, Juho ja PÖYHIÄ, Reino 2015. Hengenahdistus. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 92–102.
- LEHTO, Juho ja PÖYHIÄ, Reino 2015. Muut hengitysteiden oireet ja niiden hoito. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 102–111
- LIPPONEN, Krisse, LITTOVAARA, Anneli ja KATAJAINEN, Antero 2006. Rentoutuminen auttaa elimistöä rauhoittumaan [verkkokirja]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2018-02-08.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00028
- LUMIO, Jukka 2017. Krooninen väsymysoireyhtymä [verkkokirja]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2018-02-06.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01194
- LUMIO, Jukka 2017. Painehaavat eli makuuhaavat [verkkokirja]. Duodecim: Terveyskirjasto. [Viitattu: 2017-01-05.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313
- LUMME, Riitta, LEINONEN, Rauni, LEINO, Mia, FALENIUS, Mia ja SUNDQVIST, Leena 2006. Monimuotoinen / toiminnallinen opinnäytetyö [verkkosivu]. Amk.fi [Viitattu 2018-02-09.] Saatavissa: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>
- MAANPÄÄ, Taru 2015. Turvallinen parasetamoli [verkkosivu]. avainapteekit.fi. [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: <http://www.avainapteekit.fi/oma-terveys/tietoa-laa-keista/turvallinen-parasetamoli>
- MARJAMÄKI, Elisa 2015. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2018-01-09.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/pli00246/do?p_haku=opioidi%20infuusio#T3
- MOILANEN, Eeva ja VUOLTEENAHO, Katriina 2017. Lääketieteellinen farmakologia ja toksologia [verkkokirja]. Oy Duodecim [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/ift00831/do?p_haku=tulehduskipul%C3%A4%C3%A4kkeet#q=tulehduskipul%C3%A4%C3%A4kkeet
- MUISTILIITTO 2017. Hoitotahto [verkkokirja]. Muistiliitto.fi. [Viitattu: 2018-01-09.] Saatavissa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/etuudet-ja-oikeudet/hoitotahto>
- MUSTAJOKI, Pertti 2017. Maksakirroosi [verkkokirja]. Duodecim: Terveyskirjasto [Viitattu: 2018-01-26.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00044
- MUURINEN, Sampo 2015. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-28] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/pli00171/do?p_haku=musiikki%20saattohoitodossa#q=musiikki%20saattohoitodossa
- MÄKITIE, Antti, SAARNIO, Juha ja SAARTO, Tiina 2017-05-12. Tavoitteena laadukas palliatiivinen hoito oikeassa paikassa oikea-aikaisesti. Lääkärilehti [digilehti] 1201. [Viitattu 2017-11-23.] Saatavissa: <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.savonia.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/ta-voitteena-laadukas-palliatiivinen-hoito-oikeassa-paikassa-oikea-aikaisesti/>

- NIVALA-HUHTANISKA, Niina ja NOUSIAINEN, Anu 2015. Suun oireet ja hoito. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 116–132
- OLKKOLA ja PÖYHIÄ 1992. Lääkkeiden ihon alle annettava kestoinfusio terminaalivaiheen oireiden hoidossa. Duodecim [digilehti] 108, 58 [Viitattu: 2017-12-11.] Saatavissa: <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/1992/1/duo20014>
- OPETUSHALLITUS s.a. SWOT-analyysi [verkkajulkaisu]. Oph.fi. [Viitattu: 2018-02-21.] Saatavissa: http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi
- ORELL-KOTIKANGAS, Helena 2015. Ravitseminen. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 332-340
- ORION PHARMA 2017a. Matrifen depotlaastari 12 mikrog/h, 25 mikrog/h, 50 mikrog/h, 75 mikrog/h, 100 mikrog/h [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-02-27.] Saatavissa: https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=6032&i=TAKEDA_MATRIFEN
- ORION PHARMA 2017b. NORSPAN depotlaastari 5 mikrog/h, 10 mikrog/h, 20 mikrog/h, 30 mikrog/h, 40 mikrog/h [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-02-26.] Saatavissa: https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=6999&i=MUNDIPHARMA_NORSPAN
- ORION PHARMA 2016a. OXANEST injektioneste, liuos 10 mg/ml [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-02-26.] Saatavissa: https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=3585&i=TAKEDA_OXANEST
- ORION PHARMA 2017c. OXYCODONE ORION depottabletti 5 mg [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-02-26.] Saatavissa: https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=16081&d=4791332&i=ORION+PHARMA_OXYCODONE+ORION_OXYCODONE+ORION+depottabletti+5+mg
- ORION PHARMA 2016b. OXYNORM kapseli, kova 5 mg, 10 mg, 20 mg [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-02-26.] Saatavissa: https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=445&d=3098480&i=MUNDIPHARMA_OXYNORM_OXYNORM+kapseli%2C+kova+5+mg%2C+10+mg%2C+20+mg
- ORION PHARMA 2017d. PANACOD poretabletti 500/30 mg, tabletti 500/30 mg [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-02-26.] Saatavissa: <https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1882>
- ORION PHARMA 2017e. SCOPODERM depotlaastari 1mg/72h [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-08-05.] Saatavissa: https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=673&i=GLAXOSMITHKLINE_SCOPODERM
- ORION PHARMA 2017f. SPIRIVA inhalaatiojauhe, kapseli, kova 18 mikrog [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-08-06.] Saatavissa: https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=1532&i=BOEHRINGER+INGELHEIM_SPIRIVA
- ORION PHARMA 2016c. TRAMAL RETARD depottabletti 100 mg, 150 mg, 200 mg [verkkajulkaisu]. Lääketietokeskus: lääkeinfo.fi. [Viitattu: 2018-02-26.] Saatavissa: https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=2433&i=ORION+PHARMA_TRAMAL+RETAR
- PAAKKARI, Pirkko 2017. Kipulääkkeet - turvallinen käyttö [verkkajulkaisu]. terveyskirjasto.fi [Viitattu: 2017-12-27.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00649
- PAAKKARI, Pirkko 2015. Palliativinen hoito [verkkokirja]. Oy Duodecim [Viitattu: 2018-01-09.] Saatavissa: <http://www.oppiporssi.fi/op/pli00247/do>
- PALLIATIIVINEN HOITO JA SAATTOHOITO: KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS 2018. Suomalaisen lääkäri-seuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki:

- Suomalainen lääkäriseura Duodecim. [Viitattu: 2018-01-21.] Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>
- PEAKE, Minna 2014. Ravitsemus saattohoidossa [verkkojulkaisu]. Pkssk.fi [Viitattu: 2018-01-27.] Saatavissa: <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/Ravitsemus+saattohoidossa-ohje+%282%29.pdf/f92b5e71-b488-44f6-bb76-cc9fcf2ab8dc>
- PHARMACA FENNICA 2016a. Abstral resobiletti [verkkojulkaisu]. Lääketietokeskus: Pharmaca-fennica.fi. [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/spc/2855246>
- PHARMACA FENNICA 2013. Depolan Depottabletti 10 mg, 30 mg, 60 mg, 100mg [verkkojulkaisu]. Lääketietokeskus: Pharmaca-fennica.fi. [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/spc/2909972>
- PHARMACA FENNICA 2017a. Dolmed tabletti 5 mg [verkkojulkaisu]. Lääketietokeskus: Pharmaca-fennica.fi. [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/spc/2190142>
- PHARMACA FENNICA 2014. Morphin injektioneste, liuos 2mg/ml, 20mg/ml [verkkojulkaisu]. Lääketietokeskus: Pharmaca-fennica.fi. [Viitattu: 2018-4-11.] Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/spc/2977884>
- PHARMACA FENNICA 2016b. Pecfent nenäsumute, liuos 100 mikrog/suihke, 400mikrog/suihke [verkkojulkaisu]. Lääketietokeskus: Pharmaca-fennica.fi. [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/spc/3694912>
- PHARMACA FENNICA 2017b. Primperan tabletti 10mg [verkkojulkaisu]. Lääketietokeskus: Pharmaca-fennica.fi. [Viitattu: 2018-04-06.] Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/spc/2264670>
- PHARMACA FENNICA 2017c. SERENASE oraaliliuos 2 mg/ml, tabletti 1 mg, 10 mg [verkkojulkaisu]. Lääketietokeskus: Pharmaca-fennica.fi. [Viitattu: 2018-04-06.] Saatavissa: <https://pharmacafennica.fi/spc/3032643>
- POHJOLAINEN, Timo 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Julkaisussa: VAINIO, Anneli (toim) Kipu. Helsinki: Oy Duodecim, 237–244.
- POUKKA Paula, PÖYHIÄ, Reino ja TASMUTH, Tiina 2012. Milloin saattohoito alkaa? [verkkodokumentti]. Finnanest.fi [Viitattu: 2017-11-26.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf
- PÖYHIÄ, Reino 2015. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Oy Duodecim [Viitattu: 2018-01-09.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/pli00037/do>
- PÖYHIÄ, Reino 2002. Läpilyöntikivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla [verkkojulkaisu]. Finnanest.fi [Viitattu: 2018-02-02.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/a_poyhia.pdf
- RAUNIO, Hannu 2017. Lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset [verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto.fi [Viitattu: 2018-04-11.] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00715
- SAANO, Susanna ja TAAM-UKKONEN, Minna 2016. Lääkehoidon käsikirja. 5.painos. Helsinki: Sanna Pro Oy.
- SAARTO, Tiina 2015a. Palliatiivinen hoito [verkkokirja]. Oy Duodecim [Viitattu: 2017-11-23.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/pli00203/do>
- SAARTO, Tiina 2015b Ruoansulatuskanavan ja virtsateiden oireet. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 113–115
- SAARTO, TIINA 2015c. Ummetus, ripuli ja askites. Julkaisussa: Antikainen, Riitta, Hänninen, Juha, Saarto, Tiina ja Vainio, Anneli (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Oy Duodecim, 143–149

- SAIRAANHOITAJAT 2014. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet [verkkosivu]. Sairaanhoidajat.fi. [Viitattu: 2018-09-06.] Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammatillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>
- SALOMÄKI, Timo 2014. Anestesiologia ja tehohoito [verkkokirja]. Oy Duodecim. [Viitattu: 2017-12-28.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/ajt00077/do?p_haku=opioidit#q=opioidit
- SOPPI, Esa 2010. Painehaava - esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Duodecim [digilehti] 126, 261-8. [Viitattu: 2018-01-05.] Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/duo98591>
- STM 2017a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu: 218-08-30.] Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- STM 2017b. Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa [verkkosivu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-02-06.] Saatavissa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa
- SUOMEN EVAKELISLUTERILAINEN KIRKKO s.a. Sairaalapappi tukee sairaalassa [Verkkojulkaisu]. evl.fi [Viitattu: 2017-12-28.] Saatavissa: <https://evl.fi/apua-ja-tukea/suru-kriisi/sairaalapappi-kulkevierellasi-kun-olet-sairas>
- SURAKKA, Veli-Matti 2011. Dekstrometorfaani (DXM) [verkkojulkaisu]. Päihdelinkki.fi [Viitattu: 2018-02-16.] Saatavissa: <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/dekstrometorfaani-dxm>
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN ASETUS KUOLEMAN TOTEAMISESTA L 9.1.2004/27. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu: 2018-06-02.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>
- TANSKANEN, Minna 2014. Hengenahdistuksen ja limaisuuden helpottaminen saattohoidossa [verkkojulkaisu]. Pkssk.fi [Viitattu: 2018-02-15.] Saatavissa: <http://www.pkssk.fi/documents-/601237/2160390/Hengenaahdistus+ja+limaisuus-potilasohje.pdf/22dd3246-1063-4f4a-8e13-a2b3770e0378>
- TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkojulkaisu]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu: 2018-09-06.] Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- TERVEYSKYLÄ s.a. Pahoinvointi [verkkosivu]. Terveyskyla.fi. [Viitattu: 2018-05-04.] Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/pahoinvointi>
- THL 2017. Kuolintodistus [verkkosivu]. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos [Viitattu: 2018-02-20.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon-erityispalvelut/oikeuslaakinta/kuolemansyyn-selvittamista-koskevat-asiakirjat/kuolintodistus>
- THL 2016. Mitä toimintakyky on? [verkkosivu]. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos [Viitattu: 2018-01-26.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- VAINIO, Anneli 2009. Kipu [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-16.] Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/kip01405/do>
- VAINIO, Anneli 2009. Kiputilojen luokittelu. Julkaisussa: VAINIO, Anneli (toim.) Kipu. Helsinki: Oy Duodecim, 150–158
- VAKKALA, Marja 2016. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu: 2017-12-16.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/atd00175/do?p_haku=nosiseptiivinen%20kipu#q=nosiseptiivinen%20kipu
- VIITANEN, Matti 2016. Geriatria [verkkokirja]. Duodecim: Oppiportti. [Viitattu 2018-03-26.] Saatavissa: http://www.oppiportti.fi/op/ger01403/do?p_haku=aspiraatiopneumonia#q=aspiraatiopneumonia

WHO 2018. WHO's cancer pain ladder for adults [verkkajulkaisu]. World organization health [Viitattu: 2018-02-06.] Saatavissa: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

SAATTOHOITO-OPAS

*”Päivä kun nousee,
niin sammuví tähti.
Ei se Ijäks’ sammu,
ken elämästä lähti.
Nuku tähti helmassa päivän.”*

- *Eino Leino*



KUVA 1. Valkoinen enkeli (Pixnio s.a.)

Lukijalle

Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista ja oireenmukaista hoitoa. Palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon. Saattohoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan loppuvaiheen hoitoa ja tukea ennen kuolemaa. Saattohoidossa olevan potilaan sairauteen ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Saattohoito aloitetaan, kun jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt, joitakin viikkoja tai päiviä.

Tämä opas on tarkoitettu Attendo Pihlajaharjun hoitajille avuksi saattohoidon toteuttamiseen. Tähän oppaaseen on koottu ajankohtaista tutkimustietoa. Saattohoidossa ei huomioida vain potilaan fyysistä kärsimystä ja oireita, vaan tarkoitus on ottaa ihminen huomioon kokonaisuutena ja järjestää kokonaisvaltainen hoito. Oppaassa käydään läpi omaisten kohtaaminen ja heidän huomiointi saattohoidon aikana. Oppaan käsitteet on selitetty, jotta lukijan on helppo ymmärtää lukemaansa. Lisäksi oppaaseen on koottu yleisimmät käytössä olevat lääkkeet ja niiden tarkoitus.

SISÄLLYSLUETTELO

PALLIATIIVINEN HOITO.....	1
HOITOTAHTO	2
SAATTOHOITO	3
MUISTISAIRAAAN SAATTOHOITOPÄÄTÖS	5
SAATTOHOITOPOTILAAN HOITOYMPÄRISTÖ	6
KIPU	7
KIVUN ARVIOINTI.....	11
NESTE- JA RAVITSEMUSHOITO SAATTOHOIDOSSA	13
LÄÄKKEIDEN ANTOREITIT	15
LÄÄKKEETÖN HOITO.....	17
SAATTOHOITOPOTILAAN LÄÄKEHOITO	19
SAATTOHOITOPOTILAAN YLEISIMMÄT OIREET JA NIIDEN HOITO	26
SAATTOHOITOPOTILAAN KOHTAAMINEN	42
HENGELLINEN HOITO	43
SAATTOHOITOPOTILAAN LÄHEISTEN KOHTAAMINEN	44
KUOLEMAN TAPAHDUTTUA	46
VAINAJAN LAITTO	47
KUOLEMAN JÄLKEEN.....	48

Palliatiivinen hoito

Sairauden aktiivisesta hoidosta siirrytään Palliatiiviseen hoitoon, kun perussairautta ei voida hoitaa tai hoidot eivät ole potilaan edun mukaiset sekä sairaus aiheuttaa kärsimystä potilaalle. Palliatiivinen hoito voi kestää jopa vuosia.

Tarkoituksena on mahdollisimman hyvän elämänlaadun ylläpito sekä aktiivinen potilaan ja omaisten tukeminen loppuvaiheen ajan. Potilas tulee hoidon kohteeksi kokonaisuutena sairauden sijaan. Tavoitteena on ratkaista potilaan psykososiaaliset, eksistentiaaliset sekä hengelliset ongelmat. Terveystuollon ammattilaisten velvollisuus on turvata potilaan kivuttomuus sekä ehkäistä oireita ja kärsimystä.

Potilaan hoidossa arvioidaan yhdessä potilaan kanssa, mistä potilas hyötyy ja mikä aiheuttaa kärsimystä. Hoitolinjat on hyvä määrittää potilaan hyvän hoidon ja potilaan toiveiden mukaan. Lisäksi otetaan huomioon kustannukset ja interventiot. Laajat potilasta rasittavat hoitotoimenpiteet, joihin ei ole selkeää toipumisen ennustetta, eivät kuulu palliatiiviseen hoitoon. Potilaalle tehdään tutkimuksia, joista hän hyötyy.



KUVA 2. Kuvanveisto (Pixnio s.a.)

Hoitotahto

Hoitotahto tarkoittaa ihmisen omaa tahtoa elämän loppuvaiheen hoidossa. Hoitotahdon avulla potilas voi ilmaista oman tahtonsa, kun hän ei enää pysty osallistumaan omiin hoitoratkaisuihinsa heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Hoitotahto on tarkoitettu pitkäaikaisten sairauksien hoito-ohjeeksi, johon ei ole parantavaa hoitoa. Mikäli potilas joutuu sairaalaan tapaturman tai äkillisen sairauden takia, johon on olemassa parantava hoito, hoitotahtoa ei käytetä. Kovin suppeaa hoitotahtoa ei kannata tehdä, koska asiat voivat jäädä silloin epäselviksi. Suppeassa hoitotahdossa epäselväksi voi jäädä esimerkiksi suonensisäisen lääkityksen käyttö tai ravitsemuksen auttaminen elämän loppuvaiheessa. Hoitotahdosta kannattaa kertoa asianomaisille, kuten omaisille ja hoitajille, jotta se on tarvittaessa helposti löydettävissä.

- ❖ Tehdään suullisesti tai kirjallisesti sähköiselle lomakkeelle tai paperiselle lomakkeelle. Voidaan hyödyntää myös valmiita allekirjoitettuja hoitotahtolomakkeita.
- ❖ Hoitotahdon merkityksenä ovat potilaan omat elämänarvot ja mahdolliset hoitoratkaisut
- ❖ Potilaan tulee olla yhteisymmärryksessä hoitotahtoa tehtäessä. Potilaan laillinen edustaja voi kirjata hoitotahdon, jos potilas ei pysty ilmaisemaan itseään
- ❖ Tulee voimaan silloin, kun potilas ei pysty enää päättämään omasta hoidostaan
- ❖ On sitova kaikkia asianomaisia kohtaan niin kauan, kun on syytä epäillä potilaan mielen muuttuneen hoitotahdon suhteen.
- ❖ Hoitotahtoon voidaan kirjata myös potilaan toiveet, mutta niiden tulee erottua sitovista hoitoratkaisuista.
- ❖ Tarkoituksena on vähentää omaisten epätietoisuutta ja ahdistusta, sekä helpottaa hoitohenkilökunnan työtä
- ❖ Hoivakotiin tulevan potilaan esitietojen selvittämiseen kuuluu hoitotahdon

Saattohoito

Palliatiivisesta hoidosta siirrytään saattohoitoon. Saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuoleman ajankohtaa ja hoito kestää korkeintaan viikkoja. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, jonka tarkoituksena on turvata hyvä ja arvokas kuolema potilaalle. Kuolevaksi potilaaksi mielletään ihminen, jonka toimintakyky on merkittävästi heikentynyt ja kuoleman merkit ovat nähtävissä. Toimintakyvyn laskiessa ihminen ei pysty enää selviämään päivittäisissä toiminnoissa fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti esimerkiksi huolehtimaan itsestään tai muista. Osalla potilaista toimintakyky säilyy kuolemaan asti. Kuoleman merkit yleensä voimistuvat potilaan kuoleman lähestyessä. Saattohoitopotilaan kuolema voi tulla äkillisten komplikaatioiden tai sairauden tasaisen etenemisen kautta. Saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan, vaan potilaan läheisiä tuetaan vielä kuoleman jälkeen.



Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös edellyttää, että potilaalla on todettu kuolemaan johtava sairaus ja se etenee kohti kuolemaa. Saattohoitopäätös tehdään, jos potilaan elinikä on lyhyt ja sairauteen ei ole parantavaa hoitoa tai potilas kieltäytyy hoidosta. Vaikeasti sairaalle ihmiselle tehdään saattohoitopäätös myös, jos hän ei parane tehokkaasta hoidosta huolimatta. Omaiset ja potilas sopeutuvat lähestyvään kuolemaan paremmin, kun saattohoitopäätös on tehty hyvissä ajoin. Saattohoitopotilaan hoitava lääkäri tekee saattohoitopäätöksen sekä hoidon linjaukset yhteistyössä potilaan ja muiden potilaan kanssa työskentelevien terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa.

Potilaan tulee olla orientoinut, kun saattohoitopäätöstä tehdään. Potilaan ollessa esimerkiksi tajuton, saattohoitopäätöksen tekoon otetaan mukaan hänen laillinen edustajansa, joka päättää hoitolinjauksista. Saattohoitopäätöksen kirjauksella ehkäistään mahdolliset tulevat ristiriidat potilaan hoitoa koskevien päätösten teosta. Saattohoitopäätös mahdollistaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä toimimaan eettisten periaatteiden mukaisesti, joita ovat ihmisarvon, elämän ja kuoleman kunnioittaminen. Samalla huomioidaan potilaan itsemääräämisoikeus sekä rauhallisuus ja kiireettömyys potilasta ja hänen omaisiin kohdatessa.

Saattohoitopäätökseen

kirjataan

- ❖ Saattohoitoon johtanut sairaus ja sen eteneminen
- ❖ Hoitolinjaukset esimerkiksi mahdollisten oireiden hoito
- ❖ Toimenpiteet, joista potilas vielä hyötyy
- ❖ DNAR eli elvytyskielto kuuluu saattohoitopäätökseen
- ❖ Jos potilaalla on hoitotahto, niin toimitaan sen mukaan
- ❖ Saattohoitopäätöstä voidaan tarvittaessa muuttaa, jotta hyvä hoito toteutuisi

Muistisairaahan saattohoitopäätös

Potilaan äkillinen toimintakyvyn lasku voi johtua monista syistä. Tulehdus tai aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat toimintakyvyn laskua, jotka voidaan vielä hoitaa. Potilaalle annetaan ravintoa ja nestettä samalla tavalla kuin ennenkin. Ravinnon ja nesteen lopettamista arvioidaan, jos tilanne ei muutu tai potilaan toimintakyky menee alaspäin. Saattohoidon sijaan voidaan keskustella oireenmukaisen hoidon aloittamisesta vähitellen. Oireiden ja sairauden tutkimisen keston ratkaisee iäkkään toimintakyky, elämäntilanne ja toive.

Suurin osa iäkkäistä sairastaa muistisairauksia ja muita kuolemaan johtavia sairauksia, joten heidän enustettansa on vaikea määrittää. Hoitotahdosta ja hoitolinjauksista on hyvä keskustella ajoissa omaisten ja potilaan kanssa, kun potilas vielä ymmärtää tilanteen. Vaikeasti muistisairaalle saattohoitopäätöksen aloittaminen on usein ongelmallista, koska iäkäs on voinut olla jo pitkään vuodepotilaana. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan on hyvä tunnistaa muistisairauden eteneminen, jotta he pystyvät tekemään oikeita päätöksiä toimenpiteiden kannalta.

Saattohoitopotilaan hoitoympäristö

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt suosituksen kolmiportaisesta mallista palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä kunnissa. Portaikkoon kuuluu perustaso, erityistaso ja vaativa erityistaso. Perustasossa hoito järjestetään perusterveydenhuollossa, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Lisäksi perustasossa saattohoitoa voi toteuttaa kotona kotihoidon ja kotisairaanhoidon turvin. Erityistasossa hoitoa toteutetaan esimerkiksi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon yksiköissä. Vaativassa erityistasossa hoito toteutetaan keskus- ja yliopistollisen sairaalan palliatiivisessa keskuksessa. Saattohoidossa täytyy toteutua hoidon jatkuvuus eli potilasta hoitava taho hoitaa saattohoidon loppuun asti.

Hoitoympäristö

- Potilaalla oma huone
- Turvataan yksityisyys ja rauhallisuus
- Läheisillä mahdollisuus yöpyä potilaan luona
- Huomioidaan vainajan säilyttäminen ja laittaminen

Fyysinen hoitoympäristö

- Tuo iloa potilaalle ja läheisille
- Raikkautta
- Värejä
- Viihtyisyys
- Taideteoksia

Psyykinen hoitoympäristö

- Hoitajien ilmeet, eleet ja sanat
- Ystävällisyys, asiallisuus ja kärsivällisyys
- Tarjotaan tietoa potilaalle ja omaisille oma-aloitteisesti
- Kuolemaa ei tarvitse torjua tai paeta

Kipu

Kipu on epämiellyttävä tuntemus, joka varoittaa kudonsvauriosta tai sen uhkasta. Kipu voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai eksistentiaalista kipua. Kivun syy voi olla myös tuntematon. Potilaan mieliala ja tuntemukset vaikuttavat psyykkisen kivun kokemukseen. Kipua voimistaa potilaan tuntema ahdistuneisuus, pelokkuus, masentuneisuus, kyllästyneisyys ja unettomuus. Tuntemukset vaikuttavat kivun voimakkuuteen, esimerkiksi potilas voi ajatella kivun tarkoittavan lähestyvää kuolemaa, jolloin kipu on vaikeampi sietää. Ihmiset tuntevat kivun yksilöllisesti ja se pitää hoitaa sekä tutkia mahdollisimman parhaalla tavalla. Samaa sairauden vaihetta kärsivät ihmiset voivat tuntea saman kivun eri voimakkuutena. Potilas voi kokea useita kiputiloja samanaikaisesti.

Akuutti kipu

- Elimistöä suojaava merkitys
- Varoittaa kudonsvauriosta tai sen uhasta
- Paranee korkeintaan viikkojen kuluessa hyvän hoidon ansiosta

Krooninen kipu

- Kipu on kestänyt 3-6 kuukautta
- Ei enää varoita elimistöä uhasta, vaan kipu tulee vahingoittuneen kipujärjestelmän eri kohdista
- Kudonsvaurio voi muuttua krooniseksi kivuksi, jos sitä ei saada hoidettua

Läpilyöntikipu

- Vaikea ja monimutkainen kipuoireyhtymä
- Lyhytkestoinen ja voimakas kipu
- Iso osa saattohoitopotilaista kärsii tästä
- Hoitona annetaan nopeavaikutteinen kipulääke mahdollisimman nopeasti
- Voi johtua myös kipulääkkeiden vaikutuksen ennenaikaisesta loppumisesta
- Käytetään tunnistamisessa apuna kipujanaa tai sanallista arviointia

Kroonisen kivun alaluokat

Nosiseptiivinen kipu

- Kudosvauriokipua
- Jaetaan somattiseen eli lihas-, luusto-, iho- ja sidoskudosperäiseen kipuun ja viskeraaliseen eli sisäelinperäiseen kipuun
- Syynmukainen kipu pyritään aina hoitamaan esim. sydänkohtaus
- Käytetään tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. Vaikeaan kipuun opioideja

Neuropaattinen kipu

- Hermovauriokipua, joka johtuu vaurioituneesta hermosta tai sairaudesta
- Äkillistä, polttavaa, pistelevää ja viiltävää
- Lääkityksenä käytetään SNRI-lääkkeitä, trisyklisiä masennuslääkkeitä ja gabapentinoideja. Lääkitys aloitetaan pienellä annoksella, yksi lääke kerrallaan
- Osa potilaista on hyötynyt opioideista

Idiopaattinen kipu

- Ei selkeää elimellistä syytä
- Diagnosoidaan psykogeeniseksi kivuksi, jos samaan aikaan esiintyy masennusta tai harhaluulosuutta
- Lääkkeetön hoito merkityksellinen, koska lääkkeillä ei aina saada vastetta
- Käytetään samoja lääkkeitä kuin neuropaattisessa kivussa, samat annokset
- Parasetamolia käytetty yleisesti, mutta hyödyllisyyttä ei ole tutkittu

Eksistentiaalinen kärsimys

Eksistentiaalinen kärsimys on ahdistuneisuuden ja tuskaisuuden yhdistelmä, jota ei voida liittää kehoon, sieluun tai mieleen. Eksistentiaalinen kärsimys ilmenee lähempänä kuolemaa. Eksistentiaaliset pelot liittyvät siihen, mitä kuoleman jälkeen voi tapahtua vai tapahtuuko mitään. Ahdistuneisuutta ja pelkoa lisää kuolintapahtuma. Ahdistavinta potilaista on se, että kaikki loppuu kuoleman jälkeen. Potilas voi pelätä kärsimysten jatkuvan, koska tulevaisuus on ennustamatonta ja hallitsematonta. Omaiset voivat kärsiä samoista tunteista kuin potilas. Pitkälle edennyt sairaus tai lähestyvä kuolema vaatii potilaalta sopeutumista tilanteeseen. Kuolema voi herättää potilaassa erilaisia tunteita esimerkiksi katkeruutta, pelkoa, ahdistuneisuutta, pettymystä ja kateutta.

Kuinka eksistentiaalista kärsimystä lievitetään?

- ❖ Hyvä tasapainoinen elämä tekee kuolemasta helposti sopeuduttavan
- ❖ Keskusteleminen kärsimyksestä
- ❖ Ohjataan potilasta löytämään omat voimavarat ja ilot jaksamiseen esimerkiksi voimavarvoja saadaan eletystä elämästä ja toivosta
- ❖ Uskonnollinen vakaumus saattaa helpottaa kärsimystä, koska kuoleman jälkeen on jotain mitä odottaa
- ❖ Käytännöt asiat ovat järjestyksessä ja läheiset ovat potilaan tukena
- ❖ Elämän merkitys ja selitys ihmiseksi tulemiselle lievittää kärsimystä
- ❖ Potilasta auttaa, jos hän hyväksyy eksistentiaalisen kärsimyksen osana elämää.

Totalpain

Fyysisen, eksistentiaalisen, sosiaalisen ja psyykkisen kärsimysten yhdistelmää kutsutaan lyhenteellä ”Totalpain”. Kipua voidaan hoitaa lääkkeillä, mutta kärsimystä ei. Epäonnistunut kärsimyksen tunnistaminen voi johtaa potilaan ylilääkitsemiseen ja sedaatioon. Fyysinen kipu on yksi osa-alue kokonaisvaltaisesta kärsimyksestä. Fyysinen kipu on helpompi kertoa kuin masennus, ahdistus ja katkeruus. Potilaalta on hyvä selvittää eri kärsimysten painoarvo, jotta voidaan antaa oikeanlaista apua. Potilaan ja omaisten kanssa käydään useita keskusteluita kärsimyksistä ja heille tulee tarjota oikeanlaista tukea.

Kärsimystä voidaan arvioida käyttämällä henkistä kivun mallia. Henkisessä kivun mallissa käsitellään neljää näkökohtaa: toivo, anteeksianto, suhde ja merkitys. Sacred Art Of Living Centre on tehnyt arviointilomakkeen nimeltään ”Spiritual Health Assessment”, jota voidaan hyödyntää näiden neljän osa-alueen arvioinnissa. Potilaalta kysytään arviointilomakkeen mukaisesti kysymykset, jotka liittyvät näihin neljään osa-alueisiin. Potilas arvioin neljää osa-aluetta numeraalisesti yhdestä viiteen.

Hengellinen hoito

Potilaan kuoleman lähestyessä, hänen hengellisyytensä tulee tukea ja vahvistaa. Kuolemasta ja hänen uskostansa tulee keskustella. Potilaan vierellä olo, usein pelkkä kuuntelu on avuksi. Potilaan tulee saada keskustella ja pohtia mitä hänen sielulleen tapahtuu kuoleman tullessa. Potilas käy läpi elettyä elämäänsä ja pohtii elämänsä tarkoitusta. Potilaan omat uskomukset ovat suorassa vaikutuksessa hänen hengellisten tarpeidensa kohdalla. Kaikki potilaan eivät välttämättä tahdo pappia paikalle ennen kuolemaa.

Hengellisen hoidon tavoitteena on auttaa potilasta hyväksymään kuolema ja eletty elämä. Hengellinen hoito ei tarkoita pelkästään siunaamista tai sielunhoidollista keskustelua, vaan se on myös hiljaa läsnä istumista sekä vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä. Muita hengellisen hoidon tapoja ja välineitä on musiikki, kuuntelu, lukeminen, laulu, hiljentyminen ja hartaus. Äkilliseen yöllä tapahtuvaan tilan heikkenemiseen voi soittaa paikalle päivystävän sairaalapapin, joka keskustelee ja siunaa potilaa ennen kuolemaa. Keskustelut sairaalapapin kanssa ovat luottamuksellisia ja tapahtuvat aina potilaan ehdoilla.



KUVA 3. Kynttilän liekki (Pixabay s.a.)

Kivun arviointi

Saattohoitopotilaalle tehdään kipudiagnoosi. Potilasta haastatellaan sekä arvioidaan kipudiagnoosin tekoa varten. Potilas tutkitaan ulkoisesti esimerkiksi kehoa painelemalla, koputtelemalla ja kuuntelemalla. Tärkein kipua mittaava tekijä on potilaan oma aistimus kivusta. Kivun arvioinnissa hyödynnetään kipumittareita sekä hoitoon osallistuvien havaintoja. Kipua arvioitaessa tulee selvittää käytössä oleva lääkitys ja sen haittavaikutukset. Potilasta haastateltaessa tulee ilmi kivun ajankohta, sijainti sekä kivun voimakkuus. Oleellista on selvittää kivun helpottava ja pahentava tekijä. Kipua mitataan ja siitä kirjataan säännöllisen useasti.

Kipumittareita on useita, joita voidaan hyödyntää kivun arvioinnissa. Mittarin tulee olla nopeasti kivun selvittävä ja helposti ymmärrettävissä. Mittareiden tarkoituksena on helpottaa kivun voimakkuuden arvioimista ja kivunhoidon vastetta. Yleisimpiä käytössä olevia mittareita ovat verbaalinen mittari eli sanallinen mittari, numeraalinen yhdestä kymmeneen eli NRS ja kipujana nolasta kymmeneen eli VAS. NRS ja VAS -mittarissa numero kymmenen on pahin mahdollinen kipu ja nolla tarkoittaa, että kipua ei ole ollenkaan. Mittareissa tavoitearvo on alle kolme. Verbaalista mittaria hyödynnetään paljon ikäihmisten kivun arvioinnissa. Verbaalinen mittari on helpoin ymmärtää, koska mittarissa kuvaillaan kivun astetta sanoin, kuten minkälaista kipu on ja kuinka kovaa.

Potilas ei välttämättä pysty kertomaan sanallisesti kivusta tai muista oireista esimerkiksi pitkälle edenneen muistisairauden takia. Kivun arvioiminen jää potilaan ilmeiden, ääntelyn, eleiden ja käyttäytymisen varaan, joita hoitajat ja omaiset arvioivat. Potilas voi näyttää kipuaan kasvojen ilmeilyllä esimerkiksi irvistelyllä, otsan rypistämällä sekä hampaiden narskutuksella. Levoton liikehdintä, kiihtyminen, kosketusherkkyys sekä tietyn liikkeen välttäminen kertovat kivusta. Potilaalla voi olla myös tiheä tai pinnallinen hengitys. Kivun merkkien tunnistaminen tulee kertoa potilaan omaisille, jotta he voivat arvioida kipua ollessaan potilaan luona. Hoitohenkilökunta voi käyttää kivun tunnistamisessa apuna PAINAD-kipumittaria (Pain Assessment In Advanced Dementia Scale), joka arvioi kipua potilaan käyttäytymisen perusteella. PAINAD-mittaria käytetään niillä potilailla, jotka eivät pysty enää ilmaisemaan sanallisesti omasta kivustaan esimerkiksi pitkälle edenneessä muistisairaudessa. Mittarin korkein kokonaispistemäärä on kymmenen, joka kuvaa voimasta kipua. Jokaisesta havaintokategoriasta saa 0–2 pistettä.

Saattohoitopotilaan ja palliatiivisen potilaan lääkehoito

- ❖ **Tavoitteena on mahdollisten oireiden esimerkiksi pahoinvoinnin, kivun ja oksentelun hallinta**
- ❖ **Lääkehoidon tarkoituksena on pienellä yksinkertaisella lääkemäärällä ja haittavaikutuksia minimoimalla parantaa elämänlaatua**
- ❖ **Lääkityksellä pitää saada enemmän hyötyä kuin haittaa**
- ❖ **Lääkehoidolle annetaan tavoitteet sekä tilannetta seurataan ja arvioidaan**
- ❖ **Vaikuttavuudella tulee antaa aikaa**
- ❖ **Varaudutaan haittavaikutuksiin ja oireiden pahenemiseen**
- ❖ **Haasteita lääkehoidossa ovat elintoimintojen muutokset aineenvaihdunnassa ja vaikeutunut oireiden arvio**
- ❖ **Lääkäri tekee yhdessä potilaan, hoitajien sekä potilaan omaisten kanssa oirediagnoosin ennen lääkkeiden lopettamista tai aloittamista**
- ❖ **Huomioidaan potilaan mielipide ja arvio sekä oireiden häiritseväisyys potilaan elämässä**
- ❖ **Oireet voivat olla monisyisiä**
- ❖ **Potilaalla voi olla myös sellaisia oireita, jotka eivät liity hänen vakavaan sairauteensa esimerkiksi kipu on sellainen oire, joka esiintyy elämän loppuvaiheilla sairaudesta riippumatta**
- ❖ **Oireita helpottavaa lääkitystä jatketaan, kuten pahoinvointi-, ahdistus- ja kipulääkkeitä**
- ❖ **Muu lääkitys lopetetaan sairauden edetessä esimerkiksi verenpainelääkkeet**
- ❖ **Omaiset ja potilas voivat kokea ahdistusta, kun pitkäaikainen elämää ylläpitävä lääkitys lopetetaan. Heille tulee kertoa mitä lääkkeitä lopetetaan ja syy niiden lopettamiseen.**

Neste- ja ravitsemushoito saattohoidossa

Ravitsemushoito ei vaikuta potilaan elämän jatkumisen ennusteeseen. Saattohoitopotilaan laihtumiseen ei vaikuta vähentynyt ravinto, vaan elimistö ei enää pysty käyttämään ravintoa hyväkseen. Vakava sairaus tuottaa hormonienkaltaisia aineita potilaan elimistöön, jotka tuhoavat rasvaa ja lihaksia. Lihasten ja rasvan tuhoutuminen johtaa laihtumiseen

Nestehoidon tarkoituksena on nestevajeen tai menetyksen korjaaminen sekä energian saannin ja elektrolyyttitasapainon esimerkiksi natriumin, kaliumin ja kalsiumin turvaaminen. Nestehoidon suunnittelu voi tulla ongelmaksi saattohoidossa, kun suun kautta nesteytys ei enää onnistu.

Potilas ja omaiset suhtautuvat usein myönteisesti nestehoitoon, mutta he eivät ymmärrä nestehoidon merkitystä tai riskejä, jotka täytyy tarkkaan kertoa omaisille ja potilaalle. Terveystieteiden ammattihenkilöiden täytyy selvittää omaisilta ja potilaalta syytä suonensisäiseen nesteytykseen, jos he vaativat nesteytystä.

- ❖ Nestehoito voi pahentaa potilaan vointia lisäämällä turvotuksia.
- ❖ Lisäksi nestehoito voi kerryttää nestettä keuhkopussiin ja vatsaonteloon.

Laskimonsisäistä nesteytystä voidaan kokeilla 2–3 vuorokautta, jos kuivuminen aiheuttaa sekavuutta tai kärsimystä potilaalle. Nesteytys lopetetaan, jos oireet pahenevat tai nesteytyksestä ei havaita tuloksia.

Ravitsemushoidon tarkoitus on parantaa potilaan mielialaa, hyvinvointia ja väsymystä, jotka ovat kakeksian eli kuihtumisen oireita. Tavoitteena on potilaan kärsimysten lievittäminen ja lisäkomplikaatioiden välttäminen. Saattohoitopotilaan ravinnon saantia toteutetaan suun kautta niin kauan kuin se on mahdollista, sillä se on luonnollisin ja miellyttävin tapa.

Potilaan ja omaisen kanssa tulee keskustella myös ravinnon saannin lopettamisesta, joka koskee varsinkin letku- ja suonensisäistä ravitsemusta. Nenämahaletkusta on luovuttu ja käyttöön on tullut PEG-letkuravitsemus eli ruokinta-avanne, jos syöminen suun kautta ei onnistu. PEG-letkua on käytetty potilailla, joilla on ruokatorven, kaulan tai päänaalueen syöpä. Lisäksi PEG-letkua on käytetty, jos potilaalla on nielemisvaikeuksia ja aspiraation eli henkeen vetämisen riski. Heikkokuntoisille ja loppuvaiheen potilailla on suuri komplikaatoriski letkuravitsemuksessa. Parenteraalista ravitsemusta ei toteuteta potilaan elämän loppuvaiheessa.

Saattohoitopotilaan ja palliatiivisen potilaan ruoka-annoksiin voidaan lisätä proteiini- ja energiapitoisia ruoka-aineita, koska ruokahalu vähenee sairauden edetessä ja toimintakyvyn laskiessa. Ruoka-annoksiin voi lisätä esimerkiksi rasvaa, kermaa ja kananmunaa. Potilaalle tarjotaan täydennysravintovalmisteita, joilla voidaan myös korvata koko ateria.

Tietyt ravintovalmisteet ovat erikoistettu eri sairauksiin esimerkiksi syöpä-, munuais- ja keuhkohtaumapotilaille sekä painehaavoihin ja eri imeytymisongelmiin. Ruokahalua lisääviä lääkkeitä voidaan aloittaa, jos potilas sitä itse vaatii. Niitä ovat steroidit ja synteettiset progestiinit. Ruokahalua lisäävät lääkkeet eivät kuitenkaan kasvata potilaan lihasmassaa, vaan lisää rasvakudosta ja ruokailun tuottamaa mielihyvää.

Aliravituille toimintakykyisille potilaille ravitsemushoito voi olla hyödyllinen. Ravitsemushoitoa tulee harvita, jos potilas on kuolemassa nälkään eikä sairauteensa ja hän kokee elämän jatkumisen myönteiseksi. Potilaan mielipide pitää ottaa huomioon ja hänen kanssaan pitää yhdessä puhua ravitsemushoidon tavoitteista ja riskeistä. Ravitsemushoito ei usein auta potilasta, vaan huonontaa elämänlaatua esimerkiksi lisäten pahoinvointia. Ravitsemushoitoa, kuten PEG-letkuruokintaa tai syöttämistä ei aloiteta kuolemassa oleville potilaille, jotka ovat suurimmaksi osaksi vuodepotilaita.

Lääkkeiden antoreitit

Lääkkeet pitää antaa potilaalle mahdollisimman yksinkertaisesti, tehokkaasti ja vähiten potilasta häiritsevästi. Antoreitin valitsemisessa huomioidaan myös lääkkeiden luonne, potilaan toiveet ja hoitopaikan tekniset mahdollisuudet. Lääkehoitoa voidaan toteuttaa enteraalisesti tai parenteraalisesti.

Paras tapa olisi antaa lääkkeet suun kautta, jolloin potilaan ei tarvitse kärsiä esimerkiksi kivuliaista pistoksista tai häiritsevistä letkuista. Lisäksi se on helpointa ja edullisinta. Osa potilaista pystyy ottamaan lääkkeet suun kautta varsinkin liuosmaisena lähes kuolemaan saakka. Liuosmaisten lääkkeiden haittana on niiden paha maku ja huono säilyvyys, mutta esimerkiksi morfiinista on tehty erivahvuisia ja -makuisia liuoksia, joita voi sekoittaa ravinnon mukana.

Suun kautta otettavaa lääkehoitoa ei voida toteuttaa esimerkiksi pahoinvoinnin, tajuttomuuden, nielemisvaikeuksien tai suun- ja imeytymisongelmien vuoksi. Useimmissa tapauksissa suun kautta annosteltaessa saadaan yhtä hyvä vaste lääkkeelle kuin muilla antoreiteillä.

Lääkkeitä voidaan antaa nenämahaletkun, PEG-letkun tai ohutsuoliavanteen kautta. Lääkemuodoksi pitää valita sellainen lääkeaine, joka ei tuki letkuja ja lääkkeen tulee imeytyä annostelupaikassa.

Lääke voidaan antaa potilaalle rektaalisesti eli peräsuolen kautta. Rektaalista antotapaa käytetään silloin, jos potilas on pahoinvoiva tai oksenteleva. Lääkkeen imeytyminen on epävarmempaa ja hitaampaa rektaalisesti annettuna kuin suun kautta otettuna. Useimmiten peräsuolen kautta annosteltavaa lääkettä käytetään saattohoidossa hätätilanteessa tai sellaisissa tilanteissa, joissa tarvitaan ylimääräinen annos.

Saattohoitopotilaalle voidaan antaa lääkitystä ihonalaisesti rasvakudokseen eli subkutaanisesti tai lihaksensisäisesti eli intramuskulaarisesti. Ihon alle voidaan laittaa esimerkiksi kipulääkettä ja pahoinvointilääkettä infuusiona tai kerta-annoksena. Ihon alle annettavalla jatkuvalla infuusiolla voidaan turvata tehokas kivunlievitys sekä muiden oireiden hoito. Infuusiolla annettava lääkehoito takaa tasaisen lääkeainepitoisuuden.

Kestoinfuusio voi olla aiheellinen, jos pienet kerta-annosteltavat kipulääkkeet eivät tuo hyvää vastetta. Infuusioon toteuttamiseen tarvitaan infuusioautomaatti, joka säätelee lääkkeen antonopeutta, määrää ja antoaikaa. Ihonalaisena infuusiona potilaalle voidaan antaa useita lääkkeitä samaan aikaan ja se on korvannut lihaksensisäiset injektiot. Lääkeaine imeytyy yhtä nopeasti ihonalaisesti kuin lihaksensisäisesti. Lihaksensisäisellä injektiolla kuitenkin saadaan nopeampi vaikutus, jos potilaan ihon ja ihonalaiskudoksen verenkierto on heikentynyt.

Nopeitten lääkkeestä saa vasteen, kun sen antaa suonensisäisesti laskimoon. Suonensisäistä lääkitystä käytetään vain yleensä sairaaloissa.

Ihon kautta vaikuttavia depotlaastareita eli pitkävaikutteisia lääkelaastareita voidaan esimerkiksi käyttää kivun hoitoon saattohoitopotilaalla, mutta ei akuutin eli äkillisen kivun hoitoon. Imeytymiseen vaikuttavat paikallinen verenkierto ja ihon läpäisevyys, joten kuihtuneelle potilaalle pitää miettiä muita antoreitejä.

Muita lääke­muotoja ovat;

- ❖ Nenäsumutteet
- ❖ Resoribletti eli suussa liukeneva lääke
- ❖ Bukkaalitabletti eli suuontelosta imeytyvä lääke
- ❖ Bukkaalikalvo, joka kiinnitetään posken limakalvoon.

Nämä lääke­muodot imeytyvät nopeasti limakalvon läpi verenkiertoon. Bukkaalikalvo, resoribletti ja bukkaalitabletti liukenevat itsestään suussa, eikä niitä saa pureskella. Nenäsumutteella voidaan antaa esimerkiksi nopeavaikutteista kipulääkettä sieraimiin.



KUVA 4. Lääkekapseli (Pixabay s.a.)

Lääkkeetön hoito

Tärkeää on muistaa lääkkeettömän hoidon merkitys. Hyvä perushoito on tärkeintä potilaalle. Vaipan vaihtaminen riittävän usein ja hygieniasta huolehtiminen tuo potilaalle hyvänolon tunteen ja ennaltaehkäisee painehaavoja. Virtsa -tai suolistoavanteen puhtaudesta huolehtiminen ja hoitaminen helpottavat potilaan oloa esimerkiksi vähentämällä pahoinvointia.

Painehaavoja tulee ennaltaehkäistä, koska ne huonontavat potilaan elämänlaatua ja aiheuttavat tulehdusta, jotka lisäävät potilaan kärsimystä. Painehaavat lisäävät myös kustannuksia ja hoitohenkilökunnan töitä. Vuodepotilaalle tulee helposti painehaavoja, koska hän ei itse voi vaihtaa asentiaan ja saattohoitopotilas on usein kakektinen eli kuihtunut. Painehaavat yleensä muodostuvat lonkkiin, alaselkään, pakaroihin tai kantapäihin. Painehaavoja voidaan ehkäistä vaihtamalla potilaan asentoa riittävän usein, vähintään kahden tunnin välein.

Potilaan huono ravitsemustila on myös yksi osatekijä painehaavoihin. Potilaan hyvä ravitsemushoito vahvistaa kudoksia, joten potilaalle tulee tarjota täydennysravintovalmisteita ja proteiinipitoista ruokaa. Ihoa tulee suojata kosteudelta, kuten hikoilulta ja eritteeltä. Rasvaaminen ei kuitenkaan tutkimusten mukaan ehkäise painehaavoja. Ihon rasvaaminen helpottaa myös potilaan kutinaa, joka johtuu lääkkeistä, sairaudesta tai ihon kuivuudesta.

Kylmä - ja lämpöhoitoja voidaan hyödyntää potilaan kivunhoidossa. Turvotusten ja kivun hoidossa on käytetty kylmähoitoa pitkään. Kylmähoidossa lihakset rentoutuvat, kun kudosten lämpötila alenee. Kylmä hidastuttaa hermojen johtumisnopeutta, jolloin kipu lievittyy. Kylmähoitoa voidaan toteuttaa geelinä, kylmäpakkauksia, -pyyhkeinä ja -hierontana. Kylmähoitoa toteutetaan 20 - 30 minuuttia kerrallaan. Kylmähoidon vasta-aiheena on tunnoton ihoalue, huono verenkierto ihoalueella, nokkosihottuma ja kylmäallergia. Lämpöhoito vilkastuttaa verenkiertoa, rentouttaa lihakset ja saa hiusverisuonet aukeamaan. Hoitoalueen ihottumat, tulehdukset, kudosaauriot ja metalliset esineet ovat lämpöhoidon vasta-aiheita. Lämpöhoidon käyttöä pitää varoa huonon valtimoverenkierron alueella, koska laajentunut verisuonisto heikentää verenkiertoa syvissä osissa.

Kosketusaisti kehittyy aisteista ensimmäisenä ja se myös pysyy viime hetkille kuolemaan. Kosketuksen merkitys vaihtelee potilaan mukaan. Toiset pitävät kosketusta tärkeänä ja merkityksellisenä, toiset taas eivät pidä kosketuksesta ollenkaan. Kosketus vaikuttaa niin fyysisesti kuin psyykkisesti. Potilas kokee kosketuksesta iloa ja läsnäoloa sekä kosketus voi parantaa unen laatua. Kosketus tuo turvallisuuden tunnetta potilaalle. Kosketus vapauttaa aivoissa oksitosiinihormonia, joka voi esimerkiksi lievittää kipua. Hierontaa on hyödynnetty kivun hoidossa. Hieronnan tärkein vaikutus on toisen ihmisen kosketus ja vuorovaikutus hieronnan aikana. Hieronta menetelmiä ja tekniikoita on paljon erilaisia, joiden tarkoituksena on pehmentää jännittyneitä kudoksia. Hieronnan vasta-aiheita ovat kudosten muutokset, pahanlaatuiset kasvainalueet, vähän aikaan sitten sairastettu laskimotukos, tyrät ja verenvuototaudit.

Musiikki on tehokas lääkkeetön hoito, joka edistää rentoutumista ja hyvinvointia. Musiikin tavoitteena on oireiden hallinta, tunteiden säätelyn parantaminen sekä hengellisten kokemusten ja vuorovaikutustaitojen parantaminen. Näitä tavoitteita voidaan toteuttaa rentoutumisen, kuvien, laulujen tai improvisaation avulla. Tutkimuksissa on todettu musiikin vähentävän ahdistusta, stressiä sekä parantavan hengellistä hyvinvointia. Musiikki lievittää tehokkaasti kipua ja parantaa potilaan elämänlaatua.

Rentoutuminen vaikuttaa autonomiseen hermostoon. Autonominen hermosto säätelee elimistössä tahdosta riippumattomia elintoimintoja esimerkiksi hengitystä. Autonomisen hermoston toiset pääosat ovat sympaattinen ja parasympaattinen hermosto, jotka ovat toistensa vastakohtia. Parasympaattinen hermosto toimii, kun ihminen rauhoittuu esimerkiksi nukkuessa. Nukkuessa ihmisen elintoiminnot sekä mieli rauhoittuvat. Rentoutuminen parantaa parasympaattisen hermoston toimintaa esimerkiksi helpottamalla nukahtamista. Eri rentoutusmenetelmiä käyttäen ihminen rentoutuu ja rauhoittuu nopeammin. Tarkoituksena on kestää kipua paremmin ja hallita stressitiloja. Lisäksi ihminen oppii rentouttamaan lihakset ja mielen. Rentoutumista pitäisi toteuttaa päivittäin, jotta kipua lievittävä vaikutus tehostuisi. Rentoutumista voi toteuttaa itsenäisesti tai esimerkiksi hoitajien ohjaamana. Rentoutumista voidaan toteuttaa eri hengitysharjoituksilla, lihasrentoutusharjoituksilla ja mielikuvilla. Mielikuvien avulla ihminen voi kuvitella olevansa esimerkiksi järven rannalla. Rentoutumiseen voi riittää myös musiikin kuuntelu tai television katsominen.



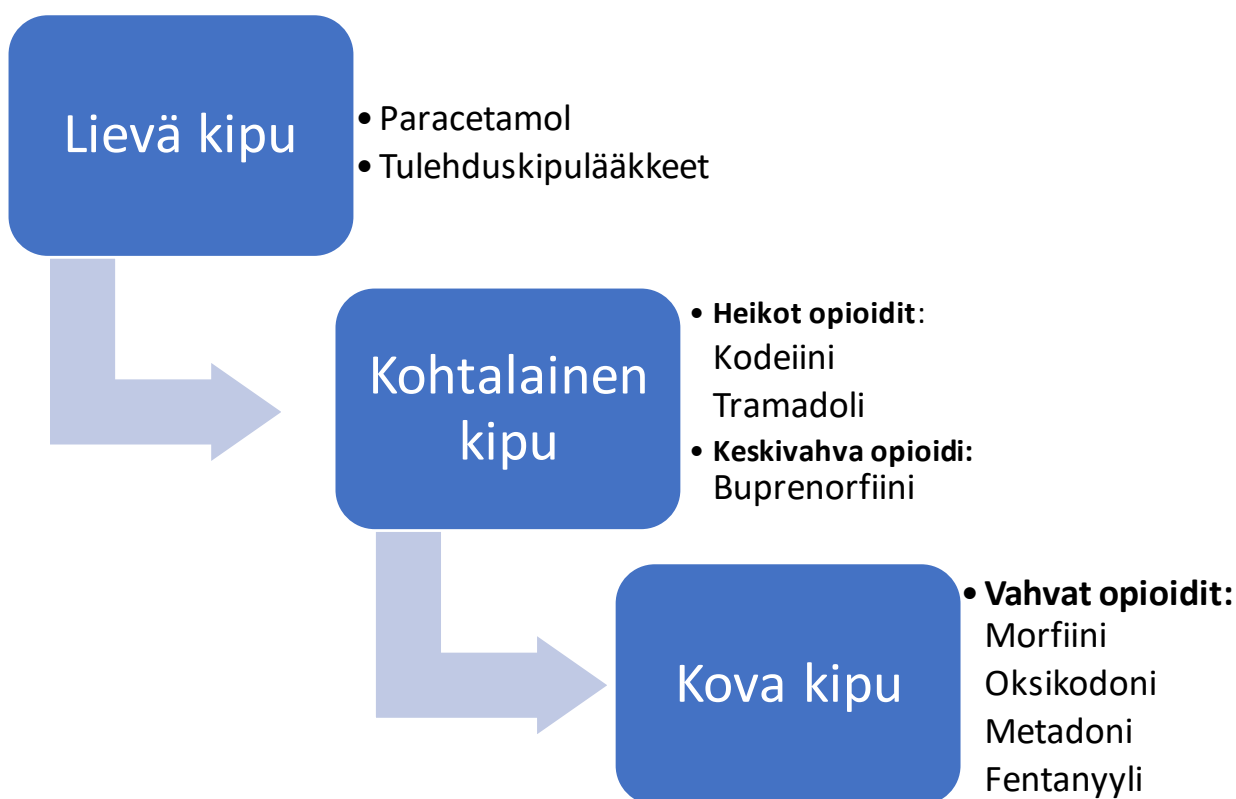
KUVA 5. Key (Pixabay s.a) 1

Saattohoitopotilaan kivun lääkehoito

Kivunhoidon tavoitteista keskustellaan yhdessä potilaan sekä omaisten kanssa. Tavoitteena on kivun lieventäminen, jotta se ei haittaa potilaan elämistä. Täydellinen kivuttomuus on useimmiten epätodellinen tavoite. Potilaan luottamus ja usko parantaa hoidon vaikuttavuutta psykologisesti. Hoidon kokeminen positiivisesti parantaa hoidon tuloksia.

Potilaan kanssa voidaan suunnitella välietappeja kivunhoidossa esimerkiksi yöunien korjaantuminen. Kivun hoidossa pitää ottaa huomioon lääkkeettömän hoidon merkitys, koska se tehostaa kivunlievitystä ja parantaa potilaan elämänlaatua.

WHO:n julkaisema kivunhoidon porrasmalli



WHO:n yleiset periaatteet kivun hoidossa

- Suun kautta otettava lääkitys ensisijaisesti
- Lääkityksen tulee olla säännöllistä
- Varaudutaan läpilyöntikipuun ylimääräisellä tarvittavalla lääkkeellä
- Lääkitys on yhteydessä kivun porrastettuun hoitoon

Tulehduskipulääkkeitä ei kuitenkaan suositella aloittamaan esimerkiksi voimakkaan syöpäkivun hoitoon, koska teho ei ole riittävä. Kivunhoito voidaan silloin aloittaa suoraan vahvalla tai heikolla opioidilla. Vahvoihin opioideihin siirtymiseen ei aina tarvitse tapahtua heikon opioidin kautta. Heikkojen opioidien teho ei ole yleensä riittävä saattohoidossa ja kattovaikutus tulee nopeasti vastaan eli vaikutus pysyy samana, vaikka lääkeannostus kasvaisi. Suositeltavaa on käyttää esimerkiksi pientä annosta morfiinia kuin heikkoa opioidia. Opioidien tarve saattaa vähentyä, jos potilaalle määrätään myös tulehduskipulääke tai parasetamoli.

Opioidien aloittaminen ja haittavaikutukset

Vahvojen opioidien käyttö aloitetaan etsimällä sopiva vuorokausiannos lyhytvaikutteisella opioidilla. Opioidi annostelussa tulee käyttää pienintä tehokkainta annostusmäärää. Hoito voidaan aloittaa myös pitkävaikutteisella opioidilla, mutta annos tulee olla pieni. Kipujen lisääntyessä tai toleranssin eli sietokyvyn kasvaessa opioidien annostusta voidaan nostaa 30 prosenttia. Yleensä vanhuksilla käytetään 20–50 prosenttia pienempää opioidiannostusta kuin nuoremmilla, koska vanhuksilla on keskushermoston lisääntynyttä herkkyttä ja lääkkeet eivät poistu kehosta yhtä hyvin.

Opioidien käyttöön liittyy haittavaikutuksia, mikä voi johtaa opioidin vaihtamisen toiseen. Haittavaikutuksille voi kehittyä toleranssi eli sietokyky ja osa haittavaikutuksista lieventyy, kun opioideja on käytetty tarpeeksi kauan. Laajalle levinnyt sairaus, tulehdukset ja elinten heikentynyt toiminta vaikuttavat haittavaikutusten lisääntymiseen. Hengityslama voi tulla, jos kipu häviää hoidon seurauksena. Vasta-aineeksi voidaan antaa tarkkaan harkiten naloksonia, joka on opioidien vastavaikuttaja.

Opioidien yleisimmät haittavaikutukset

Ummetus

Pahoinvointi

Oksentelu

Suun kuivuminen

Väsymys

Kutina

Epämiellyttävä olotila

**Hengityslama (Yleensä
estyy kivun takia)**

Miedot kipulääkkeet

LÄÄKE	YLEISIMMÄT KAUPPANIMET	ANNOSTELU-REITTI	VAIKUTUS	ANNOSTUS	HAITTAVAIKUTUKSET	MUUTA HUOMIOITAVAA
Tulehduskipulääkkeet	Burana Ibuprofen Naproxen Pronaxen Voltaren	Suun kautta, paikallisesti iholle	Lievittävät kipua Estävät tulehdusta Alentavat kuumetta	Annostus yksilöllinen Voiteita ja geelejä 2-4 kertaa/vrk kipualueelle	Ärsyttää mahalaukun limakalvoa; rasittaa munuaisia; vaikuttaa verihiutaleiden toimintaan; kerryyttää nestettä vanhuksilla;	Lääkkeillä kattovaikutus. Asetyyliisalisyylihappoa ei usein käytetä kivun hoidossa haittavaikutusten vuoksi.
Parasetamoli	Panadol	Suun kautta (poreena jauheena tablettina) rektaalisesti	Lievittää kipua Alentaa kuumetta	Max 4 grammaa/vrk, Alle 2 grammaa/vrk maksan vajaatoiminnassa	Maksavaurio, jos annostus ylittyy. Turvallinen ja hyvin siedetty lääke	Vaikutus voi heikentyä, jos käyttää samaan aikaan pahoinvointilääkkeinä setroneita
Kodeiini	Panacod	Suun kautta (tablettina poreena), rektaalisesti	Akuuttiin kipuun Muuttuu metyyliomorfiiniksi maksassa CYP2D6-entsyymin avulla	Vuorokaudessa Kodeiinia max. 240 milligrammaa	Kutina; pahoinvointi; ummetus; väsymys; epämiellyttävä olotila; oksentelu; päänsärky; uneliaisuus;	Suomessa kodeiini on aina yhdistetty parasetamoliin tai ibuprofeeniin
Tramadoli	Tramal	Monia eri antoreittejä	Kivun lievitykseen, varsinkin neuroopaattiseen kipuun	Vuorokaudessa max. 400 milligrammaa	Aiheuttaa enemmän pahoinvointia kuin muut opoidit. Lisäksi oksentelu; ummetus; liikkahikoilu; päänsärky; suun kuivuminen; huimaus;	Kehittyy helposti riippuvuus, yhteisvaikutuksia psykiatrisien lääkkeiden kanssa

Keskivahva ja vahvat kipulääkkeet

LÄÄKE	YLEISIMMÄT KAUPPANIMET	ANNOSTELU-REITTI	VAIKUTUS	ANNOSTUS	HAITTAVAIKUTUKSET	MUUTA HUOMIOITAVAA
Buprenorfiini	Norspan	Laastarina	Keskivaikean kivun lievitykseen, ei akuuttiin kipuun	Yksilöllinen, Suomessa suurin laastari vahvuus on 40 mikrogrammaa	Päänsärky; huimaus; ummetus; kutina; oksentelu; sekavuus; väsymys; hengenahdistus; ruokahaluttomuus; psyykkiset oireet; hikoilu; turvotukset käsissä ja jaloissa	Kattovaikutus. Ei yleensä käytetä saattohoitopotilaille. Ei voi samaan aikaan käyttää muita opioideja
Metadoni	Dolmed	Suun kautta	Voimakkaan kivun lievitykseen, auttaa neuroopaattiseen kipuun muita opioideja enemmän	Aloitussannostus yleensä 5 mg 1-3 x päivässä, Korkeintaan 120mg/vrk	Sekavuus; verenpaineen lasku; virtsaamisvaikeudet; hallusinaatiot; pahoinvointi; ummetus; oksentelu; hikoilu; sydämentykytys ja rytmihäiriöt;	Kipua lievittävä vaikutus häviää 4-8 tunnissa, mutta lääkkeen poistumisaika on 13-150 tuntia
Morfiini	Depolan (tabletti), Morphin injektioneste	Monia eri antoreittejä	Voimakkaan kivun lievitykseen, pitkävaikutteinen	Tabletin aloitusannos 10-30 mg 12h välein, jopa 200mg syöpäkipuun. Injektionesteen annostus potilaskohtainen	Opioidien yleisimmät haittavaikutukset: suun kuivuminen; pahoinvointi; ummetus; väsymys; epämiellyttävä olotila; kutina; hengityslama ja oksentelu	Morfiinin hyötyosuus suun kautta otettuna vaihtelee suuresti yksilöiden välillä
Oksikodoni	Oxycodone (tabletti), Oxanest (injek.neste), Oxynorm (kapseli)	Monia eri antoreittejä	Voimakkaan kivun lievitykseen, lyhyt- tai pitkävaikutteinen	Oxycodonea tavallisesti korkeintaan 40mg/vrk, paitsi syöpäkipuun 80-120mg/vrk . Oxanest ja oxynorm annostelu on potilaskohtainen	Opioidien yleisimmät haittavaikutukset: suun kuivuminen, pahoinvointi, ummetus, väsymys, epämiellyttävä olotila, kutina, hengityslama ja oksentelu	Laskimoon antaessa oksikodoni on tehokkaampi kuin morfiini, sekä suun kautta otettuna hyötyosuus on parempi ja vaikutus alkaa nopeammin
Fentanyyli	Abstral (resoribletti), Effentora (bukkaalitabletti), Pecfent (nenäsumute), Matrifen (laastari)	Monia eri antoreittejä	Läpilyöntikipuun tarkoitettu nopeavaikutteinen opioidi. Matrifen on pitkävaikutteinen opioidi voimakkaan kivun hoitoon.	Nopeavaikutteisten valmisteiden annostelu yksilöllistä. Laastarin vahvuus suositellaan olevan korkeintaan 50mikrog/h, paitsi syöpäkipuun voi olla enemmän	Opioidien yleisimmät haittavaikutukset: suun kuivuminen; pahoinvointi; ummetus; väsymys; epämiellyttävä olotila; kutina; hengityslama ja oksentelu	Laastari tulee vaihtaa samaan aikaan päivästä aina 72 tunnin välein. Sopi niille, joiden kiputilanne pysyy samana. Ei loppuvaiheen saattohoitopotilaille.

Lääkeaineannostelija

Potilaalle voidaan harkita paristoilla toimivaa PCA-pumppua (Patient Controlled Analgesia) eli lääkeannostelijaa. PCA-pumppu otetaan käyttöön potilaalle, jos hänellä on esimerkiksi hankala pahoinvointi ja oksentelu, nielemisvaikeus, heikkous tai tajunnan tason lasku. Lääkkeen annostelijalla voidaan hoitaa pahoinvointia, kipua, limaisuutta ja levottomuutta. Yleensä PCA-pumpussa lääkeaine menee ihonalaisena eli subkutaanisena infuusiona siipikanyylin kautta, mutta lääkeainetta voidaan antaa myös lihaksensisäisesti, suonensisäisesti tai spinaalisesti. Vaikea kipu ei yleensä ole PCA-pumpun käyttämisen syy, koska suun kautta voidaan saada yhtä hyvä vaste kuin ihon alle annettavalla kipulääkkeellä. Tasaiset lääkeannostelut voivat kuitenkin olla parempi vaihtoehto vaikeiden oireiden hallinnassa. Hoidon tarkoitukselta ja tavoitteista on hyvä keskustella omaisten ja potilaan kanssa ennen hoidon aloittamista.

Lääkäri merkitsee lääkityksen ja annoskoon ohjelmointikaavalle, jonka mukaan lääkeasetti täytetään ja lääkitys ohjelmoidaan PCA-pumppuun. PCA-pumppu annostelee nestemäistä lääkeainetta potilaaseen kerran tunnissa. Tunnin sisällä potilas voi ottaa tietyn määrän ylimääräisiä kerta-annoksia, jotka vastaavat esimerkiksi 2–3 tunnin tavallista annosta. Ylimääräiset kerta-annokset voivat auttaa läpi-lyöntikivun hoidossa. Omaisille ja potilaalle pitää neuvoa kerta-annos eli bolusnapin käyttö, koska omaiset voivat myös antaa kerta-annoksia potilaalle.

PCA-pumpun kautta voidaan antaa korkeintaan kolme oireenmukaista lääkettä, mutta lääkkeiden yhteensopivuus tulee huomioida. Potilaan muita lääkkeen antoreittejä hyödynnetään, jos hän tarvitsee enemmän kuin kolme lääkettä. Kivuliaalla ja pahoinvovalla potilaalla on hyvä käyttää esimerkiksi haloperidolin ja opioidin yhdistelmää. Haloperidolia käytetään pahoinvoinnin, sekavuuden ja levottomuuden hoidossa. Lääkkeiden vastetta tulee jatkuvasti tarkkailla ja muuttaa tarvittaessa. Lääkemäärä on hyvä tarkistaa säännöllisesti PCA-pumpusta, koska se kestää yleensä 1–3 vuorokautta. Lääkkeen olomuoto PCA-pumpussa on nestemäinen sekä sen täytyy olla kirkasta ja puhdasta.

Potilaalle laitetaan ihonalainen siipikanyyli, jonka kautta lääkeaine kulkeutuu elimistöön. Ihonalainen siipikanyyli kiinnitetään sellaisella kohdalla, jossa on rasvakudosta. Yleisin käytetty kiinnityspaikka on solisluun alapuolella, mutta kanyylin voi kiinnittää myös olkavarren etupuolelle. Kanyylin kiinnityskohdaksi ei suositella ihokohtaa, mikä häiritseisi asennonvaihtoa esimerkiksi reisiä tai muuta ihoaluetta käsivarresta. Kakektisilla eli kuihtuneilla potilailla kanyyli voidaan kiinnittää vatsaan. Isorintaisille naisille suositellaan kiinnitys paikaksi vatsaa, koska rinta liikuttaa ihoa asennonvaihdon yhteydessä. Iso maksa ja askitesneste ovat vasta-aiheita siipikanyylin laittamiseen vatsaan. Sekaville ja levottomille potilaille kanyyli voidaan laittaa lapaluun viereen selän puolelle. Kanyylin ihokohta ei saa olla turvoksissa, tulehtunut tai ärtynyt. Turvonnut ihoalue haittaa lääkeaineen imeytymistä. Kasvainalueet ihossa ja vähän aikaa sitten sädehoidettu ihoalue ovat vasta-aiheita kanyylille. Kanyylin kohtaa siirretään viimeistään viikon kuluessa, jos se toimii hyvin. Iho ärsytyksiä seurataan päivittäin, joten kanyyli on hyvä kiinnittää läpinäkyvällä suojakalvolla ihoon. Kanyylin kiinnityskohta on hyvä tarkistaa säännöllisesti. Potilaan kanyyli täytyy suojata ennen suihkuun menoa. Saunan ajaksi kanyyli otetaan pois.

Hoitajien tulee seurata bolusnapin käyttöä, koska ylimääräiset painallukset voivat kertoa riittämättömästä kivunlievityksestä tai ahdistuksesta

Saattohoitopotilaan yleisimmät oireet ja niiden hoito

Saattohoitopotilaat kärsivät lähellä kuolemaa erilaisista psyykkisistä, fyysisistä ja tunne-elämän oireista. Osa oireista menee ohi, mutta oireet voivat myös kasaantua ja sekoittua, jolloin potilaan on vaikeampi ilmaista oireita. Saattohoitopotilailla on oikeus saada oireenmukais ta hoitoa asuinpaikasta riippumatta. Lisääntynyt kärsimys voi aikaistaa kuolemaa, joten oireenmukainen hoito pitää aloittaa tarpeeksi ajoissa.

Oireenmukaista hoitoa arvioidaan säännöllisesti sekä kirjataan potilastietojärjestelmään. Oireenmukaiseen hoitoon eivät vaikuta esimerkiksi muistisairaus tai vanhuus. Oireita ja niiden haittaa tulee selvittää sekä arvioida. Arvioinnissa voidaan apuna käyttää erilaisia kyselylomakkeita ja oiremittareita. Potilas voi olla esimerkiksi vaikeasti muistisairas, joka hankaloittaa oireiden arviointia. Tällöin muistisairaalta potilaalta havainnoidaan ilmeitä, eleitä, ääntelyä ja liikkeitä.

Potilaan aikaisemmat psyykkiset sairaudet voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita. Potilas voi saada psyykkisiä oireita, jos hänen elämässään tapahtuu mullistava muutos. Esimerkiksi jos potilaalle tulee parantumaton sairaus tai läheinen kuolee. Potilas ei saata ilmaista psyykkisiä oireita, koska häntä saattaa pelottaa tai hävettää. Psyykkiset oireet voivat olla hankala havainnoida, koska ne voivat sekoittua sairaudesta johtuvaan oireisiin esimerkiksi väsymykseen, laihtumiseen ja ruokahaluttomuuteen.



KUVA 6. Old age (Pixabay.s.a)

Ummetus

Ummetus tarkoittaa sitä, että ulostaminen on harventunut esimerkiksi alle kolmeen ulotuskertaan viikossa, ulostaminen on hankalaa ja ulostemassa on kovaa. Kipulääkkeet, liikkumattomuus, vessajärjestelyt ja kuivuminen ovat esimerkiksi syitä ummetukseen. Ummetus voi aiheuttaa pahoinvointia, vatsakipua ja turvotusta vatsalla, jotka lisäävät kärsimystä potilaalle. Ummetukseen voi liittyä ylivuotoripulia, joka tuottaa kärsimystä potilaalle.

Lääkkeetön hoito

- ❖ **Annetaan yksityisyyttä ja aikaa ulostamiseen**
- ❖ **Kuitupitoinen ruokavalio ja nesteiden juonti**
- ❖ **Liikkuminen, koska liikkumattomuus vähentää suolen toimintaa**
- ❖ **Säännöllinen ulostamisrytmi ja hyvä asento**

Lääkehoito

- ❖ **Osmoottiset ulostuslääkkeet, jotka sitovat nestettä ulostemassaan (Levolac, Pegorion, Movicol, Duphalac).**
 - Turvallisia pitkäaikaiskäytössä.
 - Otetaan yleensä aamulla tyhjään vatsaan.
 - Vaikutusten alkaminen yksilöllistä, voi mennä kaksikin päivää.
 - Haittavaikutuksena voi olla pahoinvointi, vatsan turvotus ja ilmavaivat.
- ❖ **Suolen toimintaan lisäävät ulostuslääkkeet, jotka vaikuttavat paksusuolen seinämään (Toilax, Microlax, Laxoberon ja Pursennid).**
 - Käytetään yleensä väliaikaisesti
 - Peräruikeiden vaikutus alkaa 15-60 minuutissa ja tablettien sekä tippojen vaikutus 6-12 tunnissa.
 - Peräruikeita voidaan käyttää suun kautta otettavien ummetuslääkkeiden kanssa samaan aikaan 2-3 kertaa viikossa, jos ummetus on vaikeaa.
 - Sopivat hyvin kipulääkkeiden aiheuttamaan ummetukseen
- ❖ **Suolen sisältöä lisäävät ummetuslääkkeet, jotka lisäävät ulostemassaa sitomalla vettä (Vi-siblin, Laxamucil ja Agiolax)**
 - Ei käytetä saattohoitopotilaalla, koska saattohoitopotilas on yleensä kuivunut ja hänellä on suolenvetovaikeuksia
 - Pitää juoda riittävästi nestettä samaan aikaan
- ❖ **Metyylinaltreksonibromidia**
 - Käytetään opioidiummetukseen
 - Viimeinen vaihtoehto
 - Pistetään ihon alle
 - Ei saa käyttää suolitukoksessa tai jos potilaalla on suolistovuodon riski

Pahoinvointi

Pahoinvoinnilla tarkoitetaan epämiellyttävää olotilaa, johon liittyy oksentelua. Pahoinvointiin voi liittyä kylmänhikisyyttä, huimausta, päänsärkyä tai lisääntyntä syljeneritystä. Potilaalla voi olla myös sydämen tiheä- tai hidaslöyhtisyyttä. Pahoinvointi voi johtua esimerkiksi tulehduksesta, ummetuksesta, ahdistuneisuudesta, kivusta tai limaisuudesta. Pahoinvointia voi liittyä ruokailuun ja liiallisen täyttymisen tunteeseen, joka lievittyy oksentamisella. Jatkuva lievittymätön pahoinvointi on yleensä kemiallista pahoinvointia, joka johtuu esimerkiksi lääkityksestä tai sairaudesta. Hoitoon osallistuvien pitää kirjata ja arvioida oksennuksen määrä, muoto ja väri. Oksennuksen olomuodolla ja hajulla voidaan arvioida syytä pahoinvointiin, esimerkiksi ulosteen haju voi johtua mahalaukun ja suolen välisestä ontelosta eli fistelistä. Potilaasta voidaan tehdä laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia, jos epäillään pahoinvoinnin johtuvan esimerkiksi tulehduksesta tai suolistotukoksesta.

Lääkkeetön hoito

- ❖ **Vältetään ärsyttäviä hajuja ja huonosti sulavia rasvaisia ruokia**
- ❖ **Tarjotaan mieliruokia**
- ❖ **Raikas huoneilma**
- ❖ **Suun hyvä hoito**

Lääkehoito

- ❖ **Haloperidolia (Serenase)**
 - Käytetään kemiallisessa ja suolitukoksesta johtuvasta pahoinvoinnissa
 - Annostusta ei tarvitse vähentää munuaisten vajaatoiminnassa
 - 0,5-2 milligrammaa eri antoreittien kautta, korkeintaan 10 milligrammaa vuorokaudessa
- ❖ **Metoklopramidi (Primperan)**
 - Käytetään syöpähoidoista- ja mahalaukun hidastuneesta tyhjentämisestä johtuvaan pahoinvointiin. Lisäksi käytetään idiopaattisessa pahoinvoinnissa
 - Annostus 0,5-2 milligrammaa eri antoreittien kautta, korkeintaan kolmesti päivässä
- ❖ **Levomepromatsiini**
 - Syöpähoidoista johtuvaan pahoinvointiin tai opioidipahoinvointiin
 - Erytyislupavalmiste, ei Parkinson potilaille
 - Annostus suun kautta 5-10 milligrammaa korkeintaan kahdesti vuorokaudessa tai jatkuvana infuusiona 12,5-25 milligrammaa vuorokaudessa
- ❖ **Syynmukainenhoito**
 - Ummetuslääkkeet ummetukseen
 - Antibiootit tulehdukseen
 - Kipulääkkeet kivusta johtuvaan pahoinvointiin
 - Ahdistuksen hoitoon käytettävät lääkkeet
 - Limanerityksen hoito

Nielemisvaikeudet

Saattohoitopotilaalla esiintyy nielemisvaikeuksia sairauden loppuvaiheessa. Nielemisvaikeudet voivat johtua pään ja kaulan alueen kasvaimista. Toimintakyvyn aleneminen, suun ongelmat ja mahdolliset esteet sekä tukokset aiheuttavat nielemisongelmia. Lisäksi epäsojivat hammasproteesit vaikeuttavat ruoan pureskelua. Aivoverenkiertohäiriöstä johtuva suupielten vuotaminen ja kielen toiminnanvaja us vaikeuttavat ruoan kulkeutumista kohti nielua. Nielemisvaikeuksissa huomioidaan siihen johtanut syy, hoidettavuus ja aspiraatoriski. Aspiraatio on merkittävä terveysriski potilaalle ja voi aiheuttaa keuhko-kuumeen. Ikääntyminen ja sen tuomat sairaudet ovat riski aspiraatiolle.

Lääkkeetön hoito

- ❖ **Aspiraatoriskin huomioiminen**
 - Hyvä ruokailuasento
 - Sakeutus juomiin ja ruokiin
- ❖ **PEG-letku neurologisissa sairauksissa ja siihen liittyvä ravitsemusneuvonta**
- ❖ **Leikkaushoito pään ja kasvojen alueen kasvaimissa**
- ❖ **Sopivat hammasproteesit**
- ❖ **Suun hoitaminen ja kostuttaminen**

Lääkehoito

- ❖ **Sädehoito pään ja kasvojen alueen kasvaimissa**

Suun ongelmat

Hoitohenkilökunnan tulisi ennaltaehkäistä suun alueen ongelmia. Potilasta autetaan suun hoidossa sekä tunnistetaan suun ongelmat ajoissa. Kuiva suu on yleisin suun ongelma saattohoitopotilaalla, joka johtuu syljen erityksen vähenemisestä. Syljen erityks vähenee lääkkeiden, kuten kipulääkkeiden ja pitkäaikaisten lääkkeiden takia. Lisäksi tietyt sairaudet, esimerkiksi diabetes vähentää syljen eritystä. Vanhuk-silla ja vuodepotilaille syljen erityks vähenee sekä kuivuminen aiheuttaa syljen erityksen vähenemistä. Kuiva suu aiheuttaa pahaa makua ja hajua suussa sekä limakalvojen kipua ja arkuutta. Suun tulehdukset johtuvat usein hiivasienestä. Sienitulehdus näkyy suun limakalvoilla valkoisina pieninä yksittäisinä peitteinä tai laajemmalla yhtenäisillä katteilla. Suun limakalvo on punoittava ja ruokailu tekee potilaalle ki-peää.

Lääkkeetön hoito

❖ Suun kostuttaminen ja hoito

- Pienillä määrillä vettä
- Jääpaloilla
- Potilaan huulten rasvaaminen
- Tekosylki
- Purukumin tai pastillien tarjoaminen, jos potilas kykenee pureskelemaan
- Hyvä suuhygienia (yleensä riittää esim. hiivasienen hoidossa)
- Tarvittaessa yhteys suuhygienistiin tai hammaslääkəriin

Lääkehoito

❖ Hiivasienen lääkehoito

- Nystatiiniliuosta käytetään neljän viikon ajan

Askites

Askites tarkoittaa nesteen kertymistä vatsaonteloon. Askiteksen yleisin aiheuttaja on maksakirroosi, mutta se voi johtua eri syöivistä ja sydämen vajaatoiminnasta. Askitesneste on yleensä huono ennuste ja pitkälle edenneen sairauden merkki. Maksakirroosissa porttilaskimon paine nousee, joka johtaa nesteen tihkuttamiseen vatsaonteloon. Askiteksen oireena on vatsan kasvu, täyttymisen tunne ja vatsan pinkeys. Se lisää myös pahoinvointia, ruokahaluttomuutta, närästystä ja hengenahdistusta. Ensisijainen hoito on askitesnesteen poistaminen, jos askitesneste häiritsee potilaan elämää. Vähäisessä askitesnesteen kertymisessä ei käytetä hoitoja.

Lääkkeetön hoito

❖ Askitesdreeni tai kertapunktio

- Asetetaan vatsaonteloon ja annetaan olla paikoillaan muutaman päivän, kunnes askitesneste poistuu. Nestettä poistuu muutama litra.
- Albumiinikorvaushoidosta ei ole tarkkaa näyttöä, jos dreenuksia tulee jatkuvasti
- Nesteen poistaminen ei kuitenkaan estä nesteen kertymistä uudelleen vatsaonteloon
- Kakektisilla potilailla on hyvä poistaa nestettä pieni määrä kerrallaan ja harkita tilavuuskorjausta

❖ Suolarajoitus

- 4,6-9,6 milligrammaa vuorokaudessa

❖ Nesterajoitus

- Jos potilaalla ilmenee runsasta nesteen kertymistä elimistöön, johon liittyy hyponatremia

Lääkehoito

❖ Diureetit

- Jos syy johtuu maksan etäpesäkkeiden tai maksan porttilaskimo paineen aiheuttamasta askiteksesta

❖ Vältetään tulehduskipulääkkeitä

- Lisäävät nesteenkertymistä elimistöön

Väsymysoireyhtymä eli fatigue

Saattohoitopotilaan väsymys lisääntyy sairauden loppuvaiheessa. Väsymys on ahdistavaa ja masentavaa eikä se johdu rasituksesta. Tällaista oirekuvausta kutsutaan fatigueksi eli väsymysoireyhtymäksi. Väsymysoireyhtymään kuuluu myös uneliaisuus, kyllästyneisyys ja heikkous. Väsymyksen syyt voidaan jakaa palautuviin tai palautumattomiin tekijöihin. Palautuvat tekijät ovat esimerkiksi tulehdukset, kipu, alikuntoisuus, anemia ja unettomuus. Palautumattomat tekijät ovat esimerkiksi neurologiset häiriöt, krooninen hapenpuute, edennyt sairaus ja yleinen tulehdus. Opioidit ja psyykkisten oireiden hoitoon käytettävät lääkkeet aiheuttavat myös väsymystä. Väsymysoireyhtymää voidaan hoitaa, jos se on mahdollista ja se on potilaan edun mukaista. Väsymykseen on yleensä monia syitä, joten yhden syyn poistaminen ei välttämättä auta potilasta.

Lääkkeetön hoito

❖ Lääkityksen tarkastaminen

- Väsyttävien lääkkeiden vähentäminen, jos mahdollista

❖ Vuorokausirytmien tarkastaminen

❖ Ravinnon lisääminen

❖ Elämänrytmiin sopeutuminen

❖ Taustasyiden korjaaminen

Lääkehoito

❖ Antibiootit

- Tulehduksen hoitoon

❖ Kipulääkitys

- Kipu voi olla taustasyynä väsymysoireyhtymässä

❖ Steroidit; Deksametasoni 1,5-4,5 mg x 1-2/vrk tai prednisonin 10-40mg x 1/vrk

- Käytetään 3-4 viikkoa, sitten pidetään 2 viikon tauko
- Ei saa lopettaa äkillisesti, lisää vierotusoireiden riskiä
- Haittavaikutuksena saattavat nostaa verensokeria, joka lisää väsymystä

Psyykkiset oireet

Yleisimmät psyykkiset oireet ovat masennus, ahdistuneisuus ja unettomuus. Masennus on monisyinen mielialahäiriö, jonka oireena ovat väsymys, ärtyneisyys, surullisuus ja tyhjä mieli. Potilas ei enää tunne mielenkiintoa tai mielihyvää elämässään. Masennukseen voi liittyä myös itsetuhoisia ajatuksia ja itseinhoa. Masennus johtuu tapahtuneesta muutoksesta elämässä esimerkiksi sairaudesta, pettymyksistä ja menetyksistä. Ahdistukseen liittyy pelkoa ja huolestuneisuutta, joka liittyy nykyhetken tai tulevaisuuden tapahtumiin. Sairauden oireet, esimerkiksi kipu lisäävät ahdistusta. Ahdistukseen liittyy yleensä nopeaa syketiheyttä, verenpaineen nousua, suun kuivumista ja hengenahdistusta. Potilas kärsii unettomuudesta, jos hänellä on vaikeuksia saada unta vähintään kolmena yönä viikossa. Unettomuudessa voi olla vaikea nukahtaa illalla tai pysyä unessa sekä se voi ilmetä myös liian aikaisena heräämisenä.

Hoitohenkilökunnan tulee erottaa masennus potilaan sairaudesta, esimerkiksi syöpä aiheuttaa väsymystä ja huonovointisuutta. Masennuksen arvioinnista hyödynnetään DEPS-seulaa, joka on masennustesti. DEPS-seulan avulla voidaan potilaalta kysyä, mitä masennuksen oireita hänellä on ja arvioida masennuksen vaikeusastetta. DEPS-seulassa esitetään yhteensä kymmenen oiretta. Potilaalle todetaan lievä masennus, jos hänellä on neljä oiretta kymmenestä, joista vähintään kaksi oiretta ovat masentunut mieliala, väsymys tai mielihyvän menetys.

Lääkkeetön hoito psyykkisiin oireisiin

- ❖ **Potilaan kanssa keskustelu ja tukeminen**
 - Hyvä vuorovaikutus
 - Ei vaadita psykoterapeuttista ammattitaitoa
 - Emotionaalinen tuki: kuuntelu, rakkaus, empatia ja välittäminen
- ❖ **Vahvistetaan voimavaroja ja löydetään keinoja potilaan sisäiseen rauhallisuuteen**
 - Potilas pystyy sisäisen rauhallisuuden avulla lievittämään sairauden tuomia pelkoja
- ❖ **Rohkaistaan omaisia olemaan potilaan luona ja heitä tuetaan siinä**
- ❖ **Tarvittaessa yhteys psykiatriseen hoitoyksikköön, jos oireet hankalia**

Masennuslääkkeitä käytetään keskivaikeassa ja vaikeassa masennuksessa. Lievässä masennuksessa tera-
pioista ja keskusteluista saadaan hyötyä. Masennuslääkkeillä on pääasiassa sama vaikutus, joiden tavoit-
teena on oireettomuus. Masennuslääkkeiden vaikutus tulee näkyviin muutaman viikon päästä. Masen-
nuslääkkeiden valitsemisessa huomioidaan potilaan oireet ja oireiden syyt sekä potilaan aiempi kokemus
masennuslääkkeistä. Huomioon tulee ottaa myös masennuslääkkeen haittavaikutukset ja yhteisvaikutuk-
set muiden lääkkeiden kanssa.

Masennuksen lääkehoito

- ❖ **Mirtatsapiini: aloitusannos 15-30mg/vrk, yksilöllisesti nosto 60-90mg/vrk**
 - Käytetään myös unettomuuden, pahoinvoinnin ja ruokahaluttomuuden hoidossa
 - Otetaan iltaisin
 - Haittavaikutuksena voi ilmetä painon nousua ja ruokahalun kasvua sekä liiallista sedaa-
tiota
- ❖ **SNRI-lääkkeet: Duloksetiini aloitusannos 30mg/vrk, yksilöllisesti nosto 120mg/vrk; Venlafak-
siini aloitusannos 37mg/vrk, yksilöllisesti nosto 375mg/vrk**
 - Haittavaikutuksina voi ilmetä pahoinvointia, ripulia ja erilaisia vatsavaivoja. Iäkkäillä voi
kehittyä hyponatremiaa
 - Haittavaikutuksia voi lievittää ottamalla lääke ruokailun yhteydessä
 - Ei saa lopettaa äkillisesti vieroitusoireiden takia, vaan asteittain vähennys 2-4 viikon ai-
kana
- ❖ **SSRI-lääkkeet: Essitalopraami, 10-20mg/vrk; sertraliini 50-100mg/vrk; fluoksetiini 20mg/vrk**
 - Haittavaikutuksena esiintyy samanlaisia oireita kuin SNRI-lääkkeissä
 - Hyvin siedettyjä
 - Aloitetaan hoitoannoksilla ja lääkkeet otetaan aamuisin mahdollisten univaikeuksien ta-
kia

Ahdistuksen lääkehoito

- ❖ **SSRI-lääkkeet**
- ❖ **Bentsodiatsepiinit: Diatsepaami kerta-annos 2-10mg ja iäkkäillä 2-10mg/vrk; Oksatsepaami 15-90mg/vrk, iäkkäillä 15-30mg/vrk**
 - Annostukset riippuvat potilaan koosta ja ahdistuksesta
 - Ei saa lopettaa äkillisesti vieroitusoireiden riskin takia
 - Aiheuttaa varsinkin iäkkäille muistamattomuutta ja kaatuilua
 - Bentsodiatsepiinit ovat nopeavaikutteisia
 - Bentsodiatsepiinista Oksatsepaamia käytetään myös unettomuuden hoidossa
- ❖ **Kipulääkitys**
 - Jos ahdistus johtuu kivusta

Unettomuuden lääkkeetön hoito

- ❖ Selvitetään vuorokausirythmi, potilas on voinut tottua nukkumaan vähemmän aikaa
- ❖ Lääkityksen tarkastaminen (väsyttävät lääkkeet)
- ❖ Keskusteluapua, potilas voi pelätä kuolemissen tapahtuvan nukkuessa

Unettomuuden Lääkehoito

- ❖ **Mirtatsapiini**
 - Otetaan iltaisin
 - Annokset pienempiä kuin masennuksen hoidossa
- ❖ **Bentsodiatsepiinijohdannaiset: Tsopikloni ja Tsolpideemi**
- ❖ **Masennuslääkkeitä ei käytetä unettomuuden hoidossa, jos ei unettomuus johdu masennuksesta**

Hengitysteiden oireet ja niiden hoito

Yleisempiä hengitysteiden oireita ovat hengenahdistus, yskä ja limaisuus. Hengenahdistusta kuvataan lisääntyneeksi hengitystyöksi, ilman loppumiseksi, tukehtumisen tunteeksi tai rintakehän kireydeksi. Hengenahdistus heikentää potilaan elämänlaatua, heikentämällä toimintakykyä ja unen laatua. Hengenahdistuksen yhteydessä voi esiintyä masennusta, ahdistuneisuutta, kipua ja väsymystä. Hengenahdistusta voi esiintyä monien eri sairauksien yhteydessä esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa, psyykkisissä syissä ja eri keuhkosairauksissa. Lisäksi verenmyrkytys, ummetus, askites ja tulehdukset aiheuttavat hengenahdistusta. Saattohoitopotilaalla voi olla vaikea hengittää väsymyksen, kuihtumisen tai ALS:n seurauksena. Sosiaaliset syyt aiheuttavat myös hengenahdistusta esimerkiksi talousasiat. Hengenahdistuksen arvioinnissa voidaan hyödyntää oiremittareita.

Potilas ei välttämättä pysty ilmaisemaan enää hengenahdistustaan tajunnan tason laskun takia tai muun syyn takia, jolloin hoitohenkilökunnan tulee havainnoida hengenahdistusta. Potilaan hengitystapaa tarkkaillaan esimerkiksi, onko hengitys puuskuttavaa, raskasta, pinnallista, haukkovaa ja säännöllistä. Lisäksi potilaasta havainnoidaan apuhengitysilihasten käyttöä ja potilaan puhumista, sekä huomioidaan potilaan ihonväri. VAS-mittaria voidaan myös hyödyntää hengenahdistuksen arvioinnissa. Saattohoitopotilaan hengitystyötä pitää säännöllisesti havainnoida ja kirjata potilastietojärjestelmään, sekä arvioida kuinka hoitokeinot auttavat saattohoitopotilasta.

Hengenahdistuksen lääkkeetön hoito

- ❖ **Tuulettimen käyttö ja ikkunan aukaiseminen**
 - On havaittu helpottavan saattohoitopotilaan oloa ja hengenahdistusta
- ❖ **Eri rentoutusmenetelmät ja huulirakohengitys**
- ❖ **Puoli-istuva tai istuva-asento.**
 - Vuodepotilaan on helpompi maata huonompi keuhko alaspäin, jos keuhkoissa on nestettä
- ❖ **Pelkojen kuunteleminen, auttaminen ja tukeminen vähentävät psyykkisistä syistä johtuvaa hengenahdistusta**

Hengenahdistuksen lääkehoito

- ❖ **Syynmukainen hoito**
 - Esim. nesteenpoistolääkkeet auttavat sydämen vajaatoiminnassa ja verenhennuslääkkeet keuhkoveritulpassa
- ❖ **Bentsodiatsepiinit**
 - Käytetään ahdistuksesta ja paniikista johtuvaan hengenahdistukseen
 - Suun kautta otettavien annostelu: diatsepaami 2-10 mg ja loratsepaami 0,5-1 mg
 - Voidaan antaa myös ihon alle tai laskimoon

❖ Opioidit oireenmukaisessa hoidossa

- Hyöty vaihtelee eri sairauksissa.
- Yleisimmät käytetyt opioidit ovat morfiini ja kodeiini, joiden annostus on potilaskohtainen.
- Annostus pienempi kuin kivun hoidossa ja hoito aloitetaan pienellä annoksella.
- Ajoittaiseen hengenahdistukseen käytetään lyhytvaikutteista opioideja.
- Annosta suurennetaan 25-50 prosenttia hengenahdistuksen hoidossa, jos potilaalla menee ennestään opioideja

❖ Happihoito

- Hypoksemia eli verenvähäinen happipitoisuus ja hengenahdistus eivät ole sama asia. Tutkimusten mukaan potilaat, joilla ei ole hypoksemiaa eivät ole hyötäneet happihoidosta
- Saman hyötyosuuden ei-hypoksemia potilaat saavat huoneilmalla tai ilmavirtauksella
- Voi heikentää elämänlaatua haittavaikutusten takia; kuivattaa ylähengitysteitä, aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta, sekä rajoittaa fyysistä liikkumista ja sosiaalista kanssakäymistä
- Hypokseemiset syöpä -ja keuhkohtaumapotilaat ovat hyötäneet happihoidosta

Limaisuus

Limaisuus aiheuttaa saattohoitopotilaalla hengenahdistusta, yskää ja hengityksen rohinaa. Limaisuuden syynä ovat eri keuhkosairaudet, nielemisen vaikeutuminen ja yskimisvoimien heikentyminen. Lisäksi tulehdukset ja aspiraatio aiheuttavat limaisuutta. Limaisuuden hoidossa tavoitteena on helpottaa potilaan yskimistä vähentämällä liman sitkeyttä, sekä parantamalla yskimisen tehoa ja vähentämällä liman määrää. Kuoleman lähestyessä saattohoitopotilaalla saattaa muodostua runsaasti irtonaista limaa ja sylkeä, jota hän ei pysty nielemään tai yskimään. Nielussa ja hengitysteissä lima tekee äänen, jota kutsutaan ”Death rattleksi”. Death Rattle:ssa lima kertyy välittömästi tai muutaman päivän kuluessa.

Lääkkeetön hoito

❖ **Pep-pulloon puhaltaminen, jos mahdollista**

- Pep-pullossa on 10-20 senttimetriä vettä, johon puhalletaan letkua pitkin muutaman keran päivässä

❖ **Puoli-istuva tai kylkiasento**

❖ **Limän imeminen imulaitteella**

- Imua käytetään, jos lima on ylähengitysteissä.
- Alahengitysteiden imemistä ei suositella, koska se aiheuttaa ylimääräistä kärsimystä.

Lääkehoito

❖ **Inhaloitava tiotropiumbromidi (Spiriva)**

- Käytetään keuhkohtaumataudista johtuvan yskän ja hengenahdistuksen hoitoon
- Hengitysteiden avautuessa liman poistuminen helpottuu

❖ **Skopolamiinilaastari**

- Kiinnitetään korvan taakse
- Vaikutus kestää kolme vuorokautta, jonka jälkeen uusi laastari kiinnitetään toisen korvan taakse

❖ **Mukolyytti lääke**

- Tekee limasta juoksevampaa ja helpommin pois yskittävää

❖ **Antibiootit**

- Jos limaisuus johtuu tulehduksellisesta keuhkosairaudesta

❖ **Keittosuolainhalaatio**

❖ **Glykopyrrolaatti**

- Kerta-annoksena ihonalaisesti 0,2-0,4 milligrammaa
- Käytetään Death rattle:n hoitoon

Yskä

Yskä heikentää saattohoitopotilaan elämänlaatua esimerkiksi aiheuttamalla kipua, unettomuutta, oksentelua ja uupumusta. Keuhkosairauksista kärsiville yskä on hankala oire. Yskän syntymekanismi on monimutkainen ja huonosti tunnettu. Oireenmukainen hoito perustuu yskänrefleksin hillitsemiseen.

Lääkkeetön hoito

❖ **Ruokailuun liittyvä aspiraatoriskin vähentäminen**

- Hyvä ruokailuasento
- Ruoan rakenteen muuttaminen

❖ **Ilmankostutin**

- Helpottaa kuivaa yskää

❖ **Keuhkonesteen punkointi**

Lääkehoito

❖ **Kortisoni**

- Hillitsee loppuvaiheen keuhkofibroosista johtuvaa yskää

❖ **Ensisijainen lääkitys: Opioidit**

- Usein on käytetty kodeiinia 15-30 milligrammaa 3-4 kertaa vuorokaudessa

❖ **Inhaloitavat puudutteet**

- 2 prosenttista lidokaiinia, jota annetaan viisi millilitraa
- Ei voi syödä tai juoda tuntiin puudutteen jälkeen, koska kurkunpään sulkeutumisrefleksi on lamaantunut

❖ **Keittosuolainhalaatio**

- Yskä voi johtua limaisuudesta tai kuivista hengitysteistä
- Voi aiheuttaa keuhkoputkien supistumista, joten potilaalle voi antaa etukäteen tai tarvittaessa salbutamolia, joka laajentaa keuhkoputkia

❖ **Yskänlääkkeenä: Kodeiinia tai Dekstrometorfaani (Resilar)**

- Dekstrometorfaani vaikuttaa keskushermostoon ja hillitsee yskää, sekä lievästi rauhoittaa.
- Annostus 90-120 milligrammaa vuorokaudessa jaettuna useaan osaan.
- Muista yskänlääkkeistä ei ole todettu olevan hyötyä.

Saattohoitopotilaan kohtaaminen

Saattohoitopotilas tarkkailee hoitohenkilökunnan ilmeitä ja eleitä, esimerkiksi äänen sävyä, kasvojen ilmeitä ja kehon liikkeitä. Ilmeet ja eleet ovat suuressa merkityksessä vuorovaikutuksen aikana. Vuorovaikutustilanteissa hoitohenkilökunnan tulisi katsoa potilasta silmiin, olla rauhallinen ja hyväksyvä.

- ❖ Tasavertaisuutta vuorovaikutuksessa tuo, että keskustelijat ovat samalla tasolla, hoitohenkilökunta esimerkiksi ottaa tuolin potilaan sängyn viereen ja istuu alas.
- ❖ Potilas ilmaisee sanallisesti tai sanattomasti kuinka läheisen kontaktin hän haluaa. Hoitajat voivat myös itse kysyä potilaalta, kuinka läheisen kontaktin hän haluaa.

Kuoleman lähestyessä kosketuksen merkitys kuitenkin kasvaa. Aito ja rauhallinen läsnäolo auttaa myös henkilökuntaa hoitotyössä jaksamisessa. Potilaan on myös helpompi keskustella tällöin vaikeista ja henkilökohtaisista asioista esimerkiksi pelosta ja ahdistuksesta. Saattohoitopotilaan toiveet tulee ottaa huomioon.

Masentunut saattohoitopotilas houkuttaa hoitohenkilökuntaa lohduttamaan ja antamaan epärealistisia toiveita, kuitenkin näitä tulisi välttää. Hyödyllisempää on keskustella potilaan kanssa, että mitkä asiat tuntuvat vaikeimmilta. Hoitohenkilökunnan tulisi olla enemmän kiinnostuneita potilaasta kuin hänen sairaudestaan.

Masennus voi olla asiaankuuluva tunne potilaalla, johon ei tarvitse lääkehoitoa. Lääkehoidon mahdollisuutta arvioidaan masentuneen saattohoitopotilaan kohdalla. Potilaat voivat kokea vihaa. Potilaalla on oikeus tuoda vihansa esille. Potilaalta kysytään tarkentavia kysymyksiä vihan ja katkeruuden syistä, sekä annetaan potilaalle mahdollisuus puhua niistä.

Potilaalla voi olla persoonallisuuden muutoksia, jos hän on jatkuvasti vihainen. Hoitohenkilökunnan tulee sietää potilaan vihaisuutta, sekä keksiä itselleen keinoja, kuinka kestää sitä. Hyvä on keskustella tällöin työkavereiden kanssa tai mennä työnohjaukseen.

Saattohoitopotilaan läheisten kohtaaminen

Potilaan omaiset ovat ne henkilöt, jotka potilas kokee lähimmäiseksi. Kuolevan potilaan omaisetkin joutuvat käymään läpi lähestyvän kuoleman muutokset. Omaiset ovat yleensä mukana saattohoidossa ja osallistuvat saattohoidon eri vaiheisiin. Omaiset ovat voineet kokea saattohoidon eri vaiheissa kuolevan potilaan persoonallisuuden ja ajattelun muutokset esimerkiksi vihaisuuden ja epäluuloisuuden, joka yleensä johtuu elimellisestä muutoksesta. Omaisista on helpottava tietää, että käyttäytymismuutokset eivät johdu potilaasta itsestään vaan sairaudesta.

- ❖ Omaisten huomioiminen vähentää myös potilaan tuskaa.
- ❖ Omaisten tulee tulla kuulluksi ja nähdyksi sekä heitä tulee tukea.
- ❖ Omaisille tulee tarjota hyvissä ajoin tietoa siitä, mitä potilaan kuolemisprosessissa tapahtuu.
- ❖ **Heille puhutaan saattohoidosta oikeilla termeillä avoimesti.**

Tiedon antaminen vähentää omaisten voimakkaita tunnereaktioita. Kauhu, pelko ja vastenmielisyys vähentävät heidän osallistumistansa ja vastuunottoa saattohoitoon. Tällaisissa tilanteissa omaisille tulee osoittaa ymmärrystä ja auttaa heitä kohtaamaan epämiellyttävätkin tilanteet. Omaisten ristiriidat saatavat korostua potilaan kuolinvuoteella. Heidän kuuntelemisensa yleensä riittää, mutta heille voi tarjota keskusteluapua eri terapioidista.

Omaisilla voi olla luottamus pulaa potilaan hoidosta. Taustalla on epäily siitä, että kuoleva potilas ei saa oikeanlaista ja laadukasta hoitoa. Omainen voi jopa halveksia hoitoa avoimesti tai peitellysti. Hoitotyön ammattilaiset eivät saa koskaan tuoda keskusteluissa ilmi resurssipulaa tai kiirettä. Hoitohenkilökunnan tulee rauhallisesti selvittää omaisille, että saattohoitopotilaan hyvä hoito toteutuu ilman kivuliaita ja raskaita toimenpiteitä, jotka eivät enää voi muuttaa potilaan tilannetta. Omaisten kanssa käydään keskusteluissa yhdessä läpi sovitut hoitolinjaukset, sekä mahdolliset ristiriidat ja laiminlyönnit saattohoidossa.

Omaiset ovat yleensä väsyneitä, joka aiheuttaa enemmän erimielisyyksiä. Vaativa omainenkin helpottuu, kun häntä kuunnellaan ja hänen näkemyksensä otetaan vakavasti, jolloin löydetään parhain mahdollinen pohja hoitolinjauksille.

Omaisten kanssa tulisi keskustella avoimesti heidän peloistaan ja toiveistaan. Keskustelun tunnelma tulee olla rauhallinen, tasavertainen, salliva ja kuunteleva. Keskusteluun annetaan riittävästi aikaa. Hoitohenkilökunnan voi olla vaikea pysyä neutraalina, jos näkemys erot ovat suuret. Tiettyjen omaisten kohtaaminen voi nostaa tunteet pintaan, jolloin hoitajan tulee hakea tukea esimerkiksi työnohjauksesta.

Hoitajien tulisi katsoa tilannetta kuolevan ja hänen omaistensa silmin. Jokaisella ihmisellä on erilainen tapa työskennellä. Hoitajien tulee etsiä itselleen oikeanlainen keskustelutyyli ja kohtaamisosaaminen. Omaisten tukemisessa ja kuuntelussa täytyy pysyä ammattilaisena. Hoitaja on turvana omaisille työn puolesta, eikä suhde saa mennä liian läheiseksi. Hoitajille voi tulla tarve lohduttaa omaisia ja kuolevaa potilasta. Lohduttaminen on kuitenkin haastavaa

Suru aiheuttaa paljon kipua, mutta se valmistaa myös elämän jatkumisen eteenpäin. Omaiset, joilla on ollut vahva suhde kuolevaan, saattavat oireilla voimakkaasti saattohoidon aikana. Omaisilla voi nousta voimakkaat tunnereaktiot esiin, kun suhde on katkeamassa. Vahvat tunnereaktiot voivat pahimmassa tapauksessa vääristää todellisuutta. Hoitohenkilökunta voi keskustella näissä tilanteissa potilaan muiden omaisten kanssa, jotka voisivat auttaa avun hakemisessa esimerkiksi mielenterveyspalveluista.

Masentuneisuus voi olla ongelmana joillakin omaisilla, silloin voi olla vaikea selvittää käytännön asiat. Masentuneen omaisen kanssa tulee keskustella hänen voinnistaan ja jaksamisestaan. Hoitohenkilökunta voi keskustelussa tuoda ilmi huolensa ja havainnointinsa, koska omainen voi kokea merkittävänä, että hän on tullut nähdyksi.

Hoitajien ja omaisten suhteen vahvistuessa voidaan kysyä mielialasta ja masennuksessa sekä tarvittaessa ohjata hänet avun piiriin. Potilaan kuoleminen voi helpottaa omaisten olotilaa, jos kuolinprosessi on ollut pitkä. Omaisat ovat jo kuolinprosessin alussa käyneet läpi surutyötä ja ymmärtäneet, että kuolema on elämään kuuluva tapahtuma.



KUVA 7. Angel cross church (Pixabay s.a)

Kuoleman tapahduttua

Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt lain ihmisen kuoleman toteamisesta.

”Sydämen sykkimisen lakattua ihminen voidaan todeta kuolleeksi jollakin seuraavista perusteista. 1) Toissijaiset kuoleman merkit ovat havaittavissa 2) Elimistö on silpoutunut tai murskaantunut elinkelvottomaksi 3) Hengitys- ja verenkierto ovat pysähtyneet, eikä verenkierto hoitotoimenpiteistä huolimatta käynnisty taikka hoitotoimenpiteisiin ryhdytä, koska ihmisellä olevan sairauden perusteella tiedetään, että hoitotoimenpiteistä ei ole hyötyä tai koska elvytystä ei ole voitu aloittaa riittävän ajoissa hengityksen ja verenkierron käynnistämiseksi (hengityksen ja verenkierron pysähtyminen).”

Lääkärille tulee ilmoittaa potilaan kuolema, joka päättää missä kuolema todetaan ja milloin. Sairaalan ulkopuolella tapahtuva kuolema, kuten kotisaattohoidossa tai palvelutalossa, hautaus toimisto hakee vainajan 2–3 tunnin säilytyksen jälkeen ja toimittaa vainajan sairaalan kylmätiloihin. Sairaalassa lääkäri toteaa kuoleman.

Jokainen kuolemansyy tilastoidaan ja kuolema ilmoitetaan väestörekisteriin. Suomessa kuolemansyitä on tilastoitu 1700-luvulta lähtien. Potilasta viimeisemmäksi hoitanut lääkäri laatii kuolintodistuksen, jos kuolinsyytutkimuksia ei tarvitse tehdä. Kuolintodistuksessa lukee kuolinsyy, sekä ruumiin hautauslupa. Ruumis on mahdollista myös antaa lääketieteelliseen opetus tai tutkimuskäyttöön.

Vainajan laitto

- ❖ Vainajaa käsitellään kunnioittavasti. Vainaja siistitään ja puetaan exitus-setissä olevaan kaapuun.
- ❖ Vainajan silmät suljetaan ja silmien päälle laitetaan kostutetut vanulaput.
- ❖ Jos vainajalla on tekohampaat, ne laitetaan suuhun.
- ❖ Vainajan pää ja leuka sidotaan sideharsolla, jolloin suu pysyy kiinni.
- ❖ Jalat sidotaan toisiinsa kiinni, jolloin vainajan siirrot ja nostot sujuvat helpommin.
- ❖ Vainajalle laitetaan vaippa.
- ❖ Vainajaan kiinnitetään exitus-setissä oleva valkoinen pieni lappu, johon kirjoitetaan henkilötunnus ja nimi.
- ❖ Hänet peitetään valkoisella lakanalla ja rinnan päälle voi laittaa kukan.
- ❖ Omaisten toiveesta vainajalle voidaan pukea heidän valitsemansa vaatteet, esimerkiksi ortodoksisessa uskonnossa vainaja puetaan juhlapukuun.



KUVA 8. Red candles. (pixabay s.a) 1

Kuoleman jälkeen

Kuoleman tapahduttua soitetaan omaisille. Saattohoitovaiheessa omaisilta on kysytty haluavatko he ilmoituksen yö aikaan, vai odotetaanko aamuun. Omaiset saavat päättää, tulevatko he katsomaan vainajaa tai vainajan laittoa. Jotkut omaiset haluavat olla mukana vainajan laitossa. Omaiset voivat myös käydä katsomassa vainajaa kylmiössä.

Hoitokodissa sekä sairaalassa järjestetään rauhallinen huone omaisille, jossa he hyvästelevät vainajan. Pöydälle asetetaan kynttilä palamaan. Hoitaja jää keskustelemaan ja tukemaan omaisia, sekä auttaa tulevien järjestelyiden kertomisessa. Omaiset voivat kuitenkin vielä tässä tilanteessa olla voimakkaiden tunnereaktioiden vallassa, joten he eivät välttämättä pysty ottamaan tietoa vastaan.

Omaiset saavat viipyä vainajan vierellä niin kauan kuin haluavat. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä ottaa yhteyttä omaisiin viikkojen kuluessa, jotta väärinkäsityksiä ja turhia pohtimisia ei jäisi omaisten mieleen. Yhteydenotto ei kuitenkaan ole aina mahdollista, mutta sellaiset omaiset voisivat hyötyä yhteydenotosta, joilla oli huolta ja epävarmuutta kuolemisenä.

Omaisen ja kuolevan välillä on voinut olla pettymyksiä, hylkäämistä, kaltoinkohtelua tai hyväksikäyttöä. Hoitajien tulee ymmärtää silloin, että potilaan läheinen ei halua tulla katsomaan kuolevaa. Tunnelman ollessa ymmärtäväinen, rauhallinen ja luotettava, on omaisten helpompi kertoa tarinansa ja sanoa hyvästit.

Pitkään palliatiivisessa hoidossa ja sen jälkeen saattohoidossa olevan potilaan kuolema voi olla omaisista helpompi käsitellä. He ovat saaneet tietoa sairaudesta ja jättää jäähyväiset sekä valmistautua tulevaan kuolemaan.

Saattohoidossakin kuolema tulee yllättäen. Omaiset surevat kukin omalla tavallaan. Suru voi saada omaiset kokemaan ylläluonnollisilta vaikuttavia asioita. Omaisilta on hyvä kysyä tukiverkostoa ja tarvittaessa tarjota sosiaalityöntekijän yhteystietoja taloudenhoitoon liittyviä asioita varten. Aikuisille voidaan tarjota vertaistukiryhmiä esimerkiksi seurakunnasta, mielenterveysseurasta ja eri terapioiden kautta. Lapsille ja nuorille järjestetään vertaistukea satunnaisesti.



KUVA 9. Funeral flowers (Pixabay s.a)

Kuoleman tapahtuessa

Soita päivystävälle lääkärille ISA

- Kerro oliko kuolema odotettavissa oleva vai odottamaton
- Anna potilaan henkilötunnus ja kuolinaika lääkärille

Soita omaiselle

- Katso Hilkasta, mikäli kuolema tapahtuu yöaikaan, haluaako omainen soiton vasta aamulla
- Kerro suruvalittelut, kysy haluaako tulla katsomaan omaistaan vielä hoivakodille
- Kerro käytännön asiat, Hautaustoimiston nimi ja puhelinnumero, kuolintodistus tulee postissa muutaman viikon kuluessa, hautauslupa menee suoraan seurakunnalle

Soita hautaustoimistoon Wanhan ajan kukkakauppa

- Arto Serti 040 485 1033/017 818 777
- Kerro kuolinajankohta, vainajaa on säilytettävä hoivakodilla 2h ennen noutoa
- Mikäli kuolema tapahtuu yöaikaan, soita vasta aamulla

Soita suruliputus

- ISS Mikko Keränen 044 343 9408 (Virk-aika), 044 560 3666 (Virk-aajan ulkopuolinen aika)

Laita omalääkärille pyyntö

- Tee pyyntö Pegasokseen Kuolintodistuksesta Jani Lapille, jossa kerrot; exitus ajankohdan ja oliko odotettu vai ei
- Pyyntö täytyy tehdä samana päivänä exituksen tapahduttua, koska vainaja poistuu järjestelmästä

Vainajan laitto

-
- Vainajaa käsitellään kunnioittavasti. Vainaja siistitään ja puetaan exitus -setissä olevaan kaapuun.
- Vainajan silmät suljetaan ja silmien päälle laitetaan kostutetut vanulaput.
- Jos vainajalla on tekohampaat, ne laitetaan suuhun.
- Vainajan pää ja leuka sidotaan sideharsolla, jolloin suu pysyy kiinni.
- Jalat sidotaan toisiinsa kiinni, jolloin vainajan siirrot ja nostot sujuvat helpommin.
- Vainajalle laitetaan vaippa.
- Vainajaan kiinnitetään exitus-setissä oleva valkoinen pieni lappu, johon kirjoitetaan henkilötunnus.
- Vainaja peitetään valkoisella lakanalla ja rinnan päälle voi laittaa kukan.
- Omaisten toiveesta vainajalle voidaan pukea heidän valitsemaansa vaatteet, esimerkiksi ortodoksisessa uskonnossa vainaja puetaan juhlapukuun.