



Saattohoitopotilaan lääkehoito vuodeosastolla – tietoa sairaan- hoitajalle turvallisen lääkehoi- don toteuttamiseksi

Aino Mäenpää

Elisa Nurmi

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

AINO MÄENPÄÄ & ELISA NURMI:

Saattohoitopotilaan lääkehoito vuodeosastolla – tietoa sairaanhoitajalle turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi

Opinnäytetyö 54 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Helmikuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata saattohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon teoreettista pohjaa sairaanhoitajan työn tueksi. Tehtävänä oli selvittää, millaista on saattohoitopotilaan turvallinen lääkehoito sairaanhoitajan toteuttamana. Opinnäytetyön tavoitteena oli aiemmin tuotetun tiedon avulla lisätä opinnäytetyön tekijöiden sekä sairaanhoitajaopiskelijoiden tietämystä saattohoitopotilaan turvallisesta lääkehoidosta.

Opinnäytetyön menetelmänä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Aineiston haku tapahtui kevään ja syksyn 2019 aikana. Tiedonhaussa käytettiin apuna CINAHL- ja Medic-tietokantoja. Lopulliseen aineistoon valikoitui 13 tutkimusartikkelia, jotka sijoittuivat 2009-2016 väliselle ajalle. Kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä mukailleen. Opinnäytetyön työelämäyhteytenä toimi Tampereen ammattikorkeakoulu.

Saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita ovat kipu, psyykkiset oireet, hengenahdistus, ruuansulatuskanavan oireet sekä neurologiset oireet. Näiden oireiden lääkehoidon lisäksi opinnäytetyössä käytiin läpi palliatiivista sedaatiota sekä harkinnanvaraista lääkehoitoa saattohoidossa. Muusta oireiden mukaisesta sairaanhoidollisesta hoidosta käytiin lyhyesti läpi ravitsemushoitoa, suonensisäistä nesteytystä sekä verituotteiden antamista. Opinnäytetyössä käsiteltiin vain lääkehoitoa ja muut hoitomuodot rajattiin ulkopuolelle.

Opinnäytetyössä käytiin läpi yleisimpiä saattohoidossa käytettyjä lääkkeitä ja lääkeryhmiä turvallisessa lääkehoidossa, jotka valittiin potilaan oireiden perusteella. Turvallisen lääkehoidon peruspilariksi saattohoidossa nimettiin monilääkityksen välttäminen. Saattohoidossa oireenmukaisen hoidon keskeisin tavoite on kivun lievitys ja tutkimuksissa korostuikin erityisesti kivun lääkehoito. Tuloksissa kävi myös ilmi, että saattohoidossa käytetään usein lääkeryhmiä, joiden käyttö saattohoidossa ei ole tutkimusten mukaan suositeltua.

Saattohoitopotilaan turvallisesta lääkehoidosta ei löytynyt suomalaisia tutkimusartikkeleita eivätkä lääkkeiden vasteet ja haittavaikutukset tulleet tutkimuksissa esille, vaikka niiden arvioiminen on keskeinen osa sairaanhoitajan toteuttamaa turvallista lääkehoitoa. Näistä olisikin hyvä tehdä tutkimuksia etenkin Suomessa, jotta lääkehoidon turvallisuutta voitaisiin jatkossa parantaa ja saattohoitopotilaan lääkehoidosta Suomessa löytyisi ajankohtaista tietoa.

Asiasanat: saattohoito, turvallinen lääkehoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

AINO MÄENPÄÄ & ELISA NURMI:

The medical treatment of a hospice patient in a hospital ward – information for nurses for Administering medication safety

Bachelor's thesis 54 pages, appendices 6 pages
February 2020

The purpose of this thesis was to discover the theoretical basics of the medication safety of a hospice patient, to support a nurse's work. The aim was to determine, what medication safety of a hospice patient is like as executed by a nurse. The goal was to use previously produced information in order to increase the knowledge of the thesis writers and nursing students on medication safety of hospice patients. The methodology of this study was a literature review. Tampere University of Applied Sciences served as the contact for this thesis.

The topic was approached from the angle of the most common symptoms of a hospice patient. The thesis goes through the medications most commonly used in hospice care. This thesis dealt only with medical treatment and all other disciplines were ruled out. Based on the results, several different medicine types were used in the treatment of a hospice patient, and the medicine types were selected based on the symptoms the patient had. Avoiding polypharmacy was pointed to be the foundation of medication safety. In hospice, the primary objective is alleviating pain and thus.

There were no Finnish research articles about medication safety of hospice patients. The reactions or side effects of different medicines were not brought up much in these studies, although assessing them is a crucial part of medication safety as carried out by a nurse. These facts should be carefully investigated, especially in Finland, so that medication safety could be improved in the future.

Key words: hospice care, medication safety

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Turvallinen lääkehoito saattohoidossa	8
3.2	Saattohoidossa käytettävät lääkkeet.....	9
3.2.1	Kivun hoito saattohoidossa.....	10
3.2.2	Psykykkisten oireiden lääkehoito saattohoidossa	12
3.2.3	Hengenahdistuksen hoito saattohoidossa	14
3.2.4	Ruuansulatuskanavan oireiden hoito saattohoidossa.....	16
3.2.5	Neurologisten oireiden lääkehoito saattohoidossa	18
3.2.6	Palliatiivinen sedaatio saattohoidossa	19
3.2.7	Harkinnanvarainen lääkehoito ja muu sairaanhoidollinen hoito saattohoidossa.....	20
3.2.8	Saattohoidon ulkopuolelle jätetyt lääkeryhmät	22
3.3	Saattohoidossa käytettävien lääkkeiden haittavaikutukset ja niiden hoito	23
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	26
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	26
4.2	Aineiston keruu ja analysointi.....	28
5	TULOKSET	31
5.1	Turvallisen lääkehoidon periaatteet saattohoidossa ja sen konkreettinen toteutuminen.....	31
5.2	Kivun lääkehoito saattohoidossa.....	31
5.3	Psykykkisten oireiden lääkehoito saattohoidossa	33
5.4	Hengenahdistuksen lääkehoito	33
5.5	Ruuansulatuskanavan oireiden lääkehoito saattohoidossa.....	34
5.6	Neurologisten oireiden lääkehoito saattohoidossa	35
5.7	Palliatiivinen sedaatio.....	36
5.8	Harkinnanvarainen lääkehoito ja muu sairaanhoidollinen hoito saattohoidossa	37
5.9	Saattohoidon ulkopuolelle jätetyt lääkeryhmät	37
6	POHDINTA	38
6.1	Tulosten tarkastelu.....	38
6.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	40
6.3	Omat oppimiskokemuksemme ja tutkimusehdotuksemme	42
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	49

Liite 1. Hakulausekkeet ja valittu aineisto	49
Liite 2. Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus	50

1 JOHDANTO

Saattohoito on oireidenmukaista hoitoa, johon lääkehoito kuuluu osana. Saattohoito ajoittuu kuoleman välittömään läheisyyteen. Se on kuolevan potilaan hoitoa, jolla tähdätään potilaan hyvinvoinnin, turvallisuuden ja aktiivisuuden lisäämiseen. Saattohoidon periaatteita ovat oireiden lievitys, turvallinen ja jatkuva hoitosuhde, psykologinen tuki, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus, läheisten huomioonottaminen, potilaan itsemääräämisen varmistaminen sekä hyvän elämänlaadun ja aktiivisuuden ylläpito (Hänninen 2015, 7).

Saattohoitopotilaan oireita voidaan hoitaa lääkehoidolla. Kivun lievitys on oireenmukaisen hoidon keskeisin tavoite. Muita tyypillisiä oireita ovat muun muassa hengenahdistus, levottomuus, pahoinvointi ja ahdistuneisuus. Lääkkeellisen oirehoidon lisäksi huomioon on otettava potilaan fyysiset, psykososiaaliset ja henkiset tarpeet. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 114–116.)

Turvallinen lääkehoito perustuu osaamiseen sekä sen kehittämiseen, ja on osa potilasturvallisuutta. Hoitohenkilökunnan tulee kommunikoida onnistuneesti keskenään sekä potilaan kanssa. Lisäksi lääkkeen haittavaikutusten huomioiminen, oikeat lääkkeen antotavat, riskilääkkeiden tunnistaminen, lääkkeen vasteen tarkkailu sekä virheitä ehkäisevien toimien suunnittelu ovat keskeisiä turvallisessa lääkehoidossa. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015, 3–17.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kuolevan potilaan lääkkeellistä hoitoa, jota sairaanhoitajat toteuttavat saattohoidossa. Opinnäytetyö on tehty kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja sen tavoitteena on antaa tietoa saattohoitopotilaan lääkehoidosta sekä lisätä tietämystä turvallisesta lääkehoidosta saattohoidossa. Opinnäytetyön työelämäyhteytenä toimi Tampereen ammattikorkeakoulu TAMK.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata saattohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon teoreettista pohjaa, jotta sairaanhoitaja voi toteuttaa sitä turvallisesti saattohoidossa.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraavaan kysymykseen:

1. Millaista on saattohoitopotilaan turvallinen lääkehoito sairaanhoitajan toteuttamana?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää opinnäytetyön tekijöiden sekä sairaanhoitajaopiskelijoiden tietämystä saattohoitopotilaan turvallisesta lääkehoidosta sekä tätä kautta parantaa potilasturvallisuutta. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää vastavalmistuneiden sairaanhoitajien perehdyttämiseen saattohoitopotilaan hoidossa, jotta voidaan ylläpitää turvallista lääkehoitoa. Opinnäytetyötä voidaan käyttää välineenä saattohoidossa työskenteleville sairaanhoitajille heidän tietämyksensä päivittämiseksi.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Turvallinen lääkehoito saattohoidossa

Turvallinen lääkehoito on osa potilasturvallisuutta (Inkinen ym. 2015, 16). Siihen kuuluu lääkkeiden annostelun ja jakamisen lisäksi potilaan voinnin arviointi ennen lääkkeen antoa, ymmärrys miksi ja miten lääkettä annetaan sekä lääkkeen vaikutusten seuraaminen (Ritmala-Castrén, 2006). Laillistettu lääkäri päättää potilaan tutkimuksista, taudinmäärittämisestä ja hoidosta, mutta sairaanhoitajilla on tärkeä asema hoidon toteuttamisessa (Tasmuth 2019, 541). Turvallisen lääkehoidon periaatteet saattohoidossa on esitetty kuviossa 1.

Toimintayksikön lääkehoidon laadun ja turvallisuuden varmistamisen sekä lääkehoitoa toteuttavien henkilöiden perehdytyksen pohjana toimii toimintayksikön lääkehoitosuunnitelma. Siinä kerrotaan muun muassa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden vastuut, velvollisuudet ja työnjako, miten lääkehoitoon liittyvät riskit tunnistaan, miten niihin tulee varautua, miten toimitaan lääkehoidon vaaratapah-tumassa, miten sen vaikuttavuutta arvioidaan, miten lääkehoitoa toteutetaan ja dokumentoidaan sekä miten lääkehuolto järjestetään. (Inkinen ym. 2015, 12.)

Toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa kerrotaan myös ne lääkehoidon tehtävät, joihin pitää olla lääkehoitoon oikeuttava lupa. Lääkehoidon toteuttamiseen vaadittava lääkelupa saadaan osoittamalla osaamisensa hyväksytysti kirjallisen teoriakokeen avulla ja suorittamalla käytännön näytöt toimintayksikön näyttökriteerien mukaisesti, jotka on määritelty toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa. Lääkehoitosuunnitelmaan kirjataan myös, kuinka usein lääkelupaan oikeuttavat tentit ja näytöt on uusittava. Ilman voimassaolevaa lääkelupaa lääkehoitoa ei saa toteuttaa. (Inkinen ym. 2015, 32–33.)

Saattohoidossa yli viiden lääkkeen päivittäistä käyttöä tulisi välttää monilääkityksestä johtuvien komplikaatioiden ehkäisemiseksi (O'Mahony & O'Connor 2011, 420). On kuitenkin muistettava, että perussairauden lääkehoito on osa palliativista hoitoa. Turhien lääkkeiden lopettamiseksi on tärkeää seurata sekä lääke-

vastetta että lääkkeestä aiheutuvia haittoja. Lääkemuutokset tehdään aina yksilöllisesti arvioimalla potilaan lääkehoito kokonaisvaltaisesti. Perusteet lääkemuu-
tokseen sekä lääkevasteet ja -haitat kirjataan sairauskertomukseen, jolloin niitä
voidaan seurata kaikissa hoitotilanteissa. (Lehto, Anttonen & Sihvo 2013, 395;
Kiljunen & Marjamäki 2017, 1232.)



KUVIO 1. Turvallisen lääkehoidon periaatteet saattohoidossa

3.2 Saattohoidossa käytettävät lääkkeet

Kuolemaa lähestyvät potilaat kärsivät monista fyysisistä ja psyykkisistä oireista. Ne kasaantuvat ja sekoittuvat, ja monen oireen samanaikaisuus pahentaa oireiden häiritsevyyttä. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 16.) Saattohoitoon siirryttäessä happiarvon, verenpaineiden, lämmön ja muiden mittausarvojen seuraaminen lopetetaan tarpeettomana. Näiden sijaan kuolevan potilaan kipua, levottomuutta, hengenahdistusta, hengitysteiden eritteiden määrää sekä oksentelua ja pahoinvointia arvioidaan säännöllisesti. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

Ennen saattohoitoon siirtymistä potilaan käytössä olleiden kipu- ja pahoinvointilääkkeiden sekä anksiolyyttien eli ahdistuslääkkeiden käyttö jatkuu, mutta niiden annostusta voidaan muokata tarpeen mukaan. Niiden lisäksi potilaalle määrätään tarvittava lääkitys levottomuuden, limaisuuden ja hengenahdistuksen hoitoon.

Jos on aihetta epäillä potilaan menehtyvän äkillisen tilan seurauksena, määrätään hänelle varalle opioidi ja bentsodiatsepaami nopean sedatoimisen mahdollistamiseksi. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

Lääkkeenantoreitti pitää arvioida potilaskohtaisesti. Sen valintaan vaikuttaa potilaan kliininen tilanne sekä tarvittavat lääkkeet. Useimmat potilaat eivät pysty enää viimeisinä elinpäivinä ottamaan lääkkeitään edes liuosmuotoisina suun kautta, vaan tarvitsevat toisen antoreitin. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

Siihen asti, kun nieleminen onnistuu, lääkkeet annostellaan suun kautta joko tabletti- tai liuosmuodossa. Nielemisen vaikeutuessa siirrytään toisiin antoreitteihin. Ihon läpi, transdermaalisesti, lääke imeytyy hitaasti ja sen imeytyminen on epävarmaa, joten uutta lääkettä ei suositella aloitettavan sitä kautta. Kuoleman lähestyessä siirrytään annostelemaan lääke peräsuolen kautta tai pistämään lääke injektioneesteinä ihonalaisesti. Lihakseen pistämistä vältetään, sillä siitä aiheutuu potilaalle turhaa kipua. Mahdollisuuksien mukaan hyödynnetään valmiina olevaa suonensisäistä antoreittiä. (Saarto ym. 2018, 117; Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019.)

3.2.1 Kivun hoito saattohoidossa

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudonvaurioon tai sen uhkaan. Se voi olla akuuttia tai kroonista. (Taam-Ukkonen 2011, 277.) Kipu on kuolemaan johtavien sairauksien oireista yleisimpiä ja pelätyimpiä. Sitä hoidettaessa on syytä muistaa kokonais kivun käsite: kipukokemukseen vaikuttaa fyysisen kivun lisäksi psyykinen, sosiaalinen ja eksistentiaalinen ulottuvuus (Korhonen & Poukka 2013, 442–443).

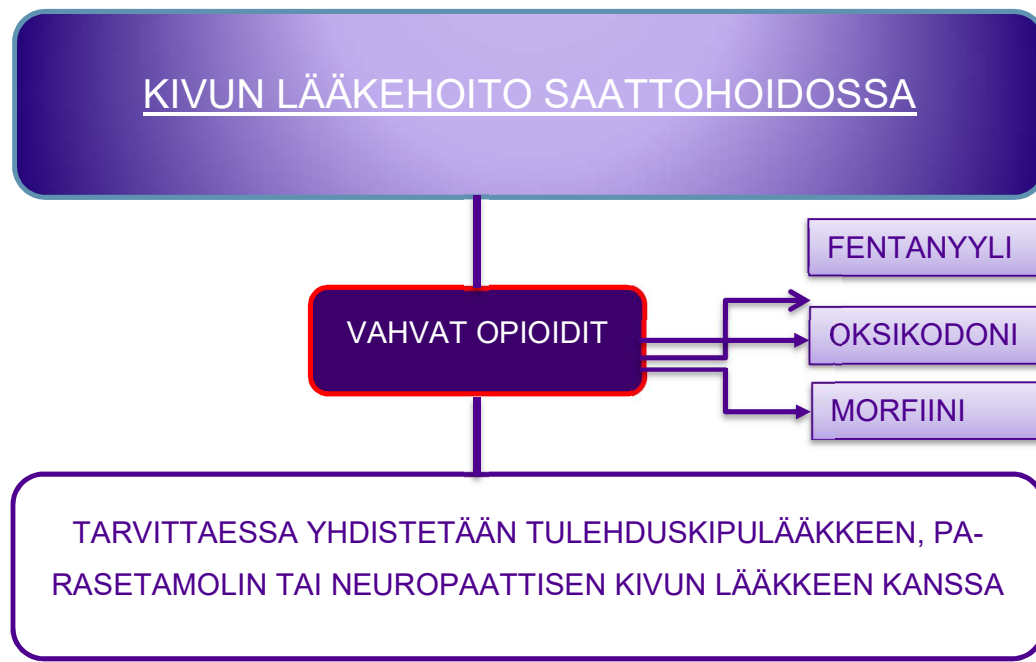
Kipulääkitys valitaan potilaskohtaisesti kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaan. Lääkehoidon ohella kipua tulee hoitaa lääkkeettömillä hallintamenetelmillä, kuten esimerkiksi asento- ja liikehoidolla, lämpö- ja kylmäpusseilla, rentoutuksella, distraktiolla sekä läsnäololla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2019; Tasmuth 2019, 543.) Tarvittaessa lääkehoitoa tehostetaan sä-

dehoidolla tai annostelemalla kipulääkitystä kovakalvon ulkopuolelle tai selkäydinnesteeseen. Kipua tulee arvioida säännöllisesti, jotta kivunlievitys voidaan sovittaa riittäväksi ja hoidon haittavaikutuksiin voidaan puuttua. (Saarto ym. 2018, 22–33.)

Parantumattomiin sairauksiin liittyvän kivun lääkehoidon perustana palliatiivisessa ja saattohoidossa toimii opioidit. Heikkoja opioideja, kuten tramadoli ja kodeiini, ja keskivahvoja opioideja, kuten buprenorfiini, ei käytetä kuolevan potilaan kivunhoidossa. Ensisijaisesti saattohoitopotilaan lääkehoito aloitetaan suoraan vahvalla opioidilla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019.) Vahvoilla opioideilla, kuten esimerkiksi morfiinilla, fentanylillä ja oksikodonilla, ei ole kattoannosta, joten kivun lisääntyessä lääkitystä voidaan tarvittaessa lisätä (Hänninen 2015, 25).

Vahvan opioidin oheen liitetään useimmiten sopiva nonopioidilääke: tulehduskipulääke, parasetamoli tai harkinnan mukaan neuropaattisen kivun lääke (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019). Neuropaattisen kivun lääkkeitä ovat esimerkiksi trisykliset masennuslääkkeet ja gabapentiini. Sekä tulehduskipulääkkeillä että parasetamolilla on kattoannokset, jonka jälkeen kivunlievitysvaikutus ei enää lisääny, mutta haittavaikutusten riski kasvaa. (Hänninen 2015, 24.) Esimerkiksi luustokipuihin tulehduskipulääkkeet kuitenkin toimivat paremmin kuin opioidit (Korhonen & Poukka 2013, 442). Kivun lääkehoito saattohoidossa on esitetty kuviossa 2.

Kipulääkkeiden haittavaikutuksia on seurattava ja hoidettava aktiivisesti. Opioidien yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi, hikoilu ja väsymys. Tästä syystä esimerkiksi ummetus- ja pahoinvointilääkereseptit kirjoitetaan potilaalle valmiiksi opioidilääkitystä aloitettaessa. (Saarto ym. 2018, 25–27.)



KUVIO 2. Kivun lääkehoito saattohoidossa

Usein hyvässäkin kivunhoidossa potilas tuntee ajoittain voimakasta kipua. Tällöin kyseessä voi olla läpilyöntikipu, jolloin kipu voimistuu ilman selkeää syytä 30-60 minuutiksi. Läpilyöntikipu voi toistua useasti päivässä. Tällöin avuksi annetaan nopeavaikutteinen opioidi. (Hänninen 2015, 30–31.) Nopein vaikutus saadaan nenän limakalvoille annosteltavalla fentanyyllillä. Jos nopeavaikutteisen opioidin kulutus on toistuvasti useammin kuin kolme kertaa vuorokaudessa, on harkittava pitkävaikutteisen opioidin annoksen nostoa. (Saarto ym. 2018, 27–28.)

3.2.2 Psyykkisten oireiden lääkehoito saattohoidossa

Kuolema on elämän luonnollinen päätös, johon voi liittyä ahdistusta, masennusta ja pelkoa. Lisäksi somaattiseen sairauteen liittyvät vireystilan muutokset, kuten väsymys, ylivirittyneisyys ja unihäiriöt. Psyykkisten oireiden tunnistaminen ja huomioiminen on keskeinen osa hyvän elämänlaadun ylläpitämisessä. Niiden lääkehoito saattohoidossa on esitetty kuviossa 3.

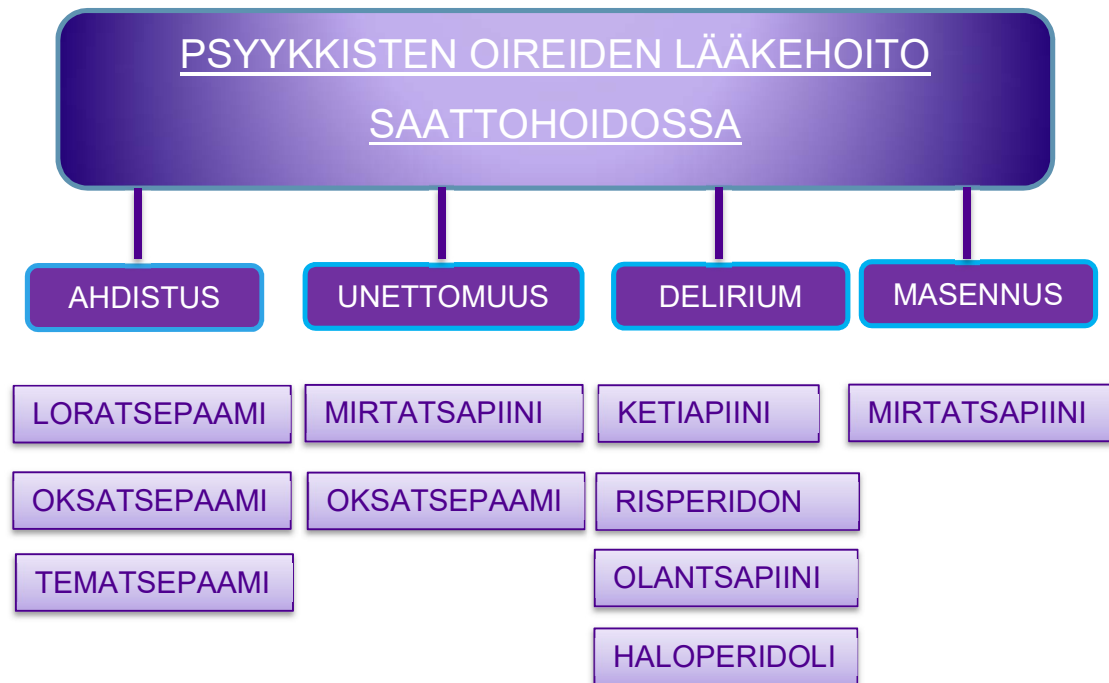
Elämän loppuvaiheessa todetun masennuksen hoitoon käytetään ensisijaisesti keskusteluapua, koska masennuslääkkeiden vaikutus tulee viiveellä eikä saattohoitovaiheessa tehoa aina ehditä saavuttaa (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019). Masennustilan erityispiirteitä voivat olla muun muassa unihäiriöt, ahdistuneisuus sekä pahoinvointi ja ruokahaluttomuus. Näiden kaikkien erityispiirteiden lääkehoidoksi sopii esimerkiksi mirtatsapiini eri annoksilla. (Saarto ym. 2018, 105.)

Myös ahdistuksen hoitoon suositaan psykososiaalisia hoitoja. Varsinaisten terapioiden lisäksi potilaan kuuntelua pidetään terapeuttisena. Hoitosuhteen jatkuvuus on oleellinen osa hoitoa. Tarvittaessa ahdistuneisuuden lääkehoitona käytetään loratsepaamia ja oksatsepaamia. (Saarto ym. 2018, 106; Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019.)

Unettomuuden hoidossa uni-valverytmin palauttaminen esimerkiksi melatoniinilla on tärkeää. Varsinaista unilääkettä käytettäessä pitäydytään lyhytvaikutteisessa ja tilapäisessä lääkityksessä. Unettomuuteen käytetään esimerkiksi mirtatsapiinia, oksatsepaamia ja tematsepaamia. (Taam-Ukkonen & Saano 2011, 133.)

Delirium on äkillisesti alkanut sekavuustila, jossa tulee samanaikaisesti tietoisuuden heikkenemistä, tarkkaavaisuushäiriöitä, ajattelun ja muistin häiriöitä sekä psykomotorisia, emotionaalisia ja uni-valverytmin muutoksia. Sen tavallisimpia aiheuttajia ovat kipu, univaje, aivotapahtuma, sydäninfarkti, infektiot, lääkemuutokset ja jotkut lääkkeet, kuten esimerkiksi opioidit. Deliriumin syy pyritään selvittämään ja hoitamaan. Elämän loppuvaiheessa delirium ja muukin sekavuus on yleistä elintoimintojen hiipuesssa.

Sekavuudesta kärsiville potilaille tulee järjestää turvallinen, rauhallinen ja valvottu ympäristö. Saattohoidossa deliriumin hoito antipsykooteilla voi lisätä oireita ja aiheuttaa haittavaikutuksia, joten ensisijaisesti deliriumia hoidetaan lääkkeettömillä hoitokeinoilla. Tuttu ympäristö ja läheiset ihmiset voivat helpottaa sekavuutta. Tarvittaessa turvaututaan antipsykootteihin psykoosioireiden hallintaan saamiseksi. Tällöin käytetään haloperidolia, ketiapiinia, risperidonia tai olantsapiinia (Saarto ym. 2018, 73–74; Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019).



KUVIO 3. Psykkisten oireiden lääkehoito saattohoidossa

Pitkäaikaisen psykiatrisen sairauden kuten skitsofrenian lääkehoitoa jatketaan, kunnes elintoiminnot hiipuvat. Tällöin lääkityksen tarve ja annos tarkistetaan, mikäli psykinen vointi on vakaa. Psykoosilääkkeitä ja bentsodiatsepaameja käytetään myös pahoinvoinnin, ahdistuksen ja sekavuuden hoitoon. (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1234.)

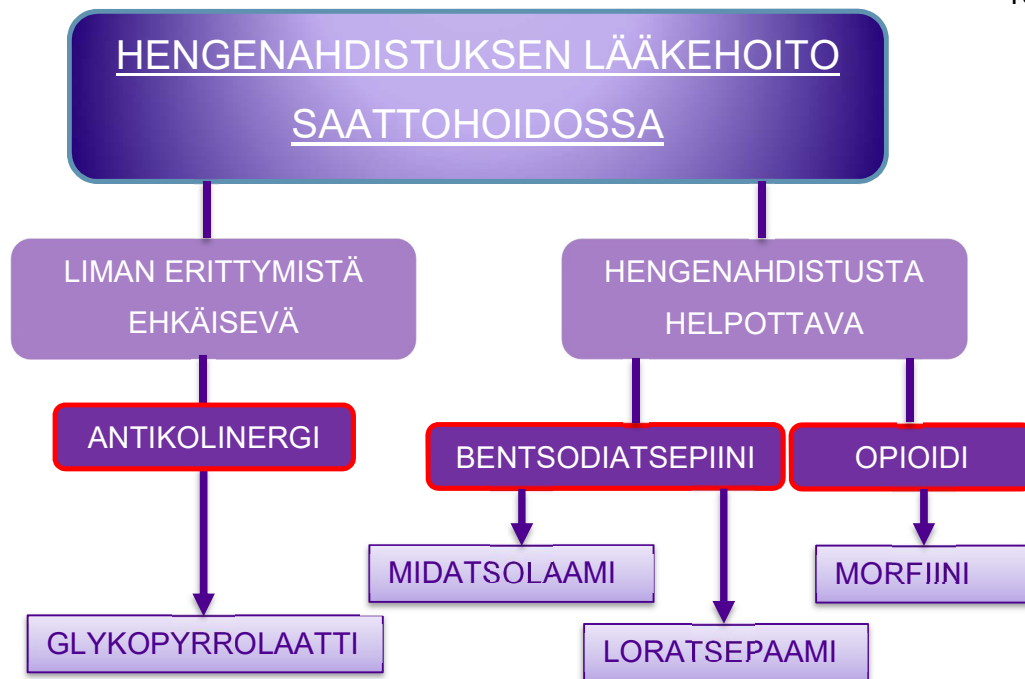
3.2.3 Hengenahdistuksen hoito saattohoidossa

Hengenahdistus on yleinen oire pitkälle edenneissä sairauksissa (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019). Se liittyy usein ahdistuneisuuteen, uupumukseen, kipuun tai masentuneisuuteen ja laskee elämänlaatua. Saattohoidossa arvioidaan säännöllisesti potilaan hengenahdistusta ja sen aiheuttamaa haittaa hengitystaajuuden, hengitysilihasten käytön, ihonvärin ja keuhkojen hengitysäänien avulla. Hoidossa pyritään lievittämään hengenahdistuksen tunnetta sekä siihen liittyvää ahdistusta. (Korhonen & Poukka 2013, 443.)

Lähtökohtaisesti hengenahdistusta hoidetaan lääkkeettömin keinoin asento- ja rentoutushoidolla sekä hengitystekniikoilla. Viileä ilmavirta ja tuuletin voivat myös auttaa. Höyrystetyn keittosuolaliuoksen antaminen voi helpottaa hengenahdistusta irrottamalla limaa. (Korhonen & Poukka 2013, 443; Saarto ym. 2018, 39–40.) Hapen annon indikaatio saattohoidossa on hypoksia, ilman sitä happihoito ei lievitä hengenahdistusta ilmavirtaa enempää (Lehto ym. 2013, 397).

Hengitystieoireiden lääkehoito saattohoidossa on esitetty kuviossa 4. Oireenmukaisessa lääkehoidossa käytetään yleensä opioidia tai bentsodiatsepiinia (Korhonen & Poukka 2017, 443). Aiemmin opioidia käyttäneellä annosta nostetaan hieman. Morfiinia on tutkittu opioideista eniten hengenahdistuksen hoidossa, mutta kaikkia vahvoja opioideja voidaan käyttää. Bentsodiatsepiinien hengenahdistusta lieventävä vaikutus perustuu ahdistuksen lievittämiseen. Bentsodiatsepiineista käytetään esimerkiksi loratsepaamia tai midatsolaamia. Viimeisenä keinona muihin hoitomuotoihin reagoimattomaan hengenahdistukseen voidaan kuolevalla potilaalla käyttää palliativista sedaatiota. (Lehto ym. 2013, 396–397; Saarto ym. 2018, 40.)

Noin joka neljännellä kuolevalla esiintyy hengityksen korinaa, niin sanottua death rattle:a, viimeisinä elinpäivinä. Nielemisrefleksin ja yskimisvoiman heikentyessä hengitystie-eritteet kertyvät nieluun aiheuttane rohisevan hengityksen. Oire ei yleensä häiritse potilasta, mutta hänen läheisistään tämä saattaa olla huolestuttavaa. Tarvittaessa limaa voi imeä suusta, mutta muualta kuin suusta imemisestä tulee pidättäytyä. Kaksi kolmasosaa potilaista saa vasteen liman erittymistä ehkäisevänä lääkityksenä käytetystä antikolonergista, kuten esimerkiksi glykopyrrolaatista. (Korhonen & Poukka 2013, 443; Lehto ym. 2013, 399.)



KUVIO 4. Hengenahdistuksen lääkehoito saattohoidossa

3.2.4 Ruuansulatuskanavan oireiden hoito saattohoidossa

Ruuansulatuskanavan oireiden lääkehoito saattohoidossa on esitetty kuviossa 5. Saattohoitopotilaalla tavallisimpia ruuansulatuskanavan oireita ovat suun limakalvojen kuivuminen sekä suun ja sen limakalvojen infektiot. Tärkeintä suun hoidossa on suun kostuttaminen ja riittävä puhdistaminen. Mikäli potilas pystyy vielä nielemään, voidaan kostutus tehdä pienellä määrällä mitä vain hänelle mieluista nestettä. Mahdollisuuksien mukaan jääpalan imeskelystä voi olla apua sekä suun kuivumiseen että mahdolliseen kipuun. Muussa tapauksessa suuta on kostutettava keinosylkivalmisteilla tai sitruunatikuilla muutaman tunnin välein. (Hänninen & Rahko 2013, 435–436; Saarto ym. 2018, 48–52.)

Suun kivun hoidossa hoito kohdistetaan ensin aiheuttajan poistoon. Mikäli suun kivun aiheuttaa infektio, on infektio hoidettava aktiivisesti. Esimerkiksi sieni-infektion hoitoon voidaan käyttää paikallisesti annettavaa mikonatsolia. (Hänninen & Rahko 2013, 436.) Tarvittaessa suun haavojen hoitoon ja tätä kautta myös kivun ja infektioiden hoitoon voidaan kokeilla ”kolmoisgeeliä” tai ”nelosgeeliä”. Molemmat ovat puudutteen, antiseptin ja antimykootin yhdistelmiä, mutta nelosgeelissä

on näiden lisäksi tulehdusta rauhoittavaa kortikosteroidia. (Hänninen & Rahko 2013, 436; Saarto ym. 2018, 48–49.)

Pahoinvointia esiintyy jopa 60%:lla saattohoitopotilaalla loppuvaiheessa ja oksentelua noin 30%:lla (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019). Niihin voi liittyä ahdistusta, ruokahaluttomuutta, ummetusta ja väsymystä. Nämä heikentävät elämänlaatua merkittävästi. Lääkkeettömästi pahoinvointia hoidetaan välttämällä rasvaisia, mausteisia ja voimakkaasti tuoksuvia ruokia, tiilapaisella nenämahaletkulla tai suonensisäisellä nesteytyksellä. (Saarto ym. 2018, 52–55.)

Pahoinvoinnin hoito on erilaista sen mukaan, johtuuko se ummetuksesta, suolitukoksesta, metabolisesta muutoksesta vai henkisestä ahdistuksesta (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1232). Siksi lääkehoidossa kannattaa yhdistää eri vaikutusmekanismeilla toimivia lääkkeitä. Pahoinvoinnin hoitoon voidaan käyttää esimerkiksi metoklopramidia, haloperidolia, ondansetronia, granisetronia, deksametasonia ja loratsepaamia. Hyödyttömät lääkkeet on syytä lopettaa. Kun potilaan nielemiskyky heikkenee, voidaan antaa potilaalle peräpuikkona metoklopramidia tai haloperidolia injektiona ihon alle. (Korhonen & Poukka 2013, 445; Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019; Saarto ym. 2019, 54–55.) Opioidien aiheuttama pahoinvointi menee yleensä ohi 3-4 vuorokaudessa, mutta tarvittaessa sen helpottamiseksi voidaan kokeilla haloperidolia (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019).

Ummetus on yksi yleisimmistä vaivoista palliativisessa hoidossa ja noin puolet potilaista kärsii siitä. Liikkumattomuus, heikko nesteytys sekä lääkitys, etenkin opioidit, aiheuttavat ummetusta. Myös niukasti syövä potilas voi kärsiä ummetuksesta, kun suolistoon kertyy massa maha-suolikanavan eritteistä, suolen epiteelisoluista ja bakteerimassasta. Siihen voi liittyä vatsakipua, vatsan turvotusta, pahoinvointia, peräaukon kipua ja jopa peräsuolen nekroosia. (Hänninen & Rahko 2013, 433–434; Saarto ym. 2018, 55–56.)

Ummetuksen hoidossa tavoitteena on suolen toiminnan normalisoituminen sekä kivun ja epä mukavuuden lievittyminen. Ensisijaisesti on huolehdittava potilaan nesteytymisestä ja ravitsemuksesta. Lääkehoitona käytetään säännöllisesti suun

kautta annosteltavaa laksatiivia tai niiden yhdistelmää. Bulkkilaksatiiveja, jotka lisäävät suolen sisältöä, ei suositella, sillä ne voivat jopa pahentaa oireita potilaiden vähäisen liikkumisen ja niukan nesteytyksen vuoksi. Mikäli oraalilla valmisteilla ei saavuteta tavoitetta, voidaan turvautua peräpuikkoihin tai -ruiskeisiin. Elämän viimeisinä päivinä suolen toimimattomuus ei ole enää ongelma, jolloin laksatiivitkin lopetetaan. (Hänninen & Rahko 2013, 434; Saarto ym. 2018, 56–59.)



KUVIO 5. Ruuansulatuskanavan oireiden lääkehoito saattohoidossa

3.2.5 Neurologisten oireiden lääkehoito saattohoidossa

Kuolemaan liittyy harvoin kouristuksia. Osalla potilaista kouristusherkyys kuitenkin nousee ja heillä saattaa esiintyä kouristeluja tai lihasnykäisyjä kuoleman lähestyessä. Potilailla, joilla ei ole ennen ollut kouristuksia ei ole näyttöä ehkäisevän antiepilepsialääkityksen käytöstä (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019).

Neurologisten oireiden lääkehoito on esitetty kuviossa 6. Ensisijaisiksi antiepileptisälääkkeiksi suositellaan okskarbatsepiinia, karbamatsepiinia tai levetirasetaamia. Kuolemaa lähentyessä potilaan kyky ottaa lääkkeitä suun kautta heikkenee. Tällöin antiepileptisenkin lääkityksen antoreitti vaihdetaan parenteraaliseksi tai lopetetaan. Jos lääkitys lopetetaan, sen tilalle aloitetaan tarvittaessa annosteltava bentsodiatsepiini. (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019.)

Jos saattohoitopotilas kouristaa, hänelle annetaan oireenmukaisesti diatsepamia peräsuoleen ja tämä toistetaan tarvittaessa puolen tunnin kuluttua. Mikäli kouristelu jatkuu, potilaalle voidaan antaa midatsolaamia injektiona ihon alle, lihakseen tai laskimoon. Myös midatsolaami annos voidaan toistaa puolen tunnin kuluttua. (Korhonen & Poukka 2013, 444.)



KUVIO 6. Neurologisten oireiden lääkehoito saattohoidossa

3.2.6 Palliativinen sedaatio saattohoidossa

Palliativisella sedaatiolla tarkoitetaan kuolevan potilaan rauhoittamista lääkkein ja hänen tajuntansa heikentämistä sietämättömien ja hallitsemattomien oireiden

lieventämiseksi. Ennen sedaatiota on pyydettävä konsultaatiota palliatiivisen lääketieteen tuntemuksen omaavalta lääkäritä tai anestesiologilta. (Hänninen & Rahko 2013, 438; Saarto ym. 2018, 117.) Kuten kaiken hoidollisen toiminnan perustana, myös sedaation perustana on potilaan vapaa suostumus ja keskustelu asiasta potilaan sekä hänen läheistensä kanssa (Tasmuth 2019, 544).

Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole aiheuttaa potilaan kuolemaa, vaan saada potilaan oireet hallintaan. Sen tyypillisiä aiheita ovat hallitsematon delirium, hengenahdistus, psyykinen ahdistuneisuus, kipu ja oksentaminen. Sedaation kesto vaihtelee potilaan tarpeen mukaan, mutta yleensä palliatiivinen sedaatio jatkuu potilaan kuolemaan asti. (Saarto ym. 2018, 117.) Toisaalta jotkut potilaat voivat hyötyä vain yöaikaan annosteltavasta kevyestä sedaatiosta, jolloin potilas voi olla päivät hereillä (Hänninen & Rahko 2013, 438).

Sedaatio tulee aloittaa pienimmällä mahdollisella annoksella ja se tulisi pitää niin kevyenä kuin mahdollista. Lääkeannoksen riittävyttä pitäisi arvioida muutaman kerran tunnissa, kunnes tavoiteltu oireiden lievittyminen on saavutettu. Mikäli potilas on rauhallinen ja kivuton mutta silti helposti heräteltävissä, sedaatio toimii. Tavoitteen saavuttamisen jälkeen arviointia jatketaan vähintään kolme kertaa päivässä. (Saarto ym. 2018, 117; Tasmuth 2019, 544.) Sedaatiossa käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa midatsolaami ja loratsepaami. Anestesiologian erikoislääkärin ohjauksessa sedaatiossa voidaan käyttää myös propofolia tai deksmedetomidiina. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019.)

3.2.7 Harkinnanvarainen lääkehoito ja muu sairaanhoidollinen hoito saattohoidossa

Saattohoidon tavoitteena on potilaan hyvä elämänlaatu, jolloin täytyy arvioida huolellisesti mistä potilas hyötyy ja mikä aiheuttaa kärsimystä. Hoitotahtoon potilas on voinut kirjata kantansa siitä, miten hän haluaa itseään hoidettavan. Mikäli hoitotahtoa ei ole kirjattu, keskustele lääkäri potilaan ja hänen läheistensä kanssa hoidonrajauksista. Hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan kanta esimerkiksi antibioottihoidoista, ravitsemushoidoista ja verensiirroista. (Tasmuth 541,

Poukka & Pöyhiä 2012, 452.) Jos potilaan tahdosta ei saada selvyyttä esimerkiksi pitkälle edenneen dementian vuoksi, tai häntä edustavien lähiomaisten tai muiden läheisten kannat eroavat toisistaan, on potilasta hoidettava tavalla, jota pidetään hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena (Tasmuth 2019, 541).

Saattohoidossa käytettävät harkinnanvaraiset lääkehoidot on esitetty kuviossa 7. Kuolevan potilaan kohdalla on punnittava, onko infektion hoidosta antibiooteilla enemmän hyötyä kuin haittaa (Saarto ym. 2018, 193). Suonensisäisten antibiootien käyttö on epämielekästä elämän loppuvaiheessa heikon vastustuskyvyn vuoksi (Hänninen 2015, 20). Pelkkä suureneva tulehdusarvo ei ole syy aloittaa antibioottihoitoa, vaan sen pitää perustua selkeään infektiopäilyyn. Antibioottihoitoja käytetään saattohoitovaiheessa vain sellaisten infektioiden hoitoon, joiden oireita ei saada muuten lievittymään, kuten esimerkiksi virtsatieinfektion aiheuttama kirvely. Ellei vastetta saada, on antibiootti lopetettava. (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019.)

Noin 80% potilaista kärsii elämän loppuvaiheissa kakeksiasta eli näivettymisestä (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019). Saattohoidossa potilasta autetaan syömään ja juomaan niin kauan kuin se tuntuu hänestä hyvältä. Elämän loppuvaiheessa ravitsemushoito ei paranna potilaan elämänlaatua, eikä pidennä hänen elinaikaansa. Myöskään nenämahaletkun kautta ravinnon antamista ei suositella. (Hänninen 2015, 17.) Nenämahaletkua ei pitäisi laittaa potilaalle, jonka eliniänodote on muutaman kuukauden. Ravitsemuksellisia ongelmia ei pystytä parantamaan ravintoa lisäämällä. Paras vaihtoehto on tarjota potilaalle hänen mieliruokaansa niissä määrin kuin hän haluaa sitä syödä, silloin kun hän haluaa syödä. (Pöyhiä 2012, 458; Hänninen 2015, 17.)

Kuolevan potilaan hoidossa suonensisäisestä nesteytyksestä on harvoin hyötyä. Sen sijaan suoneen annettu neste voi kuolevilla potilailla karata kudoksiin, jolloin neste kertyy ja esiintyy turvotuksina ja aiheuttaa hengenahdistusta. Jos potilaalla epäillään nestehukkaa, voidaan suonensisäistä nesteytystä antaa annoksella 1000 ml vuorokaudessa muutaman vuorokauden ajan. Mikäli potilaan vointi ei kohene, lopetetaan kokeilu. (Korhonen & Poukka 2013, 441; Palliativinen hoito

ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019.) Nesteytystä tärkeämpää on kostuttaa potilaan suuta antamalla hänelle mieluisaa nestettä pienissä määrin, tai kostuttamalla suuta pumpulipuikoilla (Saarto ym. 2018, 48).

Anemisoituminen liittyy usein pitkälle edenneisiin sairauksiin. Saattohoitovaiheen potilailla anemisoitumisen viitearvoksi on määritelty hemoglobiiniarvo 80. Matala hemoglobiini ei selitä yksistään heikkoa yleistilaa, mutta hemoglobiinin korjaus voi virkistää potilasta hetkeksi ja näin ollen hyödyttää häntä. Jos hemoglobiiniarvo laskee alle 80, voidaan muutaman punasoluyksikön tiputtamista harkita. Muiden verituotteiden antaminen on vielä harvemmin hyödyllistä saattohoitovaiheessa. (Pöyhiä 2012, 458; Hänninen 2015, 17–18.)



KUVIO 7. Harkinnanvarainen lääkehoito ja muu hoito saattohoidossa

3.2.8 Saattohoidon ulkopuolelle jätetyt lääkeryhmät

Saattohoitoon siirryttäessä lääkäri arvioi uudelleen potilaan lääkkeiden tarpeen ja poistaa lääkelistalta tarpeettomat valmisteet. Tällaisia ovat muun muassa verenpaine-, rytmihäiriö- ja kolesterolilääkkeet, osteoporoosilääkkeet, vitamiinit ja hivenaineet, masennuslääkkeet, vatsansuojalääkkeet sekä mahdolliset mikrobilääkkeet (Korhonen & Poukka 2013, 441).

Diabeteksen lääkehoidossa keskitytään ehkäisemään hypoglykemioita. Tabletti-muotoinen lääkitys arvioidaan kriittisesti ja jätetään pois ajoissa. Samalla pistettävää insuliiniannosta pienennetään ja verensokerin tavoitetaso määritetään aiempaa korkeammaksi. Kun syöminen ei enää onnistu ja elinaikaa on jäljellä korkeintaan muutamia päiviä, lopetetaan insuliinihoito sekä verensokeriseuranta. (Saarto ym. 2018, 101–115.)

3.3 Saattohoidossa käytettävien lääkkeiden haittavaikutukset ja niiden hoito

Saattohoidon tavoitteena on elämän laadun ylläpitäminen, jolloin saattohoidossa käytettävällä lääkityksellä pyritään lievittämään oireita. Lääkkeen oireita lievittävän vaikutuksen täytyy olla suurempi kuin mahdollisten haittavaikutusten. (Saarto ym. 2018, 114.) Haittavaikutuksia on ehkäistävä ja hoidettava aktiivisesti, jotta potilaan hoitomyönteisyys säilyy (Saarto ym. 2018, 25). Saattohoidossa yleisimmin käytettävien lääkeryhmien haittavaikutukset on esitetty kuviossa 8.

Opioidien yleisimpiä haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi, huimaus, sekavuus ja väsymys. Tästä syystä esimerkiksi ummetus- ja pahoinvointilääkereseptit kirjoitetaan potilaalle valmiiksi opioidilääkitystä aloitettaessa. (Saarto ym. 2018, 25–27.) Ummetusta lukuun ottamatta opioidien haittavaikutuksille kehittyy toleranssi ajan saatossa. Haittavaikutuksia voidaan vähentää pienentämällä opioidin annosta, vaihtamalla opioidia, tai sen annostelureittiä. Muun kipulääkkeen käyttö opioidin rinnalla vähentää opioidin tarvetta. Tarvittaessa opioidin aiheuttaman sekavuuden hoitoon voidaan käyttää haloperidolia (Korhonen & Poukka 2013, 444; Saarto ym. 2018, 25; Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoitosuositus 2019).

Psykykenlääkkeiden haittavaikutukset ovat yleensä lieviä ja ohimeneviä. Ne ovat usein riippuvaisia annoksesta, jolloin annoksen pienentäminen vähentää myös haittavaikutusta. Toisaalta tällöin myös hoitovaikutus saattaa poistua, joten annoksen laskua tai lääkkeen lopettamista on hyvä harkita yksilöllisesti. (Huttunen 2018.)

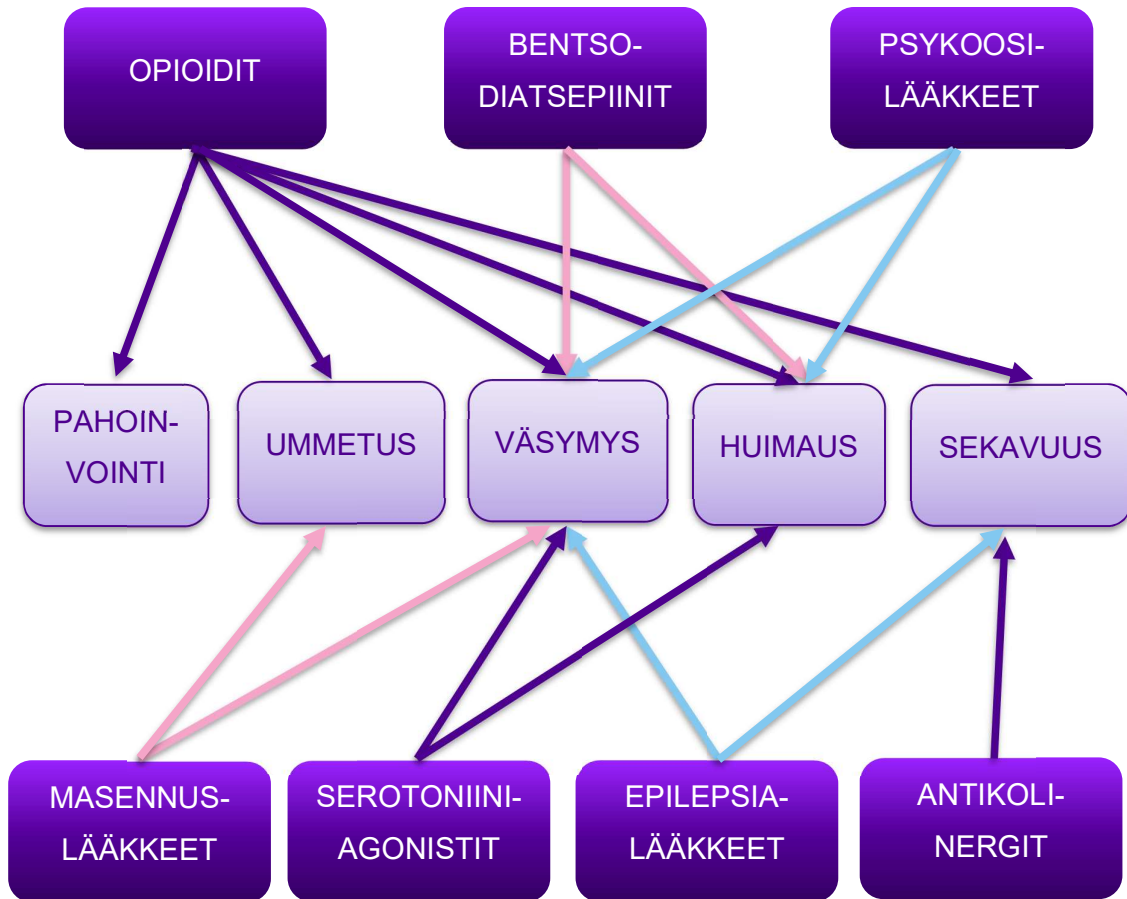
Psykykenlääkkeistä jotkin laskevat ortostaattista verenpainetta, joka lisää kaatumisriskiä. Bentsodiatsepiinien, kuten diatsepaamin ja loratsepaamin sekä psykoosilääkkeiden, kuten esimerkiksi olantsapiinin ja haloperidolin, haittavaikutuksiin kuuluvat muun muassa väsymys, huimaus ja jähmeys, jotka lisäävät myös kaatumisriskiä. Haloperidoli saattaa aiheuttaa ekstrapyramidaalioireita, kuten lihaskouristuksia, vapinaa ja levottomuutta. Oireita ilmetessä annosta on laskettava, tai haloperidoli on vaihdettava toiseen psykykenlääkkeeseen. (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1233–1234; Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus, 2019.)

Masennuksen hoitoon käytettävien lääkkeiden haittavaikutuksia ovat väsymys, lievät vatsaoireet, ummetus ja suun kuivuminen. Toisaalta esimerkiksi venlafaksiini ja amitriptyliini nostavat kipukynnystä ja niitä käytetäänkin neuroopaattisen kivun hoitoon. (Huttunen 2018; Saarto ym. 2018, 105.) Ahdistus- ja unilääkkeiden haittavaikutuksena on liiallinen väsymys päivisin. Kaikkien näiden haittavaikutusten korjaamiseksi auttaa annoksen huolellinen titraus tai annoksen lasku. Mikäli annos on minimissään, on koitettava toista vaikuttavaa ainetta. (Huttunen 2018.)

Antikolinergien, kuten glykopyrrolaatin, haittavaikutuksiin kuuluu sekavuus ja psyykkiset vaikutukset. Haittavaikutuksia ehkäistään vähentämällä annostusta, tai lopettamalla annostus kokonaan, mikäli haittavaikutus on hyötyä suurempi. (Korhonen & Poukka 2013, 443; Lehto ym. 2013, 399; Kiljunen & Marjamäki 2017, 1231.)

Metoklopramidin yhteiskäyttö psykoosilääkkeiden kanssa lisää väsymyksen, jähmeyden ja huimauksen riskiä (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1234). Serotoniniagonistien, kuten ondansetronin ja granisetronin, haittavaikutuksia ovat päänsärky, ummetus ja huimaus (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019). Ummetuksen hoidossa käytettävät laksatiivit taas aiheuttavat haittavaikutuksina ilmavaivoja, lievää vatsakipua ja vatsan turvotusta (Saarto ym. 2018, 57).

Saattohoidossa suositeltavat epilepsialääkkeet okskarbatsepiini ja karbamatsepiini voivat haittavaikutuksena aiheuttaa väsymystä. Käytön jatkuessa haittavaikutus menee ohi. Levetirasetaami sen sijaan voi aiheuttaa psyykkisiä oireita, kuten levottomuutta. (Saarto ym. 2018, 75–76.)



KUVIO 8. Saattohoidossa yleisimmin käytetyt lääkeryhmät ja niiden yleisimmät haittavaikutukset

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on yksi monista tutkimusmenetelmistä. Tämän menetelmän avulla on mahdollista muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksia voidaan tehdä erilaisia tarkoituksia varten, minkä vuoksi on olemassa erityyppisiä katsauksia. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7–8.) Kirjallisuuskatsaus voidaan tehdä kolmen eri päätyypin mukaan: systemaattisesti, kuvailevasti tai meta-analyysinä. Opinnäytetyömme on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka on yleisimmin käytetty perustyyppi. Se on yleiskatsaus ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä, jolloin aineistot ovat laajoja eikä aineiston valintaa rajata tiukkojen sääntöjen mukaisesti. Tutkittava ilmiö kuvataan laaja-alaisesti, jolloin kuvaileva kirjallisuuskatsaus tarjoaa uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten. (Salminen 2011, 6.)

Kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen. Se tehdään vaiheissa, joista ensimmäinen on tutkimuskysymyksen muodostaminen. Kun tutkimuskysymys on muodostettu, aletaan hakemaan aineistoa aiemmin aiheesta tehdyistä tutkimuksista, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Valittu aineisto käydään läpi ja sen perusteella luodaan aiheen kuvailu. Kun kuvailu on valmis, on vuorossa sen tarkastelu. (Kangasniemi ym. 2013, 291.) Kirjallisuus katsauksen vaiheet on esitetty kuviossa 9.



KUVIO 9. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keskeinen tekijä on tutkimuskysymys. Sen perusteella kootaan tutkimusaineisto, joka vastaa tutkimuskysymykseen mahdollisimman relevantisti. Tutkimusaineistonhaku tehdään joko elektronisesti tieteellisistä tietokannoista tai manuaalisesti tieteellisistä julkaisuista. Aineisto siis muodostuu aiemmin aiheesta tehdyistä tutkimuksista, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen joltain kantilta. Sen avulla siis tehdään ”tutkimusta tutkimuksesta”. (Salminen 2011, 1–3; Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Aineiston valinnan tukena voidaan käyttää taulukointia, joka jäsentää valittua aineistoa, tunnistaa niiden sisällöllisen annin suhteessa tutkimuskysymykseen ja arvioi niiden luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää ja arvioida olemassa olevaa teoriaa ja luoda alustaa uudelle teorialle. Lisäksi kirjallisuuskatsauksella rakennetaan kokonaiskuva tietystä asiakokonaisuudesta ja pyritään ymmärtämään ilmiöitä sekä tunnistamaan ongelmia. (Salminen 2011, 1–3; Kangasniemi ym. 2013, 291–292.)

Kuvailua rakentaessa perehdytään haettuun aineistoon. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa yhdistetään ja analysoidaan aineistoja kriittisesti sekä rinnastetaan tietoa eri tutkimuksista. Lopputuloksena valitusta aineistosta pyritään koamaan jäsennelty kokonaisuus, joka vastaa tutkimuskysymykseen referoimatta, tiivistämättä tai viittaamatta aineistoihin. Niiden sijaan tavoitteena on luoda jo olemassa olevan tiedon vertailua toisiinsa ja laajempien päätelmien tekemistä aineistosta. Tutkimuskysymyksen mukaan ilmiötä voidaan tarkastella teemoittain, kategorioittain tai suhteessa teoreettiseen lähtökohtaan. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus jaetaan kahteen eri tyyppiin: narratiiviseen ja integroivaan kirjallisuuskatsaukseen. Integroivaa käytetään, kun halutaan mahdollisimman monipuolinen kuvaus ja tuottaa uutta tietoa tutkitusta tiedosta. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan taas tarjota ajankohtaista koottua tietoa. (Salminen 2011, 7–8.) Narratiivinen kirjallisuuskatsaus kuvaa aiheeseen liittyvää aikaisempaa tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää (Stolt ym. 2016, 9). Tämä opinnäytetyö on tehty narratiivisen tyyppin mukaan, jotta pystymme koamaan laajan kuvan käsiteltävästä aiheesta.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksen tarkastelussa arvioidaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tehdään menetelmällinen ja sisällöllinen pohdinta. Pohdintavaiheessa kootaan kirjallisuuskatsauksen keskeiset tulokset ja verrataan niitä teoreettiseen lähtökohtaan. Osiossa voidaan myös nostaa esille jatkotutkimushaasteita sekä johtopäätöksiä. (Kangasniemi ym. 2013, 297.)

4.2 Aineiston keruu ja analysointi

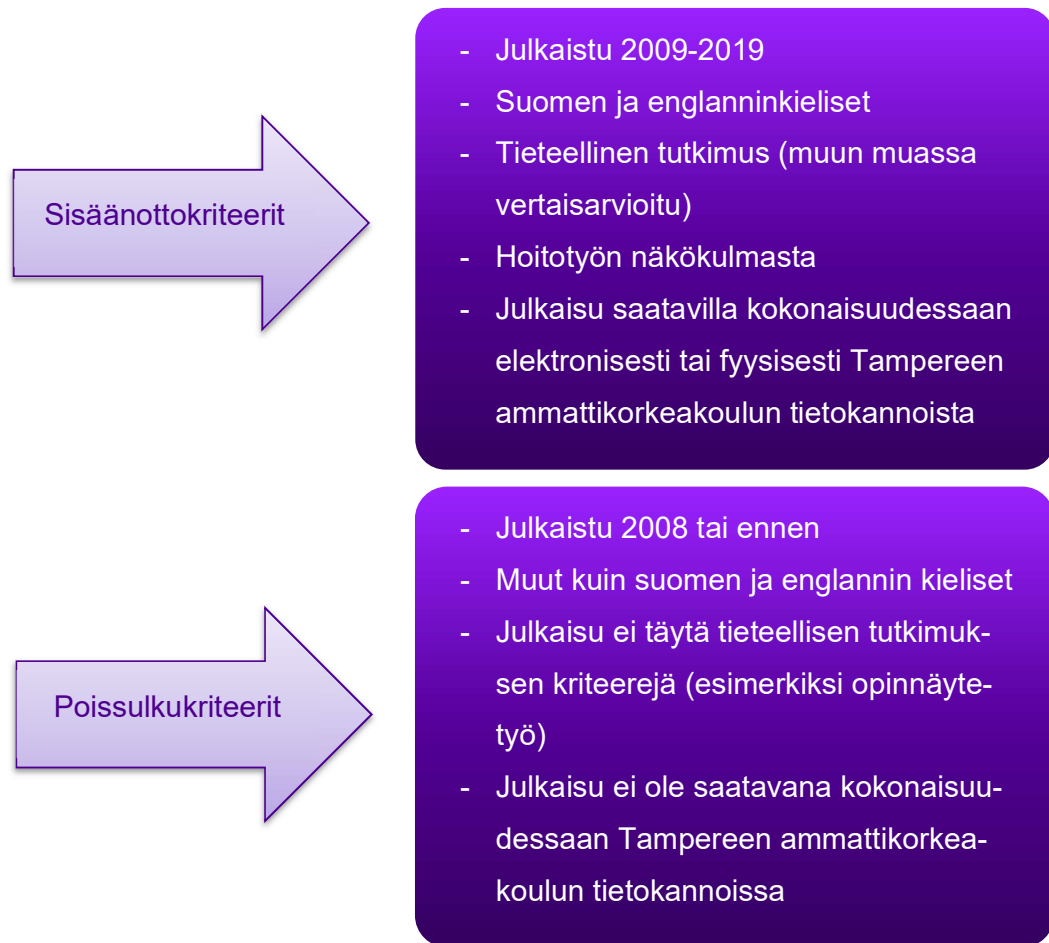
Tämän opinnäytetyön aineiston haku tehtiin elektronisia tietokantoja käyttämällä. Käytetyt tietokannat olivat Cinahl ja Medic. Hakusanojen valinnassa apuna käytettiin FintoMeSH- asiasanastopalvelua. Tiedonhaussa hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja: "saattohoito", "terminaalihoito", "kuoleva", "lääkehoito", "terminal care", "hospice care", "dying", "pharmacotherapy", "medication". Valitsimme aineistoksi vain vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita.

Jotta tutkimusartikkeleiden ajantasaisuus voitiin varmistaa, haku rajattiin koskemaan enintään 10 vuotta vanhoja tuloksia. Kielitaitomme mukaisesti haku rajattiin koskemaan suomen ja englannin kielisiä tuloksia. Lisäksi aineiston oli oltava saatavissamme kokonaisuudessaan joko elektronisesti tai fyysisesti Tampereen ammattikorkeakoulun tietokannoista. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty kuviossa 10.

Hakua tehtäessä Cinahlista, hakusanoina käytettiin terminally ill patients OR dying OR end of life OR palliative, johon lisättiin hakusana terminal care OR hospice care OR palliative care. Koska aihe oli nimenomaan saattohoidossa käytettävä lääkehoito, lisättiin näihin hakusanoihin vielä hakusanan drug therapy OR pharmacotherapy OR medication.

Hakua rajattiin kuvion 10 sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti. Tällä hakulauseella löytyi 179 tulosta, joista valittiin otsikon perusteella 67. Otsikon perusteella valittujen tulosten tiivistelmät ja tarvittaessa koko tekstit käytiin läpi ja niistä mukaan valikoitui 9 tutkimusartikkelia.

Medic -tietokannasta hakua tehtäessä käytettiin hakusanaa saatohoi* OR terminaalihoi* OR palliatiiv*. Tämä yhdistettiin hakusanaan lääkehoi* OR lääk* ja kuole*. Hakutuloksia löytyi 20, mutta niistä yksikään ei ollut sisäänottokriteereiden mukainen.



KUVIO 10. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Palliatiivista sedaatiota ei käsitelty hakutuloksissa juurikaan. Tulosten lähteet käytiin läpi, mutta niistäkään ei löytynyt sisäänottokriteereihin soveltuvia tutkimuksia. Lopulta päädyttiin tekemään lisähaku koskien palliatiivista sedaatiota Cinahl- tietokannasta. Haku tehtiin käyttämällä hakusanoina sedation ja terminal care OR palliative care OR end of life care OR hospice care.

Lisähakua rajattiin sisäänottokriteereiden mukaisesti, jolloin tuloksia tuli 77 kappaletta. Otsikoiden perusteella tuloksia jäi 16 kappaletta. Näihin 16 tulokseen perehdyttiin tarkemmin tiivistelmän ja tarvittaessa koko tekstin perusteella, ja lopulta opinnäytetyöhön sopivia tuloksia löytyi 4 kappaletta. Palliatiivisesta sedaatiosta haluttiin tietää yleisimmin käytetyt lääkkeet sedaation toteuttamiseksi sekä syyt palliatiiviseen sedaatioon.

Päähauulla sekä lisähauulla kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä mukailleen. Tutkimuksista kerättiin vastaukset tutkimuskysymykseen ja vastaukset taulukoitiin liitteen 1 mukaisesti. Vastaukset jaettiin kategorioihin sen mukaan, kerrottiinko niissä saattohoitopotilaan lääkehoidossa tarpeellisista vai hyödyttömistä lääkkeistä. Sen lisäksi yksi kategoria nimettiin oireenmukaiseksi lääkitykseksi. Tähän kategoriaan kuuluvissa viitteissä keskityttiin yhden oireen lääkehoitoon, kun taas ”tarpeellisen lääkityksen” alle kuuluvissa viitteissä lääkityksiä käytiin läpi yleisellä tasolla. Erillinen kategoria monilääkitystä ja lääkemääriä koskevista otteista taulukoitiin kategoriaan nimeltä lääkemäärät. Kategoriat on esitetty kuviossa 11.



KUVIO 11. Saattohoitopotilaan turvallisen lääkehoidon kategoriat teoreettisen tiedon perusteella

5 TULOKSET

5.1 Turvallisen lääkehoidon periaatteet saattohoidossa ja sen konkreettinen toteutuminen

Saattohoidossa yksi turvallisen lääkehoidon kriteereistä on monilääkityksen välttäminen. Monilääkitykseksi määriteltiin lääkitys, joka sisälsi viisi tai enemmän erilaista lääkettä. Tutkimusten mukaan monilääkityksen kriteerit kuitenkin täyttyivät useilla potilailla. Monilääkitykseen keskittyvässä tutkimuksessa potilaat saivat keskimäärin yhdeksää eri päivittäislääkettä ja yhtä tarvittavaa lääkettä. Samassa tutkimuksessa reilu viikko ennen kuolemaa potilaiden lääkitykseen kuului keskimäärin 11 eri lääkettä, ja heistä puolet otti vielä kuolinpäivänäänkin yli 6 eri lääkettä. Toisessa tutkimuksessa potilaat saivat keskimäärin noin viittä eri lääkettä elämänsä viimeisinä kolmena päivänä.

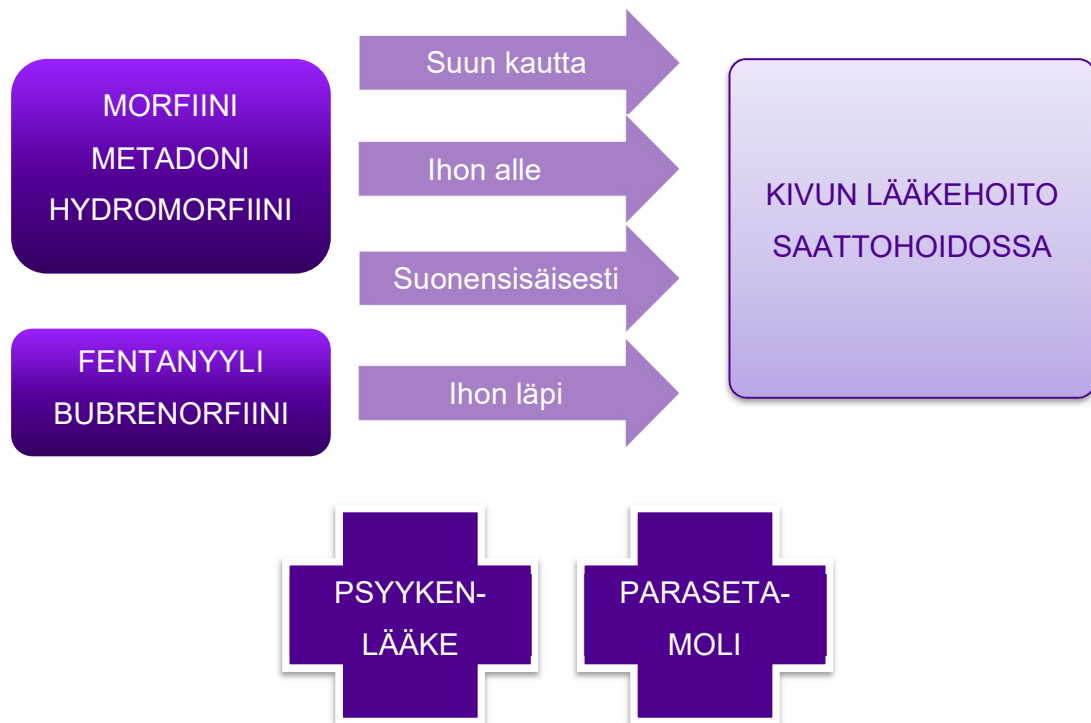
Monilääkitykseen liittyy riski turhien lääkkeiden käytöstä sekä kaksoislääkityksen riski. Hyödyttömiksi lääkkeiksi määriteltiin sellaiset lääkkeet, jotka eivät enää tarjonneet hyötyä potilaalle, eivät saavuttaneet arvokasta tavoitetta, tai joilla oli mahdollisuus vahingoittaa potilasta. Eräässä tutkimuksessa osallistujista joka viides käytti saattohoidossa hyödytöntä lääkettä. Näistä 10 prosenttia käytti kaksoislääkitystä: seitsemän potilasta käytti kahta eri bentsodiatsepiinia ja yksi potilas käytti kahta eri tulehduskipulääkettä.

5.2 Kivun lääkehoito saattohoidossa

Kivun lääkehoitoon keskityttiin tutkimuksissa ylivoimaisesti eniten, ja se on esitetty kuviossa 12. Suurimmalla osalla tutkimuksiin osallistuneista potilaista oli säännöllinen tai tarvittaessa otettava kipulääkitys. Potilaille määrättiin aluksi jokin ei-opioidi kipulääke, mutta se vaihdettiin lopulta opioidiin. Opioidit, etenkin morfiini, olivat yleisimmin saattohoidossa käytettyjä lääkkeitä. Muita käytettyjä opioideja olivat esimerkiksi fentanyyli, hydromorfiini ja metadoni. Opioidien käyttö todettiin turvalliseksi sekä tehokkaaksi kivunlievityskeinoksi ammattitaitoisten ihmisten toteuttamana.

Rintasyöpäpotilaiden lääkettä tutkivassa tutkimuksessa kaksi kolmesta potilaasta käytti jotain tukevaa lääkettä kolmen kuukauden kuluttua rintasyöpädiagnoosista. Heistä joka viides käytti sekä opioideja että psyykenlääkettä. Toisessa syöpäpotilaita tutkivassa tutkimuksessa neljä viidestä syöpäpotilaasta sai jotain opioideja viikko ennen kuolemaa, mutta kuolinpäivänä lähes kaikki potilaat saivat opioideja. Heistä yli kaksi kolmasosaa käytti lisäksi psyykenlääkettä. Tarvittaessa pitkävaikutteiseen opioidiin yhdistettiin tarvittaessa annosteltava parasetamoli.

Yleisin antoreitti oli suun kautta, mutta siihen voitiin yhdistää muiden antoreittien kautta annettavia opioideja. Morfiinista, metadonista ja hydromorfiinista käytettiin suun kautta annosteltavaa muotoa, mutta niitä voitiin annostella myös subkutaanisesti ihon alle tai suonen sisäisesti. Fentanyyliä ja buprenorfiinia käytettiin pääasiassa transdermaalisesti.

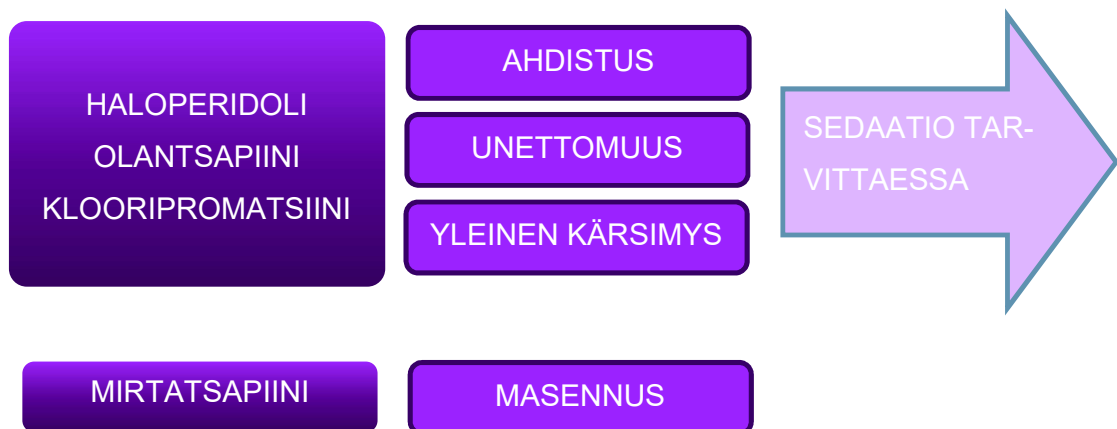


KUVIO 12. Yhteenveto kivun lääkehoidosta saattohoidossa

5.3 Psyykkisten oireiden lääkehoito saattohoidossa

Psyykkisten oireiden lääkehoitoon tutkimuksissa ei juurikaan perehdytty. Eniten psyykkisten oireiden hoito tuli ilmi palliativista sedaatiota koskevissa tutkimuksissa, joissa psyykkiset oireet olivat yksi yleisimmistä syistä palliativiseen sedaatioon. Psykelääkkeitä käytettiin paljon saattohoidossa myös kivun lääkehoidossa yhdistettynä opioideihin.

Tutkimuksissa mainittiin unettomuus, ahdistus ja yleinen kärsimys saattohoidon yleisinä oireina, mutta niiden lääkehoitoa ei juurikaan käyty läpi. Esille tulleet psyykkisten oireiden lääkehoidot saattohoidossa on esitetty kuviossa 13. Yleisimmin käytettyjä antipsykootteja olivat haloperidoli, olantsapiini sekä kloropromatsiini. Masennuksen lääkehoitona käytettiin yleisimmin mirtatsapiinia. Yksi yleisimmin käytetty tarvittaessa otettava lääkeryhmä olivat unilääkkeet.

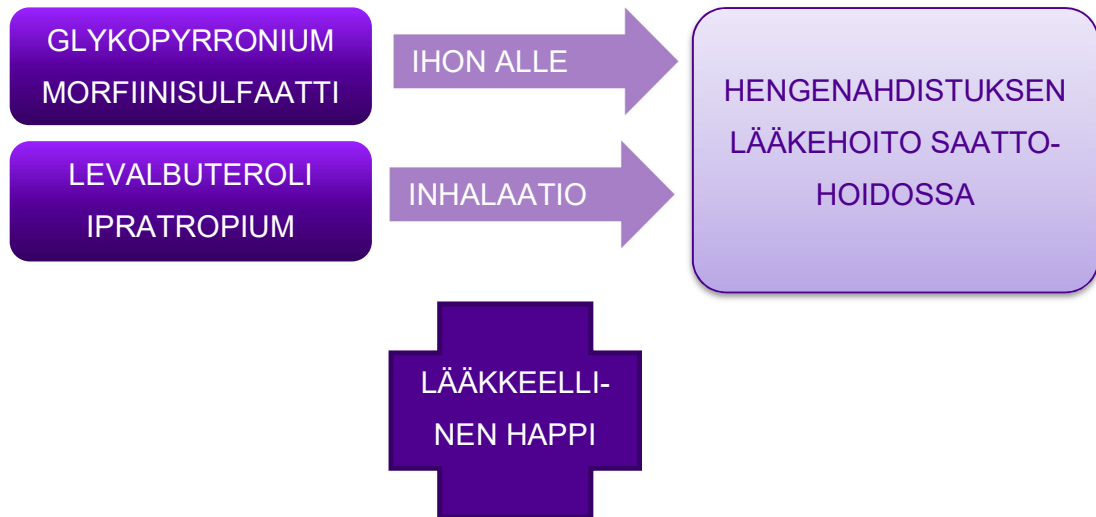


KUVIO 13. Yhteenveto psyykkisten oireiden mukaisesta lääkehoidosta saattohoidossa

5.4 Hengenahdistuksen lääkehoito

Saattohoidossa hengenahdistuksen lääkehoitona käytetyt lääkkeet on esitetty kuviossa 14. Lääkkeellinen happi oli yksi yleisimmin annettavista tarvittavista lääkkeistä. Sen lisäksi glykopyrrooniumia ja morfiinisulfaattia voitiin antaa subku-

taanisesti hengenahtdistusta helpottamaan. Glykopyrroniumi oli myös yksi yleisimmistä saattohoidossa käytetyistä lääkkeistä ja sitä käytettiin yleensä "death rattle":n eli hengityksen korinan hoitoon. Muita yleisesti käytettyjä lääkkeitä hengenahtituksen hoidossa olivat inhalaationa annettavat levalbuteroli ja ipratropium.



KUVIO 14. Yhteenveto hengenahtituksen lääkehoidosta saattohoidossa

5.5 Ruuansulatuskanavan oireiden lääkehoito saattohoidossa

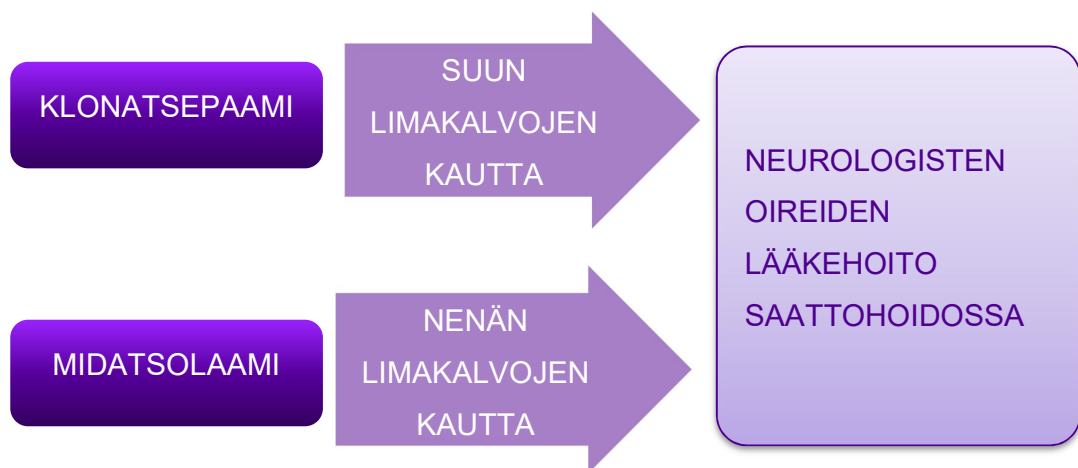
Ruuansulatuskanavan oireista tutkimukset keskittyivät ummetuksen ja pahoinvoinnin lääkehoitoon. Ruuansulatuskanavan oireiden lääkehoito saattohoidossa on esitetty kuviossa 15. Yleisimpiä päivittäin annosteltuja lääkkeitä olivat laksatiivit, kuten laktuloosi ja sennosidit. Sen lisäksi ruuansulatuskanavan oireita hoidettiin myös tarvittaessa oireenmukaisella lääkityksellä kuten vatsansuojälääkkeillä sekä laksatiiveilla. Yleisimmin käytettyjä vatsansuojälääkkeitä olivat pantopratsoli ja famotidiini, kun taas laksatiiveissa eniten käytettiin muun muassa sennosideja ja laktuloosia. Pahoinvoinnin lääkehoidossa yleisimpiä lääkkeitä olivat metoklopramiidi ja ondansetroni, mutta niiden käyttö injektio muodossa oli vähäistä.



KUVIO 15. Yhteenveto ruuansulatuskanavan oireiden mukaisesta lääkehoidosta

5.6 Neurologisten oireiden lääkehoito saattohoidossa

Kuviossa 16 on esitetty saattohoidossa käytettävät neurologisten oireiden lääkehoidot. Vain pieni osa potilaista pystyi käyttämään oraalisesti otettavia lääkkeitä kuolemaansa saakka, joten vaihtoehtoiset lääkkeenantotavat olivat yleisempiä. Yli puolet suun limakalvoille annosteltavaa klonatsepaamia käyttäneistä potilaista säilyi kouristuksettomina. Kouristuksen saaneista osa tarvitsi klonatsepaamin annoksen noston toistuvien kouristusten vuoksi, mutta osalle riitti kouristuksen hoitaminen nenän kautta annosteltavalla midatsolaamilla. Klonatsepaamia käyttävistä potilaista noin kolme neljästä kuoli viikon sisällä klonatsepaamin käytön aloittamisesta.



KUVIO 16. Yhteenveto neurologisten oireiden mukaisesta lääkehoidosta saattohoidossa

5.7 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivinen sedaatio määriteltiin sedatiivisten lääkkeiden käytöksi potilaan tietoisuuden vähentämiseen kärsimyksen ja hankalien oireiden vuoksi. Kaikissa tutkimuksissa midatsolaami oli yleisimmin käytetty sedatiivi. Midatsolaamin yleisin annostus kuolinpäivänä oli noin 30 milligrammaa. Joskus se yhdistettiin opioidin kanssa ja useimmiten opioidi oli saattohoitopotilaalla jo valmiiksi käytössä kivunhoitoon liittyen. Muita käytettyjä lääkkeitä olivat muun muassa loratsepaami ja levomepromatsiini. Palliatiivista sedaatiota pidettiin yllä pelkän opioidin avulla vain harvoissa tapauksista.

Syitä palliatiiviselle sedaatiolle löytyi tutkimuksissa monia. Useimmiten syynä oli delirium tai levottomuus ja yleinen kärsimys. Muita syitä palliatiivisen sedaation aloittamiseksi olivat hengenahdistus, kipu, levottomuus tai akuutti verenvuoto. Palliatiivisen sedaation aikana annettavasta nesteytyksestä tai ravitsemuksesta pidättäytyi suurin osa asiantuntijoista. Palliatiivisen sedaation syyt ja siihen käytettävät lääkkeet on esitetty kuviossa 17.



KUVIO 17. Yhteenveto palliatiivisesta sedaatiosta saattohoidossa

5.8 Harkinnanvarainen lääkehoito ja muu sairaanhoidollinen hoito saattohoidossa

Vaikka lähes kaikki asiantuntijat rajasivat antibiootihoidon saattohoidon ulkopuolelle, sai suuri osa potilaista antibiootteja. Yleisimmin saattohoidossa käytetty antibiootti oli Piperacillin/tazocin®. Potilaista 57 prosenttia sai yhdeksän päivää ennen kuolemaansa suonensisäisesti joko nesteytystä, ravitsemusta tai verituotteita. Kuolinpäivään mennessä määrä oli noussut 65 prosenttiin.

5.9 Saattohoidon ulkopuolelle jätetyt lääkeryhmät

Lähes kaikki asiantuntijat rajasivat saattohoidon ulkopuolelle verenpainelääkkeet, rytmihäiriölääkkeet, vatsansuojalääkkeet, antibiootit ja steroidit. Näistä steroidit ja vatsansuojalääkkeet olivat yleisimpiä lääkkeitä, joita kuitenkin annettiin saattohoidossa oleville potilaille.

Hyödyttömiin lääkeryhmiin kuuluivat myös statiinit ja monivitamiinivalmisteet. Statiinien kerrottiin olevan useimmiten turvallisia lääkkeitä, mutta niiden todettiin voivan reagoida muiden lääkkeiden kanssa sekä aiheuttaa harvinaisia sivuvaikutuksia kuten hepatiitin tai rabdomyolyyysin. Myös monivitamiinivalmisteiden kerrottiin saattavan reagoivan muiden lääkkeiden kanssa. Diabeteksen lääkehoito pysyi yleensä samanlaisena saattohoitoon siirryttäessä ja lääkehoitona käytettiin pääasiassa insuliinia.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa aiemmin tuotetun tiedon avulla sairaanhoitajan toteuttamaa turvallista lääkehoitoa saattohoitopotilaalle vuodeosastolla. Tutkimusten perusteella saattohoitopotilaan hoidossa käytetään useita eri lääkeryhmiä, jotka valitaan yksilöllisesti potilaan oireiden perusteella. Tutkimusten tulokset eivät juurikaan erottuneet tiedoista, joita käytettiin teoreettisten lähtökohtien lähteinä aihealueen ymmärtämiseksi.

Sekä teoreettisissa lähtökohdissa että tutkimuksissa turvallisen lääkehoidon peruspilariksi saattohoidossa nimettiin monilääkityksen välttäminen (O'Mahony & O'Connor 2011, 420; Kierner ym. 2016, 2071). Kiernerin ynnä muiden tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että vaikka monilääkitystä tulisikin välttää, käytetään suurimmalle osalle saattohoitopotilaista viimeisinä elinpäivinä turhan monta eri lääkettä. Tähän olisi syytä kiinnittää huomiota käytännön tasolla suunniteltaessa saattohoitopotilaalle lääkehoitoa.

Erityisesti tutkimuksissa korostui kivun lääkehoito. Teoreettisen tiedon mukaan saattohoidossa kivun lääkehoito pohjautuu vahvoihin opioideihin, joka tuli ilmi myös tutkimustuloksista. Opioidit olivat useissa tutkimuksissa eniten käytetty lääkeryhmä (Riechelmann, Krzyzanowska & Zimmermann 2009, 746; Raijmakers ym. 2013, 1006; Jansen ym. 2014, 189; Kierner ym. 2016, 2069). Eräässä tutkimuksessa opioidiin liitettiin jokin psykoaktiivinen lääke (Check, Rosenstein & Dusetzina 2016, 3456), kun taas toisessa tutkimuksessa potilaalle annettiin useampia eri opioideja tai samaa opioidia eri antoreittien kivunlievittämisen lisäämiseksi (Mercadante ym. 2013, 1855). Tähän liittyen sairaanhoitajalla on kivun lääkehoidossa tärkeä tehtävä arvioida saattohoitopotilaan kipua ja tarkkailla opioidien usein aiheuttamien haittavaikutusten, kuten ummetuksen ja pahoinvoinnin ilmenemistä.

Psyykkisten oireiden lääkehoidona käytettiin teoreettisen pohjan mukaan useita eri lääkkeitä. Tutkimustuloksissa sitä taas käsiteltiin niukasti ja lääkeaineita oli

vain muutamia. Toisaalta antipsykootit olivat yksi eniten käytetty lääkeryhmä (Hui ym. 2015, 429) ja haloperidolia käytti lähes puolet saattohoitopotilaista (Jansen, Schaufel & Ruths 2014, 189). Aihetta käsitteleviä tutkimuksia olisi syytä saada lisää psyykkisten oireiden turvallisen lääkehoidon kehittämiseksi saattohoidossa.

Hengenahdistuksenkin lääkehoito saattohoidossa oli tutkimuksissa samankaltainen kuin teoreettisissa pohjatiedoissa. Tutkimuksissa esille kuitenkin nostettiin inhalaatioina annettavat lääkkeet kuten levalbuteroli ja ipratropium (Hui ym. 2015, 429).

Ruuansulatuskanavan lääkehoidossa pitäisi sekä teoreettisten lähtökohtien (Korhonen & Poukka 2013, 441) että joidenkin tutkimuksienkin (Raijmakers ym. 2013, 1005; Hui ym. 2015, 429) mukaan pidättäytyä vatsansuojalääkkeiden käytöstä, mutta tutkimuksissa ne olivat yksiä yleisimmin käytettyjä tarvittaessa annosteltavia lääkkeitä (Raijmakers ym. 2013, 1005; Jansen ym. 2014, 189). Sen sijaan ummetuksen ja pahoinvoinnin lääkehoito saattohoidossa olivat samankaltaisia molemmissa. Tutkimuksista saatujen tietojen perusteella vatsansuojalääkkeiden käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota saattohoitopotilaan lääkehoidossa ja vähentää niiden aktiivista käyttöä.

Neurologisista oireista tarkasteltiin kouristuksien hoitoa saattohoidossa. Teoreettisten lähtökohtien mukaan lääkehoitona käytetään sekä antiepileptejä että bentsodiatsepiineja (Korhonen & Poukka 2013, 444; Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus 2019), kun taas Koekkoek:n ynnä muiden tutkimuksessa lääkehoitona käytettiin bentsodiatsepiineista klonatsepaamia ja midatsolaamia (Koekkoek ym. 2016, 1635). Aiheesta olisi hyvä tehdä tutkimuksia Suomessakin, jotta saattohoitopotilaan kouristusten hoitoon saataisiin ajankohtainen ohjeistus.

Teoreettisessa lähtökohdassa palliatiivisesta sedaatiosta käsiteltiin lähinnä sedaatioon johtavia syitä sekä sen kestoa (Saarto ym. 2018, 117; Tasmuth 2019, 544). Tutkimuksissa palliatiivisen sedaation syyt olivat samankaltaisia, mutta niiden lisäksi kerrottiin sedaatioon käytettävät lääkkeet, joista midatsolaami oli kaikista käytetyin (Arevalo ym. 2012, 618–619; Goncalves ym. 2012, 3126; Dean, Miller & Woodwark 2014, 477; Klosa, ym. 2014, 2625). Palliatiivisessa sedaatiossa saattohoitopotilaalle käytettävistä lääkkeistä sekä sedaation kestosta ja

laadusta olisi suositeltavaa tehdä ajankohtainen tutkimus ja ohjeistus Suomessa, jotta sen käyttö olisi paremmin perusteltavissa.

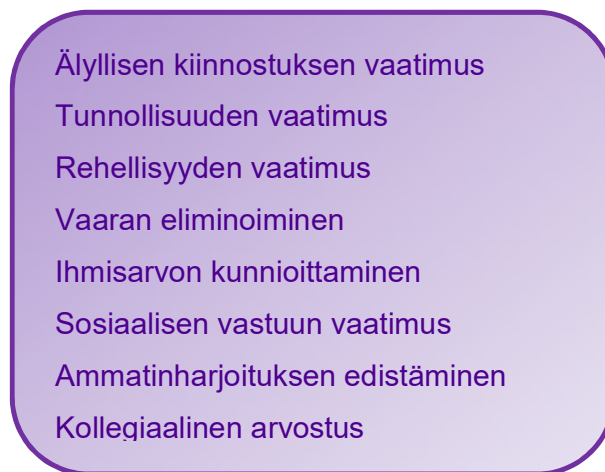
Harkinnanvarainen lääkehoito oli yhteneväistä niin teoreettisissa lähtökohdissa että tutkimuksissa. Tutkimuksissa tuli kuitenkin ilmi, että esimerkiksi antibiootteja käytettiin vielä saattohoitovaiheessakin, vaikka lähes kaikki asiantuntijat olivat arvioineet ne hyödyttömiksi elämän loppuvaiheessa (Kinley & Hockley 2010, 220; Raijmakers ym. 2013, 1007; Hui ym. 2015, 429). Myös nestehoitoa, ravitsemushoitoa sekä verituotteiden antamista pidettiin harkinnanvaraisina hoitoina, mutta kuitenkin suurin osa potilaista sai näitä (Kierner ym. 2016, 2070). Sairaanhoidajan tulee arvioida saattohoitopotilaan tilaa ja pohtia yhdessä lääkärin kanssa, mistä hoidoista potilaalle vielä on hyötyä.

Niin teoreettisten lähtökohtien kuin tutkimustenkin mukaan saattohoidon ulkopuolelle jäivät muun muassa verenpaine-, rytmihäiriö- sekä vatsansuojalääkkeet (Korhonen & Poukka 2013, 441; Raijmakers ym. 2013, 1005; Hui ym. 2015, 427). Diabeteksen lääkehoidossa teoreettisten lähtökohtien mukaan tulisi jättää ajoissa tablettimuotoinen lääkitys pois sekä pienentää insuliiniannosta (Saarto ym. 2018, 101–115). Kuitenkin tutkimuksissa ilmeni, että diabeteksen lääkehoito pysyi samankaltaisena kuin aiemmin saattohoitoon siirryttäessä (Hui ym. 2015, 429). Sairaanhoidajan olisi syytä kiinnittää huomiota saattohoitopotilaan lääkelistaan ja tarkistaa, onko listalla saattohoidon ulkopuolelle rajoitettuja lääkkeitä turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikka ja sen noudattaminen on tieteellisen toiminnan perusta. Tutkimusetiikkaa voidaan tarkastella kahdeksan annetun vaatimuksen perusteella. Vaatimukset ovat älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen sekä kollegiaalinen arvostus (kuvio 18). Vaatimukseen kuuluu, että tutkija on aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta, tutkija paneutuu tunnollisesti alaansa, jotta hänen hankki-

mansa ja välittämänsä tieto olisi mahdollisimman luotettavaa ja että tutkija ei syylisty vilpin harjoittamiseen. Vaaran eliminoimisella tarkoitetaan, että sellaisista tutkimuksista pidättäydytään, jotka voivat tuottaa kohtuutonta vahinkoa. Sosiaalisen vastuun vaatimus merkitsee, että tutkija käyttää tieteellistä informaatiota eettisten vaatimusten mukaisesti. Ammatinharjoituksen edistämällä tutkija edistää tutkimusten tekemisen mahdollisuuksia. Kollegiaalinen arvostus puolestaan tarkoittaa, että tutkijat suhtautuvat toisiinsa arvostavasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Olemme noudattaneet näitä vaatimuksia opinnäytetyötä tehdessämme.



KUVIO 18. Tutkijan eettiset vaatimukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212)

Luotettavuuden kannalta on merkittävää, että tutkimuskysymys on esitetty selkeästi ja sen teoreettista taustaa on eritelty. Lisäksi aineiston perusteiden kuvaus on tärkeää luotettavuuden selvittämisessä. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voidaan lisätä menetelmäosan selkeällä kuvauksella ja läpinäkyvyydellä. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.) Tutkimuskysymys on pyritty laatimaan mahdollisimman selkeäksi ja opinnäytetyössä on käytetty monipuolisesti erilaisia kuvioita muun muassa aineiston valinnan sekä kuvauksen selkiyttämiseksi. Ohjaava opettaja on tarkistanut useaan kertaan opinnäytetyön opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Lisäksi apuna käytettiin Tampereen ammattikorkeakoulun informaatiokolta saatuja ohjeita aineiston etsimiseen.

Opinnäytetyö on tehty parityönä. Opinnäytetyössä on käytetty vain luotettavia hakukoneita, Cinahl ja Medic, tutkimusartikkelien etsimiseen. Lisäksi käytettiin Tampereen ammattikorkeakoulun kirjastosta lainattuja kirjoja sekä muun muassa Hoitotiede-, Duodecim- ja Finnanest-lehtiä. Lähteitä on pyritty käyttämään monipuolisesti.

Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tuottaman sisällön kopioimista ja esittämistä omana tuotoksenaan. Myös idean varastaminen luokitellaan plagioinniksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173.) Plagiointia ei tule käyttää teollisessa tutkimuksessa, eikä sitä ole tässä opinnäytetyössä käytetty. Opinnäytetyön teksti pohjautuu käytettyihin lähteisiin. Lähteet on merkitty tekstiin kirjallisten ohjeiden mukaisesti ja ovat näin tarkistettavissa. Opinnäytetyö käy läpi Urkund -prosessin, jolla varmistetaan, ettei työssä ole käytetty plagiointia.

Opinnäytetyössä käytettiin suomen- ja englanninkielistä aineistoa. Suomenkielisessä aineistossa saattohoito oli selkeästi rajattu koskemaan elämän viimeisiä viikkoja. Englanninkielisissä taas tarkkaa rajausta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välille ei oltu tehty, jolloin tutkimusaineiston kohdentuminen juuri saattohoitoon jäi välillä epäselväksi. Opinnäytetyöhön pyrittiin kuitenkin valitsemaan tutkimuksia, joissa saattohoito rajaus oli mahdollisimman selkeä. Molemmat opinnäytetyön tekijät kävivät itsenäisesti aineistot läpi ja samalla tarkistettiin, että käännökset olivat toisiaan vastaavia. Tällä tavalla pyrittiin välttämään käännös- virheet sekä väärinymmärrykset ja näin lisättiin opinnäytetyön luotettavuutta.

6.3 Omat oppimiskokemuksemme ja tutkimusehdotuksemme

Valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi saattohoitopotilaan hoitotyön, sillä olemme molemmat työskennelleet saattohoitopotilaiden parissa. Halusimme opinnäytetyön avulla kehittää omaa osaamistamme sekä koota tietoa muille alan opiskelijoille ja jo valmistuneille sairaanhoitajille. Saimme opinnäytetyötä ohjaavalta opettajaltamme ehdotuksen rajata aihe koskemaan lääkehoitoa saattohoidossa. Pyörittelimme aihetta mielessämme useaan kertaan ja lopulta otsikoksi muodostui "Saattohoitopotilaan lääkehoito vuodeosastolla – tietoa sairaanhoita-

jalle turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi”. Valitsimme opinnäytetyömme toteutusmenetelmäksi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, sillä koimme näin saavamme parhaiten luotettavaa ja ajankohtaista tietoa aiheesta. Tämä osoittautui onnistuneeksi menetelmäksi ja saimme vastauksia tutkimuskysymykseemme, millaista on saattohoitopotilaan turvallinen lääkehoito sairaanhoitajan toteuttamana.

Opinnäytetyötä aloittaessamme ajattelimme, että löytäisimme hyvin tietoa sairaanhoitajan toteuttamasta lääkehoidosta saattohoidossa. Kuitenkin osoittautui hankalaksi löytää tietoa aiheesta nimenomaan sairaanhoitajan näkökulmasta. Sairaanhoitaja-koulutuksessa on käsiteltävä saattohoitoa ja siihen liittyvää lääkehoitoa. Olisi tärkeää, että näihin perehdyttäisiin opinnoissa vielä nykyistäkin enemmän, sillä kuolevan potilaan hoito tulee monilla vastaan eri hoitotyön alueilla.

Opinnäytetyön tekeminen oli oppimisprosessina tarpeellinen, sillä näin pääsimme syventymään tutkimusprosessiin sekä valitsemaamme aiheeseen. Opinnäytetyötä tehdessämme opimme etsimään aiheeseen sopivaa tutkimustietoa. Opimme, millainen kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmänä sekä miten aineiston analysointi tehdään. Lisäksi olemme harjaantuneet elektronisten hakukoneiden käytössä.

Opinnäytetyön tekeminen on antanut meille paljon uutta tietoa saattohoitopotilaan turvallisesta lääkehoidosta. Saimme koottua opinnäytetyöhömmme keskeisiä saattohoidossa käytettyjä lääkkeitä, joista osan tunsimmekin jo entuudestaan, mutta esimerkiksi sedaatioon käytetyt lääkkeet olivat meille vieraampia. Opinnäytetyömme avulla niin sairaanhoitajaopiskelijat kuin valmistuneetkin sairaanhoitajat voivat hyödyntää kokoamaamme ajankohtaista tietoa saattohoitopotilaan turvalliseen lääkehoitoon liittyen.

Saattohoitopotilaan turvallisesta lääkehoidosta ei löytynyt hauillamme suomenkielisiä tutkimuksia. Tähän voitaisiin jatkossa keskittyä tutkimuksia suunniteltaessa, jotta myös Suomessa toteutuvasta saattohoidosta ja siinä käytetyistä lääkkeistä löytyisi ajankohtaista tietoa. Käyttämässämme tutkimuksissa ei myöskään käyty läpi saattohoidossa käytettyjen lääkkeiden vasteita tai haittavaikutuksia.

Nämä liittyvät olennaisesti sairaanhoitajan toteuttamaan turvalliseen lääkehoitoon, joten aiheista olisi hyvä olla enemmän tutkittua tietoa sairaanhoitajan päätöksentekoa helpottamaan. Jatkotutkimuksena voitaisiin tehdä retrospektiivinen tutkimus suomalaisella saattohoito-osastolla käytettävistä lääkeryhmistä ja käytetyistä lääkkeiden antotavoista.

LÄHTEET

Arevalo, J., Rietjens, J., Swart, S., Perez, R. & van der Heide, A. 2013. Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance. *International journal of nursing studies* 50 (5), 613–621.

Check, D., Rosenstein, D. & Dusetzina, S. 2016. Early supportive medication use and end-of-life care among Medicare beneficiaries with advanced breast cancer. *Supportive Care in Cancer* 24 (8), 3463–3472.

Dean, A., Miller, B. & Woodwark, C. 2014. Sedation at the end of life: a hospice's decision-making practices in the UK. *International Journal of Palliative Nursing* 20 (10), 474–481.

Goncalves, F., Cordero, A., Almeida, A., Cruz, A., Rocha, C., Feio, M., Silva, P., Barbas, S. & Neves, S. 2012. A survey of the sedation practice of Portuguese palliative care teams. *Supportive Care in Cancer* 20 (12), 3123–3127.

Hamunen, K. 2012. Palliatiivinen sedaatio. *Finnanest* 5/2012, 470–473

Hui, D., Li, Z., Chisholm, G., Didwaniya, N. & Bruera, E. 2015. Changes in medication profile among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Supportive Care in Cancer* 23 (2), 427–432.

Huttunen, M. 2018. Psykykenlääkkeet. *Lääkärikirja Duodecim*. Luettu 2.12.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dIk00412

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas : potilaan ja omaisen opas. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys Ry. 14. painos.

Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu: kirjoituksia saattohoidosta. 3. painos. Helsinki: Otava.

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Duodecim* 129 (4), 433–439.

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. 2015. Turvallinen lääkehoito - Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 14/2015.

Jansen, K., Schaufel, M. & Ruths, S. 2014. Drug treatment at the end of life: An epidemiologic study in nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 32 (4), 187–192.

Kangasniemi M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 4/2013, 291–301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kierner, K., Weixler, D., Masel, E., Gartner, V. & Watzke, H. 2016. Polypharmacy in the terminal stage of cancer. *Supportive Care in Cancer* 24 (5) 2067–2074.

Kiljunen, M. & Marjamäki, E. 2017. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. *Lääkärilehti* 19/2017, 1231–1235.

Kinley, J. & Hockley, J. 2010. A baseline review of medication provided to older people in nursing care homes in the last month of life. *International Journal of Palliative Nursing* 16 (5), 216–223.

Klosa, P., Klein, C., Heckel, M., Bronnhuber, A., Ostgathe, C. & Stiel, S. 2014. The EAPC framework on palliative sedation and clinical practice – a questionnaire-based survey in Germany. *Supportive Care in Cancer* 22 (10), 2621–2628.

Koekkoek, J., Postma, T., Heimans, J., Reijneveld, J. & Taphoorn, M. 2016. Antiepileptic drug treatment in the end-of-life phase of glioma patients: a feasibility study. *Supportive Care in Cancer* 24 (4), 1633–1636.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. *Duodecim* 129 (4), 440–445.

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystieoireiden palliatiivinen hoito. *Duodecim* 129 (4), 395–402.

Mercadante, S., Prestia, G., Ranieri, M., Giarratano, A. & Casuccio, A., 2013. Opioid use and effectiveness of its prescription at discharge in an acute pain relief and palliative care unit. *Supportive Care in Cancer* 21 (7), 1853–1859.

O'Mahony, D. & O'Connor, M. 2011. Pharmacotherapy at the end-of-life. *Age & Ageing* 40 (4), 419–422.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2019. Viitattu 20.11.2019 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063#s8>

Pöyhä, R. 2012. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. *Finnanest* 5/2012, 456–458.

Raijmakers, N., van Zuylen, L., Furst, C., Beccaro, M., Maiorana, L., Pilastrri, P., Rossi, C., Flego, G., van der Heide, A. & Costantini, M. 2013. Variation in medication use in cancer patients at the end of life: a cross-sectional analysis. *Supportive Care in Cancer* 21 (4), 1003–1011.

Riechelmann, R., Krzyzanowska, M. & Zimmermann, C. 2009. Futile medication use in terminally ill cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 17 (6), 745–748.

Ritmala-Castren, M. 2006. STM opastaa, Lääkehoitoon turvallisuutta lääkehoitosuunnitelman avulla. *Sairaanhoitaja* 3/2006. Viitattu 23.9.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/stm-opastaa-laakehoidon-turvallisuutta-laakehotosuunnitelman-avulla/>

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2011. Turvallisen lääkehoidon perusteet. 1.-3. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2018. Palliativisen hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Juvenes Print.

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärilehti 9/2019, 540–544.

Tasmuth, T., Poukka, P. & Pöyhiä, R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnerest 5/2012, 450–454.

LIITTEET

Liite 1. Hakulausekkeet ja valittu aineisto

Tietokanta ja hakulauseke	Rajausten jälkeeseen soveltuva aineisto	Otsikon perusteella soveltuva aineisto	Tiivistelmän perusteella soveltuva aineisto
Cinahl ((MH "Terminally Ill Patients") OR dying OR "end of life" OR palliative) AND ((MH "Terminal Care") OR "hospice care" OR "palliative care") AND ((MH "Drug Therapy") OR pharmacotherapy OR medication) (haku 22.4.2019)	179	67	9
Medic (saattohoi* OR terminaalihoi* OR palliatiivi*) AND (lääkehoi* OR lääkö*) AND (kuole*).* (haku 22.4.2019)	0	-	-
Cinahl (MH "Sedation") AND ((MH "Terminal Care") OR "palliative care" OR "end of life care" OR "hospice care") (haku 23.12.2019)	77	16	4

Liite 2. Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Alkuperäinen ote	Sisältönimi	Alaluokka	Yläluokka
The most frequently administered PRN medications were analgesics (n=18) and oxygen (n=6) (Kinley & Hockley 2010, 220).	Useimmin käytetyt tarvittavat lääkkeet olivat kipulääkkeet ja lääkkeellinen happi.	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito
Glycopyrronium and morphine sulphate were the most frequently used subcutaneous medication (Kinley & Hockley 2010, 220–221).	Glykopyrronium ja morfiinisulfaatti olivat eniten käytetyt subkutaanisesti annetut lääkkeet.	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito
60.3 % used opioid pain medications and 28.3 % received non-opioid psychotropic medications (Check ym. 2016, 3465).	Suurin osa potilaista käytti opioideja kipulääkkeenä, osa sai psykoaktiivisia lääkkeitä.	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito
The majority of patients received parenteral opioids such as morphine and methadone, and transmucosal fentanyl with different delivery systems (Mercedante ym. 2013, 1856).	Suurin osa potilaista saivat parenteraalisesti opioideja kuten morfiini ja metadonia sekä transmukosaalista fentanyyliä. (limakalvon läpi imeytyvä)	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito
Approximately 80 % of terminally ill cancer patients received opioids 1 week before their death; the number rose to 92 % on the day	Viikko ennen kuolemaa 80% potilaista sai opioideja, päivän ennen kuolemaa luku oli 92%	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito

of death (Kierner ym. 2016, 2069).			
The palliative care team administered fluids less frequently (Kierner ym. 2016, 2071).	Saattohoidossa käytettiin nesteitä harvoin.	Hyödytön lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito
In both settings, opioids and morphine were most often used (Raijmakers ym. 2013, 1006).	Useimmin käytettiin opioideja ja morfiinia.	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito
Non-opioid analgesics were prescribed to two thirds of the patients but were replaced by opioids closer to the day of death (Kierner ym. 2016, 2069).	2/3 potilaista sai reseptin opioidittomaan kipulääkkeeseen, mutta se korvattiin opioidilla lähempänä kuolemaa	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito
The median number of medications per patient remained constant from day -9 to day -3, about 11 drugs per patient, and dropped significantly to about a half of this value during 3 days before death ($P < 0.0001$, Kruskal-Wallis test) (Kierner ym. 2016, 2071).	Noin viikko ennen kuolemaa potilaat käyttivät keskimäärin 11 lääkettä. Määrä putosi puoleen kolmen viimeisen päivän aikana.	Lääkemäärät	Saattohoitopotilaan lääkehoito
The large part of the patients' daily medication consisted of opioids, psychoactive drugs, and fluids (Kierner ym. 2016, 2071).	Päivittäisistä lääkkeistä suurin osa oli opioideja, psyykenlääkkeitä tai nesteitä.	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito

<p>Medications rated as being unlikely to be appropriate by 94 % of all experts were antihypertensives, antiarrhythmics, antiulcer drugs, antibiotics, and steroids (Raijmakers ym. 2013, 1005).</p>	<p>Verenpainelääkkeet, rytmihäiriölääkkeet, mahansuojalääkkeet ja steroidit ovat asiantuntijoiden mukaan turhia saattohoidossa.</p>	<p>Hyödytön lääkitys</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>
<p>An increasing proportions on patients received medications for symptom control over their course of hospitalization, including systemic corticosteroids, laxatives, neuroleptics and antiulcer agents (Hui ym. 2015, 427).</p>	<p>Suurin osa potilaista sai oireenmukaisia lääkkeitä kuten kortikosteroidit, laksatiivit, neuroleptit ja vatsansuojalääkkeet.</p>	<p>Oireenmukainen lääkitys</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>
<p>In contrast, the frequency of several classes of medications such as antihypertensives, antilipemics and anticonvulsants decreased over time (Hui ym. 2015, 427).</p>	<p>Verenpainelääkkeiden, lipidilääkkeiden ja antikonvulsanttien käyttö väheni</p>	<p>Hyödytön lääkitys</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>
<p>Thirteen patients used prophylactic buccal clonazepam, of which eight patients remained seizure-free until death (Koekkoek ym. 2016, 1633).</p>	<p>Kolmestatoista potilaasta kahdeksan pysyi kouristuksettomina ennen kuolemaa käyttäessään ennaltaehkäisevää klonasepaamia</p>	<p>Ehkäisevä lääkitys / Oireenmukainen lääkitys</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>

<p>The most common palliative EOL drugs were morphine (71,4% of patients), midazolam (55,0%), glycopyrronium (46,9%) and haloperidol (46,9%) (Jansen ym. 2014, 189).</p>	<p>Yleisimmät palliativiset lääkkeet olivat morfiini, midatsolami, glykopyrronium ja haloperidoli</p>	<p>Tarpeellinen lääkitys</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>
<p>The most common pharmacological classes of medication used by patients were opioids (67% of patients), laxatives/stool softeners (54%), acetaminophen (40%), and corticosteroids (38%) (Riechelmann ym. 2009, 746).</p>	<p>Yleisimmät lääkeluokat olivat opioidit, laksatiivit, asetaminofeenit (parasetamoli) ja kortikosteroidit</p>	<p>Tarpeellinen lääkitys</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>
<p>More than half of the patients were taking at least six medications each (range 0-21) (Riechelmann ym. 2009, 746).</p>	<p>Yli puolet potilasta käytti vähintään kuutta eri lääkettä</p>	<p>Lääkemäärät</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>
<p>Midazolam was the drug used in most cases (Goncalves ym. 2012, 3123).</p>	<p>Midatsolaami oli käytetyin lääke sedaatiossa.</p>	<p>Tarpeellinen lääkitys</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>
<p>The proportion of patients receiving midazolam increased after sedation was started, whilst the proportion of patients receiving opioids decreased reflecting that opioids were not a core</p>	<p>Sedaation alkaessa midatsolaamin annostus nousi, kun taas opioidien määrä väheni.</p>	<p>Lääkemäärät</p>	<p>Saattohoitopotilaan lääkehoito</p>

medication used for palliative sedation (Arevalo ym. 2012, 618).			
The 2010 audit revealed that midazolam was the most commonly used sedative drug with the most common dose being 30 mg on the day of death. Levomepromazine was the second-choice agent. (Dean ym. 2014, 476–477.)	Sedaatiossa midatso-laami oli yleisimmin käytetty lääke. Seuraavaksi käytetyin lääke oli levomepromatsiini.	Tarpeellinen lääkitys	Saattohoitopotilaan lääkehoito
Preferred medication for PS was reported to be midazolam (85,5%), different opioids (50,7%), lorazepam (39,8%) or levomepromazine (28,1 %) (Klosa ym. 2014, 2624).	Käytetyimmät lääkkeet sedaatiossa olivat midatsolaami, opioidit, loratsepaami sekä levomepromatsiini.	Tarpeellinen lääkitys.	Saattohoitopotilaan lääkehoito