

SAATTOHOITO-OPAS  
HOITOHENKILÖKUNNALLE

Marjut Niemi  
Opinnäytetyö, kevät 2013  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Niemi, Marjut. Saattohoito-opas hoitohenkilökunnalle. Diak, kevät 2013, 160 sivua, 11 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK)

Saattohoito tarkoittaa kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa ja saattohoidossa keskeistä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievittäminen sekä läheisten tukeminen. Kokonaisvaltainen saattohoitotyö ottaa huomioon potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset ja hengelliset tarpeet.

Opinnäytetyö on produktio, jonka tarkoituksena oli tuottaa saattohoidon opas Pihtiputaan sairaalan hoitohenkilökunnalle. Oppaan tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Perimmäisenä tavoitteena oli saattohoidon laadullinen kehittäminen. Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen.

Opinnäytetyö koostuu oppaalle teoreettisen viitekehyksen antavasta teoriaosuudesta ja oppaasta. Teoriaosuuden aineistona on käytetty Käypä hoito -suosituksia, kirjallisuutta sekä tutkimuksia. Teoriaosuudessa on käyty läpi saattohoitoa ohjaavat suositukset ja lait, saattohoitopotilaan fyysisten ja psyykkisten oireiden hoitotyö, saattohoitopotilaan sosiaaliset ja henkiset ja hengelliset tarpeet sekä produktion suunnittelu, toteutus ja arviointi.

Saattohoitopotilaan fyysisten ja psyykkisten oireiden kirjo on laaja. Tyypillisimpiä oireita ovat uupumus, kipu, hengenahdistus, heikkous, laihtuminen yskä, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus. Saattohoitopotilaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita ovat muun muassa luottamus hoitohenkilökuntaan, turvallinen ja tukea antava ympäristö ja mahdollisuus toteuttaa omaan uskonnolliseen vakaumukseen liittyviä toimituksia.

Saattohoito aiheena on ajankohtainen. Saattohoitoa ohjaavia suosituksia on paljon. Siitä huolimatta saattohoidossa esiintyy edelleen eriarvoisuutta ja laadun taso vaihtelee. Jatkokehityshaasteena voisi tutkia, mistä eriarvoisuus ja laadun tason vaihtelut johtuvat.

Asiasanat: saattohoito, kokonaisvaltaisuus, hoitotyö, oppaat

## ABSTRACT

Niemi Marjut. Hospice care. Guide to the staff. Diak, Helsinki, spring 2013, 160 pages, 11 appendices. Language: Finnish.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in Nursing. Degree: Registered Nurse.

Hospice care refers to the care of a dying person. Essential in hospice care is to relieve patient's symptoms and suffering. Also relatives need to be taken into consideration. Holistic hospice care takes account of patient's physical, mental social and spiritual needs.

This thesis is a production. The purpose of this production was to produce a guide to the staff. The goal was to increase staff's ability for hospice care patients' comprehensive nursing. The main goal was the development of hospice care quality.

Thesis consists of theory part and the guide. The theory part gives theoretical context to the guide. The theory part explains laws and recommendation that give guidelines for hospice care. It also explains the nursing of a hospice patient from the psychical, mental, social and spirituality point of view. The theory part also includes the planning, implementation and estimating on the production.

The range of hospice patient's physical and mental symptoms is wide. The most common symptoms are fatigue, pain, shortness of breath, depression and anxiety. The hospice patient's spiritual needs are amongst other things trusting relationship with the nursing staff, safe and supporting environment and the opportunity to live out his own religious conviction.

Hospice care is a topical issue at the moment. There exist many recommendations that give guidelines for the hospice care. Despite of that there exist inequality and qualitative weaknesses in hospice care. In the future it would be interesting to research, why these inequality and qualitative weaknesses still exist.

Key words: hospice care, holistic, nursing, guides

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
1.1 Toimintaympäristön kuvaus .....	8
1.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	10
2 SAATTOHOITO .....	11
2.1 Kokonaisvaltainen saattohoitotyö .....	11
2.3 Saattohoitoon liittyvät säädökset .....	13
2.4 Saattohoitopäätös.....	15
2.5 Hoitotahto .....	16
3 SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ .....	18
3.1 Saattohoitopotilaan oireet.....	18
3.2 Saattohoitopotilaan fyysisten oireiden hoito.....	20
3.2.1 Ruuansulatuskanavan oireet.....	20
3.2.2 Iho-oireet .....	27
3.2.3 Hikoilu, fatigue ja raajaturvotus .....	28
3.2.4 Hengitystieoireet .....	29
3.2.5 Kivunhoito .....	32
3.3 Saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoito .....	35
3.3.1 Psyykkiset kriisireaktiot .....	35
3.3.2 Psyykkiseen sopeutumiseen vaikuttavat tekijät.....	36
3.3.3 Psyykkisten oireiden hoito.....	37
3.4 Saattohoitopotilaan sosiaalisten tarpeiden huomioiminen .....	39
3.5 Saattohoitopotilaan henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen...41	
3.5.1 Henkinen ja hengellinen hoitotyö .....	41
3.5.2 Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen ja arvostuksen ja kunnioituksen ilmaiseminen .....	41
3.5.3 Tukea antavan ja turvallisen ympäristön järjestäminen .....	42
3.5.4 Hoidon ja toivon päämäärien muuttaminen .....	43
3.5.5 Aktiivinen kuuntelu, läsnäolo ja huomioiminen .....	45
3.5.6 Henkisten ja hengellisten tarpeiden määrittäminen .....	46
3.5.7 Moniammatillinen yhteistyö saattohoitopotilaan hoidossa .....	46

4	PRODUKTION KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS.....	47
4.1	Oppaan suunnittelu ja tavoite .....	47
4.2	Oppaan toteutus .....	48
4.3	Oppaan arviointi .....	49
5	POHDINTA .....	50
5.1	Oppaan toteutus produktiona .....	50
5.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	52
5.3	Johtopäätökset ja jatkokehityshaasteet .....	53
5.4	Oma ammatillinen kasvu .....	54
	LÄHTEET .....	56
	LIITE 1 Hyvän saattohoidon suositukset.....	62
	LIITE 2 ESAS-mittarin suomenkielinen versio.....	64
	LIITE 3 Malli kipuanalyysin tekoon.....	66
	LIITE 4 WHO:n porrastetun kivunhoidon malli .....	67
	LIITE 5 Esimerkki morfiiniliuosannoksen titraamisesta .....	68
	LIITE 6 Vakaumuksen kunnioittaminen.....	69
	LIITE 7 Rukoushetken sopivia virsiä .....	73
	LIITE 8 Rukoushetken sopivia raamatunkohtia.....	74
	LIITE 9 Rukoushetki sairaan luona .....	75
	LIITE 10 AVAUS-malli.....	77
	LIITE 11 Opas.....	80

## 1 JOHDANTO

Ihmiselämä muodostaa kaaren. Sen ääripisteinä ovat kohtu ja hauta. Kuoleman väijäämättömyys ja lopullisuus ovat kaikille sukupolville samoja, mutta kuoleman ilmiasu on muuttunut vuosikymmenten saatossa. (Lindqvist 2000, 16.) 1600- ja 1800-luvuilla kuolema oli tuttu monissa suomalaisissa kodeissa ihmisten kuollessa nälkään ja erilaisiin kulkutauteihin. Vielä 1900-luvun alkupuoliskolla moni syntyi ja kuoli kotonaan. Ihmiset hallitsivat syntymään ja kuolemaan liittyvät toimintatavat ja kuolemanperinteen. (Sand 2003, 14.) Syntymä ja kuolema olivat yhteisöllisiä tapahtumia. Ystävät ja perheenjäsenet pitivät huolta läheisistään. (Pederson & Emmers-Sommer 2012, 419–420.)

Lääketieteen kehityksen myötä syntymä siirtyi vähitellen tapahtuvaksi sairaaloissa. Myös kuolema siirtyi sairaaloihin. Ragonin (1983) mukaan tähän syynä ei niinkään ollut lääketieteen kehitys vaan se, että kuolevan hoito aiheutti perheenjäsenille epämiellyttäviä tuntemuksia. Säästääkseen perheenjäseniä näiltä epämiellyttäviltä tuntemuksilta sairaalat tarjosivat kuoleville mahdollisuuden kuolla sairaalaympäristössä. Vähitellen ongelmaksi muodostui se, että lääketieteen edelleen kehittyessä pääasiaksi nousi potilaan parantaminen, ei hoitaminen. Kuolemasta tuli vihollinen joka oli voitettava. Kuolemaa ei enää haluttu kohdata kotona, eikä myöskään sairaaloissa. (Pederson & Emmers-Sommer 2012, 419–420.)

Millaista on saattohoito 2000-luvun Suomessa? Vuonna 2010 Economist Intelligence Unit julkaisi raportin *The quality of death – Ranking end-of-life care across the world*. Raportissa oli tutkittu 40 maan elämän lopun hoidon ympäristöä, saatavuutta, kustannuksia ja laatua. Tutkimustulosten perusteella oli määritetty kuoleman laatua (the quality of death) kuvaava indeksi ja saadun indeksin perusteella maat oli laitettu paremmuusjärjestykseen. Suomi oli sijalla 28. (Economist Intelligence Unit 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 julkaisemien saattohoitosuosittelujen esipuheessa peruspalveluministeri Risikko kirjoittaa, että saattohoitosuosittelujen laadinnan käynnistivät kansalaisaloitteet, keskustelu eduskunnassa ja monien tahojen huoli saattohoidon laadun vaihte-

lusta ja epätasa-arvosta. Hän kirjoittaa myös, että joidenkin sairaanhoitopiirien saattohoitosuunnitelmissa ja ammattihenkilöstön saattohoidon osaamisessa on ilmennyt puutteita. (STM 2010, 7.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2010 suositusten julkaisun yhteydessä todettiin, että saattohoidon laatu Suomessa on parantunut siitä, kun ensimmäiset Lääkintöhallituksen ohjeet julkaistiin vuonna 1982. Suositusten yhteydessä todettiin kuitenkin, että saattohoidon toteutumisessa on edelleen laadullisia puutteita ja että olemassa olevat saattohoitosuunnitelmat eivät nykyisellään takaa kaikin osin hyvää saattohoitoa. Saattohoitosuositusten toimeenpanemiseksi määritettiin keskeisiä kehittämistoimia. Näitä olivat sairaanhoitopiirien omien saattohoitosuunnitelmien laatiminen ja päivittäminen yhdessä perusterveydenhuollon kanssa, vastualueiden määrittäminen, perusterveydenhuollon ja saattohoitoa toteuttavien laitoksien vastuunkanto hyvän ja laadukkaan saattohoidon toteuttamisesta alueellaan, erikoissairaanhoidon konsultaation mahdollistaminen ympäri vuorokauden, saattohoitopolkujen selkiinnyttäminen, eri-ikäisten saattohoidon ja kotisaattohoidon kehittäminen ja terveydenhuollon henkilöstön saattohoidon osaamisen lisäkouluttaminen. (STM 2010, 35.)

Saattohoito tarkoittaa kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa ja saattohoidossa keskeistä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys sekä läheisten tukeminen. (ETENE 2003, 6.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saattohoito-oppaan laatiminen Pihtiputaan sairaalan hoitajille. Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan valmiuksia saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Perimmäisenä tavoitteena on saattohoidon laadullinen kehittäminen. Aiheen valintaan vaikuttivat opinnäytetyön tekijän kiinnostus saattohoitoa kohtaan sekä syksyllä 2011 työharjoittelussa käyty keskustelu Pihtiputaan sairaalan osastonhoitajan kanssa. Keskustelussa ilmeni, että oppaalle olisi tarvetta sekä käytännön hoitotyön kannalta että osana potilasturvallisuussuunnitelmaa. (Tawaststjerna 2012.)

Vuonna 2008 Suomessa kuoli 49 094 ihmistä (Tilastokeskus 2009). Heistä 17 % kuoli kotona, 13 % erilaisissa palvelutaloissa ja vanhainkodeissa ja 70 % terveydenhuollon toimintayksiköissä. Vaikka kotikuolemien määrä lienee nousussa, tulee suurin osa ihmisistä jatkossakin kuolemaan terveydenhuollon toimin-

tayksiköissä ja valtaosa näistä terveyskeskusten vuodeosastoilla. (STM 2010, 23–24, 26.) Saattohoidon osaamista perusterveydenhuollossa siis tarvitaan. Arkkiatri Pelkonen (2005) on todennut:

*Parantumattomasti sairaan palliatiivinen hoito ja kuolevan potilaan kohtelu ovat lääkintätaidon humanisuuden koetinkivi ja jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari. Ne kertovat kaiken siitä, miten yksikössä välitetään toisesta ja suhtaudutaan sairaan ihmisen kärsimyksiin.*

### 1.1 Toimintaympäristön kuvaus

Pihtiputaan sairaala kuuluu Wiitaunionin perusturvan yhteistoiminta-alueen sairaalapalveluihin. Wiitaunionin yhteistoiminta-alueeseen kuuluvat Viitasaari, Pih-tipudas ja Kinnula. Alueella on kaksi toimintayksikköä, Viitasaaren sairaala ja Pihtiputaan sairaala. Pihtiputaan sairaalan vuodeosaston tiloissa toimii 14-paikkainen akuuttisairaala sekä 20-paikkainen hoivayksikkö pitkäaikaispotilaille. (Tawaststjerna 2012.) Vuonna 2011 osastolla kuoli 46 potilasta, joista 22 voidaan katsoa olleen saattohoidossa (Argillander 2012). Osastolla on neljä 4-hengen huonetta, seitsemän 2-hengen huonetta ja neljä 1-hengen huonetta. Omaisilla on mahdollisuus vierailta ja osallistua läheistensä hoitoon vuorokauden ympäri. Omaisille järjestetään mahdollisuus oleilla potilaan luona yhden hengen huoneessa. (Tawaststjerna 2012.)

Sairaalan tilat ovat tyypillisiä melko steriilejä tiloja. Potilaiden viihtyvyyttä on pyritty parantamaan tuomalla esimerkiksi potilaan omia henkilökohtaisia esineitä, kuten valokuvia tai tauluja. Myös kukkien tuominen on sallittua. Jokaisessa huoneessa on televisio ja joissain huoneissa myös radio. Sairaalassa on päiväsal, josta löytyy televisio ja kirjahyllyllinen lukemista. Päiväsalin ulkoterassilla on pöytiä ja tuoleja ja sieltä avautuu kaunis jokimaisema. (Tawaststjerna 2012.)

Pihtiputaan sairaalassa työskentelee 13 sairaanhoitajaa, 11 lähihoitajaa ja osastonhoitaja. Yksi sairaanhoitajista toimii kotiutusohitajana. Osastolla työskentelee arkipäivisin fysioterapeutti ja kuntohoitaja. Tarvittaessa käytettävissä



on myös erityisosaamista, kuten sosiaalityöntekijä, psykologi ja puheterapeutti. Potilaalla on mahdollisuus saada hengellistä apua keskustelemalla muun muassa papin tai diakonin kanssa. Pappi voi myös tarvittaessa toimittaa ehtoollisen. Lääkäri on paikalla virka-aikana ja kiertää huoneissa noin klo 8.30–12.00. Potilaan vointia koskevat tiedustelut toivotaan omaisten taholta tehtävän iltapäivisin lääkärin kierron jälkeen. Omaisilla on mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa joko puhelimitse tai tulemalla aamupäivisin sovitusti osastolle. (Wiitaunioni i.a.)

Pihtiputaan sairaalassa on käytössä kuntouttava työote. Potilaiden suhteita kotiväkeen, sukulaisiin ja ystäviin pidetään tärkeinä ja heitä kannustetaan osallistumaan läheistensä hoitoon. Mahdollisia osallistumiskeinoja ovat esimerkiksi syömisessä avustaminen, ulkoilemaan vieminen ja erilaisten virikkeiden järjestäminen. Potilaille ja omaisille korostetaan toisten potilaiden asioihin liittyvää vaitiolovelvollisuutta. (Wiitaunioni i.a.)

Virka-aikoina hoitajat konsultoivat osaston lääkäriä. Virka-aikojen ulkopuolella hoitajilla on mahdollisuus konsultoida terveyskeskuksen päivystävää lääkäriä arkisin klo 20 asti ja viikonloppuisin klo 8–20. Terveyskeskuspäivystys toimii Pihtiputaalla ma klo 8–15 ja ti ja to klo 8–20. Ma, ke ja pe sekä viikonloppuisin klo 8–20 päivystys toimii noin Viitasaaren sairaalassa. Yöpäivystys klo 20–8 toimii joka päivä Jyväskylän keskussairaalassa, öisin hoitajat konsultoivat keskussairaalan päivystävää lääkäriä. (Tawaststjerna 2012.)

Saattohoitoa järjestetään Pihtiputaan sairaalassa tapauskohtaisesti potilaan tarpeista lähtien. Osastolle on nimetty viisi hoitajaa, joiden vastuu-alueena on saattohoito. He käyvät koulutuksissa ja välittävät tietoa muulle henkilökunnalle. Potilasturvallisuussuunnitelmaan on laadittu saattohoidon toimintatapaohjeistus. Siinä on lyhyesti lueteltu eri osa-alueet, joihin tulee kiinnittää huomiota saattohoitopotilaan hoidossa. Osa-alueet käsittelevät hoidon fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia näkökulmia. Omaisille on laadittu opas, jossa käydään läpi toimintatapaohjeita liittyen läheisen kuolemantapaukseen. (Tawaststjerna 2012.)

Pihtiputaan sairaala kuuluu Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin. Keski-Suomen sairaanhoitopiirillä ei ole erikseen palliativisen hoidon yksikköä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2012). Sairaanhoitopiirin elämän loppuvaiheen hyvän hoidon ohjeistuksessa kuvataan vaikeasti sairaan potilaan hoitoketjua. Vaikeasti sairaan potilaan alkuvaiheen hoito tapahtuu yleensä erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon jälkeen ja usein hoitojen välilläkin potilas siirtyy terveyskeskuksen hoitoon. Elämän loppuvaiheen hyvästä hoidosta huolehtii potilaan oma terveyskeskus yhteistyössä erikoissairaanhoidon erikoisaloiden kanssa. Terveyskeskuksen avohoidosta vastaavat lääkäri ja poliklinikan, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilöstö. Sairauden edetessä potilas on usein sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Hoitolinjoihin otetaan kantaa sen mukaan missä ja milloin linjaus käy ajankohtaiseksi. Pääsääntöisesti linjapäätöksestä vastaa erikoissairaanhoidossa hoitava erikoislääkäri ja perusterveydenhuollossa omalääkäri. Optimaalisin olisi tilanne, jossa potilas, omaiset, omalääkäri ja erikoislääkäri neuvottelisivat tilanteesta yhdessä. Käytännössä tähän ei kuitenkaan ole aina mahdollisuuksia. Tällöin perusterveydenhuollon lääkäri voi konsultoida erikoissairaanhoitoa joko puhelimitse tai sähköpostin avulla. Toimivan yhteistyön ja erilaisten hoitoratkaisujen tekemisen perustana pidetään hyvää tiedonkulkua ja kattavaa ja systemaattista tietojen esittämistä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 16–17.)

## 1.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyöni tarkoituksena on laatia saattohoito-opas Pihtiputaan sairaalan hoitajille. Opinnäytetyöni tavoitteena on lisätä Pihtiputaan sairaalan hoitohenkilökunnan valmiuksia saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Pyrkimyksenä on, että opas on mahdollisimman selkeä ja käytännönläheinen. Tavoitteena on, että opas herättäisi hoitajat miettimään omia toimintatapojaan ja saisi aikaan yhteistä keskustelua saattohoidosta. Perimmäisenä tavoitteena on saattohoitopotilaan hoitotyön laadullinen kehittäminen.

## 2 SAATTOHOITO

### 2.1 Kokonaisvaltainen saattohoitotyö

Saattohoito tarkoittaa kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa. Se pitää sisällään hoidon ja tuen sairauden viime vaiheissa, ennen kuolemaa ja kuoleman jälkeen. Saattohoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa. Saattohoito ei ole riippuvainen potilaan diagnoosista. Keskeistä hoidossa on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. (STM 2010, 11; ETENE 2003, 6.)

Hoitotyöllä tarkoitetaan terveysalan ammattilaisten antamaa hoitoa. Hoitotyö on toimintaa, joka perustuu tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin tai koettuihin käytänteisiin. Hoitotyön perusteena voi olla ihmisen terveydessä ilmenevä ongelma, tarve tai puute tai ihmisen ympäristössä ilmenevä stressitekijä tai muutos. Hoitotyö on tarpeen muun muassa silloin, kun ihminen ei kykene huolehtimaan itsestään. Hoitotyön tavoitteisiin kuuluu ihmisen terveyden edistäminen, palauttaminen ja säilyttäminen, sairauden ehkäiseminen, oireiden ja kärsimyksen lievittäminen sekä hyvän olon lisääminen. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 32, 74–75.)

Saattohoidossa pyritään kokonaisvaltaiseen hoitoon. Kokonaisvaltaisessa saattohoitotyössä tulee huomioida fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja henkinen ja hengellinen näkökulma. (STM 2010, 17.) Saattohoidon kokonaisvaltainen näkemys on alun alkaen lähtöisin englantilaisen Cicely Saundersin ihmiskuvasta. Cicely Saunders perusti 1960-luvulla hospice-liikkeen. Hospice-hoidossa uutta oli juuri kokonaisvaltaisuuden ajatus. Hoidossa keskityttiin potilaan tarpeisiin, ei niinkään lääketieteellisiin päämääriin, organisaation vaatimuksiin tai terveiden ihmisten käsityksiin hyvästä kuolemasta. Englannista hospice-liikkeen levisi pikkuhiljaa myös muihin länsimaihin. (Vainio, Hietanen, Pitkälä & Moilanen 2004, 17, 43,50.)

## 2.2 Saattohoitoa ohjaavat suositukset

Laadukkaan saattohoidon turvaamiseksi on julkaistu monia saattohoitoa ohjaavia suosituksia. Niiden pohjana voidaan pitää lääkintöhallituksen vuonna 1982 antamia terminaalihoidon ohjeita. Lääkintöhallituksen ohjeissa korostettiin, että potilaan tulisi saada elää sairautensa loppuvaihe ilman vaikeita oireita ja kipuja ja kuolla haluamassaan ympäristössä ja läheisten läsnä ollessa. (Pitkälä & Hänninen 1999.) Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE julkaisi vuonna 2001 ensimmäisen julkaisunsa Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Siinä terveydenhuollon yhteisiksi eettisiksi periaatteiksi määritettiin oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri ja yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (ETENE 2001.) Vuonna 2002 ETENE:ltä ilmestyi julkaisu Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Julkaisussa korostettiin kuolevan potilaan omien toiveiden kuuntelemista sekä kuolevan potilaan hoidon kehittämistä. Saattohoito-ohjeissa keskeisiksi nostettiin saattohoitoneuvottelujen laatu, hoitotahdon toteutuminen ja saattohoidon järjestelyt. (STM 2010, 13.)

Vuonna 2003 ETENE julkaisi saattohoitosuosituksensa. Suositukseen oli koottu keskeisiä eettisiä ja oikeudellisia näkökohtia ja periaatteita kuolevan potilaan hoidossa. Yksityiskohtaisia ohjeita lääketieteellisen hoidon toteuttamisesta suosituksissa ei ollut ja myös todettiin, että ohjeet eivät olisi suoraan sovellettavissa joka taholla. Suosituksillaan ETENE halusi herättää keskustelua saattohoitopotilaan asemasta ja oikeuksista sekä siitä mitä on ihmisarvoinen kohtelu ja saattohoito eri tilanteissa ja erilaisille ihmisille. (ETENE 2003, 3–4.) Lääketieteelliset ohjeet saattohoitopotilaan hoidosta saatiin vasta vuonna 2008. Tällöin julkaistiin Käypä hoito-suositus Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suositus pitäytyy kuolevan potilaan fyysisten ja psyykkisten oireiden hoidossa. Vuonna 2012 suosituksesta ilmestyi uusi ja ajanmukaistettu versio. (Käypä hoito 2008; Käypä hoito 2012.) Vuonna 2008 ETENE:ltä ilmestyi julkaisu Vanhuus ja hoidon etiikka. Julkaisussa käsiteltiin monipuolisesti vanhusten hoitoa ja sivuttiin myös vanhuksen elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa ja hoitolinjausten tekoa. (ETENE 2008)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi saattohoitoa koskevat suosituksensa vuonna 2010. (LIITE 1) Suositukset perustuvat asiantuntijakuulemisiin. Suosituksissa korostetaan muun muassa saattohoidon eettisiä ja inhimillisiä periaatteita, ihmisen kivun ja kärsimyksen lievittämistä, potilaan ja omaisten hyvää kohtelua, luottamuksellisen hoitosuhteen ylläpitoa, saattohoitopotilaan hoitopolkujen kehittämistä hoidon jatkuvuuden ja laadun turvaamiseksi ja kuolevan mahdollisuutta valita kuolla haluamassaan paikassa. Ennen suositusten laatimista selvitettiin sairaanhoitopiirein ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne. Todettiin, että noin neljännekseltä ne puuttuivat. Suositusten laadinnan jälkeen niiltä pyydettiin myös lausunto esitetyistä saattohoitosuosituksista. Lausunnot olivat pääpiirteittäin myönteisiä ja saattohoitosuosituksia pidettiin tärkeinä. Niiden katsottiin edistävän tasa-arvoisia hoitokäytäntöjä. Lausunnoissa nousi usein esiin ammattihenkilöstön koulutuksen tarve, alueellinen yhteistyö ja saattohoidon laadun varmistaminen. (STM 2010, 7, 30–35.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri julkaisi vuonna 2008 oman ohjeistuksensa koskien elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa. Ohjeistuksen laatimisen taustalla oli kahdensuuntaista huolta. Yhtäältä oltiin huolissaan, että vaikeasti sairaita potilaita hoidettiin liikaa pitkittäen heidän kärsimystään tarpeettomasti. Toisaalta oltiin huolissaan siitä, että terveydenhuolto säästöpainneissaan jättää vaikeasti sairaat potilaat hoidotta. Sairaanhoitopiirin ohjeistuksessa käydään muun muassa läpi saattohoitoa ohjaavia säädöksiä ja suosituksia, hoitolinjan arviointia, keskeisiä hoitolinjauksia, hoitoketjua ja elämän loppuvaiheen hyvän hoidon laatukriteereitä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.)

### 2.3 Saattohoitoon liittyvät säädökset

Potilaan hoitoa säätelevät kansainväliset ihmisoikeussopimukset sekä Suomen lainsäädäntö. Lait asettavat minimitason potilaan hoidolle, eettinen normisto täydentää sitä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008.) Keskeisimpiä kansainvälisiä saattohoitoa ohjaavia ihmisoikeussopimuksia ovat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (1999/63) ja vuonna 2009 voimaan tullut Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus. Suomessa keskei-

simpiä saattohoitoa ohjaavia lakeja ovat perustuslaki (1999/731), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559), kansanterveyslaki (1972/66) ja erikoissairaanhoidolaki (1989/1062), sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (2001/99), laki edunvaltuutuksesta (2007/648) sekä terveydenhuoltolaki (2010/1326). (STM 2010, 14; Keski-suomen sairaanhoitopiiri 2008, 7–12.)

Perustuslaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittävät selkeästi potilaan oikeuksia. Perustuslaissa sanotaan, että kaikki kansalaiset ovat yhdenvertaisia riippumatta iästä, sukupuolesta, terveydentilasta, alkuperästä, kielestä, uskonnosta, vakaumuksesta, mielipiteestä, vammaisuudesta tai muista henkilökohtaisista ominaisuuksista (Perustuslaki 1999/731). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säättää jokaiselle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydenhuollon voimavarojen rajoissa. Potilaan kohtelu on oltava hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittava. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon hoidossa. Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Potilaalla on oikeus olla mukana hoitoonsa liittyvässä suunnittelussa ja päätöksenteossa. Jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan, on ennen tärkeiden hoitopäätösten tekoa kuunneltava hänen laillista edustajaansa, lähiomaista tai muuta läheistä potilaan oman tahdon selville saamiseksi. Jos potilaan omaa tahtoa ei saada selville, päättää lääkäri potilaan kannalta parhaaksi katsomansa hoitolinjan. Potilaalla on oikeus paitsi suostua hoitoon myös kieltäytyä siitä. Jos potilas on vakaasti tai pätevästi ilmaissut hoitotahtonsa joko kirjallisesti tai suullisesti, on sitä kunnioitettava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 7.)

Uudessa terveydenhuoltolaissa (2010/1326) kärsimyksen lievittäminen mainitaan ensimmäisen kerran osana sairauden hoitoa (THL 2013). Kuolemansairaana potilaan aktiivisen hoidon lopettamista ei ole laissa säädetty. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sanotaan, että kaikilla on oikeus hyvään hoitoon,

tämä koskettaa myös kuolemansairasta potilasta. Potilasta tulee aina hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Joskus tämä tarkoittaa aktiivista ja tehokasta hoitoa, joskus hoidoista pidättäytymistä. (STM 2010, 14; Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 8.)

## 2.4 Saattohoitopäätös

Saattohoitoon siirtyminen on tärkeä lääketieteellinen päätös. Potilaalla on oikeus osallistua hoitopäätösten tekoon ja hänen tulee olla tietoinen päätösten perusteista ja seuraamuksista. Hoitolinjaukseen tulisi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Päätöksenteossa tulee kunnioittaa niitä potilaan oikeuksia, jotka laki potilaan asemasta ja oikeuksista hänelle suo. Saattohoitopäätös perustuu tarkkaan lääketieteelliseen arvioon, jonka pohjana ovat tieto potilaan sairauden kulusta, hoidoista ja niiden vaikutuksista sekä arvio potilaan ennusteesta. Tarvittaessa voi tilannearvion tarkentamiseksi konsultoida erikoissairaanhoidon lääkäriä. Saattohoitopäätöksen ja hoitolinjausten sisältö ja perustelut sekä päätöksenteon ajankohta ja siihen osallistuneet henkilöt tulee selkeästi merkitä potilasasiakirjoihin. Selkeä kirjaaminen varmistaa, että kaikki hoitoon osallistuvat tahot ovat selvillä hoitolinjauksista. Kirjaaminen palvelee myös hoitohenkilökunnan oikeusturvaa. Pelkkä lyhenne DNR eli ”ei elvytetä” ei sellaisenaan riitä hoitolinjan määrittelyksi. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös haittaa potilaan autonomian toteutumista ja oireiden lievitystä. Lisäksi se vaikeuttaa potilaan ja hänen omaistensa mahdollisuuksia valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Käypä hoito 2012, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008, 10–12.)

Hoitava lääkäri vastaa valitusta hoitolinjasta. Kuitenkin myös sairaanhoitaja voi rohkeasti avata keskustelun hoitolinjan muutoksesta silloin kun hän näkee muutoksen tarpeen ajankohtaiseksi. Hoitotyön asiantuntijana sairaanhoitajan tulisi osallistua hoitoneuvotteluihin. Potilaita hoitaessaan sairaanhoitaja näkee pitkityneiden hoitojen aiheuttamia ongelmia, kuten yleiskunnon laskun ja hoitojen sivuvaikutukset ilman hoitovastetta. Sairanhoitaja saattaa kokea ristiriitaa nähdessään, että potilas ei enää hyödy parantavasta hoidosta, mutta saattohoito-

päätöstä ei ole vielä tehty. Tällaisissa tilanteissa sairaanhoitajan on mahdollista selkeämmin asettautua potilaan ja omaisten tueksi, kun saattohoitopäätös on tehty. Saattohoitopäätöksen jälkeen hoidon painopiste voidaan siirtää saattohoitopotilaan erityistarpeiden huomioimiseen. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 25–26.)

## 2.5 Hoitotahto

Ihmisen itsemääräämisoikeus ei lakkaa, kun hän sairastuu. Lääkäri ja hoitaja ovat sairauksien ja hoidon asiantuntijoita, mutta potilas on itse oman tilansa ja sairastamisensa asiantuntija. Hoitotahdon avulla ihminen voi varmistaa, että hänen toiveitaan hoidon suhteen kunnioitetaan myös silloin, kun hän ei pysty itse pätevästi esittämään kantaansa hänelle suunniteltuun tai annettavaan hoitoon. (Grönlund & Huhtinen 2011, 21–22.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sanotaan, että jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, hänelle ei saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan. Hoitotahto on siis oikeudellisesti sitova. Hoitotahto on voimassa vain, jos potilas ei pysty itse ilmaisemaan tahtoaan ja jos odotettavissa on, että hän ei toivu sairaudestaan (Halila & Mustajoki 2012).

Hoitotahto tehdään yleensä kirjallisesti. Suositeltavaa, joskaan ei pakollista on, että siinä olisi kahden perheeseen tai lähisukuun kuulumattoman allekirjoitus. Kirjallinen hoitotahto liitetään sairaskertomukseen. Hoitotahdon voi esittää myös suullisesti. Tällöin se tulee merkitä sairaskertomukseen ja mikäli mahdollista pyytää siihen allekirjoitus. Hoitotahdon voi muuttaa tai peruuttaa milloin vain. Myös tämä tulee merkata huolellisesti sairaskertomukseen. Hoitotahto auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä hoitolinjausten teossa ja vähentää myös omaisten ahdistusta ja epätietoisuutta hoitoratkaisuissa. Hoitotahdon sisältö voi olla vapaamuotoinen. Eri tahot tarjoavat myös valmiita pohjia hoitotahdon tekemiseen. Esimerkiksi muistiliiton internet-sivuilla on ohje ja lomake hoitotahdon tekemiseen. Tulevassa Kelan hallinnoimassa kansallisessa terveydenhuollon sairaskertomusarkistossa (KanTa) voi jokainen itse ylläpitää hoitotahtonsa ajan-



mukaisuutta. KanTaan menee myös tieto terveydenhuollossa annetuista ja säilytetyistä hoitotahdoista. (Halila & Mustajoki 2012.)

### 3 SAATTOHOITOPOTILAAN KOKONAISVALTAINEN HOITOTYÖ

#### 3.1 Saattohoitopotilaan oireet

Saattohoitopotilaiden oirekirjo on laaja. Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille sairastavatpa he sitten syöpää, keuhkohtaumatautia, sydämen vajaatoimintaa, dementiaa, MS-tautia, ALS-tautia, muita eteneviä hermolihastauteja, munuaistautia tai maksatautia. Tyypillisimpiä oireita syöpään kuolevilla potilailla ovat uupumus, kipu, hengenahdistus, heikkous, laihtuminen, yskä, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus (Käypä hoito 2012). Myös muissa sairauksissa, kuten esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa, keuhkohtaumataudissa ja munuaisten vajaatoiminnassa kipu, hengenahdistus, masennus ja ahdistus ovat yleisiä loppuvaiheen oireita. Aivan elämän loppuvaiheessa yleistyviä oireita ovat delirium, anoreksia/kakeksia, pahoinvointi ja opioidien aiheuttama ummetus. (Hänninen 2012, 4.) Lääkehoito on vain osa oireiden hoitoa. Saattohoidossa tulee perehtyä myös potilaan psykologisiin, sosiaalisiin, maailmankatsomuksellisiin ja hengellisiin ongelmiin. (Käypä hoito 2012.)

Oirehoidon aloittaminen voi olla ongelmallista. Oireiden heikko tuntemus tai diagnostiikan laiminlyönti voi johtaa alihoitoon tai vastaavasti liian voimaperäisiin ja väärin ajoitettuihin hoitoihin. Liian myöhään aloitettu oirehoito saattaa lisätä potilaan kärsimyksiä tai jopa johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Oireet usein muuttuvat sairauden edetessä. Oireiden esiintyminen, vaikeusaste ja häiritsevyytys tulee selvittää. Apuna voidaan käyttää erilaisia kyselylomakkeita, kuten esimerkiksi Edmonton Symptom Assessment Scalea eli ESAS-mittaria. (Käypä hoito 2012.)

ESAS-mittari (suomenkielinen versio tulostettavissa Edmonton Zone Palliative Care Programin internet-sivuilta, LIITE 2) on validoitu ja helppo työväline. ESAS-mittari toimii kipujan periaatteella asteikolla 1–10. (Salminen & Salmenoja 2007.) Mittari kartoittaa 10 oiretta. Nämä ovat kipu, väsymys, pahoinvointi, masentuneisuus, levottomuus, uneliaisuus, ruokahalu, olo, hengenahdistus ja muu ongelma. Vaihtoehdot ovat ”ei lainkaan oiretta” tai ”pahin mahdolli-

nen oire”, eli esimerkiksi ”ei kipua” tai ”pahin mahdollinen kipu”. Arvioitua oireen vakavuutta kuvaava numero ympyröidään. Lomakkeen toisella sivulla on ihmisen vartalo kuvattuna edestä ja takaa ja siihen voi merkitä kohdat jossa kipua esiintyy. Toiselta sivulta löytyvät myös tarkemmat selitykset sille mitä mittarin kohdilla masentuneisuus, levottomuus, väsymys ja olo tarkoitetaan. Suositeltavaa olisi, että potilas täyttäisi lomakkeen itse hoitohenkilökunnan avustuksella. Jos potilas ei itse ole kykenevä täyttämään lomaketta, mutta pystyy kuitenkin vastaamaan, voi lähiomainen tai hoitohenkilökunta täyttää lomakkeen hänen puolestaan. Jos potilas ei kykene lainkaan arvioimaan oireitaan, voi hoitohenkilökuntaan kuuluva pyrkiä täyttämään lomakkeen mahdollisimman objektiivisesti. Jos otain oiretta ei pystytä arviomaan, merkitään sekin lomakkeeseen. ESAS-lomake kertoo potilaan sen hetkisistä oireista. Oireet saattavat muuttua sairauden edetessä, joten oirekartoitus olisi hyvä tehdä riittävän usein, esimerkiksi viikoittain. ESAS-lomake on vain osa kliinistä arviointia eikä yksistään riitä kaikkien oireiden arvioimiseen. (Edmonton Zone Palliative Care Program 2010.)

Oireiden yksityiskohtainen kartoittaminen ja hoito hukkuvat helposti yleisten kysymysten ja keskustelun varjoon. Oireiden huono kirjaaminen voi johtaa alihoittoon. Oireet ovat usein yhteydessä toisiinsa ja seurauksena voi olla kierre, joka ei välttämättä katkea pelkästään yhteen oireeseen puututtaessa. Kipuun esimerkiksi usein liittyy masennus, uupumus ja unihäiriöt. Oireiden huonoon hoitoon on usein syynä niiden aliarvioiminen. Potilas ei myöskään aina tuo esille kaikkia oireitaan, ellei niitä nimenomaisesti kysytä. Turun yliopistollisen keskussairaalan syöpäklินิกassa tehtiin vuonna 2006 oirekartoitustutkimus ESAS-lomaketta apuna käyttäen 203 potilaalle, jotka olivat palliatiivisen oirehoidon piirissä. 98 % potilaista esiintyi vähintään yksi oire ja 75 % esiintyi viisi tai useampia oireita. Tutkimuksen perusteella ESAS-lomakkeen käyttöä pidettiin hyödyllisenä. Syöpäpotilaiden monioireisuus johtaa helposti siihen, että jotkut oireet jäävät katveeseen. Potilaat olivat tyytyväisiä ESAS-lomakkeen käytöstä. He ilmeisesti tunsivat tulleen kokonaisvaltaisesti huomioiduiksi ja saivat mahdollisuuden puhua aikaisemmin katveeseen jääneistä oireista. Tyytyväisyyttä lisäsi myös se, että potilaat saivat itse arvioida oireiden vaikeusastetta. (Salminen & Salmenoja 2007.)

## 3.2 Saattohoitopotilaan fyysisten oireiden hoito

### 3.2.1 Ruuansulatuskanavan oireet

Ruuansulatuskanavan oireet ovat yleisiä saattohoitopotilailla. Ongelmia voi ilmetä kaikissa syömiseen ja ruuansulatukseen liittyvissä toiminnoissa, kuten esimerkiksi ravinnon imeytymisessä ja hyväksikäytössä, sisällä pysymisessä tai poistumisessa elimistöstä. Tyypillisiä oireita ovat pahoinvointi, ummetus, ripuli, suolitukos, närästys, nielemisvaikeudet, suun kuivuminen, askites, kuivuminen ja kakeksia-anoreksia. Ongelmat voivat johtua itse sairaudesta tai sen hoidoista, liitännäiskomplikaatioista tai psykososiaalisista syistä. Saattohoitopotilaiden elämänlaadun ja -pituudenkin kannalta ruuansulatuskanavan ongelmien havaitsemisella ja hoidolla on suuri merkitys. Esimerkiksi hoitamaton ummetus saattaa aiheuttaa pahoinvointia, kipua ja ruokahaluttomuutta. Suoliston toiminnalla ja syömisellä on myös psykologinen ulottuvuus. Heikkokuntoinen potilas saattaa hävetä esimerkiksi vapinan aiheuttamaa sotkuista syömistapaansa ja eristäytyä. Omaiset taas esimerkiksi saattavat tulkita syömisen vähenemisen merkitsevän potilaan kuolemista nälkään. (Hänninen 2003, 152–153.)

Pahoinvointia esiintyy 60 % ja oksentelua 30 % saattohoitopotilaista. Pahoinvointia voidaan lievittää kahdella tapaa: Hoitamalla pahoinvoinnin syytä ja käyttämällä pahoinvointilääkitystä. Mahdollisia hoidettavia pahoinvoinnin syitä ovat infektiot, kohonnut kallonsisäinen paine, mahaärstytys tai haavauma, ummetus, hyperkalsemia, lääkkeet, solunsalpaaja- tai lääkehoito, runsas askites, ahdistuneisuus, yskä ja limaisuus ja vaikea kipu. Näiden syiden hoito ei välttämättä kokonaan poista pahoinvointia, mutta saattaa ainakin lievittää sitä. (Käypä hoito 2012.)

Pahoinvoinnista kärsivän potilaan ruokailuhetkeen kannattaa kiinnittää erityistä huomiota. Raitis ilma, rauhallinen ympäristö ja keskittyminen ruokailun yhteydessä esimerkiksi keskusteluun tai musiikkiin saattaa auttaa pahoinvoinnin ehkäisemisessä. Potilaalle voidaan tarjota useita pieniä aterioita päivän mittaan. Pahoinvoivalle potilaalle voi normaaleja sairaalaruokia ja -juomia paremmin maistua kylmät kirkaat keitot, pikkusuolaiset naposteltavat kuten esimerkiksi

sillivoileipä, sokeroitu jäätee, laimennettu sitruunamehu, mineraalivesi tai virvoitusjuoma. Ruokailun jälkeen potilasta kannattaa kehottaa lepäämään puoliistuvassa asennossa. Potilaan lääkitys kannattaa tarkistaa yhdessä lääkärin kanssa ja turhat tai mahdollisesti pahoinvointia aiheuttavat lääkkeet karsia pois lääkelistalta. Opioidit usein aiheuttavat 4–5 päivää kestäväää pahoinvointia. Pahoinvoinnin jatkuessa opioidin vaihtoa kannattaa harkita. (Kokkinen 2012 a.)

Pahoinvointilääkkeet tulee ottaa säännöllisesti ja mielellään ennen vuoteesta nousemista (Kokkinen 2012 a). Pahoinvoinnin hoitoon käytettäviä lääkkeitä ovat metoklopramidi, haloperidoli, sykliitsiini, deksametasoni, skopolamiini, granisetroni, ondansetroni, palonosetroni ja levomepromatsiini. Metoklopramidia (Primperan®) suositellaan käytettäväksi mahasuolikanavan motiliteettihäiriön, solunsalpaajien, sädehoidon tai etiologialtaan epäselvän pahoinvoinnin yhteydessä. Huomioitavaa on, että annosta on pienennettävä, jos potilaalla on kohtalainen tai vaikea maksan tai munuaisten vajaatoiminta. Metoklopramidia ei saa käyttää suolitukospotilaille sen suolen motiliteettia lisäävän vaikutuksen vuoksi. Haloperidolia (Serenase®) suositellaan käytettäväksi opioidien tai muiden lääkkeiden ja suolitukoksen aiheuttamaan pahoinvointiin. Huomioitavaa on haloperidolin ekstrapyramidaaliset vaikutukset ja rigiditeetti etenkin vanhuksilla. Sykliitsiiniä (Marzine®) käyttöä suositellaan liike- ja asentopahoinvointiin, korkean kallonsisäisen paineen aiheuttamaan pahoinvointiin sekä etiologialtaan epäselvään pahoinvointiin. Deksametasonia (Dexametason®) suositellaan käytettäväksi kohonneen kallonsisäisen paineen ja suolitukoksen sekä solunsalpaajien aiheuttaman pahoinvoinnin hoidossa. Huomioitavaa on, että kortisonin haittavaikutuksia ovat veren glukoosipitoisuuden suureneminen ja vatsaärsytys. Jos kortisonilääkitys on jatkunut pitkään, on sen lopetus tapahduttava hitaasti annosta pienentäen. Skopolamiinia (Scopoderm®) suositellaan käytettäväksi suolitukoksen, vatsakalvon ärsytyksen ja limaisuuden aiheuttamaan pahoinvointiin. Akuutin solunsalpaajien tai sädehoidon aiheuttaman pahoinvoinnin hoitoon suositellaan käytettäväksi granisetronia (Kytril®), ondansetronia (Ondansetron®) tai palonosetronia (Aloxi®). Niistä on havaittu olevan hyötyä myös syöpäpotilaiden kroonisen, muihin lääkkeisiin reagoimattoman, munuaisten vajaatoimintaa sairastavien sekä suolitukospotilaiden pahoinvoinnin hoidossa. Granisetronin ja ondansetronin haittavaikutuksena saattaa esiintyä päänsärkyä ja um-

metusta. Levomepromatsiinia (Levozin®) suositellaan käytettäväksi tukilääkkeenä opioidipahoinvoinnin ja unettomuuden hoidossa. Levomepromatsiini ei sovi Parkinson-potilaille. Ahdistuneisuuden ja paniikin aiheuttaman pahoinvoinnin hoidossa suositellaan käytettävän loratsepaamia (Temesta®). Saattohoitopotilaalla muun muassa pahoinvointia aiheuttavaa hyperkalsemiaa kannattaa hoitaa, hoito helpottaa oireita merkitsevästi. Ensisijaisena hoitona ovat bisfosfonaatit (Zometa®) ja nesteytys. (Käypä hoito 2012.) Pahoinvoinnin jatkuessa pahoinvointilääkkeen annosta tai vaihtoa toiseen pahoinvointilääkkeeseen kannattaa harkita (Kokkinen 2012 a).

Ummetuksen aiheuttajana ovat usein lääkkeet, kuten esimerkiksi opioidit, mielialalääkkeet, antikolinergit, diureetit ja rautalääkkeet. Ummetuksen syynä saattaa olla myös kuivuminen, autonominen häiriö, liikkumattomuus, masennus tai suoliston motiliteetin estyminen. Ummetuksen aiheuttamina oireina saattaa esiintyä virtsaretenttiota, pahoinvointia, kipua, ruokahaluttomuutta, sekavuutta ja rauhattomuutta. (Hänninen 2012, 11.) Ummetuksesta kärsivän potilaan päivittäinen nestemäärä tulisi olla 1500–2000 ml (Kokkinen 2012 a). Ummetusta ehkäisevä ruokavalio sisältää muun muassa puuroa, täysjyväleipää, leseitä, pellavansiemeniä ja luumuja (Tiusanen 2010). Aterioinnin tulisi tapahtua säännöllisesti. Ummetuksesta kärsivän potilaan ulostamisrauhaan ja intymiteettisuojaan tulee kiinnittää huomiota. Liikkuminen potilaan voimien mukaan yksin tai tuettuna ehkäisee ummetusta. Ärtyneet peräpukamat ja anaalifissuurit saattavat haitata ulostusta. Niiden aiheuttamaa paikalliskipua voidaan hoitaa esimerkiksi Xylocain®-geelillä. (Kokkinen 2012 a).

Morfiinin tai opioidien rinnalla tulisi aina käyttää laksatiiveja. Suositeltavaa on käyttää pehmittävän laksatiivin (Movicol®, Pegorion®) ja suolta stimuloivan laksatiivin (Laxoberon®) yhdistelmää ja lisätä niiden määrää tarpeen vaatiessa. Bulkkilaksatiivien (esimerkiksi Visiblin®) käyttöä ei suositella saattohoitopotilailla suolen vetovaikeuksien ja vähäisen nesteytyksen vuoksi (Käypä hoito 2012). Mikäli laksatiivit eivät auta opioidien aiheuttamaan ummetukseen, voidaan ummetus laukaista metyylinaltreksoni-injektiolla (Relistor®). Metyylinaltreksoni kumoaa tilapäisesti opioidivaikutuksen suolistosta vaikuttamatta kivun lievitykseen. Vaihtoehtoisesti potilaalle voidaan vaihtaa kipulääkkeeksi Targiniq®, joka

sisältää oksikodonia ja naloksonia. Laksatiiveja voidaan tällöin käyttää tarpeen mukaan lisänä. Oksikodonin ja naloksonin yhdistelmävalmisteen käyttöä saattohoidossa rajoittaa sen enimmäisannos, vasta-aiheisuus maksan vajaatoiminnassa ja erityiskorvattavuuden puuttuminen. (Kokkinen 2012 a; Hänninen 2012, 11, Käypä hoito 2012.)

Ripuli on huomattavasti harvinaisempi oire saattohoitopotilailla kuin ummetus. Ripulia aiheuttavat solunsalpaajahoido, lääkkeet, osittainen suolitukos (ohivirtausripuli), imeytymishäiriöt, infektiot ja sopimaton ruoka. (Käypä hoito 2012; Kokkinen 2012 a). Ripuloivan potilaan riittävästä nesteensaannista on huolehdittava. Tarvittaessa voidaan aloittaa parenteraalinen nesteytys, mikäli se kokonaistilanteen huomioiden on järkevää. Paasto voi olla tarpeen suolen rauhoittamiseksi. Ripulijuomavalmisteen (esimerkiksi Osmosal®) käyttöä voi kokeilla. Ripuloivan potilaan yksityisyydestä tulee huolehtia. Suolen toimintahäiriöt ja niihin usein liittyvä paha haju koettelee potilaan itsekunnioitusta ja omanarvontuntoa. Tärkeää on anaalialueen pesu ja rasvaus. (Kokkinen 2012.)

Saattohoitopotilaalla loperamidi (Imodium®, Imocur®) on yleisimmin käytetty ripulilääke. Vakavan koliitin tai infektioripulin hoidossa loperamidia tulee käyttää varovaisesti, sillä ulosteen kerääntyminen suolistoon voi johtaa toksisen megakolonin eli laajentuneen paksusuolen kehittymiseen. Loperamidin pitkäaikaista käyttöä on syytä välttää. Oktreetidin (Sandostatin®) on todettu vähentävän kroonista ripulia. Haimaperäistä rasvaripulia voidaan hoitaa pankreatiinilla (Creon®). Sappihappojen aiheuttaman ripulin hoitoon suositellaan kolestyramiinia (Questran®). Ripulin pitkittyessä on syytä ottaa ulosteviljely. Bakteereista johtuvan ripulin hoitona on mikrobilääkitys. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2011, 12–13; Kokkinen 2012.)

Pahanlaatuisen suolitukoksen syynä on useimmiten suolen ontelon tukkeutuminen esimerkiksi kasvaimen takia tai suolen seinämän pareesista johtuvan tyhjennysliikkeen puuttuminen. Suolitukoksen oireina ovat koliikkimainen kipua, pahoinvointi ja runsas oksentelu. Suolitukoksen ensisijaisena hoitona on kirurginen hoito, mutta saattohoitopotilailla se harvoin on mahdollista huonon yleistilan takia. Leikkauskelvottoman pahanlaatuisen suolitukoksen konservatiivinen lää-

kehoito on opioidin (Morphin®), antikolinergin (Robinul®) ja antiemeetin (Ora-dexon®) yhdistelmä. Antikolinergin tilalla voi kokeilla myös oktreotidia (Sandostatatin®). Pahoinvoinnin hoitoon suositellaan haloperidolia (Serenase®). Tarkka kolmivaiheinen ohje suolitukoksen lääkehoidosta löytyy Käypä hoito-suosituksesta Kuolevan potilaan oireiden hoito (2012). Oksentelun rauhoituttua voi potilas juoda nesteitä 500–1000 ml vuorokaudessa ja syödä pieniä annoksia helposti sulavaa ravintoa. Mikäli oksentelu ei rauhoitu lääkehoidolla, voidaan harkita nenämahaletkua tai perkutaanista endoskooppista gastrostoomaa eli PEG-letkua. Potilaan kanssa on keskusteltava nenämahaletkun tai PEG-letkun hyödyistä ja haitoista. Kylkiasento saattaa helpottaa potilaan oloa. (Käypä hoito 2012, Kokkinen 2012 a. )

Närästyksen syynä on yleensä mahasuolikanavan motiliteettihäiriö tai happoihin liittyvä häiriö. Oireina esiintyy ruokailun jälkeistä ylävatsan kipua, epämukavuuden tunnetta, nopean täyttymisen ja vatsan turvotuksen tunnetta. Närästyksestä kärsivän potilaan tulisi syödä usein ja vähän kerrallaan. Suositeltavaa on, ettei potilas heti syömisen jälkeen mene makuulle ja näin ollen myös iltaruokailun olisi hyvä tapahtua pari tuntia ennen nukkumaanmenoa. Kiristäviä vaatteita kannattaa välttää. Vältettäviä asioita ovat myös kärjetyt ja rasvaiset ruuat, suklaa, voimakkaat mausteet, sitrushedelmät, kahvi, alkoholijuomat ja tupakointi. Metoklopramidi (Primperan®) lisää suoliston motiliteettia ja helpottaa näin motiliteettihäiriöstä johtuvaa närästystä. Lisäksi metoklopramidi ehkäisee pahoinvointia. Protonipumpun estäjät (Omeprazol®), antasidit (Magnesiumamaito®) ja H<sub>2</sub>-salpaajat (Ranitidin®) helpottavat hapoista johtuvaa närästystä. Oktreotidi (Sandostatatin®) vähentää mahalaukun eristystoimintaa ja vaikuttaa motiliteettiin helpottaen näin närästystä. (Hänninen 2012, 18; Kokkinen 2012 a; Käypä hoito 2008.)

Nielemisvaikeuksien syynä on yleensä pään, kaulan alueen tai ruokatorven kasvaimet, neurologiset häiriöt, kakeksia ja limakalvovauriot. Kasvain aiheuttaa usein vaikeuksia niellä kiinteää ruokaa, neuromuskulaarinen häiriö vaikeuttaa myös nesteiden nielemistä. Kasvaimesta johtuvaa nielemisvaikeutta voidaan helpottaa stentin, eli ruokatorvea tukevan ja avaavan putken asennuksella, kirurgisella hoidolla tai sädehoidolla. Moni potilas saa avun stentistä, sädehoidon



ongelmana on sen hidas vaikutus. Mikäli potilas ei saa riittävästi ravintoa ja nesteitä suun kautta, voidaan harkita PEG-letkua. Saattohoitopotilaat kuitenkin harvemmin hyötyvät lisäravinnosta tai nesteytyksestä. Oireiden lievityksessä tärkeää on syljenerityksen vähentäminen esimerkiksi glykopyrrolaatilla (Robinul®) ja janon tunteen vähentäminen jääpaloja imeskelemällä ja huulia kostuttamalla. Nielemistä voi yrittää helpottaa kiinnittämällä huomiota ruokailuhetkeen ja ruoan koostumukseen. Ruokailuhetken tulisi olla rauhallinen ja ruokailun tapahtua selkä suorassa istuen. Nielemisen yhteydessä leukaa voi painaa kevyesti rintaa vasten ja joka suupalan jälkeen kannattaa juoda vähän. Soseutettu ja huoneenlämpöinen ruoka on helpompi niellä kuin kiinteä tai oikein ohut ja kylmä tai kuuma ruoka. (Kokkinen 2012; Käypä hoito 2012.)

Suun kuivumisen syynä on usein syljenerityksen väheneminen lääkkeiden tai sairauden takia. Myös makuuasento vähentää syljeneritystä. Muita syitä suun kuivuudelle ovat esimerkiksi kostuttamaton happi ja suun kautta hengittäminen. Suun kostutukseen on olemassa erilaisia suihkeita ja geelejä, mutta niiden vaikutus on lyhytaikainen. Parhaiten syljeneritystä näyttäisi lisäävän purukumin syönti. Suun aamukuivuutta voi pyrkiä vähentämään penslaamalla suuta illalla parafiiniöljyllä, vaseliinilla tai oliiviöljyllä, johon on sekoitettu tippa piparminttuöljyä. Ennen ruokailua voi syljenerityksen lisäämiseksi imeskellä Salivin®-pastilleja. Kuivan suun puhtauden ylläpitäminen on tärkeää. Suuta on hyvä huuhtoa, purskutella ja kurlata usein. Purskutteluun voi käyttää vettä, haaleaa keittosuolaliuosta (2 dl vettä, 1 tl suolaa), suola-soodaliuosta (1 tl suolaa, 1 tl ruokasoodaa, 2 dl vettä) tai 1:4 laimennettua klooriheksidiiniä (Corsodyl®). Suun kuivuminen lisää suun kivuliiden sieni-, virus- ja bakteeri-infektioiden todennäköisyyttä. Niiden lääkehoito valitaan infektion aiheuttajan mukaan. Sienilääkkeiden yhteisvaikutukset erityisesti varfariinin kanssa tulee huomioida. Infektioiden hoidon yhteydessä on syytä huolehtia myös riittävästä kivunhoidosta. Suun limakalvon paikallispuudutukseen voidaan käyttää 2-prosenttista lidokaiinigeeliä, morfiinisuvettä tai morfiinigeeliä. Suun kipua voivat helpottaa myös jääpalojen imeskely ja kylmät juomat. (Hänninen 2012; 14, Kokkinen 2012; Käypä hoito 2012.)

Askiteksen eli vatsaonteloon kertyneen ylimääräisen nesteen aiheuttajana on maksakirroosi, maksan tai vatsakalvon etäpesäkkeet, vatsakalvon kapillaarien ylituotanto ja lymfasuonten puutteellinen nesteen kuljetus. Oireina ovat vatsan kasvu, paineen tunne, kipu, pahoinvointi, oksentelu, närästys, suolen vetovaikeudet, hengenahdistus ja liikuntakyvyn alentuminen. Mikäli nestemäärä on suuri, on dreneeraus tai kertapunktio tehokas tapa helpottaa askiteksen aiheuttamia oireita. Myös diureeteilla voidaan yrittää vähentää askiteksen muodostusta. Ensisijainen lääke on spironolaktoni (Spirexis®). Diureetin alulle saamisessa spironolaktanin rinnalla voidaan käyttää furosemidia (Furesis®). Huonokuntoisten saattohoitopotilaiden kohdalla diureettien käyttöön liittyy kuitenkin suuri hypovolemian ja elektrolyyttihäiriöiden riski ja heidän kohdallaan diureettien vaikutus askiteksen hoidossa on usein lyhytaikainen. (Hänninen 2012, 17; Käypä hoito 2012.)

Elimistön kuivumisen yleisimpinä syinä ovat nesteiden menetys oksentelun, kuumeen, ripulin tai diureettien takia tai riittämätön nesteiden saanti. Tällöin nesteytys saattaa parantaa potilaan tilaa. Saattohoitopotilailla kuivuminen voi johtua myös kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä interstitiaalitalaan eli solujen välitalaan. Tällöin nesteytyksestä ei ole hyötyä potilaan kokonaistilan kannalta. Potilaan janontunteen ja elimistön kuivumista kuvaavien laboratoriolöydösten välillä on hyvin heikko yhteys. Näin ollen parenteraalinen nesteytys ei lievittäne potilaan janontunnetta. Janontunnetta voi pyrkiä lievittämään kostuttamalla potilaan suuta. Nesteytyksen on todettu lisäävän limakalvojen kosteutta, mutta nesteytyksen mahdollisesti mukanaan tuoma nesteretentio on koettu saavutettua hyötyä suuremmaksi haitaksi. Nesteytyksen hyödyllisyys on siis päätettävä tapauskohtaisesti. (Käypähoito 2012, Hänninen 2012, 6.)

Kakeksia-anoreksialla tarkoitetaan kuihtumista ja ruokahaluttomuutta. Kakeksia-anoreksia on monimutkainen metabolinen syndrooma, jota kuvastaa etenevä tahaton laihtuminen (primaari kakeksia) tai ravinnon vähyydestä johtuva laihtuminen (sekundaari kakeksia). Saattohoitopotilaista yli 80 % kärsii kakeksiasta. Kakeksia-anoreksian oireina ovat laihtumisen lisäksi krooninen pahoinvointi, yleinen heikkous ja psykologiset oireet. Loppuvaiheen syöpää tai vaikeaa dementiaa sairastavien ravitsemushoito ei parantane elämänlaatua tai lisää elinai-

kaa. Kuolemaa lähestyvän potilaan ruokahalu yleensä vähenee. Ruokahaluttomuus voi kuitenkin johtua myös muista syistä, kuten esimerkiksi suun sammaksesta tai kuivumisesta, ummetuksesta, kivusta, lääkkeistä tai masennuksesta. Näiden syiden hoito voi parantaa potilaan ruokahalua. Myös ympäristön hajut tai ankeasti tarjoiltu ruoka voivat vähentää ruokahalua. Ruokailuhetken miellyttävyyteen tulisi kiinnittää huomiota. Kaunis kattaus ja yhdessä omaisten kanssa syöminen saattavat lisätä ruokahalua. Potilaalle tulisi tarjota hänen mieliruokiinsa ja hänellä tulisi olla mahdollisuus aterioida haluaminaan aikoina. Lääkkeistä megestroliasetaatti ja deksametasoni lisäävät ruokahalua. Megestroliasetaatin (Megace®) on ruokahalun lisäksi todettu lisäävän painoa. Painon lisäys on kuitenkin kohdistunut rasvakudokseen, ei lihakseen. Megestroliasetaatin käyttöön liittyy lisääntynyt tromboosiriski. Deksametasonia (Dexametason®) voi kokeilla ruokahaluttomuuden lyhytaikaiseen hoitoon. Pitkäaikaista käyttöä ei suositella sen haitallisten sivuvaikutusten vuoksi. (Hänninen 2012; 15, Kokkinen 2012; Käypä hoito 2012.)

### 3.2.2 Iho-oireet

Kutina voi olla iholähtöistä, neuropaattista, neurogeenistä tai psykogeenistä. Kutinaa saattavat aiheuttaa maksatumori, haimasyöpä, sappitiehytsyöpä, hemolyyysi ja lääkkeet. Kutinan syyn hoito on tällaisissa tilanteissa vaikeaa, joten hoito on yleensä oireen mukaista. Iholähtöisen kutinan hoitona on ihon rasvaus perusrasvalla tai kortisonivoiteella ja vesipesujen harventaminen. 1-prosenttinen mentoliliuos tai 2.5-prosenttinen lidokaiiniliuos tai -geeli paikallishoitona saattavat helpottaa hetkellisesti. Sappistaasiin liittyvän kutinan hoitona voidaan käyttää sappiteiden dreneerausta. Neuropaattista kutinaa saattavat helpottaa gabapentiini (Gabapentin®) tai pregabaliini (Lyrica®). Opioidien aiheuttamaan kutinaan saattavat auttaa naloksoni (Naloxon®) ja metyylylnaltreksoni (Relistor®). Serotoniinivälitteiseen, kuten kolestaattiseen, renaaliseen tai opioidien aiheuttamaan kutinaan saattaa auttaa paroksetiini (Optipar®) ja mirtatsapiini (Mirtazapin®). Antihistamiinit harvoin auttavat saattohoitopotilaan kutinaan. (Hänninen 2012, 17; Käypä hoito 2012.)

Yleisimpiä haavatyyppejä saattohoitopotilailla ovat etäpesäkkeeseen liittyvä haavauma, painehaavauma, arteriaperäinen haavauma ja traumaan, esimerkiksi kaatumiseen tai ihon repeämiseen, liittyvä haava. Syöpätauteihin liittyvät pahanlaatuiset haavaumat harvemmin paranevat saattohoitopotilailla. Niihin liittyy usein ulkonäköhaittoja, eritystä, kipua, pahaa hajua, kutinaa ja verenvuotoa. Haavakipu on sekamuotoista nosiseptiivistä ja neuropaattista kipua, jota voidaan hoitaa sekä systeemisesti että paikallisesti opioideilla. Paikallishoitona voi käyttää esimerkiksi morfiinigeeliä. Se valmistetaan sekoittamalla 20 mg morfiini-injektioliuosta 16 g:aan Intraside-geeliä. Geeliä levitetään 5–10ml kivuliaalle haava-alueelle ja laitetaan taitos päälle. Hoidon voi toistaa 1–3 kertaa vuorokaudessa. Tulehtunut haava saattaa aiheuttaa hajuhaittoja, jotka johtuvat usein nekroottisten muutosten anaerobi-infektiosta. Hoitona voidaan käyttää antibiootteja, kuten metronidatsolia systeemisesti tai paikallisesti tai klindamysiiniä systeemisesti. Haavoissa voi käyttää aktiivihiihi- tai hopeasidoksia, hunajaa, pihkaa ja imeviä sidoksia. Syövän hoitoon käytettävien lääkkeiden aiheuttamien iho-ongelmien, kuten esimerkiksi käsi-jalkaoireyhtymän tai aknen tyyppisen ihoreaktion hoidossa on tarpeen konsultoida onkologista hoitoyksikköä tai ihotautiyksikköä. Myös yleistilaltaan hyväkuntoisen potilaan ihometastaasin hoidosta on syytä konsultoida onkologista hoitoyksikköä mahdollisen säde- tai operatiivisen hoidon mahdollisuuksista. (Käypä hoito 2012.)

### 3.2.3 Hikoilu, fatigue ja raajaturvotus

Runsaan hikoilun aiheuttajina voivat olla lääkkeet, kuten opioidit tai hormonaaliset syöpälääkkeet, syöpä itsessään, syövän hoitojen endokriiniset vaikutukset tai vaihdevuodet. Hikoilua voidaan pyrkiä lievittämään SSRI-lääkkeillä eli selektiivisillä serotoniinin takaisinoton estäjillä, SNRI-lääkkeillä eli serotoniinin ja adrenaliinin takaisinoton estäjillä, epilepsialääkkeillä tai klonidiinilla. Vaihdevuosien hikoilua voidaan lievittää keltarauhashormonilla. Tuumorista johtuvan kuumeilun aiheuttamaa hikoilua voidaan lievittää parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeillä. (Käypä hoito 2012.)

Fatigueen eli väsymysoireyhtymään vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja emotionaaliset syyt. Oireina ovat suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähyys, apatia, heikkous, väsyneisyys, uneliaisuus, motivaation puute, kyllästyneisyys, uni-häiriöt ja ahdistuneisuus. 60–90 % edennyttä syöpää sairastavista kärsii fatiguesta. Syöpään liittyvä fatigue ei lievyty levolla. Väsymystä aiheuttavat hoidettavat syyt, kuten infektiot, anemia, metaboliset häiriöt ja kilpirauhasen vajaatoiminta on erotettava fatiguesta. Jotkut potilaat ovat hyötäneet steroideista fatigueen hoidossa, joten hoitokokeilu deksametasonilla (Dexametason®) saattaa olla aiheellista. Modafiinista (Modiodal®) näyttäisi olevan hyötyä loppuvaiheen syöpää sairastavien potilaiden fatigueen hoidossa. Lihasharjoittelu oman voinnin mukaan sairauden varhaisessa vaiheessa hidastaa fatigueen etenemistä. Myös fysioterapiasta saattaa olla apua. Psykologinen ja emotionaalinen tuki helpottavat ahdistuneisuutta ja pelkoa. (Hänninen 2012, 16; Käypä hoito 2012.)

Edennyttä syöpää sairastavilla raajaturvotusta aiheuttaa yleensä lymfavirtauksen estyminen tai hypoproteinemia (matala S-Alb), samanaikaisesti voi esiintyä myös laskimoperäistä turvotusta. Keskeistä hoidossa on ihon rasvaus infektioiden välttämiseksi ja kivun hoito. Myös fysioterapeuttisista keinoista kuten lymfahieronnasta tai lymfasidoksista saattaa olla hyötyä. Lymfaperäiseen tai hypoproteinemiasta johtuvaan raajaturvotukseen ei lääkehoidosta juurikaan ole hyötyä. Sen sijaan laskimoperäisen raajaturvotuksen hoidossa diureeteista saattaa olla apua. Alkuun tulee annostella samanaikaisesti sekä furosemidia (Furesis®) että spironolaktonia (Spiresis®), mikäli potilaalla ei ole vasta-aiheina elektrolyytihäiriötä tai matalaa verenpainetta. Diureettilääkehoito lopetetaan, mikäli raajaturvotus ei lievyty 3–4 vuorokaudessa. (Käypä hoito 2012.)

#### 3.2.4 Hengitystieoireet

Pitkäkestoisen hikka voi liittyä moniin sairauksiin ja tiloihin. Saattohoitopotilailla hikan yleisin syy on pallean ärsytys, metaboliset syyt, infektio tai keskushermostoperäinen syy. Myös jotkut lääkkeet, kuten barbituraatit, metyylidopa, metyylliprednisoloni ja deksametasoni saattavat altistaa hikalle. Ohimenevä hikka ei vaadi toimenpiteitä. Sen sijaan pitkittynyt hikka on kiusallinen vaiva ja haittaa

merkittävästi potilaan elämänlaatua. Eniten näyttöä hikan hoidossa on baklofeenista (Baklofen®). Maha-suolikanavaperäisen hikan hoidossa voi kokeilla metoklopramidia (Primperan®) ja omepratsolia (Omeprazol®). Hikan hoitoon voi kokeilla myös klooripromatsiinia (Klorproman®), nifedipiiniä (Adalat®) tai gabapentiiniä (Gabapentin®). (Hänninen 2012, 18; Käypä hoito 2012.)

Yskää aiheuttavat lisääntynyt limaneritys, liman heikentynyt kuljetus, mahansisällön takaisinvirtaus etenkin öisin ja vaikeus niellä sylkeä. Yskän syynä voi olla myös muun muassa astma ja muut hengityselinsairaudet, pneumonia, hengitysteiden tuumori tai keuhkoödeema. Tehokkaimmin oireita lievitetään, jos pystytään hoitamaan yskän syytä. Yskää voidaan pyrkiä lievittämään opioideilla samoilla annoksilla kuin hengenahdistuksen hoidossakin. Antikolinergeilla, kuten esimerkiksi glykopyrrolaatilla (Robinul®) voidaan vähentää limaneritystä ja lievittää kuolemassa olevan potilaan hengityksen korinaa. Sitkeän liman irrotuksessa mukolytyeistä (esimerkiksi erdosteiini) tai inhaloitavasta keittosuolaliuoksesta saattaa olla apua. Sädehoito lievittää tehokkaasti keuhkosyövän aiheuttamia oireita kuten yskää, veriyskää, hengenahdistusta ja rintakehän kipua. Veriyskän lääkehoitona voidaan käyttää traneksaamihappoa (Caprilon®). Kuoleman lähestyessä limainen rohiseva hengitys on tyypillistä ja häiritsee usein enemmän omaisia kuin potilasta. Liman imeminen on harvoin välttämätöntä ja etenkin tajuissaan olevalle potilaalle se on erittäin epämiellyttävää. Limaa imettäessä on syytä esilääkitä potilas joko opioidilla tai bentsodiatsepiinilla. (Kokkinen 2012; Käypä hoito 2012)

Hengenahdistuksen syitä ovat muun muassa erilaiset kasvaimet, pleuraneste, yläonttolaskimon ahtauma, fibroosi, keuhkoödeema, askites, sädehoito, keuhkoveritulppa, pneumonia, COPD, astma, sydämen vajaatoiminta ja psyykkiset tekijät. Hengenahdistuksen perussyty hoidetaan, mikäli se vain on mahdollista. Saattohoitopotilaan hengenahdistuksen hoitoon käytetään opioideja. Tavanomaisesti hengenahdistuksen hoitoon käytetään morfiinia (Morphin®), mutta myös muita vahvoja opioideja voidaan käyttää. Hengenahdistuksen kehittyessä vähitellen ovat oraaliset opioidit käyttökelpoisia. Akuutissa voimakkaassa hengenahdistuksessa tarvitaan suonensisäistä tai ihonalaista antoa. Mikäli potilaalla on käytössä säännöllinen morfiinikipulääkitys, nostetaan sen annosta 25–50

% kerrallaan, kunnes oireet ovat helpottuneet. Aiemmin opioidia käyttämättömän potilaan hengenahdistuksessa annetaan lyhytvaikutteista morfiinia 2.5–10 mg suun kautta joka neljäs tunti ja lisäksi tarvittaessa 1–2 tunnin välein. Kertaannosta voidaan tarvittaessa suurentaa 25–50 % kerrallaan. Akuutissa voimakkaassa hengenahdistuksessa morfiinia annetaan laskimonsisäisesti 2–10 mg 5–10 minuutin välein tai ihon alle 15–20 minuutin välein, kunnes hengenahdistus helpottuu. Tämän jälkeen hoitoa jatketaan toistuvien kerta-annoksien tai jatkuvana infuusiona. Morfiinin anto ihon alle voidaan toteuttaa ihonalaisen kanyylin kautta kestoinfuusiona ja/tai boluksina. Tällöin vältetään jatkuvalta pistelyltä. Ajoittaisessa hengenahdistuksessa voidaan käyttää lyhytvaikutteista opioidia tarpeen mukaan. Vaihtoehtona on myös pitkävaikutteisen opioidin käyttö. Opioidien aiheuttaman hengitysvajauksen riski on erittäin vähäinen, kun opioideja annostellaan vain sen verran kuin hengenahdistuksen lievittämiseksi on tarpeen. Mahdollista hengitysvajausta voidaan hoitaa naloksonilla (Naloxon®) annoksella 0,1–0,2 mg (Hänninen 2012, 20; Kokkinen 2012; Käypähoito 2012.)

Teofylliini ja salbutamoli auttavat obstruktiivisessa hengenahdistuksessa. Mikäli hengenahdistus johtuu pleuranesteestä, tehokkaimmin auttaa nesteen poisto kertapunktiolla tai dreenillä. Sädehoidosta saattaa olla suurta hyötyä keuhkosyöpää sairastavan potilaan hengenahdistuksen ja muiden paikallisoireiden hoidossa. Mikäli hengenahdistuksen syynä tai seurauksena on henkistä ahdistusta, voidaan harkita loratsepaamin (Temesta®) tai midatsolaamin (Dormicum®) käyttöä. Antibioottihoidosta saattaa olla hyötyä hengitystieinfektioiden aiheuttamien oireiden helpottamisessa. Hoito on kuitenkin syytä lopettaa, mikäli selkeää vastetta ei saada. Hapenanto lievittää hengenahdistusta etenkin hypokseemisillä potilailla, mutta se saattaa helpottaa myös ei hypokseemisen potilaan hengenahdistusta. (Hänninen 2012, 20, Kokkinen 2012, Vainio 2004, 100, Käypä hoito 2012)

Muita keinoja pyrkiä lievittämään hengenahdistusta ovat läsnäolo, ikkunan avaaminen tai ilmavirran luominen tuulettimen avulla. Istuma-asento on paras, kun kyseessä on ahtaava keuhkosairaus. Muussa tapauksessa makuuasento tyynyillä tuettuna on suositeltavin. Toispuoleinen pleuraneste häiritsee vähiten, kun potilas makaa pleuranesteen puoleisella kyljellä pääpuoli hieman ylöspäin.

Myös fysioterapiasta on apua. Hengenahdistuksesta kärsivän potilaan kannattaa opetella hengitystekniikkaa ja rentoutustekniikkaa ja käyttää niitä hengenahdistuksen pahenemisvaiheissa. Hengenahdistuskohtauksiin tulee varautua. Huolehditaan siitä, että soittokello on potilaan ulottuvilla. Varataan happi ja tarvittavat lääkkeet saataville. Ohjataan istuva lepoasento ja rauhallinen hengittäminen. (Kokkinen 2012; Vainio 2004, 100.)

### 3.2.5 Kivunhoito

Kipu on yleinen oire kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kivusta kärsii esimerkiksi loppuvaiheen syövässä 35–96 % potilaista. Hyvä kivunhoito on jokaisen potilaan oikeus. Tehokas kivunhoito parantaa potilaan toimintakykyä, elämänlaatua ja jäljellä olevaa yhteistä aikaa omaisten kanssa. Kivunhoidossa tärkeää on tehokkuus, yksinkertaisuus, ennakointi, seuranta ja sivuvaikutusten hoito. Hyvän kivunhoidon perusedellytys on kivun arviointi ja kirjaaminen. Hoidon alkuvaiheessa tai tilanteen muuttuessa on hyvä tehdä kipuanalyysi. Hyvä malli kipuanalyysin tekoon löytyy esimerkiksi sairaanhoitajan käsikirjasta (2012) (LIITE 3). Kivun arvioinnin täytyy tapahtua säännöllisesti ja tulokset tulee kirjata potilastietoihin. Arvioinnissa voi käyttää apuna numeerista NRS-kipumittaria tai visuaalista VAS-kipujanaa. Lisäksi potilasta pyydetään sanallisesti kuvaamaan kivun luonnetta, sijaintia ja häiritsevyyttä. On hyvä huomioida myös tuntuuko kipua levossa vai liikkeessä vai molemmissa. (Kokkinen 2012 b; Käypä hoito 2012.)

WHO on kehittänyt porrastetun kivunhoidon mallin. Malli on käyttökelpoinen myös syöpäpotilaan kivun hoidossa. Mallin suomenkielinen versio löytyy esimerkiksi Sairanhoitajan käsikirjasta (2012) (LIITE 4). Mallin mukaan lievään kipuun aloitetaan parasetamoli tai tulehduskipulääke. Lievää tai kohtalaista hoidetaan heikolla tai keskivahvalla opioidilla. Kovaan kipuun aloitetaan ajoissa vahva opioidi. (Kokkinen 2012 b.) Syöpäpotilaan kivunhoidon kohdalla mallista voidaan poiketa siirtymällä käyttämään suoraan vahvoja opioideja. Opioidien rinnalla voidaan käyttää sopivaa non-opioidilääkettä: parasetamolia, tulehduskipulääkettä tai neuropaattisen kivun lääkettä. (Käypä hoito 2012.)



Parasetamoli sopii lievän kivun hoitoon potilailla, joiden maksa-arvot eivät ole koholla. Tulehduskipulääkkeet auttavat erityisesti kudonvauriokivussa, kuten luustometastaasien yhteydessä. Monisairaille potilaille ne sopivat usein huonosti. Haittavaikutuksina voivat olla ulkusvuoto sekä epäedulliset verenkierto- ja munuaisvaikutukset. Koksibeja käytettäessä ulkusvuodon riski on pienempi. Tulehduskipulääkkeiden jatkuvassa käytössä täytyy rinnalle aloittaa mahansuojälääke. Vatsan alueen kivunhoidossa voidaan käyttää metamitsolin ja pitofenonin yhdistelmää (Litalgin®). (Kokkinen 2012 c.) Miedon opioidin yhdistäminen parasetamoliin tai tulehduskipulääkkeeseen saattaa lievittää kipua tehokkaammin kuin parasetamoli tai tulehduskipulääke yksistään (Käypä hoito 2012).

Opioidin valinta riippuu kivun voimakkuudesta ja tarvittavasta antoreitistä. Heikkoja opioideja ovat kodeiini ja tramadoli. (Kokkinen 2012 c.) Saattohoitopotilaiden kivunhoidossa heikko opioidi ei useinkaan riitä. Heikkoihin opioideihin liittyy myös kasvanut sivuvaikutusten riski. (Hänninen 2012, 24.) Heikoilla opioideilla on kattovaikutus ja maksimiannokset. Buprenorfiini on keskivahva opioidi. Suurina annoksina se estää opioidivaikutusta. Buprenorfiinilla on myös kattovaikutus. Buprenorfiinilaastaria (Norspan®) ei ole tarkoitettu syöpäkivun hoitoon. Pieni annos vahvaa opioidia siedetään yleensä paremmin kuin suuri annos heikkoa opioidia. (Kokkinen 2012 c.)

Vahvat opioidit ovat tehokkaita pitkäaikaisen kivun ja erityisesti syövän aiheuttaman kivun hoidossa (Käypä hoito 2012). Tavallisimpia opioideja ovat morfiini, oksikodoni ja fentanyl (Kokkinen 2012 c). Ei ole olemassa näyttöä eri opioidien keskinäisestä paremmuudesta pitkäaikaisen kivun hoidossa. Vahvan opioidin vaihtoa toiseen vahvaan opioidiin kannattaa kuitenkin harkita, mikäli kivun lievittyminen jää heikoksi tai haittavaikutukset ovat sietämättömät. (Käypä hoito 2012.) Opioidien annosnosto on aina mahdollista, joten lääkityksen toteuttaminen on yksinkertaista. Kivun voimakkuus määrää annoksen. Annosnosto tapahtuu asteittain. Yläravavuorokausiannoksia ei ole. Mahdollisen hengityslaman varalta potilaan vireystasoa ja hengitysfrekvenssiä seurataan. Iäkkäillä potilailla ja keuhkosairauksia tai neurologisia sairauksia sairastavilla riski hengityslamaan saattaa lisääntyä. Myös bentsodiatsepiinit lisäävät opioidien vaikutusta. Pelko hengityslamasta ei kuitenkaan saa olla este tehokkaalle kivunhoidolle. Hengi-

tyslama on hoidettavissa. Potilaan ollessa heräteltävissä riittää potilaan stimulointi ja kehotukset hengittää. (Kokkinen 2012 c.) Tarvittaessa potilaalle voidaan antaa opioidiantagonistia eli naloksonia. (Käypä hoito 2012). Opioidit eivät millään tavoin nopeuta kuolemaa (Kokkinen 2012 c).

Morfiinin ylläpitoannos löydetään titraamalla morfiiniliuosta. Sairaanhoidajan käsikirjasta (2012) löytyy esimerkkiohje morfiiniannoksen titraamisesta. (LIITE 5) Titrausta joudutaan usein jatkamaan useampana päivänä ennen kuin oikea annos löytyy. Oikean annoksen löydyttyä voidaan sama vuorokausiannos antaa pitkävaikutteisena tablettimuotona. Tällöin vuorokausiannos jaetaan kahteen tai kolmeen kertaan. Lyhytvaikutteiset opioidit ovat tehokkaita läpilyöntikivun hoidossa. Läpilyöntikivun lievittämiseen tarvittava annos on yleensä 1/6–1/8 opioidin säännöllisestä vuorokausiannoksesta. (Kokkinen 2012 c; Käypä hoito 2012.)

Fentanyyliä käytetään yleensä laastarimuodossa. Se soveltuu stabiiliin kipuun. Fentanyylilaastarin vaikutus alkaa 12–17 tunnin kuluttua laastarin laitoista. Kakektisilla potilailla imeytyminen saattaa olla heikentynyttä, jolloin fentanyylilaastarin sijaan kannattaa harkita muuta antoreittiä. (Kokkinen 2012 c; Käypä hoito 2012.) Neuropaattiseen kipuun käytetään opioidien lisäksi yleensä trisyklisiä masennuslääkkeitä (amitriptyliini) tai epilepsialääkkeitä (gabapentiini, pregabaliini). Joitakin kivuliaita tiloja voidaan hoitaa ei-analgeettisten lääkkeiden avulla. Steroidit vähentävät kudosturvotusta ja helpottavat täten kallonsisäisestä paineesta ja hermopinteestä johtuvaa kipua. Lihasspasmien aiheuttamaa kipua saattavat helpottaa lihasrelaksantit kuten baklofeeni tai bentsodiatsepiinit. Suolen ja rakon sileän lihaksen spasmien aiheuttamaa kipua voidaan pyrkiä lievittämään antikolinergeilla, esimerkiksi hyoskiinibutyrylibromidilla. Sädehoito on tehokas ei-lääkkeellinen kivunlievittäjä. Se lievittää esimerkiksi luustopesäkkeiden aiheuttamaa kipua 80 % potilaista. (Kokkinen 2012 c; Käypä hoito 2012.)

### 3.3 Saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoito

#### 3.3.1 Psyykkiset kriisireaktiot

Psyykkiset oireet saattavat aiheuttaa saattohoitopotilaalle suurempaa kärsimystä kuin fyysiset oireet. Kuolemaan liittyvä luopuminen, elämän päättyminen ja erilaiset pelot koettelevat suuresti potilaan psyykettä. (Hänninen 2003, 206.) Pahimmillaan tieto vakavasta sairaudesta ja tunne elämänhallinnan menettämisestä voi laukaista psyykkisen kriisin. Psyykkinen kriisi voidaan jakaa kriisivaiheeseen ja jäsentelyvaiheeseen. Kriisivaiheen alkua hallitsee yleensä uhkavaihe, joka etenee varsinaisen kriisin muodostaviksi shokki- ja reaktiovaiheeksi. Kriisivaiheen oireina voi esiintyä tunnetilojen vaihtelua, kiihtymystä, hämmennystä ja lamaannusta. Kriisivaihetta seuraava jäsentelyvaihe on tunnereaktiotaan rauhallisempi ja pitää sisällään käsittely- ja uudelleensuuntautumisasiäiset vaiheet. Jäsentelyvaiheessa ihminen ikään kuin uudelleen rakentaa minutensa. Lopputuloksena on sopeutuminen, johon ei enää liity kohtuutonta kärsimystä aiheuttavaa tai toimintakykyä heikentävää psyykkistä oireilua. (Idman 2003, 206; Huttunen 2011.)

Akuuttivaiheen hoidossa hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot ovat keskeisin terapeuttinen väline. Hoidossa on keskeistä potilaan rauhoittelu ja tyyntyyntely. Potilaan sairaudesta, ennusteesta ja hoidoista tulisi puhua mahdollisimman selkeästi ja konkreettisesti. Potilaan oman elämänhallinnan tunnetta pitäisi pyrkiä vahvistamaan. Joskus myös oireenmukainen lääkehoito voi olla tarpeen. Sairaus koetaan uhkana ja uhattuna ihminen ahdistuu. Tältä ahdistukselta pyritään suojautumaan käyttämällä minän puolustuskeinoja. Nämä keinot muodostavat perustan psyykkisen kriisin jäsentelyvaiheelle. Jäsentelyvaiheessa ihminen pyrkii vähentämään ahdistusta joko prosessoimalla sairastumistaan tai torjumalla epämiellyttävän kokemusmaailman. Pyrkimyksenä on palaaminen entiseen tasapainotilaan. Joskus torjunta ja jäsentely eivät toimi ja tällöin psyykkinen kriisi voi edetä sopeutumishäiriöksi tai vaikeammaksi psyykkiseksi häiriöksi. (Idman 2003, 206–208; Huttunen 2011.)

Sopeutumishäiriössä ihminen on yleensä juuttunut psyykkisen kriisin akuuttivaiheeseen eikä pysty siirtymään kriisin käsittelyvaiheeseen. Oireina ovat masentuneisuus, ahdistuneisuus, univaikeudet tai näiden oireiden eri yhdistelmät. Mikään näistä oireista ei ole kuitenkaan esiinny erityisen voimakkaana. Hoitokeinoina ovat hoitohenkilöstön antama supportiivinen tuki, esimerkiksi psykologin antama kriisipsykoterapia ja oireenmukainen lääkehoito. Vaikeampiin psyykkisiin häiriötiloihin liittyy yleistynyttä ahdistuneisuutta, paniikkihäiriö sekä mielialahäiriöitä, lähinnä masentuneisuutta. Kun tila on vakava, on perusterveydenhuollon tehtävänä lähinnä tunnistaa nämä tilat ja järjestää potilaalle psykiatrista apua. (Idman 2003, 208; Huttunen 2011.)

### 3.3.2 Psyykkiseen sopeutumiseen vaikuttavat tekijät

Ihmiset sopeutuvat psyykkisesti hyvin eri tavoin sairauten ja tulevaan kuolemaan. Sopeutumiseen vaikuttavat erilaiset yksilölliset tekijät, joiden tunnistaminen auttaa hoitotyöntekijää hänen pyrkiessään tukemaan potilasta psyykkisesti. Pohjan ihmisen psyykelle antavat perimä, varhaislapsuus ja hänen aiemmat elämäkokemuksensa. Jos ihminen on esimerkiksi elänyt hyvin itsenäisesti tai joutunut aiemmin petetyksi ihmissuhteissaan, voi hänen olla vaikea ottaa vastaan hoitoa tai luottaa hoitohenkilökuntaan. (Hietanen 2003, 213.)

Nuorelle tai keski-ikäiselle sairauden ja kuoleman hyväksyminen on paljon vaikeampaa kuin iäkkäälle ihmiselle. Elämä on vielä elämättä ja monet asiat kokematta. Jälkeen saattaa jäädä myös pieniä lapsia, joista luopuminen on hyvin tuskallista. Nuoret ja keski-ikäiset käyttävätkin ikääntyneitä enemmän psyykkisen tuen palveluita. Iäkkäämmät ihmiset pystyvät yleensä helpommin hyväksymään elämän väistämättömän kiertokulun ja kuolevaisuutensa. He ovat myös usein jo menettäneet läheisiään ja tätä kautta valmistautuneet myös omaan kuolemaansa. Tulevaan kuolemaan sopeutumista helpottaa myös se, että kokee eläneensä hyvän ja täyden elämän. Tunne siitä, että elämä on mennyt elämättä ohi ja ollut pettymys aiheuttaa yleensä sen, että elämästä on vaikea luopua. (Hietanen 2003, 213.)

Sukupuoli vaikuttaa psyykkiseen sopeutumiseen. Miehiä on tyypillisesti pidetty vahvoina ja heidän on vaikea sopeutua omaan avuttomuuteensa. Tunteiden ilmaiseminen ja tunteista puhuminen saattaa olla miehille vaikeampaa. Hallinnan tunne ja toimintakyky ovat miehille tärkeitä ja niiden menettäminen on vaikeaa. Miehet hyvin harvoin hakeutuvat psyykkisen tuen palvelujen piiriin, vaikka heillä käytännössä on yhtä paljon psyykkistä oireilua kuin naisillakin. Naisille on miehiä vaikeampi sopeutua ulkonäössä tapahtuviin muutoksiin ja hoitojen aiheuttamat muutokset yleensä loukkaavatkin syvästi naisellista identiteettiä. Naiset usein organisoivat perhe-elämää ja sairastuessaan heillä saattaa olla suuri huoli siitä miten muu perhe pärjää. On kuitenkin muistettava, että jokainen ihminen on oma yksilönsä ja erilaiset yleistyksiset kertovat hyvin vähän yksilöistä. (Hietanen 2003, 214)

Elämäntilanne ylipäätään vaikuttaa paljon sopeutumiseen. Perheen ja ystävien tuki on tärkeä tekijä sairautteen sopeutumisessa. Jos ihmisellä on paljon muita elämää kuormittavia asioita, kuten esimerkiksi huono parisuhde, ei sairautteen sopeutumiselle enää riitä psykologista energiaa. (Hietanen 2003, 215.)

### 3.3.3 Psyykkisten oireiden hoito

Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteinen tietoisuus siitä, että potilas on lähestymässä kuolemaa, on saattohoitopotilaan psyykkisen tilan arvioinnin lähtökohta (Käypähoito 2012). Tavallisimpia saattohoitopotilaan psyykkisiä oireita ovat masennus, ahdistus, pelkotilat, unettomuus ja terminaalinen delirium. (Hänninen 2003, 206.) Potilaalla on oikeus surra. Normaalia surutyötä voi olla vaikea erottaa masennuksesta. Ahdistus saattaa olla luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan tai merkki vaikeammasta psyykkisestä häiriöstä. Diagnoosin tekeminen ei ole helppoa. (Käypä hoito 2012.)

Saattohoitopotilailla ilmenee usein eriasteista masennusta, mutta harvemmin syvää kliinistä depressiota. Masennusta voidaan karkeasti arvioida VAS-asteikolla, pistettä 55 mm voidaan pitää masentumisen rajana. Terapia ja veritaistukiryhmät voivat parantaa masentuneen mielialaa. Myös hoitohenkilökunta

voi auttaa supportiivisella ja eläytyvällä kuuntelulla. On hyvä keskustella muustakin kuin lähestyvistä kuolemasta. Oleellinen osa hoitoa on hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus. Masennuslääkkeiden käyttö saattohoitopotilailla on siinä mielessä ongelmallista, että niiden vaste ilmaantuu vasta pidemmän käytön jälkeen. Ensisijaisena lääkehoitona käytetäänkin yleensä anksiolyyttejä. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2012, 30.)

Ahdistuneisuus voi olla lähestyvän kuoleman aiheuttama normaali reaktio. Se voi johtua myös psyykkisestä häiriöstä tai alihoidetusta muusta oireesta. Oirehoidon asianmukaisuus tulee tarkistaa. Ahdistuneisuuden taustalla voi olla myös hypoksia, alkava delirium, steroidit, neuroleptit, alkoholi tai lääkkeiden lopettamisesta johtuva vieroitusoireet. Luotettava näyttö saattohoitopotilaan ahdistuneisuuden lääkehoidosta puuttuu. Bentsodiatsepiineista, esimerkiksi loratsepaamista (Temesta®) tai oksatsepaamista (Opamox®) saattaa olla hyötyä. Myös depressiolääkkeet tai haloperidoli saattavat auttaa. Lääkehoidon lisäksi turvallisuuden ja tuen antaminen on tärkeää. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2012, 30.)

Unettomuus on subjektiivinen tunne huonosti nukkumisesta. Ongelmana voi olla unen saanti tai unen ylläpito tai molemmat. Unettomuus voi johtua alihoidetuista oireista, esimerkiksi kivusta, tai laskeneesta mielialasta. Unettomuus saattaa aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä, mielialan laskua, ärtyvyyttä, päiväaikaista uneliaisuutta, väsymysoireyhtymää ja keskittymiskyvyn puutetta. Unettomuuden hoidossa tulee kiinnittää huomiota unirytmiiin, nukkumisoloihin ja yöllisen kipulääkityksen riittävyteen. Unihäiriön lääkehoitona voidaan käyttää unilääkkeitä, neurolepteja (haloperidoli, ketiapiini) ja masennuslääkkeitä (mirtatsepiini, amitriptyliini, doksepiini). (Käypä hoito 2012, Hänninen 2012, 31.)

Terminaalinen delirium on sekavuustila, jonka taustalla on orgaaninen aivotoiminnan häiriö. Deliriumin oireita ovat tietoisuuden heikkeneminen, tarkkaavaisuushäiriö, ajattelun ja muistin häiriöt, psykomotoriset ja emotionaaliset muutokset sekä uni-valverytmin muutokset. Delirium on yleinen saattohoitopotilailla, esimerkiksi syöpää sairastavista jopa 88 % ovat deliriumissa viimeisinä elinpäivinä. On mahdollista, että delirium on osa kuolinprosessia. Deliriumia voivat

aiheuttaa myös jotkut lääkkeet (opioidit, steroidit, antikolinergit), infektiot, hypoksia, hyperkalsemia, elektrolyyttihäiriöt, aivoetäpesäkkeet ja uremia. Tällöin deliriumia voi lievittää. Deliriumin hoidossa tärkeää on turvallinen, rauhallinen ja valvottu ympäristö. Opioidin vaihtoa voi kokeilla. Myös nesteytyksestä saattaa olla hyötyä, selkeä näyttö asiasta puuttuu. Mikäli potilas kärsii oireistaan, voidaan niitä yrittää lääkehoidolla (haloperidoli, risperidoni, olantsapiini) lievittää. (Käypä hoito 2012, Hänninen 2012, 30.)

### 3.4 Saattohoitopotilaan sosiaalisten tarpeiden huomioiminen

Saattohoitopotilaan sosiaalinen tukeminen pitää sisällään sosiaalityöntekijän palvelut sekä potilaan omaisten tukemisen. Sosiaalityöntekijän tulisi osallistua saattohoitopotilaan hoitoon osana moniammatillista tiimiä. Hän voi opastaa potilasta ja perhettä sosiaali-turvaan ja palveluihin liittyvissä asioissa. Sosiaalihoitaja pystyy myös koulutuksensa ja oman työnsä kautta saamaan arvokasta tietoa omaisten tilanteesta. Saadun tiedon avulla sosiaalihoitaja voi yhdessä hoitohenkilökunnan mieltä keinoja, joilla tukea omaisia ja tätä kautta myös potilasta. (Surakka, Lehtipuu-Vuokola & Häihälä 2008.)

Omaisten merkitys saattohoidossa on suuri. Heillä on potilaaseen henkilökohtainen ja tunnepitoinen suhde, jollaista hoitohenkilökunta tuskin kykenee potilaaseen luomaan. Omaiset tulee nähdä voimavarana sekä potilaalle että myös hoitohenkilökunnalle. Lähestyvä kuolema koskettaa aina myös omaisia ja heidän tukemisensa onkin tärkeää. Kaukana asuvat omaiset tarvitsevat yleensä enemmän tukea kuin lähellä asuvat ja potilaan hoitoon osallistuvat omaiset. Yhden perheenjäsenen sairastuessa perheen sisäiset roolit saattavat muuttua. Omaisilla ei välttämättä ole minkäänlaista kokemusta tai käsitystä siitä mitä tapahtuu, kun yksi perheenjäsen sairastuu vakavasti ja kuolee. Omaisten suru voi näyttäytyä esimerkiksi vihana, syyllisyytenä, järkytyksenä, kieltämisenä tai ahdistuksena. Omaiset saattavat pelätä kuolevan läheisensä kohtaamista ja etääntyvät hänestä. Toisaalta taas luopumisen pakko ja pelko voivat ajaa omaiset tukahduttavaan riippuvuussuhteeseen potilaasta. Tämä taas lisää potilaan ahdistusta. Hoitohenkilökunta voi omalla toiminnallaan pyrkiä edistämään poti-

laan ja omaisten läheistä, turvallista ja kiinteää yhteyttä. (Surakka ym. 2008; Sand 2003, 94.)

Omaisat tarvitsevat tuen lisäksi tietoa, turvallisuutta ja toivoa. Tietoa he tarvitsevat sairaudesta, hoitamisesta ja kuoleman hetkestä. Omaisat ovat usein arkoja kyselemään, joten tietoa täytyy tyrkyttää heille. Omaisat haluavat kuulla potilaan tilanteesta ja hoidoista, samoja asioita on usein tarpeen kerrata useampia kertoja. Omaisat usein miettivät myös ravitsemukseen ja nesteytykseen liittyviä asioita. He saattavat myös kaivata opastusta miten konkreettisesti auttaa potilasta esimerkiksi syöttämällä tai suuta kostuttamalla. Yhteiset hoitoneuvottelut ovat erinomainen tapa tiedon jakamiseen ja avoimeen keskusteluun. Turvallisuutta omaisille luo mahdollisuus ilmaista vapaasti tunteitaan. Myös se, että omaisat kokevat läheisensä hoidon hyväksi tuo heille turvallisuuden tunnetta. Omaisten toivo harvemmin koskee potilaan ihmeperantumista. Sen sijaan he toivovat, että potilas ei joutuisi kärsimään ja että itse selviytyisivät uudessa elämäntilanteessa. (Surakka ym. 2008.)

Omaisten tarpeita saattohoidon aikana voi tarkastella Valviraan tulleiden kanteluiden avulla. Valvira saa kanteluiden kautta paljon tietoa terveydenhuollon toiminnasta ja omaisten kokemista ongelmista saattohoidon aikana. On syytä huomioida, että osa kanteluista johtuu suuresta surusta ja sellaisista tilanteista, joita paraskaan hoito ei olisi voinut estää. Valviran mukaan kivun ja hengenahdistuksen hoito on onnistunut vain puolella saattohoitopotilaista. Yleisin saattohoidon kantelun kohden onkin kipulääkityksen riittämättömyys. Kivun voimakkuuden arviointi ja seuranta on saattanut jäädä tekemättä. Kanteluita on tullut myös siitä, että lääkärit tai hoitajat ovat pelänneet opioidien käyttöä tai evänneet niiden käytön lääkeriippuvuuden pelossa. (Anttila 2011.)

Omaisten kanteluiden takana on usein tiedon puute. He saattavat kannella opiattien lamanneen potilaan hengityksen, vaikka itse asiassa ne ovat helpottaneet potilaan hengitystä. Kanteluita tulee usein myös siitä, ettei saattohoitopotilaalle ole aloitettu suonensisäistä ravitsemusta tai nesteytystä. Yleensä niistä aiheutuu potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä, mutta omaisat eivät ole asiaa ymmärtäneet. Kyse on siis siitä, että omaisille ei ole riittävästi kerrottu asioista.



Monet Valviralle tulevat kantelut koskevat juuri omaisten tiedon puutetta potilaan hoidoista niiden tavoitteista. Saattohoitopäätös on saatettu tehdä ilman potilaan ja omaisten kanssa käytyä hoitoneuvottelua. Joissain kanteluissa on ilmennyt ongelmat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Potilas on saatettu kotiuttaa ilman selkeitä ohjeita eikä hoitovastuuta ole siirretty terveyskeskukselle. Tällöin potilas on joutunut päivystykseen, jossa ei yleensä ole aikaa perehtyä saattohoitopotilaan erityisongelmiin. (Anttila 2011.)

### 3.5 Saattohoitopotilaan henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen

#### 3.5.1 Henkinen ja hengellinen hoitotyö

Henkinen ja hengellinen hoitotyö pitää sisällään hyvin monenlaisia asioita. Halusin löytää työhöni jonkinlaiset raamit joiden puitteissa käsitellä asiaa. Kattavat raamit löysin Puchalskin, Lunsfordin, Harrisin & Millerin (2006) artikkelista *Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model*. Artikkelin nimi kertoo kuusi tapaa, miten hoitaja voi toteuttaa henkistä ja hengellistä hoitotyötä. Nämä tavat ovat luottamuksellisen hoitosuhteen luominen ja arvostuksen ja kunnioituksen ilmaiseminen, tukea antavan ja turvallisen ympäristön järjestäminen, hoidon ja toivon päämäärien muuttaminen, aktiivinen kuuntelu, läsnäolo ja osallistuminen, henkisten ja hengellisten tarpeiden arviointi ja moniammatillinen yhteistyö.

#### 3.5.2 Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen ja arvostuksen ja kunnioituksen ilmaiseminen

Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen alkaa jo ensitapaamisesta. Tervehtiminen, silmiin katsominen ja itsensä esittelemisen luovat hyvän pohjan alkavalle hoitosuhteelle. Ihmisen sairastuessa sanaton viestintä ja vuorovaikutuksen erilaiset vivahteet saavat keskeisemmän merkityksen. (Hietanen 2004, 235.) Pelokas ja ahdistunut potilas usein ymmärtää paremmin katseen ja kosketuksen kieltä kuin puhetta. (Hållfast, Kivinen, Sipola, Hammari, Wright & Staines

2009, 14.) Hoitotilanteissa potilasta tulee koskettaa hellin käsin ja kiireettömästi. Hyvän kosketuksen kautta potilaalle tulee tunne, että hän on turvallisissa käsissä. Työskentelytavoillaan ja olemuksellaan hoitaja viestittää asenteitaan. (Kärpänniemi 2008, 113.) Älä nolaa, älä paheksu, älä mitätöi ovat professori Huttusen nyrkkisäännöt lääkärille. Samat säännöt pätevät mielestäni myös hoitajiin. Potilaaseen on suhtauduttava arvostavasti, vaikka hänen arvonsa ja ratkaisunsa poikkeaisivat hoitajan omista. (Hietala 2004, 236.) Vakava sairaus kalvaa potilaan minäkuvaa. Sairaus tuo mukanaan valtavia muutoksia ja potilas joutuu sairaalaan tullessaan jossain määrin luopumaan itsenäisyydestään. Vakavasti sairas potilas tarvitsee ihmisarvonsa ja inhimillisyytensä selkeää tukemista sekä turvallisuudentunteensa vahvistamista. (Hållfast ym. 2009, 10.)

### 3.5.3 Tukea antavan ja turvallisen ympäristön järjestäminen

Ihminen on paljas kuoleman edessä. Hän kohtaa elämänsä päättymiseen liittyviä tunteita, tekee tilinpäätöstä elämästään ja suree kuolemaansa. Kuoleva tarvitsee rauhaa kuolemiseensa. Hän ei myöskään välttämättä halua olla toisten silmien alla ollessaan kärsivä, heikko ja haavoittuva. Paras tapa turvata kuolevan yksityisyys on tarjota hänelle yhden hengen huone. Yhden hengen huone mahdollistaa myös sen, että omaisilla on mahdollisuus rauhassa viettää aikaa kuolevan läheisensä vierellä. Tärkeää on, ettei omaisten tarvitse noudattaa vierailuaikoja ja että he voivat ruokailla ja osallistua kahvihetkiin ja yöpyä kuolevan vierellä. (Anttonen 2008, 54.) Potilasta ja omaisia voi kannustaa tuomaan valokuvia, tauluja tai muita potilaalle tärkeitä henkilökohtaisia esineitä huoneen viihtyvyyttä lisäämään (Hinkka 2004, 325). Myös hoitoyksikön yleiseen viihtyvyyteen voi kiinnittää huomiota. Viihtyisät sohvaryhmät, taideteokset, kasvit ja värit tuovat iloa niin potilaalle kuin omaisillekin. (Anttonen 2008, 53.)

Potilaan turvallisuuden tunnetta voidaan vahvistaa myönteisellä ilmapiirillä. Hoitohenkilökunnalla on suuri merkitys ilmapiirin luomisessa. Myönteisen ilmapiirin luomista edesauttaa hoitohenkilökunnan asiallinen, ystävällinen ja kärsivällinen suhtautuminen potilaaseen ja omaisiin. Myös tiedon tarjoaminen edesauttaa myönteisen ilmapiirin syntymistä. Myönteiseen ilmapiiriin kuuluu myös se, ettei

kuolemaa tarvitse torjua eikä paeta. Tämä mahdollistaa hoitohenkilökunnan aidon ja rehellisen läsnäolon potilaan rinnalla. (Anttonen 2008, 53–54.)

Tukea antavan ympäristön luomiseen kuuluu, että potilaan uskonnollinen vakaumus huomioidaan ja siihen liittyvät pyhät toimitukset mahdollistetaan. Kirkon sairaalasielunhoidon keskus (1996) on julkaissut lehtisen Vakaumuksen kunnioittaminen (LIITE6), jossa käydään läpi eri uskontokunnille ja elämänkatsomuksille merkityksellisiä asioita liittyen hoitotoimenpiteisiin, ruokailuun, sosiaalisiin tapoihin, pyhiin toimituksiin, kuolevaan potilaaseen, vainajan käsittelyyn ja obduktioon.

Potilaalle tulee mahdollistaa hänen niin halutessaan radion tai television jumalanpalveluksen seuraaminen. Hoitoyksikössä tulee olla Raamattu, virsikirja ja muuta hengellistä luettavaa. Potilaan niin halutessa myös hoitaja voi niitä hänelle lukea. Mielimusiikin kuunteleminen on monelle tärkeää. Hoitoyksikössä on hyvä olla soitin, joka tarvittaessa voidaan siirtää potilashuoneesta toiseen. Potilaalta ja omaisilta voidaan kysyä haluavatko he tavata papin, joka voi keskustella, rukoilla, laulaa virsiä tai pitää hartaus- tai ehtoollishetken potilaan luona. Myös hoitaja voi laulaa virsiä tai rukoilla potilaan kanssa. (Kärpänniemi 2008, 114–115, Hållfast ym. 2009, 22.) Helsingin seurakuntayhtymä on julkaissut lehtisen Apua, minä kuolen. Se sisältää rukoushetken sopivia virsiä (LIITE 7) ja raamatunkohtia (LIITE 8) sekä valmiin kaavan rukoushetken sairaan luona (LIITE 9). Kuka vain voi pitää tämän rukoushetken. Häden hetkellä kuka tahansa voi myös tehdä öljyllä voitелun, pitää saattohartauden tai jakaa ehtoollisen. Myös näihin löytyy valmis kaava lehtisestä Apua minä kuolen. (Hållfast ym. 2009, 22.)

#### 3.5.4 Hoidon ja toivon päämäärien muuttaminen

Hoidon päämäärät vaihtelevat eri tilanteissa. Diagnoosin jälkeen potilaan sairautta yritetään yleensä ensin parantaa. Sairauden edetessä tullaan jossain vaiheessa siihen pisteeseen, että parantavista hoidoista ei ole enää hyötyä. Painopiste siirtyy sairauden hidastamiseen ja oireiden mukaiseen hoitoon. Edel-

leen sairauden edetessä voidaan todeta, että sairauden hidastamiseen tähtäävistä hoidoista ei ole enää hyötyä ja lopulta ajankohtaiseksi saattaa tulla saattohoitopäätöksen tekeminen. (Hannikainen 2008, 17.) Hoidon päämäärien vaihtuessa ja eri hoitolinjoja mietittäessä hoitaja pystyy monin eri tavoin tukemaan potilasta ja hänen omaisiaan. Hoitaja varmistaa, että potilaalla ja omaisilla on kaikki tarvittava tieto heidän miettiessään eri hoitovaihtoehtoja. Muutos parantavasta hoidosta palliatiiviseen hoitoon ja edelleen saattohoitoon aiheuttavat yleensä potilaassa ja omaisissa suurta ahdistusta ja henkistä kipua. Hoitaja voi pyrkiä tunnistamaan näitä tunteita ja myös rohkaista potilasta puhumaan niistä. Tunteista keskusteleminen tekee niistä usein myös luvallisia. Hoitajan on hyvä pyrkiä tunnistamaan ja tukemaan potilaan ja perheen selviytymismekanismeja. Joskus käy ilmi, että selviytymismekanismit eivät ole riittäviä ja tällöin hoitaja ottaa selvää lisätuen mahdollisuuksista ja kertoo potilaalle ja perheelle näistä mahdollisuuksista. Perheen sisäisessä kommunikaatiossa voi olla ongelmia ja tärkeiden asioiden esilletuominen voi olla tällöin vaikeaa. Hoitaja voi pyrkiä helpottamaan perheen sisäistä kommunikaatiota ja vaikeiden asioiden esilletuontia. Hoitajan on hyvä olla mukana yhteisten jatkohoitosuunnitelmien tekemisessä ja yhteisten tavoitteiden luomisessa. (Grönlund & Leino 2008, 41–42.)

Sairastuessaan ihminen toivoo parantuvansa. Sairauden edetessä toivon päämäärä yleensä muuttuu. Toivon päämääräksi voi muodostua kivuton kuolema, jäljellä olevan elämän hyvä laatu, aito ja tukeva suhde perheeseen tai mahdollisuus viettää viimeiset ajat ja kuolla kotona. (Puchalski ym. 2006.) Toivo voi olla myös uskonnollisesti virittynyt, ajatus siitä että elämä jatkuu kuoleman jälkeen. Toivo antaa ihmiselle voimaa kuoleman lähestyessä. Ollakseen todellista toivon vähimmäisehto on, että toivotun asian on mahdollista toteutua. Joskus ihminen pitää toivoa ihme paranemisesta yllä pitkään senkin jälkeen, kun hänelle on kerrottu lähestyvistä kuolemasta. Tällaista toivoa ei tulisi vahvistaa eikä tarjota. Hoitaja voi sen sijaan auttaa potilasta löytämään sellaisen toivon, jonka toteutuminen on mahdollista, kuten esimerkiksi toivon oireiden lievittymisestä. (Hänninen 2006, 45–46.)

### 3.5.5 Aktiivinen kuuntelu, läsnäolo ja huomioiminen

Sairastaminen ja lähestyvä kuolema herättää monia kysymyksiä. Miksi minä? Miksei joku muu? Onko tämä rangaistus? Mitä olen tehnyt ansaitakseni tämän? Onko tämä reilua? Olisinko voinut elää eri tavalla? Mitä minulle tapahtuu kun kuolen? Mihin joudun kun kuolen? Onko kuolemanjälkeistä elämää, Jumalaa tai taivasta olemassa? Miten perheeni pärjää ilman minua? Mitä jätän taakseni? Mikä minun elämäni tarkoitus on ollut? (Milligan 2011.) Nämä kysymykset herättävät potilaassa ahdistusta. On suuren luottamuksen osoitus, jos potilas kääntyy näissä kysymyksissään hoitajan puoleen. Tätä luottamusta ei pitäisi torjua. Kysymykset aiheuttavat usein avuttomuutta hoitajassakin. Hoitajalta ei kuitenkaan odoteta vastauksia näihin kysymyksiin. Sen sijaan häneltä odotetaan kiireetöntä kuuntelemista ja aitoa läsnäoloa. Tällaisille pohdinnoille on ominaista uusien näköalojen etsiminen, päämäärien uudelleenmuotoileminen ja itsensä tutkiminen. Ennen pitkää nämä pohdinnat voivat johtaa oman tilanteen ymmärtämiseen ja elämän rajallisuuden kohtaamiseen. Tällainen yhdessä pohtiminen vaatii luottamuksellista ja empaattista hoitosuhdetta. (Hållfast ym. 2009, 10–11.)

Kuoleva potilas käy läpi monenlaisia vaikeita tunteita, kuten surua, pelkoa ja vihaa. On luonnollista tuntea surua elämän päättymisestä tai pelkoa tuntemattomasta kuolemasta. Näillä tunteilla on oma tehtävänsä, aikataulunsa ja tarkoituksensa eikä niitä ole tarkoitus saada lohduttamalla katoamaan tai vähenevänsä. Tuskaa ei voi lohduttaa pois. Mitä hoitaja voi tehdä, on olla rinnalla ja hyväksyä ja vastaanottaa potilaan tunteet. Näin potilas pystyy vähitellen elämään tunteet todeksi. On tärkeää, että potilas saa miettiä omaa elämäntilannettaan ja sitä miten jatkaa tästä eteenpäin. Sen sijaan, että hoitaja yrittää vaihtaa puheenaiheen positiivisemmaksi, voi hän esittää tarkentavia kysymyksiä, kuten Mikä tuntuu vaikeimmalta tai mitä pelkää eniten? Kuolevalla potilaalla on usein tarve läpikäydä ja muistella elämäänsä. Muistelun avulla elämän palapelin eri osat asettuvat paikoilleen ja elämästä saattaa muodostua eheämpi kuva. Näitä muisteluja kuuntelemalla ja potilaan elämäkokemusta arvostamalla hoitaja voi antaa potilaalle kokemuksen siitä, että myös hän voi olla antavana osapuolena keskusteluissa. (Hållfast ym. 2009, 11–12.)

### 3.5.6 Henkisten ja hengellisten tarpeiden määrittäminen

Henkisten ja hengellisten tarpeiden määrittäminen ei ole helppoa. Ihmisten henkisyys ja hengellisyys voivat ilmetä hyvin eri tavoin ja myös tarpeet ovat hyvin yksilöllisiä. Toiset eivät välttämättä halua keskustella henkisistä tarpeistaan ja tätä täytyy kunnioittaa. Joskus keskustelu henkisistä ja hengellisistä tarpeista voi alkaa hyvin yksinkertaisella kysymyksellä ”miten voit”? Potilaan vastatessa ”hyvin” voi kysyä uudelleen ”mutta miten voit oikeasti? Kysymyksen voi esittää myös hieman suuremmin, esimerkiksi ”onko sinulla rauhallinen mieli? Maailmalla on kehitetty hengellisten tarpeiden määrittämiseen erilaisia arviointimenetelmiä. Tällaisia ovat muun muassa Christina Puchalskin kehittämä FICA ja Anandarajahin ja Hightin kehittämä HOPE. (Milligan 2011.)

Karvinen (2012) on kehittänyt suomenkielisen AVAUS-mallin (LIITE 5) henkisten ja hengellisten tarpeiden arvioinnin tueksi. AVAUS tulee sanoista arvot ja vakaumus, voimavarat, arvio henkisistä ja hengellisistä terveystarpeista, ulkopuolinen tuki ja spiritualiteettia (henkisyyttä) tukevan hoitotyön toimenpiteet. Henkisten ja hengellisten tarpeiden arvioinnin voi tehdä hoitosuhteen alkaessa ja jatkaa arviointia säännöllisesti läpi koko hoitosuhteen. Arvio kirjataan hoitokertomukseen. (Karvinen 2012 a.)

### 3.5.7 Moniammatillinen yhteistyö saattohoitopotilaan hoidossa

Moniammatilliseen työryhmään tulisi lääkärien ja hoitajien lisäksi kuulua sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, pappi sekä vapaaehtoistyöntekijöitä. Sosiaalityöntekijä avustaa potilasta ja omaisia erilaisissa sosiaaliturvaan ja – palveluihin liittyvissä asioissa. Fysioterapeutti voi neuvoa omaisia potilaan auttamisessa ja erilaisten apuvälineiden käytössä. Hän myös ohjaa omaisia tarkkailemaan paitsi potilaan myös omaa jaksamistaan. Papin kanssa voi keskustella uskontoon ja hengellisiin asioihin liittyvistä asioista. Vapaaehtoistyöntekijät voivat monin tavoin auttaa potilasta ja omaisia esimerkiksi pitämällä seuraa ja keskustelemalla heidän kanssaan. (Surakka ym. 2008.)

## 4 PRODUKTION KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

### 4.1 Oppaan suunnittelu ja tavoite

Vilkan ja Airaksisen (2004) mukaan kehittämispainotteinen opinnäytetyö voidaan toteuttaa tuotekehittelynä eli produktiona. Kehittämispainotteisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Produktion tavoitteena voi olla käytännön toiminnan ohjeistaminen tai opastaminen. Produktion lopputuloksena on uusi konkreettinen tuote tai palvelu. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 33.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tuottaa saattohoito-opas Pihtiputaan sairaalan hoitohenkilökunnalle. Oppaan tavoitteena oli lisätä Pihtiputaan sairaalan hoitohenkilökunnan valmiuksia saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Tavoitteena oli myös, että opas saisi hoitajat miettimään omia toimintatapojaan ja saisi aikaan yhteistä keskustelua saattohoidosta. Perimmäisenä tavoitteena oli saattohoitopotilaan hoitotyön laadullinen kehittäminen. Pyrin saamaan oppaasta mahdollisimman selkeän ja käytännönläheisen.

Saattohoito on kiinnostanut minua heti sairaanhoitajan opintojeni alusta lähtien. Halusin tehdä myös opinnäytetyöni saattohoidosta. Syksyllä 2011 olin työharjoittelussa Pihtiputaan sairaalan vuodeosastolla. Tiedustelin osastonhoitajalta mahdollista aihetta opinnäytetyölleni. Kuultuaan kiinnostuksestani saattohoitoa kohtaan hän ehdotti saattohoito-oppaan tekemistä. Keskustelimme oppaan sisällöstä. Sovimme, että pyrin tekemään oppaan, joka huomioi mahdollisimman kokonaisvaltaisesti saattohoitopotilaan hoitotyön pitäen sisällään fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen osa-alueen. Opas käsittelee aikuisten saattohoitoa. Lasten saattohoidon päätimme jättää oppaasta pois, koska lasten saattohoito toteutetaan erikoissairaanhoidossa.

Keväällä 2012 kävin viiden opintoviikon vapaavalintaisen saattohoidon opintokokonaisuuden. Opintokokonaisuuteen kuului luentojen lisäksi vierailukäynti saattohoitokoti Terho-kodilla sekä osallistuminen Palliatiivisen hoidon seminaa-

riin. Saattohoidon opintokokonaisuudesta sain paljon tietoa ja inspiraatiota opinnäytetyöni tekemiseen. Myös lähteiden etsiminen oli aiempaa helpompaa. Opintokokonaisuuden ansiosta tiesin paremmin, mistä etsiä luotettavaa lähdemateriaalia.

#### 4.2 Oppaan toteutus

Aloitin opinnäytetyöni lähdemateriaalin keräämisen keväällä 2012. Etsin lähdemateriaalia kirjoista, lehdistä, tutkimuksista sekä Käypä hoito -suosituksista. Hain hyvin paljon tietoa Nelli-portaalin avulla. Käytin Nelli-portaalin monihakua, Terveysporttia, Mediciä ja Cinahlia. Helppointa oli löytää tietoa saattohoitopotilaan fyysisten oireiden hoitotyöstä. Tietoa oli tarjolla todella paljon ja ongelmaksi muodostuikin tiedon rajaus. Saattohoitopotilaan psyykkisestä hoitotyöstä löysin kaikista vähiten materiaalia. Psyykkisestä hoitotyöstä yleisellä tasolla löytyi paljon tietoa, mutta nimenomaan saattohoitopotilaan psyykkisestä hoitotyöstä löysin vähän materiaalia. Sosiaalisista tarpeista ja varsinkin omaisten tukemisesta oli melko helppo löytää tietoa.

Henkisestä ja hengellisestä hoitotyöstä löytyi paljon materiaalia. Ongelmalliseksi muodostui aluksi käsitteiden ymmärtäminen ja käyttö. Mietin käytäntö työssäni käsitettä hengelliset tarpeet vai käsiteparia henkiset ja hengelliset tarpeet. Minulle oli epäselvää, miten henkiset ja hengelliset tarpeet eroavat toisistaan. Etene-julkaisussa (2002) Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa todetaan, että hospice-hoidossa on kuolevan kivut jaoteltu neljään eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, hengelliseen ja sosiaaliseen. Hengellisen kivun on määritelty koskevan elämänkatsomuksellisia ja uskonnollisia kysymyksiä. (Toppinen 2002, 34.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) julkaisussa Hyvä saattohoito suomessa todetaan, että kuolevaa ihmistä on hoidettava kokonaisvaltaisesti: fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, hengellisestä ja henkisestä näkökulmasta. Hengellisiksi tarpeiksi julkaisussa luetellaan Aaltoa ja Sipolaa lainaten tarve suojautua, kun kaikki uhkaa hajota ja tuhoutua, tarve kokea sovinto itsensä, omaistensa, läheistensä ja Jumalan kanssa, tarve löytää elämän eheys ja tarve saavuttaa elämän täyttymys. Julkaisussa todetaan, että



henkisistä kärsimyksistä yleisin on masennus. (STM 2010, 17–18.) Käypä hoitosuosituksessa (2012) Kuolevan potilaan oireiden hoito masennus luetaan psyykkisiin ongelmiin. Käsitteitä käytetään siis melko vaihtelevasti. Karvinen (2012) perustelee teoksessa *Henki ja toivo hoitotyössä* käsiteparin henki ja hengellisyys käyttöä. Hänen mukaansa olisi ilmiön haitallista pelkistämistä, mikäli käytettäisiin vain toista käsitettä. (Karvinen 2012 b, 20.) Päädyin lopulta käyttämään työssäni käsiteparia henkinen ja hengellinen.

Toteutuksessa haastavinta oli valtavan lähdemateriaalin läpikäyminen. Käytössäni oli lopulta lukuisia kirjoja, artikkeleita, tutkimuksia ja suosituksia. Järkevän ja mahdollisimman ajantasaisen kokonaisuuden toteuttamiseksi kävin lähdemateriaalin läpi useaan otteeseen. Haastavaa oli myös aikataulussa pysyminen. Olen pohtiva kirjoittaja ja kirjoitan mielelläni valmista tekstiä. Kirjoittamistyylini oli hidas ja aikatauluni venyivät toistuvasti. Saatuani oppaan ensimmäisen version valmiiksi sain palautetta oppaan visuaalisesta ulkonäöstä. Visuaalisuus ei ole vahvimpia puoliani, joten koin visuaalisen muokkaamisen haastavaksi.

#### 4.3 Oppaan arviointi

Mielestäni opas käsittelee kattavasti saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Olisin mielelläni lisännyt oppaaseen vielä vainajan käsittelyn, mutta toteusin, että opinnäytetyöstäni olisi siinä tapauksessa tullut liian laaja ja työteliäs.

Pihtiputaan sairaalasta saatu palaute oli sekä suullista että kirjallista. Hoitajien antama palaute oli suullista, osastonhoitaja antoi palautteensa kirjallisena. Hoitajilta saamani palaute oli pääasiassa positiivista. Opasta kehuttiin kattavaksi. Kokeneet hoitajat kertoivat saaneensa oppaan myötä uutta tietoa saattohoitopotilaan hoidosta. Oppaan ulkoasuun toivottiin vielä elävöittämistä. Osastonhoitajan mukaan työ oli laaja ja vaatinut paljon työtä. Hänen mukaansa sisällysluettelo oli selkeä ja asiasisällöltään looginen. Oppaan teksti oli osastonhoitajan mielestä helposti luettavaa. Myös osaston uusi lääkäri kiinnostui työstäni. Hänen mukaansa voisimme jatkossa työstää opasta siten, että lisäisimme siihen saattohoitopotilaan hoitoon tarvittavien lääkkeiden annoksia.

## 5 POHDINTA

### 5.1 Oppaan toteutus produktiona

Oppaan toteuttaminen produktiona oli yllättävän haasteellista. Kirjoitin aluksi oppaan teoreettisen viitekehyksen valmiiksi opinnäytetyön raporttiin ja lähdin sen pohjalta kirjoittamaan itse opasta. Oppaan teoreettisen viitekehyksen koaminen oli hyvin vaativaa ja vei paljon aikaa. Lähdemateriaalia oli paljon. Oppaan oli valmistuttuaan tarkoitus olla vuodeosaston hoitohenkilökunnan käytössä käytännön hoitotyössä. Oli ehdottoman tärkeää, että tieto oli todenmukaista ja mahdollisimman ajantasaista. Monet hoitohenkilökunnasta olivat hyvin kokeneita hoitajia. Pidin tärkeänä, että opas valmistuttuaan antaisi myös heille uutta tietoa saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä.

Oppaan alussa käsitellään saattohoitoa ohjaavia suosituksia ja säädöksiä. Säädökset asettavat minimitason potilaan hoidolle, eettinen normisto täydentää sitä. Saattohoitoa ohjaavia säädöksiä on useita. Käytännön hoitotyötä ohjaavat erityisesti perustuslaki (1999/731) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Ne korostavat potilaan oikeuksia liittyen hänen hoitoonsa. Kärsimyksen lievittäminen on oleellinen osa saattohoitoa. Uudessa terveydenhuolto-laissa (2010/1326) kärsimyksen lievittäminen mainitaan ensimmäisen kerran osana sairauden hoitoa. Saattohoitoa ohjaavia suosituksia on julkaistu paljon. Uusimpia suosituksia ovat Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön vuonna 2010 julkaisemat saattohoitosuosituksukset sekä vuonna 2012 julkaistu Käypä hoito -suositus Kuolevan potilaan oireiden hoito.

Oppaassa kerrotaan saattohoitopäätöksestä sekä hoitotahdosta. Saattohoitopäätös tulisi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. Pelkkä DNR eli ei elvytetä ei riitä hoitolinjan määrittelyksi. Saattohoitopäätöksen tekeminen on tärkeää sekä potilaan että hoitohenkilökunnan kannalta. Hoitotahto edistää potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista tilanteessa, jossa hän ei pysty omia toiveitaan enää kertomaan. Hoitotahto myös helpottaa hoitohenkilökuntaa ja omaisia tehtäessä päätöksiä hoitoratkaisuista ja hoitolinjoista.

Oppaan keskeisenä sisältönä on saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön toteuttaminen. Oppaassa käydään läpi saattohoitopotilaan fyysiset ja psyykkiset oireet ja niiden hoitotyö ja lääkitseminen sekä saattohoitopotilaan sosiaalisten ja henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen. Saattohoitopotilaan fyysisten oireiden kirjo on laaja. Oireiden hyvä kartoitus on tärkeää niiden mahdollisimman tehokkaan lievityksen kannalta. Fyysisten oireiden lievitykseen on nykyään tarjolla paljon vaihtoehtoja. Oleellinen osa fyysisten oireiden hoitoa on kivun lievitys. Kipu aiheuttaa myös psyykkisiä oireita, kuten esimerkiksi ahdistusta ja unettomuutta. Oikein toteutettuna kipua on mahdollista lievittää hyvin tehokkaasti lääkehoidon keinoin tai esimerkiksi sädehoidon avulla.

Oppaan psyykkisten oireiden hoidon osiossa käsitellään psyykkistä kriisireaktiota, psyykkistä sopeutumista sekä psyykkisten oireiden hoitotyötä ja lääkitsemistä. Vakava sairastuminen saattaa aiheuttaa potilaassa psyykkisen kriisireaktion kriisi- ja jäsentelyvaiheineen. Sairauteen ja lähestyvään kuolemaan sopeutumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten esimerkiksi ikä ja elämäntilanne. Tyypillisimpiä saattohoitopotilaan oireita ovat masennus, ahdistus, pelkotilat, unettomuus ja terminaalinen delirium.

Saattohoitopotilaan sosiaalisten tarpeiden huomioimisessa käsitellään sosiaalityöntekijän käyttöä osana moniammatillista tiimiä sekä omaisten huomiointia. On tärkeää pitää huolta siitä, että potilas saa tarvittavan avun erilaisten sosiaalisten tukien ja etuuksien hakemisessa. Parhaiten näissä asioissa pystyy auttamaan sosiaalityöntekijä. Omaiset voivat olla valtava voimavara saattohoitopotilaan hoidossa sekä potilaan että hoitohenkilökunnan kannalta. Heidän huomiomisensa on oleellinen osa saattohoitopotilaan sosiaalisten tarpeiden huomiointia. Omaiset tarvitsevat hoitohenkilökunnalta tukea, tietoa, turvallisuutta ja toivoa. Valviraan tulleiden saattohoitoon liittyvien kanteluiden avulla saa hyvin tietoa omaisten kokemista saattohoidon epäkohdista, potilaathan näitä kanteluita eivät ymmärrettävästi tee. Yleisimmät omaisten kokemat saattohoidon epäkohdat liittyvät kivun hoitoon ja tiedon puutteeseen.

Saattohoitopotilaan henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen sisältää hyvin monia asioita. Oppaassa on käsitelty luottamuksellisen hoitosuhteen luo-

misen tärkeyttä. Potilaan tulisi kokea, että häntä arvostetaan ja kunnioitetaan. Hoitoympäristön tulisi olla turvallinen ja tukea antava. Sairauden edetessä hoidon päämäärät muuttuvat ja myös toivon luonne muuttuu. Näissä tilanteissa hoitohenkilökunta voi omalla toiminnallaan tukea potilasta. On tärkeää, että potilasta kuunnellaan ja huomioidaan ja ollaan aidosti läsnä. Henkisten ja hengellisten tarpeiden määrittäminen ei ole helppoa. Kartoittamisen apuna voi käyttää AVAUS-mallia.

Oppaan lopussa on useampia liitteitä. Niistä on apua muun muassa oireiden ja kivun arvioinnissa sekä kivunhoidossa. Liitteistä löytyy myös ohje useimpien uskontokuntien vakaumuksen kunnioittamiseen sekä erilaisia rukoushetkeen sopivia virsiä ja raamatunkohtia.

## 5.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Lähdemateriaalin arvioimisessa on kiinnitettävä huomiota kirjoittajan tunnettuuteen ja arvovaltaan, lähteen ikään, lähteen uskottavuuteen ja julkaisijan arvovaltaan ja vastuuseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 102). Eettisyys näkyy kriittisenä asenteena vallitsevia käytäntöjä ja tarjottua tietoa kohtaan. Rakentava kriittisyys luo pohjan mahdollisimman hyvien ammattikäytäntöjen kehittämiseksi. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010.) Opinnäytetyötä tehdessäni olen noudattanut tiukkaa lähdekritiikkiä ja etsinyt mahdollisimman ajantasaista ja luotettavaa tietoa. Olen käyttänyt lähteinäni tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia, lääketieteen ja hoitotieteen kirjallisuutta, kansallisia suosituksia, Käypä hoito-suositusta ja sairaanhoitopiirin ohjeita. Tiedän käyttämieni lähteiden kirjoittajien olevan oman alansa tunnustettuja asiantuntijoita. Heidän kirjoittaminaan löytyy useita julkaisuja. Lähteiden julkaisijat tunnen ja tiedän luotettaviksi. Löytämäni tieto on ollut samansisältöistä useammassa lähteessä. Käyttämäni lähteet ovat yhtä lukuun ottamatta alle 10 vuotta vanhoja. Suurin osa lähteistä on julkaistu viimeisten viiden vuoden sisällä. Keräämäni materiaalin avulla olen pyrkinyt kehittämään hyviä ammattikäytänteitä edistävän saattohoito-oppaan. Opinnäytetyöni tekemisessä olen noudattanut tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimaa hyvää tieteellistä käytäntöä.

Kuolevien hoitaminen ja heidän läheistensä kohtaaminen on terveydenhuollolle suuri eettinen haaste (Lindqvist 2001, 8). Saattohoitoon ja kuolemaan liittyy monia eettisiä näkökohtia. Tästä osoituksena ovat esimerkiksi useat ETENE:n julkaisemat saattohoitoon ja kuolemaan liittyvät julkaisut. Kuolemaan liittyy paljon erilaista kärsimystä. Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden mukaan yksi sairaanhoidajan tehtävistä on kärsimyksen lievittäminen (Sairaanhoidajaliitto 1996). Opinnäytetyössäni olen pyrkinyt löytämään mahdollisimman laaja-alaisesti kaikki ne keinot, joiden avulla sairaanhoitaja pystyy lievittämään kuolevan potilaan kärsimystä.

### 5.3 Johtopäätökset ja jatkokehityshaasteet

Kuolevalle potilaalle ja hänen omaisilleen kuolema on aina ainutkertainen asia. Myös hoitohenkilökunnan tulisi nähdä kuoleva potilas ainutkertaisena ja tehdä hänen eteensä kaikki mahdollinen. Saattohoidossa parantavista hoidoista on luovuttu, mutta silti potilaan hyväksi on vielä paljon tehtävissä. Fyysiset oireet voivat tuottaa paljon kärsimystä. Niiden lievittämiseksi on kuitenkin olemassa paljon mahdollisuuksia, jos vain tietoa löytyy. Psykkiset oireet voivat aiheuttaa yhtä paljon kärsimystä kuin fyysiset oireet. Mielestäni saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden lievitystä olisi tarpeen kehittää. Masennuslääkkeitä on vaikea käyttää, koska niiden vaste ilmaantuu vasta pitkän ajan kuluttua. Luotettava tieto ahdistuslääkkeiden käytöstä saattohoitopotilaiden hoidossa puuttuu. Pienemmissä sairaaloissa harvemmin työskentelee erikseen psykiatrista sairaanhoitajaa. Somaattisen puolen sairaanhoitajien psyykkisen hoitotyön osaaminen ei välttämättä ole kovin korkea. Saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden hoito saattaa siis jäädä vähäiseksi.

On tärkeää, että saattohoitopotilasta ja hänen perhettään autetaan erilaisten sosiaalisten tukien ja etuuksien hakemisessa. Omia voimavaroja tällaiseen ei välttämättä ole jäljellä. Omaisten tukeminen on oleellinen osa saattohoitotyötä. Omaisia tukemalla tuetaan myös potilasta. Henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen ei ole helppoa. Kuitenkin sen tulisi olla tärkeä osa saattohoitopo-

tilaan hoitotyötä. Toivottavasti jonain päivänä ilmestyy Käypä hoito -suositus, jossa huomioidaan myös tämä osa-alue.

Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositukselta 2010 ohjeistavat, että jokaisella sairaanhoitopiirillä tulisi olla oma palliatiivinen yksikkönsä. Esimerkiksi Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä tällainen yksikkö puuttuu. Odotan mielenkiinnolla, koska palliatiivinen yksikkö Keski-Suomeen saadaan. Kotisaattohoidon suosio on kasvussa, mutta edelleen suurin osa ihmisistä kuolee erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä. Isoissa kaupungeissa kotisairaanhoitoa on usein saatavilla ympäri vuorokauden. Pienemmällä paikkakunnilla resurssit ja välimatkat usein estävät ympärivuorokautisen kotisairaanhoidon saatavuutta. Tämä asettaa ihmiset eriarvoiseen asemaan. Kotisaattohoitoa olisi tarpeen kehittää ja jokaisella tulisi olla halutessaan mahdollisuus kuolla kotona. Erilaisia saattohoitosuosituksia on runsaasti. Siitä huolimatta saattohoito on epätasa-arvoista ja laadun taso vaihtelee. Mielestäni mielenkiintoinen jatkokehityshaaste olisi tutkia, mistä epätasa-arvoisuus ja laadun vaihtelu johtuu.

#### 5.4 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen oli raskas, mutta antoisa ja opettavainen prosessi. Alussa jatkuva kuolemasta lukeminen ja kuoleman miettiminen uuvutti. Työn edetessä tämä tunne haihtui. Toivon, ettei kuolema kuitenkaan tulevien työvuosien aikana koskaan muutu rutiiniksi, vaan pysyy aina ainutkertaisena asiana.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen mielestäni kehittynyt taitavaksi tiedonhakijaksi. Taito on hyvin tärkeä tulevassa ammatissani sairaanhoitajana. Terveydenhuoltoala kehittyy nopeasti ja uutta tietoa tulee jatkuvasti. Omien tietojen ja taitojen ylläpitäminen on tärkeää. Huomaan nykyiselläni käyttäväni työssäni esimerkiksi Terveysporttia paljon aiempaa enemmän. Tiedonhaku on nopeaa ja tiedän tiedon luotettavaksi.

Hoitotyön kokonaisvaltaisuuden käsite on tullut hyvin tutuksi opinnäytetyötä tehdessäni. Hoidettaessa potilasta hänet on huomioitava kokonaisvaltaisesti, eikä vain keskittyä esimerkiksi fyysisiin oireisiin. Opinnäytetyön tekemisen kautta opin paljon esimerkiksi potilaan henkisten ja hengellisten tarpeiden huomioimisesta. Ennen kaikkea opin hyvin paljon saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Koen, että olen nyt saattohoitajana aivan eri tasolla kuin opinnäytetyötä aloittaessani. Kiinnostukseni saattohoitoa kohtaan on suuri ja tulen tulevaisuudessakin päivittämään saattohoidon osaamistani aktiivisesti. Huolimatta siitä, millaisessa terveydenhuollon yksikössä tulen tulevaisuudessa työskentelemään, tulen varmasti tarvitsemaan saattohoidon osaamista.

## LÄHTEET

- Anttila, Sari 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Artikkelijulkaistu Palliatiivinen hoito- lehdessä 12/2011. Viitattu 25.12.2012.  
[http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/a/Saattohoitoon\\_kohdistetut\\_kantelut.pdf](http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/a/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf).
- Anttonen, Mirja Sisko 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki & Eva Agge (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 53–54.
- Argillander, Kirsti 2012. Osaston sihteeri, Pihtiputaan sairaala. Henkilökohtainen tiedonanto 18.10.2012.
- Economist Intelligence Unit 2010. The quality of death - Ranking end-of-life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit commissioned by Lien Foundation. Viitattu 20.10.2012.  
[http://viewswire.eiu.com/report\\_dl.asp?mode=fi&fi=1267294911.PDF&rf=0](http://viewswire.eiu.com/report_dl.asp?mode=fi&fi=1267294911.PDF&rf=0)
- Edmonton Zone Palliative Care Program 2010. Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) Viitattu 21.10.2012. [http://www.palliative.org/NewPC/\\_pdfs/tools/ESAS-r%20guidelines.pdf](http://www.palliative.org/NewPC/_pdfs/tools/ESAS-r%20guidelines.pdf)
- Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Lindström, Unni Å; Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- ESAS-lomakkeen tulostus. Edmonton Zone Palliative Care Program 2012. Edmonton Symptom Assessment System Revised 2012. Viitattu 21.10.2012.  
<http://www.palliative.org/NewPC/proffesionals/tools/esas.html>
- ETENE 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja I. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Viitattu 20.12.2012.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf).



- ETENE 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 20.10.2012.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf).
- ETENE 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Etene julkaisuja 20. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Viitattu 20.10.2012.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf)
- Friman, Pirkko 2010. Kipuanalyysi. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 24.10.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Friman, Pirkko 2012. WHO:n porrastetun kivunhoidon malli. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 24.10.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Grönlund, Arja & Leino, Timo 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki & Eva Agge (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 41–42.
- Grönlund, Elina & Huhtinen, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Halila, Ritva & Mustajoki, Pertti 2012. Hoitotahto – käytännön ohjeita. Viitattu 21.10.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809&p\\_haku=hoitotahto](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809&p_haku=hoitotahto).
- Hannikainen, Petri 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki & Eva Agge (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 17.
- Hietanen, Päivi 2003. Psykkiseen sopeutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Vaikean sairauden aiheuttamien psyykkisten oireiden ehkäisystä ja hoidosta. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 213–221.
- Hietanen, Päivi 2004. Kohti kokonaisvaltaista hoitoa. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 235.

- Hinkka, Heikki 2004. Saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 325.
- Huttunen, Jussi 2011. Masennustilat elimellisten sairauksien yhteydessä. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 5.1.2013. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Hållfast, Merja; Kivinen, Mari; Sipola; Hammari, Veli-Matti; Wright, Veikko & Staines, Anna 2009. Minä kuolen, apua – Miten kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa. Helsingin seurakuntayhtymä. Viitattu 24.10.2012.  
<http://www.helsinginseurakunnat.fi/yhteinetoiminta/yhteinenseurakunta-tyo/tukeaelamaan/kunoletsairaalassa/hengellinentukisairaalassa/minakuolenapua.html>
- Hänninen, Juha 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, Juha 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Teoksessa Juha Hänninen (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim, 45–46.
- Hänninen, Juha 2012. Saattohoidon lääkeopas. Terho-säätiön julkaisusarja; julkaisu nro 1. Helsinki: TERHO-säätiö.
- Idman, Irja 2003. Vaikean sairauden laukaisemat psyykkiset prosessit. Vaikean sairauden aiheuttamien psyykkisten oireiden ehkäisystä ja hoidosta. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 206–213
- Karvinen, Ikali 2012 a. Kuinka kartoittaa asiakkaan ja potilaan henkisiä ja hengellisiä tarpeita hoito- ja hoivatyössä? Esittelyssä AVAUS-malli. Teoksessa Karvinen, I. (Toim.) Henki ja toivo hoito- ja hoivatyössä sekä tutkimuksessa. E-kirja. Klaava Media.
- Karvinen, Ikali 2012 b. Henkinen ja hengellinen terveys: Tutkimuksen taustaa. Alkuperäistutkimus ja sen tutkimustehtävät. Teoksessa Karvinen, I. (Toim.) Henki ja toivo hoito- ja hoivatyössä sekä tutkimuksessa. E-kirja. Klaava Media.

- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisu 121/2008. Viitattu 19.10.2012. Saatavissa <http://www.ksshp.fi/julkaisusarja>.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2012. Sairaalat ja yksiköt. Viitattu 19.10.2012. <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=24891&culture=fi-FI&contentlan=1>
- Kokkinen, Jukka 2012 a. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 15.11.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Kokkinen, Jukka 2012 b. Syöpäkivun kokonaishoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 15.11.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Kokkinen, Jukka 2012 c. Syöpäpotilaan lääkehoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 15.11.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Kärpänniemi, Raija 2008. Sairaanhoidaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Eva Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 113.
- Käypä hoito 2008 ja 2012. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen työryhmä 2008 ja 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito-suositus. Viitattu 20.10.2012. Saatavissa [www.nelliportaali.fi](http://www.nelliportaali.fi), Terveysportti.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 20.10.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=785%2F1992>.
- Lindqvist, Martti 2000. Johdanto saattohoitoon. Teoksessa Kirsti Aalto (toim.). Saattohoito: lähimmäisenä kuolevalle. Helsinki: Kirjapaja, 15–22.
- Milligan, Stuart 2011. Addressing the spiritual care needs of people near the end of life. Nursing Standard. 26, 4, 47-56. Learning zone. Rcn publishing. Viitattu 24.10.2012. Saatavissa [www.nelliportaali.fi](http://www.nelliportaali.fi), Cinahl-aineisto.

- Niskanen, Annikki 2010. Morfiiniannoksen titraaminen syöpäpotilaalle. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 24.10.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Pederson, Sarah Nebel & Emmers-Sommer, Tara M. 2012. "I'm not trying to be cured, so there's not much he can do for me": Hospice patients' constructions of hospice's holistic care approach in a biomedical culture. *Death studies*. 36: 419–446. Viitattu 13.10.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, EBSCO Academic Search Cinahl-aineisto.
- Pelkonen, Risto 2005. Hyvän elämän asialla. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2005; 121(2): 232–5. Viitattu 20.12.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Perustuslaki 1999/731, 11.6.1999. Viitattu 20.10.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=731%2F1999>.
- Pitkälä, Kaisu & Hänninen, Juha 1999. Kun kuolema lähestyy. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 1999;115(15):1634.
- Puchalski, Christina M.; Lunsford, Beverly; Harris, Mary H. & Miller, Rabbi Tamar 2006. Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: A collaborative model. *Cancer Journal* 2006 Sep-Oct; 12(5): 398–416. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Cinahl-aineisto.
- Salminen, Eeva & Salmenoja, Heidi 2007. Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon? *Duodecim* 2007; 123:825-8. Viitattu 21.10.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.
- Sand, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. *Acta Universitatis Tamperensis* 1455–1616; 919. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 13.10.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5617-3.pdf>
- STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa: Asiantuntijakuulemisiin perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010: 6.
- Surakka, Tiina; Lehtipuu-Vuokola, Liisa & Häihälä, Eila 2008. Pirkanmaan Hoitokodissa omaisten tukeminen on osa hyvää saattohoitoa. Sairaanhoidon

hoitaja-lehti 21.11.2008. Viitattu 20.12.2012. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.

Tawaststjerna, Anne 2012. Osastonhoitaja, Pihtiputaan sairaala. Henkilökohtainen tiedonanto 18.10.2012.

THL 2013. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sen toimeenpano. Palvelujen saatavuus. Viitattu 18.2.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/uisin\\_kysyttya/valinnanvapaus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/uisin_kysyttya/valinnanvapaus).

Tilastokeskus 2009. Kuolleet kuukausittain 2003-2008. Viitattu 15.10.2012.

[http://www.stat.fi/til/kuol/2008/kuol\\_2008\\_2009-04-27\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/kuol/2008/kuol_2008_2009-04-27_tau_001_fi.html)

Tiusanen, Tytti 2010. Ummetuksen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 20.1.2013. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.

Toppinen, Pilvi 2002. ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 34.

Vainio, Anneli 2003. Hengitysteiden oireet. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 100–103.

Wiitaunioni i.a. Terveyskeskuspalvelut. Pihtiputaan sairaala. Viitattu 20.10.2012.

[http://www.wiitaunioni.fi/fi/palvelut\\_asukkaille/terveyspalvelut/pihtiputaan\\_sairaala/?id=790](http://www.wiitaunioni.fi/fi/palvelut_asukkaille/terveyspalvelut/pihtiputaan_sairaala/?id=790)

Wiitaunioni i.a. Terveyskeskuspalvelut. Päivystys. Viitattu 20.10.2012.

[http://www.wiitaunioni.fi/fi/palvelut\\_asukkaille/terveyspalvelut/viitasaaren\\_terveyskeskus/?id=290](http://www.wiitaunioni.fi/fi/palvelut_asukkaille/terveyspalvelut/viitasaaren_terveyskeskus/?id=290)

## LIITE 1 Hyvän saattohoidon suositukset

1 Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

2 Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan, kun ihminen on lähellä kuolemaa. Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan ja, mikäli potilas sallii, hänen omaistensa kanssa. Sovitut asiat kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan.

3 Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri. Nimetään myös ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta vuorokauden eri aikoina. Hoidon jatkuvuus varmistetaan ja hoitoa arvioidaan jatkuvasti. Hoitopäätökset perustuvat lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan ja omaisten toiveisiin ja tarpeisiin. Saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä.

4 Lääkärit ja hoitajat on saattohoitoon koulutettu ja heiltä saa eri vuorokauden aikoina konsultaatiota ja muuta tarvittavaa apua. Muu henkilökunta ja vapaaehtoiset työntekijät täydentävät osaltaan moniammatillista työryhmää. Työryhmälle tarjotaan saattohoitoon liittyvää säännöllistä täydennyskoulutusta, työnohjausta ja tarvittaessa jälkikäteen keskustelua saattohoitotilanteista.

5 Osaamisen alueet saattohoidossa ovat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla:

kärsimyksen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitamiseen,  
psyko-sosiaalisiin, fyysisiin, henkisiin, hengellisiin, eksistentiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin, niiden ymmärtämiseen ja huomioimiseen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa,  
lähestyvän kuoleman merkkeihin ja kuoleman hetkeen ja omaisten tukemiseen potilaan kuoleman jälkeen.

6 Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan tarpeisiin ja toiveisiin, toiminnan hyvään laatuun ja Käypä hoito -suositusten noudattamiseen.

7 Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Lasten saattohoito on erikoissairaanhoidon vastuulla.

8 Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta. Saattohoitopotilaalle tarjotaan saattohoitopalvelut mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän on hoidossa tai asuu ja elää. Turvataan omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon potilaan toivomalla tavalla.

9 Saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys. Näitä ominaisuuksia tulee tukea ja kehittää.

10 Suositusten toteutumista edistetään käynnistämällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä ihmisen kuoleman lähestyessä.

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2010)

## LIITE 2 ESAS-mittarin suomenkielinen versio

**Finnish****Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)**

Ympyröi numero joka parhaiten kuvaa:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Ei kipua</b> No pain		<b>Pahin mahdollinen kipu</b> Worst possible pain
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Ei väsymystä</b> Not tired		<b>Pahin mahdollinen väsymys</b> Worst possible tiredness
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Ei pahoinvointia</b> Not nauseated		<b>Pahin mahdollinen pahoinvointi</b> Worst possible nausea
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Ei masentuneisuutta</b> Not depressed		<b>Pahin mahdollinen masentuneisuus</b> Worst possible depression
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Ei levoton</b> Not anxious		<b>Pahin mahdollinen levottomuus</b> Worst possible anxiety
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Ei uneliaisuutta</b> Not drowsy		<b>Pahin mahdollinen uneliaisuus</b> Worst possible drowsiness
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Paras mahdollinen ruokahalu</b> Best appetite		<b>Huonoin mahdollinen ruokahalu</b> Worst possible appetite
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Paras mahdollinen olo</b> Best feeling of wellbeing		<b>Huonoin mahdollinen olo</b> Worst possible feeling of wellbeing
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Ei hengenahdistusta</b> No shortness of breath		<b>Pahin mahdollinen hengenahdistus</b> Worst possible shortness of breath
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>Muu ongelma</b> Other problem		

Patient's Name \_\_\_\_\_

Date of Completion \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

ESAS completed by (check one):

- Patient  
 Caregiver  
 Caregiver assisted

**KOKOVARTALOKAAVIO KÄÄNTÖPUOLELLA**

Used with permission, Regional Palliative Care Program, Capital Health, Edmonton, AB, 2006

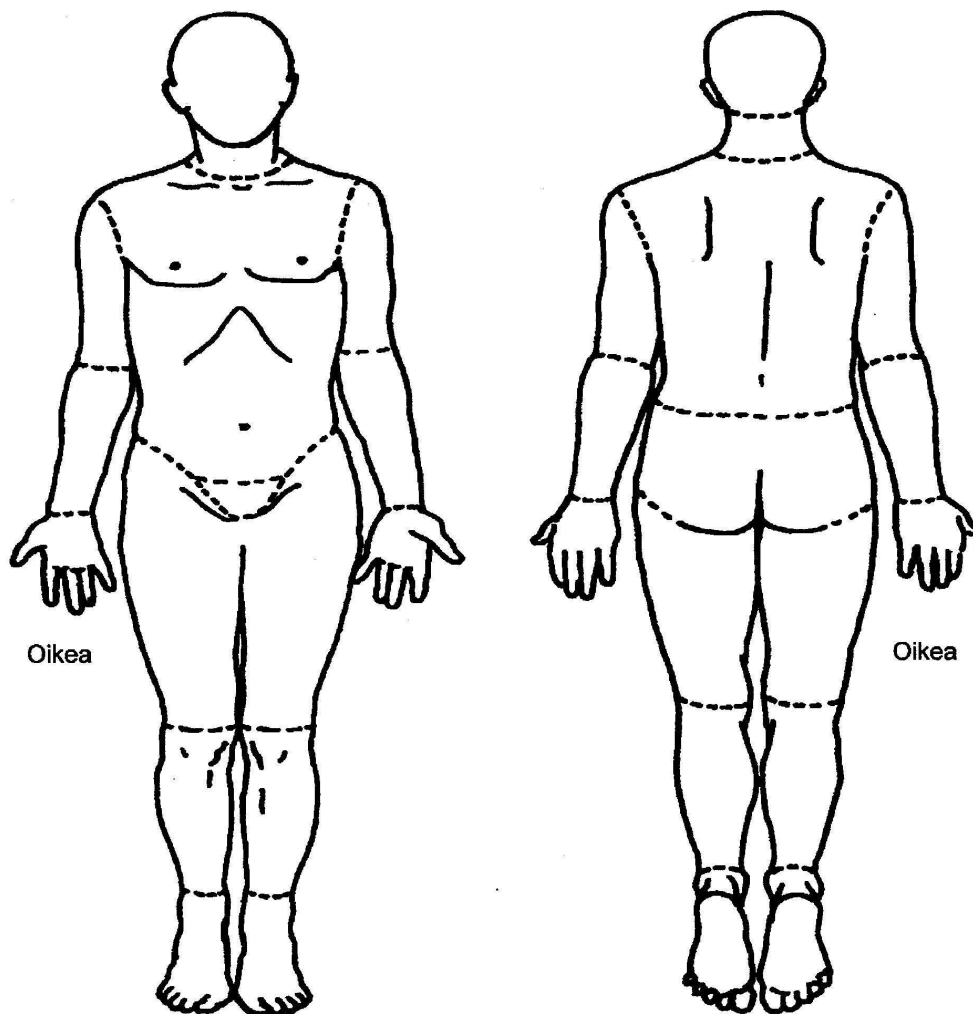
2006 August

(Edmonton Zone Palliative Care Program 2012)



## LIITE 2 ESAS-mittarin suomenkielinen versio

Merkitse kipukohtat näihin kuviin.



Selitykset:

Masentuneisuus – surullinen tai alakuloinen

Levottomuus – hermostuneisuus tai rauhattomuus

Väsymys – alentunut energiataso, tarmokkuus (ei välttämättä uneliaisuus)

Uneliaisuus

Hyvinvointi – yleinen hyvinvointi, sekä fyysinen että muu; totuudenmukainen vastaus kysymykseen, "Kuinka voit?"

(Edmonton Zone Palliative Care Program 2012)

## LIITE 3 Malli kipuanalyysin tekoon

**1. Missä kipu tuntuu** (kipupiirros)

**2. Kauanko kipu kestää**

- jatkuva, ajoittainen, kohtauksittainen
- jotain muuta

**3. Minkälaisuista kipu on**

- pinnallinen – syvä
- epämääräinen – tarkkarajainen
- tylppä – jomottava
- puristava – kinnaava
- pistävä – vihlova
- viiltävä – repivä
- jotain muuta

**4. Miten voimakkaana kipu koetaan**

Kivun aste: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

lievä kipu kohtalainen kipu voimakas kipu

**5. Mikä yleensä vaikuttaa kipuun, pahentaa tai helpottaa**

**6. Mitä lääkettä on kokeiltu ja miten se on auttanut; sivuvaikutukset**

**7. Potilaan oireet: voimakkuus (0, +, ++, +++), muuta huomioitavaa**

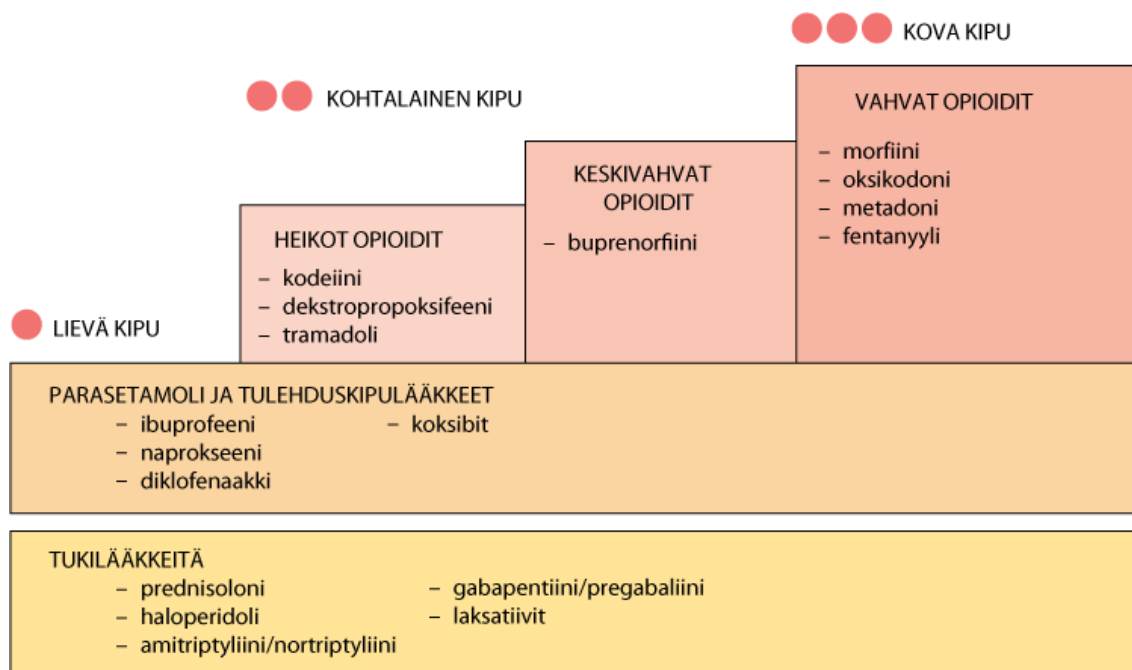
- kipu \_\_\_\_\_
- hengenahdistus \_\_\_\_\_
- pahoinvointi, oksentelu \_\_\_\_\_
- ummetus \_\_\_\_\_
- ruokahaluttomuus \_\_\_\_\_
- painon lasku \_\_\_\_\_
- unettomuus \_\_\_\_\_
- masennus \_\_\_\_\_
- yleinen väsymys \_\_\_\_\_

**8. Potilaan itsensä kokemat pahimmat ongelmat**

**9. Potilaan liikkumiskyky**

(Friman 2010)

## LIITE 4 WHO:n porrastetun kivunhoidon malli



(Friman 2012)

## LIITE 5 Esimerkki morfiiniliuosannoksen titraamisesta

Taulukko 1. Esimerkki morfiiniliuosannoksen titraamisesta.

<b>Kellonaika</b>	<b>Morfiiniannos</b>	<b>Lisäannos läpilyöntikipuun</b>
8	3 ml	
10		1 ml
12	4 ml	
14		1 ml
16	5 ml	
18		1 ml
20	6 ml	
22		
24	6 ml	
4	6 ml	

(Niskanen 2010)

## Vakaumuksen kunnioittaminen

<p>Ota ensisijaisesti potilaan omat toivomukset ja tarpeet huomioon. Vieraita uskontoja ja kulttuureja kohdatessa on tärkeätä välttää yleistyksiä. Jokainen ihminen on oma yksilönsä.</p>	<p>Monelle ihmiselle uskonto on tärkeä myös arkisessa elämässä ja käytännön asioissa. Maahanmuuttajilla uskonnon merkitys usein kasvaa.</p>	<p>jestettäviin hartaustilaisuuksiin ja kristillisten juhlien viettoon.</p>
<p>Käytä tulkia aina tarvittaessa. Vältä omaisten käyttöä tulkin tehtävissä.</p>	<p>Perheen ja suvun merkitys korostuu vakavan sairauden kohdatessa. Useissa kulttuureissa omaisille kuuluu tiettyjä velvoitteita sairasta kohtaan. Pakolaiset ja uudet maahanmuuttajaryhmät ovat erityisen haavoittuvia.</p>	<p>Suomen ev. lut.kirkko Kirkkohallitus Kirkon sairaalasielunhoidon keskus 1996</p>
<p>Aina kannattaa kysyä kun ei tiedä. Uskonollista ja kulttuurisista tavoista voi kysyä asianomaiselta itseltään.</p>	<p>Potilaan asioista neuvoteltaessa on syytä muistaa vaihtelovollisuus.</p>	<p><i>Koonnut Juhna Soivio</i></p>
<p>Eri kulttuurien käsitykset elämästä ja kuolemasta, miehen ja naisen roolista ja sukupolvien välisistä suhteista vaihtelevat suuresti. Kuuntele ja suhtaudu kunnioittavasti erilaisiin maailmankatsomuksiin. Varaa aikaa tutustumiseen.</p>	<p>Kunnioita vakavasti sairaan ja kuolevan potilaan rauhaa. Varaa rauhalliset tilat hiljentymiseen ja kuolevalle oma huone.</p>	
<p>Tunne oma kulttuurisi ja omat arvosi. Tallaisena pitämäsi käytös voi toiselle olla vierasta. Eroja voi olla sielläkin missä niitä ei heti havaitse. Erojen korostaminen voi kuitenkin muodostua vuorovaikutuksen esteeksi.</p>	<p>Arvokkaaseen kuolemaan kuuluu myös vainajan kunnioittaminen. Ota huomioon vainajan ja omaisten tahto. Luterilaiset palvelut saa luontevimmin sairaalapapin kautta. Myös muiden uskontokuntien jäsenet voivat osallistua sairaalassa jär-</p>	

## LIITE 6 Vakaumuksen kunnioittaminen

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoito- toimeenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Obduktio	Muuta
<b>KRISTILLISET KIRKOT JA YHTEISÖT</b>								
Evankeliluterilainen kirkko	Ei erityistä	Ei erityistä	Perheen ja ystävien merkitys korostuu ihmisen sairastessa.	Sakramentit toimittaa luterilaisen kirkon pappi. Häätilanteessa kaasteen ja ehtoollisen voi toimittaa kuka tahansa kristitty.	Sairaalapappi kutsutaan omaisten tai potilaan pyynnöstä. Rauhallinen ympäristö. Pyydettyä rukous kuolevan puolesta.	Omaisilla mahdollisuus vainajan näkemiseen. Saattohartaus osastolla tai arkkuun laitettaessa.	Ei erityistä	Ei erityistä
Ortodoksinen kirkko	Ei erityistä. Mahdollisten traditioon liittyvien seikkojen huomio on otettava huomioon.	Kirkkovouden mukaiset paastot potilaan voimien ja lääkityksen salimissa puitteissa.	Yleisinheimillisten näkökohien noudattaminen. Rukousten lukeminen potilaan toivomuksesta.	Vain ortodoksinen pappi suorittaa sakramentit. Hätkäaste mielummin ortodoksin suoritamana.	Ikoni sängyn lähelle, rukouskynttilä ja lähörauha. Mahdollisuus hiljentymiseen.	Arkkuun pukeminen perinteen mukaan, pappien kohdalla erityismenettely. Omais- tai viipyvät vainajan luona. Hautaus kolmantena päivänä. Ei polttohautausta.	Ei erityistä	Palvelua myös vähemmistöjen kielillä, esim. venäjäksi ja saameksi.
Roomalaiskatolinen kirkko	Ei erityistä	Paasto ja pidättäytyminen ei koske sairaita. Potilaan toivomukset otetaan huomioon.	Ei erityistä	Katolinen pappi suorittaa sakramentit. Ehtoollisen voi suorittaa valtuutettu henkilö. Hätkäasteen voi suorittaa kuka tahansa kristitty.	Oma huone, jossa pieni pöytä. Omaisia ja ystäviä vakavasti sairaan luona koko ajan.	Ei erityistä	Lain mukaan	Kirkolla on palveluja maahanmuuttajille.
Helluntaiherätys	Ei erityistä	Potilaan omat toivomukset	Potilaan yhteydet perheeseen tärkeät. Lähiomaisten puuttuessa uskonystävien merkitys korostuu.	Ei hätkäastetta	Potilaan toivomuksen mukaiset järjestelyt. Omaisten ja läheisten läsnäolo merkittävää. Ehtoollista, esirukousta ja sunnaamista toivotaan.	Ei erityistä. Mahdollisuus viipyä vainajan luona.	Ei erityistä	Eriisiin vähemmistöihin kuuluvat voivat kieltäytyä sianlihasta, riisuminen voi olla tabu. Seurakunnassa tulkkaus- ja sielunhoitopalveluja vähemmistöjä varten.
Vapaakirkko	Ei erityistä	Osa ei syö veriruokia	Ei erityistä	Ehtoollinen mieluiten Vapaakirkon työntekijältä, yleensä ei estettä ottaa vastaan myöskään esim. evlut papilta.	Usein toivotaan ehtoollista.	Ei erityistä	Ei erityistä	Ei erityistä
Adventtikirkko	Ei erityistä	Ei sianlihaa, veritä eikä sisäelimiä. Monet ovat kasvis-syöjiä.	Ei erityistä	Ei hätkäastetta	Potilaan toivomuksesta henkilö seurakunnasta toimittamaan ehtoollinen ja/ tai öhlyllävoitelu.	Adventtikirkon pastori suosittelee. Poikkeustapauksissa muu kristitty pastori.	Ei erityistä	Ei erityistä
Baptistit	Ei erityistä	Useimmat eivät syö verta.	Perhesiteet tärkeitä. Joskus siteet uskonnolliseen yhteisöön voimakkaampia	Ei hätkäastetta	Oma huone, jossa omaiset voivat jättää lyvästit. Ehtoollinen ei välttämätön.	Ei erityistä	Vainajan tai omaisten tahdon mukaisesti.	Mikäli ei saada baptistielunhoitajaa, toivotaan yhteydenottoa helluntai- tai vapaakirkkoseurakuntaan.

LIITE 6 Vakaumuksen kunnioittaminen

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoito- toimeenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Obduktio	Muuta
<b>ETNISET RYHMÄT</b>								
Romanit	Ei erityistä	Ei erityisiä sääntöjä. Jossain oma ruoka.	Romaninainen toivoo tavallisesti naislääkärinä tai hoitajaa, jos joutuu riisumaan. Vaikka häveliäisyydet koskevat vain romaneja, voi niiden rikkinen aiheuttaa hämmennystä. Ei eri-ikäisiä romaneja samalle osastolle.	Ei erityistä	Oma huone. Suku osallistuu saattohoitoon, joku läheinen on paikalla myös yöllä.	Omaisot osallistuvat vainajan pukemiseen ja laittavat tämän arkkuun. Miehelle puetaan yleensä tumma puku ja naiselle valkoinen pusero ja musta samettihiame.	Periaatteessa ei	Suurin osa kuuluu luterilaiseen kirkkoon. Osa vapaiden suuntien kannattajia.
Saamelaiset	Inarin- ja tunturisaamelaiset ovat yleensä luterilaisia, kolttasaamelaiset ortodokseja.							
Inkeriläiset	Ovat tavallisimmin luterilaisia.							
<b>MUUT USKONNOLLISET YHTEISÖT</b>								
Juutalaiset	Ei erityistä	Ei sianlihaa, äyriäisiä, ankeriaita, eikä verta ja lihaa, jota ei ole teurastettu ja käsitelty juutalaisen uskonnon määräämällä tavalla. Maitoa ja lihaa ei syödä samalla aterialla. Sairaiden ja vanhusten ei välttämättä paastota.	Omaisot huolehtivat potilaan henkisistä ja sosiaalisista tarpeista.	Seurakunnan rabbi toimittaa pyydetyssä.	Oma huone. Puhutaan hienovaraisesti saattohoidosta. Omaisista kuitenkin informoitava potilaan tilasta.	Sairaalan tavanomaiset toimenpiteet. Hautausyhdistys noutaa vainajan ja hoitaa arkkun laittamisen ja siunaamisen. Jossain vainaja vietään kohtiin jäähyväisiä varten.	Vain pakottavista syistä. Pitkän hautamisen (1-3 vrk kuluessa) vuoksi nopeasti.	Seurakunnassa sairaspöyhdistys
Islam	Välttävät alkoholia ja siasta tehtyjä lääkkeitä.	Ei sianlihaa eikä siitä jalostettuja ruokia. Ei veriruokia. Ei alkoholia sisältäviä ruokia. Sairaiden ei tarvitse noudattaa paastosääntöjä.	Toivotaan, että hoitohenkilökunta ja tulkit ovat samaa sukupuolta kuin potilas.	Ei sakramentin käsitettä, ei siis myöskään hätäkastetta.	Oma huone ilman uskonnollisia symboleja. Omaisista läsnä.	Omaisot pesevät ja pukevut. Muussa tapauksessa pesijän tulee olla samaa sukupuolta kuin vainajan. Vainaja puetaan määrättyyn leikattuun kuoliinlirokauden kuluessa. Ei polttohautausta.	Vain pakottavista syistä. Pitkän hautamisen (1-2 vrk kuluessa) vuoksi nopeasti.	Muslimien uskonnolliset ja sosiaaliset tavat vaihtelevat koulukunnan ja kulttuuritaustan mukaan.
Buddhalaiset	Ei erityistä	Monet kasvissyöjiä	Ei erityistä	Mahdollisesti munkki suorittamaan.	Oma huone tai kotona	Maa-hanmuuttajien omaiset pesevät ja pukevut. Länsimaisten buddhalaiset rutiinin mukaisesti. Vainaja hyvästellään kotona tai sairaalassa.	Lain mukaan	Aasialaisten maa-hanmuuttajien ja länsimaisten buddhalalaisten näkemykset poikkeavat hieman toisistaan.

## LIITE 6 Vakaumuksen kunnioittaminen

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoitotoimeenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Obduktio	Muuta
Jehovan todistajat	Ei verensiirtoa. Ei verestä valmistettuja lääkkeitä. Tahdonilmauslomake potilaalla mukana.	Ei verta	Omaiset ja uskonnottoverit tukevat ja auttavat. Jehovan todistajien potilasvierailuryhmä käy potilaan luona.	Ei hätäkastetta	Ei sakramenteja eikä pyhiä toimituksia.	Ei erityistä	Potilas ja omaiset päättävät.	Järjestää palveluja maahanmuuttajille.
Mormonit	Ei erityistä	Ei kahvia, teetä, alkoholia	Perheyhteys tärkeä	Seurakunnan työntekijät voivat toimittaa sakramenteja. Kirkossa ei käytetä viimeisiä voitelua eikä hätäkastetta.	Kuolevan huoneessa ei uskonnollisia järjestelyjä, esim. kynttilöitä. Seurakunnan piispa tukee ja lohduttaa.	Joissakin tapauksissa omaiset pesevät ja valmistelevat vainajan arkkun.	Mikäli omaiset antavat luvan. Irrotetut elimet tulee asettaa takaisin.	Seurakunta avustaa kielivaikeuksissa.
Bahai	Ei erityistä. Voidaan turvautua myös ruokavaliioon.	Ei erityistä. Paasto ei koske sairaita.	Perhe tärkeä sairauden hoidossa	Ei kastetta, ehtoollista eikä voitelua.	Ei erityistä	Pesu ja käärihiinaan kietominen. Ruumista ei balsamoitda, kauemman matkan päähän kuoliinpaikasta.	Ei erityistä	Maahanmuuttajille erikoispalveluja tarpeen mukaan.
Krishnaliike (ortodoksihindulaisuus)	Ei elämäkunnasta tulevia lääkkeitä tai lääkkeitä, joilla sivuvaikutuksia. Lääkkeitä voidaan viestastaa.	Kasvisruoka, jos mahdollista lähimmästä keskuksesta. Muuten tarkka tuoteseloste potilaalle tai tämän edustajalle. Paastot potilaan tilan mukaan.	Mies hoitaa miestä, nainen hoitaa naista.	Ei erityisnäimintää	Mahdollisuuksien mukaan lähimpään temppeleihin tai seurakunnan papiston jäsen paikalle	Potilaskohtainen testamentti, joka kertoo vainajan toivomukset.	Ei erityistä	Osa Suomessa asuvista intialaisista noudattaa samaa monoteistista perinnettä.
Scientologia	Valitsevat kipu- ja psyykenlääkkeiden asemasta henkistä neuvontaa. Tulkitsevat monet kehon ja mielen tilat seuraukseksi vitamiinien puutteesta.	Voi olla omia ruokavaliota	Ei erityistä	Ei hätäkastetta	Ripittäytyminen scientologiapille lukittavassa huoneessa, jossa pöytä ja kaksi tuolia. Selvitään haluaako potilas tulla haudatuksi scientologia-kaavan mukaan.	Vainajan jättämien toiveiden mukaan. Polttohaudaus ja tuhkan sirottelu.	Ei erityistä	Ei erityistä
Kristillinen tiede (Christian science)	Yleensä valitsevat lääketieteellisen hoidon asemasta henkisen hoitotavan. Valinta on aina henkilökohtainen ratkaisu.	Ei erityistä	Ei erityistä	Ei erityistä	Potilaan niin toivoessa kristillisen tietelijän läsnäolo tärkeä.	Naispuolisen vainajan käsittelijän tulee olla nainen.	Lain ja vainajan tahdon mukaisesti	Ei erityistä

(Soivio1996)



## LIITE 7 Rukoushetkeen sopivia virsiä

**Virsiä**

Virsikirja		Psalmboken
30	”Maa on niin kaunis...”	31
229	”Saa ehtoollinen Jeesuksen...”	221
332	”Herraa hyvää kiittäkää...”	292
338	”Päivä vain ja hetki kerrallansa...”	391
341	”Kiitos sulle Jumalani...”	306
397	”Kun on turva Jumalassa...”	390
462	”Soi kunniaksi Luojan...”	451
490	”Mä silmät luon ylös taivaaseen...”	492
498	”Nyt kulkee halki korpimaan...”	-
517	”Herra kädelläsi...”	-
547	”Joka aamu on armo uus...”	510
548	”Tule kanssani Herra Jeesus...”	511
552	”Mua siipeis suojaan kätke...”	524
555	”Oi Herra, luoksein jää...”	522
571	”Jo joutui armas aika...”	535
631	”Oi Herra, jos mä matkamies maan...”	579

(Hållfast, Kivinen, Sipola, Hammari, Wright & Staines 2009, 28)

## LIITE 8 Rukoushetkeen sopivia raamatunkohtia

Psalmi	23	”Herra on minun paimeneni”
Psalmi	31:2-4,6	”Herra, sinuun minä turvaan”
Psalmi	73:23-26	”Kuitenkin minä saan aina olla luonasi”
Psalmi	91:1-2	”Korkeimman suojeleminen”
Psalmi	139:5-6	”Sinä suojaat minua...”
Jesaja	43:1-2	”Näin sanoo Herra, joka sinut loi: Älä pelkää...”
Johannes	3:16	”Jumala on rakastanut maailmaa...”
Johannes	11:25-26	”Minä olen ylösnousemus ja elämä...”
Room .	8:31-39	”Jos Jumala on meidän puolellamme...”
2 Kor.	5:1-7	”Me tiedämme, että vaikka tämä meidän maallinen telttamajamme puretaankin, Jumalalla on taivaassa meitä varten ikuinen asunto...”
1 Joh.	4:9-10	”Juuri siinä Jumalan rakkaus ilmestyi...”
Ilm	21:1-4	”Minä näin uuden taivaan ja uuden maan....”

(Hållfast, Kivinen, Sipola, Hammari, Wright & Staines 2009, 29)

## LIITE 9 Rukoushetki sairaan luona

*Herran siunaus*

Herra siunatkoon sinua ja varjelkoon sinua.  
 Herra kirkastakoon kasvonsa sinulle  
 ja olkoon sinulle armollinen.  
 Herra kääntäköön kasvonsa sinun puoleesi  
 ja antakoon sinulle rauhan.  
 Isän ja Pojan ja Pyhän Hengen nimeen.  
 Aamen.

*Virsi*

*Voidaan laulaa virsi, esim. 338  
 Päivä vain ja hetki kerrallansa.*



HELSINGIN SEURAKUNTAYHTYMÄ  
 Sairaalaasielunhoito / 2009

## LIITE 9 Rukoushetki sairaan luona

**Rukous**

Rukoilkaamme.  
Kaikkivaltias Jumala. Sinä olet elämän ja terveyden lähde ja niiden apu, jotka turvautuvat sinuun.  
Me rukoilemme:  
Armahda \_\_\_\_\_.  
Ole hänen kanssaan ja vahvista häntä voimallasi. Jos tahtosi on, tee hänet terveeksi.  
Anna viisautta ja voimia kaikille, jotka hoitavat häntä.  
Anna toivon säilyä ja kantaa eri vaiheissa.  
Tätä pyydämme Poikasi Jeesuksen Kristuksen kautta.

**Isä meidän**

Voidaan lausua yhdessä:  
Isä meidän, joka olet taivaassa.  
Pyhitetty olkoon sinun nimesi, tulkoon sinun valtakuntasi.  
Tapahtukoon sinun tahtosi, myös maan päällä niin kuin taivaassa.  
Anna meille tänä päivänä meidän jokapäiväinen leipämme.  
Ja anna meille meidän syntimme anteeksi, niin kuin mekin anteeksi annamme niille, jotka ovat meitä vastaan rikkoneet.  
Äläkä saata meitä kiusaukseen, vaan päästä meidät pahasta.  
Sillä sinun on valtakunta ja voima ja kunnia iankaikkisesti.  
Aamen.

**Rukoushetki sairaan luona vietetään potilaan pyynnöstä esim. potilashuoneessa. Rukoushetken voi pitää pappi, muu seurakunnan työntekijä, henkilökuntaan kuuluva tai joku potilaan läheisistä. Valkoisella liinalla peitetylle pöydälle voidaan asettaa Raamattu ja risti tai krusifiksi sekä sytyttää kynttilä (esim. led-kynttilä).**

**Virsi**  
Voidaan laulaa virsi, esim. 397 Kun on turva Jumalassa, 498 Nyt kulkee halki korpinaan.

**Askeusiinaus**  
Isän ja (+) Pojan ja Pyhän Hengen nimeen.

**Raamatunlukua**  
Älkää olko mistään huolissanne, vaan saattakaa aina se, mitä tarvitsette, rukouksen, anoen ja kiittäen Jumalan tietoon. Silloin Jumalan rauha, joka ylittää kaiken ymmärryksen, varjelee teidän sydämenne ja ajatuksenne, niin että pysytte Kristuksessa Jeesuksessa. (Fil. 4:6 – 7)

**Siunaaminen**  
Toimituksen suorittaja panee kätensä sairaan päälle ja sanoo:  
Sinut on pyhässä kasteessa otettu Jumalan ikuisen armoliiton. Vapahtajamme Jeesus Kristus on luvannut olla kanssasi joka päivä, nyt ja elämäsi loppuun asti.  
Hän vakuuttaa: ”Ystäväni, ole rohkealla mielellä, sinun syntisi on annettu anteeksi.”  
Herramme Jeesuksen Kristuksen armo ja Jumalan rakkaus ja Pyhän Hengen osallisuus olkoon sinun kanssasi. Aamen.

## LIITE 10 AVAUS-malli

Potilaan tai asiakkaan henkisten ja hengellisten tarpeiden selvittäminen AVAUS-mallin avulla:

### A – Arvot ja vakaumus

- *”Millaiset arvot ovat sinulle tärkeitä elämässäsi?”*
- *”Onko sinulla jokin henkilökohtainen vakaumus?”*
- *”Oletko mielestäsi uskonnollinen?”*

Potilaalle voidaan tarkentaa, että hän voi kuvata mitä tahansa tärkeäksi kokeemaansa arvoa tai periaatetta elämässään: luonnon merkitystä, ateistista elämän katsomustaan, uskoa Jumalaan, kasvisruokailun merkitystä jne. Erityisesti monikulttuuriselta potilaalta voidaan kysyä:

- *”Onko sairaudellasi sinulle jokin yliluonnollinen merkitys tai uskotko sairautesi voivan johtua yliluonnollisista syistä?”*

### V – Voimavarat

- *”Mitkä asiat luovat sinulle lohtua vaikeissa tilanteissa?”*
- *”Mihin turvaudut kohdatessasi kipua tai kärsimystä?”*
- *”Mitkä ovat voimavarojasi, kun olet sairas?”*

Potilasta voidaan rohkaista kuvaamaan mitä tahansa, hänestä jopa merkityksettömiltä tuntuvia voiman ja toivon lähteitä. Niitä voivat olla esimerkiksi musiikin kuuntelu, kirjoittaminen, keskustelu, rukous, meditointi tms.

### A – Arvio henkisistä ja hengellisistä tarpeista

- *”Onko sinulla joitakin vakaumuksellisia, henkisiä tai hengellisiä tarpeita, joista hoito- ja hoivahenkilökunnan olisi hyvä olla tietoinen hoitosi aikana?”*
- *”Pelkäätkö jotain sairautesi liittyvää ja voisimmeko auttaa sinua tässä pelossa jollain tavoin?”*

Potilasta pyydetään arvioimaan, kuinka merkityksellisenä hän pitää vakaumuksensa huomioimista hoidon aikana. Häntä pyydetään kuvaamaan esimerkiksi normaalin arkipäivänsä valossa sitä, kuinka vakaumus näkyy hänen elämässään. Tämä osio voidaan yhdistää osioon ”spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet”. Henkisiä ja hengellisiä tarpeita arvioitaessa arvioidaan myös potilaan psyykkistä hyvinvointia.

#### U – Ulkopuolinen tuki

- *”Onko sinulla joku tai joitakin ihmisiä, joista voisi olla sinulle erityistä lohtua tai tukea sairautesi tai hoitosi aikana?”*
- *”Kuulutko johonkin uskonnolliseen tai vakaumukselliseen yhteisöön, johon toivoisit voivasi pitää yhteyttä hoitosi aikana?”*
- *”Haluaisitko, että henkilökunta kutsuu puolestasi esim. (sairaalapastorin, imaamin, rabbin jne.) tapaamaan sinua?”*

Tieto potilaan toiveista tavata esimerkiksi sairaalapastori on tärkeää merkitä hoitokertomukseen. Hoitotahon tulisi ylläpitää pientä rekisteriä paikkakuntansa vakaumuksellisten yhteisöjen yhdyshenkilöistä. Myös uskonnoton tai ateisti voi saada keskusteluapua esimerkiksi paikkakuntansa vapaa-ajattelijoiden piiristä.

#### S – Spiritualiteettia tukevan hoitotyön toimenpiteet

- *”Millaisilla keinoilla voimme auttaa sinua vakaumuksellisissa, henkisissä tai hengellisissä tarpeissasi?”*

- *”Kuuluuko vakaumukseesi joitakin sellaisia, esimerkiksi hoitotoimenpiteisiin, ravitsemukseen, sukupuolirooleihin, tms., kuuluvia toiveita tai rajoitteita, jotka toivot huomioitavan hoitosi aikana?”*

Tässä kohdassa potilasta pyydetään määrittelemään tarkoin esimerkiksi kulttuurista tai vakaumuksesta johtuva erityisruokavalion tarve, halu kieltäytyä vakaumuksen vuoksi tietyistä hoitotoimenpiteistä tai tarvittaessa esittämään toiveensa elämänsä päättymistä koskevista toimenpiteistä (esimerkiksi viimeinen voitelu, ehtoollisen mahdollistaminen tms.).

(Karvinen 2012, 54.)

LIITE 11 Opas