



Saattohoitopotilaan kivunhoito alueellisen osastotoiminnan yksikössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Miia Seijari

Juuni Valkonen

Opinnäytetyö, AMK

Syyskuu 2024

Sairaanhoitajan Tutkinto-ohjelma, AMK

Seijari, Miia & Valkonen, Juuni

Saattohoitopotilaan kivunhoito alueellisen osastotoiminnan yksikössä

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Syyskuu 2024, 42 sivua

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö, AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Alueellisen osastotoiminnan yksiköt koostuvat perusterveydenhuollon osastoista, joissa sairaalahoitoa tuetaan ympärivuorokauden. Osastoilla hoidetaan myös saattohoidossa olevia, kuolevia potilaita ja heidän määrensä tulee kasvamaan tulevaisuudessa väestön ikääntymisen myötä. Saattohoitopäätöksen oikea-aikaisuus, sekä laadukkaan loppuvaiheen hoidon turvaaminen on potilaan ja omaisten lähtökohdasta tarkasteltuna ensiarvoisen tärkeää.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, joka perustuu tutkimuskysymykseen ja tuottaa kuvailevan sekä laadullisen vastauksen. Opinnäytetyötä ohjasi tutkimuskysymykset: mitkä ovat saattohoitopotilaan kipuun yhteydessä olevat tekijät sekä millaisia lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä menetelmiä saattohoitopotilaan hoidossa käytetään alueellisen osastotoiminnan yksikössä. Aineisto valittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella neljästä eri tietokannasta, jotka olivat Google Scholar, Cinahl, PubMed ja Finna.fi. Aineisto koostui viidestä suomenkielisestä ja kolmesta englanninkielisestä aineistosta, joiden pohjalta muodostettiin tulokset aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Opinnäytetyönä saatiin vastauksia kivunhoitoon yhteydessä olevista tekijöistä; mitkä tekijät vaikuttavat potilaan kipuun sitä heikentävästi ja lisäävästi. Tutkimusaineistosta selvisi, että saattohoidossa olevan potilaan kivunhoitoon käytetään lääkkeettömiä- sekä lääkkeellisiä menetelmiä. Selvää näyttöä on, että kuolevan potilaan kipua ja kärsimystä tulee arvioida aina yksilöllisesti sekä säännöllisesti ja hoitaa moniammatillisesti. Kivunarviointiin kuuluu keskeisesti myös hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kirjaaminen. Laadukkaaseen loppuvaiheen hoitoon liittyen nousi esiin hoitohenkilökunnan ammattitaito, näyttöön perustuva tieto sekä asenteet. Potilaan kohtaaminen arvokkaasti ja kunnioittavasti sekä omaisen huomioiminen ja osallistaminen kuuluvat tutkimustulosten mukaan hyvään ja laadukkaaseen kuolevan potilaan hoitoon.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sekä soveltaa jatkossa alueellisen osastotoiminnan yksiköissä. Tulokset ovat näyttöön perustuvaan tietoa, joka on mahdollista ottaa käyttöön hoitotyössä. Tutkimustuloksia voivat hyödyntää kaikki hoitotyöhön ammattilaiset ja opiskelijat.

Avainsanat (asiasanat)

saattohoito, saattohoitopotilaan oireet ja oirearviointi, lääkkeetön- ja lääkkeellinen kivunhoito

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

-

Seijari, Miia & Valkonen, Juuni

Hospice care patient's pain management in a county ward services unit

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, September 2024, 42 pages.

Bachelor's Degree Programme in Nursing. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

The units of county ward services consist of primary care departments, where hospital care is provided around the clock. The wards also treat dying patients in hospice care, and their number will increase in the future with the aging of the population. The timeliness of the hospice decision, as well as securing high-quality end-stage care, is paramount from the patient's and family's point of view.

The thesis was implemented as a descriptive literature review, which is based on a research question and produces a descriptive and qualitative answer. The thesis was guided by the research questions: what are the factors related to pain in a hospice patient, and what non-medical and medical methods are used in the treatment of a hospice patient in the county ward services unit. The material was selected based on inclusion and exclusion criteria from four different databases, which were Google Scholar, Cinahl, PubMed and Finna.fi. The material consisted of five Finnish-language and three English-language materials, on the basis of which the results were formed with the help of a material-oriented content analysis.

As a thesis, answers were received about factors related to pain management, which factors affect the patient's pain by weakening and increasing it. The research material revealed that non-medical and medical methods are used for the pain management of patients in hospice care. There is clear evidence that the pain and suffering of a dying patient should always be assessed individually and regularly and treated in a multi-professional manner. Assessment of the effectiveness of the treatment and recording it is also a central part of the pain assessment. In relation to high-quality end-stage care, the nursing staff's professionalism, evidence-based knowledge and attitudes came to the fore. According to the research results, meeting the patient with dignity and respect as well as considering and involving the relatives are part of good and high-quality care of a dying patient.

The results of the thesis can be used and applied in the future in the one-on-one work of the county ward services. The results are evidence-based information that can be used in nursing work. Research results can be used by all nursing professionals and students.

Keywords/tags (subjects)

Terminal care, hospice patient symptoms and symptom assessment, non-medical and medical pain treatment

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Elämän loppuvaiheen hoito	7
2.1	Palliativinen hoito.....	7
2.2	Ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma ja saattohoitopäätös.....	8
2.3	Hyvä saattohoito alueellisen osastotoiminnan yksikössä.....	9
3	Kuolevan potilaan kipu ja muut oireet	11
3.1	Kipu ja eksistentiaalinen kärsimys	12
3.2	Muut saattohoitopotilaan oireet ja oirearviointi.....	14
4	Kivun arviointi ja lääkkeetön kivunhoito	16
5	Lääkkeellinen kivunhoito	19
5.1	Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet	20
5.2	Opioidit ja sedaatio	20
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	21
7	Opinnäytetyön toteutus	22
7.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	22
7.2	Aineistonhaku.....	23
7.3	Aineiston analyysi sisällönanalyysillä	27
8	Tutkimustulokset	28
8.1	Kivunhoitoon yhteydessä olevia tekijöitä	29
8.1.1	Kipua lisääviä tekijöitä	29
8.1.2	Kipua heikentäviä tekijöitä	30
8.2	Kivunhoidon menetelmät.....	31
8.2.1	Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät	32
8.2.2	Lääkkeelliset kivunhoidon menetelmät.....	33
9	Pohdinta	36
9.1	Tulosten tarkastelu.....	36
9.2	Luotettavuus ja eettisyys	37
9.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	38
	Lähteet	39

Kuviot

Kuviot 1.	Total Pain -kivun ja kärsimyksen kokemuksen monet ulottuvuudet.	12
Kuviot 2.	ESAS-oirekyselykaavake	14

Kuviot 3. Kivun arviointi	16
Kuviot 4. PAINAD-mittari	17
Kuviot 5. Alkuperäiset (1990) vasemmalla ja nykyaikaiset (1996) oikealla WHO:n kivunhoidon portaat.....	19

Taulukot

Taulukko 1. Sisäänto- ja poissulkukriteerit.....	23
Taulukko 2. Hakusanat.....	24
Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen aineisto	25
Taulukko 4. Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä henkinen- ja sosiaalinen tukeminen	27
Taulukko 5. Saattohoitopotilaan lääkehoito alueellisen osastotoiminnan yksikössä.	34

1 Johdanto

Väestön ikääntyessä sekä palliatiivisten potilaiden että saattohoitopotilaiden määrän arvioidaan kasvavan tulevaisuudessa koko Euroopassa. Suomessa kuolee tilastokeskuksen (2023) mukaan noin 60 000 ihmistä vuodessa. Arviolta 30 000 tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa. Maailman terveysjärjestön (WHO:n) mukaan palliatiivinen hoito on terveydenhuollon ydintoimintaa sekä hoitotyön ammattilaisten ydinosaa. Suomessa palliatiivisen hoidon palveluista vastaavat hyvinvointialueilla pääasiallisesti perustason yksiköt. (Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti 2021; Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015.)

Palliatiivinen hoito on etenevää sairautta sairastavan kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitoa, jonka tarkoituksena on vähentää kärsimystä. Hoito saattaa kestää vuosia. (Saarto ym. 2015.) Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu ja sairauden etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan. Kuolemaa ei pitkitetä tai jouduteta. Kuolevaa potilasta sekä hänen läheisiään tuetaan henkisesti ja heidän annetaan valmistautua potilaan lähestyvään kuolemaan. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.) Saattohoidossa kipua sekä muita oireita arvioidaan kattavasti ja säännöllisesti. Arvioinnin apuna käytetään erilaisia oire- ja kipumittareita, samaa potilaalle tuttua menetelmää käytetään koko hoitojakson ajan. Mikäli potilas ei kykene ilmaisemaan kipua sanallisesti, arviointi tehdään havainnoimalla käyttäytymistä. Arviointi kipua voidaan hoitaa. (Opi arvioimaan kipua 2019.)

Kuolevan potilaan kipua kuvataan fyysisiä tuntemuksia sisältävänä fysiologisena tilana ja kokemukseksi, joka voi ilmetä läpilyöntikipuna tai pidempiaikaisena kroonisena kipuna. Fyysistä kipua lievitetään ensisijaisesti lääkkeettömillä keinoilla sekä lisäksi käytetään lääkkeellistä kivunhoitoa. Fyysisen kivun lisäksi kärsimys liittyy kuolemiseen. (Jylhäkangas 2005, 6–7.) Kärsimyksen lievittäminen on saattohoidon keskeinen päämäärä. Kärsimys koetaan vaikeana, kokonaisvaltaisena epämuakavuuden tunteena, joka voi myös liittyä olemassaoloon eli eksistentiaalisuuteen. Hyvällä oirehoidolla lievitetään kokonaisvaltaista kipua, ja nähdyksi, kuulluksi, kohdatuksi ja autetuksi tulemalla kärsimys lievittyy tai muuttuu siedettäväksi. (Mistä kärsimys muodostuu? 2022.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä kirjallisuuskatsauksen keinoin tutkimustietoa saattohoidossa olevan potilaan kivunhoidosta, kipuun yhteydessä olevista tekijöistä, lääkkeettömistä ja

lääkkeellisistä menetelmistä. Tavoitteena on kerätä yhteen ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Opinnäytetyö lisää hoitotyön ammattilaisten tietoa saattohoitovaiheessa olevan potilaan kivunhoidosta. Tietoa voidaan hyödyntää alueellisen osastotoiminnan yksiköissä.

2 Elämän loppuvaiheen hoito

Elämän loppuvaiheen hoitoa, osaamisen sekä laadun tasoa yhtenäistetään kautta maan, ja alueellinen saattohoitosuunnitelma löytyy jokaiselta hyvinvointialueelta. Terveystieteiden tutkimuskeskus vastaa palliatiivisen hoidon tarpeeseen. Hoidon tuottaa sairaaloiden palliatiivisen hoidon yksiköt, perusterveydenhuollon saattohoito-osastot ja kotisairaalat kotihoidon kanssa yhteistyössä sekä palliatiivisen hoidon poliklinikat, saattohoitokodit, perusterveydenhuollon osastotoiminta, palvelutalot. (Saarto 2017, 6–10.) Terveystieteiden tutkimuskeskus (2024) on listannut keskeiset lait ja asetukset sekä kansalliset ja kansainväliset suositukset, jotka ohjaavat ja säätelevät elämän loppuvaiheen hoitoa: Laki potilaan asemasta ja oikeudesta, Erikoissairaanhoitolaki, Sosiaalihuoltolaki, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, Suomen perustuslaki ja Terveystieteiden tutkimuskeskus sekä kansalliset suositukset Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus, Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa sekä Laatusuositus elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Myös kansainväliset suositukset: YK:n Kuolevan oikeuksien julistus, Euroopan ihmisoikeussopimus, Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääkkeistä sekä WHO:n suositus palliatiivisesta hoidosta ohjaavat elämän loppuvaiheen hoitoa. Lait ja suositukset perustuvat eettisyyteen ja niiden tarkoituksena on taata ihmisen itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus sekä ihmisarvon kunnioittaminen. (Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa 2024.)

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito kuuluu kaikille, jotka sairastavat kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019). Pitkälle edenneenä monet sairaudet kuten syöpä, neurologiset sairaudet, muistisairaus, sydän-, keuhko-, maksa- tai munuaissairaudet aiheuttavat palliatiivisen hoidon tarvetta (Saarto 2017, 7). Elämän loppuvaiheeseen ajoittuu yleensä ihmiselle tärkeiden päätösten tekeminen, kuten elvyttämättä jättämisspätös (Elämän loppuvaiheen hoito N.d.). Myös dementoivaa sairautta sairastavalle henkilölle tulee tehdä elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma ja hoitotahto riittävän varhain, jotta ihminen pystyy ilmaisemaan

kantansa hoitoon ja sen rajauksiin, kuten antibioottihoitoihin, ravitsemukseen ja sairaalasiirtoihin. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.)

Lääkäri määrittää yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, potilaan arvoja ja toiveita kunnioittaen hoidon linjauksen, joka sisältää hoidon rajaukset eli hyödyttömien ja kärsimystä lisäävien hoitojen välttämisen. Jarruttavassa hoitolinjassa tavoitteena on hidastaa sairauden kulkua tai vakauttaa sairauden tila sekä ehkäistä komplikaatioita. Kun perussairauden etenemistä ei voida jarruttaa, hoidot eivät ole enää potilaan edun mukaisia tai sairaus aiheuttaa potilaalle kärsimystä, siirrytään palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon. Hoidon rajaukset tulevat ajankohtaiseksi, kun perussairauden hoitaminen heikentää potilaan elämänlaatua sekä toimintakykyä merkittävästi. Palliatiivinen hoito ei määritä potilaan elinajan ennustetta. (Kattelus & Sariola 2021; Saarto ym. 2015.)

Hoitotyön ammattilaiselta vaaditaan ammattitaitoa tunnistaa potilaan tarpeita ja taitoa toteuttaa elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaa. Hoitoa tarjotaan ja annetaan hoitolupauksen mukaisesti. Hoidossa tulee huomioida potilaan elämänhistoria ja hoidon yksilölliset tarpeet. Palliatiivinen hoito on potilaan ja omaisten kiireetöntä kohtaamista. Vakava sairaus kuormittaa potilaan koko perhettä ja läheisiä. Läheisten huomioiminen ja tukeminen myös potilaan kuoleman jälkeen on osa kokonaisvaltaista elämän loppuvaiheen hoitoa. Keskeistä on sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttaman kivun ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievitys ja elämänlaadun vaaliminen. Palliatiiviseen hoitoon osallistuville hoitotyön ammattilaisille tarvitaan koulutusta hoidon laadun säilyttämiseksi. (Saarto ym. 2015.)

2.2 Ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma ja saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöksellä ilmaistaan palliatiivisen hoitolinjan vaihe, jossa hoidetaan kuolevaa potilasta. Potilaan toimintakyvyn rajoittuessa merkittävästi sekä hänen kykynsä huolehtia itsestään ovat vaiheita, jolloin siirrytään saattohoitoon. Saattohoito liittyy kuoleman välittömään läheisyyteen, mutta eri sairauksissa raja palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välillä on liukuva. (Saarto ym. 2015.) Saattohoitoon päädytään ihmisen viimeisinä elinviikkoina tai -päivinä. Saattohoitopäätöksen tekeminen on moniammatillista yhteistyötä, joka laaditaan aina potilaan ja hänen omaistensa kanssa yhteisymmärryksessä. Lääkäri laatii ja kirjaa saattohoitopäätöksen potilasapereihin sa-

moin kuin siihen automaattisesti kuuluvan DNR-päätöksen eli elvytyskiellon. (Niemi-Murola, Ahlmen-Laiho, Huttunen, Metsävainio & Vakkala 2022, 195.) Lääkäri laatii saattohoitosuunnitelman myös silloin, kun vaikeasti dementoituneen potilaan sairaus etenee saattohoitovaiheeseen eikä potilaalla ole läheisiä (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019). Edellä mainittu suunnitelma auttaa hoitotyön ammattilaista toteuttamaan potilasta kunnioittavaa elämän loppuvaiheen hoitoa.

Saattohoidossa hyväksytään elämän rajallisuus ja päättyminen kuolemaan. Siinä korostuvat hyvän saattohoidon inhimilliset piirteet, potilaslähtöisyys ja perhekeskeisyys. Hoito tulee soveltaa erikikäisen kuolevan ihmisen arvojen, yksilöllisten tarpeiden, toiveiden, odotusten ja elämäntilanteen mukaisesti. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.) Keskeistä saattohoidossa on yksityisyyden kunnioittaminen, kivun ja muiden fyysisten oireiden lievitys sekä psyykkisiin, sosiaalisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiin vastaaminen. (Sarivaara, Lämsä & Seppälä 2018.) Kuten edellä todettiin saattohoidon ydin on potilaan arvostavassa ja kunnioittavassa kohtaamisessa. Potilaan hoidon tulee olla hänen tarpeistaan ja toiveistaan lähtevä. Saattohoidossa olevan potilaan toivo rakentuu potilaan toiveista sekä potilaan toivon dynaamisuudesta. Hyvä hoito ja kohtaaminen sisältää ihmisenä kuulluksi tulemisen ja arvokkaana kohtelemisen. Kuoleman hyväksyminen pitää yllä potilaan toivoa ja auttaa ymmärtämään kuoleman olevan elämän luonnollinen päätepiste. Kuoleman läheisyyteen liittyy voimien heikkeneminen ja oireiden lisääntyminen. Potilaan toiveet liittyvät lähestyvään kuolemaan; jokainen potilas toivoo kaunista, rauhallista ja kivutonta kuolemaa. Fyysiset oireet kuten kipu, väsymys, hengenahdistus ja turvotukset heikentävät potilaan toivoa. (Hävölä, Rantanen & Kylmä 2015, 135–142.)

2.3 Hyvä saattohoito alueellisen osastotoiminnan yksikössä

Alueellisen osastotoiminnan yksiköt koostuvat perusterveydenhuollon osastoista, joissa sairaalahoitoa tuotetaan ympärivuorokauden. Osastoilla hoidetaan täysi-ikäisiä potilaita, jotka tarvitsevat sairaanhoitoa ja kuntoutusta. Yksiköistä löytyy myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osamista. Saattohoitopotilaina osastoilla yleisin hoidettava potilasryhmä ovat monisairaat ja hauraat ikäihmiset. Kaikilla osastoilla hoidetaan myös kotiosasto-potilaita, joiden on mahdollisuus palata kotoa suoraan osastolle, mikäli vointi kotona merkittävästi heikkenee. Kotiosasto-potilailla on lääkärin kanssa laadittuna pitkälle edenneen sairauden hoitosuunnitelma (ACP, Advanced Care Plan). ACP sisältää hoitolinjauksien teon taudin pahenemisvaiheiden tai etenemisen varalta, keskustelut

sairauden ennusteesta, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista sekä potilaan toiveista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä (Saarto ym. 2015). Organisaatio tulee kantaa vastuun tilojen, välineiden sekä henkilöstön lukumäärän ja ammattitaidon asianmukaisesta tasosta. Laadukasta elämän loppuvaiheen hoitoa pystytään toteuttamaan, kun moniammatillisella työyhteisöllä on yhtenäiset tavoitteet ja positiivinen halu hoitoyön kehittämiseen. (Saarto ym. 2015.)

Lähestyvän kuoleman tunnistaminen viittaa hoitotyön ammattilaisten sekä lääkäreiden kykyyn ja taitoon havaita ja havainnoida kuoleman merkkejä sekä tulkita niitä viesteinä kuolemaa edeltävistä vaiheista. Lähestyvän kuoleman tunnistaminen sisältää sen puheeksi ottamisen ja siihen varautumisen. Kuolema otetaan potilaan ja omaisten kanssa puheeksi varhain. Suhtautuminen kuolemaan on avointa. Kuolemasta keskustellaan ja siitä tarjotaan tietoa potilaan ja omaisten vastaanottokyvyn mukaisesti. (Sarivaara, Lämsä & Seppälä 2018, 13–14.) Kuolema on elämän luonnollinen päätös, mutta se saattaa olla potilaalle, omaisille ja joskus myös hoitotyön ammattilaisille ahdistava, pelottava ja järkyttävä asia. Sen käsittely ja hoidon rajaukset saavat usein lääkäreiltä liian vähän huomiota, vaikka potilaat sitä toivovat. Aiheen käsittelyssä tarvitaan vuorovaikutustaitoja ja herkkyyttä sekä kärsivällisyyttä. (Niemi-Murola ym. 2022, 196.)

Saattohoitovaiheessa potilaan hoito rauhoitetaan, pidättydytään ylimääräisistä tutkimuksista ja mittauksista; keskitytään mittausarvojen sijaan potilaan kuuntelemiseen. Säännöllisesti arvioidaan potilaan kipua, levottomuutta, hengenahdistusta, hengitysteiden eritteitä sekä mahdollista pahoinvointia. Saattohoitovaiheessa suhtaudutaan pidättyvästi parentraaliseen nesteytykseen, eikä letkuruokintaa suositella. Lääkäri arvioi potilaan lääkkeiden tarpeen uudelleen ja perussairauksien lääkitykset voidaan yleensä tässä vaiheessa lopettaa. Potilaalle jää lääkelistalle yleensä lääkitys kipuihin, levottomuuteen, limaisuuteen, hengenahdistukseen ja pahoinvointiin. Lääkemuutoksista kerrotaan potilaalle ja omaisille, sillä heidän kuuluu saada ajantasaista tietoa potilaan hoidosta hoitotyön ammattilaiselta. (Saarto ym. 2015.)

Saattohoidossa keskeinen rooli on omaisilla. Hoitotyön ammattilaisten tulee antaa aikaa ja tilaa omaisille, ja osallistaa heitä hoitoon mahdollisuuksien mukaan. Omaisten kanssa on syytä puhua etukäteen, mitä kuoleman hetkellä tapahtuu. Tämä lieventää pelkoja ja rauhoittaa. Lähi- tai sairaanhoitaja voi olla tukena huoneessa, mutta pysy taka-alalla. Kuoleman hetki on perheelle ainut-

laatuinen aika. Perheenjäsenten hyvästeille ja rituaaleille annetaan aikaa, kuoleman virallisella toteamisella ei ole kiirettä. Henkilökunnan toimintaan kiinnitetään huomiota. Rauhallisella ja empaattisella suhtautumisella autetaan omaiset tilanteen yli. Kuolemaa pelkäävä saattaa olla ahdistunut ja levoton. Kosketus ja tietoisuus vierellä olevasta ihmisestä tuo turvallisuuden tunnetta ja lievittää kivuksi ja kehollisiksi ahdistuksiksi ruumiillistunutta pelkoa. (Sarivaara ym. 2018, 9–10.) Potilasta ei tule jättää yksin kuoleman hetkellä, jos omaisia ei ole mukana hoidossa. Jokaisella ihmisellä tulee olla viimeisellä hetkellä rinnallaan toinen ihminen. Kolmannella sektorilla ja vapaaehtoisilla toimijoilla on merkittävä rooli potilaiden ja läheisten tukemisessa sekä vertaistuesssa (Saarto 2017).

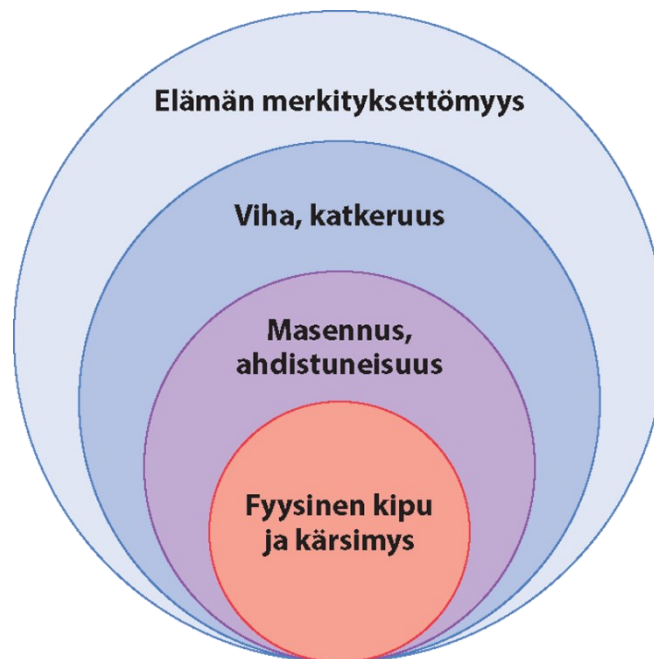
Kuoleman jälkeen vainajaa kohdellaan kunnioittavasti ja arvostavasti. Kuoleman voi todeta laillistettu tai luvan saanut lääkäri. Kuoleman vahvistamisessa todetaan ihminen kuolleeksi, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet sekä sydämen sykkiminen lakannut. (L 27/2024, 3, 6.) Kuoleman toteamiseen ja vainajan laittoon liittyvät vaatimukset koskevat kaikkia ammattihenkilöitä, tapahtuupa kuolema sitten kodissa tai julkisessa tai yksityisessä laitoksessa (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 19).

3 Kuolevan potilaan kipu ja muut oireet

Kipu on yleinen oire kuolemaan johtavissa sairauksissa, kipu voi olla akuuttia tai kroonista. lääkällä henkilöllä kipukynnys saattaa olla korkea. Monet sairaudet muuttavat kivun kokemista ja esimerkiksi Alzheimerin tauti ja hypertonia nostavat kynnyistä. Tutkimuksissa on todettu kivun muuttuvan sietämättömäksi nopeasti, kipuja vaimentavien endogeenisten mekanismien heikentyessä. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.) Syöpäkipussa yhdistyy erilaisia kiputyyppejä. Nosiseptiivinen eli kudosaauriokipu sekä hermovaurioista johtuva neuropaattinen kipu syövän kasvutavan mukaan lisäksi kuolevalla potilaalla voi ilmetä pitkäaikaista idiopaattista kipua, jonka taustalla ei ole voitu osoittaa kudosa tai hermovauriota. Kivun luonne voi olla akuutti ja krooninen. Kivun kokeminen on yksilöllistä ja vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen sekä toimintaan. Kivunhoito edellyttää hoitotyön ammattilaiselta kykyä tunnistaa ja arvioida kuolevan potilaan kipua. Masennus, pelko, unettomuus, ahdistus sekä kyllästyminen alentavat potilaan kipukynnystä. (Niemi-Murola ym. 2022, 186.; Saarto ym. 2015.)

3.1 Kipu ja eksistentiaalinen kärsimys

Elämän loppuvaiheen potilaalla fyysisiä oireita aiheuttaa lievittämätön kipu, hengitysoireet, täysi rakko tai suoli, turvotus, aivomuutokset, infektiot sekä tärkeiden elintoimintojen pettäminen. Aineenvaihdunnallisia syitä ovat uremia, hyperkalsemia, hyponatremia, hypoglykemia ja hypoksia. Vuodelevon aiheuttamaa painehaavariskiä tulee ehkäistä säännöllisellä asento- ja liikehoidolla. Suun kuivuu luo fyysistä kipua potilaalle, joten sitä tulee ehkäistä ja hoitaa säännöllisellä kostutuksella. Kivun lisäksi kuoleva potilas saattaa kokea eksistentiaalisesta (olemassaoloon liittyvää) kärsimystä. Totaalisen kivun käsite kuvataan kärsimyksen ja kivun yhdistymisenä. Kuolevan potilaan kokema totaalinen kipu on kärsimystä, johon sisältyy fyysistä kipua, yleistä epämukavuutta, ahdistuneisuutta ja pelkoa. Sairas keho, raihnaisuus ja voimattomuus, tulevaisuuden puuttuminen sekä hyvästien jättäminen luovat potilaalle kärsimystä. Kuoleman lähestyessä omasta kehosta tulee lisääntyvän nöyryytyksen lähde. Ripuli, inkontinenssi, hajut, hikka, väsymys sekä hikoilu voivat aiheuttaa sosiaalista eristäytymistä ja pelkoa itsensä häpäisemisestä. Muistin heikkeneminen sekä motorinen kömpelyys johtaa toisten ihmisten välttelyyn. Kivunlievitys on kärsimyksen lievittämisen lähtökohta. Kivunlievityksellä vähennetään kärsimystä sekä lievitetään potilaan ahdistusta, turvattomuutta, merkityksettömyyttä ja omanarvontunnettomuutta. (Hänninen 2020, 89–90.)



Kuviot 1. Total Pain -kivun ja kärsimyksen kokemuksen monet ulottuvuudet. (Saarto ym. 2015)

Kuoleva potilas tuntee usein kuolemanpelkoa, ja hoitotyöhön tulee sisältyä potilaan hengellinen ja henkinen tukeminen (Rautava-Nurmi ym. 2020, 402). Kuoleman lähestyessä pohditaan usein elettyä elämää, sen merkitystä ja tarkoitusta, jolloin hoitotyön ammattilaisen kuunteleva läsnäolo korostuu. Keskusteluissa keskitytään potilaan kannalta merkityksellisiin aiheisiin. Suruun liittyy myös jäähyväisten jättäminen omaisille. (Kattelus & Sariola 2021.) Hoitotyön ammattilaisen tulee tunnistaa kuolevan potilaan huoli omaisten jaksamisesta, joten onnistuneen saattohoidon tehtävänä on tukea myös läheisten kokonaisvaltaista hyvinvointia. Potilaalle ja läheisille on järjestettävä rauhallista yhteistä aikaa, mikäli omaiset haluavat yöpyä potilaan luona, tulee siihen järjestää mahdollisuus, myös osastolla tapahtuvassa saattohoidossa. Henkiset ja hengelliset tarpeet ovat yksilöllisiä, henkiseen kipuun liittyy ajatus siitä, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu. Kuoleman hetkellä henkiselle ja hengelliselle tuelle saattaa ilmaantua tarvetta, vaikka kyseiset tarpeet eivät näkyvästi ole korostuneet potilaan arjessa aikaisemmin. Potilalle tarjotaan mahdollisuus halutessaan tavata sairaalapastoria, ja tarvittaessa pastorin tai hoitotyön ammattilaisen tehtävä on ottaa yhteyttä potilaan oman kirkkokunnan, herätysliikkeen tai uskonnollisen yhdyskunnan edustajaan tapaamisen sopimiseksi. Toisille riittää hiljaisuus ja läsnäolo tai lohduttavan musiikin kuuntelu. (Saattohoito -Opas läheisille N.d.)

3.2 Muut saattohoitopotilaan oireet ja oirearviointi

Elämän loppuvaiheen oireita kivun ja eksistentiaalisen kärsimyksen lisäksi ovat kuivuminen ja ruokahaluttomuus, pahoinvointi, hengitysvaikeus, uupumus, sekavuustila sekä psyykkisinä oireina ahdistuneisuus ja masennus. Apuna oireiden tunnistamisessa ja arvioinnissa voidaan käyttää oirekar-toitus-lomakkeita. Oireita lievittävä ja huolelliseen oirearvioon perustuva lääkehoito on osa kuolevan hoitoa. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.) Oireiden kartoituksessa voidaan käyttää ESAS-oirekyselykaavaketta (Edmonton symptom assessment scale). Kuviossa 2 havainnollistetaan numeraalinen oireasteikko, joka koostuu kymmenestä oireesta.

Oirekysely

Ohessa on lueteltuna syöpäpotilaiden 10 tavallisimmin esiintyvää oiretta. Arvioikaa kohdallanne oireen voimakkuus asteikolla 0–10 (0 tarkoittaa, että teillä ei esiinny kyseistä oiretta lainkaan, ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista haittaa). Jos listasta puuttuu jokin teitä haittaava oire, voitte lisätä sen listaan ja arvioida myös sen haittaavuuden asteikolla 0–10.

	ei lainkaan										pahin mahdollinen											
kipu levossa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kipu liikkeessä	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
väsymys	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pahoinvointi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
masennus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ahdistuneisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uneliaisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ruokahaluttomuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hengenahdistus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ummetus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muu oire, mikä?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muu oire, mikä?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Millaiseksi koette vointinne kokonaisuudessaan?																						
0 = paras mahdollinen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10 = heikoin mahdollinen										

Kuviot 2. ESAS-oirekyselykaavake (Saarto ym. 2015)

Väsymys on luonnollinen osa kuolemista, joka voi ilmentyä yleisenä heikkoutena. Väsymykseen liittyy lihasten nopea väsyminen, aktiivisuuden alentuminen, aloite- ja keskittymiskyvyttömyyttä sekä henkistä väsymistä. Väsymyksen oirekokonaisuus aiheutuu lääkkeitä ja niiden sivuvaikutuksista, sairauden etenemisestä ja psykososiaalisista tekijöistä. Sitä voivat aiheuttaa

myös tulehdukset, anemia sekä nestevajaus. Kuolevan potilaan levon ja unen tarve lisääntyy, lisäksi potilas on väsynyt levosta huolimatta. (Palliativisen potilaan väsymys 2021.)

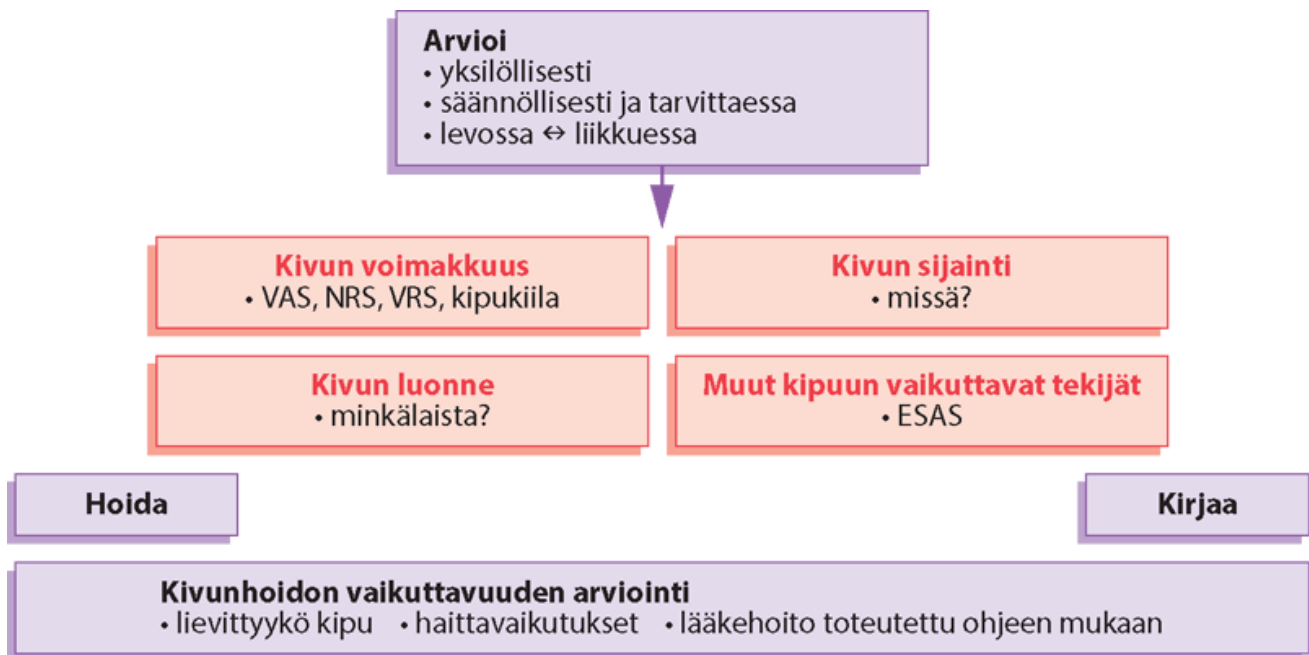
Ohimenevä sekavuus eli delirium on saattohoitopotilaalla yleinen oire, joka liittyy elintoimintojen hiipumiseen ja lähestyvään kuolemaan. Sekavuuteen liittyy tajunnantason laskua, jolloin puhe ja ajattelu ovat hajanaisia. Tilanteeseen voi liittyä fyysistä levottomuutta, aistiharhoja sekä aggressiivisuutta. Sekavuuden aiheuttamia oireita ja epämukavuutta tulee hoitaa ensisijaisesti lääkkeettömin keinoin läsnäololla sekä valvonnalla, potilaan turvallisuudesta tulee huolehtia. (Palliativisen potilaan sekavuus 2021).

Hengitys voi muuttua kuoleman lähestyessä raskaammaksi, pinnalliseksi tai haukkovaksi. Hengitysrohisee ja potilaalla voi ilmetä hengityskatkoja. Hengenahdistusta voidaan helpottaa opioideilla. Lisähappi ja kasvoihin suunnattu ilmavirta saattavat myös helpottaa hengenahdistusta. Hengitysteiden irtonainen lima ja sylki saavat aikaan rohisevan hengitysäänen. Liman imeminen imukatetrillä auttaa, jos limaa on pääosin suun ja ylänielun alueella; alemmista hengitysteistä limaa ei tule imeä. Lääkkeinä kuolinrohinaan voidaan käyttää glykopyrrolaattia, hyoskiinibutyylibromidia tai skopolamiinilaastareita. (Korhonen & Poukka 2013.) Saattohoitovaiheessa on tärkeä huolehtia kuolevan potilaan suunhoidosta. Suu kuivuu, kun syljen erityös vähenee tai syljen koostumus muuttuu. Suuta kostutetaan säännöllisesti veden lisäksi ruokaöljyllä tai suun kostutustuotteilla. Mikäli suun limakalvot ovat rikki, ei sitruunatikkuja suositella. Huulien ja suupieliin rasvaamiseen sopii esimerkiksi Dexpanthenol voide. (Nivala-Hautaniska & Nousiainen 2015.)

Kakeksia-anoreksia on tahatonta tai syömisen vähyydestä johtuvaa laihtumista. Elämän loppuvaiheessa yli 80 prosenttia potilasta kärsii kakeksiasta. Tehostetulla ravitsemushoidolla ei enää ole vaikutusta elämän loppuvaiheessa ja tarkoituksena on tarjota pieniä annoksia mielitekojen mukaan. (Saarto ym. 2015.) Kuolevalla potilaalla kuivuminen johtuu nesteen siirtymisestä kudoksiin, jolloin neste ei enää imeydy. Pahoinvointia voidaan lievittää pahoinvointilääkkeillä. Nielemiskyvyn heikennyttyä pahoinvointilääkityksenä voidaan käyttää metoklopramidia tai haloperidolia. (Korhonen & Poukka 2013). Hyvään elämän loppuvaiheen hoitoon kuuluu hyvä oireenmukainen hoito ja perushoito. Hoidossa tulee ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet ja tausta, äidinkieli ja kulttuuri.

4 Kivun arviointi ja lääkkeetön kivunhoito

Kivun hoito alkaa kivun tunnistamisesta ja sen sijainnin, luonteen sekä voimakkuuden arvioinnista (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019). Kipua tulee arvioida säännöllisesti. Kivun mittaaminen perustuu aina potilaan omakohtaiseen arvioon tilanteestaan. Jos potilas ei pysty itse ilmaisemaan kipuaan, voidaan hänen kipuaan yrittää arvioida hänen käytöksestään tai toimintakyvystään; levollinen, hengittää rauhallisesti, nukkuu, hengitysvaikeus, irvistelee tai varoo asentomuutoksia. Kipu arvioidaan aina levossa ja kuormituksessa, kuten asentoa vaihtaessa tai yskiessä. (Niemi-Murola ym. 2022, 172.) Kivun arviointiin on luotu erilaisia luotettavia, nopeita ja helppokäyttöisiä mittareita. Mittareita ovat mm. kipujana (VAS Visual Analogue Scale), numeraalinen asteikko 0–10 (NRS numerical rating scale) sekä verbaalinen asteikko (VRS).



Kuviot 3. Kivun arviointi (Saarto ym. 2015)

Muistisairauden tai tajunnantason laskun vuoksi kivun arvioinnissa voidaan käyttää PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale). Kuviossa 3 havainnollistetaan, kuinka pisteytys kivuttomuudesta voimakkaaseen kipuun (0–10) perustuu henkilökunnan havaintoihin seuraattaessa potilaanhengitystä, ääntelyä, ilmeitä, kehonkieltä ja lohduttamisen tarvetta (Saarto ym.2015.)

Havaintokategoria	Pisteluokka		
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista	Hengitys äänekästä ja vaivalloista
		Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Pitkiä hyperventilaatiojaksoja, Cheyne–Stokes-tyyppinen hengitys.
Ääntely	Ei ääntelyä	Satunnaista vaikerointia tai voihketta	Rauhatonta huutelua
	Tyytyväinen ääntely	Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa
		Levotonta liikehdintää	Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.

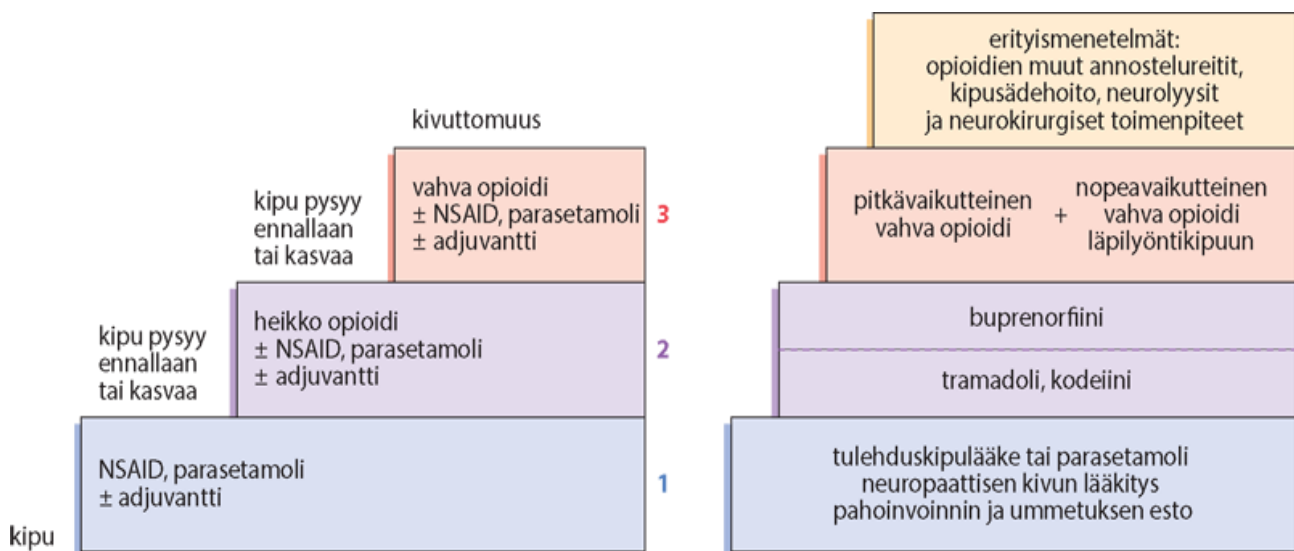
Kuviot 4. PAINAD-mittari (Saarto ym. 2015)

Kivunhoidossa kirjaamisella on suuri merkitys, ja se etenee saattohoidossa prosessimallin mukaisesti: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Potilalla on oikeus turvalliseen hoitoon, joka mahdollistuu, kun käytössä oleva potilastieto on laadukasta ja kattavaa. Jokaisen hoitoon osallistuvan on saatava kirjauksen perusteella selville kaikki olennainen potilaan voinnista ja potilaan saamasta hoidosta. Kivusta kirjataan sen voimakkuudesta, vaikutuksesta toimintakykyyn, mielialaan ja nukkumiseen. Kirjauksessa ilmenee kivun luonne ja sijainti, sekä kivun esiintymisaika. Arvioitu kipu voidaan hoitaa lääkkeettömästi ja lääkkeellisesti. Kivun hoidosta kirjaetaan ja hoitotyön ammattilainen arvioi säännöllisesti kivunhoidon vastetta sekä haittavaikutuksia. Tarvittaessa hoitotyön ammattilainen konsultoi lääkärinä, joka tekee tarvittavat lääkitysmuutokset. Prosessimallinmukaisella kirjaamisella edesautetaan potilasturvallisuutta, hoidon laatua ja parannetaan ammattilaisten oikeusturvaa. (Kirjaaminen 2023.)

Vuonna 2017 julkaistun Käypähoito -suosituksen mukaan lääkkeettömän kivunhoidon tulee olla kivunhoidon perusta (Kipu 2017). Läsnaolo, reflektointi ja hiljentymisen vaalii elämänlaatua sekä lievittää kipua. Elämän loppuvaiheessa on tärkeä tukea potilasta ja luoda turvallisuuden tunnetta. Liike ja liikkuminen ovat elämän perustarpeita, jokainen potilas tarvitsee liikettä elämän loppuun asti. Elämän loppuvaiheessa pitkä paikallaan makaaminen heikentää kehotuntemusta, altistaa painehaavoille, voi aiheuttaa sekavuutta, lisää kehossa lihasjännitystä, hankaloittaa hengittämistä sekä vaikeuttaa yskimistä sekä erityisesti laskee elämänlaatua. Vuoteessa olevan ja vähän liikkuvan potilaan hoidossa ammattilaisen tehtävä on avustaa ja huolehtia potilaan asentohoidosta. Se voidaan toteuttaa erilaisia apuvälineitä hyödyntäen, kuten tyynyjä, peittoja sekä painetta jakavia patjoja. Erityisesti ikäihmisen haurasta ihoa tulee muistaa suojata venytyksen ja paineen aiheuttamilta vaurioilta. Tarvittaessa potilaalle annetaan kipulääkitystä ennen asennon vaihtoa. Liike ja kosketus ovat hyviä keinoja saada kontakti saattohoidossa olevaan potilaaseen. Kosketus kertoo välittämisestä ja huolenpidosta. Kosketuksen muotoja voivat olla muun muassa hieronta, sively ja rentoutus. Kosketus rauhoittaa ja tuo hyvää oloa sekä vähentää stressihormonin erityistä ja kipua. Kosketuksen avulla omaisen yhteys potilaaseen pysyy loppuun saakka. Rentoutuksen keinoja voi olla myös mieluisan musiikin tai kirjan kuuntelu, valokuvien tai maisemien katselu sekä hengitysharjoitukset. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuisilla 2023; Talvitie 2022.)

5 Lääkkeellinen kivunhoito

Kipu tulee aina ottaa vakavasti ja hoitaa kaikilla näyttöön perustuvilla menetelmillä. Kivunhoidon peruseriaatteet ovat diagnoosista riippumatta samat kaikilla ikäryhmillä. Kuolevan dementiapotilaan kivun ja muiden oireiden hoidon periaatteet ovat siis samat kuin esimerkiksi kuolevilla syöpäpotilailla. Viimeistään saattohoidossa karsitaan lääkkeitä, jotka eivät vaikuta potilaan oireisiin. Ensimmäiseksi tulee käyttää suun kautta annosteltavaa lääkitystä. Iäkkäiden lääkityksessä aloitusannokset ovat yleensä selvästi pienempiä kuin keski-ikäisillä. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.) Munuaisten vajaatoiminta on yleinen parantumattomasti sairailta iäkkäillä potilailla, jonka takia lääkeaineiden suuret pitoisuudet elimistössä voivat aiheuttaa muun muassa hengityslaman. Saattohoidossa munuaisten toimintaa seurataan potilaan yleistilan, turvotusten ja virtsamäärän perusteella. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.)



Kuviot 5. Alkuperäiset (1990) vasemmalla ja nykyaikaiset (1996) oikealla WHO:n kivunhoidon portaat. (Saarto ym. 2015)

Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt 1980-luvulla mallin syöpäkivun lääkehoidolle, ja saattohoidossa voidaan soveltaa samoja periaatteita. Mallin tarkoituksena on tarjota laadukas kivunhoito kaikille kipupotilaille maailmanlaajuisesti. WHO:n porrastetussa kivunhoitomenetelmässä kipu jaetaan kolmeen tasoon: lievään, kohtalaiseen ja voimakkaaseen kipuun. Kuviossa 5 havain-

nollistetaan, kuinka kipulääke valitaan kivun voimakkuuden mukaan. Kipulääkeannos titrataan yksilöllisesti, annostellaan säännöllisesti sekä kipulääkityksen haittavaikutuksia seurataan ja hoidaan aktiivisesti. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.)

5.1 Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet

Parasetamoli on heikko prostaglandiinisynteesin estäjä. Sillä on kipua lievittävä ja kuumetta alentava vaikutus, mutta ei lievitä tulehdusta (Niemi-Murola ym. 2022, 178). Jos potilas pystyy nielemään lääkkeitä, lievän kivun ensisijainen lääke on parasetamoli. Maksan metaboliakyky säilyy usein hyvänä ikääntymismuutoksista huolimatta. Isoja annoksia käytettäessä parasetamoli voi olla maksatoksinen. Suurin suositeltu vuorokausiannos 3 g/vrk. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.)

Tulehduskipulääkkeet kuuluvat lievempään pohjalääkitykseen. Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita etenkin luuetäpesäkkeiden aiheuttamassa kivussa. Ne kuitenkin aiheuttavat suurella annoksella maha-suolikanavan haittoja ja munuaisvaurioita. (Niemi-Murola 2022.) Kuolevan potilaan kipulääkityksessä on hyvä välttää kaikkia tulehduskipulääkkeitä, riski haittavaikutuksille mahan limakalvoon, verihiiutaleiden toimintaan ja munuaisen verenkiertoon on moninkertainen. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.)

5.2 Opioidit ja sedaatio

Kun tulehduskipulääkkeen tai parasetamolien vaikutus ei enää riitä, liitetään hoitoon vahva opioidi. Lääkityksen perustan muodostavat pitkävaikutteinen ja säännöllisesti otettava vahva opioidi, sekä läpilyöntikipuun eli hetkelliseen, tavallista voimakkaampaan kipuun nopea- ja lyhytvaikutteinen opioidi. Lääke annetaan suun kautta niin pitkään kuin se on mahdollista. Pahoinvoinnin, nielemisvaikeuden tai tajunnantason heikentyessä vaihdetaan suun kautta otettava lääke s.c. tai i.m. annettavaksi. (Niemi-Murola ym. 2022, 187.) Usein i.v. suonyhteyttä ei enää ole. Opioidit ovat tärkein lääkeryhmä kohtalaisen ja vaikean kivun hoidossa ja hengenahdistuksen lievittämisessä. Heikoilla ja keskivahvoilla opioideilla on kattovaikutus, eikä niitä käytetä kuolevan potilaan kivunhoidossa. Vahvojen opioidien (oksikodoni, morfiini, hydromorfon, fentanyl) aloitusannokset ovat iäkkäillä potilailla 25–50 % pienempiä, koska keskushermoston herkkyys on lisääntynyt ja lääkkeiden eliminaatio on hidastunut. Opioidin annosta nostetaan vastetta seuraten noin 30 % kerrallaan.

(Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.) Suun kautta annosteltavan pitkävaikutteisen opioidin aloitusannos on iäkkäillä 20–30 mg/vrk morfiinia tai 10–20 mg/vrk oksikodonia ja läpi-lyöntikipuun vastaavasti 4–6 mg lyhytvaikutteista morfiinia tai 3–5 mg oksikodonia. Kun perustasolla hoidettava saattohoitopotilas ei kykene nielemään lääkkeitään, kipulääkitys aloitetaan tarvittaessa annosteltavilla ihonalaisilla injektioilla lyhytvaikutteista opioideja. Oksikodonin aloitusannos iäkkäillä on silloin 2,5–5 mg s.c. tarvittaessa 4–6 tunnin välein. Jos kivun lievitys kestää alle 4 tuntia, kerta-annosta suurennetaan 20–30 %. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.) Potilaalle voidaan asentaa toistuvien pistämisten vuoksi ihonalainen kanyyli. Myös kipupumppu (PCA, patient controlled analgesia) voidaan ottaa käyttöön lääkkeen annosteluun. Lisäksi kipulääkeannoksen suurentamisen sijaan voidaan lisätä ahdistuneisuutta lievittävää lääkettä, esimerkiksi bentsodiatsepiini. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.)

Kuolema on yleensä rauhallinen. Mikäli on aihetta epäillä potilaan menehtymistä äkillisen tilanteen esimerkiksi verensyöksyn seurauksena, on potilaalle syytä määrätä varalle niin sanottu katastrofilääkitys sedaatiota varten. (Korhonen & Poukka 2013.) Kuolevan potilaan hoidossa sedaatiota käytetään, jos kuoleman lähestyessä kipu, hengenahdistus ja muut oireet ovat sietämättömiä. Lääkärin määräyksellä potilaalle annetaan rauhoittavaa ja tajuntaa heikentävää lääkitystä esimerkiksi bentsodiatsepiini yhdessä opioidilääkityksen kanssa. (Niemi-Murola ym. 2022.) Sedaatio toimii, kun potilas on rauhallinen, kivuton ja hänet voidaan helposti herättää. Palliatiivisessa sedaatiossa, kuten kaikessa hoidollisessa toiminnassa, on perustana potilaan vapaa suostumus ja keskustelu asiasta potilaan ja läheisten kanssa. (Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa 2019.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön aiheena on saattohoitopotilaan kivunhoito alueellisen osastotoiminnan yksikössä. Opinnäytetyö kohdennettiin hoitohenkilöstölle alueellisen osastotoiminnan yksiköissä. Yksiköissä toimii perus- ja lähihoitajia, sairaanhoitajia, lääkäreitä ja terapeutteja, psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdehoitaja sekä sairaalapappi. Tarkoituksena on selvittää ja kuvata ajantasaisen tutkimustiedon pohjalta saattohoidossa olevan potilaan kivunhoitoa, siinä käytettäviä lääkkeitä ja lääkkeellisiä menetelmiä sekä kipuun yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on koota yhteen ajantasaisista näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, jota hyödyntäen hoitotyön ammattilaiset voivat kehittää tutkimuksiin perustuvaa osaamista hyvästä ja yhtenäisestä saattohoitopotilaan kivunhoidosta alueellisen osastotoiminnan yksikössä.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat saattohoitopotilaan kipuun yhteydessä olevat tekijät alueellisen osastotoiminnan yksikössä?
2. Millaisia lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä menetelmiä saattohoidossa olevan potilaan kivunhoidossa käytetään alueellisen osastotoiminnan yksikössä?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus kuvailee, miten ja minkälaisista näkökulmista tutkittavaa aihetta on aiemmin tutkittu, kehittää olemassa olevaa teoriaa, tarkastelee, miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin ja pyrkii tunnistamaan ongelmia. (Salminen 2023, 5.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on paljon käytetty tutkimusmenetelmä hoito- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa. Menetelmän luotettavuutta edistää eri vaiheiden jäsentäminen, ja hoitotyössä menetelmää voidaan soveltaa kliinisen tiedon kokoamiseen. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 292.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen ja tuottaa valitun aineiston perusteella kuvailevan, laadullisen vastauksen. Sen vaiheita ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata valittua ilmiötä teoreettisesti ja kontekstuaalisesta näkökulmasta rajatusti, jäsennetysti ja perustellusti tarkoitukseen valitun kirjallisuuden avulla. Tutkimusprosessia ohjaava tekijä on tutkimuskysymys, joka usein on kysymyksen muodossa. Onnistuneen tutkimuskysymyksen mahdollistaa riittävän täsmällinen ja rajattu aihe. Kliinisessä kysymyasettelussa menetelmää voidaan käyttää nykyisten käytäntöjen arviointiin sekä käytännön suositusten ja menettelytapojen kehittämiseen ja päivittämiseen. (Kangasniemi ym. 2013, 291–301.)

7.2 Aineistonhaku

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys ohjaa aineistonhakuja. Aineistonhaku vastaa kysymykseen, mitä tarkasteltavasta ilmiöstä tiedetään. Aineiston haun rajaamisen varmistamiseksi taulukon 6 sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti listattiin aineistonhakuja varten avainsanoja, ja haussa hyödynnettiin synonyymejä ja avainsanayhdistelmiä.

Taulukko 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisukieli: suomi tai englanti	Julkaisukieli: muu kuin suomi tai englanti
Julkaisuvuosi: 2019–2024	Julkaisuvuosi: 2018 tai aikaisemmin
Koko artikkeli saatavilla	Koko artikkeliä ei saatavilla
Julkaistu tieteellisessä julkaisussa	Ei julkaistu tieteellisessä julkaisussa
Artikkelit käsittelivät saattohoidon kivunhoitoa	Artikkelit käsittelivät leikkauskipua
Artikkelit käsittelivät hoitoa vuodeosastolla	Artikkelit käsittelivät kotihoitoa

Aineistonhakuun käytettiin JAMK:n tietokantoja Google Scholar, Cinahl, PubMed, Finna.fi ja muuta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta. Kirjallisuuskatsauksen kohdalla termillä ”kirjallisuus” tarkoitetaan laajasti kirjallista lähdeaineistoa, kuten tieteellistä tutkimusta tai esimerkiksi ammattikirjallisuutta (Salminen 2023, 27). Suomalaisia luotettavia hoitoalan verkkojulkaisuja ovat Duodecimin Terveysportti, Käypä hoito -suositukset, Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisut sekä Hotus-hoitosuositukset; lisäksi huomiota kiinnitettiin aineistonhaku-vaiheessa myös kansainvälisten yhdistysten suosituksiin ja ohjeistuksiin kivusta ja palliatiivisesta hoidosta sekä saattohoidosta (esimerkiksi WHO). Aineistohaulla hankittiin ajantasaista tietoa saattohoitopotilaan kivunhoidosta.

Suomenkielisiä hakusanoja olivat ”saattohoito, -osastolla, -terveyskeskuksen vuodeosastolla, -alueellisen osastotoiminnan yksikössä, kivunlievitys saattohoidossa, omaisten kohtaaminen, yhtenäinen toimintamalli, hiljainen tieto, kinestetikka osana saattohoitoa, laaduntarkkailu, -varmistus, -hallinta”. Sanoja yhdisteltiin hakulauseiksi käyttämällä AND/OR/NOT – apusanoja. Englanninkieliset hakusanat olivat ”hospice care in the ward, terminal care, pain relief, pain management”. Kirjallisuus katsaukseen valikoitui aineistohaun perusteella 5 suomenkielistä ja 3 englanninkielistä verkkojulkaisua, joita käytettiin opinnäytetyössä aineistona.

Taulukko 2. Hakusanat

Hakulauseke	Google Scholar	Cinahl	PubMed	Finna.fi
Saattohoito	1 240	1	0	13
Saattohoito osastolla	610	0	0	1
Kivunlievitys saattohoidossa	196	0	0	0
Saattohoito and kivunhoito	0	0	0	2
Hospice care and ward	0	113	226	0
Terminal care	0	8 078	23 162	8
Terminal care and pain relief	0	76	220	0

Aiheeseen perehtymisen vaiheessa aineistoa tutkittiin kriittisesti ja tarkasteltiin valitun aineiston näkökulmia aiheesta. Aiheeseen tutustumalla kirjattiin ylös aiheen keskeiset käsitteet: palliatiivinen hoito, saattohoito, hoitosuunnitelma, hoidonrajaukset, kipu, kivunhoito, kärsimys, omaiset ja osastotoiminta. Seuraavassa vaiheessa kerättiin aiheeseen liittyvää kirjallisuutta avainsanoja ja keskeisiä käsitteitä hyödyntäen. Aineistoon tutustumisen jälkeen rajattiin aineisto, jota opinnäytetyössä käytettiin. Rajaamisen keskeinen lähtökohta on, että julkaisu sopii aiheeseen hyvin sekä vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Opinnäytetyön rakenne 2017.)

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsauksen aineisto

Kirjoittaja(t), Julkaisu- vuosi, Maa	Julkaisun nimi	Mitä ja ketä tutkittu	Keskeiset tulokset
Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Suomi	Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus.	Laatusuositus käsittelee parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan palliativista hoitoa.	Lisää tietoisuutta elämän loppuvaiheen hoidosta. Tutkitun tiedon pohjalta voidaan kehittää toimintaa, että yhä useampi kuoleva potilas saisi toiveidensa mukaista hoitoa.
Aho, A. ym. 2023. Suomi	Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan läheisten kohtaaminen ja tukeminen. Hotus-hoitosisuositus.	Hoitosisuosituksessa huomioidaan palliativisessa hoidossa tai saattohoidossa olevien aikuispotilaiden läheisten tukeminen sekä lisäksi lapsipotilaiden läheiset	Hoitosisuositus antaa konkreettisia neuvoja siihen, millaisia asioita tulee huomioida palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten tukemisessa
Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S, Surakka, T & Hammar, T. 2022. Suomi	Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. THL - Ohjaus 6/2022.	Laatukäsikirja soveltuu työvälineeksi hoidon, lähijohtamisen ja omavalvonnan laadun kehittämiseen elämän loppuvaiheessa. Ensimmäinen tavoite on hoidon laadun parantaminen elämän viime vaiheissa.	Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma kannattaa ottaa varhaisessa vaiheessa osaksi yksilöllistä hoitosuunnitelmaa.

<p>Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Suomi.</p>	<p>Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.</p>	<p>Suositus oireiden ja kärsimyksen lievittämisestä potilailla, joiden lähestyvä kuolema on ennakoitavissa. Suosituksen kohderyhmänä on parantumatonta sairautta sairastavien parissa työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt.</p>	<p>Jakaa tietoa kattavasti parantumatonta sairautta sairastavan potilaan hoidosta ja kärsimyksen lievittämisestä.</p>
<p>Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. 2020. Suomi.</p>	<p>Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede 2020</p>	<p>Tutkimuksessa kuvailaan potilaan ja läheisten kokemuksia sairaanhoitajan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta.</p>	<p>Sairaanhoitajat tarvitsevat laajaalaista osaamista ja heille tulee järjestää täydennyskoulutusta.</p>
<p>Nacak, U. & Erden, Y. 2022. Turkki.</p>	<p>End of life care and nurse`s roles. The Eurasian Journal of Medicine</p>	<p>Loppuvaiheen hoitoa ja sairaanhoitajien roolia kuolemanprosessissa</p>	<p>Antaa tietoa hyvästä loppuvaiheen hoidosta ja sairaanhoitajan rohkeudesta ja tärkeydestä kuolevan potilaan hoidossa. Kokonaisvaltaisesti kuvaa kivun ja kärsimyksen lievittämiskeinoja.</p>
<p>Henson, L., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M. Hicks, S. & Irene J. Higginson. 2020. An American Society of Clinical Oncology Journal.</p>	<p>Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. Journal of Clinical Oncology. Volume 38. Number 9.</p>	<p>Saattohoito aiheessa olevan syöpä sairastavan potilaan oireiden hallinta</p>	<p>Antaa tietoa lääkkeettömästä ja lääkkeellisestä oirehoidosta</p>

Akdeniz, M., Yarıdimci, B. & Kavukcu, E. 2021. Turkki	Ethical considerations at the-end-of-life care. Sage Journals. Review article. March 12, 2021.	Saattohoitopotilaan kärsimyksen ehkäiseminen ja lievittäminen.	Terveystieteiden ammattilaisille eettisiä ohjeita, jotka ohjaavat käytännön hoitotyössä.
-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Julkaistu tieto on laadukasta eli kirjoittaja on asiantunteva henkilö sekä tieto on riittävän tuoretta. Luotettavan tiedonhankinnan jälkeen voidaan siirtyä kirjallisuuden käsittelyyn. (Opinnäytetyön rakenne 2017.) Opinnäytetyössä aineiston analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä.

7.3 Aineiston analyysi sisällönanalyysillä

Sisällönanalyysiprosessia voidaan pitää laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina, jolloin teoreettinen kehys muodostuu kirjoitetun, kuullun ja nähdyn perusteella. Tavoite on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta aiheesta. Analysoitava aineisto valikoitui hoitotyön näkökulmasta keskeisesti vaikuttavan aineiston perusteella: Kansallinen laatusuositus, Hotus- hoitosuositus, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos ja Käypä hoito -suositus. Englanninkielinen aineisto valikoitui julkaisun kattavan tiedon perusteella hyvästä loppuvaiheen hoidosta. Aineisto käytiin läpi huolellisesti ja analysoiden, lukemisen jälkeen tutkijalla on selkeä kuva aiheen tämänhetkisestä tutkimusalasta ja -tiedosta. (Kangasniemi ym. 2013.) Aineiston analyysi sisällönanalyysillä pilkkoo ja tiivistää tutkimusaineistoa, jonka jälkeen aineisto ryhmitellään johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Teorialähtöisessä sisällön analyysissä aikaisempi teoria ohjaa vahvasti tutkimusta. (Vilka 2021.)

Taulukko 4. Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä henkinen- ja sosiaalinen tukeminen

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
-----------	-----------	-----------	------------------

Totaallinen kipu, kivun ja kärsimyksen yhdistymminen; fyysinen kipu, ahdistuneisuus, pelko, raihnaisuus voimattomuus, hyvästien jättäminen	Kärsimyksen väheneminen, toivon vahvistaminen	Henkinen tukeminen	Hyvä kivunhoito
Läheisten ottaminen mukaan hoitoon, keskustelu, avoin ilmapiiri, luottamuksellisuus	Ammattihenkilöstön tuki	Sosiaalinen tukeminen	Kärsimyksen ja kivun lievittyminen

Aineiston sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto tulee pelkistää, jossa rajataan pois tutkimukselle epäolennainen tieto. Seuraavaksi ryhmitellään aihetta, jonka kautta aineistoista löydetään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Aiheita tarkastellaan ominaisuuden, piirteen tai käsityksen kautta. Opinnäytetyössä keskityttiin käsitteisiin saattohoito ja saattohoitopotilaan hyvä kivunhoito. Lopuksi sisällönanalyysissä aineisto käsitteellistetään, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

8 Tutkimustulokset

Taulukossa 3 esiteltyä aineistoa analysoitaessa esiin tulee kivunhoitoon yhteydessä olevia, sitä lisääviä ja heikentäviä tekijöitä. Aineistoanalyysi nosti esille erityisten kivunhoidon menetelmien moninaisuuden ja monipuolisen hyödyntämisen merkityksen elämän loppuvaiheen hyvän hoidon kulmakivenä. Lisäksi analyysi jäsensi tutkijoille kuolevan potilaan hoidon organisaatorakennetta, palliatiiviseen ja saattohoitoon liittyviä käsitteitä sekä käytänteitä, potilaan kipuun ja kärsimykseen liittyviä tekijöitä, mukaan lukien omaisten kohtaaminen mukaan lukien henkinen ja sosiaalinen tuki.

8.1 Kivunhoitoon yhteydessä olevia tekijöitä

Tutkimusaineistosta tuli keskeisesti esiin se, että potilasta hoitavalla moniammatillisella tiimillä tulee olla käsitys kroonisesti sairaan, kuolemassa olevan potilaan kokonaistilanteesta ja tunnistaa merkkejä pitkälle edenneen sairauden vaiheista. Elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelu tulee aloittaa, kun on havaittavissa elämän loppuvaihetta ilmentäviä tekijöitä. Potilaan yleistila ja toimintakyky heikkenee, paino on selkeässä laskussa ja vuoden sisällä on toistuvia suunnittelemattomia sairaalajaksoja, eikä potilaan vointia saada kohentumaan hoito- ja kuntoutustoimilla. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman laatii hoitava lääkäri yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Tiedot tulee kirjata potilasjärjestelmään niin, että ne on helposti kaikkien potilasta hoitavien tahojen löydettävissä. Suunnitelmasta käy ilmi potilaan toiveet, miten ja missä hoidetaan, kenelle potilas haluaa ilmoitettavan voinnin muutoksista. Suunnitelmaa päivitetään potilaan kanssa tarvittaessa, läheisten yhteystietojen ajantasaisuudesta tulee hoitotyön ammattilaisten osaltaan huolehtia. Lääkäri ottaa puheeksi potilaan ja läheisten pelot sairauden etenemisvaiheista ja kuolemasta. Palliatiivisella hoidolla lievitetään potilaan kärsimystä ja vaalitaan elämänlaatua, vältetään voimavaroja kuluttavia toimenpiteitä ja tutkimuksia, jotka osoittautuvat tuloksettomaksi raskautukseksi potilaalle. Tässä yhteydessä voidaan puhua hoitolupauksesta, joka turvaa potilaalle yksilöllisen ja laadukkaan oirehoidon. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe, jossa hoidetaan kuolevaa potilasta hänen viimeisten elinviikkojensa tai päivien aikana. (Finne-Soveri ym. 2022, 24–29.; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

8.1.1 Kipua lisääviä tekijöitä

Seuraavassa tarkastellaan kivunhoidon yhteydessä olevia tekijöitä sekä kivunhoidon menetelmiä valitun aineiston analyysin pohjalta. Oikea-aikainen saattohoitopäätös vähentää potilaan ja läheisten kärsimystä sekä on laadukkaan saattohoidon edellytys. Aiemmin laadittu elämän loppuvaiheen suunnitelma päivitetään moniammatillisena yhteistyönä kokonaisvaltaiseksi saattohoitosuunnitelmaksi. (Saarto ym. 2022, 29.) Tutkitun aineiston mukaan saattohoitovaiheessa olevan potilaan kipua lisäävät muun muassa kärsimys, pelko, yksinäisyys ja riittämätön kivunhoito. Hoitotyön ammattilaiselta vaaditaan laajaa osaamista saattohoitopotilasta hoidettaessa: kunnioittava suhtautuminen, kiireettömyys, kyky keskustella, oirehoidon osaaminen, hyvät kivunlievityksen taidot sekä teoreettinen tieto elämän loppuvaiheen hoitotyöstä potilaan ja läheisten kanssa. Potilaan ja läheisten kärsimystä ja pelkoja vähentää ajantasainen luotettava tiedottaminen. (Vihelä ym.

2020.) Mikäli loppuelämän hoitoa ei tarjota, vaikuttaa se potilaaseen negatiivisesti monin tavoin. Epäonnistuminen inhimillisen ja tuloksellisen elämän loppuhoidon tarjoamisessa, ja erityisesti kivun hallinnassa, aiheuttaa tilanteen, jossa kuoleva potilas tuntee olonsa toivottomaksi ja näin vetäytyy kaikesta fyysisesti ja psyykkisesti. (Nacak & Erden 2022.)

Tavallisimmat kärsimystä aiheuttavat oireet kuolevalla potilaalla ovat kipu, hengenhädistys, rohina, kuiva iho tai suu, ummetus, oksentelu, verenvuoto, uupumus, masennus ja ahdistuneisuus. Oireiden arvio ja havainnointi tapahtuu hoitotyön lomassa arvioiden ja kysymyksiä esittämällä, masennuksesta ja ahdistuneisuudesta suoraan kysyminen on ammattiosaamista. Havainnot kirjataan potilastietojärjestelmään organisaation ohjeen mukaisesti, jolloin tiedot ovat moniammatillisen tiimin käytettävissä. Hoitotyön ammattilaisen tehtävä kuolevan potilaan hoidossa on oireiden hallinnan lääkkeetön ja lääkkeellisen osaaminen. Potilaan hyväksi toimivan moniammatillisen tiimin tulee arvioida omaa toimintaa kriittisesti ja kehittää toimintaa sen pohjalta. (Finne-Soveri ym. 2022, 31–40.)

8.1.2 Kipua heikentäviä tekijöitä

Kipua heikentävä tekijä on kunnioittava elämän loppuvaiheen hoito, joka mahdollistuu osaavan henkilökunnan avulla. Alueellisen osastotoiminnan yksikössä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen tulee hallita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaaminen ja tarvittaessa konsultoida hoitoon erikoistuneita yksiköitä. Potilaan hoitoon ja omaisten kohtaamiseen tarvitaan riittävä moniammatillinen tiimi, jonka työskentelyssä korostuu pysyvyys ja jatkuvuus. Pysyvyyden kautta hoitohenkilökunnalla on yhtenäiset käytänteet ja toimintamallit, ja tämän kautta potilaalla on mahdollisuus saada yksilöllistä ja kunnioittavaa hoitoa. Henkilökunnan ammattitaito luo potilaalle toivoa ja rohkeutta, huomioitta jättäminen lisää avuttomuudentunnetta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi kuolevan potilaan ja omaisten tukena alueellisen osastotoiminnan yksikössä toimii seurakunnan työntekijöitä sekä vapaaehtoistyöntekijöitä. (Aho ym. 2023. 14–15 ja 25; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Jokaisella potilaalla on oikeus arvokkaaseen, rauhalliseen ja kivuttomaan kuolemaan, joka mahdollistuu sillä, että hoitotyön ammattilaiset ovat tietoisia loppuelämän hoidon tärkeydestä potilaalle ja heidän omaisilleen. Ammattilaisen rooli korostuu, koska he ovat pääasialliset loppuelämän hoidon tarjoajat. He ovat henkilöitä, jotka viipyvät potilaiden kanssa pisimpään omaisten lisäksi ja ovat heidän kanssaan näin henkilökohtaisessa yhteydessä. (Nacak & Erden 2022.)

Läheiset ovat keskeisessä roolissa, jos potilas ei kykene muistamaan elämälleen merkityksellisiä asioita. Silloin omaisen kautta selvitetään potilaan historiaa, mieltymyksiä ja vakaumusta. (Finne-Soveri ym. 2022, 18.) Palliatiivisessa ja saattohoidossa olevien potilaiden läheisten hoitoon osallistamisesta kuullaan aina potilaan omatahto. Potilas itse nimeää läheisen ihmisen, nykypäivänä perheen monimuotoisuus huomioiden, vanhakantaisesta ydinperheajattelusta tulee päästä eroon. Ammatillisille läheisten kohtaamiseen ja tukemiseen tarvitaan konkreettisia käytännön ohjeita, ja inhimillisellä vuorovaikutuksella voidaan parantaa potilaan saamaa hoidon laatua. Läheisille tarjottava tuki on emotionaalista, konkreettista ja tiedollista, lisäksi tarjotaan tukea päätöksen tekoon. Hoitohenkilökunnan tulee mahdollistaa läheisten läsnäolo kaikissa tilanteissa, mikäli potilas ja läheiset näin ovat toivoneet. (Aho ym. 2023, 8–10, 13.)

8.2 Kivunhoidon menetelmät

Kuoleman hyväksyminen on aika, jolloin elämän loppuminen on lähellä potilasta. Potilaalle tarjotaan loppuelämän hoitoa elämän viimeisiin päiviin ja tunteihin saakka. Tämä suojelee ja kunnioittaa potilaan ihmisarvoa sanoin ja käyttäytymismallein sekä auttaa potilasta selviytymään fyysisistä rajoituksista. Elämän loppuvaiheen hoidon päätöksissä potilaan ja läheisten tukeminen on tärkeää, koska näillä teoilla suojellaan hänen ihmisarvoaan ja itsenäisyyttä. Vahvan ammatillisen osaamisen ja asenteen kautta, ammattilaiset voivat varmistaa, että kuoleva potilas elää rakastamiensa läheisten ympäröimänä toiveikkaassa ympäristössä, missä heillä on rauhallinen, kunnioitettu hyvä loppuelämän hoito. Potilaan läheisten poissa ollessa ammattilaisella on oltava mahdollisuus olla läsnä potilaan kuolinprosessin aikana. (Nacak & Erden 2022.) Saattohoitovaiheessa olevalle potilaalle ja hänen läheisilleen tulee luoda rauhalliset ja yksityisyyttä kunnioittavat tilat, joissa luonteva yhdessäolo ja hyvästien jättäminen mahdollistuu. Läheisen tulee voida yöpyä potilaan luona näin halutessaan, jolloin potilaan elämän loppuvaiheen aika on keskeytyksetöntä läheisten kanssa. (Saarto ym. 2022, 29; Finne-Soveri ym. 2022, 48.) Läheisten kokemukset ja heidän saamansa tuki vaikuttavat heidän hyvinvointiinsa pitkään (Saarto ym. 2022, 30).

Laadukas oireiden arviointi ja hallinta ovat tärkeitä kokonaisvaltaisen, potilaskeskeisen hoidon taakamiseksi. Kuolevan potilaan oireita voidaan hallita tehokkaasti farmakologisilla ja/tai ei-farmakologisilla lähestymistavoilla. Oireiden arviointi ja hallinta on kaikkien kuolevan loppuvaiheen hoitoon osallistuvien ydintaito. (Lesley, Henson, Maddocks, Evans, Davidson, Hicks & Higginson 2020.) Siirryttäessä loppuvaiheen hoitoon, ammattilaiset tarjoavat kattavaa, kunniallista loppuelämän

hoitoa potilaille, sekä tukea heidän läheisilleen. Hoitohenkilöstön on varmistettava optimaalinen kivunhallinta potilaalle, ja hänen on suojeltava potilaita ja heidän perheitään henkisesti. Ammattilaisella on tärkeä rooli moniammatillisessa tiimissä. Loppuvaiheen hoito ei pidennä tai lyhennä kuolemanprosessia, vaan helpottaa potilaan tilannetta sekä lievittää kärsimystä (Nacak & Erden 2022.)

8.2.1 Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät

Kaikkia hyödyttömiä toimenpiteitä vältetään, jolloin kohtaaminen ja läsnäolo korostuu. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat kuolevan potilaan hyvä perushoito: puhtaudesta huolehtiminen ja tukeminen päivittäisillä hoitotoimilla. Potilaan vointia arvioidaan säännöllisesti ja siihen ohjataan läsnä olevia läheisiä. (Aho ym. 2023, 12–14.) Asentohoidon merkitys korostuu saattohoitopotilailla, sen avulla helpotetaan muun muassa hengitystä ja pahoinvointia sekä ehkäistään painehaavoja. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisussa (2022) Laatuksikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ikäihmisten palveluissa todetaan, että saattohoidossa olevan potilaan hoidossa tarvittava hoito- ja apuvälineistö kuten happi- ja imulaite tai painehaava ehkäisyyn ja hoitoon tarvittavat välineet tulee olla saatavilla. (Finne-Soveri ym. 2022.)

Hengenahdistus, limaisuus ja hengityskatkot ovat yleisiä kuolevan potilaan oireita, joka yleistyy sairauden edetessä. Se voi olla erityisen pelottavaa niin potilaille kuin hänen läheisilleen. (Lesley ym. 2020.) Imulaitteen käyttöä tulee harkita, toisinaan käyttö saattaa lisätä liman erityistä ja kärsimystä. (Finne-Soveri ym. 2022, 49.) Lisähapella saatavaa hyötyä ei lievässä hengenahdistuksessa ole, mutta sen käyttö on hyväksyttyä helpottamaan kärsimystä. (Lesley ym. 2020.) Ahdistus ja levottomuus saattavat lisätä potilaan hengenahdistusta, silloin läsnäolo ja esimerkiksi rauhoittavan musiikin kuunteleminen lievittää ahdistusta, masennusta ja levottomuutta. Hoitohenkilöstön tulee ohjata myös läheistä huolehtimaan suun kostutuksesta, asentohoidosta, lämpö- ja kylmäpakkauksista ja esimerkiksi hieronnasta. Kohtaaminen läheisten kanssa on myötätuntoista, yksilöllistä ja toiveita kunnioittavaa. Läheiset kokevat, että potilaan arvokas kohtelu lisää luottamusta hoitohenkilökuntaan. (Finne-Soveri ym. 2022; Aho ym. 2023, 16.) Henkilöstön tulee ottaa huomioon, että omaiset saattavat tuntea toivottomuutta, vihaa, syyllisyyttä ja voimattomuutta, koska eivät voi lievittää kuolevan potilaan kärsimystä. Ammattilaisten tulee oikealla luotettavalla tiedolla tukea läheisten yhteistä näkemystä kuolevan potilaan hyvästä ja ajantasaisesta hoidosta. (Akdeniz, Yardimci & Kavukcu 2021.)

8.2.2 Lääkkeelliset kivunhoidon menetelmät

Käytettävissä ei ole riittävästi tutkimusnäyttöä palliatiivisen potilaan tai saattohoitopotilaan muun kuin syövästä johtuvan kivun hoidosta, mutta saattohoidossa sovelletaan samoja periaatteita ja lääkkeitä kuin syöpäkivun hoidossa. Hyvä oireiden hallinta sekä kivun lievitys liittyy potilaan ja perheen parempaan elämänlaatuun sekä lisää hoitomyönteisyyttä. Saattohoitovaiheessa potilaan oma lääkitys puretaan, aiemmista lääkkeistä annetaan edelleen kipu- ja pahoinvointilääkkeet sekä anksiolyytit, ahdistusta poistavat lääkkeet. Lisäksi määrätään tarvittava lääkitys kipujen, levottomuuden, limaisuuden, hengenahdistuksen sekä pahoinvoinnin tai oksentelun varalle. Saattohoitovaiheessa laskimoyhteys (i.v.) on yleensä menetetty ja potilaan nieleminen on niin heikkoa, että suun kautta annosteltava eli oraallinen (p.o.) lääkitys ei ole enää mahdollista. Lääkitys toteutetaan ihonalaisesti (s.c), lihakseen (i.m) tai peräsuoleen (p.r.). (Lesley ym. 2020; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Parasetamolilla on rooli saattohoitopotilaan hoidossa, ja lääke alentaa kuumetta tehokkaasti. Lääkkeellä ei ole merkittävää vaikutusta kivunlievityksessä, mikäli kuolevalla potilaalla on käytössä WHO:n kivunhoito portaiden mukaisesti vahvat opioidit. Parasetamolista kuitenkin hyötyä kokeva potilas voi sitä käyttää opioidin rinnalla säännöllisenä tai tarvittavana lääkityksenä. Kuolevalla potilaalla esimerkiksi Fentanylilla laastari eli transdermaalisesti annettava opioidi vaihdetaan muuta reittiä annettavaan opioidiin, koska lääkkeen imeytyminen ihon läpi on kakektisella potilaalla oletettua heikompaa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Opioideja lisätään WHO:n kipulääkkeiden kivunhoidon portaiden toisessa vaiheessa lievään tai kohtalaiseen kipuun. Loppuvaiheen hoidossa opioideista erityisesti morfiini on ensisijainen kipulääke kohtalaiseen tai vaikeaan kipuun (Lesley ym. 2020). Morfiini on saattohoitopotilaalla sopiva lääke myös hengenahdistukseen ja limaisuuteen. Levottomuus ja ahdistus hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömin keinoin, mikäli oireet vaativat lääkehoitoa käytetään lääkärin ohjeen mukaan Lorazepam tai Serenase injektioita. Yhdessä morfiinin kanssa lääkkeitä annosteltaessa on huomioitava suurentunut keskushermostoa lamaava vaikutus. (Pharmaca Fennica 2023.) Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan morfiinin merkittävä hengitysvajauksen riski on pieni, kun opioideja annostellaan vain sen verran kuin hengenahdistuksen ja kivun lievittämiseksi on tarpeen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Voimakas limaisuus ja rohina hoidetaan tarvittaessa Robinul injektionesteellä. Robinul on ensisijaisesti anestesiassa käytettävä lääke, joka vähentää muun muassa syljeneritystä ja henkitorvi-, keuhkoputki- ja nielueritteitä (Valmisteyhteenveto 2021). Scopoderm -laastarin käyttöön liittyy samankaltaiset ongelmat kuin kipulaastarin käyttöön, joten laastari ei ole ensisijainen lääkemuoto kuolevan potilaan hoidossa. Pahoinvointia ja oksentelua esiintyy viimeisten elinviikkojen aikana. Huonossa hoitotasapainossa oleva pahoinvointi ja oksentelu liittyvät fyysiseen, kognitiiviseen ja psykososiaaliseen ahdistukseen. Antiemeettisiä lääkkeitä eli pahoinvoinnin estolääkkeitä tulee määrätä kuolevalle potilaalle säännöllisesti ja alhaisella kynnyksellä. Toinen antiemeettinen lääke on aloitettava, jos hoito yhdellä lääkeaineella ei ole tehokas. (Lesley ym. 2020.)

Taulukko 5. Saattohoitopotilaan lääkehoito alueellisen osastotoiminnan yksikössä. (Pharmaca Fennica; Lääkeinfo.fi)

Lääke /vaikuttava lääkeaine	Annostus/ antotapa	Hoidettava oire	Huomioitavaa
Alla mainituille lääkkeitä on mahdollisuus annostella myös i.v. , mikäli potilalla on laskimoyhteys. Lääkäri määrittää aina annokset potilaskohtaisesti.			
Parasetamol 1g	suppo	kuume	tarvittaessa
Ondansetron injektioneste, liuos 2mg/ml /	4mg x 1-4, i.m	pahoinvointi, oksentelu	
Primperan inhjektioneste, liuos 5mg/ml /Metoklopramidi	10mg, i.m	pahoinvointi, oksentelu	annosväli 6 tuntia, olemassa riski vakavasta kardiovaskulaarireaktiosta
Robinul 0,2mg/ml injektioneste /Glykopyrroniumbromidi	0,2mg, i.m tai s.c.	limaisuus	vaikutus voimakkaimmillaan 30-40 min kuluuttua lihaksensisäisestä annostelusta, syljeneritystä estävä vaikutus kestää 7 tuntia

Scopoderm depotlaastari 1mg/72h /Skopolamiini	ihonläpi /kiinnitetään korvan taakse, depotlaastari	limaisuus	pitoisuus elimistössä saavutetaan 6 tunnin kuluttua laastarin kiinnittämisestä iholle
Oxanest injektioneste, liuos 10mg/ml /Oksikodonihydrokloridi	2,5-5mg s.c.	kipu	tarv. 4-6 tunnin välein
Morphin injektioneste, liuos 20mg/ml /Morfiinihydrokloridi	2-6mg, s.c. tai i.m.	kipu, hengitysvaikeus, levottomuus	osastolla saattohoitopotilailla, ilman ylärajaa. Annosväli 15 min.
Lorazepam 4mg/ml /Loratsepaami	0,5-1mg x1-3, i.m. Lihakseen annettaessa laimennetaan 1:1 (NaCl tai Aqua)	levottomuus, hengenahdistus	Lihakseen annettuna voimakkain vaikutus 2 tunnin kuluttua, levottomuuteen ensisijainen hoito on läsnäolo, lääkkeellä pitkä puoliintumisaika
Serenase injektioneste, liuos 5mg/ml /Haloperidoli	2mg, suositellaan i.m.	levottomuus, delirium	ei alle 18-vuotiaille, lisäannokset 1-4 tunnin välein. lätkään max annos 5mg/vrk

Osaaminen on hoitotyön ydintekijä yhdessä taitojen ja asenteiden kanssa, eikä se synny itsestään. Ammatillisen kliinisen osaamisen lisäksi kokeneemalta kollegalta oppiminen on osaamisen kartuttamista. Myös asenteet ovat osa osaamista. Tiimityössä korostuu moniammatillisuus sekä konsultointiosaaminen ammattilaisten välillä. (Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa 2022, 11.) Hoitohenkilöstön ammattitaito ja moniammatillinen yhteistyö tukee hoidon laatua kaikkina vuorokauden aikoina seitsemänä päivänä viikossa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen (2022, 32) mukaan kaikille ammattiryhmille tarkoitettun palliatiivisen hoidon systemaattisen perehdytyksen tulee kuulua palliatiivista hoitoa toteuttavien yksiköiden perehdytysuunnitelmaan. Laatusuosituksessa korostetaan yksilökeskeistä, elämänlaatua ylläpitävää hoitoa sekä vaikuttavaa oirehoitoa. Yksikössä tulee olla suosituksen mukainen määrä henkilöstöä ja heillä ammattitaitoa toteuttaa moniammatillisesti saattohoitoa.

(Palliativinen ja saattohoidossa kansallinen laatusuositus 2022, 19–31.) Sairaanhoitaja on etulinjassa ja hänen tulee olla tietoinen omasta roolistaan ja vastuustaan suojella potilasta, ja tarjota heidän tarvitsemaansa hoitoa. Sairaanhoitajan tulee viestiä havainnoistaan moniammatillisesti, ja varmistaa optimaalinen kivunhallinta potilaalle. Ammattilainen ei pidennä tai lyhennä kuoleman prosessia, vaan lievittää potilaan kärsimyksiä. (Nacak & Erden 2022.)

Saatavilla tulee olla tarvittavat lääkkeet ja asianmukaiset laitteet, joilla toteuttaa kuolevan potilaan kipu- sekä lääkehoitoa. Ammattilaisten riittävä osaaminen on välttämätöntä, jotta he voivat tunnistaa hoidon tarpeen, hoidon sisällön ja merkityksen. Kaikilla hoitoon osallistuvilla tulee olla riittävä palliativinen hoidon kelpoisuus ja koulutus, ja hoidon hallinta edellyttää jatkuvaa perehdytystä ja työnohjausta. (Palliativinen ja saattohoidossa kansallinen laatusuositus 2022)

9 Pohdinta

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käsitelimme hyvää ja laadukasta kivunhoitoa elämän loppuvaiheessa. Käsitelimme palliativisesta hoidosta saattohoitoon siirtymistä, sekä selvitimme saattohoito termin käyttöä potilaan hoidossa. Opinnäytetyössä tutkimme, millaista on hyvä ja laadukas saattohoidon kivunhoito ja kuinka se saavutetaan. Kivunlievityksen lisäksi hoitoon liittyy myös kuolevan potilaan ja omaisten kohtaaminen. Keskiössä ovat elämän loppuvaiheen kivun arviointi, lääkkeettömät ja lääkkeelliset keinot kivun hoidossa alueellisen osastotoiminnan yksikössä sekä kuinka kivunhoidon onnistumista arvioidaan.

9.1 Tulosten tarkastelu

Elämä ja kuolema täydentävät toisiaan käsitteinä. Elämä on yhtä todellinen osa ihmisen elämää kuin kuolema. Saattohoito on hoitoa elämän viimeisinä päivinä viimeisiin tunteihin saakka. Saattohoito kunnioittaa ihmisarvoa, auttaa selviytymään fyysisistä rajoitteista sekä hyväksymään lähestyvän kuoleman. (Nacak & Erden. 2022.) Kokonaisvaltainen saattohoito on potilaan yksilöllisesti suunniteltu hoitoa, jonka tavoitteena on lievittää potilaan fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai eksistentiaalista kärsimystä, sekä huomioida potilaan läheiset. (Finne-Soveri ym. 2022.) Tutkimusaineistosta selvisi, että saattohoidossa olevan potilaan kivunhoitoon käytetään lääkkeettömiä sekä lääkkeellisiä menetelmiä, sekä useita saattohoidossa olevan potilaan kipuun ja kivunhoitoon

vaikuttavia tekijöitä tulee huomioida monipuolisesti. Aineiston sisältö oli yhtenäistä ja painotus oli ensisijaisesti lääkkeettömässä kivunhoidossa.

Aineistossa laadukkaasta loppuvaiheen hoidosta nousi esiin hoitohenkilökunnan ammattitaito, tieto sekä asenteet. Olennaista on tiimityöskentelyn tärkeys ja kollegiaalisuus, tiedon siirtyminen. Hoitohenkilöstön perehdytystä ja jatkuvaa koulutusta palliatiivisen hoidon osaamisen varmistamiseksi pidetään laadukkaan saattohoidon takeena. Yhtenäisillä käytänteillä kaikki hoitoon osallistuvat kykenevät moniammatillisesti toteuttamaan laadukasta loppuvaiheen hoitoa. Ammatillaisen vastuu ja rooli, rohkeus kohdata kuoleva potilas ja hänen läheisensä. Samoin tärkeää on rohkeus puolustaa potilaan oikeuksia, sekä viestiä hoidon tarpeesta potilaan parhaaksi. Hiljaisen tiedon siirtymistä työyhteisössä ja toiminnassa hoitoalalla on hyvin vähän materiaalia. Hiljaisen tiedon käsitteitä ovat kyvykkyys, taidot ja ymmärrys. Hiljainen tieto liittyy kiinteästi kommunikointiin työyhteisössä ja käytännön toimiin potilaan hyväksi. (Pohjalainen 2012) Kokeneemman kollegan ammattitaito ja kokemus hoitotyöstä on ensiarvoisen tärkeää perehdytystä.

Laadukkaaseen kuolevan potilaan hoitoon kuuluu olennaisesti riittävä kivun ja kärsimyksen lievitys. On tärkeää, että kaikki hoitotiimissä työskentelevät totuttavat hyvää ja laadukasta loppuvaiheen hoitoa. Ammatillaisen rohkeus antaa lääkkeitä ja pyytää tarvittaessa niiden lisäystä lääkäriltä. Potilaan kohtaaminen arvokkaasti ja kunnioittavasti. Omaisen huomioiminen ja osallistaminen potilaan viimeisiin hetkiin asti. Kukaan ei myöskään halua kuolla yksin. Ammatillaisen on mahdollisuuksien mukaan oltava potilaan luona omaisten ollessa poissa. Valitettavasti resurssit ovat hoitoalalla huonot ja hoitajapulan vuoksi aikaa on rajallista.

9.2 Luotettavuus ja eettisyys

Eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan keskiössä. Tutkimustyötä tehdessä sitouduimme noudattamaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK 2023) eettisiä periaatteita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu esimerkiksi rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus koko tutkimusprosessin ajan, avoimuus, vastuullisuus sekä asianmukaiset viittaukset. Tehdessämme tutkimustyötä noudatimme hyvän tutkimuskäytännön periaatteita, ammattieettisiä ohjeita ja soveltuvaa lainsäädäntöä ammattikorkeakoulujen rehtorineuvoston (ARENE 2020) ohjeiden mukaisesti. Opinnäytetyön prosessi on johdonmukainen, tutkimuskysymyksen asettelu sekä

kirjallisuuden valinta on perusteltua. Opinnäytetyössä analysoitiin saattohoitopotilaan kivunhoidon toteutumista alueellisen osastotoiminnan yksikössä.

Molemmat työn tekijöistä olivat kiinnostuneista työn aineistoa kohtaan, joten tiedonhaku sekä aineiston kerääminen ja tuottaminen jakautui tasaisesti. Tietoa etsittiin tutkimuskysymyksiin sopivilla hakusanoilla. Molemmat tekijät ymmärsivät rehellisyyden merkityksen työtä tehdessä. Asiat kirjoitettiin selkeästi sekä alkuperäisen julkaisijan asiasisältöä ja tarkoitusta huomioiden. Kunnioitimme aineistojen julkaisijoita ja kirjoittajia. Kirjoitustyyli pidettiin neutraalina ja kunnioittavana. Pidimme huolta myös keskinäisestä arvostuksesta ja kunnioituksesta toisiamme kohtaan.

Ainestonhakua ohjasi tutkimuskysymykset. Lähteet valitsimme tutkimukseen sen perusteella, mihin ongelmaan haluttiin saada vastaus. Lähteiden valintaan vaikutti eettinen luotettavuus. Opinnäytetyössä käytimme erilaisia lähteitä sen sisällöstä riippumatta. Lähteet sijoituivat kymmenen vuoden sisään, pyrimme saamaan mahdollisimman uutta tietoa. Lähteet merkitsimme asianmukaisesti lähdeviittauksiin sekä lähdeluetteloon Jyväskylän ammattikorkeakoulun raportointiohjeen mukaisesti ja lähteiden eettistä käyttöä. Lisäksi tiedostimme, että opinnäytetyö on julkinen asiakirja, joten julkaisu ei sisällä salaista tietoa.

9.3 Jatkotutkimusehdotukset

Saattohoito ja palliatiivinen hoito tulee kuulua hoitotyön perehdytykseen kaikille hoitoon osallistuville alueellisen osastotoiminnan yksiköissä. On tärkeää saada tutkimustietoa moniammatillisuudesta ja miten yhteistyö eri ammattiryhmien välillä tulevaisuudessa toteutuu. Väestön ikääntyminen ja saattohoidon tarve tulee kasvamaan jatkuvasti. Osastohoidossa tulee olla yhtenäiset linjaukset ja ohjeet kuolevan potilaan hoidosta; riittävä määrä peruslääkkeitä sekä rohkeus toteuttaa lääkehoitoa.

Hoitotyössä työskenneltyämme olemme oppineet runsaasti hyödyllistä tietoa toisilta työyhteisön jäseniltä. Myös itse pidämme tärkeänä tiedon jakamista edelleen. Aineistohakua tehdessämme hiljaisen tiedon siirtymisestä ja sen merkityksestä perehdytyksessä ei löytynyt juurikaan tietoa. Tulevaisuudessa on mielenkiintoista ja hyödyllistä tietää, miten suuressa osassa hiljaisen tiedon siirtyminen on uuden työntekijän perehdytyksessä saattohoidossa olevan potilaan hoidossa.

Lähteet

- Aho, A. ym. 2023. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan läheisten kohtaaminen ja tukeminen. Hotus- hoitosuositus. Viitattu 18.3.2024. <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2023/09/pall-suositus.pdf>
- Akdeniz, M., Yardimci, B. & Kavukcu, E. 2021. Ethical considerations at the end-of-life care. Sage Journals. Review article. March 12, 2021. Viitattu 14.7.2024. <https://doi.org/10.1177/20503121211000918>
- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2020. ARENE. Pdf-julkaisu. Päivitetty 9.1.2020. Viitattu 23.2.2024. <https://arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S, Surakka, T & Hammar, T. 2022. Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. THL - Ohjaus 6/2022. Helsinki, 2022. Viitattu 20.3.2024. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN ISBN 978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN%2FISBN%2F978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Elämän loppuvaiheen hoitoa, itsemääräämisoikeutta, saattohoitoa ja eutanasiaa koskevan lainsäädäntötarpeen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. 2021. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportti. Viitattu 11.4.2024. https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/20132586-8de4-4d8a-806a-d88d17725c32/33581293-6998-47b2-8e3b-b7743dce758c/RAPORTTI_20210831074428.pdf
- Elämän loppuvaiheen hoito. N.d. Valvira. Viitattu 18.3.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito>
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Oppiportti, Duodecim. Oppikirjat, palliatiivinen hoito. Viitattu 5.3.2024. https://www.oppiportti.fi/op/pli00042/do?p_haku=painad#q=painad
- Henson, L., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M. Hicks, S. & Irene J. Higginson. 2020. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. Journal of Clinical Oncology Volume 38, Number 9. Viitattu 14.7.2024. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. 2019. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 4.3.2024. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>
- Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6, 11–17. Viitattu 7.4.2024. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>
- Hänninen, J. 2020. Työnä kuolema. Kustannus Oy Duodecim. 89–90.

Hävölä, H., Rantanen, A. & Kylmä, J. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitaja kuvaamana. *Hoitotiede* 2015,27 (2), 135–142. Viitattu 17.3.2024. <https://web-p-ebsohost-com.ezproxy.jamk.fi:2443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=bd2497e1-354a-4066-aa1e-290d9b98d653%40redis>

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2/2023. Helsinki: TENK. Viitattu 23.2.2024. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Jylhänkangas, L. 2005. Kipu ja kuolema. *Elore*, vol.12–1/2005, 6–7. Viitattu 12.4.2024. <https://journal.fi/elore/article/view/78495/39394>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 2013, 25 (4) 291–301. Viitattu 2.4.2024. <file:///C:/Users/juuni/Downloads/128286-Artikkelin%20teksti-273828-1-10-20230330.pdf>

Kattelus, M. & Sariola, S. (toim.) 2021. Lääkärin etiikka. Saattohoito. Viitattu 23.2.2024. <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-etiikka/elaman-loppu/saattohoito/>

Kipu. 2017. Käypä hoito -suositus. Viitattu 17.3.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>

Kirjaaminen. 2023. Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysala. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 28.2.2024. <https://thl.fi/aiheet/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2013;129(4):440–5. Viitattu 3.3.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>

L 27/2024. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta. Viitattu 3.4.2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040027>

Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. 2024. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 18.3.2024. <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Mistä kärsimys muodostuu? 2022. *Terveyskylä*. Viitattu 12.4.2024. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/elamanlaatu-ja-karsimys/mista-karsimys-muodostuu>

Muistisairaahan kivun arviointi. 2017. Kustannus Oy Duodecim, *Terveysportti*. Viitattu 17.3.2024. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/pit/koti?p_haku=painad%20mittari

Nacak, U. & Erden, Y. 2022. End on life care and nurse`s roles. *Eurasian J Med* 2022; 54(Suppl. 1): 141–144. <https://www.eajm.org/en/end-of-life-care-and-nurse-s-roles-1619035>

Niemi-Murola, L., Ahlman-Laiho, U., Huttunen, T., Metsävainio, K. & Vakkala, M. 2022. *Anestesiologian ja tehohoidon perusteet* 4, 172.

- Nivala-Huhtaniska, N. & Nousiainen, A. 2015. Kuolevan potilaan suunhoito. Oppiportti, Duodecim. Oppikirjat, palliatiivinen hoito. Viitattu 2.5.2024. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00103/do>
- Oirekyselykaavake. Elämän loppuvaiheen hoito. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 19.3.2024. <https://www.ksshp.fi/Elamanloppuvaiheenhoito/OirekyselykaavakeNimi.pdf>
- Opi arvioimaan kipua. 2019. Terveyskylä. Viitattu 12.4.2024. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>
- Opinnäytetyön rakenne. 2017. Katso täältä: miten kirjallisuuskatsaus tehdään? Scribbr artikkeli. Viitattu 29.3.2024. <https://www.scribbr.fi/opinnaytetyon-rakenne/kirjallisuuskatsaus-opinnaytetyo/#valmistele>
- Painehaava ehkäisy ja tunnistaminen aikuisilla. 2023. Hotus. Viitattu 18.3.2024. <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2023/12/painehaavasuositus.pdf>
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. käypä hoitosuositus. Viitattu 25.6.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>
- Palliatiivisen potilaan sekavuus. 2021. Terveyskylä. Viitattu 6.3.2024. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/sekavuus>
- Palliatiivisen potilaan väsymys. 2021. Terveyskylä. Viitattu 30.3.2024. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/v%C3%A4symys>
- Pharmaca fennica 2023. Morphin injektioneste, liuos 20mg/ml. Viitattu 21.7.2024. <https://pharmacafennica.fi/spc/2977884>
- Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Viitattu 25.2.2024. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN:NBN:fi-fe201504225791.pdf>
- Pohjalainen, M. 2012. Hiljaisen tiedon käsite ja hiljaisen tiedon tutkimus: katsaus viimeaikaiseen kehitykseen. Informaatiotutkimus, Informaatiotutkimuksen yhdistyksellinen tieteellinen aikakausi-julkaisu. Vol 31 Nro 3. Viitattu 23.2.2024. <https://journal.fi/inf/article/view/7079/5613>
- Rautava-Nurmi, H., Westwrgård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2020. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Sanoma Pro. e-kirja.
- Saarto, T. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.2.2024. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20järjestäminen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim, Terveysportti. e-kirja.

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 23.2.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf

Saattohoito -Opas läheisille. N.d. Hoito-ohjeet, ohjepankki. Viitattu 3.3.2024. <https://hoito-ohjeet.fi/fi/Ohjepankki/YHTEINEN/Saattohoito%20Opas%20läheiselle.pdf>

Salminen, A. 2023. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja joihinkin hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston raportteja 40, verkkoaineisto. 2.tarkastettu painos. Viitattu 28.3.2024. <https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/15470/978-952-395-081-8%20%28PDF%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Sarivaara, S., Lämsä, R. & Seppälä, U. 2018. Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. Gerontologia 32 (1), 9–10. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/67817/30961>

Syöpäkivun kokonaisuhoito. 2021. Porrastettu kivunhoitomalli. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim, Terveysportti. Viitattu 17.3.2024. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01650/search/porrastettu%20kivunhoito>

Talvitie, A. 2022. Kosketus ja asentohoito saattohoidossa. Kinestetikka. Viitattu 18.3.2024. <https://www.kinestetikka.fi/wp-content/uploads/2022/08/Talvitie-Asentohoito-opas-saattohoidossa-2022-pdf.pdf>

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Terveyskirjasto. Viitattu 23.2.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/khp00072>

Tilastotieto. 2023. Tilastokeskus. Viitattu 30.7.2024. <https://stat.fi/tilasto/kuol>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Viitattu 3.7.2024. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789520400118>

Valmisteyhteenveto 2021. Robinul 0,2 mg/ml injektioneste, liuos. Viitattu 21.7.2024. <http://spc.nam.fi/indox/english/html/nam/humspc/0/23412210.pdf>

Vihelä, M., Hökkä, M. & Kaakinen, P. 2020. Potilaiden ja läheisten kokemukset sairaanhoidajan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisesta. Hoitotiede 2020, 32 (4), 275–284. Viitattu 23.2.2024. <https://oulu.repo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/33062/nbnfi-fe202101151912.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. Viitattu 6.7.2024. <https://janet.finna.fi/Record/jamk.993662444406251?sid=4744300303>