

TAVOITTEENA KIVUTON SAATTOHOITO

Kivunhoidonkansio saattohoidon tukiyksikkö Lehtolakodille

Jonna Nevalainen, Marjut Rusa-
nen, Maarit Turunen & Susanna
Venäläinen

Opinnäytetyö

Kevät 2016

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Nevalainen, Jonna; Rusanen, Marjut; Turunen, Maarit & Venäläinen, Susanna. Tavoitteena kivuton saattohoito – kivunhoidonkansio saattohoidon tukiyksikkö Lehtolakodille. Pieksämäki, kevät 2016. 38 s., yksi liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön produktion tavoitteena oli toteuttaa kivunhoidonkansio Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksikkö Lehtolakodille. Lehtolakoti on Kuopion kaupungin sairaalan osasto ja potilaat tulevat osastolle läheteellä. Kivunhoidonkansion tavoitteena on pyrkiä kehittämään osaston henkilökunnan tietämystä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä sekä selkiyttää kivunhoidon periaatteita saattohoidossa. Kansion on tarkoitus olla apuna uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytyksessä sekä muistin tukena pidempiaikaisille työntekijöille. Kansio tallennetaan sähköisessä muodossa osaston tietokoneelle tavallisen kansion lisäksi, jotta kansion sisältöä on helppo päivittää jatkossa.

Kansion sisältö suunniteltiin yhteistyössä työelämän edustajien kanssa. Yhdyshenkilönä Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksiköstä toimi kolme hoitajaa. Kansioon haluttiin tiivistetyssä muodossa tietoa kivusta, kivunhoidosta sekä saattohoidosta. Yhtenä osa-alueena on perehdytty kuolevan potilaan oireiden hoitoon. Rajasimme kansion koskemaan syöpäpotilaan kivunhoitoa saattohoidossa. Yhdyshenkilöt arvioivat kansiota prosessin aikana ja antoivat kehittämisideoita kansion sisältöön.

Kivunhoidonkansio pohjautuu teoriatietoon saattohoidosta, kivun lääkehoidosta, lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä sekä kuolevan potilaan oireista. Opinnäytetyön aiheena olemme käyttäneet saattohoitoon ja kivunhoitoon liittyvää kirjallisuutta sekä internet-lähteitä. Hyödynsimme opinnäytetyössä myös yhdyshenkilöiltä saatuja mielipiteitä sekä omaa kokemustamme kuolevan potilaan hoidosta.

Avainsanat: saattohoito, kipu, kivunhoito, lääkkeetön hoito, oireenmukainen hoito.

ABSTRACT

Nevalainen, Jonna; Rusanen, Marjut; Turunen, Maarit & Venäläinen, Susanna. The aim of painless palliative care. Pain management folder to the palliative care unit Lehtolakoti. Pieksämäki, spring 2016. 38 p., one appendice.

Diaconia University of Applied Sciences, Pieksämäki. Degree programme in nursing. Degree: nurse.

A pain management folder for the Harjula hospital's palliative care unit Lehtolakoti was materialized as a product of this thesis. Lehtolakoti is a department of Kuopio city's hospital and patients come there with a doctor's admission note. The purpose of the folder is to develop the unit employees' knowledge of non-drug pain management and to clarify the principles of pain management in palliative care. The folder will be of assistance in the induction of new employees and students and also serve as memory support for the long-term workers. The folder will be saved in electric format to the unit's computers so the updating will be easier in the future.

The pain management folder was planned in cooperation with working life representatives. Three nurses from the palliative care unit served as our contacts to the unit. The folder seeks to summarize information about pain, pain management and palliative care. A part of the thesis focuses on the treatment of symptoms of a dying patient. We delimited the folder focusing on the pain management of a cancer patient. Our contacts from the unit estimated the folder during the process and gave their development ideas of the folder.

The pain management folder bases on the theory of knowledge of palliative care, pain management and symptoms of a dying patient. We used literature of palliative care and pain management and internet sources as a material of this thesis. We made use of our contacts opinions and our own experience of a tending on a dying patient.

Keywords: palliative care, pain, pain management, non-drug pain management, symptomatic care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SAATTOHOITO	8
2.1 Mitä saattohoito on?	8
2.2 Saattohoitopäätös ja hoitolinjaukset	9
2.3 Saattohoitoa määrittelevät lait, asetukset sekä suositukset.....	10
3 KUOLEVAN OIREET JA OIREIDEN MUKAINEN HOITO.....	11
3.1 Fyysiset oireet.....	11
3.2 Psykkiset oireet.....	12
4 KIPU	13
4.1 Kivun arviointi ja mittaaminen.....	14
4.2 Syöpään liittyvä kipu	15
4.3 Neuropaattinen kipu	15
4.4 Nosiseptiivinen kipu	16
4.5 Läpilyöntikipu	16
5 KIVUN LÄÄKEHOITO.....	16
5.1 Kipupumppu	17
5.2 Palliatiivinen sedaatio.....	17
6 LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO	18
6.1 Fysikaalinen hoito.....	18
6.2 Rentoutuminen ja mielenhoito.....	20
6.3 Omaisten rooli kivunhoidossa	21
6.4 Musiikki kivunhoidossa.....	21
6.5 Hengellisyys	22
6.6 Hoitoympäristön merkitys kuolevan hoidossa	22
6.7 Lemmikit kivunlievittäjinä	23
6.8 Kipusädehoito.....	23
6.9 Palliatiivinen kirurgia	24
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	25
8 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTA JA YHTEISTYÖTAHO	25
9 KIVUNHOIDONKANSIO	27
9.1 Kansion toteutus	27

9.2 Kansion arviointi	29
10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	31
10.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi	31
10.2 Eettisyys ja luotettavuus	32
10.3 Jatkokehittämishaasteet	34
LÄHDELUETTELO	35
LIITE 1. Kivunhoidonkansio	39

1 JOHDANTO

Kuolema on luonnollinen osa ihmisen elämää. Potilaan sairastaessa etenevää, parantumattonta sairautta tulee jossain vaiheessa eteen tilanne, jolloin tehdään päätös saattohoidosta. Kivun lisäksi saattohoitopotilaille aiheuttavat kärsimystä myös muut kuolemaa edeltävät fyysiset oireet. Kärsimystä lisäävät mahdolliset pelot lähestyvistä kuolemasta. Saattohoidossa kaiken lähtökohtana on potilaan hyvinvointi, kun parantavia hoitokeinoja ei enää ole. Saattohoidon perustana on lievittää potilaan oireita, parantaa jäljellä olevan elämän laatua ja tukea potilasta. Keskeinen asia saattohoidossa on kipujen lievittäminen sekä oireiden hoito yksilöllisesti huomioiden potilas kokonaisuutena. (Rhen 2013, 65-67.)

Kaikki kokevat kivun yksilöllisesti. Kipua voi kuvata sadoilla eri sanoilla; se voi olla raastavaa, polttavaa, tylppää, jomottavaa – listaa voisi jatkaa loputtomiin. Nykypäivänä kivunhoito on kehittynyt kuitenkin niin paljon, että kipu voidaan hoitaa tai sitä voidaan ainakin lieventää. Kenenkään ei tarvitse kärsiä kohtuuttomista kivuista – ei ainakaan elämän viime hetkillä. Robert Twycrossin sanoin, ”*pain is what the patient says hurts*” eli kipu on sitä, mitä potilas sanoo sen olevan. Kipu on myös olemassa juuri silloin, kun potilas sanoo sen tuntuvan. (Rhen 2013, 65-67.)

Teimme kehittämispainotteisen opinnäytetyömme Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksikkö Lehtolakodille. Aihe opinnäytetyöhön tuli työelämästä. Lehtolakodin toiveena oli saada osaston kivunhoidonkansio päivitettyä ja sen myötä lisätä henkilökunnan tietämystä lääkkeettömistä hoitokeinoista kivunhoidossa. Kansio toimii myös perehdytysmateriaalina osaston uusille työntekijöille sekä opiskelijoille.

Saattohoitopotilaan kivun ja oireiden hoidosta löytyy näyttöön perustuvia lähteitä, joita käytimme opinnäytetyössä. Prosessilla on ollut suuri vaikutus ammatilliseen kasvuun ja kehitykseen. Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen liittyvä tieto ja tuntemus ovat hyödyksi myös muunlaisissa hoitoympäristöissä työskennellessä.

Opinnäytetyömme jakaantuu sisällöllisesti kahteen osioon. Työmme ensimmäinen osio sisältää teoriatietoa saattohoidosta, kuolevan oireiden hoidosta, kivusta sekä kivunhoidosta. Työssä on pääasiassa käsitelty loppuvaiheen syöpää sairastavan kivunhoitoa, mutta

saattohoito itsessään on jokaisella potilaalla hyvin samanlaista sairaudesta riippumatta. Osaston toiveena oli saada kansioon tietoa kuolevan potilaan oireista. Koimme osion tärkeänä, koska saattohoitopotilaan oireiden hoitaminen on osa kokonaisvaltaista kivunhoitoa. Toinen osio on raportti produktion etenemisestä. Produktion kuvaamme toteutuksen ja arvioinnin näkökulmasta. Viimeisessä luvussa arvioimme opinnäytetyön prosessia kokonaisuutena, pohdimme eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyviä asioita sekä esittelemme jatkokehittämisideoita.

2 SAATTOHOITO

Suomessa saattohoitoa on ryhdytty kehittämään 1980-luvulla. Kuolevia ihmisiä on hoidettu ennenkin, mutta vasta tuolloin saattohoito alkoi tulla yhdeksi erityiseksi hoidon alueeksi. Vuonna 1982 Lääkintöhallitus antoi terminaalihoidon ohjeet suuntaamaan kuolevien hoitoa ja 1980-luvun puolessa välissä saattohoitokotien suunnittelu käynnistyi suomalaisen delegaation käytyä tutustumassa hospice-liikkeen toimintaan Iso-Britanniassa. Saattohoitoon suhtauduttiin ensimmäisinä vuosina hieman oudoksuen, koska ajatus kuolevien potilaiden erityishoidosta oli vieras. (Hänninen 2013, 24-25.)

Kuolevia potilaita hoidetaan ja saattohoitoa toteutetaan monissa eri paikoissa - sairaaloissa, hoitokodeissa, kotona sekä saattohoitoyksiköissä. Saattohoidon tavoitteena on, että potilas elää elämänsä viimeiset vaiheet ilman vaikeita oireita ja kipua, läheistensä kanssa toivomassaan ympäristössä (Valvira 2015). Saattohoito kuuluu palliatiiviseen, aktiiviseen kokonaisvaltaiseen hoitoon ja palliatiivisella hoidolla saatetaan potilas saattohoitoon (Rhen 2013, 71).

2.1 Mitä saattohoito on?

Saattohoidon aloitus tai potilaan siirtyminen palliatiiviseen hoitoon ovat isoja hoitopäätöksiä, joita tehdessä potilaalla tulisi olla mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/17.8.1992) määrittää, että päätöksenteossa ja hoitolinjauksissa tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Saattohoidosta puhuttaessa tulee ymmärtää saattohoidon ja palliatiivisen hoidon määritelmät. Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun parantavia keinoja potilaan tilanteeseen ei enää ole. Palliatiivinen hoito saattaa kestää vuosia. Erona saattohoitoon on se, että palliatiivinen hoito on saattohoitoa pidempiaikaista potilaan oireiden mukaista hoitoa. Saattohoito on kuitenkin osa palliatiivista hoitoa. Saattohoito ajoittuu yleensä lähelle odotettua kuolemaa ja kestää yleensä ainoastaan viikkoja, toisinaan joitain kuukausia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Kuolevan potilaan hoitoon sisältyy sekä oireiden lievitys että potilaan ja tämän läheisten tukeminen. Hyvin toteutettu saattohoito takaa potilaalle mahdollisimman aktiivisen, arvokkaan ja oireettoman loppuelämän. Tarkoituksena ja tavoitteena saattohoidossa ei ole kuolema, vaan mahdollisimman hyvä elämä viimeiseen saakka. Hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus ovat saattohoidon eettisiä arvoja ja kaikilla tulee olla oikeus hyvään saattohoitoon. (Pajunen 2013, 11-12.)

Keskeistä saattohoidossa on potilaan kivun ja kärsimyksen hoitaminen. Käypä Hoito-suosituksissa puhutaan potilaan psykologisiin, sosiaalisiin, maailmankatsomuksellisiin ja hengellisiin tarpeisiin paneutumisesta – oireita lievittävä lääkehoito on vain osa kuolevan potilaan hoitoa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

2.2 Saattohoitopäätös ja hoitolinjaukset

Parantumattomasti sairas potilas tulee jossain kohtaa sairastamistään tilanteeseen, jossa hoitava lääkäri tekee päätöksen saattohoidon aloittamisesta. Potilasta ja hänen läheisiään tulee kuunnella sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa hoitolinjauksia pohdittaessa. Tärkeää on myös kertoa potilaalle hoitopäätöksen edellytyksistä ja seuraamuksista ja antaa potilaalle mahdollisuus olla mukana päättämässä asiasta. Hoitopäätöstä ovat mukana tekemässä myös muita terveydenhuollon ammattilaisia, sairaanhoitajan roolina on olla mukana hoitotyön asiantuntijana. Varsin usein sairaanhoitaja havainnoi potilaan voinnissa muutoksia huonompaan suuntaan ja tällöin sairaanhoitajan tulisi rohkeasti ottaa hoitolinjauksen muutos puheeksi hoitavan lääkärin kanssa. (Hänninen & Anttonen 2008, 26.)

Mikäli päätös saattohoidon aloittamisesta viivästyy, potilaalla ei ole samanlaista mahdollisuutta oireiden lievittämiseen sekä lähestyvään kuolemaan valmistautumiseen. Siksi onkin tärkeää päättää hoitolinjauksista, että potilasta voidaan auttaa kaikilla käytettävissä olevilla keinoilla kuoleman lähestyessä. Päätös tehdään usein erikoissairaanhoidossa ja mietitään, missä saattohoito toteutetaan. Hoitosuunnitelman laatiminen, seuranta ja arviointi ovat tärkeitä – tilanteen muuttuessa hoitoa voidaan linjata uudelleen ja saattohoitopäätöstä muuttaa. Tehdyt päätökset kirjataan tarkasti potilaan tietoihin. Saattohoitopää-

töstä tehdessä päätetään myös hoidon rajauksista, kuten elämää pitkittävien hoitojen lopettamisesta tai aloittamatta jättämisestä. Päätöstä tehdessä on hyvä käydä läpi myös invasiiviset tutkimukset ja hoidot, ravitsemushoito sekä muut tutkimukset ja hoidot. Hyödyllisyys tulee kuitenkin miettiä tapauskohtaisesti. (Hänninen & Anttonen 2008, 24.)

DNR-päätös (do not resuscitate, päätös elvyttämättä jättämisestä) ei ole yksittäinen päätös vaan kuuluu osana saattohoitopäätökseen. Hoitojen aktiivisuutta voidaan linjata tällä päätöksellä, mikäli sairaus on siinä vaiheessa, että elvytyksellä saavutettava ennuste on huono tai jopa aiheuttaa potilaalle lisäkärsimyksiä. DNR kirjataan tarkasti potilasasiakirjoihin ja sisältö määritellään tarkasti. (Hannikainen 2008, 17-18.)

Potilaan ennusteen ja saattohoitopäätöksen tekeminen on haastavaa. Oireiden perusteella saattohoitopäätöstä on vaikea tehdä, koska potilas voi olla varsin vähäoireinen mutta tarvita silti saattohoidon antamaa tukea kuoleman lähestyessä. Toisinaan apuna käytetään toimintakyvyn mittareita. Lääkärin tekemä kliininen arvio on kuitenkin useimmiten päätöksenteon perustana. (Hänninen & Anttonen 2008, 28-33.)

Hänninen ja Anttonen (2008, 32) määrittelevät saattohoitopotilaan seuraavasti: potilaalla on pahanlaatuinen, levinnyt ja etenevä sairaus; sairautta ei voi parantaa eikä elinaikaa merkittävästi jatkaa; hoito on diagnoosista riippumatonta ja potilas itse haluaa saattohoitoon.

2.3 Saattohoitoa määrittelevät lait, asetukset sekä suositukset

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE käsittelee sosiaali- ja terveysalaan liittyviä kysymyksiä sekä antaa suosituksia potilaan asemaan ja oikeuksiin liittyvissä eettisissä kysymyksissä. ETENE on tutkinut saattohoitoa 2000-luvulla ja laatinut suositukset saattohoidosta sekä vanhusten hyvästä hoidosta. (Etene 2015.)

Yhtenäistä valtakunnallista linjausta kuolevan potilaan hoitotyöhön ei toistaiseksi ole (Anttonen 2008, 49), mutta oikeudellinen perusta saattohoidolle on perustuslaissa (731/1999) perusoikeuksien ja terveydenhuollon perussäännöksissä. Lakia täydentää ja

säännösten tulkinnassa auttaa Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva yleissopimus (ETS 164). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee myös potilaan itsemääräämisoikeuden, oikeuden hyvään hoitoon ja kohteluun sekä tiedonsaannin. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettiset ohjeet sekä kuolevaa potilasta koskevat suositukset ja julistukset määrittävät saattohoidon eettisen perustan. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994) velvoittaa jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön hoitamaan potilasta hyvin koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella, täydentämään jatkuvasti koulutustaan sekä lievittämään potilaan kärsimystä. (Etene 2003.)

3 KUOLEVAN OIREET JA OIREENMUKAINEN HOITO

Saattohoidossa oleva potilas tulee huomioida fyysisenä, psyykkisenä ja henkisenä kokonaisuutena. On tärkeää hoitaa ja lievittää myös erilaisten oireiden aiheuttamaa epämukavuutta. Oireiden hoitaminen voi osaltaan lievittää myös potilaan kokemaa kipua. Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille. Saattohoitoon kuuluu oireita lievittävä lääkehoito. Potilaan fyysisiä ja psyykkisiä vaivoja voidaan alihoitaa tai käyttää liian voimaperäisiä ja väärinajoitettuja hoitoja diagnostiikan laiminlyönnillä tai oireiden heikon tuntemuksen vuoksi. Liian myöhäinen oireenmukaisen hoidon aloittaminen voi lisätä potilaan kärsimystä tai jopa ennaikaistaa kuolemaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

3.1 Fyysiset oireet

Saattohoitopotilaan vointi ja liikkumiskyky heikentyy hänen viimeisten elinvuorokausiensa aikana. Potilaan kiinnostus ruokaa ja juomaa kohtaan häviää, tulee nielemisvaikeuksia ja uneliaisuus lisääntyy. Loppuvaiheessa perussairauden merkitys vähentyy ja oireiden hyvän hoidon sekä omaisten tuen merkitys kasvaa. Osastolla onkin mahdollisuus omaisten yöpyä ja viettää aikaa potilaan luona. (Korhonen & Poukka 2013.)

Loppuvaiheen hoidossa ei kuolevalta potilaalta enää tarvita laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia. Verenpainetta, happikyllästeisyyttä ja lämpöä ei tarvitse enää mitata sekä nestelistan käytön voi lopettaa tarpeettomana. Huomio kohdistetaan potilaaseen ja pyritään rauhoittamaan tilanne. Kuolevalta potilaalta on tärkeintä seurata ja arvioida säännöllisesti kipua, levottomuutta, hengitysteiden eritteitä, hengenahdistusta, oksentelua ja pahoinvointia. Oireiden tarkkailu suoritetaan vähintään neljän tunnin välein ja samalla huolehditaan potilaan suun kostutuksesta. On tärkeää myös muistaa omaisten jaksaminen ja tuen tarve ja antaa heille rehellistä tietoa ja kuunnella heitä. (Korhonen & Poukka 2013.)

Potilaan lääkityksen tarve arvioidaan uudelleen. Jotkut aiemmin tarpeelliset lääkkeet kuten verenpaine-, rytmihäiriö- ja osteoporoosilääkkeet, vitamiinit, kolesteroli-, diabetes- ja vatsansuojalääkkeet, masennuslääkkeet ja mahdolliset mikrobilääkkeet voidaan karsia kokonaan pois. Potilas saa kuitenkin edelleen kipu- ja pahoinvointilääkkeitä sekä anksiolyyttejä. Tarvittava lääkitys määrätään kipujen, levottomuuden, limaisuuden, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin ja oksentelun varalle. (Korhonen & Poukka 2013).

3.2 Psykkiset oireet

Kivun ja muiden oireiden lisäksi potilas saattaa kokea psyykkistä kärsimystä, joka ilmenee muun muassa masennuksena ja ahdistuneisuutena. Kuoleman läheisyys herättää yleensä voimakkaan tunnemyrskyn, koska edessä on jotain hallitsematonta, mitä ei pysty ymmärtämään. Potilailla esiintyy usein pelkoja, jotka liittyvät kipuihin, elämän loppumiseen, kuoleman jälkeiseen sekä kuolemishetkeen ja kuolintapaan. (Pajunen 2013, 15-16.)

On yleistä, että saattohoitopotilas kärsii psyykkisistä oireista. Psyykkisiä oireita on hankala havaita, koska esimerkiksi masennuksen kriteerit sekoittuvat helposti fyysisistä oireista johtuvaan tilaan (laihtumiseen, ruokahaluttomuuteen ja väsymykseen). Psyykkisen tilan arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittareita. Muun muassa PDI eli Patient Dignity Inventory on elämän loppuvaiheen potilaille suunnattu mittari arvioimaan kärsimystä. (Hänninen 2015.) Psyykkisen tilan arvioinnissa on tärkeää, että potilas, potilaan omaiset ja hoitava henkilökunta ovat tietoisia lähestyvistä kuolemasta. Vaikeammilta psyykkisiltä häiriöiltä suojaavia tekijöitä ovat surutyö ja elettyä elämää arvostava muistelu. Nämä auttavat potilasta suhtautumaan tyynemmin lähestyvään kuolemaan. Potilas

saattaa ajautua paniikkiin tai vaipua anhedoniseen masennukseen, jos ei pysty sisäistämään lähestyvää kuolemaa ja käsittelemään siihen liittyviä uhkakuvia ja luopumista. Pelkoa ja ahdistusta voidaan lievittää hyvällä hoivalla, keskustelulla ja joissakin tapauksissa myös lääkkeillä. Suru kuuluu asiaan, mutta sitä voi olla joskus vaikea erottaa masennuksesta. Potilaalle on hyvä tarjota terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa psykososiaalista henkistä ja hengellistä tukea. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) On tärkeää, että potilasta hoitava henkilö kuuntelee, kyselee ja keskustelee potilaan kanssa mieltä painavista asioista. Kysymysten esittäminen osoittaa mielenkiintoa ja nostaa esille mieltä painavia asioita. (Idman 2015.)

4 KIPU

Kipu ja kärsimys ovat kokemuksia, jotka ovat tuttuja jokaiselle ihmiselle. Kärsimys on pitkälti kroonisen kivun seuraus, se voi olla henkistä tai johtua jostain muusta ruumiillisesta tekijästä kuin kivusta. Kipu on ruumiillista kärsimystä ja kivut luokitellaan neurofysiologisen mekanismin mukaan kun taas hoitokeinot luokitellaan niiden tehokkuuden mukaan kliinisen ja tieteellisen näytön perusteella. Kipu voi olla ihmiselle tärkein kärsimystä aiheuttava tekijä, mutta yleensä ei ainoa. Kivun takana voi olla muita tiedostamattomia syitä, jotka paljastuvat vähitellen hoitosuhteen edetessä. (Vainio 2009 (a).)

Kivun ja kärsimyksen mitattavuuden vaikeus näkyy selkeimmin kuolemaa lähestyvien ihmisten kohdalla. Kärsimykseen voi liittyä kipu, halu välttää nöyryytystä ja elämän epäjärjestystä. Kuoleman lähestyessä, pitkäaikaisen sairauden loppuvaiheilla ihminen kokee erilaisia nöyryyttäviä ajatuksia ja tunteita. Tulee inkontinenssia, ripulia, epäesteettisyyttä ja hajuja jotka merkitsevät jatkuvaa itsensä häpäisemisen pelkoa ja sosiaalista eristäytymistä. Ihminen pyrkii jatkuvasti tavoitteelliseen toimintaan ja kasvuun, jonka esteeksi kärsimyksessä muodostuu oman ruumiin heikkeneminen ja väsymys. Kuolevan mielessä on paljon asioita liittyen elinaikaan, kärsimyksen keston ja millaista kuolema tulee olemaan. Kuolevaa hoitavien ihmisten on vaikea hyväksyä potilaan kärsimystä, vaikka se onkin osa ihmisen kohtaloa. (Vainio 2009 (a).)

4.1 Kivun arviointi ja mittaaminen

Jokainen ihminen kokee kivun yksilöllisesti. Kipua arvioidaan sen suhteen, miten kova potilaan tuntema kipu on. Kovaa ja vaikeaa kipua arvioidaan useammin. Potilaalta kysytään kivuista. Missä kipu tuntuu? Millaista kipu on? Onko se esimerkiksi pistävää, jyskyttävää vai viiltävää? Potilaan ilmeitä, eleitä ja käyttäytymistä voi myös arvioida kipua mitattaessa. Onko potilas levoton, kylmänhikinen, otsa normaalia enemmän kurtussa, itkeekö potilas, ääntelehtiikö hän kivuliaasti ja onko ilme muutenkin tuskaisen näköinen? Potilaan kipua tulee seurata ja arvioida säännöllisesti. Kivun arviointiin tulee käyttää samaa menetelmää, jotta kivun voimakkuus pystytään tarkimmin arvioimaan. (Kotovainio & Mäenpää 2015.)

Visual Analogue Scale eli VAS on yleisimmin käytetty kipumittari. Mittarissa on 10 cm pitkä jana, josta potilas voi näyttää kuinka kovaa hänen tuntema kipu on. Janan vasen puoli tarkoittaa kivutonta olotilaa ja oikea puoli todella kovaa kiputilaa. Jana voi olla myös kiila, joka on oikeasta päästä kapea/terävä (kivuton olo) ja levenee vasemmalle mentäessä (voimakas kipu). Lapsilla käytetään yleensä mittaria, jossa on kasvojen ilmeillä kuvattuja kiputiloja. (Kalso & Konttinen 2009.)

Verbal Rating Scale eli VRS on kipumittari, jossa kipu luokitellaan sanallisesti. Tätä mittaria käytetään useimmin silloin, kun potilas ei pysty itse ilmaisemaan kipuaan. Lääkäri ja hoitaja arvioivat potilaan olemuksesta kivun asteikolla 0 – 4. 0 tarkoittaa täysin kivutonta potilasta ja ääripää 4 tarkoittaa sietämätöntä kipua. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010 (b).)

Numeric Rating Scale eli NRS on mittari, jossa on numerot yhdestä kymmeneen. Numero yksi tarkoittaa kivuttomuutta ja numero kymmenen pahinta mahdollista kipua. Potilas itse kertoo numerolla kipunsa voimakkuuden. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010 (b).)

Pain Assessment in Advanced Dementia eli PAINAD mittarilla voidaan arvioida potilaan kasvojen ilmeiden, negatiivisen ääntelyn, hengityksen, kehon kielen ja lohduttamisen tarpeen tai vaikutuksen poikkeavuutta asteikolla 0-2. 0 tarkoittaa normaalia olotilaa, 1 tarkoittaa lievästi poikkeavaa olotilaa ja 2 tarkoittaa selkeästi poikkeavaa olotilaa. Potilasta

seurataan viiden minuutin ajan ja näistä viidestä havaintokategoriasta lasketaan pisteet yhteen ja saadaan siis yksi numeroarvo 0-10. (0 = ei kipua ja 10 = sietämätön kipu). Tätä mittaria käytetään sellaisen potilaan kivun arvioinnissa, joka ei kykene itse kertomaan kivustaan, eli esimerkiksi vaikeasti dementoitunut tai täysin puhumaton potilas. (Kalso 2009).

4.2. Syöpään liittyvä kipu

Loppuvaiheessa levinnyttä syöpää sairastavista potilaista noin 50-90 %:lla on kipuja. Syöpää sairastavilla on erilaisia akuutteja ja pitkäaikaisia kiputiloja. Kivunhoidon kannalta on tärkeää tunnistaa syöpään liittyvän kivun kolme alaluokkaa; syövän aiheuttama neuropaattinen ja nosiseptiivinen kipu sekä syövän hoitojen seurauksena kehittyvä kiputila. Hermosolujen pysyviä neurokemiallisia muutoksia saattaa aiheutua, kun ääreis- tai keskushermoston alueella syöpäkasvain painaa hermoa tai kasvaa sen sisään. Hermovaurioita voi syntyä myös syöpäkirurgian tai kemoterapian johdosta. Muutokset hermoissa johtaa tuntohäiriöihin ja hermosoluvasteen muuttumiseen. Syöpään liittyvät kiputilat voivat sijaita missä tahansa kehossa ja ovat hyvin erilaisia. Esimerkiksi luustometastaasit aiheuttavat jatkuvaa tylppää ja jomottavaa kipua. (Vainio & Kalso 2009.)

4.3 Neuropaattinen kipu

Neuropaattisen kivun aiheuttaa vaurio tai jokin tauti hermostossa tai hermoston läheisyydessä. Kasvain voi esimerkiksi painaa hermoa ja näin aiheuttaa hermostollista kipua potilaalle. Neuropaattiselle kivulle on olemassa omat lääkkeensä opioidien lisäksi. Näitä lääkkeitä ovat esimerkiksi gabapentiini, pregabaliini ja amitriptyliini. Lääkäri titraa potilaskohtaisesti aina annokset. (Hänninen 2014, 27.)

Neuropaattisen kivun hoito onnistuu parhaiten silloin, kun lääkäri on hyvin perehtynyt potilaan kipuun. Täytyy kokeilla ja etsiä potilaalle oikea lääke tai lääkeyhdistelmä ja ottaa huomioon myös lääkkeettömät kivunhoitokeinot. Erilaisia hoitomenetelmiä kannattaakin helposti kokeilla, koska iso osa neuropaattisesta kivusta kärsivistä potilaista ei saa tarvittavaa kivunhoitoa. (Haanpää 2015, 9, 13.)

4.4 Nosisepitiivinen kipu

Nosisepitiivinen kipu tarkoittaa kroonista kipua, joka johtuu kudonsvauriosta. Kipu voi joutua nivelrikosta, iskemiasta tai tulehduksesta. Nosisepitiivinen kipu ei ole hermostopeeräistä, mutta siihen liittyy usein kipualueen lähistön tuntoherkistymisen. Esimerkiksi jokin raaja saattaa olla pitkän aikaa kipeä, ja kivun lisäksi esiintyy raajan väri- ja lämpötilamuutoksia. (Haanpää 2013.)

Syöpäpotilaalla kasvain painaa jotain kudosta, esimerkiksi eturauhasen syöpäkasvain virtsanjohdinta, ja näin aiheuttaa kudonsvaurion. Tällöin syntyy nosisepitiivinen kipu. Kipu on kouristuksenomaista tai tasaista voimakasta kipua. Kipulääkkeinä potilaalla on yleensä jokin vahva opioidi. (Vainio & Kalso 2009.)

4.5 Lämpilyöntikipu

Lämpilyöntikipu on nopeasti alkava voimakas kipu, joka kestää 30 – 60 minuuttia. Lämpilyöntikipuun tarkoitetun lääkkeen vaikutus alkaa nopeasti ja on teholtaan tarpeeksi voimakas. Lämpilyöntikipulääkkeen vaikutus heikkenee nopeasti. Siksi lämpilyöntikipuun on reagoitava nopeasti ja annettava mahdollisesti lisäksi pidempivaikutteista lääkettä lämpilyöntikipulääkkeen lisäksi. Lämpilyöntikipulääke otetaan ensisijaisesti suun kautta tai nenän kautta. Yleisimmin lämpilyöntikipuun käytetään lyhytvaikutteisia fentanyyli- tai oksikodonivalmisteita. (Hänninen 2014, 26.)

5 KIVUN LÄÄKEHOITO

Potilaan ollessa saattohoidossa lääkkeellinen kivunhoito tapahtuu ensisijaisesti oraalisesti eli suun kautta. Näin potilas ottaa kaikki lääkkeensä niin kauan kuin pystyy. Lääkevalmisteita voi olla myös laastarimuotoisina esim. sydänlääke, kipulääke ja limaisuutta ehkäisevä lääke. Lääkkeen voi potilaalle antaa myös peräsuoleen esim. rauhoittava lääke ja

erilaisina injektioina ihon alle tai lihakseen. Lihasinjektiota ei suositella saattohoitopotilaalle, vaan injektiot tulisi pääsääntöisesti laittaa ihon alle. Jos potilaalla on valmiiksi jo laitettu i.v. -reitti, voi lääkityksen antaa myös suonensisäisesti. Suonensisäisesti annettuna lääke vaikuttaa nopeimmin potilaaseen. Potilaalle voidaan antaa kipulääkettä myös selkärankaan, epiduraalitilaan lääkepumpun kautta. (Hänninen 2014, 9.)

5.1 Kipupumppu

Kipupumppu eli lääkeannostelija on pienikokoinen laite, joka toimii paristoilla (esimerkiksi Cadd – Legacy PCA®). Kipupumppu ohjelmoidaan jokaiselle potilaalle henkilökohtaisesti. Lääkeaineena niissä yleensä käytetään morfiinia, oksikodonia tai fentanyyliä. Lääke annostellaan ihon alle, laskimoon tai epiduraalitilaan. Kipupumpusta on mahdollisuus ottaa lisäannoksia, boluksia, jotka ovat niin ikään erikseen ohjelmoitu. Yleisimmin lisäboluksen voi ottaa vähintään 15 minuutin välein. Kone ei anna ottaa enempää boluksia, kuin mitä siihen on ohjelmoitu. Potilaalle kannattaa opettaa kipupumpun käyttö, jotta hän pystyy ottamaan tarvittaessa itse lisäboluksen kivun alkaessa. Kipupumppu laitetaan potilaalle silloin, kun muista kipulääkkeistä ei ole enää apua tai potilas ei esimerkiksi jatkuvan oksentelun vuoksi pysty ottamaan suun kautta mitään. (Pudas-Tähkä & Kangasmäki 2010 (a).)

5.2 Palliatiivinen sedaatio

Kun kuolevan potilaan oireet ovat jo sietämättömät, eikä niitä pystytä helpottamaan lääkkeellisesti tai lääkkeettömästi, voidaan turvautua palliatiiviseen sedaatioon. Näitä oireita voi olla esimerkiksi kova kipu, paha sekavuus (delirium), hengenhadistus tai henkinen ahdistus. Sedaatio tehdään yhteisymmärryksessä lääkärin, potilaan ja omaisten kesken. Sedaatiossa potilaan tajunta heikennetään niin matalaksi, että potilaan on helppo olla. Potilas ei ole heräteltävissä sedaation aikana. (Hänninen 2014, 10.)

Hoitavan lääkärin on oltava perehtynyt palliatiiviseen hoitoon, jotta hän voi määrätä potilaalle sedaation. Lääkärin ja hoitajien on oltava selvillä, että kaikki muut keinot potilaan olon helpottamiseksi on käytetty. Hoitohenkilökunnan on varmistettava, että potilas ja

omaiset ymmärtävät sedaation merkityksen. Sedaatiolla ei ole tarkoitus nopeuttaa potilaan kuolemaa vaan helpottaa potilaan olotilaa. Sedaatiota, jossa potilas on tarkoitus pitää hänen loppuelämänsä tajuttomana, käytetään vain silloin kun potilaan elinaika on enää korkeintaan muutama vuorokausi. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Palliatiivinen sedaatio tehdään yleisimmin midatsolaamin avulla. Nykyään käytetään usein myös loratsepaamia. Lääkeaine annetaan potilaalle säännöllisenä injektiona ihon alle tai laskimonsisäisenä infuusiona. Potilaalle määrättyä kipulääkettä ei tule lopettaa, vaan kipulääkitys jatkuu normaalisti. Muutenkin potilaan elintoimintoja seurataan säännöllisesti. Potilasta ei kuitenkaan kytketä enää mihinkään monitoreihin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

6 LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Jokainen ihminen kokee kivun omalla tavallaan. Parantumaton sairaus ja lähestyvä kuolema vaikuttavat ihmisen kokemaan kipuun ja muihin oireisiin. Olisi siis liian yksinkertaista ajatella, että sairauden tuomat kivut saataisiin poistettua pelkästään lääkemannosta nostamalla tai lääkettä vaihtamalla. (Minkkinen 2008, 18-19.) Kipua voidaan siis helpottaa myös monilla lääkkeettömillä hoidoilla. Jopa hoitajan paikalla olo, kuunteleminen ja kuuleminen sekä kosketus voivat helpottaa potilaan kipua (Hoikka 2013.). Lääkkeetön kivunhoito ei pelkästään riitä, vaan se tulisi yhdistää lääkehoitoon. (Haanpää, Hagelberg, Hannonen, Liira & Pohjolainen i.a, 18.) Seuraavaksi kuvaamme erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä.

6.1 Fysikaalinen hoito

Kipuja, joiden syy on selvitetty, voidaan hoitaa fysikaalisesti (Kotovainio & Mäenpää 2010, 597.). Ennen ajateltiin, että fysioterapia olisi turhaa saattohoitopotilaan hoidossa. Käytäntö on vielä tuoretta ja yllättävän usein edelleenkin se jätetään pois hoitokokonaisuudesta. Fysioterapiassa voi olla kyse ainoastaan siitä, että potilas avustetaan sängyn

reunalle istumaan, mutta se voi tarjota potilaalle myös paljon muuta, esimerkiksi tässä yhteydessä kivun lievitystä. (Minkkinen 2008,82.) Fysiatriisessa kivunlievityksessä tarkoitus on potilaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja mahdollisesti parantaminen. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 158.)

Hoitona voidaan käyttää liikuntaa, liikeharjoituksia ja hierontaa. Rentoutuminen saattaa auttaa jopa ainoastaan siksi, että siinä potilas on vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa, mutta lähtökohtaisesti hieronnan tavoitteena on rentouttaa jännittyneitä kudoksia. (Hoikka 2013.) On kuitenkin syytä muistaa, että liiallinen liikkuminen saattaa jopa pahentaa kipuja, joten omaa kehoaan ja mieltään on kuunneltava aina. Kipuja voidaan lievittää myös kylmä- tai lämpöhoidoilla. (Minkkinen 2008, 81-82.) Lämpöhoidon tarkoitus on esimerkiksi rentouttaa lihaksia, kiihdyttää aineenvaihduntaa ja vilkastuttaa verenkiertoa. Kylmähoidolla pystytään esimerkiksi vähentämään turvotuksia ja tulehdusreaktiota. (Kotovainio & Mäenpää 2010, 597-598.)

Myös asentohoito on osana kivun lievityksessä. Asentohoidon tarkoituksena on saada potilaalle mahdollisimman hyvä ja levollinen asento, jolloin saadaan kipua lievitettyä ja jopa ennaltaehkäistyä. Asentohoidolla saadaan helpotettua lihasjännitystä ja parannettua verenkiertoa sekä estää ihopainaumien ja makuuhaavojen syntyä. (Hoikka 2013.)

Kivunlievitykseen voidaan käyttää myös TNS-hoitoa, eli transkutaatista hermostimulaatiota, joka on täysin ei-lääkkeetön hoitomuoto. Hoidon tarkoitus on ärsyttää kipualuetta pienellä määrällä sähkövirtaa. Sähkövirran ajatellaan vaikuttavan kivunviestittäjäjärjestelmään selkäytimestä ja keskushermostossa, niin että se estää kipuärsykkeiden etenemisen selkäytimestä aivoihin. TNS-hoitoa on käytetty paljon akuuttien ja kroonisten kipujen lievitykseen, esimerkiksi lihas- ja luustokipuihin. Hoitoa voidaan käyttää yhdessä lääkeshoidon kanssa, eikä sen käytöstä ole todettu tulevan sivuvaikutuksia. Hoitoa ei kuitenkaan voi toteuttaa niille potilaille, joilla on ihotulehdus, avoin ihohaava tai voimakas ihottuma hoitoalueella. (Vainio 2009 (b).)

6.2 Rentoutuminen ja mielen hoito

Rentoutumisen tarkoituksena on rentouttaa potilaan kehoa, joka on koko ajan ”taistele tai pakene”- reaktiossa (Vainio 2004, 111.). Potilas tulisi saada kiinnittämään huomionsa johonkin muuhun asiaan kuin kipuun. Tämä vähentää potilaan ahdistuneisuutta ja lihasjännitystä. Rentoutumiseen voi käyttää apuna erilaisia mielikuvaharjoituksia, rentoutusharjoituksia tai esimerkiksi kuunnella mielimusiikkia. (Hoikka 2013.) Potilaan tulisi lisätä elämäänsä asioita, jotka tuottavat hänelle mielihyvää ja pyrkiä pääsemään eroon mielipahaa aiheuttavista asioista (Vainio 2004, 133.).

Potilaan kipua voidaan lievittää myös pelkästään olemalla hänen lähellään sekä koskettamalla potilasta. Toisen ihmisen läsnäolo pelottavassa ja stressaavassa tilassa luo turvallisuuden tunnetta. Hoitaja voi viestittää kosketuksellaan läheisyyttä ja huolenpitoa. Potilaan oloon voidaan vaikuttaa myös kuuntelulla, lohduttamalla, rauhoittamalla ja rohkaisemalla häntä. Nämä lisäävät luottamusta potilaan ja hoitajan suhteeseen, sekä lisää voimavaroja hallita kipua. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 72,135,318.)

Kuolevan potilaan kanssa kommunikointi viime hetkillä onnistuu kosketuksen avulla, kosketus kertoo enemmän kuin sanat joten vaikka potilaan tila olisi heikko saattaa hän silti tuntea kosketuksen. Hoitotoimenpiteet tulisi suorittaa kiireettömästi, esimerkiksi: verenpaineen mittaaminen, pesutilanteet, ruokailuissa avustaminen, potilaan asennon korjaus tai hieronta. Tämä kaikki kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön ja näillä keinoin pystytään lievittämään potilaan kipua. Potilaan koskettamisessa on kuitenkin syytä muistaa, että jokainen on yksilö, kaikki eivät pidä koskettamisesta. Kulttuuri ja arvo erot voivat vaikuttaa asiaan. Hoitajan tulee tutustua potilaaseen, eli yksityisyydentarve on huomiotava. (Anttila ym. 2007 xx

Monilla erilaisilla pienillä asioilla pystytään vaikuttamaan potilaan olo tilaan ja lievittämään näin ollen myös kipua. Näitä hoitokeinoja ovat muun muassa ravinnon monipuolisuus, kommunikaation mahdollistaminen, potilaan vuoteen puhtaus, sopiva valaistus, meluttomuus ja sopiva lämpötila. (Anttila ym. 2007, xx

6.3 Omaisten rooli kivunhoidossa

Omaisten merkitys potilaan hoidossa on saattohoidossa suuri. Omainen kykenee yleensä rauhoittamaan potilasta olemalla vain hänen vieressään. Omainen ja potilas pystyvät keskenään keskustelemaan sellaisista asioista, joista ei hoitohenkilökunnalla ole tietoa. Omainen myös yleensä tuntee potilaan tavat ja kykenee kertomaan niistä hoitohenkilökunnalle, jos potilas ei itse pysty tai halua kertoa joitain asioitaan. Tuttu ja turvallinen seura saa kivunkin, niin fyysisen kuin henkisen, tuntumaan vähäisemmältä. Joskus omainen saa potilaan entistä kipeämmäksi. Levoton omainen, joka koko ajan kyselee potilaalta tämän kivuista ja tuntemuksista tai saattaa muuten puhua jotenkin sopimattomasti, tekee potilaan levottomaksi ja kivutkin lisääntyvät. Tällöin hoitohenkilökunnan tulee osata rauhoitella myös omaista ja neuvoa miten kannattaisi käyttäytyä potilaan luona. (Hänninen 2015, 50.)

6.4 Musiikki kivunhoidossa

Potilaan mielentilaan voidaan vaikuttaa positiivisesti esimerkiksi musiikin avulla. Potilas voi kuunnella itselleen mieluisaa musiikkia tai hänelle voidaan soittaa rentoutumismusiikkia. Anne Vaajoki on tehnyt tutkimuksen ”Postoperative pain in adult gastroenterological patients-music intervention in pain alleviation” Kuopiossa vuonna 2012 musiikin vaikutuksesta kivun hoitoon leikkauspotilailla. Tutkimuksen avulla todettiin, että potilaan huomion vieminen musiikin maailmaan rentouttaa ja jopa lievittää kipua. Musiikin käytöstä hoitotilanteissa on kuitenkin tehty hyvin vähän tutkimuksia, kuten Anne Vaajoki tutkimuksessaan toteaa. Tutkimuksessa saatiin kuitenkin positiivista palautetta niin potilailta kuin heidän omaisiltaan. Tutkimusryhmä on kuitenkin ollut hyvin pieni, joten tuloksia ei voi todentaa täysin. Potilaat kertoivat kokevansa musiikin kuuntelun rentouttavaksi, nukahtaminen helpottui ja vei ajatukset pois kivusta. Tutkimuksessa huomattiin myös verenpaineen olevan alhaisempi kuin niillä, jotka eivät kuunnelleet musiikkia. Musiikilla ei kuitenkaan todettu olevan vaikutusta siihen kuinka kauan potilaat joutuivat olemaan sairaalahoidossa. Jos kipua pystytään lievittämään musiikin avulla, miksi sitä ei käytettäisi? Musiikin kuuntelu on edullista, helppokäyttöistä ja turvallista. (Vaajoki 2012,

5, 38-40.) Musiikkiterapiaa on käytetty saattohoidossa hyvin vähän, mutta joissakin saattohoitokodeissa musiikkiterapiaa tarjotaan säännöllisesti. Musiikin avulla ihminen pystyy käsittelemään erilaisia tunnetiloja. (Minkkinen 2008,66-68.)

6.5 Hengellisyys

Saattohoidossa on tärkeää ottaa huomioon myös potilaan hengellinen puoli. Sairaaloissa on usein pastori, joka vastaa potilaiden sielunhoidosta. Sielunhoito kuuluu myöskin hoitajan tekemään kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Hoitotyössä, etenkin saattohoidossa on tärkeää huomioida potilaan kulttuurinen ja uskonnollinen tausta. Etenkin kuoleman lähestyessä ihminen alkaa usein pohtimaan elämän suurinta tarkoitusta, mihin elämä päättyy, miksi juuri hänelle käy näin ja esimerkiksi onko elämää kuoleman jälkeen. (Aalto 2004, 263-266.) Joskus potilas saattaa tuntea jopa vihaa Jumalaa tai hoitohenkilökuntaa kohtaan. Potilaan menneisyyden läpikäyminen keskustelujen avulla saattaa auttaa häntä psyykkisesti käsittelemään kuolemaa. Hoitajan oma elämäkatsomus ei saa vaikuttaa hoitosuhteeseen, vaan heidän tulee tukea potilaan tarpeita. Sielunhoidolla tarkoitetaan rukouksien, Raamatun tai hartauskirjojen lukemista, virsien laulamista/kuuntelua, rippiä sekä ehtoollista. Suomessa on uskonnonvapaus laki, jolloin jokaisella on oikeus harjoittaa uskontoaan paikasta tai tilanteesta riippumatta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015, 10.)

6.6 Hoitoympäristön merkitys kuolevan hoidossa

Hoitoympäristöllä on myös vaikutusta kuolevan potilaan hoitoon. Fyysisen hoitoympäristön esteettisyys on tärkeää sekä kuolevan potilaan että hänen omaisten näkökulmasta tarkasteltuna – kaunis ympäristö kukkineen, taideteoksineen ja väreineen luovat viihtyisyyttä ja tukevat kuolevan potilaan hoitoa. Myös mahdollisuus rauhaan ja yksityisyyteen ovat tärkeitä. Hoitoyksikön ilmapiiri (eli psyykkinen hoitoympäristö) vaikuttaa myös kuolevan potilaan mieleen. Tärkeää olisi huolehtia myönteisen ilmapiirin syntymisestä kohtaamalla potilaat ja omaiset asiallisesti, ystävällisesti ja kärsivällisesti. Tietoa tulee tarjota sairaanhoitajan ja lääkärin aloitteesta, mutta täytyy muistaa kuolevan ja hänen lä-

heisen olevan henkisesti kovin virittäytyneitä. Sekä sanallinen että sanaton viestintä tulkitaan paljon herkemmin kuin normaalissa hoitotilanteessa. Tärkeintä on kuitenkin aito ja rehellinen läsnäolo kuolevan vierellä. (Anttonen 2008, 53-54).

6.7 Lemmikit kivunlievittäjinä

Suomessa ainakin yhdessä saattohoitokodissa on lemmikkinä kissa. Kissa on tärkeä osa hoitokotia. Se viihtyy potilaiden vieressä ja potilaan kuollessa, se on saattamassa heitä hoitokodin aulassa potilaan lähtiessä arkussa viimeiselle matkalleen. Lehtolakodissa käy usein etenkin koiria vierailulla omaisten kanssa. Moni omainen on kertonut, miten potilaalle on tärkeää lemmikin vierailu jo kotona ollessaankin ollut. Tärkeyden voikin havaita. Potilaat kertovat lemmikeistään paljon, myös edesmenneistä lemmikeistään. Lemmikin tulo osastolle on yleensä potilaalle päivän kohokohta. Silloin kipu unohtuu lähes kokonaan, potilas rentoutuu ja keskittyy vain eläimen hellimiseen.

Erilaiset lemmikkieläimet ovat tärkeitä kivunhoidossa. Oksitosiini on hormoni, joka lievittää kipua ja sitä erittyy runsaasti silloin, kun ihminen silittää eläintä. Oksitosiinia erittyy erityisen paljon silloin, kun ihminen katsoo eläintä silmiin. Koiran silmiin katsominen jopa kolminkertaistaa oksitosiinin tuotannon, koska koiran kanssa ihminen pystyy luomaan katsekontaktin hyvinkin helposti. (Paloheimo-Koskipää 2016).

Kaverikoirat ovat Suomen Kennelliiton kouluttamia koiria, jotka vierailevat erilaisilla sairaalan osastoilla, päiväkodeissa tai esimerkiksi vammaisten hoitopaikoissa. Kaverikoirat ovat aivan tavallisia lemmikkejä, jotka kykenevät luonteensa vuoksi toiminaan kaverikoirana. Koirien omistajat ovat niin ikään aivan tavallisia ihmisiä. Kaverikoiratoiminnassa ei ole kyse ammattimaisesta terapiasta vaan tarkoitus on ilahduttaa potilasta/asiakasta. Kaverikoiratoiminnan on todettu vaikuttavan myönteisesti asiakkaiden elämänlaatuun. (Suomen Kennelliitto i.a.)

6.8 Kipusädehoito

Sädehoidon tarkoitus tässä yhteydessä on kivunlievitys syöpäpotilailla. Syytä miksi tai miten sädehoito auttaa kivunlievitykseen ei tiedetä. On tutkittu kuitenkin, että sädehoito

estäisi kivun välittäjäaineiden vapautumisen. Tämä selittäisi myös sen miksi sädehoito auttaa kipujen lievityksessä niin nopeasti. (Vainio & Kalso 2009.) Jopa yhdestä sädehoitokerrasta saattaa olla suuri hyöty. Sädehoitoa käytetään nykyään lähes ainoastaan syöpäsairauksien hoidossa niin oireiden lievitykseen kuin parantavassakin muodossa. Noin joka kolmas syöpäpotilas saa palliatiivista eli oireita lievittävää sädehoitoa. (Jussila, Kangas & Haltamo 2010, 26,29.)

Harkittaessa annetaanko potilaalle sädehoitoa, syöpätaudin tyypillä ei ole niin suurta merkitystä palliatiivisessa hoidossa kuin on parantavassa hoidossa. Tärkeintä on osoittaa selvä kohta mihin hoitoa annetaan, jotta saadaan lievitettyä potilasta haittaavia oireita. Palliatiivisessa hoidossa ei siis hoideta niitä kasvaimia, mitkä eivät aiheuta potilaalle kipua. (Jussila ym. 2010, 29.) Sädehoitoannos on palliatiivisessa hoidossa pienempi kuin kasvainta tuhoavassa hoidossa. On todettu, että sädehoito on poistanut kivut kokonaan 30-60:lta potilaista ja osittain poistanut 70-80:lta potilaista. Jos kipu palaa, voidaan potilaalle antaa sädehoitoa uudestaan ja tämän on todettu auttavan hoidon uusittaessakin. (Vainio & Hietanen 2004, 76.)

6.9 Palliatiivinen kirurgia

Palliatiivisessa kirurgiassa on kyse potilaan elämänlaadun parantamiseksi tehtävästä kirurgisesta toimenpiteestä. Tässä tapauksessa on siis kyse parantumattomasti sairaiden potilaiden hoidosta, joten toimenpiteet tulee harkita tarkoin, onko leikkauksesta enemmän hyötyä vai haittaa? Mikä siis parantaa potilaan elämänlaatua ja mikä taas voi aiheuttaa lisää kipua. Kirurgisen toimenpiteen tavoitteena onkin liikuntakyvyn säilyminen/parantaminen mahdollisimman pitkään ja kivun lievitys. Leikkauksilla ei kuitenkaan ole pystytty näyttämään toteen vaikutusta potilaan elämänkaaren pituuteen. Palliatiivista kirurgiaa käytetään esimerkiksi murtumien hoitoon, ruokatorven tukoksiin, sappitukoksiin ja suolitukoksiin. (Kivioja, Vainio & Halttunen 2004, 141-152.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämispainotteisen opinnäytetyömme päätavoitteena oli ideoida ja toteuttaa kivunhoidonkansio Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksikkö Lehtolakodille. Kivunhoidonkansio on konkreettinen tuote, joka suunnitellaan ja kootaan produktion aikana. Produktio on yleensä lyhytkestoinen, kertaluontoinen prosessi, jonka aikana kehitellään tuote tai palvelu sekä pyritään kehittämään käytännön toimintaa (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 33). Tarkoituksena oli luoda kansio, jota on helppo käyttää niin opiskelijoiden kuin uusien ja vanhojen työntekijöiden. Kansioon oli tarkoitus kerätä tietoa kivunhoidosta, saattohoidosta yleisesti sekä kuolevan potilaan oireiden hoidosta. Tavoitteena on, että kehitelty tuote tulee pysyvään käyttöön Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksikössä ja sitä hyödynnetään muun muassa osana opiskelijanohjausta, uusien työntekijöiden perehdytystä sekä pidempiaikaisten työntekijöiden muistin tukena.

Tavoitteenamme oli opinnäytetyöprosessin aikana perehtyä kivunhoitoon saattohoidossa käyttäen lähdepohjana niin tutkimuksia, kirjallisia lähteitä kuin haastatteluita. Halusimme syventää tietojaan saattohoidosta sekä siitä, kuinka kipua hoidetaan kuolevalla ihmisellä. Opinnäytetyömme yleisenä tavoitteena oli vahvistaa ammatillista kasvuamme, tukea tutkivan työotteen kehittymistä, vahvistaa tutkimus- ja kehittämistaitojamme sekä tuottaa tutkimuksellista tietoa, uusia käytäntöjä ja toimintamalleja. Lisäksi opinnäytetyö toimii mahdollisena väylänä työllistymiseen tulevaisuudessa ja antaa mahdollisuuksia näyttää ja tuoda esille luovuutta. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 23-24.)

8 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHTA JA YHTEISTYÖTAHO

Työelämän yhteistyötahomme on Kuopiossa sijaitsevan Harjulan sairaalan saattohoidon tukiyksikkö Lehtolakoti. Osasto aloitti toimintansa huhtikuussa 2011 ja muutti suurempiin tiloihin lokakuussa 2015. Osasto on 15-paikkainen ja toimii yhteistyössä potilasta hoitavien muiden tahojen kanssa. Potilaaksi pääsee läheteellä saattohoitovaiheessa ja

suurin osa potilaista sairastaa parantumatonta syöpää. Saattohoitopäätös on yleensä jo valmiiksi tehty potilaalle, mutta osastonlääkärikin tekee tarvittaessa saattohoitopäätöksen. (Kerkkänen, Heikkinen & Ritari 2015.)

Osaston toiminnan tavoitteita ovat hyvä oireenmukainen hoito, jäljellä olevien voimavarojen sekä potilaan ja hänen läheistensä tukeminen. Jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, jota toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Hoidon toteutuksesta vastaavat osastolla työskentelevät hoitajat, osastonlääkärinä toimii syöpätautien erikoislääkäri. Tarpeen mukaan potilaiden käytössä ovat myös sosiaalityöntekijä, sairaalappi sekä vapaaehtoistyöntekijät. (Kuopion kaupunki 2015.)

Läheiset saavat vierailta osastolla vapaasti ja osallistua potilaan hoitoon halutessaan esimerkiksi avustamalla ruokailussa, ulkoilussa ja päivittäisissä toiminnoissa. Läheisten on myös mahdollista yöpyä ja ruokailla osastolla. Osastolla on läheisille tarkoitettu olohuone, jossa he voivat säilyttää esim. ruokiaan, jakaa tunteuksiaan muiden potilaiden omaisten/läheisten kanssa. Olohuoneessa on mahdollisuus omaan hetkeen, voimien keräämiseen. Potilaat saavat käyttää omia vaatteita halutessaan. Voinnin salliessa potilas voi halutessaan lähteä kotilomalle lääkärin luvalla. Potilas on lomansa ajan kuitenkin sairaalan kirjoilla ja voi palata osastolle vointinsa ja halunsa mukaan jo sovittua aiemmin. (Kuopion kaupunki 2015.)

Osastolla on olemassa kivunhoidonkansio, mutta kansion tieto on osin vanhentunutta sekä kansioon on kerääntynyt paljon ylimääräisiä papereita. Tämän vuoksi kansion käyttö osastolla on jäänyt ja osaston toiveista päivitämme kansion sisällön vastaamaan heidän toiveita. (Kerkkänen ym. 2015.)

9 KIVUNHOIDONKANSIO

9.1 Kansion toteutus

Kansion toteutuksen aloitimme lähdeaineiston keräämisellä syksyllä 2015. Tutustuimme myös Lehtolakodin vanhaan kivunhoidonkansioon ja siinä olevaan aineistoon. Lähdeaineistoon perehtymisen myötä kansion sisältö alkoi muodostua pikku hiljaa. Laadukas opinnäytetyö, tässä tapauksessa kivunhoidon kansio, on riittävän perusteltu taustaltaan sekä aiheiltaan. Aihe kaipaa kehittämistä sekä on ajankohtainen ja tärkeä. Opinnäytetyömme aihe tuli työelämän yhteistyötahon puolelta, koska työyhteisössä oli havaittu kehittämistarvetta kivunhoidon alueella. Kirjallisuus ja tutkimustieto vahvistavat työntekijöiden osaamista (Anttonen 2008, 52).

Keskustelimme työelämän yhteistyötahon edustajien eli Lehtolakodin osastonhoitajan, apulaisosastonhoitajan ja sairaanhoitajan kanssa marraskuussa 2015 liittyen ajatuksiin kivunhoidonkansion sisällöstä. Tämän pohjalta pohdimme, mitä aiheita kansiossa käsitellään. Syksyn aikana toteutettiin pienimuotoinen kysely kolmelle Lehtolakodin työntekijälle (osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitaja) kivunhoidonkansion toivotusta sisällöstä. Kysymykset esitettiin keskustelun lomassa ja kirjattiin ylös paperille. Kysymykset kuuluivat:

- millainen on hyvä kivunhoidonkansio
- mitä toivoisit kivunhoidonkansion sisältävän
- mitä hyvää oli vanhassa kivunhoidonkansiossa

Vastauksista ilmeni, että kansion toivottiin olevan yksinkertainen ja tiivis paketti kivunhoidosta työyksikössä. Tieto on helposti löydettävissä eikä kansiossa ole liikaa ”turhaa” tekstiä. Työelämän yhteistyötahon toive oli, että kivunhoidonkansiossa on lyhyesti ja yksinkertaisesti kerrottu kivusta ja lääkkeellisestä kivunhoidosta, tämän lisäksi kansioon toivottiin asiaa lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista sekä Etenen laatimat suositukset saattohoidosta. Myös yleisimpien saattohoitoon liittyvien käsitteiden avaamista toivot-

tiin. Kansioista haluttiin persoonallinen, visuaalisesti selkeä sekä helppolukuinen. Kansion ulkoasu toivottiin olevan miellyttävä silmälle. Kansiossa on selkeä sisällysluettelo ja tieto on helposti löydettävissä sisällysluettelon mukaisesti. (Kerkkänen ym. 2015.) Hyvä tuotteen aikana luotu tuote erottuu muista vastaavista ja on tärkeää huomioida jo suunnitteluvaiheessa tuotteen kohderyhmä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53). Vastausten sekä omien pohdintojen pohjalta laadimme alustavan rungon kivunhoidonkansion sisällölle. Hyödynsimme kansion sisällön suhteen myös omaa kokemustamme kuolevan potilaan hoitotyöstä.

Toiminnallisissa opinnäytetöissä voi hyödyntää tutkimuksellista selvitystä materiaalin hankkimiseksi oppaan sisältöön. Perustasolla laadullisessa tutkimusmenetelmässä aineistoa voidaan kerätä konsultoimalla, eikä aineiston analysointi ole välttämätöntä. Tällä tavoin kerättyä aineistoa voi hyödyntää toiminnallisissa opinnäytetyössä päättelyn ja argumentoinnin tukena. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57-58.)

Lähdepohjaisen tekstin saimme melko hyvissä ajoin valmiiksi ja tämän pohjalta oli helppoa ryhtyä kokoamaan ja muokkaamaan kansioon tulevaa sisältöä. Yksi opinnäytetyön tekijöistä oli säännöllisesti yhteydessä työelämän yhteistyötahoon ja kävi keskustelua kansioista ja sen sisällöstä yhteistyötahon edustajien kanssa.

Koko prosessin ajan kävimme pohdiskelevaa keskustelua kansion sisällöstä ja ulkomuodosta. Tutustuimme omissa harjoittelu- ja työpaikoissaan kyseisten yksiköiden kipukansioihin ja sieltä poimittiin hyviä ideoita omaan kansioon toteutettavaksi. Talven aikana etsittiin artikkeleita kivunhoidosta ja muista kansioon läheisesti liittyvistä aiheista, tarkoituksena oli saada kansion loppuun aihetta käsittelevää luettavaa. Lääkefirmoilta pyysimme esitteitä, joita voimme lisätä kansioon tutustuttavaksi. Saimme materiaalia kansioon myös Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien poliklinikalta.

Itse kivunhoidonkansion tekstille luotiin oma alusta Google Driveen, jossa tekstin sisältöä muokattiin. Kansion ulkomuoto, fontit ja kuvat muokattiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla. Ulkomuodosta haluttiin nuorekas, helppolukuinen ja ytimekäs. Luettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa tekstin koko ja typografia (Vilkkä & Airaksinen

2003, 52.) Kansion sisällön järjestystä muutettiin useaan otteeseen, koska yritimme miettiä loogisen järjestyksen kansion aiheille. Järjestykseen vaikutti myös yhteistyötahon, Lehtolakodin henkilökunnan toive kansion asiajärjestyksestä.

Kivunhoidonkansio koottiin konkreettisesti maaliskuussa 2016. Kansion ja välilehdet saimme Lehtolakodista, kuten myös kansiosta löytyvän listan tarvittaessa käytettävistä lääkkeistä osastolla. Listan on laatinut osastonlääkäri ja hyväksynyt sairaalan ylilääkäri. Kansiossa on oheismateriaalia myös vanhasta kansiosta, jotka oli koettu hyväksi. Kansiota kootessa teimme vielä muutoksia esimerkiksi ulkoasuun, lisäsimme kuvia ja kehykset tekstisivuille. Kansikuvaksi valitsimme kuvan sinisestä kukasta, koska kansion värimaailma on sinisävyinen. Kansilehdelle laitettiin otsikon lisäksi kansion tekijöiden nimet, opinnäytetyö sekä koulun nimi.

Kansion tekstit siirretään osaston tietokoneille V-asemalle. V-asemalta kaikkien on helppo tutkia kivunhoidonkansion sisältöä sekä kansiota pystyy muokkaamaan tarpeen mukaan myöhemmin. (Kerkkänen ym. 2015.) Ohjausta työn tekemiseen haimme opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta sähköpostitse tammikuussa sekä maaliskuussa 2016.

9.2 Kansion arviointi

Kansion toivottiin olevan tiivis tietopaketti osaston työntekijöiden käyttöön. Mielestämme onnistuimme hyvin kokoamaan kansioon toivottuja asioita, käyttäen samalla omaa kokemusta ja näkemystä hyväksi. Kansiossa on paljon asiaa, mutta kuitenkin tiiviissä muodossa, joten mielestämme kansiota on helppo käyttää. Uskomme, että esimerkiksi opiskelijat saavat kansion lukemisesta hyvän näkemyksen osastolla toteutettavaan kivunhoitoon. Myös uusille työntekijöille kansio on hyvä työkalu perehdyttämiseen.

Työyksikön toiveesta pohdimme työssämme lääkkeettömien hoitomuotojen käyttöä osastolla. Mielestämme onnistuimme hyvin tuomaan esille lääkkeettömiä hoitomuotoja kivunhoidossa. Uutena keinona halusimme nostaa esille TNS-sähkölaitteen kivun lievittämiseksi saattohoitopotilailla. Laite on hyvin siedetty ja mielestämme kokeilemisen arvoisen. Tutustuimme myös Vaajoen tutkimukseen musiikin vaikutuksesta kivunhoidossa ja

tämän näkökulman halusimme myös tuoda esiin. Halusimme kansioon myös osion saatohoidon akuuttihoidon tilanteista, koska uudella hoitajalla/opiskelijalla ei välttämättä ole tietoa tällaisista tilanteista.

Itse kansio saatiin toteutettua suunnitelman mukaisesti ja olemme kansion sisältöön ja ulkoasuun erittäin tyytyväisiä. Tekstin lisäksi kansioon päätettiin lisätä kuvia lukukokemuksen parantamiseksi. Kuvien käytöstä pohdimme, millaista kuvamateriaalia voimme työssä käyttää tekijänoikeuksien vuoksi. Päädyimme pyytämään kuvamateriaalia osastolääkäriltä, joka on kuvannut osastoa omiin käyttötarkoituksiin. Osa kuvista on yhden opinnäytetyöntekijän ottamia. Kuvat tekevät kansioista silmää miellyttävän, verrattuna pelkkään tekstiin. Kuvilla on myös haluttu selkeyttää esimerkiksi tyynyjen käyttöä asentohoidossa. Kansioon emme halunneet sivunumerointia, koska käytimme välilehtiä. Kansion alussa on numeroitu sisällysluettelo ja eri aihealueet on helppo löytää kansioista välilehtien avulla. Teksti on jaoteltu ja aseteltu selkeästi, kirjasintyyppi ja –koko ovat helpolukuisia. Alleviivauksilla ja korostuksilla voi kiinnittää huomiota tärkeisiin asioihin, samoin kuvilla voi tarkentaa tekstin ymmärrettävyyttä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 127.)

Kansio oli osastolla viikon ajan arvioitavana. Osaston apulaisosastonhoitaja ja yksi sairaanhoitaja perehtyivät kansioon sekä sen sisältöön ja antoivat korjausehdotukset, jotka toteutimme. Korjaukset olivat lähinnä tarkennuksia asioihin ja lisäksi kansioon haluttiin johdanto-osio. Pyrimme luomaan kansioista työelämän yhteistyötahon toiveita vastaavan ja tässä mielestämme onnistuimme hyvin. Suunniteltu ja toteutettu tuote on mielestämme laadukas ja sisällöltään työelämän toiveiden mukainen. Kansioon on saatu koottua tiivistetysti tietoa kivunhoidosta sekä aiheeseen läheisesti liittyvistä käsitteistä. Kirjallisessa raportissa aiheet eivät ole samassa järjestyksessä, mutta tämäkin on tietoinen valinta – mielestämme teoreettisessa osiossa aiheita on lähestytty kokonaisuutena tarkastellen helposti ymmärrettävässä järjestyksessä. Kansiossa taas lähestymistapa on työntekijä-ystävällinen, pyrimme järjestämään aiheet siten, että kansiota on helppo käyttää. Pohdimme järjestystä myös työelämän yhteyshenkilöiden kanssa, ja olimme yksimielisiä sekä kirjallisen työn että kansion järjestyksestä.

10 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

10.1 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Valitsemastamme aiheesta on tehty myös muita opinnäytetöitä. Työtä tehdessä perehdyimme aikaisempiin töihin, jotta saimme omasta työstämme yksilöllisen ja omannäköisen. Pyrimme rajaamaan aiheen työelämän yhteistyötahon toiveiden mukaisesti, tosin useaan otteeseen pohdimme, leviääkö työ suuremmaksi kuin oli tarkoitus. Haasteena oli pitää teoriatiedon osuus kohtuuden rajoissa. Saattohoito on käsitteenä laaja kokonaisuus, jonka vuoksi opinnäytetyötä oli pakko rajata tiettyihin osa-alueisiin. Nyt keskityimme pääasiassa syöpäpotilaiden saattohoitoon. Aihetta olisi voinut rajata vieläkin tarkemmin, mutta silloin työstä olisi jäänyt pois sellaisia asioita, jotka koimme tärkeäksi tuoda työsämme esille. Opimme prosessin aikana todella paljon kuolevan potilaan hoidosta ja varsinkin perehtyminen lääkkeettömiin kivunhoitomuotoihin antoi meille paljon.

Aiheesta löytyy hyvin paljon lähdeaineistoa joten rajauksen kanssa oli oltava tarkkana. Lähdeaineistoa etsimme suunnitelman mukaisesti kirjastoista, internetistä ja niin edelleen. Lähteemme ovat monipuolisia, ajantasaisia ja luotettavia. Tarkastelimme valittuja lähteitä kriittisesti, koska aiheeseen liittyvää lähdeaineistoa löytyi paljon. Lähdekriittisyys on välttämätöntä lähdeaineistoa rajatessa ja lähteet tulee valita harkiten. Lähteiden tulee olla laadukkaita, mahdollisimman tuoreita sekä luotettavia; kirjallista opasta tehdessä lähdekritiikillä on erityisen suuri painoarvo. (Vilka & Airaksinen 2003; 53, 72-73.)

Opinnäytetyön suunnitelmaa tehdessämme mietimme, että haasteena opinnäytetyö-projektissa on mahdollisesti opinnäytetyön tekijöiden rajallinen aika työn tekemiseen. Opinnäytetyötä tehtiin työssä käymisen, harjoittelujen ja muiden tehtävien lomassa, joten tarkkaan suunniteltu aikataulu oli tarpeen. Myös työnjakoa pohdimme, neljän henkilön ryhmä on suuri ja aiheiden jako tasapuolisesti ei aina onnistu. Toisaalta aina löytyi joku ryhmästä, joka kannusti toisia eteenpäin jos motivaatio työn tekemiseen oli hukassa. Mielestämme raportista tuli kuitenkin yhtenäinen huolimatta neljästä eri kirjoittajasta.

Tarkoituksena oli pyrkiä noudattamaan opinnäytetyön edistymiselle laadittua aikataulua. Opinnäytetyön valmistumista seurasi jokaisen tekijän toimesta jatkuvasti, ja kävimme keskustelua yhdessä työn etenemisestä viikoittain. Keskusteluissa arvioimme myös tavoitteiden saavuttamista ja tuotetun materiaalin sekä kirjallisen raportin tasoa.

Kokonaisuutena opinnäytetyöprosessi oli mielenkiintoinen ja mielekäs. Koemme prosessin kehittäneen tiedonhankintataitojamme, lähdekriittisyyttä sekä ryhmätyöskentelytaitojamme. Opinnäytetyön tekeminen haastoi meidät ylittämään itsemme kerta toisensa jälkeen, tieteellisen tekstin kirjoittaminen ei ollut varsinkaan prosessin alkuvaiheessa kovin hyvin hallussa. Prosessin edetessä kehityimme tälläkin osa-alueella ja ylitimme omat tavoitteemme. Olemme pohtineet prosessia nyt työn valmistumisen kynnyksellä ja todenneet olevamme erittäin tyytyväisiä saavutukseemme. Opinnäytetyöprosessi on ollut mielellämme yli puolen vuoden ajan päivittäin, olemme antaneet tälle työlle kaikkemme ja mielestämme se näkyy lopputuloksessa. Prosessi on tukenut ammatillista kasvuamme sairaanhoitajan ammattiin kehittämällä yhteistyö- ja ongelmanratkaisutaitojamme sekä kykyä ajatella ja tehdä päätöksiä niin itsenäisesti kuin ryhmän tuella. Työssä näkyy myös meidän oma kokemus kuolevien hoidosta ja olemme pyrkineet omat näkemykset perustelemaan. Kokonaisuutena arvioiden olemme mielestämme työskennelleet kiitettävän arvoisesti.

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessissa eettisyys merkitsee tapaa, jolla tekijät suhtautuvat työhönsä ja sen etenemisen aikana ilmeneviin ongelmiin. Eettinen asenne ohjaa opinnäytetyöprosessia aiheen valinnassa, tiedonhankinnassa, prosessista ja sen tuloksista puhumisessa sekä tuloksien soveltamisessa. Tekijöiden täytyy noudattaa yleisiä rehellisyyden periaatteita työstäessään opinnäytetyötä. Lisäksi on hyvä suhtautua kriittisesti lähteisiin ja tarkistaa soveltuuko lähde käytettäväksi ja onko se luotettava. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2010, 11-12.) Prosessin aikana heränneet eettisyyteen liittyvät kysymykset koskivat lähinnä saattohoitoon ja kuolemaan läheisesti liittyviä asioita. Itse opinnäytetyöprosessiin liittyvä eettinen pohdinta jäi vähemmälle.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on julkaissut saattohoitosuosituksen (2003) lisäksi terveydenhuollon eettiset periaatteet, joita kaikkien terveydenhuollon työntekijöiden tulee työssään noudattaa. Opinnäytetyömme käsittelee ihmisen elämän loppuvaiheen hoitoa, jolloin mielestämme nämä periaatteet korostuvat entisestään. Yhteisiä eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö sekä keskinäinen avunanto. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 130.)

Palliativinen sedaatio oli yksi kysymyksiä herättänyt aihe, samoin eutanasia nousi esiin keskusteluissa ajoittain. Moni potilas on aivan loppuvaiheessa pyytänyt antamaan jotain, mikä lopettaa kaiken kärsimyksen lopullisesti. Palliativinen sedaatio poistaa kivun ja kärsimyksen elämän viime hetkiltä. Milloin on syytä sedatoida potilas? Voiko sedaation tehdä liian aikaisin? Potilaan ja hänen omaisten kannalta yhteys toisiinsa kuitenkin päättyy sedatoinnin myötä. Kuolema on väistämätön siinä vaiheessa, kun päätös potilaan sedatoimisesta tehdään eli olisiko eutanasia sen huonompi keino auttaa potilasta? Ottamatta kantaa eutanasian laillistamiseen, sedatoinnin myötä potilas ei enää ole läsnä – odotettu kuolema tulee yleensä muutaman päivän sisällä. Eutanasia taas lopettaisi sekä potilaan että omaisen kärsimyksen ja pelon lähestyvistä kuolemasta välittömästi.

Ajatuksia herätti myös kipulääkkeiden käyttö. Voiko lääkitä potilasta liikaa tai liian vähän? Milloin sairaanhoitaja uskaltaa antaa potilaalle lisäkipulääkettä, jos edellisestä lääkkeenantokerrasta on kulunut vain vähän aikaa, mutta potilas on edelleen kipeä? Sairaanhoitajan tuleekin muistaa, että saattohoitopotilaalle ei ole olemassa ylärajaa kipulääkityksen suhteen. Kipuja ei saa olla. Tavoitteena onkin kivuton kuolema. Jokaisen hoitajan onkin osattava etsiä potilaalle juuri oikea keino helpottaa tämän oloa. Monta kertaa pelkästään läsnäolo auttaa. Sairaanhoitajan rooli kuolevan potilaan hoidossa on suuri. Kuolevaa potilasta hoidettaessa sairaanhoitaja joutuu väistämättä pohtimaan eettisiä kysymyksiä ja kohtaamaan myös omat pelkonsa kuolemaan liittyen.

Työn luotettavuutta voi mielestämme pitää hyvänä, koska aineistona on käytetty työyksiköstä saatua tietoa sekä uusinta ja ajantasaista tietoa sekä julkaistuista että julkaisemattomista lähteistä. Lähteisiin on suhtauduttu kriittisesti tarkastellen ja lähdeaineistoa on

käytetty työssä monipuolisesti. Myös tekijöiden oma kokemus kuolevan potilaan hoidosta sekä siihen liittyvistä haasteista tukee työn luotettavuutta.

10.3 Jatkokehittämishaasteet

Saattohoito-osastolla työskennellessä tulee mieleen kuinka työtä voisi tehdä paremmin. Kaikki mahdollisuudet koulutuksiin olisi kyettävä ottamaan huomioon ja uusien tietojen olisi osastolle tervetullutta. Sekä lääke- että hoitotiede kehittyvät koko ajan ja saattohoito on ollut puheenaiheena jo pari vuotta. Ihmiset ovat ymmärtäneet saattohoidon merkityksen. Jokainen saattohoitotyötä tekevä haluaa tehdä työtä täydellisellä ammattitaidolla ja siksi kaikki tieto on enemmän kuin tervetullutta.

Opinnäytetyömme aihetta voisi tulevaisuudessa kehittää esimerkiksi tutkimalla kuinka saattohoitopotilaat kokevat saamansa kivunhoidon. Aihe on kuitenkin erittäin herkkä ja tällöin tutkimusmenetelmä tulee harkita tarkkaan, samoin kuinka lähestyä kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään. Kuolevan potilaan hoidon laadun kannalta tällainen tutkimus olisi kuitenkin hyvä, koska toimintaa voitaisiin siten kehittää yksilöllisempään ja toivotuun suuntaan. (Anttonen 2008, 56.)

Opinnäytetyötämme voisi hyödyntää myös muissa yksiköissä, joissa toteutetaan saattohoitoa. Varsinkin vanhustyössä arastellaan kipulääkkeiden käyttöä saattohoitovaiheessa, joten opinnäytetyömme voisi tuoda uusia näkökulmia myös toisenlaisiin työyhteisöihin. Ihminen kuolee vain kerran ja tärkeintä mielestämme on se, että kipuja ei tarvitse kärsiä kenenkään.

LÄHDELUETTELO

- Aalto, K. 2004. Sielunhoito saattokodeissa. Teoksessa Vainio, A., & Hietanen, P. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: Wsoy.
- Anttonen, M. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa: E.Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Etene. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Etenen julkaisuja. Viitattu 24.11.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Etene 2015. Elämän loppu. Viitattu 27.10.2015. <http://etene.fi/elamanloppu>
- Haanpää, M. 2015. Neuropaattisen kivun päivitetty lääkehoidon suositukset. Kipuviesti 2/2015, 9-13.
- Haanpää, M. 2013. Krooninen kipu. Viitattu 3.2.2016 http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00412&p_haku=nosiseptiivinen%20kipu
- Haanpää, M., Hagelberg, N., Hannonen, P., Liira, H. & Pohjolainen, T. i.a. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry.
- Hannikainen, P. 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Teoksessa E.Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry.
- Hoikka, A. 2013. Lääkkeetön kivunhoito. Sairaanhoidajan tietokannat. Viitattu 1.10.2015. www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti .
- Hänninen, J. 2013. Saattohoito tänään. Teoksessa K. Aalto (toim.). Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

- Hänninen, J. 2014. Saattohoidon lääkeopas. TERHO-säätiön julkaisuja. 3. painos. Helsinki: TERHO-säätiö.
- Hänninen, J. 2015. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Duodecim oppikirjat. Palliatiivinen hoito. Viitattu 16.4.2016 <http://www.oppiportti.fi/anna.diak.fi:2048/op/pli00263/do&sa=D&ust=146151769346200&usg=AFQjCNGceq2DSgfnB33jiPR7aM-l-n-YEG>
- Hänninen, J. & Anttonen, M. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa E.Grönlund, M. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Idman, I. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Duodecim oppikirjat. Palliatiivinen hoito. Viitattu 10.4.2016 <http://www.oppiportti.fi/anna.diak.fi:2048/op/pli00263/do&sa=D&ust=146151769346200&usg=AFQjCNGceq2DSgfnB33jiPR7aM-l-n-YEG>
- Jussila, A-L., Kangas, A. & Haltamo, M. 2010. Sädehoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Kalso, E. 2009. Kivun arviointi. Duodecim oppiportti, Viitattu 11.4.2016. <http://www.oppiportti.fi/op/kip04703/do#q=painad>
- Kalso, E. & Konttinen, V. 2009. Voiko kipua mitata? Viitattu 3.2.2016 http://www.terveysportti.fi/anna.diak.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip00602&p_haku=kivun%20mittaaminen
- Kerkkänen, M., Heikkinen, T. & Ritari, P. 2015. Henkilökohtainen tiedonanto 10.11.2015
- Kivioja, A., Vainio, A. & Halttunen, J. 2004. Palliatiivinen kirurgia. Teoksessa A. Vainio & P. Hietanen. Palliatiivinen Hoito. Saarijärvi: Duodecim.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.1.2016 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=080F72404CAA696A65021DC66450D848?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10821

- Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2010. Kivun fysikaaliset hoidot. Teoksessa M. Mustajoki, A. Aliila, E. Matilainen & M. Rasimus (toim.). Sairaanhoidajan käsikirja. 5.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2015. Kivun arviointi. Viitattu 3.2.2016 http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_artikkeliki=shk03315&p_haku=kivun%20mittaaminen
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä Hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 (Viitattu 27.10 & 21.11.2015, 7.1.2016 ja 17.1.2016). www.käypähoito.fi
- Kuopion kaupunki. 2015. Saattohoidon tukiyksikkö. Viitattu 24.11.2015. http://www.kuopio.fi/c/document_library/get_file?uuid=120d72ff-ba6e-47a7-bcca-021fc5fbf948&groupId=12159
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Minkkinen, A. (toim.) 2008. Saattohoito-elämää ennen kuolemaa: Pirkanmaan hoitokoti. Tampere: Kirjapaino Öhrling oy.
- Pajunen, T. 2013. Saattohoidon merkitys. Teoksessa K. Aalto (toim.). Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.
- Paloheimo-Koskipää, L. 2016. Lemmikkieläin vähentää kipulääkkeen tarvetta. Viitattu 11.4.2016. http://tyopiste.ttl.fi/Uutiset/Sivut/Lemmikkielaimen_seura_vahentaa_kipulaakkeen_tarvetta.aspx
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelyssä ja hoidosta. Viitattu 30.12.2015. https://www.pppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_saattohoitonetti_uusi.pdf
- Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2010 (a). Kivunhoitomenetelmät. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Viitattu 14.1.2016. http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeliki=tht00248&p_haku=kipupumppu

- Pudas-Tähkä, S-M. & Kangasmäki, E. 2010 (b). Kivun arviointi. Viitattu 3.2.2016
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00247&p_haku=kivun%20mittaaminen
- Rhen, B. 2013. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on saattamista saattohoitoon. Teoksessa J. Hänninen & M. Luomala (toim.). Elämän puu – kirjoituksia saattohoidosta. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: Wsoy.
- Suomen Kennelliitto. i.a. Kaverikoirien historia Suomessa. Viitattu 9.4.2016
<http://www.kennelliitto.fi/koirat/kaverikoirat/kaverikoirien-historia-suomessa>
- Vaajoki, A. Postoperative pain in adult gastroenterological patients- Music intervention in pain alleviation. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Viitattu 1.2.2016 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0956-5/urn_isbn_978-952-61-0956-5.pdf
- Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim.
- Vainio, A. 2009 (a). Kipu ja kärsimys. Duodecim oppikirjat. Viitattu 5.11.2015.
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip00101&p_haku=anneli%20vainio
- Vainio, A. 2009 (b). Stimulaatiomenetelmät. Viitattu 27.3.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00067
- Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi: Duodecim.
- Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpään liittyvän kivun mekanismeja. Viitattu 3.2.2016
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kip04802&p_haku=nosiseptiivinen%20kipu
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Liite 1. Kivunhoidonkansio

Lehtolakodin KIVUNHOIDONKANSIO



Opinnäytetyö

Jonna Nevalainen, Marjut Rusanen, Maarit Turunen & Susanna Venäläinen

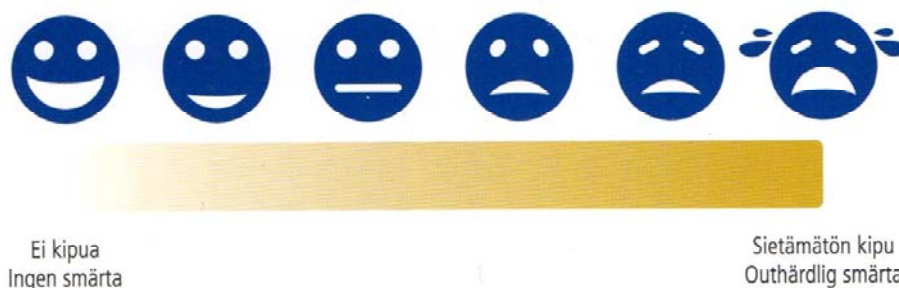
Diakonia-ammattikorkeakoulu

Kevät 2016

JOHDANTO

Ihmisen kehossa on melkein joka paikassa hermopäätteitä. Kun ihminen satuttaa itsensä tai tulee jokin vamma, hermopäätteet lähettävät viestiä kivusta. Kipuviesti kulkeutuu ääreiskipuhermoissa ensin selkäyttimeen ja sieltä seuraavaksi aivoihin. Aivoissa kipuviesti leviää mm. tuntoaivokuorelle ja tunteita käsittelevälle aivojen alueelle. Kun ihminen tuntee kipua, hänen verenpaineensa nousee, hän saattaa hikoilla ja voi esiintyä lihasjännitystä. Kipuun liittyy myös paljon epämiellyttäviä tunteita esimerkiksi kärsimystä, pelkoa ja ahdistusta. Täytyykin muistaa, että jokainen ihminen kokee kivun eritavalla. Joku tuntee lievänkin kivun todella voimakkaasti, kun taas jonkin mielestä samanmoinen kipu ei tunnu juuri missään. Hoitohenkilökunnan onkin opittava arvioimaan potilaan kipua tämän käytöksen, ilmeiden ja eleiden perusteella.

Kansiosta löytyy tietoa kivusta, kivunhoidosta ja kivun ehkäisemisestä. Kansio sisältää myös asiaa saattohoidosta sekä kuolevan oireista.



Ei kipua
Ingen smärta

Sietämätön kipu
Outhärdlig smärta

SYÖPÄKIPU

Loppuvaiheessa levinnyttä syöpää sairastavista potilaista noin 50-90 %:lla on kipuja. Syöpää sairastavilla on erilaisia akuutteja ja pitkäaikaisia kiputiloja. Kivunhoidon kannalta on tärkeää tunnistaa syöpään liittyvän kivun kolme alaluokkaa; syövän aiheuttama neuropaattinen ja nosiseptiivinen kipu sekä syövän hoitojen seurauksena kehittyvä kiputila.

Hermosolujen pysyviä neurokemiallisia muutoksia saattaa aiheutua, kun ääreis- tai keskushermoston alueella syöpäkasvain painaa hermoa tai kasvaa sen sisään. Hermovaurioita voi syntyä myös syöpäkirurgian tai kemoterapian johdosta. Muutokset hermoissa johtaa tuntehäiriöihin ja hermosoluvasteen muuttumiseen. Syöpään liittyvät kiputilat voivat sijaita missä tahansa kehossa ja ovat hyvin erilaisia. Esimerkiksi luustometastaasit aiheuttavat jatkuvaa tylppää ja jomottavaa kipua.

NEUROPAATTINEN KIPU

Neuropaattisen kivun aiheuttaa vaurio tai jokin tauti hermostossa tai hermoston läheisyydessä. Jokin kasvain voi esimerkiksi painaa hermoa ja näin aiheuttaa hermostollista kipua potilaalle. Kasvain voi myös työntyä hermon sisään ja tällä tavoin tuottaa kipua potilaalle. Neuropaattiselle kivulle on olemassa omat lääkkeensä opioidien lisäksi.

NOSISEPTIIVINEN KIPU

Nosiseptiivinen kipu tarkoittaa kroonista kipua joka johtuu kudosaauriosta. Kipu voi johtua nivelrikosta, iskemiasta tai tulehduksesta. Nosiseptinen kipu ei ole hermostoperäistä, mutta siihen liittyy usein kipualueen lähistön tuntoherkistyminen. Esimerkiksi jokin raaja saattaa olla pitkän aikaa kipeä, ja kivun lisäksi esiintyy raajan värin ja lämpötila muutoksia. Syöpäpotilaalla kasvain painaa jotain kudosta, esimerkiksi eturauhasen syöpäkasvain virtsanjohdinta, ja näin aiheuttaa kudosaaurion. Tällöin syntyy nosiseptiivinen kipu. Kipu on kouristuksen omaista tai tasaista voimakasta kipua. Itse syöpäkasvaimesta voi erittyä kivun tunnetta aiheuttavia aineita, jotka vaikuttavat kipuhermopäätteisiin. Luustometastaasit ovat yleisin nosiseptiivisen kivun aiheuttaja syöpää sairastavalla henkilöllä.

LÄPILYÖNTIKIPU

Läpilyöntikipu on nopeasti alkava voimakas kipu joka kestää 30 - 60 minuuttia. Läpilyöntikipuun tarkoitetun lääkkeen vaikutus alkaa nopeasti ja on teholtaan tarpeeksi voimakas. Läpilyöntikipulääkkeen vaikutus heikkenee nopeasti. Siksi läpilyöntikipuun on reagoitava nopeasti ja annettava mahdollisesti lisäksi pidempivaikutteista lääkettä läpilyöntikipulääkkeen lisäksi. Läpilyöntikipulääke otetaan ensisijaisesti suun kautta tai nenän kautta. Yleisimmin läpilyöntikipuun käytetään lyhytvaikutteisia fentanyyli tai oksikodoni valmisteita. Lyhytvaikutteinen oksikodoni valmiste on Oxynorm®, jota on liuksena ja kapseleina. Fentanyyli valmisteita on esimerkiksi Instanyl®, joka suihkutetaan nenän limakalvolle, Effentora® suun limakalvojen kautta imeytyvä bukkalainen tabletti ja Abstral® kielen alta imeytyvä resoribletti.

KIVUN MITTAAMINEN

Jokainen ihminen kokee kivun yksilöllisesti. Kipua arvioidaan sen suhteen, miten kova potilaan tuntema kipu on. Kipua tulee mitata ja arvioida säännöllisesti ja kirjataan tarkasti havainnot. Pyritään käyttämään aina samanlaista kipumittaria. Potilaalta kysytään kivuista. Missä kipu tuntuu? Millaista kipu on? Onko se esimerkiksi pistävää, jyskyttävää vai viiltävää? Potilaan ilmeitä, eleitä ja käyttäytymistä voi myös arvioida kivun arvioinnissa. Onko potilas levoton, kylmän hikiäinen, ota normaalia enemmän kurtussa, itkeekö potilas, ääntelehtikö hän kivuliaasti ja onko ilme muutenkin tuskaisen näköinen?

Visual Analogue Scale eli VAS on yleisimmin käytetty kipumittari. Mittarissa on 10 cm pitkä jana, josta potilas voi näyttää kuinka kovaa hänen tuntema kipu on. Janan vasen puoli tarkoittaa kivutonta olotilaa ja oikea puoli todella kovaa kiputilaa. Jana voi olla myös kiila, joka on oikeasta päästä kapea/terävä (kivuton olo) ja levenee vasemmalle mentäessä (voimakas kipu). Lapsilla käytetään yleensä mittaria, jossa on kasvojen ilmeinä kuvattu kiputiloja.

Verbal Rating Scale eli VRS on kipumittari, jossa kipu luokitellaan sanallisesti. Tätä mittaria käytetään useimmin silloin, kun potilas ei pysty itse ilmaisemaan kipuaan. Lääkäri ja hoitaja arvioivat potilaan olemuksesta kivun asteikolla 0 - 4. 0 tarkoittaa täysin kivutonta potilasta ja ääripää 4 tarkoittaa sietämätöntä kipua. Jos potilas pystyy itse kertomaan kivustaan, hän voi kuvailla kipuaan. Hän voi kertoa onko kipu esim. pistävää, aaltomaista, jäytävää, jyskyttävää jne.

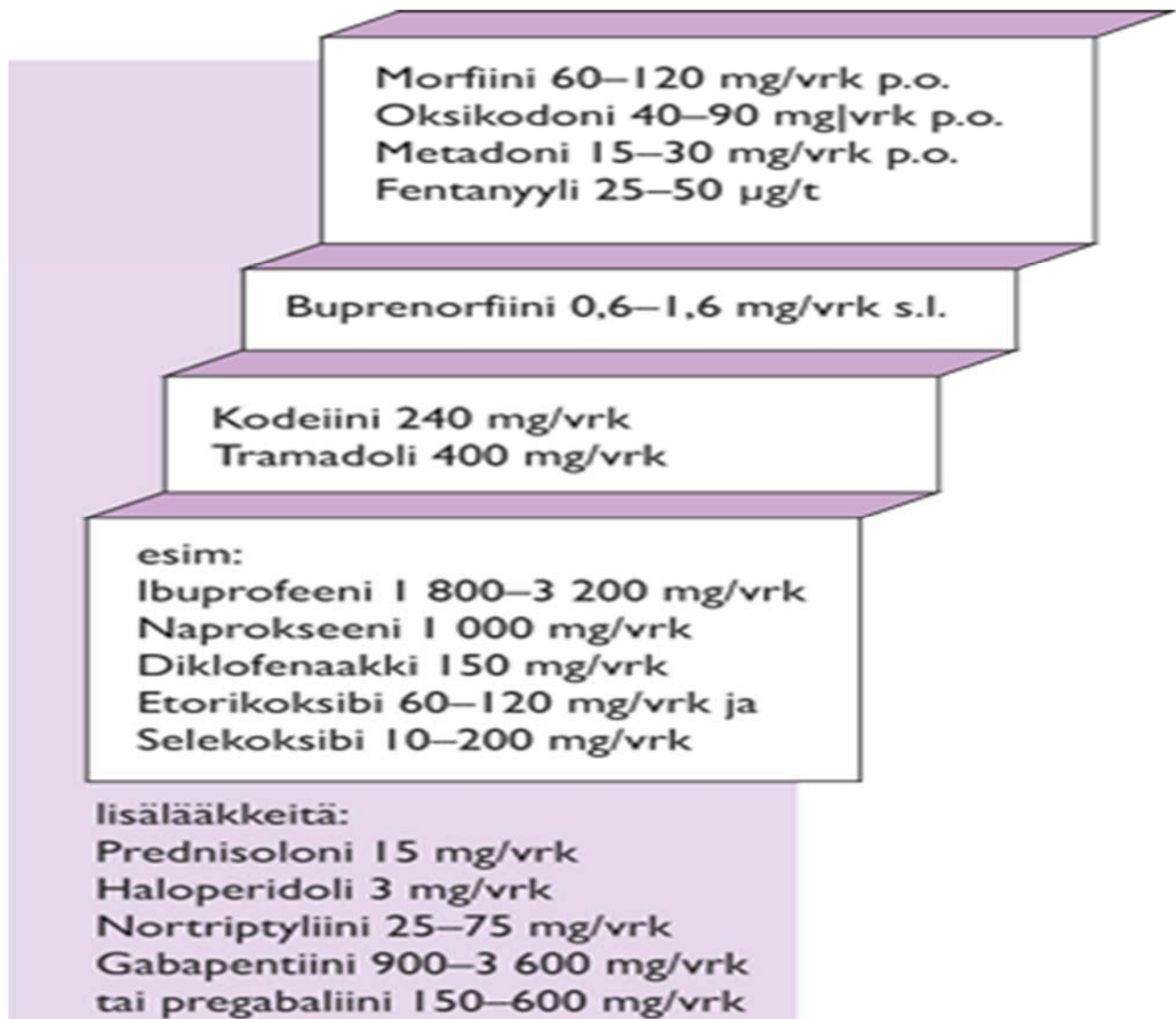
Numeric Rating Scale eli NRS on mittari, jossa on numerot yhdestä kymmeneen. Numero yksi tarkoittaa kivuttomuutta ja numero kymmenen pahinta mahdollista kipua. Potilas itse kertoo numerolla kipunsa voimakkuuden.

Pain Assessment in Advanced Dementia eli PAINAD mittarilla voidaan arvioida potilaan kasvojen ilmeiden, negatiivisen ääntelyn, hengityksen, kehon kielen ja lohduttamisen tarpeen tai vaikutuksen poikkeavuutta asteikolla 0-2. 0 tarkoittaa normaalia olotilaa, 1 tarkoittaa lievästi poikkeavaa olotilaa ja 2 tarkoittaa selkeästi poikkeavaa olotilaa. Potilasta seurataan viiden minuutin ajan ja näistä viidestä havaintokategorioista lasketaan pisteet yhteen ja saadaan siis yksi numeroarvo 0-10. (0 = ei kipua ja 10 = sietämätön kipu). Tätä mittaria käytetään sellaisen potilaan kivun arvioinnissa, joka ei kykene itse kertomaan kivustaan, eli esim. vaikeasti dementoitunut tai täysin puhumaton potilas.

Muuttuja	0	1	2
Hengitys	Normaali	Hengitys on ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatiojakso	Hengitys on äänekästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso. Cheyne – Stokesin hengitystä
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerointia ja voihteita. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerointia tai voihteita, itkua
Kasvojen ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton.	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää.
Kehonkieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarveta lohduttamiseen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle ja tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu.

KIVUNHOIDON PORTAAT

Mietoja kipulääkkeitä kuten parasetamolia käytetään usein vahvemman kipulääkkeen kanssa yhdessä. Se auttaa osaltaan kivunhoitoa ja alentaa mahdollista kuumetta. Kivunhoidon portaissa (kuva alla) on myös kuvattu kipulääkkeet miedoimmasta vahvimpiin ja niiden kanssa käytettävät muut lääkkeet kuten rauhoittavat ja neuropaattisen kivunhoitoon käytettävät lääkkeet.



TULEHDUSKIPULÄÄKKEET

Tulehduskipulääkkeet alentavat kuumetta ja soveltuvat lievän ja keskivaikean kivun hoitoon. Tulehduskipulääkkeissä on kivunhoidon lisäksi myös tulehduksia lievittävä vaikutus. Erilaisia tulehduskipulääkkeitä ovat esimerkiksi:

- *Ibuprofeini* (Burana®)
- *Asetyyლისისყილიჰაპო* (Disperin®)
- *Ketoprofeini* (Orudis®)
- *Selekoksibi* (Celebra®)
- *Naprokseeni* (Pronaxen®)
- *Diklofenaakki* (Voltaren®)
- *Etorikoksibi* (Arcoxia®)

Erilaisia tulehduskipulääkkeitä EI tule ottaa yhtä aikaa, koska niillä kaikilla on erilaiset vaikutusajat ja erilaiset annostukset.

Joskus potilaan täytyy ottaa vatsansuojälääke tulehduskipulääkkeen lisäksi, koska useimmat tulehduskipulääkkeet aiheuttavat vatsa- ja suolikanavanvaivoja. Täytyy myös muistaa, että astmapotilaalle tulehduskipulääkkeet voivat aiheuttaa asmakohtauksen, koska se supistaa verisuonia ja keuhkoputkia. Joskus voi tulehduskipulääkkeen rinnalla käyttää *parasetamoli*- valmistetta vahvistamaan kivun lievitystä esim. Panadol®. *Parasetamoli* soveltuu hyvin myös astmatikoille ja se on vatsaystävällinen särkylääke. *Parasetamoli* ei ole tulehduskipulääke, mutta se alentaa kuumetta.

OPIOIDIT

Kun tulehduskipulääkkeistä ei ole enää hyötyä saattohoitopotilaan kivunlievityksessä, täytyy potilaalle aloittaa kivunhoitoon opioidivalmiste. Opioidi aloitetaan aina pienenä annoksena ja nostetaan tarvittaessa vähän kerrassaan. Yleensä aloitetaan tablettihoitoinen kivunlievitys ensin ja aivan loppuvaiheessa siirrytään ihonalaiseen tai suonensisäiseen kivunlievitykseen. Opioidit jaetaan kolmeen ryhmään: heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin.

HEIKOT OPIOIDIT

- *Parasetamoli* ja *kodeiini* (Panacod®)
- *Ibuprofeini* ja *kodeiini* (Ardinex®)
- *Tramadoli* (Tramal® ja Tradolan®)

Heikkoihin opioideihin kuuluvat *kodeiini* ja *tramadoli*. *Kodeiinia* käytetään yhdistelmävalmisteissa *parasetamolin* ja *ibuprofeinin* kanssa. Annostus on korkeimmillaan 60 mg x 4, eikä annostusta voi nostaa enempää kodeiinin haittavaikutuksien vuoksi.

Yleiset haittavaikutukset

- pahoinvointi
- väsymys
- ummetus
- oksentelu

Kodeiinista on apua myös yskänärästytykseen.

Tramadoli on yleinen kipulääke, jota käytetään etenkin pitkäaikaisen kivun hoidossa. *Tramadolia* on saatavana tabletteina, kapseleina, peräpuikkoina, tippoina ja injektiona annettavassa muodossa. Niitä on saatavana myös pitkävaikutteisina valmisteina.

Yleiset haittavaikutukset:

- huimaus
- päänsärky
- pahoinvointi
- väsymys

Tramadolin ja joidenkin mielialalääkkeiden yhteiskäyttöä tulisi välttää, koska niiden yhteisvaikutuksesta *tramadol*in vaikutus heikkenee ja vaste jää lähes olemattomaksi. Vanhuksille *tramadoli* aiheuttaa usein sekavuutta, jonka vuoksi heille tulisi määrätä jotain muuta kipulääkettä.



KESKIVAHVAT OPIOIDIT

- *Buprenorfiini* (Norspan®, Temgesic®, Subutex®)

Buprenorfiinia käytetään kivunhoidon lisäksi myös huumevieroitushoidossa. *Buprenorfiinia* on saatavana laastarina, josta lääkeaine imeytyy ihon kautta, sekä resoriblettinä josta lääkeaine imeytyy kielen alta limakalvon kautta. Yleisimmät annostukset kivunlievityksessä ovat 0,2 mg - 0,4 mg kolmesti vuorokaudessa otettuna. Annosta voi hiljalleen suurentaa 0,6 mg - 0,4 mg neljä kertaa vuorokaudessa otettuna. Laastari vaihdetaan kerran viikossa ja siitä erittyy lääkeainetta 5 µg, 10 µg tai 20 µg tunnissa. *Buprenorfiini* ei yleensä aiheuta ummetusta kuten muut opioidit, mutta sen yleisiä haittavaikutuksia ovat väsymys, huimaus, oksentelu ja pahoinvointi

VAHVAT OPIOIDIT

- *Morfiini* (Morphin®, Dolcontin®)
- *Oksikodoni* (Oxanest®, Oxycontin®, Oxynorm®, Targiniq®) Targiniqissa®
lisänä *naloksoni* ummetusta estämään)
- *Fentanyyli* (Matrifen®, Durogesic®)
- *Metadoni* (Dolmed®)
- *Hydromorfon* (Palladon®)

Vahvoille opioideille määrätään vain aloitusannos, ja nostetaan sitä aina tarpeen tullen. Ylärajaa vahvojen opioidien annoksille ei ole. **Kun kipu helpottuu, annos on sopiva!**

MORFIINI

Morfiini on vielä tänäänkin käytetyin perusopioidi. *Morfiini* on opioideista vanhin.

Morfiinia voi annostella:

- tabletteina ja liuoksina suun kautta
- ihon alle
- epiduraalitilaan
- laskimoon

Suun kautta otettaessa *morfiinin* teho ei ole läheskään niin hyvä kuin ihon alle tai laskimon kautta annettaessa. *Morfiinin* annos titrataan aina potilaskohtaisesti hänelle sopivaksi.

Haittavaikutukset

Morfiini aiheuttaa potilaalle ummetusta, joten potilaan olisi suotavaa käyttää jotain vatsanpehmitettä. *Morfiinin* muut haittavaikutukset ovat pahoinvointi, väsymys, hikoilu ja joillakin potilailla hallusinaatiot.

Annostus

Morfiinin käyttö aloitetaan yleensä ensin suun kautta tablettimuotoisena 30 mg - 60 mg kaksi kertaa päivässä. Tarvittaessa annostusta voi nostaa. Potilaalle voi myöhemmin laittaa ihon alle kanyylin, jonka kautta lääkettä voi annostella. Aloitus annostus on tällöin 3 mg - 6 mg neljä kertaa vuorokaudessa. Tarkoitus on, että potilas saa lääkettä tasaisesti eikä hänellä ole kipuja. *Morfiinin* voi annostella potilaalle myös lääkepumpun kautta joko ihon alle tai epiduraalitilaan selkärankaan.

OKSIKODONI

Oksikodoni on myös yleisesti käytetty kipulääke saattohoitopotilailla. *Oksikodoni* annostellaan

- suunkautta tablettina, kapselina tai liuksena tai
- injektiona ihon alle tai laskimoon.

Haittavaikutukset

Oksikodonilla on samat haittavaikutukset *morfiinin* kanssa eli pahoinvointi, väsymys ja hikoilu. *Oksikodoni* ei aiheuta niin yleisesti hallusinaatioita potilaille kuin morfiini.

Annostus

Oksikodonin alku annostus on yleensä 5 mg - 10 mg kaksi kertaa päivässä suun kautta tablettina otettuna. *Oksikodonia* voi antaa injektiona ihon alle kerta annoksina (2 mg - 4 mg neljä kertaa vuorokaudessa) tai pumpun kautta tai laskimon kautta. Annokset titrataan potilaskohtaisesti ja niitä voi nostaa tarvittaessa.

FENTANYYLI

Fentanyyliä käytetään saattohoidossa yleensä laastarimuodossa. Lämpilyöntikipuun on myös *fentanyyli*-valmisteita mutta niistä enemmän omassa kappaleessa. Laastari vaihdetaan potilaan iholle kolmen vuorokauden välein ja laastarin paikkaa vaihdetaan joka vaihtokerran yhteydessä. Jos potilas on hyvin laiha, pitäisi miettiä joku toinen keino lääkitä häntä. *Fentanyyli* imeytyy ihon alaiseen rasvakudoksen kautta verenkiertoon eikä lääkeaine pääse imeytymään, jos potilaalla ei ole rasvaa tarpeeksi. *Fentanyyli* laastareita on saatavana 12 µg/tunti, 25 µg/tunti, 50 µg/tunti, 75 µg/tunti ja 100 µg/tunti. Kivun hoito aloitetaan pienimmällä laastarilla ja tarpeen tullen annosta

nostetaan. Jos potilas tarvitsee kerrallaan 300 µg:n laastari, on parasta valita jokin toinen kipulääke. *Fentanyyli* ei muiden opioidien tavoin aiheuta ummetusta, mutta laastari saattaa aiheuttaa ihottumaa potilaalle.

METADONI

Metadonia käytetään yleisimmin huumeongelmaisten hoidossa, mutta se on hyvä kipulääke neuropaattisen kivun hoidossa. *Metadonia* on saatavana vain suun kautta otettavina tabletteina tai liuksena.

Metadoni aloitetaan annoksella 5 mg - 10 mg kolme kertaa vuorokaudessa. Tässäkin annos titrataan aina potilaskohtaisesti.

HYDROMORFONI

Hydromorfonia voi ottaa suunkautta kapseleina tai liuksena annosteltuna ihon alle tai laskimoon. *Hydromorfoni* on *morfiinin* johdannainen ja suunkautta otettaessa teho ei ole tässäkään niin hyvä kuin injektiona ihon alle tai laskimon sisäisesti. *Hydromorfonilla* on samat haittavaikutukset kuin *morfiinilla*, eli ummetus, pahoinvointi, väsymys ja hikoilu. Lääkitys aloitetaan aina pienimmällä annostuksella ja tarpeen tullen annosta suurennetaan. *Hydromorfoni* kapselit ovat pitkä- ja lyhytvaikutteisia ja lääkitys aloitetaan lyhytvaikutteisilla valmisteilla.

KIPUPUMPPU

Kipupumppu (eli lääkeannostelija) on pienikokoinen laite, joka toimii paristoilla (esimerkiksi Cadd - Legacy PCA®).

-Kipupumppu ohjelmoidaan jokaiselle potilaalle henkilökohtaisesti

-Lääkeaineena niissä yleensä käytetään *morfiinia, oksikodonia tai fentanylä*

-Lääke annostellaan ihon alle, laskimoon tai epiduraalitilaan

-Kipupumpusta on mahdollisuus ottaa lisäannoksia, boluksia, jotka ovat niinkään erikseen ohjelmoitu. Yleisimmin kipuboluksen voi ottaa vähintään 15 minuutin välein.

-Kone ei anna ottaa enempää boluksia, kuin mitä siihen on ohjelmoitu!
(Turvallisuustekijä)

-Potilaalle kannattaa opettaa kipupumpun käyttö, jotta hän pystyy ottamaan tarvittaessa itse lisäboluksen kivun alkaessa

-Kipupumpun voi laittaa potilaalle silloin, kun muista kipulääkkeistä ei ole enää apua tai potilas ei esimerkiksi jatkuvan oksentelun vuoksi pysty ottamaan suun kautta mitään. Usein kipupumppu on myös muun oireenmukaisen hoidon tukena esim. potilaalla voi olla kipupumpun lisänä kipulaastari tai neuropaattisen kivun lääke.

IHONALAINEN KANYYYLI (SC-KANYYYLI)

Perus-, lähi- tai sairaanhoitaja laittaa ihonalaisesti kanyylin. Se laitetaan olkavarteen, rinnalle, vatsalle, reiteen tai pakaraan.

Välineet:

- ihonpuhdistusvälineet
- ihonalaiskanyyli
- kiinnitysside
- ihoteippi

Kanyylin laittaminen:

- puhdista iho valitsemastasi paikasta
- ota etusormen ja peukalon väliin ihopoimu
- työnnä käyttövalmiiksi laitettu kanyyli n. 45 asteen kulmassa ihopoimuun
- ota mandreeni pois
- levitä siivet
- kiinnitä huolellisesti
- yhdistä kanyyli letkustoon
- teippaa letku lenkkiin kanyylin juuresta
- käynnistä lääkeainepumppu
- laita korkki kanyyliin ja suojaa letkunjää, kun irroitat pumpun
- suihkun ajaksi suojaa kanyyli kastumiselta muovilla

Kanyylin pistopaikan tarkkailu ja kanyylin vaihto:

- tarkkaile, että kanyyli on paikoillaan (pieni kanyyli irtoaa ja taittuu helposti)
- tarkkaile pistopaikkaa (pullistuma, punoitus, kipu, tulehdus)
- jos potilaan kivut lisääntyvät, tarkista ensin pistopaikka ja kanyylin paikoillaan olo.
- kanyyli vaihdetaan vähintään kerran viikossa, mieluiten kuitenkin kolmen vuorokauden välein ja aina tarvittaessa (esim. jos kanyyli irtoaa tai kohdalle muodostuu patti, lääke ei imeydy, jos pistopaikka ei ole kunnossa tai kanyyli on taittunut)
- letkut vaihdetaan aina uuden lääkekasetin vaihdon yhteydessä ja ainakin kerran viikossa
- s.c-kanyylien korkkien vaihto 1 x päivä aamuisin

PALLIATIIVINEN SEDAATIO

- *Midatsolaami* (Midatzolam Hameln®)
- *Loratsepaami* (Ativan®)

Kun kuolevan potilaan oireet ovat jo sietämättömät, eikä niitä pystytä helpottamaan lääkkeellisesti tai lääkkeettömästi, voidaan turvautua **palliativiseen sedaatioon**. Näitä oireita voi olla esimerkiksi kova kipu, paha sekavuus (delirium), hengenahdistus tai henkinen ahdistus.

Sedaatio tehdään yhteisymmärryksessä lääkärin, potilaan ja omaisten kesken. Sedaatiossa potilaan tajunta heikennetään niin matalaksi, että potilaan on helppo olla. Potilas ei ole heräteltävissä sedaation aikana.

Palliativinen sedaatio tehdään yleisimmin *midatsolaamin* avulla. Nykyään käytetään usein myös *loratsepaamia*. Lääke aine annetaan potilaalle säännöllisenä injektiona ihon alle tai laskimonsisäisenä infuusiona. Muutenkin potilaan elintoimintoja seurataan säännöllisesti. Potilasta ei kuitenkaan kytketä enää mihinkään monitoreihin.

Hoitavan lääkärin on oltava perehtynyt palliativiseen hoitoon, jotta hän voi määrätä potilaalle sedaation. Lääkärin ja hoitajien on oltava selvillä, että kaikki muut keinot potilaan olon helpottamiseksi on käytetty. **Hoitohenkilökunnan on varmistettava, että potilas ja omaiset ymmärtävät sedaation merkityksen.** Sedaatiolla ei ole tarkoitus nopeuttaa potilaan kuolemaa vaan helpottaa potilaan olotilaa. **Sedaatiota, jossa potilas on tarkoitus pitää hänen loppu elämänsä tajuttomana, käytetään vain silloin kun potilaan elinaika on enää korkeintaan muutama vuorokausi!**

LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO

Saattohoidossa oleva potilas tulee huomioida kokonaisvaltaisesti. Kipua tulee ja voi lievittää myös muilla keinoin kuin lääkehoidolla. Lääkkeetön kivunhoito tulisi olla lisänä hoidossa, se ei siis pelkästään riitä.

Fysioterapia

Saattohoidossa fysioterapiassa pitää muistaa ottaa huomioon potilaan omat voimavarat. Kipua ei tule lisätä, vaan ylläpitää potilaan omaa toimintakykyä. Pelkästään potilaan avustaminen sängyn reunalle istumaan esimerkiksi ruokailun ajaksi auttaa häntä ylläpitämään voimavarojaan, myöskin pukeutuminen ja ruokailu itsenäisesti toimivat tässä tilanteessa. Kivunlievitykseen voidaan käyttää myös liikuntaa, liikeharjoituksia ja hierontaa. Sairaalan fysioterapeutit tulevat tarvittaessa käymään potilaan luona ja kartoittavat potilaan fysioterapia tarpeen. Lääkäri yleensä tekee pyynnön fysioterapeutille. Fysioterapeutti voi neuvoa osaston henkilökuntaa, kuinka esim. hieroa potilaan kipeitä jalkoja ja kuinka autetaan potilas istumaan tuottamatta ylimääräistä kipua. Fysioterapeutti myös neuvoo asennot, jotka ovat potilaalle sopivia.

Kivun lievitykseen on kehitetty myös täysin ei-lääkkeetön hoitomuoto, TNS-hoito (transkutaaninen hermostimulaatio). Hoidossa annetaan kipualueelle pienellä voluumilla sähköä. Sähkövirta estää kipuärsykkeiden etenemisen selkäytimestä aivoihin. TNS-hoitoa käytetään usein akuuttien ja kroonisten kipujen lievitykseen. Sivuvaikutuksia ei ole käytössä ilmennyt ja hoito voidaan yhdistää lääkehoidon kanssa. Laitteen käyttö on helppoa ja potilas voi joissain tilanteissa käyttää sitä sen vuoksi jopa itse.

Kylmä- ja lämpöhoidot

Lämpöhoidon tarkoitus on esimerkiksi rentouttaa lihaksia, kiihdyttää aineenvaihduntaa ja vilkastuttaa verenkiertoa. Kylmähoidolla pystytään esimerkiksi vähentämään turvotuksia ja tulehdusreaktiota.

Käytössä voi olla muun muassa

-lämmitettävät jyväpussit

-kylmäpakkaukset

Asentohoito

Asentohoito on erityisen tärkeää vuodepotilailla, tällä estetään painehaavaumien syntyminen. Asentohoidolla pyritään saamaan potilaalle mahdollisimman hyvä ja levollinen asento, jolloin saadaan lievitettyä ja ennaltaehkäistyä kipua. Esimerkiksi jollain potilaalla saattaa olla kasvain sellaisella alueella että jokin asento aiheuttaa kipua.

Jos potilas ei pysty itse vaihtamaan asentoaan, on säännöllinen asentohoito huomioitava hoitajan toimesta. Täytyy muistaa, että jos potilas on kovin kipeä, on syytä välttää turhaa asennon vaihtelua. Jos hyvä asento löytyy ja potilas on tässä asennossa kivuton, on turha mennä tuottamaan potilaalle enempää fyysistä kärsimystä kääntelemällä häntä. Osastolla on käytössä erilaisia ilmakenno- ja decubituspatjoja. Ilmakennopatja mahdollistaa sen, että potilaan asentoa ei tarvitse kääntää niin usein kuin suositukset sanovat, koska kennot säätävät ilmanpaineen tasaisesti.

On olemassa erilaisia apuvälineitä tukemaan potilaan hyvää asentoa, esim. Rengastyyny, kiilatyyny ja polvien ja nilkkojen väliin laitettavia muotoiltuja decubitustyynyjä. Aivan tavallisiakin tyynyjä käytetään tukemaan potilaan asentoa.

Osastolla on käytössä sekä henkilökuntaa että potilasta helpottava nostolaite. Tämän avulla potilas nostetaan tuoliin istumaan ja esim. ruokaileminen onnistuu omatoimisesti. Nostolaitetta tulisikin käyttää aina kun mahdollista, koska sen avulla

potilasta on helppoa ja turvallista nostaa tuoliin. Nostolaitteen käyttö myös ennaltaehkäisee työtapaturmia hoitajalle. Jos potilas istuu pyörätuolissa, on hänen helppo siirtyä hoitajan tai omaisen avulla myös erilaisiin osastolla järjestettäviin tilaisuuksiin esim. hartaushetkeen.

ASENTOA PARANTAVIA JA KIPUA HELPOTTAVIA VÄLINEITÄ OSASTOLLA:



Jalkaterää ja kantapäätä suojaava ”sukka”.



Esimerkiksi nilkkojen väliin laitettava tyyny.



Nilkan ympärille laitettava rengas, estää esim. kantapäiden painumista.



Rengastyyny esim. ristiselän/sacrumin alueen alle.

Mielen hoito

Tarkoituksena on saada potilas kiinnittämään huomionsa johonkin muuhun kuin itse kipuun. Mielenhoito vähentää huomattavasti potilaan ahdistuneisuutta ja lihasjännitystä. Rentoutumisharjoituksia voivat esimerkiksi olla mielimusiikin kuuntelu tai erilaiset mielikuvaharjoitukset. Musiikin on todettu rentouttavan ja lievittävän kipua. Saattohoitopotilaan loppuelämään tulisi lisätä mahdollisimman paljon hänelle tärkeitä ja mieluisia asioita. Osastolta löytyy cd-soittimia, joilla potilas voi kuunnella lempi musiikkiaan.

Omaisten merkitys potilaan hoidossa on saattohoidossa suuri. Omainen kykenee yleensä rauhoittamaan potilasta olemalla vain hänen vieressään. Omainen ja potilas pystyvät keskenään keskustelemaan sellaisista asioista, joista ei hoitohenkilökunnalla ole tietoa. Omainen myös yleensä tuntee potilaan tavat ja kykenee kertomaan niistä hoitohenkilökunnalle, jos potilas ei itse pysty tai halua kertoa joitain asioitaan. Tuttu ja turvallinen seura saa kivunkin, niin fyysisen kuin henkisen, tuntumaan vähäisemmältä. Joskus omainen saa potilaan entistä kipeämmäksi. Levoton omainen, joka koko ajan kyselee potilaalta tämän kivuista ja tuntemuksista tai saattaa muuten puhua jotenkin sopimattomasti, tekee potilaan levottomaksi ja kivutkin lisääntyvät. Tällöin hoitohenkilökunnan tulee osata rauhoitella myös omaista ja neuvoa miten kannattaisi käyttäytyä potilaan luona.



Hengellisyys

Hyvässä saattohoidossa huomioidaan myös potilaan hengellinen puoli. Etenkin kuoleman lähestyessä ihminen alkaa usein pohtimaan elämän suurinta tarkoitusta, mitä tuli tehtyä ja mitä ei ehtinyt tekemään elämänsä aikana, mihin elämä päättyy, miksi juuri hänelle käy näin ja onko elämää kuoleman jälkeen. Sielunhoito kuuluu osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Potilaan kanssa keskusteleminen auttaa häntä psyykkisesti käsittelemään edessä olevaa elämän loppu vaihetta. Potilaan hengellisiä tarpeita pystytään tukemaan esimerkiksi pyytämällä pappi paikalle keskustelemaan potilaan kanssa, viemään potilas hartaustilaisuuksiin, hänen kanssaan voidaan laulaa virsiä tai vaikka lukea yhdessä raamattua. Eri yhteisöjen/seurakuntien papeista on osastolla yhteystiedot ja he saapuvat kutsuttaessa paikalle. Tarvittaessa voi ev.lut seurakunnan pappi keskustella potilaan kanssa tämän uskonnosta riippumatta. Eri uskonnot ja uskomukset pyritään myös ottamaan osastolla huomioon. Esim. muslimille ei tarjota sianlihaa sisältävää ruokaa ja otetaan muutenkin selvää mitä täytyy hoitotoimenpiteissä ottaa huomioon. Hoitajien täytyy uskaltaa kysyä asioista rohkeasti potilaalta tai omaisilta.



Koskettaminen

Potilaan kipua voidaan lievittää myös pelkästään olemalla hänen lähellänsä sekä koskettamalla potilasta. Toisen ihmisen läsnäolo pelottavassa ja stressaavassa tilassa luo turvallisuuden tunnetta. Hoitaja voi viestittää kosketuksellaan läheisyyttä ja huolenpitoa. Potilaan oloon voidaan vaikuttaa myös kuuntelulla, lohduttamalla, rauhoittamalla ja rohkaisemalla häntä. Nämä lisäävät luottamusta potilaan ja hoitajan suhteeseen, sekä lisää voimavaroja hallita kipua. Kuolevan potilaan kanssa kommunikointi viimehetkillä onnistuu kosketuksen avulla. Kosketus kertoo enemmän kuin sanat; vaikka potilaan tila olisi heikko; saattaa hän silti tuntea kosketuksen. Hoitotoimenpiteet tulisi suorittaa kiireettömästi, esimerkiksi verenpaineen mittaaminen, pesutilanteet, ruokailuissa avustaminen, potilaan asennon korjaus tai hieronta. Tämä kaikki kuuluu potilaan kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön ja näillä keinoin pystytään lievittämään potilaan kipua. Potilaan koskettamisessa on kuitenkin syytä muistaa, että jokainen on yksilö, kaikki eivät pidä koskettamisesta. Kulttuuri ja arvo erot voivat vaikuttaa asiaan. Hoitajan tulee tutustua potilaaseen, eli yksityisyydentarve on huomioitava.

Monilla erilaisilla pienillä asioilla pystytään vaikuttamaan potilaan olo tilaan ja lievittämään näinollen myös kipua. Näitä hoitokeinoja on: ravinnon monipuolisuus, kommunikaation mahdollistaminen, potilaan vuoteen puhtaus, sopiva valaistus, meluttomuus ja sopiva lämpötila.



Kipusädehoito

Sädehoitoa käytetään syöpäsairauksien oireiden lievitykseen. Palliatiivista sädehoitoa käytetään luustopesäkkeiden aiheuttaman kivun hoitoon, mutta sitä käytetään joskus myös pehmytkudoskasvainten hoitoon. Palliatiivisessa sädehoidossa hoidetaan siis niitä kasvaimia mitkä aiheuttavat potilaalle kipua. Sädehoitoannos on pienempi kuin kasvainta tuhoavassa hoidossa. Hoidossa tulee puntaroida tarkoin pahentuuko potilaan loppuelämä vai parantaako se sitä. Osastolta sädehoidossa käydään harvoin, mutta tarvittaessa KYS:an sädesairaalassa on mahdollisuus kipusädehoitoon.

Palliatiivinen kirurgia

Palliatiivisessa kirurgiassa on kyse potilaan elämänlaadun parantamiseksi tehtävästä kirurgisesta toimenpiteestä. Toimenpidettä suunniteltaessa tulee ottaa huomioon potilaan yleiskunto ja aiheutuuko potilaalle toimenpiteestä enemmän hyötyä vai haittaa. Kirurgista toimenpidettä voidaan käyttää esim. murtumien hoitoon, ruokatorven tukoksiin ja suolitukoksiin.



Lemmikit kivunlievittäjinä

Erilaiset lemmikkieläimet ovat tärkeitä kivunhoidossa. Oksitosiini on hormoni, joka lievittää kipua ja sitä erittyy runsaasti silloin, kun ihminen silittää eläintä. Oksitosiinia erittyy erityisen paljon silloin, kun ihminen katsoo eläintä silmiin. Koiran silmiin katsominen jopa kolminkertaistaa oksitosiinin tuotannon, koska koiran kanssa ihminen pystyy luomaan katsekontaktin hyvinkin helposti. (Paloheimo-Koskipää, 2016).

Kaverikoirat on Suomen kennelliiton kouluttamia koiria, jotka vierailevat erilaisilla sairaalan osastoilla, päiväkodeissa tai esimerkiksi vammaisten hoitopaikoissa.

Kaverikoirat ovat aivan tavallisia lemmikkejä, jotka kykenevät luonteensa vuoksi toiminaan kaverikoirana. Koiran omistajat ovat niin ikään aivan tavallisia ihmisiä. Kaverikoira toiminnassa ei ole kyse ammattimaisesta terapiasta vaan tarkoitus on ilahduttaa potilasta/asiakasta. Kaverikoira toiminnan on todettu vaikuttavan myönteisesti asiakkaiden elämänlaatuun. (Suomen Kennelliitto, ia).

Suomessa ainakin yhdessä saattohoitokodissa on lemmikkinä kissa. Kissa on tärkeä osa hoitokotia. Se viihtyy potilaiden vieressä ja potilaan kuollessa, se on saattamassa heitä hoitokodin aulassa potilaan lähtiessä arkussa viimeiselle matkalleen.

Lehtolakodissa käy usein etenkin koiria vierailulla omaisten kanssa. Moni omainen on kertonut, miten potilaalle on tärkeää lemmikin vierailu jo kotona ollessaankin ollut. Tärkeyden voikin havaita. Potilaat kertovat lemmikeistään paljon, myös edesmenneistä lemmikeistään. Lemmikin tulo osastolle on yleensä potilaalle päivän kohokohta. Silloin todellakin kipu unohtuu lähes kokonaan, potilas rentoutuu ja keskittyy vain eläimen hellimiseen.



KUOLEMAA EDELTÄVÄT OIREET

Saattohoidossa olevalla potilaalla voi esiintyä monenlaisia oireita, joita hoitamalla voidaan lievittää potilaan kärsimystä viimeisinä elinaikoina. Tärkeää on huomioida ja hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti; fyysisellä, psyykkisellä ja henkisellä tasolla. Tavallisimpia oireita loppuvaiheen hoidossa olevalla syöpäpotilaalla ovat kipu, uupumus, heikkous, laihtuminen, hengenahdistus, yskä, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus. Hoitaja voi omalla toiminnallaan edesauttaa potilasta saamaan mahdollisimman hyvän loppuelämän.

Väsymysoireyhtymä eli fatigue

Väsymysoireyhtymä on tila, jolloin suorituskyky heikkenee, energia on vähäistä, ilmenee heikkoutta, väsyneisyyttä, uneliaisuutta, motivaation puutetta, kyllästyneisyyttä ja apatiaa. Syöpää sairastavan väsymysoireyhtymän väsymys ei lievity levolla. Edennyttä syöpää sairastavista 60-90 % kärsii väsymysoireyhtymästä. Väsymysoireyhtymästä on erotettava muut hoidettavat syyt kuten anemia, metaboliset häiriöt, kilpirauhasen vajaatoiminta ja infektio. Lääkehoitona voidaan kokeilla

- *Deksametasoni* (Dexametason®)

-*Modafinili* (Provigil®); psykostimulantti, joka on myynnissä vain Fimean erityisluvalla.

HENGITYSTIEOIREET

Hikka

Saattohoitopotilailla voi esiintyä hikkaa, jonka yleisin syy on pallean ärsytys (mahan venytyminen, hepatomegalia eli maksan suureneminen, kasvainmassa, askites),

metaboliset syyt (hypokalemia, uremia, hyponatremia), infektio tai kasvaimet. Jotkut lääkkeet kuten barbituraatit, metyylidopa, metyyliprednisoloni tai deksametasoni voivat myös altistaa hikalle. Ohimenevä hikka ei vaadi toimenpiteitä, mutta pitkittynyt hikka on kiusallinen vaiva, jota voidaan hoitaa lääkkeillä.

- *Baklofeeni* (Baklofen Mylan®) eniten näyttöä tehosta
- *Klooripromatsiini* (Klorproman®)
- *Metoklopramidi* (Primperan®, Metopram®) maha-suolikanavaperäisessä hikassa
- *Omepratsoli* (Losec®, Omeprazol Ratiopharm®) maha-suolikanavaperäisessä hikassa
- *Nifedipiini* (Adalat®)
- *Gababentiini* (Neurontin®)

Yskä

Yskästä kärsii 60-80 % pitkälle edennyttä keuhkosityöpää sairastavista potilaista. Mahdollisia syitä yskälle ovat obstruktiivinen keuhkosairaus, hengitystieinfektio, hengitysteiden tuumori, aspiraatio, gastroesofageaalinen refluksi, keuhkoödeema ja pleuran ärsytys. *Opioidit* saattavat lievittää yskän oireita. Antikolinergisillä lääkkeillä voidaan vähentää runsasta hengitysteistä erittyvää eritettä sekä lievittää kuolemaisillaan olevan potilaan hengityksen korinaa.

- *Glykopyrrolaatti* (Robinul®); runsas hengitysteiden erittäminen, kuolemaisillaan olevan potilaan hengityksen korina
- *Mykolyytit esim. erdoستييني* (Erdopect®); sitkeä limaisuus
- *Keittosuolainhalaatio*

Veriyskä

Veriyskää esiintyy 20-40%:lla keuhkosityöpöpotilaista ja joskus myös muita syöpiä sairastavilla. Sädehoito tai kertosädehoito lievittää keuhkosityöpöpotilaiden

paikallisoireita kuten hengenahdistusta, rintakipua, yskää ja veriysköksiä. Lääkehoitona voidaan käyttää *traneksaamihappoa*. Veriyskä helpottuu 70-90%:lla potilaista. Harvoin ilmenee massiivista verenvuotoa hengitysteihin esim. suuriin suoniin kasvavassa keuhkosityövässä. Näissä tilanteissa hoitona käytetään palliatiivista sedaatiota.

Hengenahdistus eli dyspnea

Hengenahdistuksesta kärsii 45-90% keuhkosityöpää sairastavista ja 30-70% muita syöpiä sairastavista potilaista. Syitä hengenahdistukseen voi olla keuhkohtaumatauti, ahtauttava tuumori, pleuraneste, tuumorikompressio, askites, keuhkoleikkauksen jälkitila, fibroosi, sädereaktio tai keuhkoödeema, keuhkoveritulppa, sydämen vajaatoiminta, yläonttolaskimon ahtauma, ALS, kakeksia, väsymysoireyhtymä, ahdistuneisuus, anemia tai asidoosi. Parantumattomasti sairaiden hengenahdistusta voidaan lievittää muun muassa *morfiinilla tai muilla opioideilla*. Pleuranesteestä johtuva hengenahdistus voidaan hoitaa punktoimalla tai tavanomaisella pleuradreenillä. Joka toisella keuhkosityöpöpotilaalla hengenahdistus lievittyy sädehoidolla.

Askites

Aiheuttaja: maksakirroosi, pahanlaatuista askitesta aiheuttaa peritoneaalikarsinoosin etäpesäkkeet.

Oireet: pahoinvointi, oksentelu, vatsan kasvu, täyttymisen tunne, suolen vetovaikeudet ja hengenahdistus.

Hoito: hengenahdistusta ja epämukavuutta voidaan tehokkaasti helpottaa dreenauksella tai kertapunktiolla silloin kun nesteen määrä on suuri.

-Lääkityksenä voidaan käyttää diureetteja, tosin niiden hyöty ei ole välttämättä kovin suuri ja saattohoitopotilaan kohdalla vaikutus on lyhytaikainen. Käytettyjä diureetteja ovat:

- *Spironolaktoni* (Spironolactone®, Spiresis®)
- *Furosemidi* (Furesis®); spironolaktonin rinnalla diureesin alulle saamiseen

Huonokuntoisilla kuolevilla potilailla on hypovolemian ja elektrolyytihäiriöiden riski diureetteja käytettäessä.

Kuivuminen eli dehydraatio

Kuivuminen johtuu nesteiden menetyksestä oksentelun, ripulin, kuumeen, diureettien käytön tai nesteiden riittämättömän saannin takia. Kuivuminen voi johtua myös kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä interstitiaalitilaan (solujen välitila). Tällöin nesteytys ei paranna potilaan yleistilaa. Parenteraalinen nestehoito ei lievitä potilaan janontunnetta. Suun kostuttaminen lievittää janontunnetta.

Kuihtuminen ja ruokahaluttomuus eli kakeksia-anoreksia

Kakeksia-anoreksia on metabolinen oireyhtymä, jolla on kaksi muotoa; primaari kakeksia eli tahaton laihtuminen ja sekundaari kakeksia eli ravinnon vähyydestä johtuva laihtuminen. Loppuvaiheen saattohoitopotilaista jopa 80% kärsii kakeksiasta. Eritoten loppuvaiheen syöpää sairastavien tai vaikean vaiheen dementiaa sairastavien ravitsemushoito ei paranna potilaan elämänlaatua eikä lisää elinaikaa. Kuitenkin joillakin lääkkeillä voidaan parantaa potilaan ruokahalua:

- *Megesteroliasetaatti*; ruokahalun lisääminen, painon nousu
- *Deksametasoni* (Dexametason®); ruokahalun lisääminen

MAHA-SUOLIKANAVAN OIREET

Pahoinvointi

Syyt: infektiot, kohonnut kallonsisäinen paine, mahaärsytys- tai haavauma, ummetus, liian suuri veren kalsiumpitoisuus, lääkkeet, solunsalpaaja- tai sädehoito, runsas askites, ahdistus, yskä ja limaisuus, vaikea kipu.

Hoito: Pahoinvointiin annettava lääkitys riippuu pahoinvointia aiheuttavasta syystä.

- *metoklopramidi* (Primperan®, Metopram®); mahalaukun hidastunut tyhjeneminen, solunsalpaaja- tai sädehoito, etiologialtaan epäselvä pahoinvointi
- *haloperidoli* (Serenase®); opiaattien ja muiden lääkkeiden aiheuttama pahoinvointi, suolitukos
- *deksametasoni* (Dexametason®); kohonnut kallonsisäinen paine, solunsalpaajat, suolitukos
- *syklitsiini* (Marzine®); käytetään liike- ja asentopahoinvoinnin, kohonneen kallonsisäisen paineen tai etiologialtaan epäselvän pahoinvoinnin hoidossa
- *skopolamiini* (Scopoderm®); suolitukos, vatsakalvon ärsytys, limaisuus
- *loratsepaami* (Ativan®, Temesta®); ahdistukseen ja paniikkiin
- *granisetroni* (Granisetron Strada®); akuuttiin solunsalpaajien tai sädehoidon aiheuttamaan pahoinvointiin
- *ondansetroni* (Ondansetron hexal®, Zofran zydis®); kuten edellä
- *palonosetroni* (Aloxi®); kuten edellä, kerta-annoksena ennen solunsalpaajaa
- *levomepromatsiini* (Levozin®); tukilääkkeeksi, opioidipahoinvointiin sekä unettomuuteen

Ummetus

Oireet: ulostuskertoja alle kolme viikossa, ulostemassa on kovaa ja ulostaminen on vaikeutunutta

Hoito: Suolensisältöä pehmittävät lääkkeet

- *makrogoli* (Pegorion®)

- *laktuloosi* (Levolac®)

Suolta stimuloivat laksatiivit

- *senna* (lääkekasvi)

- *natriumpikosulfaatti* (Laxoberon®)

Paras hoitovaste saadaan käyttämällä pehmittävän ja stimuloivan lääkkeen yhdistelmää annosta tarpeen mukaan nostaen.

Mikäli ummetus on opioidien aiheuttamaa, eikä laksatiivit tehoa kunnolla, voidaan käyttää ihon alle annosteltavaa *metyylinaltreksonibromidia* (Relistor®).

Ripuli

Syyt: ummetuslääkkeet, osittainen suolitukos (ohivirtausripuli), imeytymismishäiriöt ja infektiot sekä mahdollisesti annetut syöpähoidot.

Hoito:

- *Loperamidi* (Imodium®, Lopex®); vähentää suolen peristaltiikkaa ja eritystä, lisää sulkijalihaksen jänteyttä ja ulosteen pidätyskykyä.

- *Oktreotidi* (Sandostatin®); pidentää läpikulkuaikaa, vähentää nesteiden erittymistä tyhjäsuolella ja sykkyräsuolella. Paras näyttö okreotidin käytöstä on saatu solunsalpaajahoidon aiheuttamassa ripulissa.

Suolitukos

Oireet: oksentelu sekä jatkuvat, koliikkimaiset vatsakivut.

Hoito: riippuu potilaan yleisilasta.

- kirurgisen hoidon ehdottomia vasta-aiheita ovat potilaan kieltäytyminen leikkauksesta, potilas ei ole anestesia- ja leikkauskelpoinen tai on arvioitu potilaan kuolevan lähiaikoina.
- lääkehoito aloitetaan kerta-injektiona tai jatkuvana infuusiona ihon alle tai suoneen.

Yhdistelmähoitona voidaan käyttää:

- *Morfiini tai muu vahva opioidi*; kipu
- *Haloperidoli* (Serenase®); pahoinvointi
- *Oktreotidi* (Sandostatin®); lisääntynyt maha-suolikanavan erityis, pahoinvointi ja oksentelu tai
- *Hyoskiinibutyylibromidi* (Buscopan®); lisääntynyt maha-suolikanavan erityis, koliikkikivut tai
- *Glykopyrrolaatti* (Robinul®); lisääntynyt maha-suolikanavan erityis, koliikkikivut

Jos edellämainitulla lääkeyhdistelmällä ei ole vastetta, voidaan lisätä:

- *Deksametasoni* (Dexametason®) tai *metyyliprednisolon* (Medrol®, Solu-Medrol®); tukoksen laukaiseminen ja pahoinvointi

Jos vastetta ei ole edelleenkään suurennetaan morfiiniannosta, tehostetaan pahoinvoinnin estolääkitystä esim.

- *proklooriperatsiini* (Stemetil®)
- *levomepromatsiini* (Levozin®)
- *skopolamiini* (Scopoderm®)

Tarvittaessa potilaalle voidaan asentaa PEG (perkutaaninen endoskooppinen gastrostooma), jos oksentelu jatkuu lääkehoidosta huolimatta. Jos PEG-letkun asentaminen ei ole jostain syystä mahdollista, voidaan käyttää nenä-mahaletkua suolen sisällön tyhjentämiseksi ja oksentelun lopettamiseksi. Oksentamisen rauhoituttua potilas voi juoda nesteitä 500-1000 ml vuorokaudessa sekä syödä helposti sulavaa ruokaa pieninä annoksina.

Nielemisvaikeudet

Syyt: neurologiset häiriöt, kakeksia, limakalovauriot, pään ja kaulan alueen tai ruokatorven kasvaimet.

Hoito: hyvä yleishoito, syljen erityksen ja janon tunteen vähentäminen jääpaloja imeskelemällä ja huulia kostuttamalla.

- Ellei nielemisvaikeuksia saada muuten kuriin, voidaan asentaa PEG-letku.

Syljeneritystä voidaan vähentää antikolinergisillä lääkkeillä:

-*Glykopyrrolaatti* (Robinul®)

-*Skopolamiini* (Scopoderm®)

-*Trisykliset masennuslääkkeet* (antikolinergisiä vaikutuksia)



SUUN OIREET

Suun kuivuminen eli kserostomia

Syyt: syljen tuotannon väheneminen, opioidit, antikolinergit tai antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet ja diureetit.

Hoito: Osastolla on käytössä pieniä suihkepulloja, joissa on mehua, vettä tai esim. vesi-öljy seosta sekä sitruunatikkuja, joilla voidaan ehkäistä potilaan suun kuivuutta. Loppuvaiheessa suun kuivuuteen voidaan käyttää syljen eritystä stimuloivia hoitoja kuten *purukumilla* tai *pilokarpini-tableteilla* mutta näiden käytöstä ei ole olemassa luotettavaa näyttöä. Tärkeää on huolehtia saattohoitopotilaan hyvästä suuhygieniasta ja suun kostutuksesta.

Suun kipu

Hoito: - kylmät juomat tai jääpalojen imeskely

- Suun limakalvoja voidaan paikallispuuduttaa *2%:lla lidokaiinigeelillä*.

- *Klorheksidiiniä, suun limakalvoja suojaavaa geeliä tai steroidisuspensiota* voidaan käyttää aftoihin tai suun limakalvojen rikkoutumisiin.

- Paikallisen kivun hoidossa voidaan käyttää morfiinisuvettä tai morfiinigeeliä.

Joskus suun limakalvojen sieni-infektio voi ilmetä suun kuivuuden tunteena. Suun sieni-, bakteri- tai virusinfektiot hoidetaan niiden hoitoon tarkoitetuilla lääkkeillä. Näillä lääkkeillä on kuitenkin paljon yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, jonka vuoksi tämä täytyy huomioida potilaan hoidossa.

Kutina

Kutinaa esiintyy pienellä osalla 5-12%:lla kuolevista potilaista. Kutina voi olla iholähtöistä, neuropaattista, neurogeenistä ja psykogeenistä. Syöpään voi liittyä yleistynyttä kutinaa, jota sanotaan paraneoplastiseksi ilmiöksi. Ihon kuivuus voi olla syynä kutinaan, jonka vuoksi kuolevan potilaan ihon rasvauksesta tulee huolehtia ja harventaa ihon vesipesuja. Kutinaa voidaan helpottaa hetkellisesti *1%:lla mentoliliuoksella, 2,5%:lla lidokaiiniliuoksella tai -geelillä tai kortisonivoiteella*. Neuropaattisen kutinan hoidossa voidaan käyttää *gabapentiiniä* tai *pregabaliinia*. Opioidien aiheuttamaa kutinaa voi helpottaa *paroksetiinilla* tai *mirtatsapiinilla*. Opioidit aiheuttavat kutinaa etenkin spinaalisti annosteltuna. Spinaaliseen annosteluun voidaan lisätä *bupivakaiinia*, joka saattaa helpottaa etenkin morfiinista aiheutuvaa kutinaa. Myös *naloksoni* ja *naltreksoni* voivat lievittää opioideista johtuvaa kutinaa.

Muut iho-oireet

Muita iho-oireita ovat haavaumat, painehaavaumat, arteriaperäiset haavaumat ja ihon repeytymisestä tai kaatumisesta aiheutuneet haavat. Syöpätauteihin liittyvät haavat eivät yleensä parane loppuvaiheen potilailla. Haavoihin liittyy usein kipua, ulkonäköhaittoja, pahaa hajua, kutinaa ja verenvuotoa. Haavakivun hoidossa voidaan paikallisopioidina käyttää esimerkiksi *morfiini-* tai *metadonigeeliä* tai *metadonipulveria*. Haavojen hoidossa tulee tarvittaessa konsultoida ihotautiyksikköä.

Iho-metastaasien aiheuttama verenvuoto

Ihometastaasit saattavat aiheuttaa joskus verenvuotoa. Jos potilaalla on käytössä antikoagulaatiolääkehoito, tulee sen tarpeellisuus tarkistaa. Verenvuotoa voidaan hillitä *traneksaamihapolla* (500-1000 mg x 1-3/vrk). Paikallisesti voidaan laittaa

traneksaamihappoa tai *adrenaliinia* keittosuolataitoksiin, tosin adrenaliinin vaikutus on lyhytaikainen. Paikallisella kylmähoidolla voidaan jonkin verran hillitä verenvuotoa. Hopeanitraattikäsittelyä voidaan käyttää pieniin vuotaviin muutoksiin. Sädehoidosta voi olla hyötyä rajoittuneessa vuotavassa ihometastasoinnissa.

Tulehtuneen haavan hajuhaitta

Tulehtuneen haavan haju johtuu yleensä nekroottisten muutosten anaerobi-infektiosta. Hoitona voidaan käyttää antibioottihoitoa:

- *Metronidatsoli p.o* (Flagyl®, Trikozol®)
- *Klindamysiini p.o* (Dalacin®)

Metronidatsolia voidaan käyttää myös paikallishoitona jauhamalla tabletti ja levittämällä se puuterina tai tekemällä siitä suspensio. Muita paikallishoitoja ovat aktiivihiiლისidokset, hopeasidokset, hunajavoiteet, pihkavoiteet ja eritettä imevät taitokset. Uloimpiin taitoksiin voi laittaa piparminttuöljyä tai hajustettua talkkia. Hoituhuoneeseen voidaan laittaa esimerkiksi tervaa, jauhettua kahvia, suitsukkeita tai aromaattisia öljyjä voimakkaiden hajujen peittämiseen.

Hikoilu

Hikoilu voi johtua lääkehoidosta, syövästä, syöpähoidoista tai vaihdevuosista. Hikoilua voidaan lievittää lääkehoidolla. Rintasyöpäpotilailla hikoilua voidaan lievittää joillakin masennuslääkkeillä kuten serotoniinin takaisinotonestäjillä (SSRI):

-*Paroksetiini* (Paroxetin Orion®, Optipar®)

-*Fluoksetiini* (Seronil®)

-*Sertraliini* (Sertralin Orion®)

Serotoniinin ja nonadrenaliinin takaisinotonestäjillä (SNRI):

-*Venlafaxiini* (Venlafaxin®),

Epilepsialääkkeillä:

- *Gabapentiini* (Neurontin®)

- *Pregabaliini* (Lyrica®)

- *Klonidiini* (Catapresan®)

Vaihdevuosista johtuvaa hikoilua voidaan lieventää *keltarauhashormonilla*. Tuumorikuumeilusta johtuva hikoilu voi lievittyä *parasetamolilla* tai *tulehduskipulääkkeen* säännöllisellä käytöllä.

Raajaturvotus eli lymfödeema

Aiheuttaja: voi olla edennyttä syöpää sairastavilla seurausta lymfavirtauksen estymisestä tai hypoproteinemiasta (veren proteiinien niukkuus). Samanaikaisesti voi esiintyä myös laskimoperäistä turvotusta.

Kivun hoito ja infektioiden ehkäiseminen ihon rasvauksesta huolehtimalla on keskeisiä asioita turvotusten hoidossa. Lisäksi apua voidaan saada fysioterapeuttisilla keinoilla kuten lymfahieronnalla ja lymfasidoksilla. Lääkehoidon teho on vähäinen lymfoperäiseen ja hypoproteinemiasta johtuvaan turvotukseen. Laskimoperäisiin

turvotuksiin saattaa olla apua diureettihoidosta. Lymfaperäisten turvotusten aiheuttamia raajojen kiristysoireita voidaan helpottaa diureeteilla. Diureettihoito aloitetaan kahdella lääkkeellä samanaikaisesti jos lääkehoidolle ei ole vasta-aiheita (matala verenpaine, elektrolyyttihäiriö):

- *Furosemidi* (Furesis®)

- *Spiroonolaktoni* (Spironolactone®, Spiresis®)

Diureettihoito lopetetaan 3-4 vuorokauden kuluttua, jos siitä ei ole apua raajaturvotuksiin. Sädehoitoa voidaan harkita, jos paikallinen kasvain tukkii imuteitä.

Tromboosien hoito ja profylaksia

Ennaltaehkäisevää veritulppien hoitoa eli tromboosiprofylaksiaa voidaan harkita potilaille, joilla on ennalleen palautuva akuutti tromboembolisille komplikaatioille altistava tapahtuma. Kuolevien potilaiden hoidossa ei suositella rutiininomaista tromboosiprofylaksian käyttöä. Kuoleman lähestyessä antitromboottinen profylaksia ja hoito voidaan lopettaa, kunhan kiinnitetään huomiota mahdollisesta tromboemboliasta johtuvien oireiden hyvään hoitoon.

Verituotteiden käyttö

Anemiaan liittyviä oireita voidaan hoitaa verensiirroilla. Vaikka hemoglobiinitaso pysyisi, verensiirron vaikutus väsymykseen ja hengenahdistukseen häviää parissa viikossa.

Psyykkiset oireet

Kivun ja muiden oireiden lisäksi potilas saattaa kokea psyykkistä kärsimystä, joka ilmenee muun muassa masennuksena ja ahdistuneisuutena. Kuoleman läheisyys herättää yleensä voimakkaan tunnemyrskyn, koska edessä on jotain hallitsematonta, mitä ei pysty ymmärtämään. Potilailla esiintyy usein pelkoja, jotka liittyvät kipuihin, elämän loppumiseen, kuoleman jälkeiseen sekä kuolemishetkeen ja kuolintapaan.

On yleistä, että saattohoitopotilas kärsii psyykkisistä oireista. Psyykkisen tilan arvioinnissa on tärkeää, että potilas, potilaan omaiset ja hoitava henkilökunta ovat tietoisia lähestyvistä kuolemasta. Vaikeammilta psyykkisiltä häiriöiltä suojaavia tekijöitä ovat surutyö ja elettyä elämää arvostava muistelu. Nämä auttavat potilasta suhtautumaan tynemmin lähestyvään kuolemaan. Potilas saattaa ajautua paniikkiin tai vaipua anhedoniseen masennukseen, jos ei pysty sisäistämään lähestyvää kuolemaa ja käsittelemään siihen liittyviä uhkakuvia ja luopumista. Pelkoa ja ahdistusta voidaan lievittää hyvällä hoivalla, keskustelulla ja joissakin tapauksissa myös lääkkeillä. Suru kuuluu asiaan, mutta sitä voi olla joskus vaikea erottaa masennuksesta. Potilaalle on hyvä tarjota terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa psykososiaalista henkistä ja hengellistä tukea.



Masennus

Noin 25 % saattohoidossa olevista potilaista kärsii masennuksesta. Masennusta on hankala diagnosoida somaattisten oireiden perusteella. Masennusta voidaan arvioida VAS- tai NRS-asteikolla. Saattohoitopotilaan masennuksen hoidossa on tärkeää hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus. Eläytyvä ja supportiivinen kuuntelu osana keskusteluita auttaa. Keskusteluissa on hyvä käsitellä myös muita asioita kuin lähestyvää kuolemaa. Psykoterapian ohella hoitona voidaan käyttää ongelmanratkaisua, rentoutusta ja mielialalääkitystä. Mielialalääkityksenä käytetään ensisijaisesti *anksiolyyttejä*, koska varsinaisten masennuslääkkeiden vaste ilmenee vasta pitemmän käytön jälkeen.

Ahdistuneisuus

Saattohoitopotilaalla ilmenevä ahdistuneisuus on luonnollinen reaktio kuoleman lähestyessä, merkki piilevästä tai hoitamatta jääneestä häiriöstä tai osoitus muusta alihoidetusta oireesta mm. kivusta. Ahdistuneisuuden taustalla voi olla myös mm. hypoksia tai alkava delirium. Anksiolyyttien käytöstä kuolevan potilaan ahdistuneisuuden hoidossa on vain vähän luotettavaa tutkimusnäyttöä. Bentsodiatsepiineista saattaa olla apua, mutta tutkimusnäyttö myös näiden käytöstä puuttuu. Kuolevan ahdistuneisuuden hoidossa voidaan käyttää:

- *Loratsepaami* (Temesta®), Ativan®)
- *Oksatsepaami* (Opamox®, Oxamin®)
- *Haloperidoli* (Serenase®)

Unettomuus

Unettomuus on subjektiivinen tuntemus, joka aiheuttaa merkittävää toimintakyvyn ja mielialan laskua päivisin. Unihäiriö ilmenee nukahtamisvaikeuksilla, vaikeuksina pysyä unessa tai molempina. Unettomuus aiheuttaa ärtyneisyyttä, uneliaisuutta päiväsaikaan, väsymysoireyhtymää tai keskittymiskyvyn puutetta. Unettomuuteen ja unenlaatuun voidaan vaikuttaa hyvällä unihygienialla.

Delirium

Delirium on akuutti sekavuustila joka aiheuttaa tietoisuuden heikkenemistä, tarkkaavuushäiriötä, ajattelun ja muistin häiriöitä, psykomotorisia ja emotionaalisia muutoksia sekä uni-valverytmien muutoksia. Deliriumin esiintyvyys syöpää sairastavilla potilailla on 26-44 % ja loppuvaiheen potilailla jopa 88 %. Deliriumilla on kaksi muotoa, hypoaktiivisessa deliriumissa potilaan sisäinen hajaannus on yhtä suurta kuin hyperaktiivisessa deliriumissa, mutta ulkoisia merkkejä ei ole. Hypoaktiivisen deliriumin hoidossa tärkeää on turvallinen, rauhoitettu ja valvottu ympäristö, jossa läsnäololla voidaan rauhoittaa potilasta. (Kuolevan oireiden hoito: Käypä hoito -suositus, 2012.)

Tajuttomuus

Saattohoitovaiheessa oleva potilas menee usein tajuttomaksi ennen kuolemaa. Tajutonta potilasta ei voi herättää eikä häneen saa minkäänlaista kontaktia. Jos potilas ei reagoi esimerkiksi hoitotoimenpiteisiin, nipistykseen, silmäluomien avaamiseen tai liman imemiseen nielusta, on kyseessä tajuttomuus. Tärkeintä onkin pitää tajuttoman potilaan asento mahdollisimman mukavana, varmistettava potilaan hengitysteiden avoimuus ja jatkettava mahdollista voimassaolevaa kipulääkitystä, ei tietenkään suun kautta otettavaa.

SAATTOHOIDON AKUUTTILANTEITA

Kallonsisäisen paineen nousu

Aiheuttaja: primaari aivokasvain tai metastaasit

Oireet: päänsärky, toispuoleinen osittainen halvaus, kognitiiviset häiriöt, kouristukset, pahoinvointi, oksentelu ja tajunnantason lasku.

Hoito: kortisonihoito

-deksametasoni 3-10 mg x 3 i.v., s.c. tai p.o.

Jos potilas on kouristanut, aloitetaan antileptinen lääkitys ja tarvittaessa annetaan bentsodiatsepiinia.

Kortisonihoidon aloittamisen jälkeen aivometastaaseja voidaan hoitaa kokoaivosädehoidolla 1-2 viikon hoitona. Kuolevalle potilaalle ei sädehoitoa enää suositella.

Selkäydinkompressio

Aiheuttaja: rinta-, keuhko- ja eturauhassyöpä, munuaissyöpä sekä myelooma.

Oireet: selkäkipu, raajojen motorinen heikkous, tuntopuutokset ja sfinkteritonuksen heikkous.

Hoito: kortisonihoito

-deksametasoni (Dexametason®) 10-20 mg x 3 p.o. tai i.v.

-päivystysluontoinen sädehoito

Pahanlaatuinen hyperkalsemia

Aiheuttaa häiriöitä ruoansulatuskanavan, munuaisten ja keskushermoston toiminnassa.

Oireet: huonovointisuus, oksentelu, ummetus, vatsakivut, jano, polyuria, väsymys, lihasheikkous, tokkuraisuus ja sekavuus.

Hoitto: -dehydraation korjaus

-*bisfosfonaatit* (Alendronat®)seerumin kalsiumpitoisuuden pienentämiseen.

Virtsaumpi eli virtsaretentio

Aiheuttaja: opioidit, trisykliset masennuslääkkeet, antikolinergisesti vaikuttavat lääkeaineet, eturauhasen liikakasvu tai eturauhassyöpä.

Hoitto: katetrointi tai suprabupinen kystostomia (vatsanpeitteiden läpi asennettu virtsarakon katetri).

Verivirtsaisuus

Aiheuttaja: virtsarakko- tai eturauhassyövät, kaikki rakkoon kasvavat syövät

Hoitto: sädehoidolla voidaan vähentää tihkuvuotoa

-*Traneksaamihappo* (Caprilon®, Cyklocapron®) voi aiheuttaa hyytymiä ja rakkotamponaation.

Hyytymien poistoon saattaa tarvita endoskooppisen tyhjennyksen.

Kuopion kaupunki Hoito-ohje 1 (1)

Terveysthuollon palvelualue
Sairaalapalvelut

Laatija: erl Hanna Seppä
Hyväksyjä: yl Tuija Jääskeläinen
Hyväksymispäivä: 3.4.2014

SAATTOHOIDON TUKIYKSIKÖSSÄ KÄYTETTÄVÄT TARVITTAVAT LÄÄKKEET

Jos potilaalla on seuraavia lääkityksiä vaativia oireita, eikä potilaskohtaisissa lääkeohjeissa niitä ole määrätty, voidaan päivystysaikana niitä tarvittaessa harkinnan mukaan antaa. Lääkkeen antaminen kirjataan potilaskertomukseen. Lääkkeen annosta tulee seuraavan päivän aikana tiedottaa lääkärinä.

Kuume	Parasetamoli 1g 1 x 1-3 p.o./ suppo
Pahoinvointi	Primperan 10 mg 1-2 x 1-3 (huom. EI okklusiossa) Zofran zydis 4 mg 1 x 1-2 Serenase (5 mg/ml) ½ amp. x 1-2 s.c.
Närästys	Antepsin 5 ml x 1-4
Ripuli	Imodium 1-2 x 1-3
Unettomuus	Imovane/ Zopinox 7.5 mg ½ -1 x 1
Rintakipu	Nitro/ Dinit
Ahdistuneisuus	Temesta 1 mg ½ -1 x 1-2 Opamox 15 mg ½ -1 x 1 Stesolid 5 mg 1-2 x 1-3 tabl./mixt./suppo/rektioli
Sekavuus	Serenase 1 mg 1-2 x 1-2 Serenase (5 mg/ml) ½ -1 amp. x 1-2 s.c./ i.m. Stesolid 5 mg 1-2 x 1-3 tabl./mixt./suppo/rektioli
Kouristelu	Stesolid 5 mg 1-2 x 1-3 rektioli
Hengenhadistus	Potilaalla jo käytössä oleva tarvittava vahva opiaatti Stesolid 5 mg 1-2 x 1-3 tabl./mixt./suppo/rektioli Furesis (10 mg/ml) ½-1 amp. x 1-2 i.m.
Hengityksen rohina ennen kuolemaa	Robinul (0.2 mg/ml) 0.2 mg x 1-4 s.c. (huom. EI, jos glaukooma)
Hallitsematon muille lääkkeille reagoimaton kiputilanne/ verenvuoto/ sietämätön hengenhadistus	Morfiini tai Oxanest 5-10 mg s.c. (i.m., jos iho viileä) 20-30 min. välein Midazolam hameln (5 mg/ml) 5-10 mg s.c. tarvittaessa 10 min. välein (huom. max 20 mg/ tunti)

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan eli ETENE:n saattohoitosuosituksukset

1. Jokaisella on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon myös silloin, kun parantavaa hoitoa ei ole olemassa.

2. Potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava saattohoidossa. Potilaan hoitotahdosta voidaan poiketa vain silloin, kun voidaan perustellusti olettaa potilaan muuttaneen tahtoaan hoitonsa suhteen.

3. Saattohoitopäätös ja hoitosuunnitelma perustuvat yhteisymmärryksen potilaan ja häntä hoitavien henkilöiden välillä.

4. On tärkeää, että hoidon jatkuvuus varmistetaan potilaan hoidon tavoitteiden muuttuessa ja potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Siirryttäessä parantavasta hoidosta palliatiiviseen tai saattohoitoon on myös tärkeää tehdä mahdollisimman selkeä suunnitelma ja kirjata suunnitelma potilaan asiakirjoihin. Suunnitelman tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä. Potilasasiakirjoissa tulee käyttää selkeitä ja terveydenhuollossa hyväksytyjä ilmaisuja.

5. Saattohoitoa toteuttavilla yksiköillä pitää olla valmiudet toteuttaa saattohoitopotilaille tehty hoitosuunnitelma. Hyviin valmiuksiin kuuluvat riittävät henkilöresurssit, ammattitaito sekä sopivat välineet, joilla hoito voidaan toteuttaa inhimillisesti ja turvallisesti.

6. Potilaalla on oikeus kuolla kotonaan tai paikassa, jossa hän voi olla läheistensä läheisyydessä niin halutessaan.

7. Henkilöihin jotka eivät ole kelpoisia päättämään hoidostaan on kiinnitettävä erityistä huomiota sekä saattohoitopotilaina että saattohoitopotilaiden lähiomaisina.

8. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville potilaille riippumatta heidän sairauden diagnoosista.

SAATTOHOITOON LIITTYVIÄ KÄSITTEITÄ

HOITONEUVOTTELU/HOITOKOKOUS= Yhdessä potilaan, lääkärin, hoitajan sekä potilaan niin halutessa omaisten kesken käytävä keskustelu potilaan hoidon linjauksista. Tarkoituksena määritellä potilaan hoitoon liittyviä asioita, muun muassa saattohoitoon siirtymistä. Tärkeitä käsiteltäviä asioita ovat potilaan taudin kulku ja oireiden helpottaminen, varsinkin kivunhoito. Potilaalla ja hänen omaisillaan on oikeus kuulla hoitopäätösten perustelut sekä seuraamukset ja heille on annettava mahdollisuus lausua oma kantansa. Tärkeää on ottaa huomioon potilaan omat toiveet mahdollisuuksien mukaan. Hoitoneuvottelussa päätetyt asiat kirjataan tarkasti potilaan hoitosuunnitelmaan.

SAATTOHOITOPÄÄTÖS= Yhdessä tehty päätös potilaan siirtymisestä saattohoitoon. Edellyttää hoitoneuvottelua yhdessä potilaan ja häntä hoitavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden kesken. Saattohoitopäätös pitää sisällään päätöksen elvyttämättä jättämisestä (DNR). Saattohoitopäätös kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan.

HOITOTAHTO= Ihminen voi halutessaan ilmaista hoitotahtonsa joko vapaamuotoisella tai valmiilla lomakkeella. Hoitotahto voi olla hyvin yksityiskohtainen ja hoitohenkilökunnan tulee noudattaa potilaan hoitotahtoa. Henkilökunnan tehtävänä on selvittää potilaalta tai hänen omaisiltaan hoitotahdon mahdollinen olemassaolo. Lääkäri hyväksyy hoitotahdon lääketieteellisin perustein ottaen huomioon potilaan tahdon ja toiveet ja toimii potilaan edun mukaisesti.

SAATTOHOITO= Lähestyvää kuolemaa edeltävää hoitoa, kun odotettavissa olevaan kuolemaan on aikaa enää päiviä tai viikkoja. Saattohoito kuuluu osana palliativiseen

hoitoon ja sen tarkoituksena on tukea potilasta yksilöllisesti kuoleman lähestyessä ja valmistaa potilasta ja hänen omaisia lähestyvään kuolemaan. Päätös saattohoidosta tehdään yhteisesti potilaan ja lääkärin ym. toimesta käytävässä hoitoneuvottelussa. Saattohoidossa keskeistä on potilaan kivun ja kärsimyksen hoitaminen. Kaiken lähtökohtana on potilaan hyvinvointi.

PALLIATIIVINEN HOITO=Oireita lievittävä hoito. Parantumattomasti sairaan potilaan hoito silloin, kun parantavaa keinoa sairauteen ei enää ole. Hoidon päämääränä ei ole elämän pidentäminen, vaan oireiden helpottaminen. Palliatiivinen hoito saattaa kestää vuosia ja päätös palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä tehdään yhdessä potilaan sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kesken.

DNR=Päätös elvyttämättä jättämisestä, Do Not Resuscitate. Lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös pidättäytyä elvytystoimenpiteistä (mm. sydämen sähköinen rytminsiirto ja paineluelvytys). Päätös tehdään, kun potilaan perussairaudet ovat vaikeita eikä potilaan tila palautuisi ennalleen elvytyksen jälkeen. Se perustuu lääkärin tekemään arvioon potilaan voimavaroista sekä perussairauden ennusteesta. Sisältyy sekä päätökseen palliatiivisesta hoidosta kuin saattohoitopäätökseen.



LÄHTEET

Jussila A-L, Kangas A, Haltamo M, 2010, Sädehoitotyö

Kivioja A, Vainio A, Halttunen J, 2004, Palliatiivinen kirurgia.

Korhonen T, Poukka P, 2013, Kuolevan potilaan hoito.

Kotovainio T, Mäenpää L, 2010, Kivun fysikaaliset hoidot, Sairaanhoidajan käsikirja.

Kuopion Harjulan sairaalan Lehtolakoti

Kuopion yliopistollinen sairaala

Minkkinen A. (toim.), 2008 Saattohoito - elämää ennen kuolemaa: Pirkanmaan hoitokoti

Suomen kivuntutkimusyhdistys ry.

www.etene.fi

www.kaypahoito.fi

www.terveysportti.fi