



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Saattohoitopotilaan yleisimmät oireet ja niiden hoito

- kirjallisuuskatsaus

Burale, Waris
Mahamuud, Fahiima

2017 Tikkurila



Laurea-ammattikorkeakoulu

Saattohoitopotilaan yleisimmät oireet ja niiden hoito
-Kirjallisuuskatsaus

Mahamuud, Fahiima
Fahiima, Mahamuud
Waris, Burale
Hoitotyönkoulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2017

Fahiima Mahamuud & Waris Burale

**Saattohoitopotilaan yleisimmät oireet ja niiden hoito -
kirjallisuuskatsaus**

Vuosi	2017	Sivumäärä	32
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä alempaan tutkittuun tietoon, miten osastolla voidaan toteuttaa saattohoitopotilaan oireiden hoitoa ja minkälaista se on. Tavoitteena on tuottaa teoretietoa saattohoitovaiheessa olevan potilaan oireista ja niiden hoidosta. Opinnäytetyön toimeksiantaja on Espoon sairaalan palliatiivinen ja saattohoito-osasto.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusaineistoa haettiin viidestä eri tietokannasta: Finna.fi, Medic, CINAL ja Elsevier (Science Direct) ja PubMedistä. Lisäksi suoritettiin manuaalinen tiedonhaku erilaisista tietokannoista ja fyysisesti kirjastossa. Tiedonhaualla löydettiin viisi julkaistua tutkimusta vuosina 2007-2017, jotka käsittelevät saattohoitopotilaan yleisimmät oireet ja niiden hoito.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella hoitoympäristö koetaan olevan tärkeää osa saattohoidon toteuttamiselle. Potilaskeskeinen hoito ja ammattitaitoinen henkilökunta, sekä toimiva yhteistyö lähiomaisiin ovat hyvän kuoleman edellytyksiä. Tutkimuksista päätellen voidaan todeta, että palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden kivun hoidossa on puutteita. Saattohoitopotilaan oireiden tunnistamisessa ja hoidossa kaivattiin lisää koulutusta. Omaisten kohtaaminen, tukeminen ja ajanvietto heidän kanssaan nousi tuloksissa merkittävällä tavalla esiin.

Fahiima Mahamuud & Waris Burale

Terminal care patient`s most common symptoms and care -a literature review

Year	2017	Pages	32
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor`s thesis was to get familiar with the previously studied knowledge on how the department of Palliative and Terminal care can carry out terminal care patient's symptoms treatment and what those symptoms are. The aim is to provide theoretical knowledge about the symptoms and treatment of a terminal care patient. The commissioner of the thesis is the Palliative and Terminal care department of the Espoo Hospital.

This Bachelor`s thesis was carried out as a literature review. Research material was applied from five different databases: Finna.fi, Medic, CINHALL, Elsevier (Science Direct) and PubMed. Manual data search was also performed from various databases and physically in the library. Data search produced five studies published in 2007-2017, which deal with the most common symptoms and treatment of the terminal care patient.

Patient care and skilled staff, as well as effective co-operation with close relatives, are prerequisites for a good death. Findings from the studies suggest that there are shortcomings in the treatment of palliative and terminal care patients. More training is needed in identifying and treating symptoms. Facing and supporting relatives as well as spending time with them stood out significantly in the results.

Keywords: Palliative care, Terminal care, Pain

Sisällysluettelo

1	Johdanto	6
2	Käsitteet	7
2.1	Palliatiivinen hoito	7
2.2	Saattohoito	7
3	Kipu	8
3.1	Kivun tyypit	9
3.2	kivun arviointi	9
4	Lääkkeellinen kivunhoito	10
4.1	Masennus- ja epilepsialääkkeet	12
4.2	Palliatiivinen sedaatio	12
5	Lääkkeetön kivunhoito	13
5.1	Fysio- ja toimintaterapeuttiset menetelmät	13
5.2	Musiikkiterapia	14
6	Muut yleisimmät oireet ja niiden hoito	15
6.1	Keskushermosto-oireet	15
6.2	Hengityshädistys ja muut hengitysoireet	15
6.3	Ruuansulatuskanavan oireet	16
6.4	Iho- ja turvotus oireet	17
6.5	Psykkiset oireet	17
7	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	18
8	Tutkimuksen toteutus	18
8.1	Tutkimusartikkelien valinta	19
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	21
9	Tulokset	21
10	Pohdinta	23
11	Lähteet	25
	Liite	30

1 Johdanto

Palliativista hoitoa tarvitsee Suomessa arviolta 30 000 henkilöä kuoleman lähestyessä ja lähi-vuosina saattohoidon tarve kasvaa. Varhain aloitettu palliativinen eli oireenmukainen hoito edistää potilaan aktiivista elämää ilman haittaavia oireita. Oireiden hallinta on keskeisin osa-alue saattohoidossa. (Käypä hoito 2012 & Saarto 2017)

Saattohoidolla tarkoitetaan, kun kuoleman ajankohta on ennustettavissa ja tapahtuu kuukau-sien, viikkojen tai päivien sisällä. (Valvira 2008) Saattohoito eroaa palliativisesta hoidosta siten, että palliativinen hoito saattaa kestää pidemmän aikaa kuin itse saattohoito. Palliatii-visen hoidon tarkoituksena on lievittää kipua, tuskaa, kärsimystä ja antaa tuke sairauden var-haisessa vaiheessa. Hoidon tavoitteena on hyvä ja kivuton loppuelämä. (Antikainen, Hänni-nen, Saarto & Vainio 2015, 9-11) Saattohoidon periaatteet ovat ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. (ETENE 2011, 11) Saattohoidon tavoitteena on kivuton ja arvokas kuolema. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 20- 21) Saattohoito on osa palliativista hoitoa, joka kulkee rinnakkain palliativisen hoidon kanssa. (Valvira 2008)

Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä aiempaan tutkittuun tietoon, miten osastolla voi-daan toteuttaa saattohoitopotilaan potilaan oireiden hoitoa ja minkälaista se on. Tavoitteena on tuottaa teorian tietoa saattohoitovaiheessa olevan potilaan oireista ja niiden hoidosta. Opinnäytetyössä tarkastellaan tarkemmin; kipua, kivun tyyppejä, kivun arviointia, lääkkeellis-tä ja lääkkeetöntä hoitoa sekä muita yleisimpiä oireita ja niiden hoitoa. Opinnäytetyö toteu-tetaan yhdessä Espoon sairaalan palliativisen ja saattohoito-osaston kanssa.

2 Käsitteet

2.1 Palliatiivinen hoito

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan palliatiivinen hoito on aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jossa parantumattomasti sairaalle potilaalle ja omaisille annetaan hoitoa, silloin kun sairaus etenee nopeasti eikä nähdä mahdollisuutta parantua. (WHO 2014, 5) Hoidon tarkoitus on lievittää kipua, tuskaa, kärsimystä sekä antaa henkistä tukea sairauden varhaisessa vaiheessa. Kärsimys jakautuu kolmeen osaan; fyysiseen, psykososiaaliseen ja eksistentiaaliseen kärsimykseen. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on suoda mahdollisuus hyvään, ja kivuttomaan loppuelämään. (Antikainen, Hänninen, Saarto & Vainio 2015, 9-11)

Palliatiivinen hoito on kehittynyt vuosien mittaan ja lääketieteen kehityksen myötä myöskin sen kehitys kasvaa. Maailmalla tämä hoitomuoto on kehittynein Isonsa-Britanniassa, siellä palliatiivisesta hoidosta tuli oma erikosalaksi jo vuonna 1987. (Antikainen ym. 2015, 9-11) Vuonna 2010 Economist Intelligence Unit:n julkaisemassa tutkimusraportissa Isonsa-Britanniassa oli maailman paras saattohoito taso. (The Economist Intelligence Unit 2015,6) Vuonna 2014 WHO:n Global Atlas of Palliative care at the end of life tutkimuksessa selviää, että 136 valtioissa eli noin 58%:ssa oli järjestetty palliatiivista tai saattohoitoa, vuonna 2006 samanlaisessa tutkimuksessa valtioita oli 115. Tutkimuksessa selviää myös, että 20 valtiossa palliatiivinen/saattohoito on kuuluu terveydenhuoltojärjestelmään, näistä 15 valtiota sijaitsee Euroopassa kuten; Suomi, Ruotsi, Norja, Tanska ja Islanti. (Antikainen ym. 2015, 20) Poliitikka, koulutus, lääkkeiden saatavuus ja päätöksien täytäntöönpanot ovat saattohoidon kehityksen keskeisiä kulmakiviä. (WHO 2014, 27- 30) hoidossa potilas ja hänen läheiset kohdataan yksilöllisesti kunnioittaen inhimillisiä arvoja; kuten ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja vastuullisuus. (ETENE 2001) Palliatiivinen hoito kuuluu saattohoitoon, mutta sillä ei ole tiettyä ajanjaksoa, vaan se on jatkuvaa. (Antikainen ym. 2015, 9-11)

2.2 Saattohoito

Saattohoito tarkoittaa hoitoa, kun kuoleman ajankohta on ennustettavissa ja se tapahtuu päivien viikkojen tai kuukausien sisällä. (Valvira 2008). Saattohoito eroa palliatiivisesta hoidosta siten, että saattohoidossa kuoleman ajankohta on ennustettavissa ja se tapahtuu päivien, viikkojen tai kuukausien sisällä, kun palliatiivinen hoito voi kestää useita vuosia. (Hänninen & Riikola 2012) Hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus ovat saattohoidon periaatteet. (ETENE 2011, 11)

Saattohoidon alkuperämaana pidetään Englantia. Vuonna 1967 Cicely Saunders perusti saattohoitopotilaille tarkoitetun hoitokodin Lontooseen, St. Christopher` s Hospicen, jossa tämänhetkinen hospice- toiminta lähti laajentumaan muualle maailmaan. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 19)

Saattohoitoon siirtyminen edellyttää lääketieteellistä päätöstä ja sen laatii yleensä hoitava lääkäri yhdessä potilaan kanssa. Hoitoon siirtyminen katsotaan olevan potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa mainittu tärkeä hoitopäätös. Hyvin laadittu Kirjallinen hoitosuunnitelma on hyvä perusta saattohoidon aloittamiseen (STM 2010, 6) Päätös saattohoitoon aloittamisesta tehdään, kun potilaalla on parantumaton sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa tai hänen eliniän ennustetaan olevan lyhyt. Jos potilas ei ole kykeneväinen tekemään päätöksiä omasta hoidostaan, tulee asiasta keskustella potilaan läheisten tai edunvalvojan kanssa. Potilasta siirrettäessä saattohoitovaiheeseen, tulee asiasta neuvotella potilaan ja hänen läheistensä kanssa tarvittaessa useita kertoja. Hyvän saattohoidon lähtökohtana on tunnistaa potilaan vointi ja eliniän ennuste sekä asianmukaisen hoitopäätöksen tekeminen. DNR-päätös tehdään kuoleman lähestyessä ja potilas siirretään palliatiiviseen hoitoon. (Hänninen 2006, 51) Myöhään tehty saattohoitopäätös hankaloittaa potilaan ja hänen omaistensa sopeutumista tulevaan kuolemaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78)

Oireenmukainen hoito on osa kuolevan hoitoa ja sen tehtävänä on auttaa potilasta ja hänen läheistensä kokonaisvaltaisesti. (Valvira 2008) Hoidossa potilaan kärsimyksiä lievennetään mahdollisimman hyvin. Hoidossa huomioidaan potilaan omat toiveet ja yritetään tehdä hänen elämänsä viimeisistä hetkistä mahdollisimman aktiivinen ja elämisen arvoinen. Tärkeintä on, että potilas ja hänen läheisensä saavat valmistautua lähestyvään kuolemaan mahdollisimman arvokkaasti ja turvallisesti. Potilasta hoidetaan olosuhteet huomioon ottaen mahdollisimman kivuttomasti, arvokkaasti ja kokonaisvaltaisesti elämän loppuun asti. On tärkeää kannustaa potilasta nauttimaan elämästä ja toteuttamaan niitä asioita, jotka ovat hänelle tärkeitä. Onnistuneeseen saattohoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä. (Heikkinen ym. 2004, 20-21)

3 Kipu

International Association for the study of pain (IASP) määrittelee kipua vastenmieliseksi tuntemukseksi, jonka tuloksena kudosta uhkaa vaurio tai kudosa on vaurioitunut. Tilaa, jossa potilas ei pysty sanomaan tai tuomaan esille kipua tuntemuksiaan on myöhemmin täydentänyt IASP:n kipu määritelmää. (International Association for the study of pain 2012) Valvira 2017 määrittelee kipua keston perusteella akuuttiseksi tai krooniseksi kivuksi. (Valvira 2017) Kipu on yksilöllinen kokemus eikä sen sijainti, voimakkuutta ja laatua pysty objektiivisesti mitata. (Iivanainen & Syväoja 2013, 78)

3.1 Kivun tyypit

Kipu jaetaan kudosisauriokipuihin, hermovauriokipuihin ja idiopaattisiin kipuihin. Nosiseptiivinen eli kudosisauriainen kipu johtuu aktivoituneista kipureseptoreista, jonka tuloksena on vaurioitumassa tai vaurioitunut kudos. Nosiseptiivisen kivun yleisimmät aiheuttajat ovat pitkäaikaiset tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet. Neuropaattinen eli hermoperäinen kipu liittyy hermovaurioon tai sairauteen ja se jaetaan kahteen osaan; perifeeriseen eli ääreishermostoperäiseen tai sentraaliseen eli keskushermostoperäiseen kipuun. Hermoperäisen kivun oireita on tuntuu puutokset ja herkistyminen. Neuropaattisen kivun yleisimmät aiheuttajat ovat selkäydinvammat, hermovauriovammat, neurologiset vammat, diabetes ja vyöruusutulehdus. Idiopaattisen kivun aiheuttaa muu kuin kudos- tai hermovaurio ja kivun aiheuttaja on tuntematon. Yleisin idiopaattisen kivun aiheuttaja on Fibromyalgia eli krooninen kipuuupumusoireyhtymä. (Antikainen ym. 2015, 47; Bachmann & Haanpää 2008, 142- 143; Haanpään, Kalso & Vainio 2009, 1154- 56; Käypä hoito 2017)

Suomen kipututkimusyhdystys ja Valvira 2017 määrittelevät kroonista kipua tilaksi, jossa kipu on kestänyt vähintään 3 kuukautta tai kauemmin kuin vahingoittuneen kudoksen tai hermovaurion paranemisajan. (Haanpää, Hagelberg, Hannonen, Liira & Pohjolainen 2013, 4 & Valvira 2017) Kivun tuottaman sairauden tai kivun on jatkuttava yli 6 kuukautta, jotta sitä voi kutsua krooniseksi kivuksi. (Paakkala 2017) "Chronic multisite pain in major depression and bipolar disorder" vuonna 2015 laajamittaisessa puhelinavusteisessa eurooppalaisessa tutkimuksessa selvitettiin kroonisen kivun vakavuutta, esiintyvyyttä, hoitoa ja vaikutusta 15 eurooppalaisessa maassa ja Israelissa. Tutkimuksesta selviää, että 19% aikuisilla oli kuusi kuukautta kestänyttä kipua (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, Gallacher, 2006) "Chronic pain & poor self-rated health" Suomalaisessa tutkimuksessa 35% aikuisista kärsii kroonisesta kivusta ja tämä kipu oli kestänyt vähintään kolme kuukautta. Kroonisista kivuista kärsii päivittäin 14%. (Mäntyselkä, Turunen, Ahonen & Kumpusalo, 2003) Krooninen kivun yleisin aiheuttajat ovat TULES-sairaudet eli tuki- ja liikuntaelinsairaudet. (Haanpää ym. 2013,4)

3.2 kivun arviointi

Kipu on yksilöllinen tuntemus, jota koetaan eri lailla, sen vuoksi kipua arvioitaessa tärkeintä on kuunnella potilaan tuntemuksia, sillä potilas on itse asiantuntija tässä asiassa. Kunnioittava asenne potilaan oireita kohtaan on tärkeää ja se välittää potilaalle luottamuksellista sekä empaattista tunnetta. (Haanpää ym. 2013,13) Kipua voi arvioida etukäteen pyytämällä potilas täyttämään kipukyselylomakkeen tai pitämällä päiväkirjaa kivuistaan. Kliinisessä tutkimuksessa kuunnellaan potilasta tarkkaan ja havainnoidaan potilaan psyykkistä vointia sekä miten suhtautuu kipuun puhuessaan siitä. Potilasta kuunneltaessa kiinnitetään huomiota potilaan

sanoihin, jotka kuvaavat kipua ja sen luonnetta. Kiputilannetta kartoittaessa on hyvä selvittää miten potilas pärjää jokapäiväisessä elämässä ja miten kipu vaikuttaa esim. liikkumiseen, peseytymiseen, pukeutumiseen, ruoan laittamiseen ja yms. asioihin. Myös potilaan käyttämät apuvälineet selviytyä päivittäisistä toiminnoista on tärkeää selvittää. (Antikainen ym. 2015, 51)

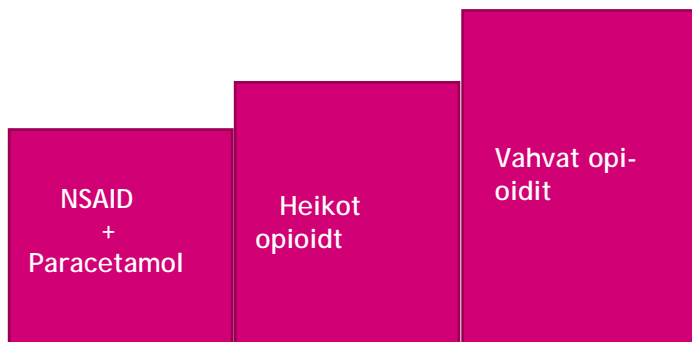
Kipuun liittyy usein myös psyykkisiä oireita. Kipu, masennus ja unettomuus ovat yhteydessä toisiinsa, sillä kipu alentaa toimintakykyä huomattavasti mikä altistaa masennukseen. (Cullen, Deary, Evans, Gallagher, MacIntosh, Mackay, Mair, Martin, Nicholl, Pell, Roberts, Smith & UI-Haq, ym. 2014) Hoitohenkilökunta arvioi potilaan kipua havainnoimalla potilaan yleisvointia ja käyttäytymistä, kun potilas ei pysty numeraalisesti ja sanallisesti tuomaan kipujaan esille. Kipua on arvioitava tarpeen mukaan, säännöllisesti, ennen lääkkeen ottoa ja sen jälkeen. Lääkkeen oton jälkeen on tärkeää seurata onko lääkkeelle vastetta kipuun. (Antikainen ym. 2015, 52)

Kivun mittauksessa käytetään erilaisia kipumittareita, kertomaan kivun voimakkuudesta ja luonteesta. Yleisimmät käytetyt kipu mittarit ovat: VAS-jana (visual analog scale), NRS-asteikko (numeral rating scale) ja VRS-asteikko (verbal rating scale). (Antikainen ym. 2015, 53 & Käypä hoito 2017)

4 Lääkkeellinen kivunhoito

Lääke on valmiste, joka koostuu yhdestä tai useammasta lääkeaineesta. Lääkkeen tarkoitus on lievittää, parantaa ja ehkäistä sairautta. Lääkettä voi käyttää ulkoisesti tai sisäisesti. (Fimea 2014, Lääkelaki (395/19873 §) & Finlex asetus lääkkeiden määräämisestä 1088/2010) Lääkkeellinen hoito on hyvin tehokas, kun siihen yhdistää lääkkeettömät hoitomenetelmät. Kipulääkitys valitaan yksilöllisesti huomioiden jokaisen potilaan tarpeet kuten; potilaan sairaus, tausta, kipukohta, muut sairaudet, riskitekijät ja psykososiaalinen tilanne. (Käypä hoito 2017) Lääkehoidon valintaan vaikuttaa kipudiagnoosi. Kipulääkkeiden tavoitteena on lievittää kipua, tuskaa, kärsimystä parantaen toimintakykyä ja kohentaen elämänlaatua. Kipulääkettä määrätessä on huomioitava potilaan liittyvät muut riskit kuten; korkea ikä, sairaus, munuaisen toiminnan häiriöt sekä muut lääkkeet ja niiden yhteisvaikutus. (Hänninen 2003, 87- 93)

Alkuperäinen WHO:n julkaisema kivunhoidon porrastus koostuu kolmesta portaasta; tulehduskipulääkkeistä Paracetamol mukaan lukien, heikoista ja vahvoista opioideista. (WHO 1996, Hänninen 2003, 89). Kuvassa 1 on kuvattuna tulehduskipulääkkeet, jotka ovat WHO:n julkaiseman kivunhoidon porrastuksen ensimmäinen porras.



Kuva 1. Jäljitelmä WHO:n kivunhoidon porrastussuunnitelma (1996)

Kivunhoito tulisi aloittaa ensin tulehduskipulääkkeillä, jonka jälkeen siirrytään asteittain vahvempiin kipulääkkeisiin. Tulehduskipulääkkeet käytetään lievissä kivuissa ja luustokivuissa. Sen lisäksi niitä voi käyttää vahvempien lääkkeiden rinnalla. Tulehduskipulääkkeet vähentävät opioidien tarvetta, kun ne käytetään yhdessä rinnakkain. (Hänninen 2003, 88-92) Pitkään ja säännöllisesti käytettyinä tulehduskipulääkkeillä on vakavat haittavaikutukset kuten; maksavaurio, ruoansulatuskanavan haavat ja häiriöt, munuaisten toiminnanhäiriöt, verenkiertoelimistön haitat, keskushermosto- ja keuhkohäiriö. (Käypä hoito 2009) Haittavaikutuksien vähentämiseksi potilaille määrätään vatsansuojälääkitys, jota annostellaan ensisijaisesti suun kautta ja tarvittaessa suonensisäisesti. (Hänninen 2003, 124)

WHO:n toiseen, kolmanteen ja neljänteen portaaseen siirrytään, kun tulehduskipulääkkeistä ei ole enää hyötyä. Kuvassa 2 on WHO:n myöhemmin muokattua portaikkoa. Portaikkoon on lisätty heikkojen ja vahvojen opioidien väliin ylimääräinen porrastus.



Kuva 2. WHO:n muokattua portaikkoa

Tulehduskipulääkkeiden rinnalla aloitetaan opioidi, jolla saadaan hyvä kipuvaste. Vargas-Schafferin vuonna 2010 julkaisemassa artikkelissa selviää, että ylimääräinen porrastus on merkittävä kivunhoidossa. Kolmannen portaan kipulääkitys vaikuttaa syöpäkipuun, krooniseen

kipuun, joka ei aiheudu syövästä ja neuropaattiseen kipuun. (Vargas-Schaffer 2010; Cogan & Vargas-Schaffer 2014)

IASP:n ”Aika muokata WHO:n tikapuut?” artikkelissa korostuu kivunhoitoportaiden tärkeys syöpäkivun hoidossa. Syöpäkivun hoidon tulokset näkyvät maailmanlaajuisesti. Toisen portaan käyttö voi olla välittämön. Parempia tuloksia on saatu, kun on siirrytty suoraan vahvoihin opioideihin. (IASP 2005) Opioideit vaikuttavat pääasiassa keskushermostoon kautta ja ne jaetaan kolmeen osaan; heikkoihin, keskivahvoihin ja vahvoihin opioideihin.

Keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet valitaan kivun voimakkuuden ja sairauden vuoksi juuri siihen sopiva kipulääke. Saattohoitopotilaille opioidi hoito aloitetaan rutiinisti ja ajoissa.

Opioideit joudutaan vaihtamaan jatkuvasti toisesta toiseen ja tämä tunnetaan opioidirotatio-
na. Kivun lisäksi opioideit helpottavat hengenahdistusta, josta useimmat potilaat hyötyvät.

Vahvoilla kipulääkkeillä on kuten kaikilla muillakin lääkkeillä haittavaikutuksensa, niistä yleisimmät ovat; tokkuraisuus, väsymys, ummetus, pahoinvointi, sekavuus ja huimaus erityisesti vanhuksilla. Isoina määrinä käytettynä vahva opioidi voi lamata hengityksen. (Hamunen 2012 & Hänninen 2003, 89; Haanpää ym. 2009, 204- 205) Kivun hoidon perussäännöt ovat; vaikuttavuus, mutkaton toteutus, säännöllinen ja tasainen lievitys pitkävaikutteisella lääkkeellä, huippukivun hoito nopeavaikutteisella lääkkeellä, haittavaikutuksien vähentäminen ja kivun seuranta ja arviointi. (Kalso & Vuorinen 2007)

4.1 Masennus- ja epilepsialääkkeet

Kroonisessa kivunhoidossa käytetään trisyklisiä masennuslääkkeitä, etenkin hermovaurio kivunhoidossa, lisäksi masennuslääkkeet vaikuttavat tehokkaasti kipuihin, jotka ilmenevät; aivoverenkierron jälkeen, diabeettisessa neuropatiassa, reumassa, fibromyalgiassa, kroonisessa selkäkivuissa ja syöpäkivuissa. Masennuslääkkeiden teho ei perustu depressio sairauteen. Masennuslääkkeet aloitetaan pienillä annoksilla, joita nostetaan asteittain, kunnes saadaan hyvä vaste. Sydämen tiheälyöntisyys, alahainen verenpaine, väsymys, unihäiriöt, sekavuus ja ikäihmisillä pelot ja hypomaniat eli vauhdikkuus ovat yleisimmät haittavaikutukset masennuslääkkeiden käytössä. Epilepsialääkkeet auttavat hermovauriokipuihin, jotka ovat viiltäviä ja sähköiskunmaisia. Epilepsialääkkeitä käytetään lievittämään kipuja, jotka liittyvät kolmoisheramosärkyyn, migreeniin, diabeettiseen neuropatiaan ja kasvaimiin kuten; rinta- ja keuhkosityöpiin. (Haanpää ym. 2009, 204- 206)

4.2 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan nukuttamista tai tajunnan tason laskemista tahallisesti, kun potilaan oireet muuttuvat sietämättömiksi ja hallitsemattomaksi ja potilas kärsii. Sedaatiolla ei pyritä tuottamaan kuolemaa, tavoitteena on kivuton, rauhallinen ja ih-

misarvoinen kuolema. Lääkäri tekee yhdessä potilaan kanssa päätöksen sedaatiosta ottaen läheiset huomioon. Sedaatiota voidaan käyttää väliaikaisesti tai viimeisinä päivinä ennen kuolemaa. Kun potilas ei kykene tekemään päätöstä, voi lääkäri toimia potilaan parhaaksi ja tehdä päätöksen. Sekavuus, levottomuus, hengenahdistus, vuodot, paniikkihäiriö, pelot ja unettomuus ovat hoidon sivuvaikutuksia. Hoitavalla lääkärillä on oltava tieto ja kokemus palliativisesta sedaatiosta, sillä oikein ja turvallisesti käytetty sedaatio on yhtä hyvä ja tehokas kuin opioidit. Kevyt uni on niin, ettei potilas lääkärin on suotavaa olla paikalla. Sedaation aikana potilasta tarkkaillaan ja hoidetaan sekä dokumentoidaan kaikki sedaatioon liittyvät asiat potilaan tietoihin. (Hänninen 2008, 2208)

5 Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeetöntä ja lääkkeellistä kivunhoitoa voidaan käyttää rinnakkain. Lääkkeettömän hoidon tavoitteena on toimintakyvyn palautuminen ja kivun lievitys. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat helppoja ja kaikkien saatavilla. Potilaalle on tärkeää antaa riittävästi tietoa kivusta, hoidosta ja ohjauksesta. Moniammatillinen työryhmä osallistuu tarvittaessa potilaan lääkkeettömän kivunhoidon suunnitteluun, jossa kartoitetaan potilaalle sopivat erilaiset hoito- ja selviytymiskeinot. (Haanpää ym. 2013, 18- 20, Käypä hoito 2017)

5.1 Fysio- ja toimintaterapeuttiset menetelmät

Fysioterapeutit ovat yksi monista asiantuntijoista, jotka työskentelevät vuodeosastoilla ja monissa julkisen sektorin paikoissa. Toimintakyvyn, liikuntakyvyn, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen ja vahvistaminen ovat fysioterapeutin tavoitteet. Fysioterapeutti on tärkeässä asemassa saattopotilaan hoidossa, jotka hyötyvät esim. terapeuttisesta harjoittelusta. Terapeuttisessa harjoittelussa käytetään tiettyjä liikkeitä tai toimintaharjoituksia, joiden avulla yritetään vaikuttaa henkilön toimin kykyyn parantamalla kehossa olevia vajavuuksia sekä poistamalla esteitä ja rajoituksia ja tavoitteena on kivuttomaan toimintakykyiseen tilaan palaaminen. Fysioterapia harjoitteilla estetään tapaturmia ja kaatumisia. Tasapaino- ja voimaharjoittelut estävät kaatumisia varsinkin ikäihmisten keskuudessa. Saattohoitopotilaat hyötyvät monenlaisesta fysioterapiasta kuten; tasapaino- ja voimaharjoitteluista, venytysharjoitteista, ergonomiasta, asento-ohjauksesta ja hieronnasta. (Häänpää ym. 2009, 389- 392) Saattohoitopotilaat saattavat tarvita liikkumiseen apuvälineitä, jotka helpottavat selviytymään päivittäisistä rutiinitoiminnoista. Peseytyminen, pukeutuminen ja riisuminen, siirtyminen ruokailemiseen, liikkuminen ja siirtyminen ovat asioita, joita jokainen suorittaa päivittäin ja useasti. Fysioterapeutit ovat vahvassa asemassa oikeanlaisen apuvälineen valitsemisessa. Vuodeosastoilla saatetaan tarvita moniammatillisen tiimin yhteistyötä ennen kuin valitaan potilaalle apuväline. Apuväline valitaan yksilöllisesti potilaan tarpeen mukaan. (Arokoski, Mikkelsso,)

Pohjolainen & Viikari-Juntura 2015, 452- 458) Toimintaterapian tavoitteena on järjestää potilaille toiminta- ja työmuotoisia terapioidia, jotka vahvistavat motorista suoriutumista ja erilaisten aistien käyttämistä kuten; näkö, kuulo ja tuntoaistit. Toimintaterapialla vahvistetaan muistia, älyllistä, kielellistä ja tahdonalaisia liiketoiminto häiriöitä. (Arokoski ym. 2015, 401-413)

Fysio- ja toimintaterapeuttisena menetelmänä voidaan myös käyttää kylmä ja lämpöhoito. Kylmähoito on helppo ja turvallinen hoitomenetelmä akuutissa, pitkittyneissä pehmytkudosvammoissa ja muissa TULES-vammojen akuutissa hoidossa käytettävä hoitomuoto, jonka tavoitteena on vähentää turvotusta, kudosaaurion kipua ja palauttaa toimintakykyä kudosaaurion jälkeen. Kylmähoitoa voidaan käyttää kylmäpakkauksina, kylmäpyyhkeinä, geelinä, kylmähierontana, pakastepakkauksina ja etyylikloridina. Kylmähoidon vaikutus perustuu siihen, että lihakset rentoutuvat, kun lämpötila alenee kudoksissa. Hermovammat ja paleltumavammat ovat yleisimmät kylmähoidon haittavaikutukset, kun sitä on pitkään käytetty. (Airaksinen, Grönblad, Kolari, Kouri, Kyrklund & Latvala 2003, 134- 136)

Lämpöhoitoon juuret ovat hyvin vanhat ja ulottuvat lääketieteen oppi-isä Hippokrateen aikoihin eli ennen 377eKr. Lämpöhoitoon tavoitteena on verenkierron vilkastuminen, kudoksen venyminen ja lihasjännityksen laukaiseminen. (Airaksinen & Arponen 2015)

5.2 Musiikkiterapia

Musiikkiterapia on nouseva interventio palliatiivisessa hoidossa maailmanlaajuisesti ja sen vaikutuksista on jatkuvasti lisääntyvää näyttöä. (Zacheus 2017,12)

Suomen musiikkiterapiayhdistyksen mukaan musiikkiterapia tarkoittaa kuntoutus- ja hoitomuotoa, jossa musiikin eri elementtejä ovat rytmi, harmonia melodia, äänensävy, dynamiikka. Musiikkiterapiaa käytetään kanssakäymisen keskeisenä apukeinona yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Sitä käytetään kokonaishoidon osana muiden hoitomuotojen ohella sekä pääasiallisena hoitomuotona. Terapia sopii kaiken ikäisille ja se toteutetaan yksilö- tai ryhmäterapiana. Musiikkiterapian menetelmät ovat esimerkiksi musiikin soittaminen, laulaminen, kuuntelu, improvisointi ja musiikin tahtiin liikkuminen. Psykkisten, fyysisten, neurologisten ja sosiaalisten sairauksien ja oireiden hoidossa musiikkiterapialla voidaan saavuttaa myönteisiä tuloksia. Musiikkiterapian systemaattinen eli järjestelmällinen käyttö Suomessa alkoi 1960-luvulla. (Suomen musiikkiterapiayhdistys 2015.)

Terapeuttisesti käytetty musiikki tukee ihmistä ilmaisemaan itseään, virkistymään tai helpottamaan levottomuutta. Musiikin kuunteleminen rentouttaa alentamalla sykenopeutta, verenpainetta ja hengitystihyettä. (Zacheus 2017, 12) Lempimusiikin kysyminen voi olla positiivinen kokemus, joka vahvistaa hoitosuhdetta. (Laitinen 2008, 29)

6 Muut yleisimmät oireet ja niiden hoito

6.1 Keskushermosto-oireet

Delirium eli sekavuusoireyhtymä on yleisin kuolevan potilaan neuropsykiatrinen komplikaatio. Delirium on aivotoiminnan häiriö, joka liitetään somaattisiin sairauksiin tai kemiallisten aineiden käyttöön. Nestetasapainonhäiriöt, leikkausten jälkitilat, aliravitsemukset, myrkytykset, lääkkeet, alkoholi, päihteet, korkea ikä, stressi, kipu, univaje ja ympäristö yhdistetään sekavuustilahäiriöön. Taudin varhainen tunnistaminen ja hoitaminen parantavat huomattavasti potilaan vointia, hoitamatta jättäminen pahentaa ennustetta ja voi aiheuttaa kuoleman. Sekavuustila hoidetaan järjestämällä potilaalle rauhallinen ja turvallinen hoitoympäristö. Hoidon kannalta on tärkeää tunnistaa sekavuustilan aiheuttaja tai siihen altistavat tekijät ja puuttua niihin. (Antikainen ym. 2015, 170 & Huttunen 2016)

Neurokognitio eli henkinen suorituskyky on hermoverkkojen toiminta. Hermoverkkojen vauriot aiheuttavat erilaisia oireita riippuen vaurioalueesta. Oireet saattavat olla samanlaisia, vaikka vauriot olisivat eripuolilla hermoverkkoa. Vireystila heikkenee, tiedonkäsittelyjärjestelmä vaurioituu, toiminnan ohjaus ja tunne-elämä häiriintyvät neurokognitiossa, vireystila näkyy väsymyksenä ja unirytmä on sekava. Tiedonkäsittelyn häiriössä puheen tuottaminen, ymmärtäminen tai tekstin lukeminen vaikeutuu. Siihen liittyy myös neglect ilmiö, vasemman puolen halvaustila, jossa potilaalla voi esiintyä näkökenttä puutoksia. Vireystilahäiriö hoidetaan uni- ja epilepsialääkkeillä. Tiedonkäsittelyn häiriössä puheen tuottamisessa potilasta täytyy tukea ja antaa aikaa. Hitaasti ja selkeästi puhuminen helpottaa puheen ymmärtämistä. Näkökenttäpuutoksen vuoksi, potilaalle järjestetään tavarat niin, että pystyy näkemään oikealle puolelle esim. ruokaillessa. Bentsodiatsepiinit ja epilepsia lääkkeet lievittävät tunne-elämän säätelyhäiriön oireita kuten; unettomuutta, ahdistusta ja paniikkihäiriötä. (Antikainen ym. 2015, 179)

6.2 Hengityshädistys ja muut hengitysoireet

Hengityshädistys on yleinen vaivaa kuoleville ja vakavia sairauksia sairastaville potilaille. Hengenahdistukseen liittyy epämiellyttävä tunne. (Antikainen ym. 2015, 92) Hengenahdistuksen taustalla ovat fysiologiset ja psykologiset tekijät. Fysiologisiin tekijöihin kuuluvat aineenvaihdunnalliset- ja hematologiset muutokset, lihasvoiman väheneminen, hengitysteiden ahautuminen, nestekertymät, liman erityys, sydämen toimintaan liittyvät tekijät. Psykologisiin tekijöihin liittyy tukehtuminen, hengityksen lakkaaminen ja kuolema. (Hänninen 2003, 134) Hengenahdistusta lievennetään opioideilla, happihoidolla, rentoutushoidolla ja inhaloidulla keittosuolaliuoksella. (Hänninen & Riikola 2012) Asentohoitoja erityisesti puoli istuva-asento helpottavat hengenahdistusta. (Korhonen & Puokka 2013, 445)

Yskä ja limaisuus aiheuttavat hengitysteiden ahtautumista ja ärsyyntymistä sekä sydämen vajaatoimintaa. Lisääntynyt yskä ja limaneritys kuuluvat kuolevan potilaan oireisiin. (Hänninen, Kannel, & Latvala 2004, 61) Heikkokuntoisilla potilailla liman ja syljen erityys on normaalia ennen kuolemaa. (Hänninen ym. 2004, 61). Lääkityksellä voidaan helpottaa liman ja syljen eritystä. (Korhonen ym. 2013, 445)

Hikka on pallean yhtäkkistä tahdosta riippumatonta kouristusta ja se aiheuttaa ääniraon sulkeutumista. Kuolevan potilaan yleisimmät hikan aiheuttajat ovat pallean ärsytys, metaboliset syyt hypokalemia eli veren alhainen kaliumpitoisuus tai hyponatremia eli veren alhainen suolapitoisuus infektio tai keskushermostoperäiset syyt. Tietyt lääkkeet, kuten deksametsoni voivat altistaa hikalle. Pitkittynyt hikka on epämiellyttävä ja hoitoa vaatia oire. Lääkehoidosta saattaa olla helpotusta, mutta hoitojen tehoista ei ole riittävästi näyttöä. (Käypä hoito 2012) Sairauden tuomat muutokset, kuten hengityshädistys ja liman erityys on syytä kertoa omaisille hyvissä ajoin, sillä se helpottaa heidän huoltaan potilaasta. (Hänninen ym. 2004, 61)

6.3 Ruuansulatuskanavan oireet

Ruoansulatuskanavan vaivat johtuvat potilaan taudista, taudin hoidosta tai eri psykososiaalisista syistä. Ruuansulatuskanavan oireita usein ali diagnosoidaan ja ali hoidetaan, koska oireisiin käytettävien hoitojen tehosta ei ole varmaa näyttöä tai se on vaillinaista. (Hänninen 2003, 152) Käypä hoito 2012 mukaan pahoinvoinnista kärsii 60% potilaista ja oksentelusta 30%. Oireiden hoidon kannalta on hyvä selvittää pahoinvoinnin aiheuttaja ja lievittää pahoinvointia. Pahoinvointi ja oksentelu heikentävät potilaan elämänlaatua mutta lääkehoidolla voidaan lievittää ja hoitaa oireita. (Antikainen ym. 2015, 132- 133 & Käypä hoito 2012) Ummetus tarkoittaa tilannetta, jossa suoli toimii alle kolme kertaa viikossa. (Hänninen & Riikola 2012) Ummetus on yleinen oire kuoleville potilaille. Ummetusta aiheuttavat vahvat kipulääkkeet, huono ruokahalu, vähäinen nesteen saanti ja liikkumattomuus. (Hänninen 2003, 163; Hänninen & Rahko 2013) Laksatiiveja suositellaan käytettäväksi saattohoitopotilaan ummetuksen hoidossa suolen vetovaikeshäiriöiden ja vähäisen nesteen saannin vuoksi. Saattohoidossa olevalla potilaalla ripuli on epätavallisempi oire kuin ummetus. Ummetuslääkkeet, suolitukos, ohivirtausripuli, imeytymishäiriöt tai infektiot ovat ripulin yleisimmät aiheuttajat. (Käypä hoito 2012)

Erilaiset kiputilanteet, toimintahäiriöt, nielemisvaikeudet, aliravitsemus, lääkkeet, pahoinvointi, oksennus, lima ja erilaiset hoitotoimenpiteet saattavat altistaa suun ongelmille ja potilaan voi olla vaikea keskittyä hoitamaan suutaan. Tämän vuoksi on hyvä avustaa potilasta huolehtimaan suunhoidosta ja tarvittaessa ohjaamaan suuhygienistille tai hammaslääkärille. Kuivaa suuta voi hoitaa kostuttamalla vedellä, voiteella tai geelillä. Sieni-infektiot hoidetaan sienilääkkeillä ja suun alueen kipua kipulääkkeillä. (Antikainen ym. 2015, 116 & Hänninen

2015, 47) Dysfagiolla eli nielemisvaikeudella tarkoitetaan tilaa, jossa on vaikeutunut tai ei onnistu lainkaan ravinnon tai nesteen kulkeutuminen suusta mahalaukkuun. Ruoan hienontaminen suussa ja nieleminen vaikeutuvat saattohoitopotilailla sairauden loppuvaiheessa, kun yleisvointi heikkenee. Dysfagia liitetään neurologisiin, lihasperäisiin häiriöihin, suun ja kaulan alueen syöpiin. Nielemisvaikeutta helpotetaan tarjoamalla potilaalle hienonnettua, pehmeää, soseutettua tai sakeutettua ruoka- ja juoma-aineita. (Antikainen ym. 2015, 115; Hänninen 2003, 172 & Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry 2017) Läheiset osoittavat usein hellyyttä tuomalla potilaalle ruokia, makeisia tai syöttää potilaat vasten heidän tahtoaan. (Hänninen 2015, 16)

6.4 Iho- ja turvotus oireet

Suurin osa iho-oireista on näkyviä ja tästä syystä ne aiheuttavat monesti sosiaalista eristäytymistä. Potilailla on usein myös psykologisia ongelmia, koska iho-oireet voivat aiheuttaa hajuja, eritystä ja ruumiinkuvan muutosta. Kutina, etäpesäkkeisiin liittyvät haavaumat, painehaavaumat, ihoinfektiot ja hikoilu ovat kuolevan potilaan tavallisia iho-oireita. Pahimmillaan oireet voivat vammauttaa potilaan ja aiheuttaa merkittäviä vaivoja. (Hänninen 2003, 188) Saattohoitopotilaan tavallisimmat haavatyypit ovat etäpesäkkeistä johtuvat haavaumat, painehaavaumat, valtimoperäiset haavaumat ja trauman jälkeiset haavat. Pahanlaatuiset haavat eivät normaalisti parane, jos ne liittyvät syöpään. Haavan kivun tyypit jaetaan kudonvaurio- ja hermovauriokipuihin. (Käypä hoito 2012) Kutina jaetaan neljään muotoon iholähtöinen, neuropaattinen, neurogeeninen ja psykogeeninen. Kun kutina yleistyy syy saattaa olla syöpään liittyvä paraneoplastinen eli syöpäkasvaimen aiheuttama. Saattohoitopotilailla kutinan oireita aiheuttaa kuiva iho ja se hoidetaan vähentämällä vesipesuja rasvaamalla ihoa. (Hänninen & Rahko 2013, 433-9)

Raajojen turvotus on tavallinen oire, kun syöpä on edennyt pitkälle. Turvotuksen aiheuttaja on monisyinen ja se tulee hoitaa lääkkeillä tai lääkkeettömin keinoin. Kivun hallinta ja ihon rasvaaminen infektion välttämiseksi on turvotuksen hoidossa ensisijainen. Nesteenpoistolääkkeistä on vaikutusta turvotuksen hoidossa ja niiden käyttö tulee lopettaa, jos turvotus ei laske 3-4 vuorokauden sisällä. (Hänninen ym. 2013 433-9)

6.5 Psykkiset oireet

Masennus, ahdistus, paniikkihäiriö, unihäiriö ja vireystilan häiriö ovat tavallisimmat psykkiset oireet. Psykkisiin oireisiin altistaa sairaudet, suru, menetykset ja pelot. Syöpädiagnoosin tai muun järkyttävän diagnoosin saaminen ja kuoleman lähestyminen voivat laukaista oireita, sillä potilaat luopuvat fyysisestä hyvinvoinnista, riippumattomuudestaan, autonomiastaan,

rooleistaan, ihmissuhteistaan, ystävistään, perheestään, seksuaalisuudesta, minä kuvastaan ja tulevaisuudestaan. (Hänninen 2015, 44) Hoidon kulmakiviä ovat oireiden tunnistaminen ja säännöllinen keskusteleminen. Oireita voidaan lievittää psykoterapia- ja lääkehoidoilla. (Antikainen ym. 2015, 218 & Käypä hoito 2017) Psykoterapian ja lääkehoidon lisäksi potilaalle tarjotaan hengellistä tukea. Kuolemaan liittyy uskonto, kulttuuri ja on yksilöllinen asia, joka on merkityksellinen jokaiselle. Kuolevalle on annettava mahdollisuus käsitellä elettyä elämää, menetyksiä sekä lähestyvän kuoleman hyväksymistä. (Antikainen ym. 2015)

7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on perehtyä aiempaan tutkittuun tietoon, miten osastolla voidaan toteuttaa saattohoitopotilaan oireiden hoitoa ja minkälaista se on. Tavoitteena on tuottaa teoretietoa saattohoitovaiheessa olevan potilaan oireista ja niiden hoidosta. Opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Espoon sairaalan palliatiivisen ja saattohoito - osaston kanssa. Opinnäytetyö aloitettiin syyskuussa 2017 ja työn on tarkoitus valmistua joulukuussa 2017.

Tutkimuskysymyksiksi valikoitui:

1. Millaisia oireita saattohoidossa olevalla potilaalla yleisimmin ilmenee?
2. Miten saattohoidossa olevan potilaan oireita hoidetaan?

8 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyö tehdään kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuus on tutkimustekniikka, jonka avulla haetaan vastausta tutkimuskysymykseen. "Kirjallisuuskatsauksella tehdään tutkimus tutkimuksista." (Salminen 2011,4) Kirjallisuuskatsauksessa perehdytään tarkasti aiheeseen, joka on rajattu hyvin tarkasti ja kootaan aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset. Kokoamalla tutkimukset yhteen hahmotetaan, miten paljon kyseistä aihetta on tutkittu ja samalla saadaan tietää tutkimuksissa käytetyistä menetelmistä ja niiden sisällöstä. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellyttää, että aihe on tutkittu aiemmin. Kirjallisuuskatsaus voi tarkoittaa laajaa tutkimuskokonaisuutta tai kahden tutkimuksen yhteiskäsittelyä. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007, 2-3.)

Tämä opinnäytetyö tehdään narratiivista kirjallisuuskatsaus menetelmää käyttäen. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on perustyyppistä käytetyin kirjallisuuskatsaustyyppi. Tavoitteena on saada laaja kuva käsiteltävästä aiheesta tai kuvailta aiheen historia ja kehitystä. (Salminen 2011,5-7)

8.1 Tutkimusartikkelien valinta

Tiedonhaku suoritettiin syksyllä 2017 teoreettista viitekehystä koottaessa. Tiedonhakuprosessi käynnistettiin Laurean yleisen opinnäytetyön tiedonhankinnan työpajalla. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koottiin oppikirjoista, hoitosuosituksista, artikkeleista ja alan kirjallisuudesta. Taulukossa 1 on esitettyä tutkimusartikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • julkaisuajankohta 2007- 2017 • tutkimusten tulee vastata vähintään yhteen tutkimuskysymyksistä • tutkimuksen kieli on suomi tai englanti • tutkimukset + artikkelit ovat ilmaiseksi saatavilla • aikuispotilas • länsimaalaiset tutkimukset + artikkelit 	<ul style="list-style-type: none"> • maksulliset tutkimukset + artikkelit • opinnäytetyöt • lapsipotilas • julkaisuajankohta ennen vuotta 2007 • ei vastaa tutkimuskysymyksiin • muu kuin suomen - tai englanninkieliset tutkimukset + artikkelit • ei länsimaalainen tutkimus tai artikkeli

Taulukko 1: sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Tiedonhaun sisäänottokriteereinä olivat tutkimukset ja artikkelit, jotka käsittelevät saattohoidossa olevia aikuisia potilaita ja vastaavat vähintään yhteen tutkimuskysymyksistä. Tutkimus tai artikkeli tulee olla länsimaalainen ja saatavilla ilmaiseksi. Tutkimusten tai artikkeleiden julkaisukieli on suomi tai englanti ja julkaisuajankohta 2007- 2017. Poissulkukriteereinä olivat maksulliset artikkelit tai tutkimukset, lapsipotilaat ja ennen vuotta 2007 julkaistut tutkimukset tai artikkelit. Tutkimus tai artikkeli ei vastaa yhteen tutkimuskysymykseen tai ei ole länsimaalainen.

Edellä kuvatuilla kriteereillä toteutetut tiedonhaun tulokset käytiin ensin läpi otsikkotasolla. Tämän vaiheen jälkeen luettavaksi valittiin ne julkaisut, joissa tiivistelmän perusteella aihetta käsiteltiin. Tiivistelmän perusteella valikoituneet tutkimukset luettiin ja lopullisesti valittiin viisi tutkimusta analysoitavaksi.

Tutkimusaineistoa kerättiin seuraavista viidestä suomalaisista tai kansainvälisistä tietokannoista. Finna.fi, Medic, CINHALL ja Elsevier (Science Direct) ja PubMedistä. Näiden lisäksi suoritettiin manuaalinen tiedonhaku erilaisista tietokannoista ja fyysisesti kirjastossa. Tutkimus-

haussa otettiin huomioon taulukossa 1. määriteltyjä sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Tiedonhakuprosessi on esitetty taulukossa 2.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Hyväksytyt tiivistelmän mukaan	Lopullisesti hyväksytyt
Finna.fi	saattohoi* OR palliat* NOT Laps*	2007-2017 Gradut & väitöskirjat	56 (2007- 2017)	6	5
Medic	saattohoi* AND Palliativinen hoito NOT Lapset	2007-2017 Tutkimukset	87	0	0
PubMed	WHO analgesic ladder	2007-2017	275	2	0
CINAHL	terminal care AND nursing aspects terminal care AND death symptoms	2007-2017 Academic Journals (research articles)	23 21	0 0	0 0
Elsevier(Science Direct)	"terminal care" AND nursing	2007-2017 Academic journals & research articles)	15	0	0

Taulukko 2: Hakusanat ja rajaukset

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettavaa, silloin kun tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Käytäntöihin kuuluu avoimuus ja vastuullisuus, rehellisyys tarkkuus ja huolellisuus tutkimustyössä, työn säilyttämisessä, esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. Eettisesti kestäviä käytänteitä tulee noudattaa tutkimuksessa. Muiden tutkijoiden työ ja saavutukset otetaan huomioon sekä kunnioitetaan. Tutkijat suhtautuvat muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6)

Opinnäytetyössä otettiin huolellisesti huomioon tutkimuksen eettiset vaatimukset. Käsiteltäviä tutkimuksia arvioitiin opetusministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan ja Laurea laatimien ohjeiden mukaan. Johdonmukainen eteneminen ja lähdeviittausten asianmukainen merkintä Laurean tutkimuskäytänteiden mukaisesti lisää opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Selkeitä eettisiä ongelmia ei ilmennyt tässä opinnäytetyössä, koska tutkitavasta aiheesta ei ollut ennakko-oletuksia.

Tutkimuksessa tulee välttää virheitä, kuitenkin tulosten luotettavuus ja kelpoisuus vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa tulee arvioida laaditun tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen validiteetin eli luotettavuuden arvioinnissa hyödynnetään erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Luotettavuus parantaa tutkijan huolellista raportointia ja tutkimuksen suorittamista. Huolellisuus koskee tutkimuksen kaikkia osa-alueita. Aineistotonkeruumenetelmät tulee kuvata selkeästi ja totuudenmukaisesti. Reliaabelius tarkoittaa toistettavuutta ja reliabelius voidaan todeta monella tavalla. Jos kaksi arvioija päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää silloin reliabelina. (Hirsijärvi, Rames &, Sajavaara. 2009, 231 -232) Tämän opinnäytetyö laadittiin niin, että kaikki päätökset olisivat eettisesti kestäviä. Aineistotonkeruu on suoritettu harkitusti tiedonhaku asiantuntijan kanssa ja tiedonhakuprosessi suoritettiin luotettavista tietokannoista. Opinnäytetyön reliabiliteetti eli toistettavuus tulee esiin siten että, tiedonhakuprosessin kautta löydetty alkuperäistutkimukset ovat mahdollista löytää käyttämillämme hakusanoilla.

9 Tulokset

Opinnäytetyöhön valittujen tutkimustuloksista voidaan todeta, että hoitoympäristö on tärkeää osa saattohoidon toteuttamiselle.

Potilas-, perhekeskeinen hoito ja ammattitaitoinen henkilökunta ovat hyvän kuoleman edellytyksiä. Yksilöllisyys, arvokkuus ja tasa-arvo ovat taattava jokaiselle saattohoitopotilaalle. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot ovat merkittäviä, koska sairaudesta ja kuolemasta puhuminen on keskeinen osa saattohoidossa. Potilaan ja omaisten tarpeiden tunnistaminen on välttämätön kuoleman lähestyessä. Oikean tiedon saaminen sairaudesta ja tulevasta kuolemasta helpottaa potilaita ja heidän omaisiaan valmistautumaan lähestyvää kuolemaa. Tutkimuksessa ilmeni, että tiedon antotavalla olevan merkitystä. Oikea ja ajoissa saatu tieto auttaa potilaat valmistautumaan ja kohtamaan kuolemaa. (Anttonen 2016, 123; Knuutinen 40-44 & Vaskelainen 2008,38)

Valtasen vuonna 2016 " Kivun arviointi ja hoito saattohoidossa hyvät kivun hoidon käytänteet - ohjeistus" tutkimuksessa selviää, potilaiden voivan tuntea ja kokea fyysistä kipua saamasta tai saatavilla olemasta kipulääkityksestä huolimatta. (Valtanen, 2016, 31). Knuutisen vuonna 2008 "Suomalainen kotisaattohoito- hoitotyön näkökulma" tutkimuksessaan toteaa, että kuolevan potilaan ensisijainen kärsimys on fyysistä kärsimystä. (Knuutinen 2008, 39) Saattohoitopotilaat saattavat olla kivuliaita tai kivuttomia. Syöpätutkimuksien ja hoitojen lopettaminen aiheuttaa ahdistusta, sillä saattohoitopotilaat eivät tiedosta sairautensa vakavuus ja ennuste. Tutkimustuloksissa ilmeni saattohoitopotilaiden yksinäisyys suurena ongelmana, vaikka omaisia vieraili. Hoitohenkilökunta voi lievittää potilaan yksinäisyyttä olemalla läsnä kuten; kuuntelemalla, keskustelemalla ja antamalla kiireettömän vaikutelman. Pelätään nykyisiä, että tulevia kipuja, jotka ilmaantuvat syövän loppuvaiheessa. Hoitohenkilökunnan tulisi kannustaa potilaita kohtaamaan tulevia kipuja ja kertoa erilaisista kivunhallintamenetelmistä, kipulääkityksistä sekä mahdollisuudesta käydä kipupoliklinikalla. Tutkimuksesta käy ilmi, että kivun voimakkuudesta oli joskus kysely suullisesti asteikoilla yhdestä kymmeneen. Valtasen vuonna 2016 tutkimuksesta selviää, että kivunhoidonarvioinnissa on puutteita Suomessa. Hoitohenkilökunnan tulisi tarkkailla potilaan kipuja, kysellä säännöllisesti ja kirjata. Potilaiden kiputuntemuksia tulee aina ottaa vakavasti, hoitaa eikä vähätellä. Lääkkeettömästä kivunhoidosta oli myös hyötyä tutkimuksen mukaan ja hoitohenkilökunnan tulisi ehdottaa tai tarjota erilaisia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä. (Valtanen 2016, 30- 31) Saattohoitopotilaalla saattaa esiintyä kipuja, kivun lievityksestä huolimatta. Oireiden hallinta on merkityksellinen saattohoidossa ja se kaventaa kärsimyskokemuksia. Yksilöllisyys ja perhekeskeisyys ovat olennaisia asioita hyvässä kivunlievityksessä ja perushoidossa. (Knuutinen 2008, 40- 43)

Vuonna 2015 Karvisen ja Lipposen "palliativista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina" tutkimusartikkelissa selvisi, että palliativista ja saattohoitopotilaiden hoitamisessa on ilmennyt koulutustarvetta. Koulutustarpeen kehittämis-kohteeksi nousi tutkimuksessa viisi pääaihetta, jotka koostuivat "eri potilasryhmien palliativisten ja saattohoitotarpeiden tunnistaminen, omaisten kohtaamisen kohdistuvat koulutustarpeet, tuen tarpeen tunnistaminen saattohoidossa, arvokkaan kuoleman mahdollistajat sekä

saattohoidon onnistumisen edellytykset.” Tutkimusartikkelin tulokset paljastavat että, yhden ison suomalaisen kaupungin laitos- ja kotihoidon moniammatillinen yhteisö on tunnistanut omassa palliatiivisen ja saattohoidon ammattitaidostaan eritasoisia koulutustarpeita. Erikoisaloista, eri taustoista tulevat potilaat ja eri yksiköissä työskentelevät henkilöstöt koettiin lisäävään työn vaativuutta sekä koulutarpeita. Saattohoitopotilaan oireenmukainen kivun hoito koulutusta toivottiin. Kivun hoitoa välteltiin ja pelättiin aiheuttavan lääkeriippuvuutta tai haittavaikutusta. Myös saattohoitopotilaan nestehoidosta ja nestehoidon merkityksestä, ruokailusta, pahoinvoinnin hoitamisesta, nielemisvaikeuksista, masennus ja deliriumtilojen hoidosta toivottiin lisää koulutusta. Perushoidon tärkeys ja lääkkeettömät kivunlievityskäytännöt herättivät kysymyksiä. Arvokas kuolema kuvattiin toteutuvan silloin, kun moniammatillinen yhteistyö toimii moitteettomasti ja hoitotahto toteutuu potilaslähtöisesti. Ajan viettäminen omaisten kanssa, kohtaaminen ja tukeminen nousivat esiin tutkimusartikkelissa merkittävällä tavalla. Hoitohenkilöstöä mietitytti eniten annettavan tuen luonne, koulutustarpeita pohtiesaan. (Karvinen & Lipponen 152- 162)

10 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita ja niiden hoitoa. Työ toteutettiin kirjallisuuskatsaus menetelmällä. Opinnäytetyöprosessi aloitettiin syksyllä 2017 laatimalla aiheanalyysi, joka hyväksyttiin viikko laatimisen jälkeen. Tiedonhaku aiheeseen aloitettiin heti ja viitekehystä kootessa päätettiin rajata opinnäytetyön aiheeksi saattohoitopotilaan yleisimmät oireet ja niiden hoito. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa teorian tietoa saattohoitovaiheessa olevan potilaan oireista ja hoidosta. Tämä opinnäytetyö voidaan käyttää hyväksi saattohoitopotilaan hoidossa osastolla. Opinnäytetyö toteutetaan yhdessä Espoon sairaalan palliatiivisen ja saattohoito-osaston kanssa.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan havaita saattohoitopotilaiden kivun olevan yksilöllinen kokemus. Saattohoitopotilas on asiantuntija ja tärkein lähde kiputuntemuksissaan. Potilaan tuntemuksien kuunteleminen, oireidenhallinta, säännöllinen kivunarviointi ja kirjaaminen koettiin merkitykselliseksi kivun hoidossa. Kivun tunnistaminen, hoitaminen ja arviointi koettiin haasteelliseksi, mikä näkyy haasteita kivun arvioinnissa. (Karvinen & Lipponen 2015, 152- 162 & Knuutinen 2008, 39; Valtanen 2016,31) Tutkimustuloksista selviää hoitohenkilökunnalla olevan kiinnostusta kehittää kivunhoidon osaamistaan. Hoitohenkilökunnan halu kehittää ammattitaitojaan kertoo heidän ammattietiikastaan hyvin paljon. (Karvinen & Lipponen 152-162)

Tutkimustuloksista ilmenee laajasti potilas-, perhelähtöisen ja onnistuneen hoitoympäristön olevan merkittäviä lähtökohtia saattohoidon toteutumiseksi. Tiedonannon tärkeys nousee

merkittäväällä tavalla esille ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitojen olevan oleellinen asia tiedon antamisessa. Tuloksista voidaan päätellä oikean ja ajoissa annetun tiedon auttaneen potilaat ja heidän omaisiaan valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Arvokas ja kivuton kuolema on mahdollistettava saattohoidossa jokaiselle tasa-arvoisesti. (Anttonen 2016, 123; Knuutinen 40-44 & Vaskelainen 2008, 38)

Työelämän edustajan toiveesta jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan saattohoitopotilaan psykososiaalinen tuki, koska aihetta ei ole käsitelty tässä opinnäytetyössä. Toisena jatkotutkimusaiheena ehdotetaan potilaiden kokemuksia oireiden hoidosta ja mitä kehitettävää niissä on.

11 Lähteet

Airaksinen, O. & Arponen, R. Hoitava hieronta. 2015. 1-5 painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Airaksinen, O., Grönblad, M., Kolari, P., Kouri, JP., Kyrklund, N. & Latvala, M. 2003. Kylmägeelin edullinen vaikutus kipuun ja toimintakykyyn pehmytkudosvammoissa. Viitattu 16.9.2016. Alkuperäinen artikkeli Duodecim 119; 1032-6. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo93602.pdf>

Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim

Anttonen, M S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. 2015. Fysiatría. Duodecim. Viitattu 26.10.2017.

Bachmann, M. & Haanpää, M. Krooninen kipu. Ajankohtaista Lääkärin käsikirja. 2008. Duodecim. Viitattu 15.9.2017. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96996.pdf>

Breivik, H. Collet, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher D. 2006. Survey of chronic pain in Europe. Viitattu 15.9.2017.
http://www.readcube.com/articles/10.1016/j.ejpain.2005.06.009?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER

Cullen, B., Deary I J., Evans, J. Gallaghe. J., Mackay, D., McIntosh, A M., Mair, F S., Martin, D J., Nicholl, B., Pell, J.,, Roberts, B. Smith, D J., & Ul-Haq, Zia. 2014. Chronic multisite pain in major depression and bipolar disorder. Cross-sectional study of 149,611 participants in UK Biobank. BMC Psychiatry. Viitattu 16.9.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297369/>

ETENE. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 16.9.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu->

ja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468

ETENE. 2011. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Viitattu 19.10.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyvat+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e>

Fimea. 2014. Määritelmät. Viitattu 19.10.2017.
<http://www.fimea.fi/valvonta/luokittelu/maaritelmat>

Finlex. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä. Viitattu 19.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. Painos. Helsinki. Edita Prima.

Haanpää, M., Hagelberg, N., Hannonen, P., Liira, H. & Pohjolainen, T. 2013. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Viitattu 19.10.2017. https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/3a46de9f7089e6d38dd23d0ab5917d3f/1508403785/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf

Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. 2009. Kipu. Duodecim. Viitattu 26.10.2017.

Hamunen, K. 2012. Kipulääkkeiden tavallisia haittavaikutuksia. Duodecim. Viitattu 23.10.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01904>

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1 painos. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Rames, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi.

Huttunen, M. 2016. Sekavuustila (delirium). Duodecim. Viitattu 15.10.2017.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Duodecim.

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. 1. Painos. Helsinki. Duodecim

Hänninen, J. 2008. Palliatiivinen sedaatio- viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Duodecim. Viitattu 20.10.2017 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 9. Uudistettu painos.
<http://www.cancer.fi/@Bin/23290203/Saatto%EE%80%80hoito%EE%80%81-opas2008.pdf>

Hänninen, J & Rahko E. 2013; 433-9. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Viitattu 25.10.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10798>

Hänninen, J. & Riikkola, T. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito. Viitattu 12.9.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072>

livanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. SanomaPro oy.

International Association for the study of pain (IASP). Time to modify the WHO analgesic ladder? 2005. Viitattu 31.10.2017. https://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU05-5_1390263972695_23.pdf

International Association for the study of pain (IASP). 2012. Viitattu 16.9.2017. <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. 51/2007. Turun yliopisto.

Karvinen, I. & Lipponen, V. 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. Gerontologia 29(3), 2015.

Korhonen, T & Puokka, P. 2013. Kuoleva potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 22.10.2017. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>

Kalso, E. & Vuorinen, E. 2007. Syöpäkivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Viitattu 31.10.2017. <https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/116db9024659e3a3a0aef8693345ffb9/1509439987/application/pdf/171585/Syöpäkivun%20hoito-opas.pdf>

Knuutinen, E. 2008. Suomalainen kotisaattohoito - hoitotyön näkökulma. Pro gradu. Kuopion yliopisto. Viitattu 21.11.2017.

Käypä hoito. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 15.9.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>

Käypä hoito. 2017. Kipu. Viitattu 15.9.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103>

Laitinen, Sari. 2008. Musiikin kuuntelun järjestäytyminen sairaalassa aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvien hoidon tukena. Osallistava toimintatutkimus. Lisensiaatintutkimus. Viitattu 31.10.2017. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18783/URN_NBN_fi_jyu-200807155604.pdf?sequence=1

Mäntyselkä, P., Turunen, J., Ahonen, R. & Kumpusalo, E. 2003. Chronic pain and poor self-related health. Viitattu 15.9.2017.

<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/197625>

Paakkala, P. 2017. Krooninen (pitkäaikainen) kipu-lääkehoito. Duodecim. Viitattu 15.9.2017.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Viitattu 31.10.2017.

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010:6. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Viitattu 19.10.2017.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

The Economist Intelligence Unit. 2015. The Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. Viitattu 19.10.2017.

<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 20.11.2017

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Suomen dysfagian kuntoutusyhdistys ry. 2017. Dysfagia. Viitattu 20.10.2017

<http://dysfagia.fi/dysfagia/>

Saarto, T. 2017. Palliatiivinen hoito vaatii erikoisosaajia. Viitattu 23.11.2017

<https://www.syopasaatio.fi/blogi/palliatiivinen-hoito-vaatii-erikoisosaajia/>

Suomen musiikkiterapiayhdistys. 2015. Mitä on musiikkiterapia? Viitattu 31.10.2017
<http://musiikkiterapia.net/index.php/mita-musiikkiterapia>

Valtanen, I. 2016. Kivun arviointi ja hoito saattohoidossa hyvät kivun hoidon käytänteet - ohjeistus. Opinnäytetyö, Turun YAMK. Viitattu 22.11.2017
<https://www.theseus.fi/handle/10024/107568>

Valvira. 2017. Kivun hoito. Viitattu 28.11.2017. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

Valvira. 2008. Viitattu 12.9.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Vargas-Schaffer, G. 2010. Is the WHO analgesic ladder still valid? Viitattu 31.10.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902929/>

Vargas-Schaffer, G. & Cogan, J. 2014. Patient therapeutic education placing the patient at the centre of the WHO analgesic ladder. Viitattu 31.10.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3952757/>

Vaskelainen, U. 2008. Sairaanhoidajien näkemyksiä lyhytaikaishoidon aikana kuolevan potilaan omaisen tukemisesta terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla. Pro gradu. Kuopion yliopisto.

WHO. 2014. Global Atlas of Palliative care at the end of life. Viitattu 19.10.2017.
http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf

WHO. 1996. Cancer Pain Relief. Second edition. With a guide to opioid availability. 2. Painos. Geneva. Viitattu 23.10.2017.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37896/1/9241544821.pdf>

Zacheus, Outi. 2017. "Tässä meidän tilanteessa se oli täydellinen juttu" Musiikkielämäntarina saattohoidossa -menetelmän kehittämistyö. Opinnäytetyö, ylempi AMK. Viitattu 31.10.2017.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123895/Zacheus_Outi.pdf?sequence=1

Liite

Liite 1.

LÄHDE	TUTKIMUS	MENELTELMÄ	KESKEISET TULOKSET	JOHTOPÄÄTÖKSET
Vaskelainen, U. Pro gradu. Kuopion yliopisto 2008	Sairaanhoitajien näkemyksiä lyhytaikaishoidon aikana kuolevan potilaan omaisten tukemisessa terveyskeskuksen vuodeosastolla	Laadullinen tutkimus. Tutkimus tehtiin kyselylomakkeella ja kohdistui (N=5) viranhaltijoihin, jotka vastasivat terveyskeskuksen hoitotyöstä ja lyhytaikaishoidon vuodeosaston (N=9) sairaanhoitajilta teema-haastatteluna. Tutkimus analysoitiin induktiivisella sisältöanalyysillä.	Sairaanhoitajat onnistuivat tukemaan kuolevan potilaan omaisia ympärivuorokauden ja kollegiaalisesti.	Tutkimuksesta selvisi, että omaisten tukemisprosessi onnistui yhteistyöllä. Onnistuneeseen tukemisprosessiin vaikuttivat; varhainen surutyön aloittaminen, kuolevan tahdon huomioon ottaminen, omaisten osallistaminen hoitoon, tuen ja tiedon saaminen lähestyvistä kuolemasta, sairaanhoitajien riittävä ammattitaito ja hoitoympäristön tuki.

<p>Anttonen, M, S. Väitöskirja Tampere Yliopisto 2016</p>	<p>Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa.</p>	<p>Tutkimus tehtiin grounded theory menetelmällä. Aineistoa kerättiin haastattelulla 45 osallistujaa. Haastatteluja tehtiin potilaille (N=16) perhejäsenille (N=14) ja hoitohenkilökunnalle (N=15). Aineisto kerättiin kotisairaaloissa (N=5) ja saattohoitokodeissa (N=3).</p>	<p>Kuolevan vaikeuden lievittäminen, hyvä kuolema, kuoleman ajautuminen, kuoleman uhkaan joutuminen, kuoleman läheisyyden säätelminen, elämän jatkuminen, kuolemaan saattaminen, surun kanssa eläminen ja kokemuksen käsitteleminen.</p>	<p>Ihmisarvoisen ja yksiohittamisen mahdollistaminen saattohoitopotilaalle ja heidän omaisille. Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyö.</p>
<p>Knuuttinen, E. Pro gradu Kuopion Yliopisto 2008</p>	<p>Suomalainen kotisaattohoito-hoitotyön näkökulma.</p>	<p>Tutkimus menetelmänä oli määrällinen ja laadullinen tai molempia yhdessä tutkimalla suomalaisia hoitotieteellisiä saattohoitotutkimuksia vuosilta 2000-2007 ja kotisairaanhoidossa työskentelevän (N=2) sairaanhoitajan haastattelu. Tutkimus analysoitiin laadullisella sisältöanalyysillä.</p>	<p>Kivunhoito, suru, hoitotyö, hoitosuhde, tukeminen ja selviytyminen olivat Suomalaisten hoitotieteellisten saattohoitotyön keskeisiä asioita.</p>	<p>Perheiden osallistaminen kuolevan potilaan hoitotyössä on tärkeä. Tutut hoitajat, lääkärit ja aika toivat turvallisuutta. Asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen, tuki ja tiedon antaminen olivat myös asioita, jotka vaikuttivat onnistuneeseen kotisaattohoitoon omaisten mielestä.</p>
<p>Valtanen, I. YAMK Turun ammattikorkeakoulu 2016</p>	<p>Kivun arviointi ja hoito saattohoidossa hyvät kivun hoidon käytännöt - ohjeistus</p>	<p>Tutkimus suoritettiin avohaastatteluna ja menetelmänä oli laadullinen. Saattohoitopotilaita haastateltiin (N=2) Raison hoito- ja hoivapalveluiden kotihoitosta.</p>	<p>Saattohoitopotilaila saattaa kipulääkityksestä huolimatta esiintyä fyysistä kipua. Eksistentiaalisen kivun esiintyvyys tuli vahvasti esille tässä tutkimuksessa siten, että olemassa oloa ja tulevaa kipua pelättiin.</p>	<p>Kivun arviointi säännöllisesti, riittävän kipulääkityksen antaminen, fyysisen- ja psyykkisen voimien seuranta, arviointi ja hoito. Yksinäisyys oli saattohoidossa yleistä, hoitajien tarjoamaa keskustelua sairaudesta, potilaan tuntemuksista ja lähestyvää kuolemasta.</p>

<p>Karvinen, I & Lipponen, V. 2015 Gerontologia 29(3)</p>	<p>Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet henkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p>	<p>Kivun hoitoa vältettiin ja pelättiin aiheuttavan lääke-riippuvuutta tai haittavaikutuksia. Saattohoitopotilaan kivun hoidosta, nestehoidosta, nestehoidonmerkityksestä, ruokailusta, pahoinvoinnista, nielemisvaikeuksista, masennuksesta ja deliriumtilojen hoidossa toivottiin lisää koulutusta.</p>	<p>Tutkimusartikkelin tulokset paljastavat että, yhden ison suomalaisen kaupungin laitosta ja kotihoidon moniammatillinen yhteisö on tunnistanut omassa palliatiivisen ja saattohoidon ammattitaidostaan eritasoisia koulutustarpeita.</p>
---	---	-----------------------------	---	--