

SAATTOHOITO-OPPAAT HENKILÖKUNNALLE JA OMAISILLE



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, Hoitotyön koulutus

Syksy, 2018

Sanna Moberg

Hoitotyön koulutusohjelma
Visamäki

Tekijä	Sanna Moberg	Vuosi 2018
Työn nimi	Saattohoito-opaat henkilökunnalle ja omaisille	
Työn ohjaaja	Helena Puistola	

TIIVISTELMÄ

Saattohoito on laaja käsite, johon liittyy olennaisesti potilaan hyvinvointi, omaiset, hoitotyö, henkilökunta sekä ympäristö ja kulttuuriset tekijät. Saattohoito määritellään parantumattomasti sairaan oirehoidoksi, hoito on kokonaisvaltaista ja siinä tuetaan myös potilaan lähimmäisiä. Saattohoidon tavoitteena on potilaan kivuton ja laadukas loppuelämä, johon kuuluu perushoitoa, oireiden ja kivun lieventämistä sekä taata arvokas kuoleminen turvallisessa ympäristössä.

Opinnäytetyön tilaajana oli Espero Hoivakoti Lintumäki. Opinnäytetyötä pohdittiin yhdessä tilaajan kanssa ja päädyttiin lopulta valitsemaan aiheeksi saattohoito. Aiheesta toteutui kaksi saattohoito-opasta, opas hoitohenkilökunnalle sekä toinen opas on tarkoitettu omaisten käyttöön. Tarve tuli esille siitä, ettei Hoivakodissa ole ollut ennestään saattohoito-opasta.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kaksi saattohoito-opasta tilaajalle Espero Hoivakoti Lintumäelle. Oppaat tulevat olemaan tukena saattohoitotyötä toteuttavalle hoitohenkilökunnalle sekä omaisille, joiden lähimmäinen on saattohoidossa hoivakodissa. Oppaiden tavoitteena hoitohenkilökunnalle on tukea, kehittää ja lisätä tietoa saattohoitopotilaan oireista, loppuvaiheen hoidoista sekä omaisten kohtaamisesta. Omaisille annettavien oppaiden on tarkoitus lisätä tietoa saattohoidosta ja antaa tukea vaikeaan hetkeen. Tavoitteena oli saada oppaista selkeät ja käytännölliset, joita on mahdollista päivittää uusien ohjeistuksien myötä. Oppaat perustuvat näyttöön, sekä ne on koottu uusia saattohoito ohjeistuksia noudattaen.

Avainsanat Saattohoito, oirehoito, omainen, opas

Sivut 30 sivua, joista liitteitä 3 sivua

Degree Programme in Nursing
Visamäki

Author	Sanna Moberg	Year 2018
Subject	Palliative Care Guidebooks for Nursing staff and Relatives	
Supervisor	Helena Puistola	

ABSTRACT

Palliative care is a broad concept, which includes essentially patient well-being, relatives, nursing, nursing staff and environmental and cultures factors. Palliative care is defined as dying patient's symptom treatments, treatments are comprehensive and there also support the patient's relatives. The purpose of palliative care is to guarantee painless and high-quality end of life, which belongs to basic care, symptoms and pain relief, also high-quality death in a safe environment.

The commissioner of the thesis was Esperi Hoivakoti Lintumäki. The thesis was decided together with the commissioner, and the subject chosen was palliative care. The outcome of the study was two guides of palliative care, a guide for nursing staff and another guide for the relatives. Esperi Hoivakoti Lintumäki, a palliative nursing home, has not had guides for palliative care before, that is why there was a need for guides.

The purpose of the practice based thesis was to produce two guides of palliative care for Esperi Hoivakoti Lintumäki. The guides will be supportive for nursing staff and relatives, whose family member is in a palliative care. The aim of the guides is to support, develop and add information to the nursing staff about symptoms, care of end of life and how to encounter the relatives. The purpose of the guides was add information to the relatives and support them for a difficult moment. The aim was to have the guides clear and practical, which can be updated with new guidelines. The guides are based on evidence, and have been compiled in accordance with new palliative care guidelines

Keywords Palliative care, symptom care, relative, guidebook

Pages 30 pages including appendices 3 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	YHTEISTYÖKUMPPANI ESPERI HOIVAKOTI LINTUMÄKI.....	2
2.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	2
3	SAATTOHOITO	3
3.1	Hoitotahto	4
3.2	Saattohoitopäätös.....	4
3.3	Palliatiivinen hoito.....	5
4	SAATTOHOITOPOTILAAN OIREITA JA NIIDEN HOITO	6
4.1	Psyykkiset oireet	7
4.2	Hengitystieoireita	7
4.3	Suun ja ruuansulatuskanavan oireet.....	8
4.4	Turvotus ja ihon oireet	9
5	SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO.....	10
5.1	Kivun arviointi.....	11
5.2	Lääkkeetön hoito.....	12
5.3	Lääkehoito	13
5.3.1	Tulehduskipulääkkeet.....	14
5.3.2	Opioidit ja vahvat kipulääkkeet	15
5.4	Kipulääkityksen antotavat	16
5.4.1	Suun kautta.....	16
5.4.2	Ihon alle	17
5.4.3	Lihaksen sisään	17
6	KUOLEMAN LÄHESTYMINEN	18
6.1	Kuolema.....	18
6.2	Vainajan laitto	19
7	OMAISTEN TUKEMINEN JA KOHTAAMINEN.....	20
8	OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	21
8.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	21
8.2	Opas.....	22
9	POHDINTA.....	22
	LÄHTEET	24

Liitteet

- Liite 1 Henkilökunnan saattohoito-oppaan kansi ja sisällysluettelo
Liite 2 Omaisten saattohoito-oppaan kansi

1 JOHDANTO

Saattohoito määritellään kuolemaa edeltäväksi hoidoksi, se perustuu ihmisen kokonaisvaltaiseen hoitoon. Potilaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen että hengellinen hyvinvointi huomioidaan ja tavoitteena on oireeton sekä kivuton loppuelämä. Saattohoidossa olevalle potilaalle tarjotaan yksilöllinen hyvä perus- ja oirehoito, potilaan omaisia tuetaan vaikeina hetkinä, sekä hoidon aikana että sen jälkeen. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 252-253.) Saattohoitopäätös ei perustu potilaan diagnoosiin, vaan tarpeeseen. Saattohoitopäätöksessä päätetään siirtyä parantavasta hoidosta, potilaalla esiintyviin oireiden hoitoon. (Etene 2003, 10.)

Suomessa saattohoitoa on mahdollista toteuttaa useissa toimipaikoissa, kuten perusterveydenhuollossa, yksityisissä hoitokodeissa sekä potilaan kotona. Saattohoitopäätöksen jälkeen hoitolaitoksessa laaditaan hoitosuunnitelma, yhteistyössä potilaan, hoitohenkilökunnan, omaisten kanssa. Saattohoitoa toteuttavan yksikössä tulee olla riittävästi hoitohenkilökuntaa, jotka ovat koulutettuja sekä ammattitaitoisia. Hoitohenkilökunnan tulee osata havaita ja hoitaa kuolevan potilaan fyysisiä kuin psyykkisiä oireita, sekä kohdata ja tiedottaa omaisia. (Etene 2003, 11-12.) ETENE:n (2003) saattohoito suosituksessa mainitaan muun muassa jokaisen potilaan oikeudesta saada hyvää ja inhimillistä saattohoitoa, itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa sekä hoitotahtoa on noudatettava.

Opinnäytetyö tuotettiin tilaajalle Hoivakoti Lintumäkeen, saattohoito-oppaita tehtiin kaksi kappaletta. (Liitteet 1 ja 2, sisältävät oppaiden kannet sekä sisällysluettelon). Omaisille sekä hoitohenkilökunnalle on omat oppaat, oppaat on tehty näyttöön ja tietokirjallisuuteen perustuen sekä niissä on noudatettu uusia saattohoito ohjeistuksia. Opinnäytetyön tavoitteena on ohjeistaa ja kehittää saattohoitoa hoivakodissa. Oppaista on pyritty tekemään selkeät ja käytännölliset, jotta ne palvelevat kohdehenkilöitä. Oppaissa käsitellään saattohoitoa yleisellä tasolla, lisäksi kerrotaan saattohoitopotilaan oireista, kivuista ja niiden hoidoista sekä kuoleman lähestymisestä että omaisten kohtaamisesta. Oppaiden on tarkoitus antaa lisätietoa hoitohenkilökunnalle saattohoidosta ja sen toteuttamisesta eri menetelmiä käyttäen. Omaisille opas tarjoaa lisätietoa saattohoidosta, sekä se on tukena saattohoidon alkaessa että sen jälkeen.

Toiminnallisen opinnäytetyön aihe on lähtöisin työelämän tarpeesta. Opinnäytetyön tekijä työskentelee hoivakodissa, johon oppaat tehtiin. Hoivakodissa ei ole ennestään ollut saattohoito-opasta, mutta saattohoitoa toteutetaan Hoivakoti Lintumäessä, jossa potilaille tarjotaan hyvää perus- ja oireiden hoitoa sekä kivun lievitystä. Opinnäytetyön toteutuksena syntyneiden oppaiden tavoitteena on toimia yhtenä kehittäjänä tekijänä saattohoidolle yksikössä.

2 YHTEISTYÖKUMPPANI ESPERI HOIVAKOTI LINTUMÄKI

Esperi Hoivakoti Lintumäki sijaitsee Hämeenlinnassa ja tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa sekä palveluasumista ikäihmisille. Lintumäessä on 34 asukaspaikkaa, ja asiakkaaksi voi tulla kunnan ostopalveluasiakkaana, palvelusetelillä tai itse maksaen. Hoivakodissa työntekijät ovat erikoistuneet muistisairaiden ihmisten hoitamiseen ja jokaisella asukkaalla on omahoitaja, joka vastaa asukkaan hyvinvoinnista. Työtä toteutetaan kuntouttavien työottein, yksilöllisesti kannustaen ja tukien asukasta päivittäisissä toimissa. Tilat ovat suunniteltu esteettömäksi, tuoden turvallisuutta sekä viihtyvyyttä. Jokaisella asukkaalla on oma huone, jonka voi sisustaa omilla tavaroillaan mieleisekseen. Yhteiskäytössä ovat oleskelutilat ja ruokasali, joissa päivittäin järjestetään virikkeellistä toimintaa. (Esperi n.d.)

Saattohoito-oppaiden tarkoituksena on kehittää, ja tukea saattohoidon toteuttamista hoivakoti Lintumäessä. Oppaita tehdään kaksi kappaletta, joista toinen on tarkoitettu hoitohenkilökunnalle ja toinen opas omaisille, joiden lähimmäinen on saattohoidossa.

Usein miten ympärivuorokautisesti asuvat potilaat sairastavat monia ja dementoituvia sairauksia, jotka johtavat lopulta kuolemaan. Pitkäaikaisia sairauksia sairastavat potilaat saattavat jo vuosia tehdä kuolemaa, sekä sairauden etenemistä on vaikea ennustaa. Pitkäaikaisia kuolemaan johtavia sairauksia sairastavia potilaita kuten dementoitunutta potilasta tulisi hoitaa saattohoitopotilaina, saattohoito tulisi olla samankaltaista ja laadukasta kuin esimerkiksi syöpäpotilaan saattohoito. (Pitkälä, Sulkava, Strandberg & Viitanen (toim.) 2016, 483.)

2.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyötä pohdittiin yhdessä tilaajan kanssa ja päädyttiin lopulta saattohoito aiheeseen. Tarve tuli esille siitä, ettei Hoivakodissa ole ollut ennestään saattohoito-opasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kaksi saattohoito-opasta tilaajalle Hoivakoti Lintumäelle. Oppaat tulevat olemaan tukena saattohoitotyötä toteuttavalle hoitohenkilökunnalle sekä omaisille, joiden lähimmäinen on saattohoidossa hoivakodissa.

Oppaiden tavoitteena hoitohenkilökunnalle on tukea, kehittää ja lisätä tietoa saattohoitopotilaan oireista, loppuvaiheen hoidoista sekä omaisten kohtaamisesta. Omaisille annettavien oppaiden tavoitteena on lisätä tietoa saattohoidosta ja antaa tukea vaikeaan hetkeen. Tavoitteena on saada oppaista selkeät ja käytännölliset, joita on mahdollista päivittää uusien ohjeistuksien myötä. Oppaat perustuvat näyttöön sekä ne on koottu uusia saattohoito ohjeistuksia noudattaen.

3 SAATTOHOITO

Saattohoito määritellään kuolemaa edeltäväksi hoidoksi, se on ihmisen kokonaisvaltaista ja laadukasta hoitoa, jonka tarkoituksena on taata kivuton kuolema. Saattohoitovaiheessa ei ole parantavaa hoitoa, siirryttäessä saattohoitoon voi potilaalla olla viikkoja tai kuukausia elinaikaa. Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös, ja sen tekee lääkäri yhdessä potilaan sekä omaisten kanssa. Saattohoitopäätös ohjaa, sekä edistää potilaan saattohoitoa yksilöllisesti mukailen kuolevan toiveita. Hoidossa keskitytään aktiivisesti kuolevan oirehoitoon, toiveisiin ja kuolemaan valmistautumiseen. Saattohoito ei ainoastaan rajoitu potilaan hoitamiseen, vaan omaisia myös huomioidaan sekä heitä tuetaan. Laadukas saattohoito edellyttää, että potilasta hoidetaan yksilöllisesti, huomioiden fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen hyvinvointi. (Kelo ym. 2015, 252-253.)

Toimintakyvyltään vahvasti heikentynyt potilas, jonka elintoimintojen vähentyessä alkaa näkyä kuoleman merkkejä päätellään kuolevaksi potilaaksi. Saattohoidossa olevan potilaan kuolema voi johtua edentyneeseen tautiin tai esimerkiksi tapahtua äkillisen komplikaation seurauksena, osa potilaista myöskin säilyttää toimintakyvyn osittain kuolemaan saakka. Elämän loppuvaiheessa tulee pitää huolta potilaan perushoidosta ja tarpeista, tilanteen muuttuessa on tarpeen uudelleen arvioida hoitoa. (Antikainen, Hänninen, Saarto & Vainio (toim.) 2015, 10-11.) Suomessa saattohoitoon johtavia yleisimpiä sairauksia ovat neurologiset sairaudet, sydämen vajaatoiminta ja diabetes sekä hengityssairaudet. Muita kroonisia sairauksia kuin syöpää sairastavat iäkkäät ihmiset saattavat jäädä ilman palliatiivista hoitoa. (STM:n julkaisu 2010:6, 18.)

Saattohoidossa oleva potilas voi asua kotonaan, sosiaali- ja terveydenhuollon julkisessa tai yksityisessä laitoksessa, sekä saattohoitokodissa. Suomessa on vuosittain noin 15000 potilasta, joilla on tarve saattohoidolle. (STM:n julkaisu 2010:6, 11.) Hoitoympäristön tulee olla turvallinen ja soveltuva saattohoitoon, yksikössä tulee olla riittävästi henkilökuntaa, joilla on tarvittavat tiedot ja taidot toteuttaa saattohoitoa. Myös henkilökunnan jaksamisesta tulee pitää huolta, eri tuki keinoin. (Kelo ym. 2015, 252-253, 261.)

Suomessa on käytössä palliatiivisessa- ja saattohoidossa kolmiportainen malli, jossa tasoina on A, B ja C. Terveystieteiden ammattihenkilökunnan tulee vähintään hallita perustason mukainen hoito, ja perusteet esimerkiksi oireiden hoidosta, kuolevan huolehtimisesta ja omaisista sekä tarpeiden arvioimisesta. A-tason eli perustason muodostavat ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, vuodeosastot, vanhainkodit sekä kotihoito. B-tasoon kuuluvat saattohoitokodit, kotisairaalat, palliatiiviset poliklinikat, joissa tarkoituksena on hoitaa saattohoitopotilaita. C-taso perustuu vaativaan tasoon, palveluihin kuuluvat yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskuskeskukset ja saattohoitoon erikoistuneet kotisairaalat. (Saarto ja asiantuntijatyöryhmä 2017, 15.) Erilaiset dokumentit, säädökset, lait ja suositukset ohjaavat saattohoidon toteuttamisessa. Saattohoitoa Suomessa ohjaavia lakeja ovat muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

(1992/785), vanhuspalvelulaki (2012/980). Dokumentteja ovat Euroopan neuvoston palliatiivisen hoidon suositukset 2003, sekä Yhdistyneiden kansakuntien kuolevan oikeuksien julistus 1975. Ohjaavia eettisiä arvoja ovat itsemääräämisoikeus, ihmisarvo, inhimillisuus sekä oikeus hyvään hoitoon. (Kelo ym. 2015, 253.) Hoitohenkilökunnan sekä muun ammattihenkilöstön osaaminen on lähtökohtana hyvälle, ja onnistuneelle saattohoidolle (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge (toim.) 2008, 56).

3.1 Hoitotahto

Hoitotahto on lainvoimainen, se pohjautuu perustuslain itsemääräämisoikeuteen sekä potilaslakiin. (Kelo ym. 2015, 257-258.) Hoitotahdolla ilmaistaan omaa tahtoa ja toiveita loppuelämän hoidoista, ja siihen liittyvistä hoitolinjauksista. Hoitotahdossa on mahdollista ilmaista toiveita hoitojen suhteen, kuten kieltäytyä mahdollisista hoitotoimenpiteistä. Hoitotahtdon tavoitteena on ottaa potilaan toiveet huomioon häntä kohdistuvissa päätöksenteoissa, mikäli hän ei niihin itse pysty osallistumaan. Hoitotahtdon avulla lääkärin ja hoitohenkilökunnan on helpompi löytää hoitoratkaisuja ja lievittää omaisten epätietoisuutta, kun potilas on ilmaissut linjaukset hoidostaan, esimerkiksi kieltää tai puoltaa elämänpidämisen keinotekoisesti. (Halila & Mustajoki 2016.)

Vain osa suomalaisista on laatinut kirjallisen hoitotahtdon, ikäänntyneistä yli puolet ovat tehneet sen siksi, että omaisten tehtävä hoitoratkaisussa kevenisi. Tutkimusten mukaan iäkkäiden hoitotahtdon laatimisen esteenä oli moninaiset tilanteet ja terveydentilan muutokset sekä niiden arvioinnit. Osa iäkkäistä kokee, ettei elämän loppuvaihe ole heidän päätettävissään. (Konsensuslausuma 2014.) Hoitotahtdon on mahdollista laatia käsinkirjoitettuna, valmiiseen lomakkeeseen kuin suullisestikin. Tahdossa tulee olla päiväys, tekijän allekirjoitus ja kahden henkilön todistavuus olisi myös suositeltavaa. Suullinen hoitotahto on yhtä pätevä kuin kirjallinen, se kirjataan potilasasiakirjoihin sekä kahden terveydenhuollon ammattihenkilön tulee varmentaa kirjallisesti se potilasasiakirjoihin. Tahto on mahdollista muuttaa tai perua milloin tahansa, kroonista pitkäaikaissairautta sairastavan olisi suositeltavaa päivittää hoitotahto alle 10 vuoden välein. Hoitotahto astuu voimaan silloin, kun ihminen ei ole enää kykeneväinen ottamaan kantaa omaan hoitoon. (Kelo ym. 2015, 257-258.)

3.2 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös on lakiin perustuva, kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 ja sitä tulee noudattaa. Saattohoitoon siirtyminen pohjautuu lääketieteelliseen päätökseen, jonka tekee lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan sekä omaisten kanssa. Saattohoitopäätöksen avulla sovitaan potilaan hoidosta, omaisille tulee antaa tietoa saattohoidossa olevan potilaan tilasta sekä voinnista, jotta voinnin heikkeneminen ei tule yllätyksenä ja omaisilla olisi aikaa hyväksyä läheisen tilanne. Mikäli potilaalla ei ole hoitotahtoa, tai hän ei ole kykenevä osallistumaan päätöksentekoon esimerkiksi edenneen muistisairauden vuoksi, tulee omaista tai laillista edustajaa kuulla tahdon selvittämiseksi. (Kelo ym. 254-255.)

Saattohoitopäätös tulisi tehdä kuoleman lähestyessä, päätöstä edeltävästi tulisi olla myös hoitoneuvottelut. Neuvotteluissa keskustellaan kuolemaan johtavan sairauden etenemisestä, oireenmukaisesta hoidosta ja linjauksista. Dokumentointi on tärkeää, hoitoneuvottelun sisältö ja saattohoitopäätös, jossa näkyvät potilaan ja omaisten kannat tulisi kirjata ylös sekä mitä neuvottelussa päätettiin. (Kelo ym. 254-255.)

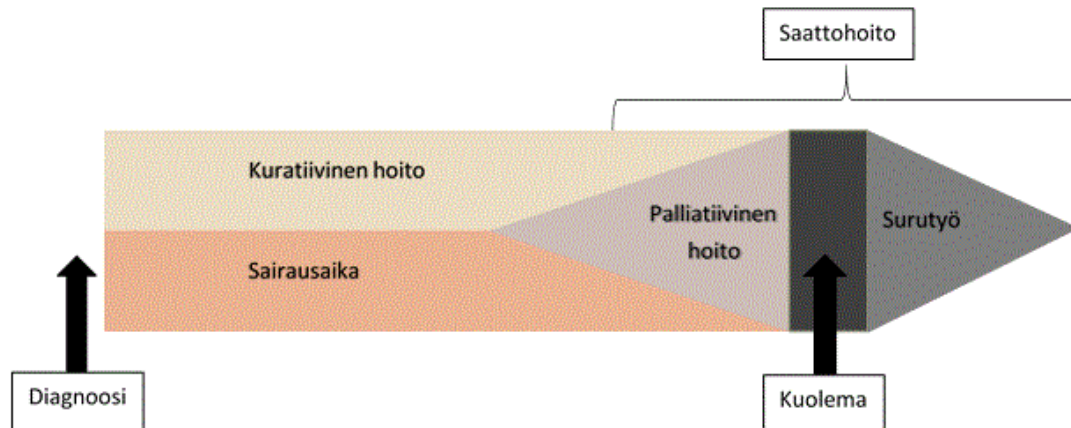
Saattohoitopäätös sisältää hoidonlinjauksia, kuten DNR-päätöksen (do not resuscitate) eli päätös pidättäytyä elvytyksestä. Muista linjauksista tulee kirjata erikseen, mikäli niitä haluaa rajata, pelkkä DNR-päätös ei tarkoita saattohoitoa. Muita mahdollisesti käytettäviä lyhenteitä ovat DNAR eli ei yritetä elvytystä, sekä AND (allow natural death) eli sallitaan luonnollinen kuolema. Saattohoitopäätöksellä pyritään välttämään ali- tai ylihoitamisen riskiä, päätöksellä turvataan potilaslähtöisyys yksilöllisesti. (Kaunonen, Kylmä, Mattila, Surakka & Åstedt-Kurki 2015, 19-20.)

3.3 Palliatiivinen hoito

Maailman terveysjärjestön eli WHO:n mukaan palliatiivinen hoito määritellään oireenmukaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi hoidoksi, jolla pyritään lievittämään kärsimystä sekä vaalimaan elämänlaatua kuolemaan johtavalla tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavalla potilaalla. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on lievittää parantumattomasti sairaan fyysisiä, psyykkisiä, hengellisiä ja sosiaalisia oireita, sekä huomioida ja tukea hänen läheisiään. Palliatiiviseen hoitoon lasketaan kuuluvaksi saattohoito, joka ajoittuu lähestyvään kuolemaan. (Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim 2018.) Palliatiivisen hoidon ei tulisi ainoastaan perustua diagnoosiin, vaan huomioida potilaan kokonaistila ja tarve. (Traue & Ross 2005.)

Palliatiivinen hoito saattaa kestää vuosia, sen ajallisuutta sairauksien vaiheeseen ei ole määritelty mutta tarve lisääntyy kroonisten sairauksien pahentuessa ja kuoleman lähestyessä. Hoidolla pyritään edistämään aktiivista elämää oireettomasti, kuolemaan asti. (Saarto 2018, 8.) Parantavan eli kuratiivisen sekä palliatiivisen hoidon rajaa pidetään liukuvana, sillä aktiivihoidon kuuluu oleellisesti oireiden lievitys, jonka osuus tulee kasvamaan kuratiivisen hoidon heiketessä. Hoitopäätös tulisi tehdä, mikäli etenevän sairauden parantavaan hoitoon ei ole enustetta, elinaika arvioidaan lyhyeksi tai aktiivihoidoista huolimatta kuolema on todennäköinen. (Poukka, Pöyhiä & Tasmuth 2012, 450, 452)

Hoitopäätöksestä ja potilaan vointiin liittyvistä toimenpidelinjauksista päättää vastaava lääkäri yhteistyössä potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Palliatiivisessa hoidossa painottuu asiantuntijuus, jolloin henkilökunnan tulee osata hallita parantumattomasti sairaan yksilöllinen oireiden lääkkeetön kuin lääkkeellinen hoito, yhteistyö omaisten ja toisten ammattiryhmien kanssa, läsnäolo sekä lohduttaminen. (Kaunonen ym. 2015, 8-9.)



Kuva 1. Palliativisen hoidon kaavio (Poukka ym. 2012, 451.)

4 SAATTOHOITOPOTILAAN OIREITA JA NIIDEN HOITO

Saattohoitopotilaan oirekuva on moninainen, päämääränä on oireiden hoito ja kivuttomuus. Saattohoidossa ihminen huomioidaan kokonaisuutena, johon kuuluu fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä hengellinen hyvinvointi. Saattohoidossa perustana on hyvä perushoito, johon kuuluvat tarpeet, ongelmien havainnointi, seuranta ja hoitotyö sekä omaisten tukeminen. Tärkeää on vaalia kuolevan elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä, kuten läsnäoloa ja myötäelämistä. (STM: julkaisu 2010:6, 17.)

Hyvään perushoitoon kuuluvat nesteytys ja ravitseminen. Nesteytyksellä pyritään siihen, että niin kauan kuin potilas kykenee itse juomaan tai juominen onnistuu ongelmitta, on suotavaa tarjota juotavaa potilaalle. Muutoin on syytä tarjota pieniä annoksia vettä, jolloin suuta saadaan kostutettua. Ravitsemuksen hyödyt loppu vaiheen elämässä on hieman kyseenalaista. Nielemisen vaikeutta ja ravinnon imeytyminen heikentymistä saattaa ilmetä, potilaan laihtuminen ei johdu siitä etteikö ruoka maittaisi vaan elimistö hylkii ravintoa. (Hänninen 2015, 15-16.)

Saattohoidossa olevalla potilaalla ilmenee mahdollisesti sekä psyykkisiä että fyysisiä oireita, oireisiin vaikuttavat pitkäaikaisien sairauksien tuomat oireet, eikä pelkästään kuolemaan johtava sairaus. Toimintakyvyn heikkouden takia varsinkin iäkkään voi olla vaikea ilmaista oireita, jonka vuoksi saattohoito voi olla haasteellista toteuttaa. (Kelo ym. 2015, 263.) Tutkimusten mukaan fyysinen toimintakyvyn ylläpitäminen ja kunto vaikuttavat saattohoidossa olevan potilaan elämänlaatuun, osallistuminen päivittäisiin toimiin merkitsee mahdollisuutta elää laadukkaasti elämän loppuun saakka. (Surakka ym. 2015, 72.)

Saattohoitopotilaan oireita ja kipua arvioidaan havainnoimalla sekä tarkkailemalla, turhat toimenpiteet, kuvantamiset ja laboratoriotestit jätetään pois. Verenpaineen- ja lämmön mittaaminen, nestelistan pitäminen ei ole myöskään oleellista. Epämukavat ja kipua tuottavat toimenpiteet ja hoidot lopetetaan, lääkehoidossa käytetään oireita lievittäviä lääkkeitä. Jokaisen potilaan oireet ovat yksilöllisiä, niiden kokemiseen vaikuttavat kuolemaan johtava sairaus, ympäristö ja hoito. (Kelo ym. 2015, 263.)

4.1 Psyykkiset oireet

Saattohoidossa keskitytään ihmiseen kokonaisvaltaisesti, vaikka saattohoito perustuukin hyvään oirehoitoon, tulisi huolehtia myös potilaan psyykkisestä ja hengellisestä hyvinvoinnista (Saarto ym. 2015, 223). Saattohoitopotilaista noin 25 %:lla on masennusoireita, 15 %:lla esiintyy sopeutumishäiriöitä ja 10 %:lla ahdistuneisuutta (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018). Parantumattomasti sairaalla kuoleman lähestyminen ilmenee ahdistuksena ja kuoleman pelkona, iäkkäiden yleisenä pelkona on yksinäisyys. Kaikilla saattohoitopotilailla ei ole omaisia tai läheisiä ystäviä, joilta saisi psyykkistä tukea ja läheisyyttä, jolloin esimerkiksi vanhusta hoitava hoitohenkilökunta korvaa vanhuksen omaiset. (Saarto ym. 2015, 223.)

Iäkkään ihmisen menneisyys ja erilaiset kokemukset voivat aiheuttaa psykiatrisia oireita sairauden loppu vaiheessa, persoonallisuus säilyy elämän loppuun saakka. Muistisairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen lisäävät altistusta pelolle ja ahdistukselle. Hoitona ahdistukseen käytetään keskusteluita ja läsnäoloa, lääkehoitona voidaan käyttää ahdistusta lievittäviä masennuslääkkeitä kuten Loratsepaamia. Kipulääkityksellä hoidetaan ja ehkäistään kivun aiheuttamaa ahdistusta. (Saarto ym. 2015, 226-227.) Masennus on usein seurausta elimellisestä sairaudesta, masennusta tulisi hoitaa ennen saattohoitoa ja jatkaa elämänloppuun saakka. Turvallinen ja pysyvä hoitosuhde, sekä keskustelu että lääkehoito ovat masennuksen hoidon kulmakiviä. Lääkehoidon aloittamista tulee arvioida tarkoin, kerkeääkö lääke auttamaan ja olisiko siitä enemmän hyötyä kuin haittaa. Lääkehoitona käytetään samaa kuin ahdistuneisuudessa, Bentsodiatsepiini valmisteita. (Saarto ym. 2015, 226-227.)

Omaisten lisäksi saattohoidossa oleva potilas saattaa kokea surua, se on normaali reaktio sekä aiheuttaa oireita. Suru voi esiintyä epätoivona, vihana, syytöksenä ja irrallisuutena. Elisabeth Kubler-Ross'n suru vaiheteorian mukaan, kuolevan ihmisen sopeutumiseen omaan kuolemaansa kuuluu viisi eri vaihdetta. Vaiheet ovat kieltäminen sekä eristäytyminen, viha, kaupankäynti ja hyväksyminen. (Surakka ym. 2015, 99, 102).

4.2 Hengitystieoireita

Loppuvaiheen sairauksissa hengenahdistuksesta kärsii noin yli 90 % potilaista, oire aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä ja sen ilmaantuminen on merkki sairauden pahentumisesta. Kipu ja tunteet, kuten pelko ja ahdistus sekä fyysiset

tekijät lisäävät hengenahdistusta. (Saarto 2015, 92.) Hengitysoireet ovat yleisimpiä oireita saattohoitopotilaalla, syitä on monia esimerkiksi tulehdukset, ja sydänsairaudet voivat aiheuttaa hengitysvaikeutta. Vuodepotilailla makuuasento vaikeuttaa myös hengitystoimintaa. (Anttila 2017, 370.)

Hengenahdistusoiretta tulee arvioida, sen voimakkuuden ja esiintyvyyden perusteella. Arvioinnin avuksi on kehitelty erinäisiä asteikkoja, jotka helpottavat arviointia. Esimerkiksi Borgin asteikko, jossa asteet ovat merkitty 0-10. 0 tarkoittaa ei lainkaan hengenahdistusta, kun taas 10 on maksimaalinen ahdistus. Oirehoitona on lääkkeetön sekä lääkkeellinen hoito, lääkkeettömällä hoidolla pyritään vaikuttamaan asentohoidoin, fysioterapian sekä psykososiaalisin keinoin. Lääkehoitona käytetään opioideja, jolla on hengitystä helpottava vaikutus, mikäli lääkkeen annostus on oikea. Esimerkiksi suun kautta otettava lyhytvaikutteinen Morfiini 2,5-10 mg 2-4 tunnin väliajoin. Hengenahdistukseen, johon liittyy paniikkia tai ahdistusta, lääkityksenä voidaan antaa Bentsodiatsepiinia kuten Loratsepaami 0,5-1mg x 1-3. (Saarto ym. 2015, 94-96.)

Hengitysteiden suojausmekanismina on yskä, joka on samalla oire. Hoitona käytetään oireenmukaista hoitoa, ja ensisijainen lääke on opioidi. Yskää aiheuttavat muun muassa hengitystie-eritteet, jonka syynä voivat olla tulehdus, aspiraatio, kakeksia, infektio sekä nielemisen vaikeus. Limaisuuden hoitoon voidaan käyttää Glykopyrronia 0,2mg:n boluksena tai 0,4-1,2 mg/vrk:n infusio s.c. Lääkkeet saattavat kuivattaa limakalvoja sekä tehdä liman sitkeäksi, mikäli limaa ei saada yskittyä tulisi lääkkeet lopettaa. Infektion hoitoon käytetään antibioottia, jolla on parantava vaikutus limaisuuteen. Antibiootista tulee olla hyötyä saattohoitopotilaalle, muutoin lääkitystä ei ole olennaista jatkaa. (Saarto ym. 2015, 102-104.)

4.3 Suun ja ruansulatuskanavan oireet

Saattohoitopotilaan suusta tulisi pitää hyvää huolta, jokaisella ihmisellä on suunnilleen 150 eri mikrobia suussaan. Suun kunnosta huolehtiminen ehkäisee ien- ja hammastulehduksia, tulehduksen merkkejä ovat turvotukset, kipu, punaisuus, veren tai märän ilmeneminen. (Saarto ym. 2015, 116-119.)

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on pitää huolta ja arvioida suun kuntoa. Yleisin oire on suun kuivuminen, syljen vähyyys lisää infektion mahdollisuutta huomattavasti. Suun ollessa kuiva, saattaa esiintyä nielemisongelmaa, limakalvojen kipua, pahaa makua ja hajua, sekä heräämistä öisin. Kuivumaa aiheuttavat vahvat opioidit ja muut lääkkeet, esimerkiksi verenpaine- ja mielialalääkkeet. Osa sairauksista kuten diabetes, sekä vuodelepo vähentävät myös syljen erityystä. Syljen eritystä lisäävät erinäiset ksylitolituotteet ja ruuan pureskeleminen, sekä runsas juominen vähentää janon tunnetta. Suun kostuttaminen edistää elämän laatua, joten sitä tulisi tehdä saattohoitopotilaalle säännöllisesti. Käytössä on suihkeita, geelejä, jotka kostuttavat suuta. Öljyt esimerkiksi ruokaöljy kostuttaa pitkäaikaisesti limakalvoja. (Saarto ym. 2015, 116-119.) Nielemisvaikeutta aiheuttaa kakeksia, neurologiset häiriöt ja limakalvojen kuivuus. Nielemistä voi helpottaa vaihtamalla ruuan olomuotoa, esimerkiksi soseeksi. Sängynpäädyn nostaminen

ylös, ja oikean asennon korjaaminen saattavat auttaa nielemisvaikeuteen. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito- suositus 2018.)

Loppuvaiheessa parantumattomasti sairailta esiintyy noin 30% oksentelua, sekä 60% pahoinvointia. Pahoinvointi yleensä liittyy aineenvaihduntaan, lääkkeisiin, ja tulehduksiin. Aivojen pahoinvointikeskuksen aktivoituminen saattaa myös aiheuttaa pahoinvointia, sekä moni yhtäaikainen tekijä vaikuttaa pahoinvoinnin kokemiseen. Oleellista olisi selvittää pahoinvoinnin syy, jolloin siihen voisi puuttua. Mikäli syytä ei voida poistaa, pahoinvointia on mahdollista vähentää lääkkeellisesti. Käytetyt kipulääkkeet voivat aiheuttaa pahoinvointia, erityisesti opioidit. Lääkkeen aiheuttamaan pahoinvointiin voidaan vaikuttaa esimerkiksi mahalaukun tyhjenemistä nopeuttamalla tai pahoinvointikeskukseen vaikuttamalla. Lääkkeinä pahoinvointiin on käytetty Primperan, Metopram 10-30 mg x 3 sekä Serenase 0,5-5mg x 2-3. (Hänninen 2015, 33.)

Opioidien ja muiden kipulääkkeiden käyttöön liittyy ummetus, annettaessa opioidia tulisi samalla käyttää vatsantoimintalääkettä. Elintoimintojen hidastuessa, ravitsemuksen ja nesteiden vähäisen saannin takia ummetus on yleistä saattohoitopotilailla, kuidun saanti sekä laksatiivi edesauttavat ummetuksen hoidossa. Haasteena ummetuksen hoidossa on mahdollinen ohivuotoripuli, jossa kovan ulostemassan ohitse pääsee valumaan löysää ulostetta, jolloin ummetuksen hoito vaihtuu ripulin hoitoon vaikeuttaen tilannetta. (Anttila 2017, 371.)

4.4 Turvotus ja ihon oireet

Parantumattomasti sairaalle voi ilmetä nesteen kertymistä, ja turvotusta kehon osiin kuten raajoihin, vatsaonteloon, sekä kasvoihin. Nesteen kertyminen aiheuttaa oireita, jotka vaikuttavat negatiivisesti elämänlaatuun. Nesteenkertyminen voi aiheuttaa pahoinvointia, närästystä, kipua ja ummetusta. Kertyneeseen nesteen vähentämiseen voidaan vaikuttaa lääkehoidoin nesteenpoistolääkkeillä, sekä lääkkeettömin keinoin esimerkiksi lymfahieronnalla. (Hänninen 2015, 42-43.) Turvotusta voidaan hoitaa myös koho-asennoin ja kompressiotuin, tulosten saamiseksi edellytetään tukisidoksien säännöllistä käyttämistä. Turvotuksen aiheuttajina on useimmiten häiriöt imunestekierrossa, tai sisäelinten vajaatoiminnat kuten sydämen tai maksan. (Palliativinentalo n.d.)

Pitkään makuulla oleville, sekä vuodepotilaille saattaa aiheutua paineen vaikutuksesta ihorikkeymiä. Haavaumien syntyyn vaikuttavat ihon ohuus, terveys, ihon kosteus, ravitsemus ja laihtuminen. Painehaavoissa avaintekijänä on ehkäisy. Painetta tulisi estää, joten asennon vaihdot pitäisi tehdä säännöllisesti esimerkiksi parin tunnin välein. Haavaumia syntyy yleisemmin kantapäihin, selkärangan alueelle ja varsinkin niihin paikkoihin, joissa ihon ja luun välinen kudosis on vähäistä. (Hänninen 2015, 46.) Ihossa oleva punainen jälki, joka painauksesta ei palaudu normaaliksi, on merkki vauriosta (Saarto ym. 2015, 182).

Painehaavan hoitoon kuuluu paineen vaihtelu eritavoin, kuten painepatjojen ja asentohoitotyynyjen avuin. Haavasta poistetaan kuollutta kudosta, sekä haavaa hoidetaan paikallisesti. Haavan hoidossa huomioidaan haavatyypin, onko haava erittävää vai esimerkiksi onkalomainen. Sidokset valitaan myös eritteen määrän,

haavan sijainnin ja koon perusteella. Ihoa tulisi rasvata ja huolehtia hygieniasta, ihoa voidaan suojata rasvavalmisteilla kuten hunajavoiteilla. Haavan paranemiseen vaikuttaa ravitsemus, monipuolinen ravinto edesauttaa kudoksien eheyttä ja hyvinvointia. Suositeltu energian tarve haavapotilaalla on 35-40 kcal/kg/vrk sekä proteiinista 1,25-1,5 g/kg. Lisäravinteita on lisäksi mahdollista käyttää esimerkiksi Nutridrink, varsinkin riskiryhmän potilailla. (Painehaava: Potilas-ohje Eksote n.d.)

5 SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO

Saattohoitopotilaista noin 65 %:lla esiintyy kipua, jotka sairastavat ei-pahalaatuisia sairauksia ja syöpää sairastavilla 70 %:lla esiintyy kipua. Kirjallisuuskatsauksen perusteella, jossa oli mukana John Bonican tutkimus kivun esiintyvyydestä, tulokseksi saatiin, että kipua esiintyy kaikissa syövissä 40 %:lla sekä 71 %:lla loppuvaiheen tautia sairastavilla. (Antikainen ym. 2015, 45.) IASP eli Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen mukaan kipu määritellään aistilliseksi tai järki- ja tunnepohjaiseksi kokemukseksi, joka on epämiellyttävää sekä siihen liittyy mahdollisesti kudosvaurio. Kivun kokemiseen ei vaikuta kykenemättömyys ilmaista kipua. (Antikainen ym. 2015, 47)

Kelon ym. (2015) mukaan saattohoidossa olevien potilaiden kipukokemukset ovat yksilöllisiä, ja usein kroonistuneet ajan myötä. Kivun kokemiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten mikä on kivun syy, sen hoidot, psykologiset ja fysiologiset tekijät. Kivun kokemiseen vaikuttaa potilaan kokemus omasta terveydentilasta sekä psyykkisestä hyvinvoinnista. Kipukynnystä alentavia tekijöitä ovat muun muassa masennus, väsymys, pelko ja unettomuus. Usein kivulla on merkitys potilaalle, kasvavan kivun on todettu lisäävän usein kuoleman toivomista sekä vähenevä kipu toisin lisää halua elää. (Hänninen 2015, 37.) Positiivisilla tunteilla on vastakkainen vaikutus, eli kivun kokeminen vähenee. Snyderin (1977) mukaan naurun sekä ilon tunteiden aikana erittyy opioidien kaltaisia endorfiineja, jotka lievittävät kipua. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 56-57.)

Kipuhermopäätteiden eli noniseptoreiden aktivoituessa kudoksissa, aiheuttaa se aivokuorella kivun aistimisen. Monet tekijät voivat aiheuttaa noniseptoreiden aktivoitumisen, esimerkiksi taudit tai lämpö. Kudosvaurio vapauttaa kivun välittäjäaineita, jotka lisäävät herkkyyttä ärsykkeille. Noniseptoreista kipuviesti siirtyy sensoristen hermojen mukana takasarveen, joka sijaitsee selkäytimessä. Selkäytimestä kipuviesti siirtyy toisiohermosolujen mukana aivoihin. Tuovissa sensorisissa hermoissa A-delta- ja C-säikeet välittävät kipua. A-delta tuottaa terävää kipua, joka ilmenee nopeasti sekä C-säikeet tuottavat hitaamman puoleista kipua, joka puolestaan saattaa tuntua polttavalta. Selkäytimestä lähtee spinotalaaminen radasto, joka jaetaan lateraaliseen sekä mediaaliseen osaan. Lateraalinen osa loppuu somatosensoriselle aivokuorelle, jossa hahmotetaan kivun voi-

makkuutta, kestoja ja missäkipu sijaitsee. Medaalinen radasto loppuu singulaariselle kuorikerrokselle, joka säätelee tunnetta. Laskevissa kipuradoissa kipua esittäviä välittäjäaineita ovat opioidit, noradrenaliini. (Antikainen ym. 2015, 48-49.)

Kipu voidaan jaotella sen sijainnin sekä keston mukaan, kuten akuuttikipu on alkanut äkillisesti ja krooninen kipu on pitkään kestänyttä kipua. Krooninen kipu jaotellaan nosiseptisiin, neuropaattisiin sekä idiopaattisiin kipuihin. Nosiseptisen kipu johtuu kudonvaurioista, joka aiheuttaa oireita lihaksiin, luustoon. Nivelrikko ja osteoporoosi ovat yleisiä kudonvauriosta johtuvia sairauksia. (Antikainen ym. 2015, 47.) Kudonvauriokipu heikentää toimintakykyä päivittäisissä toiminnaissa ja saattaa laskea mielialaa. Neuropaattinen kipu on peräisin hermovaurioista, vaurio voi sijaita ääreis- ja keskushermostossa sekä esimerkiksi diabetekseen ja neurologisiin sairauksiin liittyy neuropaattinen kipu. Tuntoaistissa voi olla poikkeavaa toimintaa, joko yliherkkyyttä tai tunnottomuutta. (Anttila ym. 2017, 132.) Idiopaattinen kipu on pitkäaikaista kipua, jonka syytä ei voida todentaa. (Antikainen ym. 2015, 47.) Lääkehoidon vaste on heikkoa idiopaattisissa kivuissa, oireina saattaa myös esiintyä väsymystä, masennusta ja stressi lisää oireiden kokemista. (Anttila ym. 2017, 133.)

Kivunhoito saattopotilailla on yksilöllinen, sairauden vaiheen ja etenemisen takia. Se kuinka kivun kokee, miten voimakasta ja esiintyvää kipu on, vaikuttaa sen hoitamiseen. Kipua voidaan hoitaa lääkkein, lääkkeettömästi sekä psykososiaalisin keinoin. (Pitkälä ym. 2016, 481.) Saattohoitokivun hoidosta ei ole tutkimusnäyttöä muun kuin syöpäkivun hoitoon, joten muun kuin syövästä johtuvan kivun hoitoon sovelletaan samoja periaatteita kuin syövänhoidossa. (Käypä-hoito suositus 2018.) Kroonisessa kivussa avainasemassa on lääkehoito ja sen tukena kipua voidaan lievittää eri hoitomenetelmin kuten fysikaalisesti. Lääkehoidossa tulisi miettiä onko siitä enemmän hyötyä kuin haittaa, minimoiden haittavaikutukset. (Nurminen 2011, 289-290.)

5.1 Kivun arviointi

Kivun arvioinnin tulisi perustua potilaan omaan kerrontaan, sillä kipu on yksilöllinen kokemus, jota toinen ihminen ei voi sanoa toisen puolesta. Arvioidessa kipua tulisi potilaan selvittää perustiedot, mahdolliset sairauksista tai hoidosta johtuvat kivut. Esimerkiksi kivun sijainti, laajuus, ajallisuus eli onko jatkuvaa tai kohtauksittaista. Onko kipu pistävää, aiheuttaako oireita kuten pahoinvointia, hikoilua tai muutoksia toimintakykyyn. (Antikainen ym. 2015, 52.) Arvioinnissa on olennaista löytää mahdollinen syy mikä aiheuttaa kipua, kivun arvioinnin tulisi olla säännöllistä, sekä tarpeen mukaan tapahtuvaa (Salanterä ym. 2006, 75).

Mikäli potilas on kykenemätön ilmaisemaan kipua sanallisesti tai mittareiden avulla, esimerkiksi muistisairas ihminen, voi kipua arvioida havainnoimalla sekä seuraamalla kipukäyttäytymistä. Tällöin kipua voidaan mahdollisesti arvioida ilmeistä, kehon kielestä ja ääntelystä. (Antikainen ym. 2015, 52.) Keho ja sen liikkehdintä voivat viestittää kipua, liikkumattomuus, levoton liikkehdintä, jännittyneisyys ja jäykät liikkeet saattavat viitata kivun kokemiseen. Krooninen kipu voi

myös johtaa reagoimattomuuteen, pitkään kestäessään tai potilaan ollessa voimaton ilmaisemaan enää kipua. Kipukäyttäytyminen näkyy myös tunteissa ja olemuksessa, kipu aiheuttaa ahdistuneisuutta ja ihminen saattaa hermostua herkemmin. Sosiaalisuus saattaa vähentyä, jolloin haluaa olla yksikseen, myöskin normaalia lapsellisempi käytös voi olla merkki kivun kokemisesta. (Salanterä ym. 2006, 77-78.)

Kivun arviointi tulee kirjata, ennen lääkettä ja lääkkeenoton jälkeen lääkkeen vastetta. Tärkeää on arvioida hoidon vastetta, lievittykökipu sekä onko ilmennyt haittavaikutuksia. Kipua on mahdollista arvioida yhdessä potilaan kanssa käyttämällä erinäisiä mittareita, yleisimpiä mittareita ovat VAS (Visual analog scale) eli kipujana, NRS (Numeral rating scale) on numeraalinen asteikko sekä VRS (Verbal rating scale) sanallinen asteikko. Kipua tulisi arvioida potilaan ollessa levolla sekä mahdollisesti liikkeellä ollessa. Mittareiden lisäksi voidaan käyttää kyselyitä apuna, esimerkiksi ESAS (Edmonton symptom assessment scale) jossa kartoitetaan kivun lisäksi mahdollisia oireita kuten masennusta ja pahoinvointia. (Antikainen ym. 2015, 52-53.)

Muistisairailta varsinkin vaikeassa vaiheessa on vaikeutta kommunikoida ja kertoa kivusta, puhekyvyn sekä muistin huononemisen takia. (Pitkälä ym. 2016, 481.) PAINAD-mittari soveltuu käytettäväksi dementiaa sairastavilla henkilöillä, jotka eivät kykene enää puhumaan tai ilmaisemaan omaa tunnetta esiintyvistä kivusta. Arvioinnissa tarkkaillaan potilasta noin 5 minuuttia, osiot sisältävät hengityksen, negatiivisen ääntelyn, ilmeet ja kehon kieli sekä lohduttaminen. Arviointi asteikko on 0-10, jolloin 0 tarkoittaa ei kipua, kun taas 10 on sietämätön kipu. (PKSSK 2014.)

5.2 Lääkkeetön hoito

Kipulääkityksen lisäksi hoitoon liitetään lääkkeettömiä hoito keinoja, jotka määritellään yksilöllisesti käyttöön. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat esimerkiksi kylmä- ja lämpöhoidot, musiikki, TNS sekä fysikaaliset hoidot. (Valvira 2017a.)

Rentoutuminen sekä huumori edesauttavat kivun lievittämisessä, kevyt kosketus tai hieronta saattavat rentouttaa lihaksia ja luoda lämmön tunteen. Huumori auttaa saamaan ajatukset toisaalle kivusta, se vilkastuttaa verenkiertoa ja hengitystä. Lämpöhoitoa voidaan toteuttaa erinäisten lämpöpakkauksien, sekä lämpölampujen avulla. Lämmön avulla saadaan verenkierto vilkastumaan, lihakset voivat rentoutua sekä se saattaa nopeuttaa aineenvaihduntaa. Kylmähoidoilla saadaan aikaan verenkierron vähenemistä, jolloin kudosten aineenvaihdunta hidastuu ja lihakset rentoutuvat. Kylmähoitoon käytetään kylmäpakkauksia, sekä jääpaloja. Sähköhoidolla pyritään ärsyttämään hermopäätteitä, jolloin kipuarisyykkeen pääsy selkäytimestä aivoihin estyy. Sähköhoidossa käytetään esimerkiksi TNS-laitetta, joka on transkutaaninen hermostimulaatio. (Anttila ym. 2017, 128-129.)

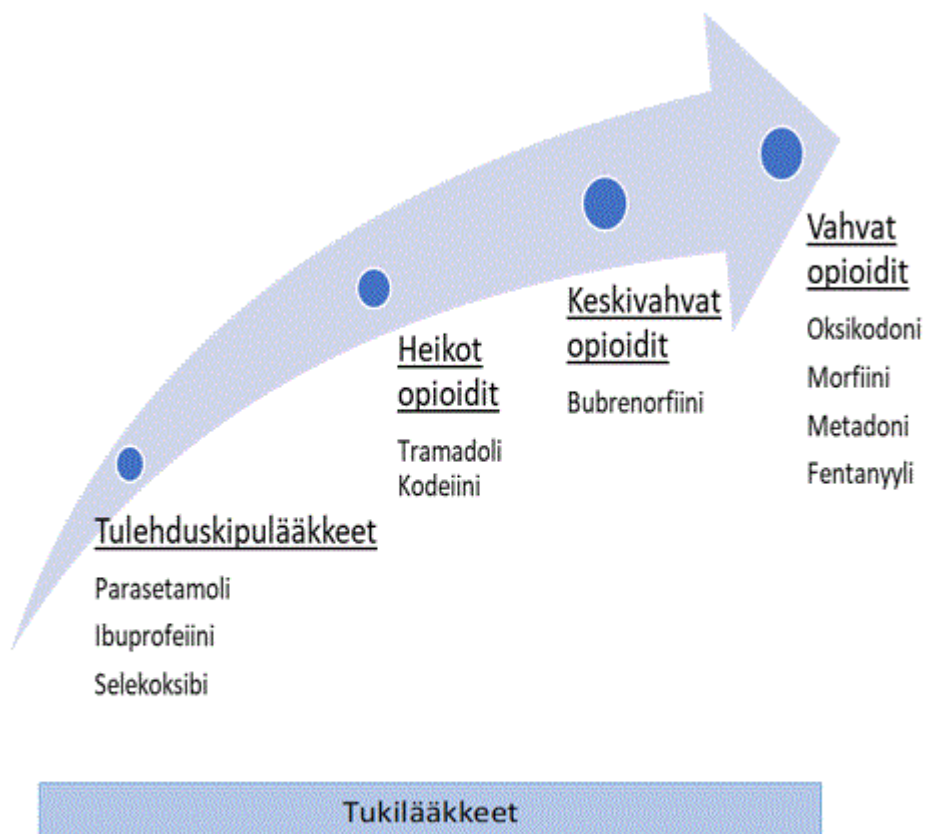
5.3 Lääkehoito

Kivunhoito menetelmänä lääkehoito on eniten käytetty ja tärkeä. Hyviä hoitotuloksia saavutetaan, kun lääkehoito yhdistetään muihin hoitomenetelmiin, esimerkiksi lääkkeettömiin ja fysioterapeuttisiin. Kipulääkkeet määritellään aineiksi tai valmisteiksi, joilla tavoitteena on lievittää, parantaa kipua ulkoisesti tai sisäisesti käytettynä. Kipulääkkeet saattavat sisältää useaa lääkeainetta, ja käytettävissä on itsehoito sekä reseptilääkkeitä. (Salanterä ym. 2006, 107.) Lääkehoito aloitetaan yleensä tulehduskipulääkkeillä, ja myöhemmin siihen lisätään vahvempi kipulääke, mikäli vaste hoitoon ei ole tarpeeksi hyvä ja kipu pahenee. (Antikainen ym. 2015, 371)

Suomalaisista 75-vuotta täyttäneistä noin kolmanneksella on käytössä 10 eri lääkevalmistetta. Lääkemäärä saattaa kasvaa entisestään palliatiivisessa hoidossa olleessaan, usein miten lisääntyvien oirelääkkeiden takia. Fimean 75-vuotta täyttäneiden iäkkäiden tietokannan mukaan joka neljännellä iäkkäällä on käytössä välttävääsi luokiteltu lääkeaine ja joka viidennellä on lääkitys, joka aiheuttaa huomattavan yhteisvaikutuksen. (Antikainen ym. 2015, 321) Lääkeaineet voidaan jakaa sen mukaan, miten ja mihin lääkeaine vaikuttaa, systeemisesti sekä paikallisesti vaikuttaviin. Systeemisesti vaikuttavat lääkeaineet kulkeutuvat elimistöön verenkierron kautta, ja vaikuttavat laajasti koko elimistöön riippumatta siitä, missä kipua esiintyy. Paikallisesti annosteltavat lääkeaineet, vaikuttavat annostuskohdassa ja saattavat aiheuttaa myös sivuoireita päästessään verenkiertoon. Esimerkiksi erinäiset voiteet ovat paikallisesti annosteltavia lääkeaineita. (Nurminen 2011, 43.) Kipulääkkeet luokitellaan keskushermoston ulkopuolella vaikuttaviin tulehduskipulääkkeisiin eli anti-inflammatorisiin analgeetteihin, sekä keskushermoston kautta vaikuttaviin euforisoiviin analgeetteihin. (Nurminen 2011, 290.)

Lääkehoidossa tulisi ottaa huomioon ikääntymisen tuomat fysiologiset muutokset. Kehon koostumus muuttuu, jolloin rasvanosuus lisääntyy sekä veden- ja lihaskudoksen määrä pienenee. Lääkeaineiden jakaantuminen ja vaikutusaika muuttuvat. Lääkeaineiden imeytyminen hidastuu, syljen- ja suolahapon erityksen vähenemisen takia. Eri sairaudet vaikuttavat elimistön toimintaan muuttaen sitä, jonka vuoksi iäkkäillä tulisi käyttää pienempiä lääkeannoksia ja tarvittaessa nostaa annoskokoa. Huomiota tulisi kiinnittää ruuan ja nesteiden saantiin, mikäli syöminen ja juominen on vähäistä riskinä on lääkeaineiden haittavaikutukset. (Sinisalo & Thurman 2015, 196-197.)

Lääkeaineiden vaikutusten seuranta on oleellista, voinnin muutoksesta ja mahdollisista haitta- ja sivuoireista tulisi kirjata, sekä tiedottaa muuta hoitohenkilökuntaa. (Sinisalo & Thurman 2015, 196-197.) Tutkimuksissa on viitattu, että muistisairauksia sairastavien henkilöiden kivut ovat alihoidettuja. Ranskassa tehdyn tutkimuksen perusteella dementiaa sairastavista asukkaista 42% käytti kipulääkettä, kun taas dementiaa sairastamattomista asukkaista 52%. Kipua vallittavista dementiaa sairastavista asukkaista 66%, sekä terveistä asukkaista 77% oli saanut kipulääkettä. (Saarto ym. 2015, 80-81.)



Kuva 2. Kivunhoitomalli (Kelo ym. 2015, 268.)

5.3.1 Tulehduskipulääkkeet

Tulehduskipulääkkeiden (NSAID) vaikutus perustuu lähinnä ääreishermopäätteen tasolla, jolloin ne estävät syklo-oksigenaasientsyymin toimintaa eli COX:ia. COX-entsyymin reaktiosta arakidonihaposta muodostuu prostanoideja. Prostanoidit, sekä leukotrieenit ovat välittäjäaineita, jotka aiheuttavat tulehdusreaktioita, sekä kuumetta ja välittävät kipua. Tulehduskipulääkkeillä estetään COX-entsyymin toiminta, jolloin prostanooidien tuotanto heikkenee ja tulehdusreaktio vähenee, kipu sekä kuume laskevat. Positiivisia vaikutuksia COX-entsyymillä on säädellä verisuonien toimintaa, ne suojaavat mahan limakalvoja sekä edistävät munuaisten toimintaa. Positiiviset vaikutukset vähenevät tulehduskipulääkkeitä käytettäessä. (Salanterä ym. 2006, 109.) Tulehduskipulääkkeet ovat yleisemmin käytettyjä lääkkeitä kivun hoitoon, ne lievittävät kuumetta, tulehduksia, ja kipua. Tulehduskipulääkkeitä käytetään esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinperäisissä kivuissa, päänsäryissä, sisäelinperäisten kipujen hoidossa ja lievissä kudosaivuriokivissa. Neuropaattisen- ja idiopaattisen kivun hoitoon tulehduskipulääkkeillä ei yleensä ole vaikutusta. (Salanterä ym. 2006, 110)

Haittavaikutuksia esiintyy 10-45 %:lla tulehduskipulääkkeitä käyttävillä, varsinkin iäkkäät ovat alttiina haitoille. Yleisimmin ruuansulatuskanavan oireet, merkitsevät lääkkeen haittavaikutuksesta. Oireita voivat olla vatsakipu, pahoinvointi ja oksentelu. Iäkkäiden oireet voivat olla moninaisemman, eikä niin helposti nähtävissä. Pitkäaikainen käyttö voi peittää alleen ruuansulatuskanavan haavauman, jonka kipua ei huomaa tai se on oireeton. Haittoja voidaan ehkäistä käyttämällä tarvittaessa tulehduskipulääkkeitä, tai vaihtamalla tulehduskipulääkeaineryhmää ja lisäämällä siihen lisäksi mahan limakalvoa suojaava lääke. Sydämen- ja maksan vajaatoimintaa sairastavilla esiintyy lisääntyvästi munuaisiin kohdistuvia haittoja, käyttäessä tulehduskipulääkkeitä. Oireina esimerkiksi vähentynyt virtsaneritys ja hyperkalemia eli kohonnut kaliumin arvo veressä. Keskushermostoon vaikutuksena on huimausta, väsymystä, iäkkäille nämä oireet ovat yleisempiä. (Salanterä ym. 2006, 111,113)

WHO:n mukaan Parasetamoli on maailmanlaajuisesti käytetyin tulehduskipulääke, ja sitä suositellaan ensimmäiseksi linjaksi kivun hoidoissa. (Nymand Ennis, Dideriksen, Vægter, Handberg & Pottegård 2015.) Parasetamoli lievittää kipua, ja on saatavilla ilman reseptiä apteekista. Lääke ei alenna tulehduksia, ja määrättyä annostusta tulee noudattaa. Liian suurina annoksina Parasetamoli aiheuttaa maksavauriota. Yleisimmin käytetty annostus on 3g/vrk. (Nurminen 2011, 300.)

5.3.2 Opioidit ja vahvat kipulääkkeet

Opioidit eli euforisoivat analgeetit vaikuttavat keskushermoston kautta, sekä ovat vahvimpia kipulääkkeitä mitä käytetään. Käytönaiheita ovat esimerkiksi vaikeat kiputilat, leikkaukset, hermokivut ja syövästä aiheutuvat kivut. Opioidit vaikuttavat lievittävästi kipuun, ne auttavat ahdistukseen ja vähentävät tuskaisuutta, sekä saavat aikaan hyvänolon tunteen eli euforian. Opioidit aiheuttavat myös väsymystä, mikä saattaa helpottaa saattohoitopotilaan olotilaa. (Nurminen 2011, 297.)

Opioidit jaetaan kolmeen ryhmään, niiden vaikutuksen perusteella kuten heikot, keskivahvat ja vahvat opioidit. Pitkäaikaisessa käytössä elimistö tottuu lääkeaineeseen, jolloin annos nostolla pystytään lisäämään lääkityksen vastetta, opioideista saattaa kehittyä riippuvuus. Liian suuret annokset vaikuttavat elimistöön lamauttaen verenkierron ja hengityksen, jonka vuoksi lääkityksen aloitukseen suositellaan pieniä annoksia. (Sinisalo & Thurman 2015, 159.) Opioidit saattavat aiheuttaa haittavaikutuksia varsinkin iäkkäille, tavallisesti iäkkäiden aloitusannokset ovatkin 25-50 % pienempiä kuin nuoremmilla potilailla. Yleisiä haittavaikutuksia ovat esimerkiksi ummetus, sekavuus ja väsymys. Ummetus aiheutuu hidastuneen ruuansulatuskanavan toiminnan takia, sekä aloittaessa opioideja tulisi hoitaa aktiivisesti ja ennaltaehkäisevästi ummetusta. (Salanterä ym. 2006, 204.)

Oksikodoni on yksi yleisimmistä käytetyistä opioideista Suomessa, teholtaan samankaltainen kuin Morfiini mutta histamiinin vapautumisen määrä on alhaisempi. Oksikodini imeytyy suun kautta paremmin kuin esimerkiksi Morfiini. (Sa-

lanterä ym. 2006, 121.) Oxynorm liuos sopii käytettäväksi suun limakalvolle, annoksena esimerkiksi 10mg/ml 4-6h välein, saattohoidossa annos voidaan uusia 30 minuutin kuluttua. (TPA Tampere: Elämän loppuvaiheen hoito.)

5.4 Kipulääkityksen antotavat

Lääkkeitä on mahdollista annostella enteraalisesti sekä parenteraalisesti elimistöön. Enteraalisesti annettuna lääke annostellaan ruuansulatuskanavan kautta suuhun, tai mahdollisesti peräsuoleen. Enteraalinen antotavassa ei lääkettä annostella kudoksen tai ihon lävitse vaan luonnollista tietä. Parenteraalisessa antotavassa lääkeaine annetaan injektiona tai infuusiona, esimerkiksi hengitysteihin, ihoon tai korvaan. Parenteraalinen antotavassa voidaan läpäistä iho tai kudokset, jolloin se on invasiivista eli kajoavaa sekä läpäisevää. Antotavat määritellään yksilöllisesti, huomioiden se kuinka nopeasti ja pitkään halutaan lääkkeen vaikuttavan. Onko potilaalla mahdollisesti nielemisvaikeuksia, jolloin lääkkeen muotoa tulee pohtia. Lääkeaineen ominaisuudet ja tarkoitus vaikuttavat myös lääkkeen antotapaan, esimerkiksi injektio-vaikutus alkaa nopeammin pistettynä lihakseen kuin tabletin ottaminen, jonka vaikutus alkaa noin puolesta tunnista eteenpäin. (Sinisalo & Thurman 2015, 41-43.) Suositus on, että ensisijaisesti käytetään suun kautta otettavia lääkkeitä, mikäli suun kautta ei pysty ottamaan lääkkeitä, siirrytään parenteraaliseen antotapaan. (Salanterä ym. 2006, 133.)

5.4.1 Suun kautta

Suun kautta oraalisesti eli peroraalisesti (p.o. / per os.) annettavat lääkkeet imeytyvät verenkiertoon ruuansulatuskanavasta ja vaikuttavat laajasti elimistöön. Yleisimmät suun kautta otettavat lääkkeet ovat tabletteja sekä kapseleita, joiden vaikutus alkaa noin puolesta tunnista tuntiin. (Salanterä ym. 2006, 134) Haittavaikutukset ovat pienemmät suun kautta otettavissa valmisteissa, kuin parenteraalisissa. (Nurminen 2015, 21.)

Enterotabletit vapauttavat hitaasti lääkeainetta, ja hajoavat vasta suolistossa. Niitä ei saa murskata eikä puolittaa, lääkeaine tulisi ottaa tyhjään mahaan runsaan veden kera. Depot-valmisteissa tableteissa vaikutus aika on pitkä, ja ne vapauttavat hitaasti lääkeainetta elimistöön. Depot-valmisteita ei saa puolittaa eikä murskata, ne tulisi niellä kokonaisuutena. Kauppanimissä saattaa esiintyä sanat depot, retard, slow, jotka merkitsevät lääkeaineiden olevan pitkävaikutteisia ja vaikuttavan tasaisesti elimistössä. Akuuttiin kipuun on käytettävissä poretabletteja, mitkä liuotetaan veteen. Lääkeaine imeytyy nopeammin, jolloin vaikutus alkaa aikaisemmin. (Salanterä ym. 2006, 134-135.) Poretabletit sekä nestemäiset oraaliset lääkevalmisteet sopivat hyvin käytettäväksi nielemisvaikeuksista kärsiville potilaille. Oraalinesteitä annetaan mittalasin, ruiskeen avulla millilitroina. Lääkeaine on ravistettava ennen käyttöä, ja mikäli ruiskua käytetään tulisi lääkeaine suunnata posken limakalvolle eikä nielua kohti. (Nurminen 2015, 22-23.)

5.4.2 Ihon alle

Ihonalainen injektio (s.c. eli subkutaaninen) annetaan rasvakudokseen, lääkeaine ei ala vaikuttamaan välittömästi vaan viiveellä. Sopivia pistopaikkoja ovat pakara, vatsa sekä reisi, lääkeaineen vaikutukseen vaikuttavat pistokohdan verenkierron vilkkaus. Olkavarteen voi myös pistää, mutta sitä ei suositella ohkaisen rasvakudoksen takia. Lääkeainetta tulee enimmillään pistää ihon alle 2ml. (Anttila ym. 2017, 115.)

Tavallisimpia lääkevalmisteita, joita pistetään ihon alle ovat insuliinit, myös kipuja pahoinvointilääkkeitä voidaan pistää kuten morfiinia sekä hydromorfonia. Pistäessä ihosta otetaan pinsetti ote, eli iho jää peukalon ja etusormen väliin. Tavallisemmin neulan paksuus on G25-27, pistokulma on 90 astetta mutta mikäli rasvakudosta on vähän niin pistokulma voi olla 45 astetta. Usein pistettäessä ihon alle, tulee pistokohtaa vaihdella. Komplikaationa voi olla kudოსvaurioita, ja pistäminen saattaa tuntua epämukavalta. Pistäminen voi aiheuttaa injektiokohtaan infektion, joka ilmenee pistokohdassa kipuna, turvotuksena sekä punaisuutena. (Stephens 2017.)

5.4.3 Lihaksen sisään

Lihaksensisäinen injektio eli intramuskulaarinen (i.m.) on nopea vaikutteinen lihaksen runsaan verenkierron takia, vaikutus alkaa noin 10-30 minuutin kuluessa injektioista. Parhaimman vaikutuksen saa pistettäessä isoon lihakseen, jossa on vähän rasvakudosta sekä paljon verisuonia. Suositeltava pistettävä enimmäismäärä on 5ml, mikäli lääkeaine on kudosta ärsyttävää tulisi se jakaa useampaan antokertaan yli 2-3ml pistoissa. Injektion pistäminen lihakseen vaatii vastaavan lääkärin luvan, lupa on työpaikka- ja henkilökohtainen. (Nurminen 2015, 48-49.)

Pistämispaikkoina ovat esimerkiksi reisilihaksen ulko-osa, hartialihaksen ylä-ulkoneljännes. Reisilihaksen ulko-osa on turvallinen paikka pistää injektio, ulko-osassa ei ole suuria verisuonia tai hermoja. Oikea pistopaikka selviää mittamalla isosta sarvennoisesta käden pituus alaspäin ja polvesta käden leveys ylöspäin, jolloin oikea pistopaikka sijoittuu näiden väliin. Hartialihaksen pistopaikka löytyy olkalisäkkeen kohdalta 2-3 sormenleveyttä alaspäin mitattuna, hartialihaksen sopii pienille määrille lääkeainetta, alle 2 ml:n tilavuuksille. Injektiopaikka tulee tarkkaan löytää, varottava on hermoja sekä verisuonia. Pistettäessä olkavarren kudος puristetaan ja hieman nostetaan etusormen ja peukalon väliin, neula tulee viedä 60-90 asteen kulmassa lihakseen, sekä rauhassa ruiskutetaan lääkeaine pitäen ruisku, että neula paikoillaan. (Nurminen 2015, 49.)

Pakaraan pistettäessä on löydettävä pistopaikka tarkkaan, sillä riskinä on iskishermoon pistäminen. Paksurasvakudos hankaloittaa pistämistä ja neulan tulisi olla tarpeeksi pitkä, jotta se ulottuisi lihakseen asti. (Nurminen 2015, 49.) Pakaraan ja reiteen pistettäessä iho pingotetaan, ja neula viedään lihakseen 90 asteen kulmassa. Neulasta tulisi näkyä lihakseen pistätettäessä noin kolmasosa. (Kaukkila & Ojala 2008.) Z-tekniikan eli ihovenytyksen avulla pyritään siihen, että

lääkeaine menisi lihakseen eikä ihon alle. Rasvakudoksesta lääkeaine imeytyy hitaasti, sillä verenkierto on siellä niukkaa. Verisuoneen ei tulisi pistää, injektio voidaan tarkastaa, ettei se ole suonessa aspiroimalla eli nostamalla mäntää ylöspäin. Nurmisen (2015) mukaan näyttöä aspiroinnin hyödyllisyydestä ei kuitenkaan ole.

6 KUOLEMAN LÄHESTYMINEN

Kuoleman lähestyessä ihmisen elimistö tekee yksilöllisiä muutoksia, joiden perusteella on mahdollista havaita tai ennustaa kuoleman ajankohtaa. Muutosten ilmeneminen ja oireet vaihtelevat, kaikilla potilailla ei niitä esiinny. Nielemisen vaikeus on yksi ensimmäisistä ilmaantuvista oireista, jotka viittaavat mahdolliseen kuoleman lähestymiseen (Valvira 2017b.)

Tajunnan tasossa tapahtuu muutoksia, vireystila laskee ja potilas on reagoimaton puheeseen sekä kosketukseen. Hengitys muuttuu pinnalliseksi, ja hengityskatkoksia saattaa ilmetä. Hengitys voi olla rohisevaa sekä äänekästä, ja se voi omaisista sekä hoitajista kuulostaa ikävältä. (Anttonen, Hänninen, Hävölä, Konttila, Pajunen & Vuorinen n.d.) Juominen sekä syöminen eivät enää tässä vaiheessa onnistu, hengitys muuttuu ja limaisuutta saattaa esiintyä tai lisääntyä. (Surakka ym. 2015, 79.) Ihossa voi havaita läikikkyyttä ja kasvot ovat kalpeat, raajat muuttuvat kylmiksi ääreisverenkierron puutteellisuudesta. Lämmönsäätely saattaa häiriintyä, jolloin potilaalla voi olla kuumetta. Kuume ei liity infektiin, vaan sitä lievitetään kuumelääkkein. Erinäistä ääntelyä, lihasnykinöitä ja sekavuutta saattaa esiintyä, oireet liittyvät mielen ja kehon luopumiseen. Kuoleman läheisydessä oireita voi olla vaikea havaita. (Anttonen ym. n.d.)

Lähestyessä kuolemaa potilas saattaa näyttää levolliselta ja rauhalliselta, saattohoidossa korostuu fyysinen hoito. Kivun ja oireiden hoitoa jatketaan, huolehditaan hyvin hygieniasta. Tärkeää on olla kuolevan henkilön luona läsnä, hiljaisuutta ja kuiskaamista pidetään lähestyvän kuoleman piirteinä. Tunnistaessaan lähestyvän kuoleman, tulee siitä omaisille ilmoittaa, mikäli he ovat sitä toivoneet. Osa omaisista haluaa olla paikalla kuolin hetkenä, kun taas osa omaisista tulee kuoleman jälkeen jättämään hyvästit. (Surakka ym. 2015, 79.)

6.1 Kuolema

Kuolleen ihmisen sydän on pysähtynyt, ja hengitys lakannut. Hoitohenkilökunnan ollessa paikalla kuoleman tapahduttua, tärkeää on kunnioittaa tilannetta ja olla läsnä. Kuolevalla yleensä esiintyy hengityskatkoksia, jolloin tulisi odottaa 5-10 minuuttia ennenkuin kokeilee pulssia. Viimeisimmät elonmerkit ovat pulssin tuntu kaulalla sekä ohimolla, kuollut ihminen ei enää reagoi ärsykkeisiin kuten ääneen tai kosketukseen sekä pupillit eivät reagoi valoon. Tässä vaiheessa hoitajien tulisi kiinnittää huomiota kellon aikaan. Kuolleen ihmisen veri pakkautuu ja

saattaa aiheuttaa mustelmia kehoon, kuolonkankeus alkaa sydäimestä, palleasta ja puremalihaksista. Keho jäähtyy, jolloin alkaa fysikaalinen sekä kemiallinen hajoamisprosessi. Kuoleman tapahduttua ja vainajan lihasten veltostuttua eritteen virtaavat ulos elimistöstä. (Surakka ym. 2015, 80-81.)

Kuoleminen tapahtuu usein potilaan nukkuessa, ja heidät löydetään hoitohenkilökunnan toimesta. Jotkut omaiset haluavat olla potilaan luona kuoleman hetkellä, ja tämä suodaan heille. Kuolevan ei tarvitse tuntea yksinäisyyttä, vaan omaisten tai hoitajien avuin he saavat tuntea olevansa tärkeitä. (Surakka ym. 2015, 79-80.) Kuoleman toteaa aina lääkäri, jolle tulee ilmoittaa heti kuoleman tapahduttua. Vainaja voidaan kuljettaa kuolemasta kahden tunnin kuluttua ruumishuoneelle. (Anttila ym. 2017, 373.)

6.2 Vainajan laitto

Potilaan kuoltua, tulee vainajaa käsitellä arvokkaasti, ja hänet saatetaan viimeiselle matkalle. (Anttila ym. 2017, 374.) Vainaja laitetaan rauhallisessa paikassa, laittamisen välineet on sovittu hoitopaikan mukaan, käytössä voi olla esimerkiksi exitus-setti. Vainaja asetellaan luonnolliseen asentoon selälleen, mahdolliset hoitotarvikkeet irrotetaan kuten letkut ja katetrit. Vainaja pestään, sillä kuoltua eritteet virtaavat yleensä ulos kehosta. Suu hoidetaan ja proteesit laitetaan takaisin suuhun, mikäli se on mahdollista. Potilailta ajellaan parta, jos tarvetta on sekä hiukset kammataan siistiksi.

Exitus-setissä on aluslakana, joka laitetaan vainajan alle sekä samalla vaihdetaan kuiva vaippa tilalle. Vainajan silmät suljetaan, ja niiden päälle on mahdollista laittaa kostutetut vanulaput. Leuka sidotaan sideharsolla kiinni pään ympäri, jottei leuka valahtaisi alaspäin. Vainaja puetaan paitaan, joka on selästä avonainen sekä nilkat sidotaan sideharsolla yhteen. Vainajan päälle laitetaan lakana, joka jää rinnan kohdalle. Kädet asetellaan kehon viereen peitteen päälle, ja rinnan kohdalle on mahdollista tehdä peitteestä ristin merkki. (Anttila ym. 2017, 374.) Vainajasta kirjoitetaan henkilötiedot lappuun, joka laitetaan ranteeseen sekä nilkkaan kiinni, jotta vainaja tunnistettaisiin. Henkilökohtaiset omaisuudet otetaan talteen kuten korut ja laitetaan pussiin. (Elovaara, Lang, Manner & Patala-Pudas 2018, 3.)

Vainajan huone siistitään siistiksi, ylimääräiset hoitotarvikkeet viedään huoneesta pois. Huoneeseen tuodaan kynttilä, pöytäliinaa jotta huoneeseen saataisiin lämmin sekä arvokas tunnelma. Omaisilla on mahdollista tulla vainajan laitton jälkeen katsomaan vainajaa, ja jättämään hyvästit. Tärkeää on antaa omaisille aikaa, jotta he voivat rauhassa nähdä vainajan viimeisen kerran. (Anttila ym. 2017, 374.)

7 OMAISTEN TUKEMINEN JA KOHTAAMINEN

Saattohoito alkaa saattohoitopäätöksellä, tavoitteena neuvotteluille on yhteinen näkemys linjauksista, sekä sairauden loppuajan hoidosta. Potilas määrittelee itse hänen tärkeät ihmiset, jotka osallistuvat hänen elämäänsä. Potilaan näkemys perheestä ja läheisistä ihmisistä vaikuttaa siihen, millainen osuus heillä on hoitotyössä. Hyvään saattohoitoon siis kuuluu omaisten huomiointi ja tukeminen, perhekeskeisyys on saattohoidossa olennaista. (Surakka ym. 2015, 19, 30-31.)

Omaisille on tärkeää tuntea olevansa tervetulleita vierailemaan potilaan luona, keskustelu sekä voinnin kysyminen ovat koettu voimaannuttaviksi. Perheenjäsenen lähestyvä kuolema aiheuttaa omaisissakin pelon ja ahdistuksen tunteita, kysymyksiä voi olla paljon mielessä. Hoitajien tulisi huomioida heidät ystävällisesti, läsnäololla, sekä tiedottaa ajankohtaisista asioista ja kohdata heidät luontevasti. Omaisille voi aluksi riittää tieto, että aina saa soittaa, jos on kysyttävää tai on epäselviä asioita mielessä. (Surakka ym. 2015, 32-33, 84)

Potilasta hoitavan tahon kanssa omaiset voivat yhteistyössä osallistua potilaan hoitamiseen, heidän niin halutessaan. Omaisten osallistuminen hoitoon on järjestettävä yksilöllisesti ja huomioiden tilanne, se vaatii hoitajien ohjausta ja ohjeita. Läsnäolo, keskustelu sekä kuunteleminen ovat riittäviä taitoja. (Surakka ym. 2015, 32-33, 84) Hoitajien tulee selvittää potilaan tärkeiden omaisten yhteystiedot, jotta ne olisivat käytettävissä tilanteen vaatiessa. Omaiset saattavat haluta, että heille soitetaan kuoleman lähestyessä, osa haluaa olla paikalla kuolinhetkessä sekä osa omaisista ei tahdo olla paikan päällä. Informointi tapahtuu sovittuna ajankohtana kuten omaiset ovat voineet esittää toiveen, että saa tai ei saa soittaa keskellä yötä. (Surakka ym. 2015, 77, 79.)

Perheenjäsenen menettäminen on yksi stressaavimmista tilanteista mitä voi kohdata. Saattohoitopäätös antaa omaisille, kuin potilaallekin aikaa hyväksyä lähestyvä kuolema. Ajan myötä suru helpottaa, muttei välttämättä lopu koskaan. (Surakka ym. 2015, 103.) Omaiset kokevat saattohoidon aikana myös kärsimystä, läheisen kuoleminen tuo heidät kasvokkain kuoleman kanssa. Esille voi tulla luopumisen tuska, yksin jäämisen pelko, sekä syällisyyden tunne. Omaisen kärsimys saattaa heijastua potilaan hoitamisen toiveisiin sekä omaisen voi vaatia toimenpiteitä, jotka ovat tarpeettomia. Omaisten kielteiset tunteet saattavat purkautua hoitohenkilökuntaa tai potilasta kohden, omaisia tulee neuvoa ilmaisemaan tunteitaan turvallisesti esimerkiksi puhumisen avuin. Omaisella on myös vastuu vastata omasta käyttäytymisestä kuin toiminnasta, aggressiivista käytöstä ei tarvitse hyväksyä. (Surakka ym. 2015, 89, 92-93.)

8 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Opinnäytetyö alkaa suunnittelulla, jossa mietitään tilaajan sekä opiskelija kesken opinnäytetyön aihe ja sen toteuttaminen, opinnäytetyöstä kirjataan kirjallinen sopimus tilaajan kanssa. Opiskelija tekee opinnäytetyön aiheesta suunnitelman, jonka ohjaava opettaja hyväksyy. Suunnittelu alkaa tiedonhaulla. (HAMK opinnäytetyöopas 2017, 9.)

Pohdimme yhdessä työpaikallani yksikönpäällikön, että vastaavan sairaanhoitajan kanssa mahdollista opinnäytetyön aihetta, saattohoito nousi esille keskustelussa. Keskustelujen pohjalta esille tuli tarve saattohoito-oppaista, tarvetta olisi hoitohenkilökunnalle oma opas, joka perehtyisi yksityiskohtaisemmin ja laajemmin saattohoidon eri osa-alueisiin. Omaisille suunnitellussa oppaassa tarkoituksena oli helposti ymmärrettävä ja selkeä opas, joka olisi tukena omaiselle saattohoidon aikana ja sen jälkeen. Opinnäytetyön teoria osuus vaati tiedon hakemista. Aloitin tiedon hakemisen Google Scholar:a käyttäen. Etsin aluksi tutkimuksia liittyen hyvään saattohoitoon ja siihen liittyvään kipuun. Jatkoin teoria tiedon etsimistä käyttäen apuna HAMKin Finnaa, ja Mediciä.

Sain apua ohjaavalta opettajalta, joka neuvoi teoria tiedon etsimisestä. Tilaajan kanssa kävimme läpi oppaan sisältöä, joka rajattiin saattohoitoon, potilaan oireisiin ja hoitoon, kuoleman lähestymiseen, vainajan laittoon sekä omaisten tukemiseen ja kohtaamiseen. Ohjaavan opettajan kanssa olemme laittaneet sähköpostia ja olen saanut palautetta työstäni, väliseminaari pidettiin lokakuun alussa, jolloin kirjoittamani teorian tieto oli lähes valmis. Oppaiden toteutus sujui suhteellisen nopeasti, kun tietoperusta oli valmistunut. Oppaiden ulkoasujen suunnittelu vaati hieman aikaa, ja pohtiminen mihin muotoon oppaat tehdään.

Haasteena opinnäytetyötä tehdessä oli aiheen rajaaminen, aihe itsessään on laaja, joten teoria osuus meinasi pitkittyä. Rajasin saattohoidon aluetta pääpiirteittäin keskittyen hyvään saattohoitoon, potilaan oireisiin ja hoitoon, kipuun sekä omaisten kohtaamiseen. Koen aiheen olevan nyt sopivan laaja ja siinä on olennaiset asiat monipuolisesti esitettyinä.

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyössä näkyy vahvasti kirjoittaminen, toiminnan perustana on tietotaito. Se voi olla ohjeistusta, opastamista tai järjestämistä. Toteutukseen vaikuttaa kohdehenkilöt, kuka on kohteena tai kelle tuotos on kohdennettu. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää kaksi osaa, jotka ovat arviointi ja toiminta. Tietoperustassa tulee näkyä koulutusalan näkökulma, eli hoitotyö. (Airaksinen 2009.)

Toiminnallinen opinnäytetyö on useimmiten lähtöisin työelämän tarpeista, tarkoituksena on kehittää käytännön työtä. Esimerkkinä toiminnallinen opinnäytetyö voi olla opas, kirja tai tapahtuma. Opiskelijan tulee syventyä ongelman rat-

kaisuun, ja tuottaa tuotos. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää johdannon, tietoperustan, tarkoituksen ja tavoitteen, tuotoksen, sekä pohdinnan. Opinnäytetyössä tulee ilmetä työelämän yhteys, tiedon perustuminen näyttöön ja tutkimuksiin. Tuotoksen suunnittelu ja toteutus kerrotaan sekä pohdinnassa opiskelija arvioi opinnäyteprosessiaan. (HAMK opinnäytetyöopas 2017, 5.) Tekstin tulee perustua näyttöön ja tutkittuun tietoon, sen tulee olla kohderyhmälle sopivasti luotu (Airaksinen 2009).

8.2 Opas

Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen oppaan tarkoitus on olla tukena hoitohenkilökunnalle sekä omaisille, se antaa tietoa saattohoidon määritelmästä ja siihen liittyvistä asioista kuten kuoleman lähestymisestä. Opas perustuu teorian tietoon, siinä on käytetty tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa sekä hoitosuosituksia. Oppaan ulkoasu ja sisältö on tehty selkeäksi, sekä johdonmukaiseksi. (Hyvärinen 2005, 1769–73.)

Tekstin otsikot kertovat mitä kappaleessa tulee käsiteltäväksi, niiden tehtävänä on johdattaa tekstiin ja kertoa aihe mitä teksti käsittelee. Väliotsikoiden tulisi olla selkeitä ja ne voivat olla yhden sanan mittaisia. Kappaleissa tulee kiinnittää huomiota yhteen kuuluviin asioihin ja tehdä niistä kunnan kappaleet. Tulee kuitenkin huomioida, ettei tekstistä tule liian raskasta luettavaa. Liian pitkiä kappaleita tulee välttää, tai pilkkoa niitä lyhyemmiksi. Kohderyhmä tulee huomioida, kenelle opasta tekee. Sanat pitäisi olla helposti ymmärrettäviä ja asiat tulisi olla perusteltuja. Tärkeää on muistaa oikeinkirjoitus, se helpottaa lukemista ja teksti tulee ymmärrettyksi oikein, mikäli kielioppi on toteutettu oikealla tavalla. Tekstin tulee olla selkeä ja johdonmukainen, ulkoasulla voi saada miellyttävän vaikutelman. (Hyvärinen 2005, 1769–73.)

9 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe syntyi työelämästä lähtöisin, työskentelen hoivakodissa, johon oppaat tulevat käyttöön. Aloin miettimään opinnäytetyöni aiheita 2018 vuoden kesällä, jolloin alustavasti kysyin Hoivakoti Lintumäkeä tilaajaksi. Aihetta pohdimme yhdessä yksikönpäällikön sekä vastaavan sairaanhoitajan kanssa, saattohoito-opasta tarvittaisiin sillä aikaisempaa opasta ei ole ennen ollut yksikössä. Oma mielenkiinto aiheeseen ja varsinkin kivunhoitoon, vaikutti myös aiheen valintaan. Oppaita toivottiin kaksi kappaletta, henkilökunnalle ja omaisille omat. Omaisten oppaan oli tarkoitus olla paljon yksinkertaisempi kuin henkilökunnan, ja kertoa yleisellä tasolla saattohoidosta sekä oppaan tuli olla lyhyt.

Oppaiden teko alkoi teorian tiedon etsimisellä ja opinnäytetyötä kirjoittamalla. Teorian tiedon ollessa valmiiksi kirjoitettu, hahmottelin oppaita ja niiden sisältöä. Ohjaavalta opettajalta sain paljon apua teoreettisen tiedon löytämiseen ja ai-

heen rajaamiseen. Saattohoidosta on paljon kirjoitettu, ja siitä löytyi hyvin luotettavia lähteitä käytettäväksi. Käytin lähteinä mahdollisimman ajantasaisia suosituksia, ja artikkeleita saattohoidosta sekä siihen liittyvistä aiheista. Tilaajan kanssa pohdimme pariin otteeseen oppaiden ulkonäköä ja sisältöä, tavoitteena oli saada oppaista selkeät ja käytännölliset.

Väliseminaarin pidin lokakuun alkupuolella, sain seminaariin osallistujilta sekä ohjaavalta opettajalta hyvää palautetta opinnäytetyöstä ja sen monipuolisuudesta. Kritiikkiä tuli työn laajuudesta, jota sen myötä rajasinkin keskittyen olennaisiin asioihin. Loppuseminaarin pidin lokakuun loppu puolella, esittelin oppaat Hoivakoti Lintumäen henkilökunnalle. Seminaariin osallistui aamuvuorossa olevat työntekijät, sekä osa iltavuoroon tulevista. Esittelyn alussa oli teknisiä ongelmia, joten oppaita ei pystytty heijastamaan seinälle projektorilla. Esittelin suullisesti työn, ja se sai hieman keskustelua ja kysymyksiä aikaan. Oppaista otettiin tulosteversiot, jotka jätettiin henkilökunnalle tarkasteltavaksi sekä uudelleen luettavaksi. Työtä pidettiin ajankohtaisena, sillä tarvetta on ollut saattohoito-oppaalle tai esimerkiksi koulutukselle.

Jatkokehittämisenä saattohoidon toteuttamisessa hoivakodissa voisi ottaa huomioon lääkkeettömän hoidon ja moniammatillisuuden, jolloin saattohoidon toteuttamiseen osallistuisivat myös muutkin kuin hoitajat. Fysioterapia kuuluu osana saattohoitoon ja sen vahvistamista tulisi lisätä, jotta saattohoito olisi laadukasta. Hoitohenkilökunta ei ole aikaisemmin saanut saattohoitokoulutusta, joten kokisin sen kehittämisideana tulevaisuutta ajatellen, sillä saattohoito on osa hoitohenkilökunnan työtehtävää.

LÄHTEET

Airaksinen, T. (2009). Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen – Toiminnallinen opinnäytetyö tekstinä. Haettu 10.10.2018 osoitteesta <https://www.sli-deshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>

Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T & Vainio, A (toim.). (2015). Palliatiivinen hoito. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L & Vihunen, R. (2017). Hoitamalla hyvää oloa. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Anttonen, Hänninen, Hävölä, Konttila, Pajunen & Vuorinen. (n.d.). Saattohoito. Duodecim Oppiportti. Haettu 27.09.2018 osoitteesta <http://www.oppiportti.fi/op/dvk00061/avaa>

Elovaara, R., Lang, L., Manner, H & Patala-Pudas, L. (2018). Kuoleman jälkeiset toimenpiteet – käytännön ohjeita. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Haettu 29.09.2018 osoitteesta <https://www.ppsHP.fi/dokumentit/layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=%7B587D2490-7A32-47BC-BBEC-B80EB927B6BE%7D&file=Kuoleman%20j%C3%A4lkeiset%20toimenpiteet.docx&action=default&DefaultItemOpen=1>

ETENE. (2003). Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Haettu 12.10.2018 osoitteesta <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf.pdf>

Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S & Agge, E (toim.). (2008). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Suomen sairaanhoitajaliitto ry: Helsinki

Halila, R & Mustajoki, P. (2016). Hoitotahto - käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. Haettu 04.09.2018 osoitteesta http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809

Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M & Salanterä, S. (2006). Kivun hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy: Helsinki

Hyvärinen, R. (2005). Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Haettu 10.10.2018 osoitteesta <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Hämeen Ammattikorkeakoulu. (2017). Opinnäytetyöopas. Haettu 10.10.2018 osoitteesta https://www.hamk.fi/wp-content/uploads/2018/06/HAMK_opinn%C3%A4ytety%C3%B6opas.pdf

Hänninen, J. (2015). Kuolevan kipu. Lääketietoa fimeasta 4/2015. Haettu 07.09.2018 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130103/4_15%2036-37%20Kuolevan%20kipu.pdf?sequence=1

Hänninen, J. (2015). Saattohoito-opas – Potilaan ja omaisen opas. Haettu osoitteesta <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>

Kaunonen, M., Kylmä, J., Mattila, K-P., Surakka, T & Åstedt-Kurki, P. (2015) Palliatiivinen hoitotyö - Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Fioca Oy: Helsinki

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M & Tiittanen, H. (2015). Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Sanoma Pro Oy: Helsinki

Konsensuslausuma. (2014). Vanhuuskuolema. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Haettu 04.09.2018 osoitteesta https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/2014konsensuslausuma_2014.pdf

Nurminen, M-L. (2011). Lääkehoito. WSOY Pro Oy: Helsinki

Nymand Ennis, Z., Dideriksen, D., Vægter, H., Handberg, G & Pottegård, A. (2015). Acetaminophen for Chronic Pain: A Systematic Review on Efficacy. Haettu 05.10.2018 osoitteesta <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcpt.12527>

Ojala, S & Kaukila, H-S. (2008). Injektion anto lihakseen-millä, miten ja mihin pistät? Sairaanhoitaja-lehti vol. 10. Haettu 13.09.2018 osoitteesta <https://sairaanhoitajat.fi/lehti/jutut/injektionanto-lihakseen-milla-miten-ja-mihin-pistat/>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (2018). Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Haettu 30.08.2018 osoitteesta www.kaypahoito.fi

Palliatiivinentalo.fi. (n.d.) Nesteen kertyminen kehoon. Haettu 25.09.2018 osoitteesta <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/nesteen-kertyminen-kehoon>

Pitkälä, K., Sulkava, R., Strandberg, T & Viitanen, M. (toim.). (2016). Geriatria. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

PKSSK. (2014). PAINAD-mittari. Haettu 20.09.2018. osoitteesta <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

Potilasohje Eksote. (n.d.) Painehaava. Haettu 25.09.2018 osoitteesta <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/poliklinikat-toimenpideyksikot/kirurgian-poliklinikka/Documents/PAINEHAAVA,%20Haavahoitajan%20ohje.pdf>

Poukka, P., Pöyhiä, R & Tasmuth T. (2012) Milloin saattohoito alkaa?. Haettu 04.09.2018 osoitteesta http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf

Saarto, T. (2018). Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Sinisalo, L & Thurman, K. (2015). Lääkehoito hoiva- ja hoitotyössä. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu

Stephens, C. (2017). What Is a Subcutaneous Injection?. Haettu 25.09.2018 osoitteesta <https://www.healthline.com/health/subcutaneous-injection>

STM. (2010). Hyvä saattohoito Suomessa – Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Verkkojulkaisu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6. Haettu 20.09.2018 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. (2013). Kuolevan potilaan oireiden hoito. Haettu 25.09.2018 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10814>

Tiina Saarto ja asiantuntijatyöryhmä. (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen - Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Haettu 20.09.2018 osoitteesta <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Toikkanen, U. (2013). Saattohoitopotilaan omaisia informoitava riittävästi. Haettu 11.10.2018 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohdista/saattohoitopotilaan-8232-omaisia-informoitava-riittavasti/>

TPA Tampere. (n.d.). Elämän loppuvaiheen hoito. Haettu 05.10.2018 osoitteesta <http://tepatampere.fi/wp-content/uploads/2013/11/pdfhoitotahtoja-paaetoekset-tpasoppi15122014.pdf>

Traue, DC & Ross, JR. (2005). Palliative care in non-malignant diseases. Articles from Journal of the Royal Society of Medicine 98(11): 503–506. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1275998/>

Valvira. (2017a). Kivun hoito. Haettu 26.09.2018 osoitteesta <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoito/kivun-hoito>

Valvira. (2017b). Saattohoito. Haettu 11.10.2018 osoitteesta https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito



SAATTOHOITO-OPAS

Hoivakoti Lintumäen henkilökunnalle

Sisällysluettelo

Lukijalle	2
1. Saattohoito	2
2. Saattohoitopäätös	3
3. Hoitotahto	3
4. Palliatiivinen hoito	4
5. Saattohoitopotilaan oireita ja niiden hoito	5
5.1 Psyykkiset oireet	6
5.2 Hengitystieoireita	7
5.3 Suun ja ruuansulatuskanavan oireet	8
5.4 Turvotus ja ihon oireet	9
6. Kipu	10
6.1 Kivun arviointi	10
6.2 Lääkkeetön hoito	11
6.3 Lääkehoito	12
6.4 Tulehduskipulääkkeet	13
6.5 Opioidit ja vahvat kipulääkkeet	13
7. Kuoleman lähestyminen ja kuolema	15
8. Omaisten huomiointi ja tukeminen	16

HOIVAKOTI LINTUMÄEN SAATTOHOITO-OPAS OMAISILLE

