



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

Opinnäytetyö

**”LEMPEÄ LOPPU”
Opas saattohoidosta potilaille ja
läheisille Salon terveyskeskussairaalassa**

Antti Lehti

Hoitotyön koulutusohjelma

2009

Koulutusohjelma: Hoitotyö	
Tekijä: Antti Lehti	
Työn nimi: ”Lempeä loppu” Opas saattohoidosta potilaille ja läheisille Salon terveyskeskussairaalassa	
Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö	Ohjaajat: Nikunen Sirpa & Pelander Tiina
Opinnäytetyön valmistumisajankohta: Joulukuu 2009	Sivumäärä: 52+6
<p>Saattohoidolla tarkoitetaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, kun parantavaa hoitoa sairauteen ei enää ole annettavissa. Saattohoidossa pyritään potilaan jäljellä olevan elämänlaadun takaamiseen fyysisten ja psyykkisten oireiden mahdollisimman hyvällä hoidolla. Saattohoidossa korostuvat potilaan ja hänen läheisten tukeminen sairauden edetessä, kuoleman kohdatessa ja sen jälkeen. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16–17, Hänninen 2003, 14–16, Hänninen 2006, 48–49.)</p> <p>Potilaan ja hänen läheistensä osallistumista päätöksentekoon pidetään onnistuneen saattohoidon edellytyksenä. Kyetäkseen ottamaan kantaa hoitonsa linjauksiin tulee potilaan ja hänen läheistensä käytettävissä olla riittävästi sekä selkeästi tuotettua informaatiota saattohoidosta. Potilaat ja hänen läheisensä tarvitsevat vaikeassa elämäntilanteessa tukea, turvaa, neuvontaa ja ohjausta. Hoitohenkilökunnan antaman ohjauksen tueksi tulee potilaalle ja hänen läheisilleen tarjota myös kirjallista materiaalia saattohoidosta. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 113, Sainio & Lauri 2002 [viitattu 21.10.2009].)</p> <p>Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda opas Salon terveyskeskussairaalan osastoilla toteutettavasta saattohoidosta potilaan ja läheisten käyttöön. Tavoitteena on antaa saattohoidosta ja sen kulusta keskeistä tietoa potilaalle ja hänen läheisilleen. Projekti toteutettiin yhteistyössä Salon terveyskeskussairaalan osastojen kanssa.</p> <p>Projektin tuloksena syntyneessä oppaassa tarjotaan keskitettyä tietoa saattohoidosta potilaalle ja läheisille. Oppaassa käsitellään saattohoidon toteutusta osastolla, saattohoitoon liittyvää päätösten tekoa, yleisimmin esiintyviä oireita ja niiden hoitoa lääkkeellisin ja hoidollisin keinoin sekä luopumista. Oppaassa esitellään myös lähdekirjallisuus, joka mahdollistaa lukijan tarkemman syventymisen aiheeseen.</p> <p>Jatkossa voitaisiin tutkia potilaan ja läheisten kokemuksia oppaasta ja hoitohenkilökunnan kokemuksia oppaan käyttämisestä ohjauksen tukena.</p>	
Hakusanat: saattohoito, palliativinen hoito, potilas, läheinen, opas, potilasohje	
Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto, Salo	

Degree Programme: Nursing	
Author: Antti Lehti	
Title: "Gentle Rest" Guidebook about Palliative Care in Salo Health Center Wards for Patient And Relatives	
Specialization line: Nursing	Instructors: Nikunen Sirpa & Pelander Tiina
Date: December 2009	Total number of pages: 52+6
<p>Palliative care is comprehensive treatment for patient with illness does not have any curative treatment to offer. The aim in palliative care is to secure the quality of life by treating physical and psychological symptoms. Important aspect in palliative care is support for patient and relatives during the palliative care, near death and after it. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16–17, Hänninen 2003, 14–16, Hänninen 2006, 48–49.)</p> <p>The purpose of this thesis was to create a guidebook about palliative care in Salo health center wards for patient and relatives. The aim is to offer information about palliative care and its progress for patient and relatives. This project was conducted in co-operation with personnel of Salo health center wards.</p> <p>The aim in successful palliative care is to take patient and relatives along in the decision making process. Patient and relatives need to have enough information in easily understandable form about palliative care so they can take part in decision making. In a difficult stage of their lives patient and relatives require guidance and support. Patient and relatives need to have written material about palliative care to support the guidance given by nurses. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 113, Sainio & Lauri 2002 [quoted 21.10.2009].)</p> <p>The result of this projects outcome is guidebook that offers concentrated information about palliative care to patient and relatives. The guidebook includes section of the text like palliative care at the ward, decision making in palliative care, the most common symptoms and treatment for them and grief. The guidebook also shows the works cited which make it possible for the reader to orientate oneself.</p> <p>In the future patient and relatives experience about the guidebook could be studied. In addition nurses experiences in using guidebook as a part of patient and relatives guidance in palliative care could be studied.</p>	
Keywords: palliative care, patient, relatives, guidebook, booklet	
Deposit at: The library of Turku University of Applied Sciences	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	SAATTOHOITO	6
2.1	Saattohoidon historia ja nykytila	7
2.2	Saattohoitopotilaan määrittely	8
2.3	Potilaan oikeudet	10
2.4	Hoitoneuvottelut ja hoitopäätösten tekeminen	12
3	SAATTOHOITOPOTILAAN OIREET JA NIIDEN HOITO	16
3.1	Fyysiset oireet ja niiden hoito	17
3.2	Kipu	23
3.2.1	Kivun arviointi	24
3.2.2	Saattohoidossa käytettäviä kipulääkkeitä ja niiden annostelureitit	25
3.3	Psyykkiset oireet	29
4	POTILAAN JA LÄHEISTEN NEUVONTA SAATTOHOIDOSSA	31
4.1	Läheisten tukeminen	33
4.2	Hyvän oppaan kriteerit	34
5	PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	36
6	PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTUS	37
6.1	Saattohoito Salon Terveyskeskussairaalan osastoilla	37

6.2	Oppaan laadinta	38
7	PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	41
8	POHDINTA	43
	LÄHTEET	45
	LIITTEET	
	Liite 1. Hoitotahto	
	Liite 2. Lomake potilaan kipupiiirrosta varten	
	Liite 3. Kivun arvioinnissa käytettävä VAS- ja kipukiilamittarit	
	Liite 4. Porrastettu kivunhoitomalli	
	Liite 5. Toimeksiantosopimus	
	Liite 6. Saattohoito-opas potilaalle ja läheisille	
	TAULUKOT	
	Taulukko 1. Pahoinvoinnin yleisimmät syyt saattohoitopotilaalla	19

1 JOHDANTO

Saattohoito on vaikeasti lähestyttävä aihealue. Kyseessä on oma tai läheisen ihmisen lähestyvä kuolema ja näiden asioiden käsittelyyn jokainen yksilö tarvitsee tukea, turvaa sekä ohjausta. Saattohoidon katsotaan olevan kuolevan potilaan kokonaisvaltaista hoitamista hänen tahtonsa mukaisella tavalla, kun parantavaa hoitoa ei enää ole. Keskeistä on kivun ja muiden oireiden mahdollisimman hyvä hallinta, lähestyvään kuolemaan valmistautuminen ja potilaan sekä hänen omaistensa henkinen tukeminen. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 16–17, Hänninen 2003, 14–16.)

Saattohoidossa korostuu potilaan itsemääräämisoikeus, hänen oman tahtonsa kunnioittaminen. Hyvän saattohoidon toteuttamiseksi tulee potilas ja omaiset ottaa mukaan päätöksentekoon. Potilaalle on annettava riittävässä määrin ja helposti ymmärrettävässä muodossa selkeä kuva hänen sairautensa tilasta ja sen kulusta, jotta hän kykenee osallistumaan päätöksien tekoon. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 49, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 23.9.2009].)

Potilaalle ja omaisille suunnattuja oppaita saattohoidosta on olemassa hyvin vähän ja lisäksi saattohoidon toteutuksessa on merkittäviä eroja sairaudesta, potilaan iästä, paikkakunnasta ja hoitopaikasta johtuen. Potilaan tiedonsaannin lisääminen saattohoidosta voi olla merkittävässä asemassa hoidon laadun kannalta ja tieto voi auttaa potilasta valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. (Jantunen 2008 [viitattu 6.10.2009].)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin projektityönä, jonka tehtävänä oli luoda opas saattohoidosta Salon terveyskeskussairaalan osastoilla potilaiden ja heidän omaistensa käyttöön. Projektin tavoitteena on antaa saattohoidossa olevalle potilaalle sekä hänen omaisilleen käytännönläheistä tietoa saattohoidosta ja hoidon toteuttamisesta osastoilla. Tavoitteena voidaan pitää myös oppaan käyttöä hoitohenkilökunnan apuna saattohoidon toteutuksessa osastolla.

2 SAATTOHOITO

Saattohoidossa on kyse elämäntilanteesta, jossa valmistaudutaan oman tai läheisen ihmisen tulevaan kuolemaan. Kuolemaa ja sen kohtaamista on useimmiten vaikea hyväksyä. Kaikki ihmiset ovat kuitenkin kuolevaisia ja saattohoidon päämääränä pidetään potilaan yksilöllisyyden, arvokkuuden ja oman tahdon kunnioittamista kuoleman lähestyessä. Saattohoito on hoivaa ja huolenpitoa, sairaudesta johtuvien oireiden lievitystä sekä läsnäoloa kuolevan vieressä. (Heikkinen ym. 2004, 16–17, Hänninen 2003, 14–16.)

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolevan potilaan ja hänen läheistensä jatkuvaa tukemista vaikean elämäntilanteen eri vaiheissa, parantumattoman sairauden loppuvaiheessa ja kuoleman hetkellä sekä sen jälkeen. Hoidon tavoitteena on potilaan kärsimyksen lievittäminen, niin kivun kuin muidenkin oireiden kannalta ja yksilön toiveiden huomioiminen hänen elämänsä loppuvaiheessa. Saattohoito käsittää potilaan yksilöllisyyden ja hänen tahtonsa kunnioittamisen, hyvän perushoidon, oireiden tarkan havainnoinnin ja niiden mahdollisimman hyvän lievityksen. Saattohoidon tärkeimpänä kulmakivenä voidaan pitää potilaan ja hänen läheistensä tukemista kuolemaa lähestyttäessä ja sen tapahduttua. (Heikkinen ym. 2004, 19–21.) Saattohoitoa ei pidetä erillisenä, selkeästi rajattuna hoitomuotona, vaan kokonaisvaltaisena hoitona, jonka tavoitteena on potilaan ja hänen läheistensä auttaminen. Saattohoitoon siirryttäessä ja hoitoja lopetettaessa potilas ei saa saada kuvaa, että hänen elämänsä loppuvaihe nähdään arvottomana, eikä häntä enää hoidettaisi (Hänninen 2006, 48–49).

Saattohoito käsitteenä on edelleen Suomessa ristiriitainen. Termejä saattohoito, palliatiivinen hoito ja terminaalivaiheen hoito, käytetään harhaanjohtavasti ja väärinperustein synonyymeinä. Lisäksi käsitteiden ajallisuudesta ja läheisyydestä kuolemaan on olemassa monia eri kantoja. Saattohoito-sanana ymmärretään Suomessa useimmiten kuolevan mukana kulkemiseen, tukemiseen ja saattamiseen loppuun asti. (Hänninen 2003, 14.) Terminologiaa itsessään voidaan kuitenkin pitää sivuseikkana, sillä pääasiaksi nousee kuolevan potilaan laadukkaan, kokonaisvaltaisen hoidon turvaaminen elämän loppuvaiheessa (Hänninen, 2001, 52–54).

2.1 Saattohoidon historia ja nykytila

Nykyaikaisen saattohoidon periaatteen kehittäjänä pidetään Cicely Saundersia. Lääkärinä toimiessaan Cicely Saunders työskenteli St. Joseph's hospicessa. (Vainio 1998, 37.) Kuuntelemalla potilaiden kuvauksia oireista, etenkin kivuista teki Cicely Saunders yksinkertaisen johtopäätöksen; kokonaisvaltainen kipu tarvitsee jatkuvan lääkkeellisen hoidon ja sitä tulee lisätä kivun lisääntyessä (Help the hospices 2009 [viitattu 3.3.2009]). Cicely Saunders perusti St. Christopher's Hospicen, josta tuli nopeasti esimerkki nykyaikaiselle saattokoti-liikkeelle. Saunders piti keskeisenä asiana, että potilaan sairaus ja niitä seuraavat ongelmat tulee hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla, jotta potilaat ja omaiset voivat keskittyä elämän loppuvaiheeseen ja itse kontrolloida omaa elämäänsä niin pitkälle kuin se on mahdollista. Saunders kehitti myös paljon saattohoidon koulutusta ja tutkimusta. (Help the hospices, 2009 [viitattu 3.3.2009].) Britanniasta saattokotiliike alkoi levitä muihin länsimaihin ja johti myöhemmin mahdollisuuteen järjestää saattohoitoa kotona monialaisen ryhmän tukemana sekä johti myös saattohoito-osastojen perustamiseen sairaaloissa (Vainio 1998, 38).

Suomeen saattohoito saapui 1980-luvulla. Vuonna 1982 lääkintöhallitus julkisti terminaalihoito-ohjeet, jotka olivat vielä viime vuosiin asti ainut valtakunnallinen ohjelma saattohoidosta. (Vainio 1998, 39–42.) Suomen syöpäyhdistyksen merkitys saattohoidon tuomisessa ja kehittämisessä on ollut alusta lähtien suuri. Pirkanmaan hoitokoti aloitti toimintansa vuonna 1988; ollen ensimmäinen saattohoitokoti Suomessa ja Pohjoismaissa. (Aalto 2000, 219–224.) Lounais-Suomen syöpäyhdistys aloitti Turussa saattohoitopotilaiden hoitamisen kotona vuonna 1984. Saattokotien perustamisen ja niissä tehdyn kehityksen ja tutkimuksen myötä saattohoito alkoi laajentua Suomessa myös kotona järjestettävään saattohoitoon ja eri sairaaloiden osastoilla annettavaan saattohoitoon. (Aalto 2000, 219–224, Sand 2003 [viitattu 31.10.2009].)

Useimmiten saattohoitopotilaita hoidetaan Suomessa perusterveydenhuollossa, kuten terveyskeskussairaalan osastoilla, vanhainkodeissa, asumispalveluyksiköissä

kotisairaanhoidon tuella tai potilaan kotona. Laitoksessa järjestettävään saattohoitoon on panostettava riittävällä ja osaavalla henkilöstöllä, käytettävissä tulee olla riittävän monialainen työryhmä ja mahdollisuus nopeisiin konsultaatioihin. (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Halila 2003, 11–12.)

Suomessa toimii palliatiivisen hoidon yhdistys, jonka yhtenä tavoitteena on kehittää alan moniammatillista yhteistyötä. Suomen ensimmäinen palliatiivisen lääketieteen professuuri perustettiin Tampereen Yliopistoon vuonna 1999, ja toinen professuuri Turun Yliopistoon vuonna 2005. Erikoissairaanhoidossa palliatiivisen hoidon yksiköitä toimii Tampereella ja Helsingissä. (Myller 2008, 6.)

Vuonna 2008 Terho-kodin vetoituksen saattohoidon kehittämistä ja sen ottamiseksi osaksi perusterveydenhuoltoa allekirjoitti lähes 100000 ihmistä. Vetoimuksessa todetaan, että saattohoitoa ei ole Suomessa tasa-arvoisesti saatavilla. Saattohoidon laatu riippuu paikkakunnasta, iästä, fyysisen kunnon heikkenemisestä ja taloudellista tilanteesta. Saattohoidon tasa-arvoisuuden ja laadun varmistamiseksi tulisikin luoda kriteerit hyvästä saattohoidosta ja luoda valtakunnallinen ohjelma tämän toteuttamiseksi. (Jantunen 2008 [viitattu 4.3.2009].)

2.2 Saattohoitopotilaan määrittely

Lääketieteen ja hoitojen kehittyessä ihmisten käsitys kuolemasta ja omasta kuolevaisuudesta on muuttunut asiaksi, jota ei tietoisena ajatuksentasolla käsitellä. Lääketieteen kehitys on muodostanut mahdollisuuden ja ihmisille on syntynyt halu pitkittää elämäänsä aina sen äärirajoille asti. Tämä valitettavasti pitkittää aikaa, jolloin jo parantumattomasti sairas ihminen kärsii. Kuolema itsessään on kuitenkin väistämätön. (Hänninen 2006, 15–16, Hänninen 2001, 13.) Vuonna 2007 Suomessa kuoli 49 080 henkilöä (Tilastokeskus 2009 [viitattu 14.3.2009]).

Saattohoitopotilaan määrittely on haasteellista ja aina tapauskohtainen. Parantumattomasti sairaan potilaan, joka ei enää kuulu kuratiiviseen hoitoon, eikä palliatiivinen hoito ole aiheellinen tai potilaan siitä saavan hyödyn katsotaan olevan riittämätön, voidaan potilaan katsoa kuuluvan saattohoidon piiriin. Ajallinen

määritelmä on siis saattohoitopotilaaksi määrittelyssä aina otettava huomioon. Diagnoosi ei kuitenkaan ole saattohoidon kannalta ehdoton, vaan saattohoitopotilaaksi voidaan määritellä monista eri syistä johtuen. (Hänninen 2003, 14–15, Hänninen 2001, 13–14.)

Diagnooseja, joissa potilaan katsotaan kuuluvan saattohoitoon, ovat esimerkiksi pitkälle edenneet, parantumattomat syövät, keuhkohtaumatauti, vaikea sydämen vajaatoiminta ja sen nopea pahentuminen, munuais- ja maksatauteja sairastavat potilaat, Amyotrofista lateraaliskleroosia eli ALS sairastavat potilaat sekä AIDS-potilaat. (Käypä hoito 2008 [viitattu 12.9.2009].) Saattohoitopotilaaksi on viime vuosina alettu ajatella myös iäkkäitä pitkäaikaispotilaita, joiden yleistila laskee hitaasti, mutta vääjämättömästi kohti kuolemaa. Tämä saattaa kuitenkin kestää vuosia, joten haasteena onkin, milloin päätös saattohoitoon siirtymisestä tulisi tehdä. Keskustelua on käyty myös pitkälle edenneen, vaikeasta muistisairaudesta kärsivän potilaan määrittämisestä saattohoitopotilaaksi. (Hänninen 2001, 13–14.)

Saattohoitoa ei siis voida pitää selkeästi rajattuna hoitomuotona. Saattohoitopotilaan määrittelemisessä tulee lääkärin tuntemuksen potilaan sairauden tilasta olla riittävä, vuoropuhelua on käytävä potilaan ja hänen läheistensä kanssa ja on muistettava potilaan oikeudet; oikeus arvokkaaseen ja yksilölliseen kuolemaan. (Hänninen 2003, 21.)

WHO:n (World Health Organization) asiantuntijoiden vuonna 2000 laatiman ja vuonna 2002 päivitetyn syöpäohjelman mukaisesti palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun tautiin ei ole enää annettavissa parantavaa hoitoa. Palliatiivisessa hoidossa keskeistä on potilaan kivun ja oireiden hallinta ja niiden hoito. Palliatiivisessa hoidossa potilasta ja hänen läheisiään tuetaan ja tavoitellaan potilaalle mahdollisimman normaalia elämää ja tasapainoa sairauden kanssa, sen edetessä aina kuolemaan asti. (Heikkinen ym. 2004, 17–19.) WHO:n palliatiivisen hoidon määritelmässä esiin nousevat päämäärät, jossa kuoleman katsotaan olevan luonnollinen osa elämää, huolehditaan potilaan erilaisten kärsimystä tuottavien oireiden lievityksestä. Lisäksi päämääräksi katsotaan potilaan

tukeminen ja kannustaminen mahdollisimman laadukkaaseen jäljellä olevaan elämään ja tarjotaan psyykinen tuki potilaalle ja hänen läheisilleen koko hoidon ajan, läheisille myös potilaan kuoleman jälkeen. (Hänninen 2003,14–16.)

Suomessa palliatiivinen hoito on pitkään käsittänyt syöpäpotilaan aktiivista hoitoa vaiheessa, jossa itse sairautta ei voida enää parantaa. Palliatiivinen hoito käsittää kuitenkin oireita lievittävät erikoishoidot, kuten palliatiivisen kirurgian ja sädehoidon. (Hänninen 2001, 49–50, Vainio 1998, 16–17.) Palliatiivisen hoidon katsotaan sijoittuvan sairauden aktiivisen hoidon ja saattohoidon väliin. Palliatiivinen hoito ei välttämättä ole ajallisesti niin sidottu kuolemaan, kuin saattohoito, sillä odotettavissa oleva elinikä voidaan laskea vielä jopa vuosissa. Käsitteenä palliatiivista hoitoa voidaan siis pitää merkitykseltään laajempuna kuin saattohoitoa. (Heikkinen ym. 2004, 17–19.) Palliatiivisesta hoidosta siirtyminen saattohoitoon on kuitenkin vaikeaa; perustellaanko se pelkästään yleistilan laskun ja hoitojen tehottomuuden perusteella. Apuna määrittelyssä voidaan käyttää Karnofskyn prosenttiasteikkoa ja WHO:n suorituskykyluokitusta. (Hänninen 2003, 16–20.)

Ajoittain Suomessa käytetään edelleen terminaalihoidon nimikettä. Aikoinaan sen merkitys oli samankaltainen, kuin saattohoidon nykyään. Nykyään terminaalivaihe-nimikettä käytetään enää harvoin. Yleensä sillä viitataan jo saattohoidossa olevaan potilaaseen, jonka odotettavissa oleva elinikä on mahdollisesti enää muutamia päiviä tai tunteja. (Heikkinen ym. 2004, 16, Hänninen 2001, 14.)

2.3 Potilaan oikeudet

Jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon. Hoidon tulee olla laadukasta, yksilöllistä, potilaan arvoja, uskomusta ja vakaumusta kunnioittavaa. Potilaan hoito on järjestettävä hänen yksityisyyttään kunnioittaen sekä yksilölliset tarpeet, kulttuuri ja äidinkieli huomioon ottaen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 3.3.2009].)

Käsitteenä hyvä hoito on haastava; käsite hyvästä hoidosta vaihtelee yksilöllisesti, diagnoosista ja ennusteesta riippuen. Kuolevan potilaan hoidossa on piirteitä, joihin

tulee kiinnittää erityisesti huomiota, mutta laillisesti kuoleva potilas on samassa asemassa muiden kanssa. (Pahlman 2003, 147–148.) Maailman lääkäriliiton julistuksessa todetaan, että kuolevalla potilaalla on oikeus inhimilliseen saattohoitoon, oikeus arvokkaaseen ja mahdollisimman kivuttomaan kuolemaan WMA [viitattu 29.11.2009]).

Jokaisella potilaalla on tiedonsaantioikeus, joka koskee hänen terveydentilaansa, tutkimus- ja hoitovaihtoehtoja sekä näiden vaikutusta hänen hoitoonsa. Tieto tulee antaa potilaalle siinä muodossa, että hän riittävän hyvin ymmärtää sen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 3.3.2009].) Potilaan itsemääräämisoikeus on potilaslain tärkein osuus. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä, potilaalla on oikeus hoitoon tai tutkimuksiin ja vastaavasti hänellä on oikeus kieltäytyä niistä. Potilaan itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan tarkoita, että potilas voisi vaatia hoitoja tai tutkimuksia, joille ei ole lääketieteellistä perustelua. Avoimella keskustelulla potilaan kanssa päästään yhteisymmärryksen tasolle, jossa päätöksen teko helpottuu. (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 49.) Itsemääräämisoikeutta pidetään oikeutena vapauten ja tasa-arvoon, ja se sisältää oikeuden yksityisyyteen ja itsemääräämiseen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 3.3.2009], Pahlman 2003, 182–183).

Poikkimäen (2004) haastattelututkimuksessa selvitettiin potilaiden kohtelua, arvostamista ja kunnioittamista hoitotyössä potilaiden ja hoitohenkilökunnan kokemana (N=194), sekä potilaiden tiedonsaantia hoitoaan koskevista tekijöistä pystyäkseen osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tutkimuksessa haastateltiin 83 potilasta ja 111 hoitajaa sisätautien ja kirurgian osastoilta. Potilaiden ikä tutkimuksessa vaihteli 17 ja 87 vuoden välillä. Tutkimuksen tuloksissa lähes kaikki potilaista olivat sitä mieltä, että heitä kohdeltiin ikänsä mukaisesti, eikä sosiaalisella asemalla tai ammatilla ollut osuutta kohteluun. Tutkimukseen vastanneista potilaista 91 % koki saaneensa avun sitä tarvitessaan nopeasti. Potilaista suurin osa koki, että heidän hoidostaan oli keskustelu melko hyvin ja että hoitajat toimivat melko hyvin potilaan edun mukaisesti. Tiedonsaannissa ilmeni potilaiden mielestä puutteita erityisesti erilaisiin hoitovaihtoehtoihin, niihin osallistumiseen ja

niiden vaikuttavuuteen. Potilaat kokivat puutteelliseksi myös mielipiteensä huomioimisen hoitotilanteissa. Yksityisyyttä sairaalassa heikensivät potilaiden mielestä liian suuret potilashuoneet sekä potilasasioiden käsittely muiden potilaiden kuullen. (Poikkimäki 2004 [viitattu 21.10.2009].)

Potilas voi itse turvata oman halun hoitonsa kulkuun tekemällä hoitotahdon. (Liite 1.) Hoitotahdolla tarkoitetaan yksilön tahdonilmaisua hänen hoidostaan, kun hän ei enää itse ole sairautensa tai tilansa vuoksi kykeneväinen tekemään päätöksiä oman hoitonsa suhteen. Hoitotahdossa on kysymys yksilön autonomiasta ja se perustuu laillisesti itsemääräämisoikeuteen, joka on perusoikeus. Potilaan kohdalta se on vielä erikseen kirjattuna lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Hoitotahto on sitova, joten terveydenhuollon henkilöstön ja läheisten on noudatettava sitä. (Kokkonen ym. 2004, 77–106, Kunnamo ym. 2008 [viitattu 4.3.2009], Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 4.3.2009], Pahlman 2003, 243–246.)

Hoitotahdon voi laatia kuka tahansa, se voi olla muodoltaan kirjallinen tai suullinen. On olemassa valmiita lomakkeita hoitotahdon ilmaisemiseksi, mutta se voi olla myös vapaamuotoinen. Pääasia on, että yksilön oma tahto häntä koskeviin hoitolinjoihin käy mahdollisimman selkeästi ilmi. Hoitotahto on hyvä myös päivätä, allekirjoittaa ja hankkia siihen kahden todistajan allekirjoitukset. Hoitotahto on tärkeää käydä läpi läheisten kanssa, jotta he ymmärtäisivät yksilön oman tahdon. Tällä tavoin voidaan välttää ja ehkäistä myös läheisten taakkaa vaikeiden päätösten äärellä, kun yksilön tahto on selkeä ja heidän tiedossaan. Hoitotahto on järkevintä tehdä hyvissä ajoin varmistaakseen, että oma tahto toteutuu tilanteessa, jossa ei itse enää ole kykeneväinen päättämään omasta hoidostaan. Yksilö voi muuttaa tai peruuttaa hoitotahtonsa milloin hän itse haluaa. (Kokkonen ym. 2004, 77–106, Kunnamo ym. 2008 [viitattu 4.3.2009], Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 4.3.2009], Pahlman 2003, 243–246.)

2.4 Hoitoneuvottelut ja hoitopäätösten tekeminen

Saattohoidossa hoitoneuvottelut lääkärin ja potilaan sekä mahdollisesti myös potilaan läheisten kesken ovat laadukkaan hoidon kannalta hyvin tärkeitä. Hoitoneuvottelussa

keskitytään potilaan kannalta olennaisiin tekijöihin; diagnoosiin, sen erilaisiin hoitovaihtoehtoihin, sairauden etenemiseen ja tulevaisuuden näkymiin. Hoitoneuvottelu antaa kaikille osapuolille mahdollisuuden tuoda esille asioita, jotka he kokevat merkittäviksi potilaan hoidon kannalta. Hoitoneuvottelussa pyritään ratkomaan vaikeaksi koettuja tekijöitä ja autetaan potilasta näiden ratkaisujen teossa. (Heikkinen ym. 2004, 23–28.) Hoitoneuvottelussa lääkäri yhdessä potilaan kanssa keskustelee hänen tahdostaan hoitonsa suhteen. Mahdollinen hoitotahto on syytä selvittää. Hoitoneuvottelussa voidaan linjata potilaan hoitoa hänen tahtonsa mukaiseksi, yksilöllisyys ja toiveet huomioon ottaen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 13.3.2009].)

Hoitolinjauksista päättää lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, mutta realiteetit muistaen ja huomioon ottaen (Heikkinen ym. 2004, 23–28). Neuvottelussa potilaalla tulee olla mahdollisuus ilmaista halunsa häntä koskevaan hoitoon ja hoitopaikan valintaan (Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 113). Päätöksien tekeminen saattaa usein olla lääkärille varsin haasteellista; potilaan ja hänen läheisten asenne, liian korkeat odotukset hoidon suhteen ja lääkärin kokemus saattohoidosta ovat kaikki ratkaisevia tekijöitä. Tärkeää päätöstä tehdessä onkin kanssakäyminen potilaan ja hänen läheistensä kanssa, heidän mielipiteensä ja halunsa selvittäminen. Käytössä tulee olla myös riittävän kokemuksen ja koulutuksen omaava työryhmä, jolla tulee tarvittaessa olla käytössään palveluohjaajan, psykologin tai psykiatrisen sairaanhoitajan sekä papin konsultaatio ja apu. (Grönlund, Anttonen, Lehtomäki & Agge 2008, 23–30.)

Sainion ja Laurin (2002) haastattelututkimuksessa tutkittiin syöpäpotilaiden (N=273) osallistumista päätöksentekoon suhteessa saamaansa toimenpiteisiin ja hoitoon. Tuloksissa 52 % potilaista vastasi, että heidän suostumuksensa annettuun toimenpiteeseen oli kysytty ja 40 % vastaajista koki saaneensa tarpeeksi tietoa, jolla annettu toimenpide perusteltiin. Yli 70 % vastanneista koki tehneensä päätökset yhdessä lääkärin kanssa, mutta kuitenkin 49 % vastaajista ei ollut saanut tietoa mahdollisista hoitovaihtoehdoista. Potilaat kokivat tärkeiksi asioiksi saada tietoa, miksi on päädytty juuri kyseiseen toimenpiteeseen ja mahdollisuuden osallistua

päätöksentekoon yhdessä lääkärin kanssa. Potilaiden osallistumisessa saamaansa hoitoon vastaajat kokivat osallistuneensa eniten nukkumiseen ja lepäämiseen sekä henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvässä päätöksenteossa. Myös osallistuminen lääkityksen antoon oli suuri. Potilaiden osallistuminen aikatauluihin liittyen, huoneen ja vuodepaikan valintaan sekä suonensisäiseen nesteytykseen oli hyvin vähäinen; vastaajat eivät kokeneet näiden asioiden päätöksentekoa tärkeäksi heille. Potilas-hoitaja suhteella on tutkimuksen tulosten mukaan suuri merkitys potilaan osallistumiselle omaa hoitoaan koskeviin toimenpiteisiin. (Sainio & Lauri 2002 [viitattu 21.10.2009].)

Hoitoneuvottelussa tehdyt päätökset tulee kirjata sähköisiin potilasasiakirjoihin ja niihin on tärkeää määritellä, mitä neuvotteluissa on päätetty ja päätökset tulee perustella selkeästi. On tärkeää mainita päätöksentekoon osallistuneet henkilöt. (Heikkinen ym. 2004, 23–26.) Yhteisten päätösten kirjaamisella potilasasiakirjoihin vältetään myös mahdollisilta epäselvyyksiltä tulevaisuudessa, esimerkiksi potilaan vaihtaessa hoitopaikkaa (Grönlund ym. 2008, 23–24). Potilaan tahdonilmaisu tulee olla nopeasti ja helposti saatavilla, etenkin päivystystilanteissa, joissa potilasta suurimmalla todennäköisyydellä hoitaa häntä ja hänen tahtoaan riittämättömästi tunteva lääkäri (Kokkonen ym. 2004, 113).

Saattohoitopäätös on usein tulosta hoitoneuvottelusta; potilaan ja hänen halutessaan hänen läheistensä kanssa on keskusteltu parantumattoman sairauden saavuttaneen sen pisteen, jolloin parantavaa hoitoa ei ole ja tärkeimmäksi muodostuu potilaan riittävä oireenmukainen perushoito (Kokkonen ym. 2004, 110–111). Päätös saattohoitoon siirtymisestä on lääketieteellinen päätös, jonka potilaan hyvin tunteva lääkäri tekee yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tärkeäksi asiaksi muodostuu, että kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on yhtenäinen näkemys potilaan hoitolinjoista, ja että kaikki kunnioittavat potilaan omaa tahtoa. (Heikkinen ym.2004, 23–25.)

Saattohoitopäätös antaa potilaalle mahdollisuuden suuntautua ja valmistautua tulevaan, olla vielä läheistensä kanssa ja nauttia rakastamistaan asioista. Päätös antaa potilaalle myös mahdollisuuden surra ja käsitellä omaa kuolemaansa ja valmistautua

siihen. Omaisille saattohoitopäätös voi myös olla mahdollisuus käsitellä omia tunteitaan ja valmistautua tulevaan läheisen kuolemaan ja valmistautua jättämään hyvästinsä. Samoin saattohoitopäätös auttaa hoitohenkilökuntaa asettamaan saattohoidossa olevalle potilaalle yksilölliset tavoitteet, huomioon ottaen hänen yksilölliset toiveensa ja halunsa. (Grönlund ym.2008, 25–26.)

DNR-päätös eli do not resuscitate on englanninkielinen termi, joka on yleisesti käytössä lääketieteessä. Termin suomenkielinen vastine on, ei elvytetä-päätös. DNR-päätös tarkoittaa, että potilaan sairaudentila on niin vaikea, ettei hän enää hyötyisi elvyttämisestä ja tästä toipumisen mahdollisuus on olematon. DNR-päätös koskee sekä perus- että tehoelvytystä. Päätös elvyttää jättämisestä on usein aiheellinen saattohoidossa. DNR-päätöksen tekoa varten hoitavan lääkärin tulee olla riittävän hyvin perehtynyt potilaan anamneesiin ja sen hetkiseen tilanteeseen. DNR-päätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. Asia käsitellään yleensä hoitoneuvottelussa. Saattohoitopäätös yleisesti katsoen sisältää DNR-päätöksen, mutta hoitavan lääkärin ja hoitohenkilökunnan tehtävänä on selvittää asia potilaalle ja hänen läheisilleen riittävän selkeästi. (Elonen, Mäkijärvi & Vuoristo 2006, 565–566.) Potilas voi myös itse ilmaista halunsa DNR-päätökseen, johon hänellä on lain suoma oikeus (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 13.3.2009]).

3 SAATTOHOITOPOTILAAN OIREET JA NIIDEN HOITO

Saattohoitopotilaan oireet ja kokemukset oireista ovat saattohoidon kannalta haasteellisia. Usein saattohoitopotilaat kärsivät monista oireista samanaikaisesti ja tulee muistaa, että oirekokemukset ovat yksilöllisiä eivätkä välttämättä riippuvaisia diagnoosista tai sairauden vaiheesta. (Hänninen 2003, 29–42.) Oireiden muuttuminen sairauden edetessä on odotettavaa, jokin hyvinkin häiritsevä oire saattaa hävitä potilaalta ja toisaalta uusien oireiden ilmaantuminen on oletettavaa (Käypä hoito 2008 [viitattu 25.9.2009]).

Oireiden ilmentymiseen vaikuttavat sairauden luonne, yksilölliset tekijät, potilaan hoitoympäristö ja hänen saamat hoidot. Laadukkaan saattohoidon kannalta on tärkeää huomioida oireiden häiritseväisyys, niiden aiheuttama fyysinen ja psyykinen vaiva. Saattohoidossa, etenkin oireiden lisääntyessä ja kuoleman lähestyessä tulee keskittyä selkeästi oireiden häiritseväisyyteen ja pyrkiä helpottamaan potilaan oloa sekä lääkkeellisin että hoidollisin keinoin. (Hänninen 2003, 29–30.) Oireiden kokemiseen ja oiretaakkaan voidaan katsoa kuuluvan myös seuraavat tekijät: potilaan ikä, voimakkaasti laskenut yleistila, erilaiset kasvaimet sekä niiden aiheuttamat oirekokonaisuudet, kipu sekä vahvojen kipulääkkeiden, kuten opioidien ja niiden aiheuttamat haittavaikutukset (Morita, Tsunoda, Inoue & Chihara 1999, 338–346).

Useimmiten potilaat ja läheiset kokevat suurimmaksi peloksi ja huolenaiheekseen kivun. Kivunhoito on oireenmukaisessa hoidossa todellakin oleellinen, mutta se on nykyään suhteellisen helposti ja yksinkertaisesti ratkaistavissa lääkehoidolla ja sen asteittaisella lisäämisellä. (Hänninen 2001, 75–76.) Potilailla on usein kuitenkin vaikeita oirekokonaisuuksia, ja hoito ei saisi keskittyä pelkästään kipuun. Tulee muistaa, että potilaan yksilöllisyys ja oikeus arvokkaaseen kuolemaan on koko saattohoidon läpi kantava tavoite. Potilas saattaa tarvita apua monenlaisen tarpeeseen kuten ahdistukseen, turvattomuuteen, yksinäisyyteen, autonomian heikkenemiseen ja tunteeseen omasta tarpeettomuudestaan. (Grönlund ym. 2008, 30–33.)

Oireiden hoidossa keskeistä on kommunikointi potilaan kanssa. Nykyään potilaan omia kokemuksia ja tunteita korostetaan voimakkaasti. Haasteena onkin miten ja millä tavoin oireisiin reagoidaan ja kuinka niitä hoidetaan. Saattohoidossa tulee ehdottomasti pyrkiä potilaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon ja tämä tavoitetaan ainoastaan avoimella kommunikoinnilla potilaan kanssa. Koko hoidon, koskien myös oirehoitoa, edellytyksenä on, että päätökset tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Hänninen 2006, 48–54, Hänninen 2003, 24–42, Hänninen 2001, 75–78.) Laki takaa, että potilaalla on niin halutessaan aina oikeus myös kieltäytyä hoidoista, myös kipulääkityksestä tai muusta oirehdintaa lievittävästä lääkityksestä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 13.3.2009]). Lääkärin ja hoitohenkilökunnan tehtävänä on riittävän selkeästi selittää ja perustella asia potilaalle, mutta potilaalla on asiassa veto-oikeus, joka on syytä muistaa saattohoitoa toteutettaessa (Hänninen 2006, 48–54, Hänninen 2003, 24–42, Hänninen 2001, 75–78). Seuraavaksi käsitellään saattohoidossa olevalla potilaalla esiintyviä fyysisiä oireita ja niiden hoitoa. Kivulla on oma alaotsikkonsa, sillä sen merkitys korostuu saattohoidossa.

3.1 Fyysiset oireet ja niiden hoito

Saattohoidossa olevalle potilaalle on varsin yleistä, että sairaudesta, sen etenemisestä sekä käytetystä lääkityksestä johtuen ilmenee monia fyysisiä oireita. Oireet ovat potilaille yleensä häiritseviä ja heikentävät jäljellä olevan elämän laatua. (Hänninen 2001, 105-106.) Painon lasku, kuihtuminen ja aineenvaihdunnan ongelmat lyhentävät selkeästi potilaan elinaikaa ja omaiset huomaavat näistä ongelmista johtuvat fyysiset muutokset, kuten ulkonäön muuttumisen ja potilaan väsymyksen hyvin selkeästi. (Hänninen 2003, 156.)

Potilaat ja omaiset huomioivat yleensä ensimmäisenä ruokahalun muutokset. Pahoinvoinnista, lääkityksestä tai taudinkuvasta johtuen ruokahalu heikkenee ja ruokailutottumukset muuttuvat. Ruokahalua voidaan pyrkiä edistämään pienilläkin asioilla. Ruokailutilanteen luominen miellyttäväksi ja kiireettömäksi sekä ruokailuseuran järjestäminen eivät vaadi suuria valmisteluja. Ruokailuajoissa tulee olla joustava ja ruokailukertoja voidaan lisätä. Potilaan mieliruokien- ja herkkujen

tarjoamista kannattaa kokeilla. Ruuan koostumuksen muuttaminen pehmeäksi tai sosemaiseksi saattaa helpottaa potilaan ateriointia. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 220.)

Tavoitteena tulisi olla suun kautta nautitun ruuan energiapitoisuuden lisääminen tarvetta vaativalle tasolle. Runsasenerginen ruoka ja lisäravinteet ovat keinoja energiansaannin riittävään turvaamiseen. Ruokaan voidaan huoletta lisätä suolaa ja rasvaa ja kevyttuotteiden käytöstä voidaan luopua. (Hänninen 2001, 105-106.) Saattohoidossa ravinnon antamista suonensisäisesti, nenä-mahaletkun tai gastrostooman kautta voidaan käyttää suun kautta nautitun ravinnon tukena tai ainoana ravinnon lähteenä. Ravitsemushoidolla pyritään hidastamaan potilaan sairaudesta johtuvia häiriöitä ja pyritään ylläpitämään riittävää ravitsemus- ja nestetasapainoa, joilla turvataan riittävä energian, proteiinin ja muiden ravinto-arvojen saanti. (Rautava-Nurmi, Vaula, Sjövall, Vuorisalo & Westergård 2003, 152-153.) Parenteraalinen ravitsemus ei useinkaan ole saattohoidossa olevalle potilaalle sovelias, sen merkitys potilaan olon parantamiseen on monesti kyseenalainen. Enteraalinen ravitsemus on parempi vaihtoehto ja sen käyttö on perusteltua, mikäli edes osa maha-suolikanavasta toimii. Usein saattohoidossa olevalla potilaalla enteraalista ravitsemusta rajoittaa ripulointi, jota enteraaliset ravintoliuokset usein provosoivat. Ravitsemuksen suhteen tulee aina miettiä tarkkaan sen tuomat hyödyt ja haitat potilaalle ja tehdä päätökset yhdessä potilaan kanssa. (Hänninen, 2003, 156-158, Hänninen 2001, 105-110, Rautava-Nurmi ym. 2003 152-153.)

Syömisen loputtua kokonaan tulee huomiota kiinnittää entistä enemmän potilaan suunhoitoon. Säännöllinen hampaiden tai proteesien pesu, ikenien ja huulien hoito korostuvat. Proteesit poistetaan aina tajuttomalta ja oksentelevalta potilaalta, jolloin vältetään hengitysteiden tukkeutuminen. Suun riittävästä kosteudesta huolehditaan, sillä syljen erityys vähenee ja suuhun syntyy helposti haavaumia, karstaa tai sammasta. (Iivanainen ym. 2004, 139-142.) Esimerkiksi jääpalat, kylmät juomat, suunkostutuspuikot, geelit ja kostutuspuikot ovat keinoja, joilla suun kuivuutta sekä janon tunnetta voidaan lievittää. Nämä ovat monesti myös hoitoja, joita läheinen voi toteuttaa ja näin olla tukena ja apuna potilaalle. (Hänninen 2003, 156.)

Saattohoidossa olevalla potilaalla pahoinvointi on yleinen oire ja siihen on monia eri syitä. Oksentelua esiintyy saattohoitopotilaista 30 % ja pahoinvointia jopa 60 % saattohoidon edetessä kohti loppuaan. Ruokahaluttomuus liittyy olennaisesti pahoinvoinnin tunteeseen, lisäksi suolentoiminnan muutokset vaikuttavat pahoinvoinnin laatuun ja sen lääkkeelliseen hoitoon. (Käypä hoito 2008 [viitattu 4.10.2009].) Taulukossa 1 esitellään yleisimpiä pahoinvoinnin syitä saattohoitopotilaalla.

Taulukko 1. Pahoinvoinnin yleisimmät syyt saattohoitopotilaalla (Hänninen 2003, 158–160, Käypä hoito 2008 [viitattu 4.10.2009]).

Pahoinvoinnin syyt
Opioidien sivuvaikutus
Vaikea kipu
Muiden lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset
Vatsaontelon kasvainten aiheuttama
Solunsalpaaja- tai sädehoito
Kohonneen aivopaineen aiheuttama (esimerkiksi metastaaseista johtuva)
Askites
Ummetus tai suolitukos
Lisääntynyt limaneritys
Hyperkalsemia
Maha-suolikanavan ärsytyksen tai haavauman aiheuttama
Psyykkiset syyt

Pahoinvoinnin hoidon kannalta on ensisijaisen tärkeää pyrkiä mahdollisimman tarkkaan selvitykseen sen syystä. Usein potilaan haastattelulla pahoinvoinnista, sen esiintyvyydestä ja laajuudesta voidaan päätellä paljon. Tukena voidaan käyttää laboratoriotutkimuksia, joista voidaan helposti löytää syy pahoinvointiin. Hoitohenkilökunnan tulee keskustella ravitsemuksesta ja pahoinvoinnista potilaan kanssa säännöllisesti ja tiedot tulee kirjata ylös potilasasiakirjoihin. (Hänninen 2003,

158–160.) Selvittämällä ja lopettamalla pahoinvoinnin synnyttämä ärsyke, voidaan saada aikaan pahoinvoinnin väistyminen (Hänninen 2003, 158–160). Pahoinvointi ja siihen liittyvä oksentelu ovat potilaalle hyvin rasittavia ja heikentävät elämäläatua. Pahoinvoinnin hoidossa jo pelkkä pahoinvoinnin lievitys voi olla potilaan elämäläatua kohentava tekijä. (Hänninen 2001, 110–111.)

Pahoinvoinnin lääkkeellinen hoito on hyvin riippuvainen sen syystä. Opioidien sivuvaikutuksena syntynyt pahoinvointi rauhoittuu yleensä muutamassa vuorokaudessa. Pahoinvoinnin edelleen jatkuessa, saattaa kyseeseen tulla opioidin vaihto. Opiattien aiheuttamaan pahoinvointiin käytetyin lääke on haloperidoli. Suuremmilla annostuksilla haloperidoli saattaa aiheuttaa potilaalle sekavuutta, uneliaisuutta ja vapinaa. (Hänninen 2003, 160–161, Käypä Hoito 2008[viitattu 18.3.2009], Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 18.3.2009].) Haloperidolin vaikutusta parantumattomasti sairaan potilaan pahoinvoinnin hoitoon on tutkittu systemaattisella katsauksella (N=185), johon otettiin kuusi selvitystä. Selvityksistä neljä oli potilassarjoja ja kaksi tapauselostusta. Katsauksesta saatiin viitteitä haloperidolin hyödyllisyydestä pahoinvoinnin hoidossa, mutta luotettavaa näyttöä sen tehokkuudesta ei tehtyjen tutkimusten perusteella voida tehdä. (Korhonen 2007 [viitattu 18.3.2009].) Toisessa systemaattisessa katsauksessa todetaan, ettei haloperidolin hyödystä parantumattomasti sairaan potilaan oksentelun ja pahoinvoinnin hoidossa ole olemassa riittävää näyttöä, jotta sitä voitaisiin suositella käytettäväksi (Perkins & Dorman 2009 [viitattu 13.10.2009]).

Epäselvän pahoinvoinnin ja suoliston tyhjentymisen hidastumisesta johtuvaa pahoinvointi hoidetaan useasti metoklopramidilla. Metoklopramidi saattaa auttaa myös potilaita, joilla on ruokahalua, mutta jo ruuan haju tai sen maistaminen lisää pahoinvointia ja aiheuttaa oksentelua. Lääkkeen otto noin 45 minuuttia ennen ruokailua saattaa auttaa näitä potilaita. (Hänninen 2003, 161, Käypä hoito 2008 [viitattu 18.3.2009], Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 18.3.2009].) Ondansetroni on lääke, jota ensisijaisesti käytetään solunsalpaajien ja sädehoidon aiheuttamaan pahoinvointiin ja oksenteluun (Hänninen 2003, 161, Käypä hoito 2008 [viitattu 18.3.2009], Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 18.3.2009]). Deksametasonia käytetään

kohonneen kallonsisäisen paineen aiheuttamaan pahoinvointiin. Aivopaineen kohoaminen on yleistä aivokasvain- ja aivometastaaseista kärsivillä potilailla. Annostus on hyvin yksilöllinen ja sen pitkäaikainen käyttö on lopetettava annosta hitaasti laskien. Diabeetikoilla verensokerinarvoja on seurattava, sillä lääkitys nostaa veren glukoosipitoisuuksia. (Hänninen 2003, 161, Käypä Hoito 2008 [viitattu 18.3.2009], Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 18.3.2009].)

Saattohoidossa kohdataan usein erittämiseen liittyviä ongelmia. Nämäkin oireet ovat monitahoisia, potilaan kannalta ikäviä ja vaikeasti kohdattavia ongelmia. Toimimaton ruuansulatuskanava aiheuttaa kipua, laihtumista, pahoinvointia, närästystä ja yleistä epämukavuutta potilaalle. Erittämiseen liittyvät ongelmat saattavat saattohoidossa joskus kulminoitua ja viedä liikaa huomiota muilta oireilta, tarvittavalta avulta sekä tuelta. Yleensä erittämiseen liittyvät ongelmat ovat kuitenkin ratkaistavissa. Tähän vaaditaan hyvää seuranta hoitohenkilökunnalta, tiedonsaantia potilaalta ja läheisiltä sekä tiedon välittämistä lääkärille. (Hänninen 2003, 163, Hänninen 2001, 112–116.)

Saattohoitopotilaalla saattaa ilmetä sairaudesta johtuvaa häiriötä virtsateissä, jolloin kestopatentin asentaminen potilaalle saattaa olla aiheellinen. Katetroiminen on aiheellista saattohoidossa, kun rakon tyhjentäminen tuottaa vaikeuksia tai runsaan inkontinenssin takia katetrin asettaminen on potilaalle ihmisarvoa kohottava tekijä elämän loppuvaiheessa. Luonnollisesti yleistilan laskiessa ja nesteiden saannin vähentyessä myös virtsaneritys vähenee. Katetroinnin tarve tulee määrittellä potilaskohtaisesti. Potilaan kanssa tulee neuvotella hänen mielipiteestään ja tahdostaan katetrin laittamiseen. Katetroinnin yhteydessä puudutteen käytön tulee olla riittävä ja potilaan tulee saada tietoa tapahtumista koko katetroinnin ajan. (Harju & Ahopelto, 2008 [viitattu 19.3.2009].)

Ummetuksella tarkoitetaan ulostamisen harventumista ja rajana katsotaan olevan alle kolme kertaa viikossa. Uloste on kovaa ja ulostaminen selkeästi vaikeutunut. (Käypä hoito 2008 [viitattu 17.3.2009].) Ummetus saattohoidossa liittyy usein opiaattilääkityksen aiheuttamaan sivuvaikutukseen. Yli 80 % opiaattilääkitystä käyttävistä potilaista kärsii ummetuksesta. Opiaattilääkitys tarvitsee rinnalleen

ulostuslääkkeen, jolla ongelmaa voidaan ehkäistä. Ummetuksen muita syitä ovat potilaan vähäinen liikkuvuus, ravinnossa tapahtuneet muutokset, muiden lääkkeiden kuin opiaattien vaikutus (neuroleptit, parkinsonin taudin lääkkeet sekä depressiolääkkeet), kasvaimen tai jonkin muun elimellisen syyn aiheuttama tukos sekä metaboliset tekijät ja dehydraatio. (Arkkila, 2007 [viitattu 18.3.2009], Hänninen 2003, 164.)

Hoitohenkilökunnan pitämän kirjauksen ja potilaan kertoman lisäksi ummetuksen tutkintaan liittyy tuseeraus ja vatsan palpaatio. Kliinisen tutkimuksen perusteella lääkäri pystyy määrittelemään ummetuksen piirteet ja siten päättämään tarvittavan lääkityksen. (Hänninen 2003, 165.) Saattohoitopotilaan käyttäessä opioidilääkitystä tulee hoidossa käyttää laksatiiveja, jotka lisäävät ulostemassan veden määrää ja lisäävät paksusuolen toimintaa. Niiden käytössä hankaluutta saattaa kuitenkin tuottaa yksilöllinen reagointi lääkemäärään. Kun laksatiiveilla ei enää saavuta riittävää vastetta opioidilääkityksen aiheuttaman ummetuksen hoitoon, on olemassa myös injektiona annettava metyylinaltreksonibromidi. (Arkkila, 2007 [viitattu 18.3.2009], Hänninen 2003, 165, Käypä Hoito 2008 [viitattu 8.10.2009], Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 8.10.2009].)

Ummetusta voidaan ehkäistä myös lääkkeettömin keinoin. Liikkumisen lisäämisen, tietenkin potilaan voimien mukaan, voi auttaa ja omaiset voivat osallistua ja kannustaa potilasta liikkumiseen. Ruuan kuitupitoisuuden lisääminen, riittävä nesteensaanti ja säännöllinen wc:ssä käynti ovat myös keinoja ummetuksen hoitoon. (Iivanainen ym. 2004, 337-339.)

Saattohoitopotilaalla ummetusta vähemmin havaittu oire on ripulointi. Noin neljällä prosentilla pitkälle edennyttä syöpää sairastavilla esiintyy ripulia. Usein ripulin aiheuttaja on ummetuksen hoitoon käytetyt lääkkeet, sillä laksatiivien vaikutusaika ihmisillä vaihtelee ja se saattaa vaikuttaa vielä kahdenkin vuorokauden kuluttua lääkkeen saannista. Erilaiset imeytymishäiriöt, jotka saattavat liittyä parantumattomaan sairauteen, voivat olla ripulin aiheuttaja sekä erilaiset infektiot. (Hänninen 2003, 165, Käypä hoito 2008[viitattu 2.10.2009].)

Infektioista *Clostridium difficile* ja sen ribotyypit 027 ovat saattohoitopotilaan kannalta ajatellen erittäin pahoja infektioita. Niiden hoito vaatii usein pitkällisen antibioottikuurin, potilas pitää eristää infektion leviämisen estämiseksi ja yleistila laskee nopeasti (Laine 2007 [viitattu 18.3.2009]). Ripulin hoidossa voidaan käyttää loperamidia, mutta usein ripuli on ohimenevää ja loperamidilla on vastaavasti hyvin ummettava vaikutus, joka saattaa yhdessä opioidilääkityksen kanssa tuottaa ongelmia. Erilaisia maitohappobakteereita käytetään nykyisesti suositusten mukaisesti antibioottiripulin hoidossa ja niiden vatsaa suojaavasta vaikutuksesta saattanee olla apua myös ripulin hoidossa. (Käypä hoito 2008 [viitattu 17.3.2009], Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 18.3.2009].)

Ripulin jatkuessa pidempään on ryhdyttävä tutkimaan sen syytä tarkemmin. Jos ummetuslääkkeen hetkellinen tauotus ei rauhoita ripulia, on syytä tutkia ulosteen bakteeriviljelyt, ulosteenveri ja perusverenkuva. Hoidon linjauksessa on syytä käyttää harkintaa, sillä raskaat tutkimukset ja vahvat lääkitykset voivat väsyttää ja heikentää jo entisestään voipunutta potilasta. (Hänninen, 166–167.) Ripuloinnin aikana tulee kiinnittää entistä tarkempaa huomiota hygieniaan ja ihon hoitoon (Iivanainen ym. 2004, 336).

3.2 Kipu

Kipu määritellään kirjallisuudessa epämiellyttäväksi aisti- ja tunnekokemukseksi, joka liittyy eri syistä johtuvaan kudოსvaurioon. Kipu jaotellaan usein akuuttiin ja krooniseen kipuun. (Hamunen 2003, [viitattu 15.3.2009], Hänninen 2001, 89–90, Vainio 2004, 17.) Saattohoidossa olevien potilaiden kohdalla kipu jaotellaan usein myös ajalliseen luokitukseen; onko kyseessä äkillinen kipu, jo pidempään jatkunut kipu tai niin kutsuttu läpilyöntikipu (Hänninen 2003, 73). Kipu on hyvin yleinen ja yleensä häiritsevin oire saattohoidossa olevilla potilailla. Loppuvaiheen syövässä kipuja esiintyy 75 %, sydänsairauksissa 41–77% ja keuhkohtaumataudissa 34–77% potilaista. (Hamunen 2003 [viitattu 15.3.2009], Käypä Hoito 2008[viitattu 15.3.2009].) Kenenkään saattohoidossa olevan potilaan ei tulisi kokea kovaa kipua, ei missään sairautensa vaiheessa, eikä etenkin kuoleman lähestyessä (Hinkka 2001, 23).

Kipu on subjektiivinen kokemus, jokainen kokee kivun eri tavalla ja toisten kivunsietokyky on voimakkaampi. Kipu vaikuttaa vahvasti saattohoitopotilaan yleistilaan, virkeyteen ja liikkumiseen. (Hänninen 2003, 72.) Kipuun ja sen ilmaisemiseen vaikuttaa suuresti potilaan käsitys omasta tilastaan; yleisvoinnin laskiessa, ahdistuksen ja kuoleman lähestyessä kipuja on vaikeampi kestää (Hänninen 2001, 93). Kivun hoidossa kommunikointi potilaan kanssa auttaa lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa määrittelemään kipua ja sen vaikeusastetta. Potilaat saattavat kuitenkin pelon varjolla välttää ilmaisemasta kipuaan liittäen sen lähestyvään kuolemaan. Toinen yleinen pelonaihe on voimakkaiden kipulääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset. Riittävällä keskustelulla ja ohjauksella näistä ennakkoluuloista voidaan päästä eroon ja saavuttaa saattohoidon kannalta tärkeä, riittävä kipulääkitys. (Hänninen 2003, 72–77, Hänninen 2001, 89–96, Käypä Hoito 2008 [viitattu 17.3.2009].)

3.2.1 Kivun arviointi

Kivun arvioinnissa käytetään useasti apuna erilaisia mittareita ja potilaalle täytettäväksi annettavia, kipua ja kipualueita arvioivia lomakkeita. Niin kutsuttua kipupiirrosta (Liite 2) voidaan käyttää apuna kivun kohteen paikallistamisessa. Potilaalle annetaan ihmisen kehoa kuvaava piirros, johon hän esimerkiksi eri väreillä tai merkeillä merkitsee kipu-alueet ja niiden voimakkuuden. Yleisimmin käytetty mittari kivun arvioinnissa on VAS eli visuaalianalogiasteikko (Liite 3). Asteikon avulla potilas määrittelee sen hetkisen kipunsa näyttämällä tai merkitsemällä sen janaan kahden eri ääripään välille. (Heinonen 2007 [viitattu 16.3.2009], Vainio 2004, 39–43.) VAS-asteikolla havaittaviin korkeisiin arvoihin on reagoitava välittömästi ja mietittävä potilaan tilannetta sairautensa kanssa, sillä myös muut oireet saattavat heijastua ja vaikuttaa potilaan ilmaisemaan kivun voimakkuuteen (Hänninen 2003, 83).

Erilaisten kipumittareiden hyödyllisyys tulee esiin kun potilaalta tiedustellaan samaa mittaria käyttäen kivun voimakkuutta toistuvasti. Näin saadaan tietoon potilaan kivun vaihtelut ja käytettyjen lääkkeiden teho kyseisen potilaan kohdalla. Tarpeelliseen

informaation saamiseksi tulee kivun mittaamisen olla säännöllistä ja tehokasta, jotta sitä voidaan soveltaa potilaan kannalta parhaan mahdollisen kivunhoidon valintaan. (Hänninen 2003, 81–82.) Kivun mittaamista ja sen voimakkuutta ei voida kuitenkaan laskea pelkkien mittareiden varaan ja niiden avulla saatuihin tuloksiin, vaan kipu on aina henkilökohtainen, yksilöllinen kokemus. Kivun parhaimpana mittarina voidaan pitääkin potilaan omaa ilmoitusta kivustaan. (Vainio 2004, 39.)

3.2.2 Saattohoidossa käytettäviä kipulääkkeitä ja niiden annostelureitit

Kipulääkkeen saannin tulisi olla potilaalle helppoa ja yksinkertaisesti toteutettavissa. WHO:n vuonna 1986 julkaisemassa kivunhoidon periaatteissa todetaan, että lääkityksen ensisijaisen muodon tulee olla suun kautta otettava, potilaan lääkityksen tulee olla riittävää, säännöllistä ja läpilyöntikipuun tulee varautua jo lääkitystä suunniteltaessa. Lääkehoidon tulee perustua WHO:n laatimaan kivun portaittaiseen hoitoon. WHO:n laatimassa kivunhoidon porrastuksessa kivun lääkitys aloitetaan tulehduskipulääkkeistä ja siitä siirrytään asteittain ja potilaan kivun mukaisesti vahvoihin opiaatteihin (Liite 4). Periaatteissa korostetaan, että potilaan kipuja tulee hoitaa ympäri vuorokauden ja lääkityksen on oltava potilaan kannalta helppoa ja yksinkertaista. Lääkkeen valintaan ja vahvuuteen vaikuttavat potilaan kivun laatu, diagnoosi sekä mahdolliset yliherkkyydet. (Hänninen 2003, 87–89, WHO 2007 [viitattu 16.3.2009].)

Porrastetussa kivunhoitomallissa kivun hoito aloitetaan yleensä tulehduskipulääkkeillä (WHO 2007 [viitattu 1.10.2009]). Näitä ovat muun muassa parasetamoli, ibuprofeini, naprokseeni ja selekoksibi (Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 16.3.2009]). Parasetamoli on yleisimmin käytetty lääke sen vähäisten haittavaikutusten vuoksi. Muiden tulehduskipulääkkeiden yleisimmät haittavaikutukset ovat ylävatsakipu, närästys, pahoinvointi ja ripuli. Tulehduskipulääkkeiden antotapa on lähes aina suun kautta, mutta vaikuttavasta aineesta riippuen se voidaan antaa myös suonensisäisesti, oraaliliuoksina tai peräpuikkoina. (Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 3.10.2009].)

Kun tulehduskipulääkkeillä ei ole enää riittävää vastetta tai lääkeannostuksen suurin turvallinen määrä on jo saavutettu, lisätään tulehduskipulääkkeen rinnalle yleensä

heikko opioidi (Hänninen 2003, 87–89). Tarvittaessa WHO:n ohjeista voidaan poiketa ja siirtyä suoraan vahvoihin opiaatteihin, mikäli potilaan kivut ovat niin kovat tai odotettavissa oleva elinikä niin lyhyt, että porrastetun kivunhoitomallin noudattaminen ei olisi potilaan edun mukaista (Käypä hoito 2008 [viitattu 16.3.2009]). Heikoiksi opioideiksi kutsutaan lääkkeitä jotka ovat WHO:n porrastetun kivunhoitomallin toisella portaikolla. Suomessa käytössä ovat kodeiini yhdistettynä parasetamoliin, tramadoli ja dekstropropoksifeeni. Heikoista opioideista käytetyin on tramadoli. Tramadolista on suurina annoksina saatu hyviä tuloksia syöpäkivun hoidossa; sen teho on ollut verrattavissa pieneen morfiiniannokseen. Heikkojen opioidien yleisimpiä haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, oksentelu, huimaus ja ummetus, iäkkäillä potilailla esiintyy myös sekavuutta. (Hänninen 2003, 94, WHO 2007 [viitattu 16.3.2009].)

Tulehduskipulääkkeen ja opioidin yhdistämisestä tehdyssä kvalitatiivisessa, systemaattisessa Cochrane-katsauksessa vertailtiin opioidin ja opioidin+tulehduskipulääkkeen vaikutusta kuudessa tutkimuksessa (N=6). Neljässä tutkimuksessa (N=136) opioidi+tulehduskipulääke todettiin paremmaksi kuin pelkkä opioidi. Tutkimuksista kaksi oli kestoltaan vain viikon mittaisia, mutta näistä kahdesta tutkimuksesta vain toisessa opioidin yhdistäminen tulehduskipulääkkeeseen paransi vastetta. Tämän katsauksen perusteella ei voida vahvistaa suositusta käyttää opioidi+tulehduskipulääkkeen yhdistelmää, mutta toisaalta katsaus ei osoita suositusta vääräksi. (Tohmo 2007 [viitattu 16.3.2009].) Tulehduskipulääkkeiden käyttö yhdessä opioidien kanssa on yleensä perusteltavissa niiden erilaisella vaikutusmekanismilla ja myös opioidin tarve saattaa vähentyä käyttämällä tukilääkitystä (Hänninen 2003, 90).

Keskivahvaksi opioidiksi lasketaan buprenorfiini, jota käytetään jonkin verran syöpäpotilaiden kivunhoidossa. Buprenorfiinin käyttöä saattohoitopotilailla rajoittaa sen antotapa; resoriblettimuotoinen lääkitys ei ole saattohoitopotilaalle aina mahdollinen ja nieltynä sen vaikutus on hyödytön. Lisäksi buprenorfiini aiheuttaa paljon sivuvaikutuksia. (Hänninen 2003, 93–95, Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 3.10.2009].)

Porrastetussa kivunhoitomallissa viimeisellä portaalla ovat vahvat opioidit. Morfiini, oksikodoni ja fentanyyli ovat Suomessa käytetyimmät vahvat opioidit. (Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 16.3.2009], WHO 2007 [viitattu 16.3.2009].) Opioidien käytöllä haetaan hyvää ja riittävää kivunhallintaa. Hengityselimissä opioidit laskevat hiilidioksidivastetta ja aiheuttavat keuhkoputkien supistumista ja näin alentavat hengitystiheyttä. Näin ollen opioidien käyttö hengenahdistuspotilaan hoidossa vaikuttamalla hengitysmekanismiin on haettu vaikutus. (Hänninen 2003, 95.)

Pitkäaikaisen kivun hoidossa ei ole havaittu paremmuutta eri opioidien välillä (Käypä hoito 2008 [viitattu 3.10.2009]). Morfiini on pisimpään käytössä ollut opioidi, jota voidaan vaikean kivun hoidossa annostella myös spinaalisesti. Oksikodonin tehokkuus suun kautta otettuna on parempi kuin morfiinin. Fentanyyliä käytetään saattohoidossa olevilla potilailla lähes aina depot-laastarina, josta lääkeainetta vapautuu tasaisesti verenkiertoon. Fentanyyli sopii stabiilin kivun hoitoon. Loppuvaiheessa fentanyyli ei ole optimi kipulääke, sillä yleensä läpilyöntikiput lisääntyvät ja lisäksi laastarin pysyminen iholla saattaa olla kyseenalaista. (Hänninen 2003, 95–100, Käypä hoito 2008 [viitattu 3.10.2009], Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 3.10.2009].)

Opioidien haittavaikutukset ovat melko samankaltaisia, yleisimmät haitat liittyvät opioidien keskushermosto- ja ruuansulatuskanavaikutukseen (Hänninen 2003, 95). Morfiinin yleisimmät haittavaikutukset ovat väsymys, heikotus ja euforinen olotila. Oksikodonin haittavaikutuksista pahoinvointi ja oksentelu sekä huimaus ovat yleisimmin tavatut. Kaikilla opiaateilla on ummettava vaikutus. (Hänninen 2003, 95–100, Pharmaca Fennica 2009 [viitattu 3.10.2009].) Opioideilla on hengityskeskusta lamaava vaikutus, jonka riski on suuri annosteltaessa lääkettä väärin, lääkehoidon alussa tai lääkeannosta nostettaessa. Hengityslaman johtuessa opiaatista on hoitona naloksoni-injektio. Naloksoni kumoaa opiaatin vaikutuksen nopeasti, josta johtuen ongelmana on myös nopeasti palautuva kipu. (Hänninen 2003, 104.) Saattohoitopotilaan lääkehoidossa voi ajoittain tulla kyseeseen opiaatin vaihtaminen toiseen. Yleensä syynä on käytetystä opiaatista johtuneet haittavaikutukset tai antotapaan liittyvät ongelmat. (Hänninen 2003, 98.)

Opiaattien käyttöön saattohoidossa liittyy paljon väärinkäsityksiä. Saattohoitopotilaalla opiaatteja käytetään poistamaan ongelma eli kipu, jonka sivuvaikutuksena saattaa ilmetä fyysinen riippuvuus. Elimistö tottuu lääkeaineeseen ja sen äkillisestä poisjäännistä seuraa selkeitä fyysisiä oireita. Pitkäaikaisessa käytössä opiaatteja kohtaan alkaa ihmiselle kehittyä myös toleranssi. Lääkehoidon alussa ollut annos ei enää vastaa riittävästi vallalla oleviin kipuihin ja tämä johtaa lääkeaineen määrän nostoon. Psykykinen riippuvuus opioideista ei ole yleensä ongelma saattohoitopotilaille. Saattohoitopotiilaan opioidilääkitys voidaan tilanteen muuttuessa asteittain lopettaa ilman suurempia ongelmia. (Hänninen 2003, 111–112, Hänninen 2001, 99–101.)

Pitkäkestoisessa lääkehoidossa turvallisin, yksinkertaisin ja helpoin annostelutapa on suun kautta (Vainio 2004, 77). Ensisijainen vaihtoehto suun kautta otettavan lääkityksen jälkeen on rektaalinen. Lääkkeen imeytyminen peräsuolesta on havaittu hyvin tehokkaaksi, mutta lääkkeenantoa rektaalisesti rajoittaa saattohoidossa yleensä ummetus ja ripuli, sekä lääkevalmisteiden puute rektaalimuodossa. (Hänninen 2003, 50–51.) Yleisimmät syyt siirtyä kipulääkkeen parenteraaliseen antoon ovat nielemiseen liittyvät vaikeudet, oksentelu ja pahoivointi sekä potilaan ollessa vegetatiivisessa tilassa. Saattohoidossa käytetään laajasti ihonalaista infuusiota reittinä kipulääkkeen annolle, sitä käyttämällä vältetään kertainjektioista aiheutuvat kipulääkkeen pitoisuuksien vaihtelu. (Hänninen 2003, 113.) Lisäksi ihonalainen infuusio eli lääkeannostelija, on potilaan kannalta turvallinen ja yksinkertainen vaihtoehto. Lääkeannostelijan käyttö on opetettavissa potilaalle. Lääkeannostelijaan pystytään ohjelmoimaan lukitukset ja tarvittaessa sen kautta voidaan annostella potilaalle myös lisälääkitys, esimerkiksi läpilyöntikipuun. Lääkeannostelija kiinnitetään potilaaseen ihonalaisella neulalla, jonka paikkaa on muutaman vuorokauden välein vaihdeltava, jottei lääkeaine aiheuttaisi ihoärsytystä. Lääkeannostelijan säiliöön on mahdollista yhdistää esimerkiksi kipulääke ja pahoivointia hillitsevä lääke. (Hänninen 2003, 51–53.) Saattohoidossa lääkehoito ja antoreitin valinta on aina yksilöllistä ja sitä kuuluu tarkkailla ja muutoksiin lääkkeen vasteessa pitää reagoida välittömästi. Lähtökohtana tulee olla potilaan tahdon

kunnioittaminen, hänen lääkehoitonsa turvallinen toteuttaminen ja sen yksinkertaisuus. (Hänninen 2003, 113-115.)

3.3 Psyykkiset oireet

Saattohoidossa olevalla potilaalla voi ilmetä monenlaisia psykologisia oireita. Tyypillisimpiä ovat ahdistus, masennus, unettomuus ja delirium. (Hänninen 2003, 206.) Elinajan lopun lähestyessä ihminen ymmärtää lopullisesti oman kuolevaisuutensa ja jokainen reagoi tähän tilanteeseen yksilöllisesti. Olemassaolon ahdistus elämän lopun lähestyessä on luonnollinen reaktio saattohoitopotilaalla. Potilaalle ja läheisille on tärkeää läsnäolo ja kuolemassa saattaminen. Kuten saattohoidossa kokonaisvaltaisesti, myös psyykkisten oireiden kohdalla, on potilaan oman tahdon kuunteleminen ja hänen tarpeidensa huomioiminen tärkeää. Läheisiä kannustetaan olemaan läsnä potilaan luona, viettämään yhdessä viimeiset hetket ja valmistautumaan yhdessä tulevaan kuolemaan. Läheisten kanssa ollaan tiiviisti yhteistyössä ja huolehditaan myös heidän jaksamisestaan ja tarvittaessa ohjataan heidät hankkimaan apua. (Hänninen 2006, 38-41, Hänninen 2003, 206-207.)

Haasteena hoidossa onkin tunnistaa saattohoitopotilaan psyykkisten oireiden alkuperä ja löytää siihen sopivat auttamiskeinot. Psyykkiset oireet ovat monisyisiä. Niiden aiheuttajat voivat olla riittämättömästä kivun hoidosta johtuvaa, diagnoosiin liittyviä elimellisiä muutoksia, käytössä olevasta lääkityksestä tai aikaisempiin psyykkisiin sairauksiin liittyvää. Psyykkisten oireiden kartoitukseen tulee käyttää kaikki keinot, sillä monesti kuolemaan liittyvä ahdistus ja pelkotilat ovat saattohoitopotilaalla fyysisiä oireita vakavampia. Psykiatrian konsultaatiot ja hengellisen avun tarjoaminen ovat tärkeitä apukeinoja psyykkisten oireiden kartoituksessa ja hoidossa. (Hänninen 2003, 206-207.)

Saattohoitopotilaan monioireisuus tekee psyykkisten oireiden lääkehoidosta hyvin haastavaa. Potilaalla jo olemassa oleva lääkitys tai sairaudesta johtuva elinten toiminnan heikkeneminen voi luoda rajoituksia lääkkeen valinnalle. Myös sivuoireiden esiintyvyys on yleistä saattohoitopotilaiden kohdalla. Lääkkeellisen hoidon aloittamista rajoittaa myös odotettavissa oleva elinaika. Esimerkiksi

masennuslääkkeen aloitus on hyödytöntä, mikäli odotettavissa oleva elinaika on muutamia viikkoja, sillä lääkkeen vaikutus ei ehdi alkaa. Tällöin kyseeseen voi tulla esimerkiksi bentsodiatsepiini tai opioidi annostuksen nosto, jotka helpottavat potilaan masennusta ja ahdistusta. Ahdistuksen hoidossa käytetään oksatsepaamia ja loratsepaamia. Ennusteen ollessa kuukausia voidaan lääkkeeksi valita serotoniinin takaisinoton estäjä, esimerkiksi sitalopraami, fluvoksamiini tai sertraliini. (Hänninen 2003, 206-215, Nurminen 2004, 254-267.)

Riittävä unensaanti auttaa potilasta suoriutumaan päivän aikana toteutettavista hoidoista ja rutiineista. Potilaalle tulee järjestää rauhallinen ympäristö nukkumiseen ja huoneen sekä vuoteen raikkaudesta tulee huolehtia. Sairaudesta johtuvat, unta häiritsevät tekijät pyritään poistamaan. Läsnaololla ja rauhallisella juttutuokiolla voi olla rentouttava vaikutus. Potilas saattaa kuitenkin tarvita unettomuutensa hoitoon myös lääkehoitoa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 164-166.) Univaikeuksista kärsivälle potilaalle voi sopia mirtatsapiini, etenkin jos samalla esiintyy masennusta. Unettomuuden lääkkeellinen hoito aloitetaan nukahdamislääkkeillä, kuten tsolpideemillä ja hoidossa voidaan käyttää myös bentsodiatsepiinejä. (Hänninen 2003, 206-215, Nurminen 2004, 254-267.) Kuitenkaan bentsodiatsepiinien pitkäaikaisemmasta käytöstä ja niiden vaikutuksen tehosta parantumattomasti sairaan potilaan unettomuuden hoidossa ei ole olemassa riittävää näyttöä (Hirst & Sloan, 2001 [viitattu 13.10.2009]).

4 POTILAAN JA LÄHEISTEN NEUVONTA SAATTOHOIDOSSA

Potilaat ja läheiset tarvitsevat annettavista hoidoista tietoa, neuvontaa ja ohjausta. Vaikeassa elämäntilanteessa, jossa on hyväksyttävä oma tai läheisen kuolema on tärkeää, että potilaat ja läheiset saavat riittävässä määrin sekä helposti lähestyttävässä muodossa olevaa tietoa. Tiedon saanti auttaa potilasta ja läheisiä hyväksymään tilanteen, poistamaan pelkoja sekä epäluuloisuutta ja muuttamaan saadun tiedon hyödykseen. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 22-26.) Tuen, ohjauksen ja neuvonnan tärkeys saattohoidossa korostuu merkittäväksi osaksi hoitoa. Vahvat tunteet, joita luopuminen ja suru saavat aikaan, ovat jokaiselle yksilölle ainutlaatuinen ja ainutkertainen kokemus. Saattohoidossa on yleensä kyse odotetusta ja hitaasta luopumisesta, jossa ihmiset kaipaavat tukea, opastusta ja neuvontaa jo paljon ennen kuoleman hetkeä. (Kiiltomäki & Muma 2007, 81-92.)

Potilaat tarvitsevat sekä suullista että kirjallista neuvontaa. Ihmisten kiinnostuksen kohdistuminen terveydentilaansa korostuu sairastuttaessa ja potilaat haluavat enemmän tietoa tilanteestaan. Neuvonnassa kirjallinen materiaali toimii suullisen neuvonnan merkittävänä tukena. Se toimii ajatusten herättäjänä ja auttaa potilasta keskittymään olennaisiin kohtiin. Kirjallisissa ohjeissa asiat tulee ilmaista lyhyesti ja selkeästi. (Torkkola ym. 2002, 22-26.)

Jensen, Madsen, Andersen ja Rose (1993) selvittivät haastattelututkimuksessaan, miten syövän vuoksi leikkauksessa olleet naispotilaat (N=34) kokivat informaation saannin. Naispotilaita haastateltiin kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tutkimuksen tuloksissa todetaan, että potilaat kokivat kirjallisena annettun informaation hyvänä tärkeiden asioiden mieleen palauttajana ja omaiset kokivat kirjallisen lähteen hyväksi tiedonlähteeksi sairaudesta. (Jensen, Madsen, Andersen & Rose 1993 [viitattu 13.10.2009].)

Omaisten huomiointi ohjauksessa ja potilaan hoidossa on tutkimuksissa todettu riittämättömäksi. Heino (2005) tutki miten potilaan ohjaus päiväkirurgisessa

hoitotyössä toteutui potilaan ja hänen perheenjäsentensä näkökulmasta (N=334). Perheenjäsenet olivat harvoin paikalla ohjaustilanteessa ja jäivät näin ilman tietoa (Heino 2005 [viitattu 31.10.2009].) Peltoniemi (2007) tutki terveydenhuoltohenkilöstön toteuttamaa ohjausta hemofiliaa sairastaville ja heidän perheenjäsenille. Tutkimuksessa haastatellut potilaat (N=10) ja perheenjäsenet (N=7) kokivat saamansa ohjauksen määrän liian vähäiseksi. Tutkimuksien tuloksissa on havaittu, että omaiset haluavat enemmän tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja ennusteesta. (Heino 2005 [viitattu 21.10.2009], Peltoniemi 2007 [viitattu 21.10.2009].)

Hong (2005) tutki vanhusten omaisissa aiheutuvaa huolta koskien iäkkäiden ihmisten hoitoa sairaalassa. Tutkimuksessa haastateltiin neljää sairaanhoitajaa sekä kuutta omaista, joiden osallistuminen potilaan hoitoon oli aktiivista. Tutkimuksen tuloksissa omaiset kokivat oman osallistumisen potilaan hoitoon kärsivän heidän huoltensa vuoksi. Huolta aiheuttivat tutkimuksen mukaan eniten huoli potilaan fyysisestä kunnosta, sairaalassa saatu hoito sekä huoli tulevaisuudesta. Omaisten mukaan ottaminen potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa auttaa arvioimaan omaisen tarvitsemaa tukea ja parantaa potilaan saamaa hoitoa. (Hong 2005 [viitattu 21.10.2009].)

Rintalan (2007) tutkimuksessa selvitettiin omaisten (N=29) arvioita potilaan ohjauksesta Oulun yliopistollisen keskussairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla. Strukturoidulla kyselylomakkeella tiedusteltiin omaisten kokemuksia potilaalle annetun ohjauksen riittävydestä, ohjaustilanteiden toteutumisesta, kirjallisen materiaalin luettavuudesta sekä ohjauksen hyödyistä potilaalle. Puolet vastaajista koki ohjauksen riittävyden vähäiseksi. Ohjaustilanteen omaiset kokivat rauhalliseksi ja asiantuntevaksi. Tutkimuksessa kirjallinen materiaali arvioitiin hyväksi, mutta sen käyttö oli vähäistä ja lähes puolet omaisista ei saanut lainkaan kirjallista materiaalia. Yli puolet vastaajista arvioi, että potilaan saama hyöty ohjauksesta oli hyvä. (Rintala 2007 [viitattu 21.10.2009].)

4.1 Läheisten tukeminen

Suru on joukko reaktioita menetykseen. Suru sisältää tunteita, asenteita ja käyttäytymisen tietyn ajanjakson ajan. Surevien ihmisten reaktiot vaihtelevat samoin kuin niiden kesto. Suruun vaikuttaviksi tekijöiksi katsotaan: persoonallisuus, aikaisempi menetyshistoria, nykyisen menetyksen luonne ja saatu tuki suruprosessin aikana. (Kiiltomäki & Muma 2007, 81-92.) Surun keskellä ihmiset ja heidän käsityksensä maailmankuvasta horjuu ja he tarvitsevat erilaista tukea surun eri vaiheissa. Suru, luopuminen ja kuolemaan valmistautuminen ovat yksilön itsensä läpi käytäviä asioita, jossa voidaan tukea potilasta ja kannustaa häntä mahdollisimman aktiiviseen jäljellä olevaan elämään ja tarjotaan jatkuvaa psyykkistä tukea potilaalle ja hänen läheisilleen. (Hänninen 2003,14–16.)

Läheiset käyvät surutyössään läpi eri vaiheita ja heidän tarvitsemansa tuki ja ohjaus ovat olennainen osa saattohoitoa. Läheisille voi olla vaikeaa hyväksyä heille rakkaan ihmisen tuleva menetys ja asian tarkastelu on subjektiivista. Sopeutuminen uuteen tilanteeseen, jossa läheinen ihminen ei enää ole läsnä, voi olla läheisille hyvin vaikeaa. Läsnäololla ja ymmärryksellä surun keskellä olevaa kohtaan voidaan edesauttaa surevan prosessin kulkua. Läheisiä voidaan auttaa ymmärtämään, että erilaiset tunteet ovat sallittuja ja nämä kuuluvat surun prosessiin. Läheisiä autetaan ja tuetaan heidän yksilöllisen tarpeensa mukaan. Läheisiä kannustetaan olemaan yhteydessä ystäviin ja omaisiinsa, pyrkimään hoitamaan arjen rutiinitoimenpiteet. Läheisille on hyvä tarjota tietoa saatavilla olevasta avusta surun keskellä, jota tarjoavat monet eri organisaatiot. Ammattiapuun ohjaaminen saattaa myös olla aiheellinen, jos huomataan että suru on lamaannuttanut ihmisen kokonaisuudessaan. (Kiiltomäki & Muma 2007, 81-86.)

Ihmisen käyttäytymiseen kriisitilanteessa vaikuttaa jokaisen yksilöllisyys. Kriisissä ihminen käy läpi eri vaiheita ja itsetutkiskelun sekä saamansa tuen turvin, hän muokkaa omaa minäkuvaansa uudelleen tilanteen tasalle. Kriisit jaetaan perinteisesti neljään eri vaiheeseen; akuuttivaihe, reagointivaihe, korjaantumisen vaihe ja uudelleensuuntaamisvaihe. Reaktiot kriisissä ovat yksilöllisiä ja kaikki eivät käy läpi

kriisireaktion kaikkia vaiheita. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 100–105, Kiiltomäki & Muma 2007,15-27.)

4.2 Hyvän oppaan kriteerit

Potilasoppaan kirjoittamisessa lähtökohtana tulee pitää potilaiden tarvetta saada tärkeää ja keskitettyä tietoa kyseessä olevasta aiheesta. (Torkkola ym. 2002, 34–38.) Potilasoppaan kirjoittamisessa tulee muistaa, kenelle oppaassa oleva tieto on suunnattu, sillä potilasoppaan lukijan tulee ymmärtää ja tuntea, että opas on tarkoitettu juuri hänelle. Tiedon tulee oppaassa olla yhtenäinen, selkeä ja yleiskielinen. Oikeinkirjoituksen sääntöjä tulee noudattaa, huoliteltu teksti lisää tiedon ymmärrettävyyttä. (Hyvärinen 2005 [viitattu 13.10.2009].)

Tekstin oppaassa tulee olla helposti ymmärrettävää. Liiallinen termien, lyhenteiden ja lääketieteen sanaston käyttö vaikeuttaa lukua ja tieto ei tällöin kohtaa kohdettaan. Ammattisanastoa tulee välttää ja niitä käytettäessä tulee niiden merkitykset selittää selkeästi. Oppaan esitysjärjestyksen ja kappalejaon jako loogiseksi helpottaa potilasoppaan lukemista. (Torkkola ym. 2002, 34–43.) Virkkeiden pituuteen ja ymmärrettävyyteen tulee kiinnittää huomiota. Liian vaikeat virkkeet eivät edistä lukijan tiedon karttumista, mutta virkkeiden tulee kuitenkin olla tekstin luettavuuden kannalta sulavia. Luettavuuteen vaikuttavat myös ulkoasun eri piirteet, kuten: taitto, kirjasintyyppi, kirjasimen koko, rivinväli sekä rivin pituus. (Repo & Nuutinen 1995, 66.)

Tiedon ymmärrettävyyden kannalta on tärkeää, että tieto oppaassa esitetään valitussa järjestyksessä. Tässä on huomioitava, mitä oppaan tekstillä halutaan saada aikaan ja missä tilanteessa lukija tietoa käyttää. (Hyvärinen 2005 [viitattu 13.10.2009].) Otsikoiden ja väliotsikoiden avulla pystytään auttamaan lukijaa hahmottamaan sen alakohdassa kerrottua olennaista tietoa ja tavoitteena on herättää lukijan mielenkiinto kyseiseen tekstiin. Otsikot myös selkeyttävät tekstiä ja auttavat potilasta jäsentämään tietoa. Tiedon jäsentämisessä auttaa myös suunniteltu kappalejako; yhteen kuuluvat asiat saman kappaleen alle. Kappaleet eivät saa olla liian pitkiä, sillä teksti käy tällöin lukijalle liian raskaaksi. (Hyvärinen 2005 [viitattu 13.10.2009].) Typografisilla

tehokeinoilla voidaan korostaa tekstin sisällä tärkeitä kohtia, esimerkiksi versaaleilla, alleviivauksella, kursivoinnilla tai vahvennuksen avulla (Repo & Nuutinen 1995, 67).

Värien valinnalla pystytään jaottelemaan ja yhdistelemään visuaalisia elementtejä ja niiden avulla voidaan lukijan katse kohdistaa keskeisiin asioihin. Lukemisen kannalta parhaana väriyhdistelmänä pidetään musta teksti/valkoinen tausta yhdistelmää. Myös sininen teksti/valkoinen tausta yhdistelmää pidetään luettavuuden kannalta hyvänä. Väreillä on olemassa symbolisia ulottuvuuksia ja automaattisia assosiaatioita, joita voidaan opastavassa tekstissä hyödyntää tehostamaan viestin ymmärrettävyyttä. (Arnkil 2007, 138, 146-148.)

Luetteloiden käytöllä pystytään katkaisemaan kappaleita ja niitä voidaan käyttää apuna tiedon tiivistämisessä (Hyvärinen 2005 [viitattu 13.10.2009]). Kuvien ja taulukkojen avulla voidaan tukea tiedon ymmärrystä sijoittamalla käytetyt tehosteet tekstin yhteyteen. Harkintaa tulee käyttää, sillä epämääräisesti sijoitetut tehosteet saattavat vain sekoittaa lukijaa. Kuvien käyttöä rajoittavat usein myös tekijänoikeudet, jotka on hyvä selvittää ennen kuvien lisäämistä aineistoon. (Torkkola ym. 2002, 34–43.) Potilasoppaassa tulee mainita myös tarvittavat yhteystiedot, tiedot oppaan tekijästä ja viitteet lisätietoihin (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 44).

5 PROJEKTIN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Projektin tehtävänä oli luoda opas Salon terveystieteiden osastoilla toteutettavasta saattohoidosta potilaille ja läheisille. Tavoitteena on antaa saattohoidossa olevalle potilaalle sekä hänen läheisilleen keskeistä tietoa saattohoidosta. Tavoitteena voidaan pitää myös oppaan käyttöä hoitohenkilökunnan apuna saattohoidon toteutuksessa osastolla.

6 PROJEKTIN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Tämän projektin tehtävänä oli luoda käytännöllinen potilasopas Salon terveyskeskussairaalan osastoilla saattohoidossa oleville potilaille ja heidän läheisilleen. Projektin aihe tuli toimeksiantajalta, sillä osastoilla koettiin tarvetta oppaalle tiedonsaannin lisäämiseksi sekä muun hoitotyön tueksi. Salon terveyskeskussairaalan kanssa solmittiin toimeksiantosopimus (Liite 5) ja projektin suunnittelua ja etenemistä esiteltiin seminaarissa.

Projekti rajattiin käsittelemään saattohoidossa potilaan ja omaisten kannalta keskeisiä aihealueita. Näiksi katsottiin saattohoidossa käytettävien termien määrittely, potilaan oikeudet, oirekokonaisuuksien kuvailu ja niiden lääkkeellinen hoito. Projektin tarkoituksena on tuottaa opas lisäinformaation saantiin saattohoidosta, eikä sen tavoitteena ole korvata hoitohenkilökunnan osastolla toteuttaman saattohoidon neuvontaa ja tukea. Projektin työstämistä jatkettiin kirjallisuuskatsauksella. Projektin kirjallisuuskatsausta varten aineistohakuja tehtiin Terveysportista, Nelli-portaalista, Aura-kokoelmatietokannasta, PubMed Centralista, Medic-tietokannasta ja Google Scholar-palvelusta.

6.1 Saattohoito Salon Terveyskeskussairaalan osastoilla

Salon terveyskeskussairaalassa toimii kaksi osastoa, joilla molemmilla on 45 vuodepaikkaa. Osastoilla toteutettiin perusteellinen remontointi vuosina 2007–2008, jolloin jo suunnitteluvaiheessa otettiin huomioon saattohoito ja sen mukanaan tuomat erityistarpeet. Osastoille on suunniteltu kuusitoista yhden hengen huonetta, joihin saattohoitopotilaat osastoilla pyritään sijoittamaan. Lähes kaikissa huoneissa on oma wc-tila ja suihku. Osassa huoneista on potilaalla ja läheisillä käytössään myös pieni keittiö; josta löytyy keittolevyt, tiskiallas ja jääkaappi. Osastolla on myös mahdollisuus saunomiseen. Läheisillä on mahdollisuus niin halutessaan yöpyä osastolla. Osastolla ei ole vierailuaikoja, läheiset ovat aina tervetulleita ja hoitohenkilökunta on tavoitettavissa ympäri vuorokauden puhelimitse. Osastoilla on

keskimäärin kahdesta, kymmeneen saattohoitopotilasta samanaikaisesti. (P. Kaipainen, henkilökohtainen tiedonanto 24.9.2009.)

Osastonlääkäri yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa vastaa saattohoitopotilaan hoidosta. Osastonlääkäri suunnittelee ja määrittelee hoitolinjat saattohoidon suhteen, yhdessä potilaan kanssa. Osastonlääkäri on paikalla arkisin ja muina aikoina käytettävissä on päivystävä lääkäri. Hoitohenkilökuntaa on osastoilla ympäri vuorokauden, vastaamassa saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. (P. Kaipainen, henkilökohtainen tiedonanto 24.9.2009.)

Osastoilla panostetaan saattohoitoon potilaan yksilöllisyys ja arvomaailma huomioon ottaen. Kunnioittava ja arvokas kohtelu saattohoitopotilaalle ja hänen läheisilleen kuuluvat osastojen toimintatapoihin. Yksilöllisiin tarpeisiin pyritään vastaamaan mahdollisuuksien mukaisesti. Saattohoidossa läheisten rooli on hyvin tärkeä, ja osastoilla tämä on otettu huomioon. Hoitohenkilökunta on yhtäläillä läheisten, kuin potilaan käytettävissä. Hoitoketju ei katkea saattohoitopotilaan kuolemaan, vaan omaisia tuetaan ja ohjataan myös potilaan kuoleman jälkeen ja heille pyritään tarvittaessa järjestämään heidän tarpeitaan vastaava apu. (P. Kaipainen, henkilökohtainen tiedonanto 24.9.2009.)

6.2 Oppaan laadinta

Oppaan (Liite 6) suunnitteluvaiheessa käytiin toimeksiantajan kanssa keskusteluja siitä, mitä toimeksiantaja oppaalta odottaa. Oppaasta haluttiin informatiivinen, selkeästi saattohoitoa ja sen kulkua kuvaava. Oppaan tarkoituksena on antaa tietoa aiheesta sen lukijalle ja toimia apuvälineenä potilasohjauksessa. Toimeksiantaja painotti oppaan eettisyyden huomioimista ja toivoi arvokkaasti ja tyylikkäästi kirjoitettua tuotosta. Oppaasta haluttiin pyrkiä tekemään mahdollisimman helppokäyttöinen ja lukuinen, sillä kohderyhmänä ovat vakavasti sairaat potilaat ja heidän läheisensä, jotka useimmiten ovat jo iäkkäämpiä. Tämän vuoksi opas päätettiin toteuttaa vihkolehtisen muodossa, joka on helppokäyttöinen ja käyttäjälle voidaan

antaa oppaasta oma kappale, jolloin käyttäjä voi lukea opasta milloin hän itse haluaa ja myöhemmin palata johonkin oppaan kohtaan.

Oppaan suunnitteluvaiheessa käytettiin hyödyksi kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseita, oppaan sisällön kannalta tärkeitä tekijöitä. Läheiset haluavat enemmän tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja ennusteesta. Tutkimusten kautta saatiin selville, millaista tietoa potilaat ja omaiset tarvitsevat, millaisessa muodossa he sen haluavat ja miten he kokevat kirjallisen materiaalin tukevan suullista ohjausta. Heino (2005) ja Peltoniemi (2007) havaitsivat tutkimuksissaan, että omaiset haluavat saada enemmän tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja ennusteesta.

Oppaan sisältö muokkautui kirjallisuuskatsauksen edetessä. Keskeisiksi asioiksi oppaassa nostettiin saattohoidossa olevan potilaan ja omaisen kannalta tärkeitä kohtia. Osiossa saattohoidon toteutus osastolla, kerrotaan saattohoidon toteutuksesta Salon terveyskeskussairaalan osastoilla kuvaillen osaston resursseja ja toimintaa. Saattohoidossa usein esiintyviä oireita ja niiden hoitoa käsitellään lääkkeellisen ja hoidollisen näkökulman kannalta. Alaotsikoiksi tähän osioon valittiin kipu ja sen lääkkeellinen hoito, hengitystä, ihon ja suunhoitoa, ruokailua ja nesteytystä, pahoinvointia, erittämiseen liittyviä ongelmia, psyykkisiä tekijöitä ja surun käsittelyä koskevat kokonaisuudet. Myös potilaiden ja heidän läheistensä osallistuminen hoidon suunnitteluun nostettiin tärkeäksi osioksi; tässä korostettiin potilaan itsemääräämisoikeutta koskien hoitoaan.

Tieto oppaassa etenee saattohoidon kulkua mukailleen; alussa saattohoidon määrittely ja sen toteutus osastolla, päättyen käsittelemään suremista ja kuolemaa. Oireet päätettiin kukin käsitellä aiheittain oman otsikkonsa alla, näin saatiin selkiytettyä opasta ja käyttäjän on helppo sisällyksestä tarkistamalla palata haluamaansa kohtaan. Oppaassa haluttiin myös antaa neuvoja ja ohjeita läheisille koskien heidän osallistumistaan potilaan avustamiseen.

Kuvien käyttöä oppaassa pohdittiin pitkään. Oppaaseen valikoitiin kolme, kasvi- ja kukka-aiheista kuvaa. Kuvat ovat varsin neutraaleja ja ne sopivat luonteeltaan varsin

hyvin oppaaseen. Kuvat on hankittu Internetissä olevista ilmaisista kuvapankeista, joissa käyttäjät ovat luopuneet kuvien käyttöoikeuksista.

Osastojen ylilääkäri Päivi Kaipaisen haastattelulla saatiin selkeä kuva osastojen yhdessä sovitusta, saattohoidossa noudatettavista linjauksista. Tämä auttoi keskittymään oppaassa osastojen ja sen saattohoitoon tulevien potilaiden kannalta keskeiseen tiedonsaantiin. Lähtökohtana oppaalle pidettiin potilaiden tarvetta saada kyseistä tietoa.

Tekstin fontiksi valittiin Arial, kokoa 16, sen helppolukuisen ominaisuuden vuoksi. Teksti-taustan väriyhdistelmäksi päätettiin valita tummansininen teksti/valkoinen tausta, joka Arnkil'n (2007) mukaan on hyväksi havaittu väriyhdistelmä. Väriyhdistelmällä haluttiin myös tuoda hieman persoonallisuutta oppaaseen. Sinistä väriä käytettiin oppaassa myös tehostemielessä; sinisellä värillä on tunnetusti rauhoittava vaikutus; sitä pidetään myös hiljaisuuden ja surun värinä (Hintsanen 2000 [viitattu 4.11.2009].) Kappaleiden pituuteen kiinnitettiin huomiota ja ne pyrittiin pitämään lyhyenä luettavuuden parantamiseksi.

Oppaan toimivuuteen ja sen luettavuuteen pyydettiin kommentit osastojen ylilääkäriltä, osastonhoitajilta ja sairaanhoitajilta. Osastojen ylilääkärin ehdotuksesta kivunhoidon osiota karsittiin yksinkertaisemmaksi. Sairaanhoitajilta saatiin lisäehdotus osastojen yhteystietojen lisäämisestä oppaaseen. Opasta pidettiin kokonaisuutena hyvänä; rakenteeltaan se koettiin selkeänä ja sen koettiin tarjoavan potilaalle ja läheisille kattavasti tietoa saattohoitoon liittyen.

7 PROJEKTIN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikan määritelmä jakautuu yleensä opiksi hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Etiikan ohella lähes saman merkityksellisenä käytetään moraali-sanaa. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 9.) Molemmissa on kysymys ihmisten ja yhteisöjen toiminnasta, tavoista ja säännöistä. Eettisten ja moraalisten arvojen perusteella ihminen luo käsityksen, eettisen tai moraalisen periaatteen siitä, miten tulee toimia suhteessa muihin ihmisiin. (Kalkas & Sarvimäki 2000, 12-13, Leino-Kilpi 2009, 36.) Hoitotyön ohjaavina eettisinä periaatteina pidetään ihmisarvon ja yksilön oikeuksien huomioimista, kunnioittamista, yksilön suojelemista ja huolenpitoa sekä perusteltavuutta (Leino-Kilpi 2009, 30).

Ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa korostuvat erilaiset eettiset ongelmat. Kuolevan potilaan hoitotyö on eräs vaikeimmista hoitotyön muodoista. Tietoisuus kuoleman läheisyydestä sekä lisääntynyt tuen ja avun tarve luovat lisävaatimuksia eettisille lähtökohdille, joihin voidaan kuolevan potilaan hoitotyössä pitää elämän kunnioitusta, yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden kunnioittamista sekä totuuden ja rehellisyyden kunnioittamista. (Leino-Kilpi 2009, 310.)

Tässä projektissa eettisyys korostuu erittäin merkittäväksi osa-alueeksi. Saattohoidon eettisten kysymysten haasteellisuuden vuoksi jo suunnitteluvaiheessa hylättiin ajatus käyttää projektin teossa potilaan ja omaisten haastatteluja tai mahdollisten kyselykaavakkeiden käyttöä oppaan laatimisen apuvälineenä. Osaston henkilökunnan kanssa käydyissä neuvotteluissa todettiin myös, että vaikeassa elämäntilanteessa olevien yksilöiden kuormittamista tulee välttää ja antaa potilaille ja omaisille rauha sopeutua vaikeaan elämäntilanteeseen. Projekti päätettiin toteuttamaan kirjallisuuskatsauksen muodossa, käyttäen lähteenä aihealueen aiempia tutkimuksia ja lähdekirjallisuutta.

Tutkimusten käyttö projektin teossa edellyttää tutkimusten eettisen luotettavuuden arvioimista. Tutkimuksia käytettäessä on oltava selvillä käytössä olevista normeista ja hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tutkimuksia käytettäessä on arvioitava, vastaako

tutkimuksen kohde ja tutkimusongelmat tarkoitustaan. Tutkimuksia käytettäessä on huomiota kiinnitettävä myös tietolähteiden määrään ja laatuun; vastaavatko ne oman näkökulman kysymyksiin. Tutkimuksen analyysin luotettavuus on pystyttävä arvioimaan, jotta sen tuloksia pystytään hyödyntämään omassa työssä. (Leino-Kilpi 2009, 360-370.)

Projektin teossa käytettyjen lähteiden luotettavuutta korostaa se, että ne ovat tunnettujen, alan asiantuntijoiden tekemiä. Oppaan laadintaa varten lähdemateriaali on hankittu terveydenhoitoalan ammattikirjallisuudesta ja hoitotyön tutkimuksista. Opas on luetettu osaston ylilääkärillä, osastonhoitajilla ja saattohoitoon perehtyneillä sairaanhoitajilla. Heidän kauttaan saatu asiantuntijuus lisää oppaan luotettavuutta.

8 POHDINTA

Tämän projektin tehtävänä oli luoda opas Salon terveystieteiden keskuksen osastoilla toteutettavasta saattohoidosta potilaille ja läheisille. Potilaiden ja heidän läheistensä saama ohjaus on todettu tutkimuksissa vähäiseksi (Rintala 2007 [viitattu 1.11.2009]). Leino (2005) ja Peltoniemi (2007) totesivat tutkimuksissaan omaisten huomioinnin potilaan hoidossa riittämättömäksi. Projektin tavoitteena onkin antaa saattohoidossa olevalle potilaalle sekä hänen omaisilleen keskeistä tietoa saattohoidosta. Jensen ym. (1993) havaitsivat tutkimuksessaan, että potilaat kokivat kirjallisen materiaalin hyvänä tärkeiden asioiden mieleen palauttajana ja läheisille kirjallinen materiaali toimi hyvänä tiedonlähteenä. Rintala (2007) toteaa tutkimuksessaan, että omaiset kokivat kirjallisen materiaalin hyväksi, mutta sen käyttö havaittiin vähäiseksi. Projektin toteutusmuotona kirjallinen opas on siis perustellusti hyvä tiedonlähde potilaalle ja läheisille. Oppaan avulla pyritään lisäämään kirjallisen materiaalin hyväksikäyttöä saattohoidon ohjauksessa. Projektissa ei ole pyritty oppaan luomisella korvaamaan hoitohenkilökunnan osastolla antamaa ohjausta saattohoidosta, vaan tukemaan sitä.

Hyvässä potilasoppaassa tieto on koostettu yhtenäiseksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi, tiedon ymmärrettävyyden kannalta tekstin tulee olla viimeisteltyä (Hyvärinen 2005 [viitattu 5.11.2009]). Oppaassa pyrittiin välttämään ammattisanastoa selkokieliä varten vuoksi. Selkeyttä tekstiin saatiin myös valitsemalla riittävän suuri fonttikoko ja välttämällä liiallista kuvien ja monimutkaisen grafiikan käyttöä.

Oppaassa aihetta käsitellään saattohoidon määrittelyn ja hoidon kulun, oireiden ja niiden hoidon ja potilaan sekä läheisen tukemisen näkökulmasta. Aihealueet ovat saattohoidon kannalta keskeisiä ja niissä käsitellään saattohoidon kannalta tärkeät aiheet loogisesti. Oppaan eri osioissa nostettiin esiin keinoja, joilla läheiset voivat auttaa saattohoidossa olevaa potilasta. Läheiset voivat näin osallistua enemmän potilaan hoitoon, helpottaa omalta osaltaan hänen oloaan. Tärkeäksi oppaassa koettiin hoitoneuvottelut ja päätöksentekoon osallistuminen-osio. Osio auttaa ja rohkaisee potilaita ottamaan aktiivisesti osaa oman hoitonsa suunnitteluun. Lisäksi mukana oleva malli hoitotahdosta voi rohkaista potilasta ilmaisemaan oman tahtonsa hoitonsa

kulkuun ja osiossa on selkeästi kerrottu hoitotahdon olevan virallinen ja sitova yksilön tahdon ilmaisu, jota tulee noudattaa.

Oppaasta pyydettiin kommentit osastojen ylilääkäriltä, osastonhoitajilta ja sairaanhoitajilta. Ylilääkärin ehdotuksesta oppaasta karsittiin liian yksityiskohtainen selostus kivun lääkkeellisestä hoidosta. Sairaanhoitajilta saatiin ehdotus yleisimpien diagnoosien lisäämiseksi oppaan mitä on saattohoito-osioon sekä lisäehdotus liittää oppaan loppuun osaston yhteystiedot. Oppaasta pidettiin helppolukuisena ja tekstiä arvokkaasti ja tyylikkäästi ilmaistuna. Kuvien määrä ja niiden sopivuus aiheeseen koettiin hyväksi. Oppaan koettiin toimivan hyvänä materiaalina potilaiden ja läheisten ohjauksen tukena.

Jatkossa voitaisiin tutkia potilaiden ja läheisten kokemuksia oppaasta ja sen mahdollisesta tehokkuudesta saattohoidon tiedonlähteenä. Lisäksi voitaisiin tutkia hoitohenkilökunnan kokemuksia oppaan käytöstä saattohoidon ohjauksen tukena.

LÄHTEET

- Aalto, Kirsti 2000. Saattohoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kirjapaja.
- Ahopelto, Päivi 2008. Toistokatetrointi. Sairaanhoidajan käsikirja. [viitattu 19.3.2009] Saatavissa http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=toistokatetrointi.
- Arkkila, Perttu 2007. Aikuisen ummetus. Lääkärin käsikirja. [viitattu 18.3.2009] Saatavissa http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=ummetus.
- Eho, Sirkku; Hänninen, Juha; Kannel, Virpi; Pahlman, Irma & Halila Ritva. 2003. Saattohoito-Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Vantaa: Kirjapaino Keili.
- Elonen, Erkki; Mäkijärvi, Markku & Vuoristo Matti 2006. Akuuttihoito-opas. 11., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eeva 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Hamunen, Katri 2003. Mitä syöpäkipu on? [viitattu 15.3.2009]. Saatavissa http://fimnet.fi/finnest/lehdet/2003/no_1/a_hamunen.pdf.
- Harju, Eija & Ahopelto Päivi. 2008. Katetrointi. Sairaanhoidajan käsikirja. [viitattu 19.3.2009] Saatavissa http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=toistokatetrointi.
- Heinonen, Minna 2007. Kivun arviointimenetelmät. [viitattu 16.3.2009]. Saatavissa http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kivun%20arviointimenetelmät.
- Heikkinen, Helena; Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. Saattohoito-haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY.

Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/teos.php?id=10739>.

Help the hospices 2009. The work of Cicely Saunders. [viitattu 3.3.2009]. Saatavissa <http://www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/what-is-hospice-care/hospice-history/the-work-of-cicely-saunders/>.

Hinkka, Heikki 2001. Decision-Making in End-of-Life Care. Influence of Physician's training, Experience and Personal Characteristics. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Hintsanen, Päivi 2000. Coloria.net-sivusto.

Saatavissa: <http://www.coloria.net/varit/sininen.htm>

Hirsjärvi, Sirkka; Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirst, Allison & Sloan, Richard 2001. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care. [viitattu 13.10.2009]. Saatavissa: <http://www3.interscience.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME->.

Hong, Li 2005. Care for older people. Hospitalized elders and family caregivers: a typology of family worry. New York, USA: University of Rochester. Saatavissa: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118662170/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>.

Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, Juha 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, Juha 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim.

HYKS, Meilahden sairaala, hoitoeettinen ryhmä 2003. Elämän loppuvaiheen hoitoa koskevat suositukset. [viitattu 13.3.2009]

Saatavissa <http://www.hus.fi/default.asp?path=1;32;818;1732;17883;17882&print=1>.

Hyvärinen, Riitta 2006. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. [viitattu 13.10.2009].

Saatavissa

http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=duo95167&p_haku=potilasohje.

Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2004. Hoitamisen taito. 1-3. painos. Helsinki: Tammi

Jantunen, Jyrki 2008. Vetoamus: ”Suomeen tarvitaan 500 saattohoitopaikkaa lisää”. Suomen Kuvalehti. [viitattu 4.3.2009]

Saatavissa

<http://suomenkuvalehti.fi/jutut/terveys-ja-tiede/vetoamus-suomeen-tarvitaan-500-saattohoitopaikkaa-lisaa>.

Jensen, Anders Bonde; Madsen, Bidy; Andersen, Poula & Rose Carsten 1993. Information for cancer patients entering a clinical trial-an evaluation of an information strategy. [viitattu 13.10.2009.]

Saatavissa

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.turkuamk.fi/science?ob=ArticleURL&udi=B6T68-4CDHR6X>.

Kiiltomäki, Aliisa & Muma, Päivi 2007. Tässä ja nyt. Sairaanhoidaja tekee kriisityötä. Helsinki: Gummerus.

Kokkonen, Paula; Holi, Tarja & Vasantola, Satu 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum.

Korhonen, Tarja 2007. Haloperidoli pahoivoinnin ja oksentelun hoidossa. Näytönastekatsaukset. [viitattu 18.3.2009]

Saatavissa

http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=Haloperidoli%20pahoivoinnin%20ja%20oksentelun%20hoidossa.

Kunnamo, Ilkka; Halila, Ritva; Pasternack, Amos; Niinistö, Leena; Louhiala, Pekka; Saarni, Samuli; Mustajoki, Pertti; Alenius, Heidi; Jousimaa, Jussipekka; Teikari, Matti & Varonen, Helena 2008. Hoitotahto-käytännön ohjeita. Eettisten kysymysten työryhmä / Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [viitattu 4.3.2009] Saatavissa

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809&p_haku=hoitotahto.

Kunnamo Ilkka; Alenius, Heidi; Hermanson, Elina; Jousimaa, Jussipekka; Teikari, Matti & Varonen, Helena 2004. Ei elvytetä-päätös (DNR-päätös)-eettisiä näkökohtia. Lääkärin käsikirja. [viitattu 8.10.2009] Saatavissa

http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.naytaartikkeli?p_artikkeli=ykt01179&p_haku=terminaalihoito.

Kunnamo Ilkka; Alenius, Heidi; Hermanson, Elina; Jousimaa, Jussipekka; Teikari, Matti & Varonen, Helena 2004. Hoitopäätökset elämän loppuvaiheessa-eettisiä näkökohtia. Lääkärin käsikirja. [viitattu 13.3.2009]

Saatavissa http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=hoitopaaatokset.

Käypä hoito 2008, Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen palliativisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. [viitattu 15.3.2009] Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/>.

Laine, Janne 2007. Antibioottiripuli. Lääkäriin käsikirja. [viitattu 18.3.2009] Saatavissa http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=clost.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 [viitattu 3.3.2009]. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Lääkintöhallituksen säädös terminaalivaiheen hoito-ohjeista 1982.

Morita, T.; Tsunoda, J.; Inoue, S & Chihara, S 1999. Contributing factors to physical symptoms in terminally ill cancer patients. Journal of pain and symptom management. 1999 Nov;18(5):338-46.

Myller, Henna (toim.) 2008. Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. 2. painos. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Mäkelä, Anja; Ruukonen, Tarja & Tuomikoski, Marjatta 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Nurminen, Marja-Leena 2004. Lääkehoito. Helsinki: WSOY.

Pahlman, Irma 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.

Pharmaca Fennica 2009. [viitattu 16.3.2009]. Saatavissa <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/pharmaca2.pharmaca>.

Peltoniemi, Annu 2007. Terveystenhoitohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Oulu: Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514283642/>.

Perkins, Paul & Dorman, Saskie 2009. Haloperidol for the treatment of nausea and vomiting in palliative care patients. [viitattu 13.10.2009]. Saatavissa

<http://www3.interscience.wiley.com.ezproxy.turkuamk.fi/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>.

Poikkimäki, Isabel 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00420.pdf>.

Porrastettu kivunhoitomalli 2007. [viitattu 16.3.2009].

Saatavissa http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=kivunhoitomalli.

Rautava-Nurmi, Hanna; Vaula, Eija; Sjövall, Sari; Vuorisalo, Sailariitta & Westergård Airi 2003. Neste- ja ravitsemushoito. Helsinki: Wsoy.

Rintala, Johanna 2007. Ohjaus sairaalassa omaisten näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

Repo, Irma & Nuutinen, Tahvo 1995. Aikuisten viestintätaito. Helsinki: Otava.

Sand, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Saatavissa <http://acta.uta.fi/teos.php?id=8020>

Sainio, Carita & Lauri, Sirkka 2002. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. Journal of Advanced Nursing 41(3), 250–260. Saatavissa <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118883219/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>.

Syöpäjärjestöt. 2009. [viitattu 4.3.2009].

Saatavissa <http://www.cancer.fi/syopajarjestot/toiminta/saattohoitokodit/>.

Tilastokeskus 2009. Kuolemia vuonna 2007 tuhat enemmän kuin vuotta aiemmin. [viitattu 14.3.2009.] Saatavissa http://www.stat.fi/til/kuol/2007/kuol_2007_2008-05-02_tie_001_fi.html.

Tohmo, Harri 2007. Tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin yhdistäminen opioidiin kivun hoidossa. Näytönastekatsaukset. [viitattu 16.3.2009] Saatavissa http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=tulehduskipulääkkeen%20tai%20parasetamolin%20yhdistäminen%20opioidiin%20kivun%20hoidossa.

Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim.

Vainio, Anneli 1998. Palliatiivisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. Teoksessa Vainio, Anneli; Hietanen, Päivi. Palliatiivinen hoito. (toim.) Helsinki: Duodecim.

Vainio, Anneli 1998. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Vainio, Anneli; Hietanen, Päivi. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.

WHO 2009. WHO's pain ladder. [viitattu 16.3.2009.] Saatavissa <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.html>.

WMA 2009. [viitattu 29.11.2009.] Saatavissa <http://www.wma.net/en/10home/index.html>

Liite 1. Hoitotahto

HOITOTAHTO

Minä

_____ (henkilötunnus)

olen laatinut tämän hoitotahdon siltä varalta, että joutuisin tilaan, jossa en kykene millään tavoin ilmaisemaan

hoitoa koskevaa tahtoani. Seuraavat rastit (x) kohdat ilmaisevat tahtoni.

_____ Jos olen sairastunut tai vammautunut vaikeasti ja parantumattomasti minua ei saa elvyttää, mikäli se lääketieteellisesti arvioiden johtaa siihen, että minulla ei ole toimintakykyistä ja itsenäistä elämää.

_____ Jos olen sairastunut vaikeasti ja parantumattomasti, on minua hoidettava sairauden ennuste huomioon ottaen siten, että ei tehdä sellaisia tutkimuksia ja hoitoja, jotka vain aiheuttavat ja pidentävät kärsimyksiä.

_____ Minulle on aina annettava riittävä oireenmukainen hoito (esim. kipulääkitys) riippumatta sen vaikutuksesta elinaikani pituuteen.

_____ Pääätettäessä hoidostani pidän tärkeämpänä elämäni laadun varmistamista kuin pitkittämistä.

Lisäksi tahdon,

että _____

_____ Paikka ja aika Allekirjoitus

Täten todistamme, että yllä mainittu henkilö on omakätisesti allekirjoittanut tämän hoitotahtoasiakirjan ja ilmoittanut sen olevan hänen vakaa tahtonsa.

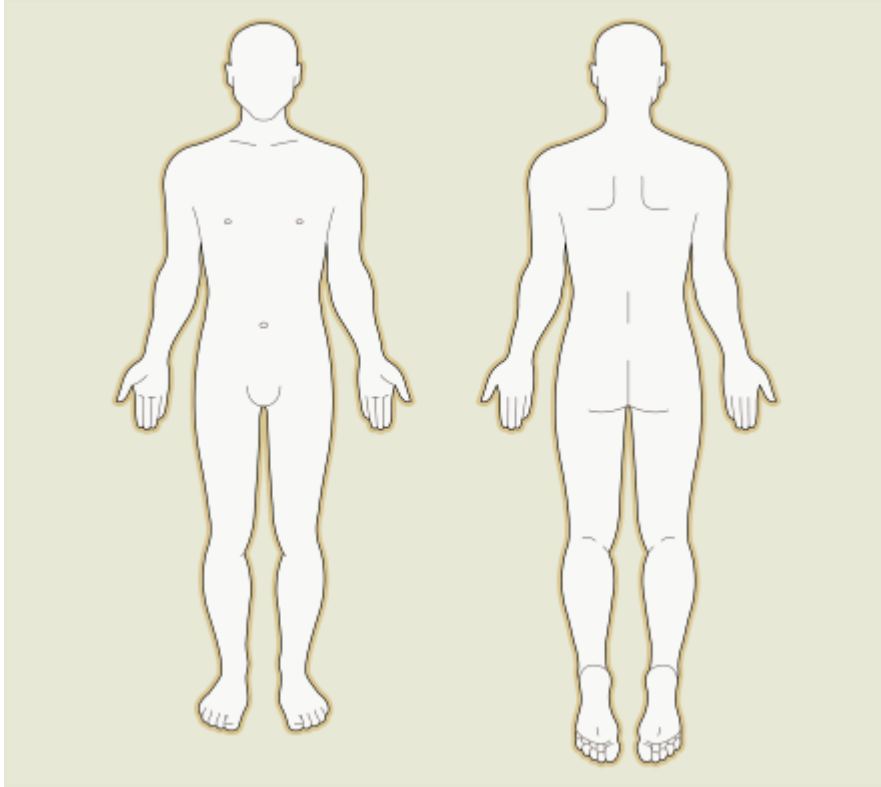
_____ Paikka ja aika

_____ Allekirjoitus Allekirjoitus

_____ Nimenselvennys Nimenselvennys

[viitattu 14.3.2009] Saatavissa http://www.exitus.fi/hoitotahto_teksti.html.

Liite 2. Lomake potilaan kipupiirrosta varten



[viitattu 16.3.2009] Saatavissa

http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=rek00090

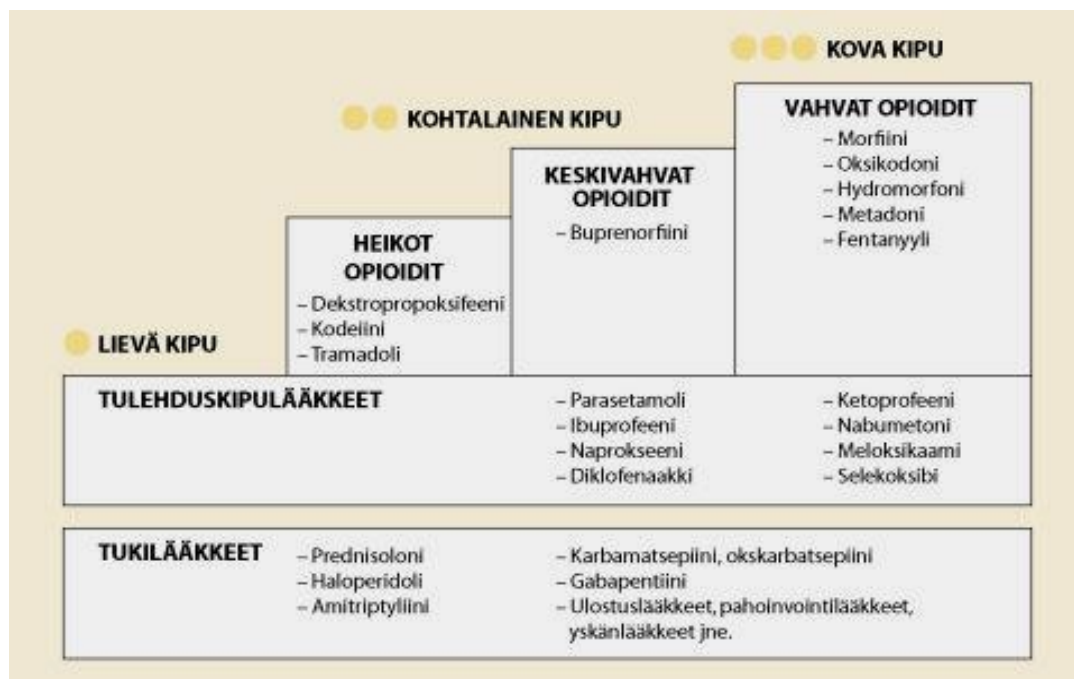
Liite 3. Kivun arvioinnissa käytettävä VAS- ja kipukiilamittarit



[viitattu16.3.2009]Saatavissa

http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=reu00170

Liite 4. Porrastettu kivunhoitomalli



([viitattu 16.3.2009] Saatavissa

http://www.terveysportti.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=kivunhoitomalli

Liite 6. Saattohoito-opas potilaalle ja hänen läheisilleen.

Saattohoito

*Opas potilaalle ja hänen
läheisilleen*



Sisällysluettelo

Kenelle tämä opas on tarkoitettu?.....	58
Saattohoito Salon terveystieteiden sairaalan osastoilla	60
Hoitotahto	63
Saattohoidossa usein esiintyviä oireita ja niiden hoito.....	65
Kipu.....	67
Hengitys	70
Ihon ja suunhoito.....	71
Ruokailu ja nesteytys.....	73
Pahoinvointi.....	75
Ummetus, ripulointi ja virtsaaminen	76
Mielialan muutokset	78
Lempeä loppu.....	80
Tukea surun keskellä	81
Yhteystiedot.....	83
Lisätietoa aiheesta	84

Kenelle tämä opas on tarkoitettu?

Tämä opas on tarkoitettu Salon terveyskeskussairaalan osastoilla saattohoidossa olevan potilaan ja läheisten käyttöön.

Oppaan tarkoituksena on antaa keskeistä tietoa saattohoidon kulusta, siihen liittyvien päätöksiä teosta, saattohoidossa yleisimmin esiintyvistä oireista ja niiden hoidosta sekä erilaisista tukimuodoista surun keskellä.

Opas on suunniteltu Salon terveyskeskussairaalan osastoilla annettavan saattohoidon ohjauksen ja neuvonnan tueksi. Kaikissa Teitä askarruttavissa kysymyksissä voitte kääntyä hoitohenkilökunnan puoleen.

Oppaan on kirjoittanut Antti Lehti ja opas on tehty Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön projektina, joka toteutettiin yhteistyössä Salon terveyskeskussairaalan osastojen hoitohenkilökunnan kanssa.



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
ÅBO YRKESHÖGSKOLA



Mitä on saattohoito?

Saattohoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun tautiin ei ole enää annettavissa parantavaa hoitoa. Saattohoitoon tullaan erilaisten sairauksien vuoksi, esimerkiksi pitkälle edenneen syövän, keuhkohtaumataudin, vaikean sydämen vajaatoiminnan sekä munuais- ja maksatautien vuoksi. Myös pitkälle edennyt, vaikea muistisairaus voi olla aihe saattohoidolle. Saattohoidon ajallisuus vaihtelee useista kuukausista muutamiin päiviin, riippuen sairaudesta ja sen etenemisestä.

Saattohoidossa tärkeimmäksi nousee kivun ja oireiden hallinta sekä niiden mahdollisimman hyvä hoito. Saattohoito herättää monia kysymyksiä ja tuntemuksia sekä potilaassa että hänen läheisissään. Saattohoidossa tukea ja turvaa, hoivaa ja huolenpitoa annetaan koko saattohoidon ajan.

Saattohoidossa vaikean elämäntilanteen kohtaamista tuetaan ja pyritään järjestämään potilaan jäljellä oleva aika mahdollisimman normaaliksi. Potilaalle ja läheisille tarjotaan psyykkistä tukea koko hoidon ajan, läheisille myös kuoleman jälkeen.

Saattohoito Salon terveyskeskussairaalan osastoilla

Salon terveyskeskussairaalan osastoilla toteutetaan laadukasta saattohoitoa pitkän kokemuksen turvin, Teidän yksilöllisyys ja arvomaailma huomioon ottaen. Yksilöllisiin tarpeisiin pyritään vastaamaan mahdollisuuksien mukaisesti. Kunnioittava ja arvokas kohtelu Teille ja läheisille kuuluvat osastojen toimintatapoihin.

Osastolla Teitä auttaa ja tukee osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta, kaikissa hoitoonne liittyvissä asioissa. Hoitajat ja lääkäri ovat myös läheisten tukena ja käytettävissä koko saattohoidon ajan. Osastonlääkäri yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa vastaa Teidän hoidostanne. Osastonlääkäri suunnittelee ja määrittelee hoitolinjat saattohoidon suhteen, yhdessä Teidän ja läheisten kanssa.

Osastonlääkäri on paikalla arkisin kello 8:00–15:30 ja muina aikoina käytettävissä on päivystävä lääkäri. Hoitohenkilökuntaa osastoilla on ympäri vuorokauden.

Osastojen suunnitteluvaiheessa on otettu huomioon saattohoidon mukanaan tuomat erityistarpeet. Osastoilla on yhden hengen huoneita, joka mahdollisuuksien ja Teidän halunne mukaan pyritään järjestämään. Osassa huoneissa on pieni keittiönurkkaus, josta löytyy keittolevyt, tiskiallas ja jääkaappi, jotka ovat vapaasti käytettävissä. Lähes kaikissa huoneissa on myös oma wc-tila ja suihku. Teillä on myös mahdollisuus saunomiseen. Osastoilla ei ole virallisia vierailuaikoja, läheiset ovat aina tervetulleita. Läheisten on mahdollista myös yöpyä osastolla.

Teillä on mahdollisuus keskustella sairaalapastorin kanssa ja halutessanne hän antaa teille myös ehtoollisen. Sairaalapastori on sekä Teidän että läheisten käytettävissä.

Omia tavaroita (kuten valokuvia, koriste-esineitä, omia vaatteita jne.) voitte vapaasti tuoda osastoille, pienillä asioilla voitte luoda hieman lisää viihtyisyyttä ja lisätä kodinomaisuutta saattohoidon aikana.

Läheiset voivat vapaasti tuoda Teille mieliruokianne ja herkkuja; kuten makeisia, suklaata, hedelmiä ja marjoja sekä erilaisia juomia.

Toivomme että käännytte rohkeasti hoitohenkilökunnan ja Teitä hoitavan lääkärin puoleen kaikissa Teitä askarruttavissa kysymyksissä.

Hoitoneuvottelut ja päätöksentekoon osallistuminen

Hoitoneuvotteluiksi kutsutaan hoidon suunnittelua yhdessä Teitä hoitavan lääkärin kanssa. Läheiset voivat myös olla mukana neuvotteluissa, Teidän niin halutessa.

Hoitoneuvottelussa keskitytään sairauteen, sen ennusteeseen, mahdollisiin käytettävissä oleviin hoitovaihtoehtoihin ja omaan halunne koskien hoidon kulkua. Hoitoneuvottelussa Te ja läheiset voitte tuoda esille mieltä askarruttavia kysymyksiä koskien hoitoanne.

Hoitoneuvottelussa päätöksien tekoon pyritään yhteisymmärryksessä. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että keskustelette Teitä hoitavan lääkärin kanssa perusteellisesti.

Hoitoneuvottelun tuloksena voi olla yhdessä Teitä hoitavan lääkärin kanssa laadittu **saattohoitopäätös** tai **ei elvytetä-päätös**.

Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jolloin Teitä hoitava lääkäri katsoo parantumattoman sairauden saavuttaneen sen pisteen, jolloin parantavaa hoitoa ei ole enää annettavissa ja tärkeimmäksi tekijäksi hoidon kannalta nousee riittävä, oireenmukainen ja hyvä perushoito. Saattohoitopäätös auttaa Teitä suuntautumaan ja valmistautumaan tulevaan, ehditte vielä olla läheistenne kanssa ja nauttia rakastamistanne asioista. Läheisille saattohoitopäätös antaa mahdollisuuden käsitellä omia tunteitaan ja valmistautua tulevaan.

DNR-päätös eli **Ei elvytetä-päätös** tarkoittaa, että parantumattomasta sairaudesta johtuen mahdollisen

elvytyksen ennuste ja sen hyödyn Teille katsotaan olevan riittämätön. Elvytyksestä toipumisen ennuste on vaikeasti sairaalla heikko. Päätöksen elvyttää jättämisestä laatii Teitä hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä kanssanne. **Saattohoitopäätös** ja **DNR-päätös** ovat virallisia päätöksiä, jotka kirjataan ylös Teidän potilasasiakirjoihin.

Hoitotahto

Hoitotahdolla tarkoitetaan yksilön tahdonilmaisua hänen hoidostaan, kun hän ei enää itse ole sairautensa tai tilansa vuoksi kykeneväinen tekemään päätöksiä koskien omaa hoitoaan.

Hoitotahdolla pystytte siis varmistamaan, että hoitonne toteutetaan loppuun asti haluamallanne tavalla. Hoitotahdon voitte tehdä milloin tahansa ja Teillä on niin halutessanne myös oikeus muuttaa tai peruuttaa se milloin tahansa. Hoitotahdosta on hyvä kertoa läheisille ja hoitohenkilökunnalle, näin varmistatte hoitonne kulun tahtomallanne tavalla. Hoitotahto on sitova; hoitohenkilökunnan ja läheisten on noudatettava Teidän tahtoanne.

Hoitotahdon voitte tehdä kirjallisena, joko oheisen mallin mukaisesti tai vapaamuotoisesti. Hoitotahtonne voitte ilmaista myös suullisesti Teitä hoitavalle lääkärille.

HOITOTAHTO

Minä

(henkilötunnus)

olen laatinut tämän hoitotahdon siltä varalta, että joutuisin tilaan, jossa en kykene millään tavoin ilmaisemaan hoitoa koskevaa tahtoni. Seuraavat rasti- (x) kohdat ilmaisevat tahtoni.

_____ Jos olen sairastunut tai vammautunut vaikeasti ja parantumattomasti minua ei saa elvyttää, mikäli se lääketieteellisesti arvioiden johtaa siihen, että minulla ei ole toimintakykyistä ja itsenäistä elämää.

_____ Jos olen sairastunut vaikeasti ja parantumattomasti, on minua hoidettava sairauden ennuste huomioon ottaen siten, että ei tehdä sellaisia tutkimuksia ja hoitoja, jotka vain aiheuttavat ja pidentävät kärsimyksiä.

_____ Minulle on aina annettava riittävä oireenmukainen hoito (esim. kipulääkitys) riippumatta sen vaikutuksesta elinaikani pituuteen.

_____ Päätettäessä hoidostani pidän tärkeämpänä elämäni laadun varmistamista kuin pitkittämistä.
Lisäksi tahdon, että

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Täten todistamme, että yllä mainittu henkilö on omakätisesti allekirjoittanut tämän hoitotahtoasiakirjan ja ilmoittanut sen olevan hänen vakaa tahtonsa.

Paikka ja aika

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Saattohoidossa usein esiintyviä oireita ja niiden hoito

Saattohoidossa esiintyy paljon erilaisia oireita ja yleistä onkin, että samanaikaisesti esiintyy monia oireita. Oireita aiheuttavat monet eri tekijät kuten itse sairaus, sen eteneminen, annetut hoidot, lääkitys ja yksilölliset tekijät.

Sairauden ja sen aiheuttamien oireiden takia saatatte huomata muutoksia ruokahalussa ja ruokailutottumuksissa, painonne saattaa laskea, saatatte olla hyvin väsynyt ja voipunut ja mielialanne voi muuttua. Osaltaan näitä oireita voidaan hoitaa ja lievittää, mutta parantumattomaan sairauteen kuuluu osana kehossa tapahtuvat muutokset, joille ei voida tehdä mitään.

Saattohoidossa pyritään mahdollisimman tehokkaasti lievittämään tai poistamaan saattohoidon kuluessa ilmenevät oireet ja niiden Teille aiheuttama haitta.

Siksi onkin tärkeää, että kerrotte hoitohenkilökunnalla ja Teitä hoitavalle lääkärille oireistanne; milloin ne alkoivat, kuinka voimakkaana tunnette oireet ja kuinka paljon ne häiritsevät Teitä. Oireet ja niiden kokeminen ovat hyvin yksilöllisiä kokemuksia. Toisella toistuvasti esiintyvää oiretta ei toinen välttämättä koe lainkaan.

Teitä hoitava lääkäri päättää ja vastaa lääkkeellisen hoidon aloittamisesta, sen seurannasta ja lopetuksesta. Päätökset tehdään yhdessä Teidän kanssa. Keskustelkaa rohkeasti hoitavan lääkärin kanssa oireista ja niiden muutoksista, oireiden lääkkeellisen hoidon vaikutuksista ja mahdollisesti esiintyvistä sivuvaikutuksista.

Seuraavassa käsitellään saattohoidossa yleisimmin esiintyviä oireita sekä niiden hoitoa lääkkeellisin ja hoidollisin keinoin.

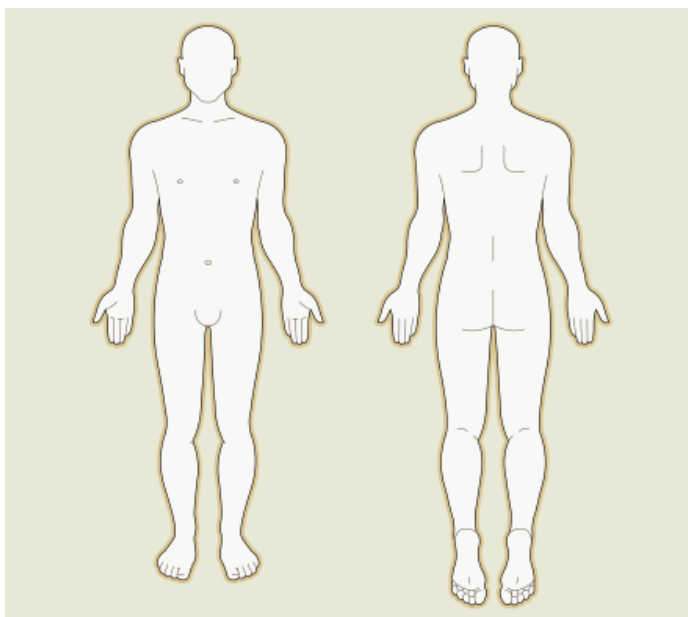
Kipu

Kipu on hyvin yleinen ja yleensä häiritsevin oire saattohoidossa olevilla potilailla. Kipu on hyvin yksilöllinen kokemus; jokainen kokee kivun eri tavalla.

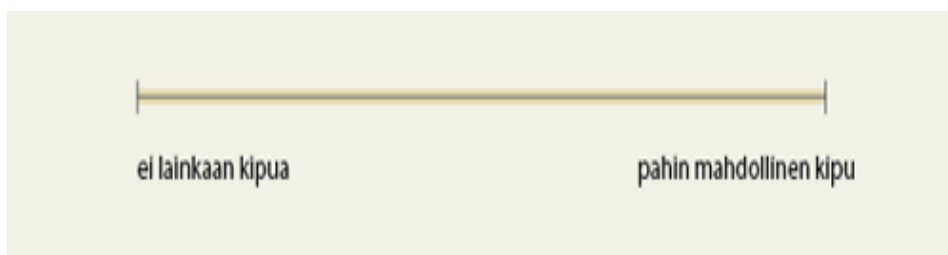
Kivun esiintymiseen ja voimakkuuteen vaikuttavat sairaus, mahdolliset kasvaimet ja niiden sijainti, muut oireet ja kivun kokemisen tilanne. Kipu vaikuttaa saattohoitopotilaan yleistilaan, virkeyteen ja liikkumiseen.

Kipu on hyvin henkilökohtainen, sitä on vaikea yrittää selittää ja kuvailla toisille. On kuitenkin tärkeää, että yritätte mahdollisimman tarkasti kuvailla kipuanne. Tämä auttaa hoitohenkilökuntaa ja lääkäreitä määrittelemään kivun vaikeuden astetta ja tällä on vaikutusta kipulääkkeen valintaan.

Kivun ilmaisemisen apuna voidaan käyttää lomakkeita ja mittareita. Kipupiirrosta voidaan käyttää apuna kivun kohteen paikallistamisessa. Kipupiirroksen voi piirtää tai kirjoittaa, missä kohdassa kehoa kipu tuntuu ja missä se on voimakkainta. Ohessa on lomake kipupiirrosta varten.



Kipumittarissa on janaviiva jonka toinen pää edustaa ”eilainkaan kipua” ja toinen pää ”pahin mahdollinen kipu”. Lääkäri tai hoitaja pyytää Teitä näyttämään kipunne mukaan kohtaa janassa. Tämä auttaa hoitohenkilökuntaa ja lääkäriä ymmärtämään kipunne voimakkuutta ja valitsemaan Teille oikean lääkkeen. Ohessa on malli kipumittarista.



Kivun parhaimpana mittarina toimii kuitenkin Teidän ilmoitus tuntemastanne kivusta.

Kipuja voidaan hoitaa monilla erilaisilla lääkkeillä. Lääkkeen valintaan ja sen vahvuuteen vaikuttavat kivun laatu, sairaus sekä mahdolliset yliherkkyydet. Kipuja hoidetaan säännöllisellä, ympäri vuorokauden kestäväällä lääkityksellä. Lisäksi tarvittaessa annetaan kipulääkettä äkilliseen kipuun. Lääkitys ja sen ottaminen pyritään tekemään Teidän kannalta mahdollisimman helpoksi ja yksinkertaiseksi.

Lääkehoidostanne vastaa Teitä hoitava osastonlääkäri. Sairaanhoitaja jakaa päivittäin lääkkeet ja tuo ne Teille lääkärin määrittelemänä aikoina. Kipukohtauksen tullessa pyytäkää rohkeasti lisälääkettä, jonka annostuksen lääkäri on määritellyt.

Kivun hoito aloitetaan yleensä tulehduskipulääkkeillä. Näitä ovat esimerkiksi parasetamoli, ibuprofeiini,

naprokseeni ja selekoksibi. Parasetamoli on näistä käytetyin.

Kun tulehduskipulääkkeillä ei ole enää riittävää vaikutusta, lisätään tulehduskipulääkkeen rinnalle yleensä heikko opioidi. Yleisimmin käytetään kodeiinia yhdistettynä parasetamoliin ja tramadolia.

Kipujen lisääntyessä lääkehoitoon lisätään vahva opioidi. Morfiini, oksikodoni ja fentanylit ovat käytetyimmät vahvat opioidit. Opioidien käytöllä haetaan hyvää ja riittävää kivunhallintaa.

Kipulääkkeet on hyvä ottaa tabletteina tai kapseleina, niin kauan kuin se on mahdollista. Suun kautta otettuna lääkehoito pysyy yksinkertaisena ja se on Teille helpointa. Kipulääkkeitä voidaan annostella myös iholle kiinnitettävänä laastarina, pistoksena ihon alle tai lihakseen ja suonensisäisesti kanyylin kautta. Kipujen ja kipulääkkeen määrän noustessa voidaan Teille laittaa niin sanottu ”kipupumppu”, jossa laite annostelee pienen neulan kautta kipulääkettä ihon alle. Laite annostelee lääkettä ihon alle säännöllisesti koko vuorokauden ajan. Tarvittaessa lisälääkkeen anto onnistuu ”kipupumpun” kautta helposti ja nopeasti.

Tavoitteena on että, Teidän ei tulisi kokea kovaa kipua, ei missään sairautenne vaiheessa, eikä etenkin kuoleman lähestyessä.

Hengitys

Monet sairaudet saattavat aiheuttaa hengenahdistusta, tuntemuksen ettei saa tarpeeksi ilmaa. Muutokset hengityksessä ovat yleisiä kuoleman lähestyessä.

Mikäli havaitsette ongelmia hengityksessä, pysykää mahdollisimman rauhallisena ja yrittäkää rentoutua. Keskittykää hengittämään rauhallisesti ja kertokaa asiasta hoitohenkilökunnalle, joka avustaa Teitä.

Läheiset voivat auttaa potilasta jolla on hengenahdistusta, huolehtimalla huoneilman raikkaudesta säännöllisellä tuuletuksella. Myös potilaan tukeminen vuoteessa puolistuvaan asentoon ja tyynyn sijoittaminen jalkojen alle voivat helpottaa oloa.

Hapen anto nenään laitettavilla happiviiksillä tai suun eteen laitettavalla maskilla saattaa olla hyödyksi hengityksen helpottamiseksi.

Ihon ja suunhoito

Parantumattoman sairauden edetessä ja voinnin heikentyessä entisestään, vuoteessa olo lisääntyy. Ihon hoito on tällöin tärkeää, jotta välttyttäisiin ihoon kohdistuvan, pitkään kestävä paineen aiheuttamilta ihorikoilta. Ihon puhtaus eli säännölliset peseytymiset ja vaipanvaihdot ehkäisevät ongelmien syntyä.

Ihon kosteudesta huolehditaan rasvauksilla. Ihon rasvaaminen perusvoiteilla ehkäisee haavojen syntymistä ja poistaa kutinan ja kiristyksen tunnetta iholta. Erityisen tärkeää rasvaus on selän, takapuolen ja kantapäiden kohdalla.

Jos Te ette enää omatoimisesti kykene vaihtamaan asentoa, niin hoitohenkilökunta auttaa Teitä asennonvaihoissa. Vuoteeseen voidaan vaihtaa myös ilmapatja, jossa ilma kiertää patjan sisällä ja tasaa ihoa vasten syntyvää painetta, joka ehkäisee haavojen syntymistä. Läheiset voivat myös avustaa Teitä vuoteessa kääntymisessä, pienikin asennonvaihto saattaa parantaa Teidän sen hetkistä olo.

Suun kuntoon vaikuttavat pitkälle edenneessä sairaudessa eniten vähäinen juominen, mutta myös monilla lääkkeillä on suuta kuivattava vaikutus. Suun kuivuminen altistaa haavaumien syntymiselle ja nämä voivat olla hyvin kivuliaita.

Suun kuivuutta ehkäisee parhaiten juominen, vettä pieninä kulauksina. Jos juominen on hankalaa niin jääpalojen imeskelystä tai jäämurskasta saattaa olla apua. Suun kostuttamiseksi voidaan käyttää myös erilaisia kostutusgeelejä, suihkeita ja imeskelytabletteja.

Suunhoidossa kannattaa huomioida myös suun huuhtelu aterioiden jälkeen sekä hampaiden ja proteesien harjaus pehmeällä hammasharjalla.

Jos suu on hyvin kivulias ja haavaumia on jo syntynyt, voidaan apuna käyttää puuduttavia geelejä. Ongelmana näissä ovat kuitenkin niiden paha maku, joka voi vähentää ruokahalua ja aiheuttaa oksentelua. Suun haavaumia voidaan hoitaa myös rasvoilla ja limakalvoa suojaavilla imeskelytableteilla.

Suuhun saattaa syntyä myös sieni-infektio, jolloin kielen pintaan kertyy katetta ja kieli voi näyttää hyvinkin punaiselta. Sieni-infektio on usein varsin kivulias. Sieni-infektion hoidossa käytetään suuhun annosteltavia geelejä ja tippoja, hoitoa jatketaan riittävän kauan, jotta varmistutaan sieni-infektion parantumisesta.

Ruokailu ja nesteytys

Saattohoidossa ja parantumattoman sairauden edetessä muutoksia tapahtuu ruokahalussa ja ruokailutottumuksissa. Ruoka ei välttämättä maistu siltä kuin aiemmin. Joskus pelkkä ruuan tuoksu voi tuntua vastenmieliseltä ja aiheuttaa pahoinvointia.

Kannattaakin syödä sitä, mikä maistuu ja pieninä annoksina useaan kertaan päivän mittaan. Jos normaali lämmin ateria ei maistu, voidaan kokeilla kylmien välipalojen, kuten viilin, jogurtin, kiisselin tai jäätelön syömistä. Ruuan koostumuksen muuttaminen pehmeäksi tai sosemaiseksi voi maistua paremmin ja se on hyvä myös silloin, jos on nielemiseen liittyviä vaikeuksia.

Kertokaa mieliteoistanne ja mieliruuistanne hoitohenkilökunnalle; mahdollisuuksien mukaan pyritään tarjoamaan niitä ruokia ja juomia, joita haluatte. Läheiset voivat myös tuoda Teille haluamianne herkkuja.

Ruokahalua saattaa edistää ruokailuhetken- ja tilan luominen miellyttäväksi. Huonetta kannattaa tuulettaa ennen ruokailua. Ruokailussa ei tarvitse pitää kiirettä, tarvittaessa ruoka voidaan lämmittää uudelleen.

Toisille ruoka maistuu paremmin seurassa kuin yksin, läheisen olo ruokahetken aikana ja juttelu voivat viedä huomioita pois itse syömisestä ja näin helpottaa ateriointia. Läheiset voivat myös avustaa Teitä syömisessä. Myös tv:n katselu tai radion kuuntelu voivat auttaa.

Ravinnon imeytyminen kuitenkin heikkenee parantumattoman sairauden edetessä, elimistö ei enää kykene käyttämään ravintoa hyväksi. Tästä johtuen

painonne laskee, vaikka ruoka vielä maistuisikin. Yleensä parantumattoman sairauden kohdalla ravinnon anto suonensisäisesti tai sen annostelu nenä-mahaletkun avulla ei ole aiheellinen, haitat voivat olla suuremmat kuin saatu hyöty. Näistä päätöksistä kannattaa keskustella ja neuvotella lääkärin kanssa.

Sairaudesta ja sen etenemisestä riippuen Teillä voi esiintyä elimistön kuivumista, eli nestehukkaa. Nestehukan syntyyn vaikuttavat ennen kaikkea riittämätön juominen, yksinkertaisesti ei jaksa enää juoda riittävästi. Nestehukka saattaa aiheuttaa sekavuutta, jolloin lisänesteen annosta voi olla apua.

Nestehukkaa voidaan hoitaa suonensisäisellä ("tippa") nesteytyksellä. Lisänesteen anto aiheuttaa kuitenkin usein lisää oireita ja ongelmia, lisänesteytyksen tarve onkin hyvin yksilöllistä. Lisänesteen anto ei poista kuivan suun tunnetta, joka Teillä voi olla. Tähän auttaa parhaiten suun kostuttaminen ja suunhoito. Lisänesteen annosta päättää lääkäri yhdessä Teidän kanssa.

Pahoinvointi

Pahoinvointi ja oksentelu voivat johtua monesta syystä, kuten itse sairaudesta, sen etenemisestä, vahvoista kipulääkkeistä tai muiden lääkkeiden aiheuttamista sivuvaikutuksista.

Pahoinvoinnin syyn selvittäminen auttaa oikean hoidon valinnassa. Lääkäri tai hoitaja kysyy Teiltä pahoinvointiin liittyviä kysymyksiä, kuten milloin pahoinvointia esiintyy, kuinka usein sitä esiintyy ja kuinka voimakasta se on. Teiltä saatetaan ottaa myös erilaisia laboratoriotestejä pahoinvoinnin syyn selvittämiseksi.

Jos Teillä on aloitettu voimakas kipulääke, opioidi, saattaa tämän lääkkeen aloitukseen liittyä pahoinvointia. Useimmiten tähän liittyvä pahoinvointi helpottuu muutamassa päivässä. Jos pahoinvointinne jatkuu, saatetaan lääkitystä muuttaa.

Jos huomaatte jonkin ruuan, ruuan hajun, juoman tai lääkkeen aiheuttavan pahoinvointia tai oksentelua, kertokaa hoitohenkilökunnalle asiasta, jotta jatkossa osataan välttää näitä aiheuttajia. Pahoinvointikohtauksen aikana Teidän kannattaa pysyä vuoteessa, mieluiten kylkiasennossa. Kylmän veden nauttiminen pieninä kulauksina saattaa auttaa. Pyytäkää hoitohenkilökunnalta tarvitessa apua.

Pahoinvointilääkkeillä saattaa olla apua, etenkin jos pahoinvointinne ilmenee ruokailun yhteydessä. Tällöin lääkäri saattaa aloittaa Teille pahoinvointia estävän lääkkeen, jonka otto noin 45 minuuttia ennen ruokailua hillitsee pahoinvointia.

Ummetus, ripulointi ja virtsaaminen

Ummetuksella tarkoitetaan vatsan toimimattomuutta. Vatsan tulisi toimia vähintään kolme kertaa viikossa. Ummetus on kiusallinen vaiva, joka voi olla myös kivulias. Ummetuksen syitä on monia, kuten itse sairauden aiheuttama, vähäinen liikkuminen, ruokatottumusten muuttuminen, vähäinen juominen ja lääkkeet.

Ummetusta voitte yrittää ehkäistä muistamalla juoda riittävästi nesteitä (vähintään 1,5 litraa päivässä) ja syömällä monipuolisesti kuitupitoista ravintoa, esimerkiksi hedelmiä ja marjoja. Läheiset ja hoitohenkilökunta voivat auttaa Teitä pienissä kävelyretkissä, joka on hyödyksi ummetuksen hoidossa.

Kertokaa rohkeasti muutoksista vatsanne toiminnassa, näin hoitohenkilökunta pystyy auttamaan Teitä ummetuksen hoidossa ja sen poistamisessa.

Saattohoidossa **ummetusta** aiheuttaa usein voimakas kipulääkitys, opioidi. Lääkäri saattaa määrätä Teille vatsantoimintaa edistävää lääkettä, jotta ummetukselta vältytään. Vatsantoimintaa edistäviä lääkkeitä on olemassa veteen sekoitettavana jauheena, kapseleina, liuoksina ja tippoina. Lääkäri valitsee aina juuri Teille parhaiten sopivan lääkkeen.

Ripulointi on harvemmin esiintyvä oire ja usein se liittyy tiettyihin sairauksiin suolistossa. Ripulointi saattaa johtua myös eri lääkkeitä, varsinkin vatsantoimimattomuuden hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden liian suuresta annoksesta, joka korjataan pienentämällä annostusta. Myös antibioottikuuri voi aiheuttaa ripulin.

Ripulointi on kiusallinen vaiva, mutta varsin usein oire on hetkellinen ja helpottaa muutaman päivän kuluttua. Jos havaitsette ripuloinnin jatkuvan pidempään, kertokaa siitä hoitohenkilökunnalle, jotta asiaa voidaan tarkastella.

Maitohappobakteereja sisältävät valmisteet voivat lyhentää ripulin kestoa ja lääkäri saattaa suositella näitä teille. Ripulin aikana pyrkikää juomaan paljon. Hyviä juomia ovat vesi, mehukeitto ja tee.

Virtsaamiseen saattaa liittyä ongelmia sairaudesta johtuen. Virtsaaminen voi olla kivuliasta sekä vaikeaa, virtsaaminen ei onnistu tai virtsankarkailu on runsasta. Juomisen vähentyessä vähenee myös virtsaaminen. Jos Teillä on ongelmia virtsaamisen suhteen, kertokaa siitä hoitohenkilökunnalle.

Mikäli virtsaamisen vaikeudet jatkuvat, saattaa katetrin asentaminen olla aiheellista ja helpottaa oloanne. Katetrin asentaminen vähentää raskasta wc:ssä käyntiä ja näin välttää epämiellyttävältä kastelulta. Keskustelkaa hoitohenkilökunnan kanssa, mikäli olette halukas ottamaan katetrin.

Mielialan muutokset

Elinajan lopun lähestyessä Teillä voi ilmetä monenlaisia muutoksia mielialassa. Tyypillisimpiä näistä ovat ahdistus, masennus, unettomuus ja sekavuus. Oma tai läheisen ihmisen tuleva kuolema herättää monia tunteita ja jokainen käsittelee nämä asiat omassa tahdissaan, omalla tavallaan. Tunteitaan ei tarvitse peitellä tai arastella. Teillä on oikeus tunteisiin ja niiden näyttämiseen.

Muutokseen mielialassa voi vaikuttaa surun lisäksi riittämätön kipulääkitys, sairauteen liittyvä elimellinen muutos tai muiden lääkkeiden sivuvaikutukset.

Vaikeassa elämäntilanteessa asioita ei tarvitse kohdata ja käsitellä yksin. Asioista puhuminen ja keskustelu hoitohenkilökunnan kanssa voi auttaa asioiden käsittelyssä. Hoitohenkilökunta on Teidän ja läheisten tukena koko saattohoidon ajan. Osastolla on käytettävissä myös sairaalanpastorin tarjoama hengellinen tuki. Teillä on mahdollisuus myös psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamiseen.

Mielialan muutoksia voidaan hoitaa myös lääkityksen avulla. Lääkäri arvioi Teidän mielialanne laskua ja sen vakavuutta ja tarvittaessa voidaan aloittaa lääkitys. Teidän on hyvä kertoa hoitohenkilökunnalle tuntemuksistanne avoimesti ja myös läheiset voivat arvioida mielialassanne tapahtuneita muutoksia.

Riittävä unensaanti on saattohoidossa tärkeää. Hyvät yöunet auttavat Teitä suoriutumaan päivän aikana tapahtuvista hoidoista ja ihmisten kohtaamisista. Teille pyritään järjestämään rauhallinen ympäristö nukkumiseen, huoneen ja vuoteen raikkaudesta huolehditaan. Läsnaololla ja rauhallisella juttutuokiolla voi olla

rentouttava vaikutus. Nukkumiseen liittyvistä ongelmista on tärkeää kertoa hoitohenkilökunnalle.

Tarvittaessa unettomuutta voidaan hoitaa myös lääkkeiden avulla. Lääkehoidon valintaan vaikuttaa univaikeuksien laatu. Jos nukahtaminen on vaikeaa, apua saattaa olla nukahtamislääkkeistä. Jos nukkumiseen liittyy yöllä heräämistä, voidaan käyttää hieman pidempivaikutteisia unilääkkeitä.

Mielialan hoitoon käytettävää lääkitystä ei tule häpeillä tai arastella turhaan. Monesti lääkkeiden avulla voidaan parantaa Teidän oloanne ja näin pystytte paremmin keskittymään jäljellä olevaan aikaan läheistenne kanssa.

Lempeä loppu

Jokaisella meistä on oikeus hyvään kuolemaan. Saattohoidossa ehdoton tavoite on hyvä kuolema. Saattohoidossa kuoleva saatetaan matkaan; ilman kipuja ja muita häiritseviä oireita, rauhassa ja lempeästi. Kuoleman hetken koittaessa läheisten läsnäolo on tärkeää. Läheisiä kannustetaan olemaan läsnä Teidän luona, viettämään yhdessä viimeiset hetket, puhumaan asioista vielä kerran. Läheisen vierellä olo ja kädestä kiinni



pitäminen luovat turvallisen olon ja lähteminen helpottuu. Sanoja ei välttämättä tarvita.

Tukea surun keskellä

Suru on menetyksen kohtaamista. Suru sisältää tunteet, asenteet ja käyttäytymisen, jotka liittyvät elämää järkyttävään tapahtumaan. Suru vaihtelee, samoin kuin sen kesto. Surun keskellä ihmisen käsitys elämästä horjuu ja saatavan tuen merkitys kasvaa. Erilaiset tunteet ovat sallittuja ja nämä kuuluvat surun prosessiin.

Vaikka on tiedossa sairauden vakavuus ja sen parantumattomuus on kuolema aina järkytys. Usein tuntuu, että läheinen lähtee liian varhain. On hyvä tietää että, joskus kuolema voi olla myös tervetullut, läheinen ihminen vapautuu kivuista ja kärsimyksestä.

Vaikka kuolinviestiä olisi odotettu ja toivottu, ei sen herättämiin ajatuksiin ja tunteisiin voi täysin valmistautua. Järkytys ja lamaantunut olo kuoleman jälkeen voi olla odotettavissa. Läheisen kuoleman jälkeen tulee paljon erilaisia ajatuksia. Läheiset voivat ottaa yhteyttä osastonlääkäriin tai hoitajiin, mikäli jokin asia painaa mieltä.

Kuoleman jälkeen seuraava suru on pitkä ja monimuotoinen tapahtuma. Se on luonnollinen reaktio



menetykseen. Suru vaatii oman aikansa ja on aina yksilöllistä. Suru kattaa monia tunteita; ikävää, ahdistusta, vihaa, syyllisyyttä.

Tärkeää on, että surua ei kielletä eikä torjuta. Jokaisen on surtava itse oma surunsa. Itkeminen ja puhuminen helpottavat surun keskellä.

Surun kanssa ei tarvitse, eikä pidä jäädä yksin. Tukea on saatavilla, jos suru alkaa tuntua ylivoimaiselta. Osaston henkilökunnalta voitte tiedustella eri tukimuodoista ja niiden tarjoajista.

Yhteystiedot

Salon Terveyskeskussairaala
Sairaalantie 9
24130 Salo

OSASTO 1

Kanslia	7723670
Osastonhoitaja	7723693
Osastonlääkäri	044 772 3011

OSASTO 2

Kanslia	7723700
Osastonhoitaja	7723723
Osastonlääkäri	044 772 3012

Ylilääkäri	044 772 3703
Sairaalapastori	044 774 5244
Salo-Uskelan seurakunnan päivystys	044 774 5271

Vertaistukea tarjoavia yhdistyksiä ja järjestöjä:

Syöpäjärjestöjen valtakunnallinen neuvontapalvelu:

Syöpäyhteys 0800 19414

- Henkilökohtaista neuvontaa syöpään liittyvissä kysymyksissä
- Tukea selviytymiseen

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys, Salon seudun paikallisosasto:

Salo-Karinan toimisto 02 728 1670

- Järjestää kuntoutus- ja virkistystoimintaa syöpäpotilaille
- Tarjoaa vertaistukea syöpäpotilaille ja heidän läheisilleen

Lisätietoa aiheesta

Tämän oppaan laadinnassa on käytetty muun muassa seuraavia lähteitä:

Aalto, Kirsti 2000. Saattohoito.

Eho, Sirkku; Hänninen, Juha; Kannel, Virpi; Pahlman, Irma & Halila Ritva. 2003. Saattohoito-valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio.

Grönlund, Elina; Anttonen, Mirja Sisko; Lehtomäki, Susanna & Agge, Eeva 2008. Sairaanhoidon ja kuolevan hoito.

Hamunen, Katri 2003. Mitä syöpäkipu on?

Heikkinen, Helena; Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. Saattohoito-haaste moniammatilliselle yhteistyölle.

Hänninen, Juha 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. hoitopäätökset kuoleman lähestyessä.

Hänninen, Juha 2003. Saattopotilaan oireiden hoito.

Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys.

Kokkonen, Paula; Holi, Tarja & Vasantola, Satu 2004. Hoitotahto.

Käypä Hoito 2008, Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen palliativisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.[http. www.kaypahoito.fi/](http://www.kaypahoito.fi/).

Myller, Henna (toim.) 2008. Palliativinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille.

Pahlman, Irma 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus,

Rautava-Nurmi, Hanna; Vaula, Eija; Sjövall, Sari; Vuorisalo, Sailariitta & Westergård Airi 2003. Neste- ja ravitsemushoito.

Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta.