
**Syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö terveyskeskuksen
potilasosastolla**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeen ammattikorkeakoulu, syksy 2013

Leila Liedes



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Tekijä	Leila Liedes	Vuosi 2013
Työn nimi	Syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö terveyskeskuksen osastolla	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää syöpäpotilaan palliatiivista hoitotyötä terveyskeskuksen potilasosastolla. Opinnäytetyön teoriaosuudesta, syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö pidettiin alustus, joka esitettiin terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle. Työyhteisön tarpeisiin suunnattu opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä tietoa syöpäpotilaan oireenmukaisesta hoidosta hoitohenkilökunnalle. Aiheen valintaan on vaikuttanut valtakunnallinen saattohoitosuositus, jonka tavoitteena on tehdä saattohoidosta suunnitelmallisempaa ja ohjata saattohoidon käytäntöjä. Opinnäytetyön aihe on työelämälähtöinen, koska suositus edellyttää terveydenhuollon ammattilaisten palliatiivista hoitotyön osaamista perustuen lääke- ja hoitotieteellisiin tutkimuksiin sekä potilaan tarpeisiin ja toiveisiin.

Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa käsitellään syöpää sairastavan potilaan palliatiivista hoitotyötä. Siinä keskitytään syöpäpotilaan fyysisiin oireisiin ja niiden lievittämiseen palliatiivisen hoitotyön keinoin. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen osuus toteutettiin terveyskeskuksen henkilökunnan kehittämispäivässä. Tilaisuudessa oli alustus, joka perustui opinnäytetyön teoriaosuuteen, ja aihetta käsittelevä keskusteluosuus. Tilaisuudessa esiteltiin kivunmittaamiseen tarkoitetut VAS (Visual analog scale) -mittari sekä moni oireiselle syöpäpotilaalle kehitetty ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) oirekaritoitusmenetelmä. Menetelmät auttavat kartoittamaan oireita ja arvioimaan hoitotyön vaikuttavuutta.

Kuolevan potilaan hoitaminen on vaativa, arvokas ja vastuullinen tehtävä, joka tarvitsee ammattitaitoista henkilökuntaa. Tämän opinnäytetyön teoriatietoa voidaan jatkossa hyödyntää syöpää sairastavan potilaan hoitotyössä terveyskeskuksessa. Mittausmenetelmien antaman tiedon avulla voidaan kehittää syöpäpotilaalle annettavaa palliatiivista hoitotyötä. Jatkossa voitaisiin tutkia VAS- ja ESAS- mittareiden käyttöä palliatiivisessa hoitotyössä ja niiden vaikutusta hoitokäytäntöihin.

Avainsanat syöpä, palliatiivinen hoitotyö, hoitotyön auttamismenetelmät

Sivut 53 s. + liitteet 7 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nurse

Author	Leila Liedes	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	Palliative care method of cancer patient	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to develop palliative care at a bed patient ward of a health centre. In the theory part of this thesis, the palliative care of cancer patient, an introductory statement was prepared, which was presented to the personnel of patient ward of a health centre. The goal of the thesis, targeted for the workplace needs, was to improve the care personnel's knowledge of symptom based palliative care. The selection of this subject for the thesis was influenced by the National Terminal Care Recommendation, which goal is to make terminal care more contemplate and guide practicalities of the terminal care. The subject of this thesis originated from work life as recommendations require that health care personnel have skills of palliative terminal care based on medicine and nursing research and patient's needs and wishes.

The theory of the thesis handles palliative care of cancer patient. The focus is on the physical symptoms and how to relieve them by palliative care methods. The thesis was done by using the practice based method. The practice based part was implemented at the health centre personnel's development event. The event had a presentation based on the theory of this thesis and discussion covering the implementation of palliative care in practice, and how to relieve cancer symptoms. In the event the VAS (Visual Analog Scale) pain meter and for multi-symptom cancer patients developed ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) methods were presented. Those methods help to investigate symptoms and estimate the impact of nursing.

The care of a dying patient is demanding, valuable and a responsible duty that needs professional personnel. The theory information of this thesis can be utilized for the care of cancer patients at health centre. The information provided by measuring methods can be used for the development of palliative care given to cancer patients. In the future, the use of VAS- and ESAS-meters in palliative care and their impact of nursing methods could be studied.

Keywords cancer, palliative care, nursing interventions

Pages 53 p. + appendices 7 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SYÖPÄPOTILAAN PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ.....	3
2.1	Syöpätaudit.....	3
2.2	Hoitotyön auttamismenetelmät	4
2.3	Palliatiivinen hoito	5
2.4	Palliatiiviseen hoitotyöhön liittyvä päätöksenteko.....	6
3	SYÖPÄPOTILAAN OIREET.....	8
3.1	Syöpäkipu.....	9
3.1.1	Syöpäkipua aiheuttavat mekanismit	9
3.1.2	Syöpäkipun hoito.....	10
3.2	Hengityselinten oireet ja hoito	16
3.3	Ruuansulatuselimistön oireet ja hoito	19
3.4	Iho-oireet, raajaturvotus ja hikoilu	25
3.5	Fatigue.....	26
3.6	Syöpäpotilaan psyykkiset oireet.....	27
3.6.1	Kriisireaktiot.....	27
3.6.2	Psyykkisten oireiden hoito	28
3.6.3	Yhteistyö omaisten kanssa	30
4	OIREHOIDON ARVIOINTI	32
4.1	Kivun arviointi	32
4.1.1	Kivun arviointimittarit.....	34
4.1.2	Ohjaus kivun arvioinnissa	35
4.1.3	ESAS-oireiden kartoituslomake	36
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	38
6	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ	38
6.1	Opinnäytetyön eteneminen.....	38
7	ALUSTUS SYÖPÄPOTILAAN PALLIATIIVISESTA HOITOTYÖSTÄ	40
7.1	Suunnitelma.....	40
7.2	Toteutus.....	42
7.3	Arvionti	43
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	43
	LÄHTEET	47
Liite 1	ESAS- mittarin suomenkielinen versio	
Liite 2	Esitys Syöpäpotilaan palliatiivisesta hoitotyöstä	

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä syöpöpotilaiden määrä lisääntyy. Syövän diagnostiikka, hoito ja seuranta perustuvat valtakunnallisiin tai kansainvälisiin suosituksiin. Samat hoito- ja laatuksiteerit koskevat sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa. Vaativa kirurgia sekä erityisosaamista vaativa diagnostiikka ja hoito keskitetään yliopistollisiin sairaaloihin mutta suurin osa syöpöhoidoista voidaan toteuttaa keskitetysti lähellä potilaan asuinpaikkaa. Perusterveydenhuollon osuus syöpöpotilaiden seurannassa ja oireenmukaisessa hoidossa entisestäänkin lisääntyy. Palliatiivisen hoitotyön tarve kasvaa noin 200 000 potilasta vuodessa ja heistä noin 11 000 syöpöpotilasta vuodessa tarvitsee palliatiivista hoitoa. (STM 2010, 17.)

Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaiden ja kuolevien ihmisten aktiivista, moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun sairaus ei ole enää parannettavissa. Keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys ja samalla psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä elämäntarkomuksellisiin asioihin paneutuminen. Palliatiivisessa hoidossa tavoitellaan mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta. Palliatiivisen hoidon tehtävä on koko sairaan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen niin, että he voisivat elää täysipainoisesti ja laadukkaasti ja että potilas voisi kuolla arvokkaasti. (Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys.)

Sosiaali- ja terveysministeriön on julkaissut saattohoitoa koskevat suosituksensa vuonna 2010. Suositukset perustuvat asiantuntijoiden kuulemisiin. Suosituksissa korostetaan muun muassa saattohoidon eettisiä ja inhimillisiä periaatteita, kivun ja kärsimyksen lievittämistä, luottamuksellisen hoitosuhteen ylläpitoa, saattohoitopotilaan hoitopolkujen kehittämistä hoidon jatkuvuuden ja laadun turvaamiseksi ja kuolevan mahdollisuutta valita kuolla haluamassaan paikassa.

Näyttöön perustuva palliatiivinen hoitotyö edellyttää, että uuden ja ajankohtaisen tiedon ottamista käyttöön päivittäisissä hoitokäytännöissä ja että hoitotyön päivittämistä arvostetaan ammattihenkilöstön oman ammatin kehittämisessä, koulutuksissa ja toimintakäytännöissä. Suosituksen tavoitteena on ohjata saattohoidon käytäntöjä koko maassa sekä parantaa ihmisarvon itsemääräämisoikeuden toteutumista sekä yhdenvertaista ja tasa-arvoista hyvää hoitoa kaikkien kansalaisten elämän loppuvaiheessa. (STM 2010, 20–24.)

Suomalainen terveyskeskusjärjestelmä tarjoaa hyvät edellytykset saattohoidon järjestämiseksi, sillä valtaosa saattohoitopotilaista hoidetaan terveyskeskuksissa. Perusterveydenhuollon kotihoitoa tai kotisairaanhoidoa voidaan hyödyntää kotisaattohoidossa. Terveyskeskuksen osastot voivat toimia kotisaattohoidon tukiosastona. Suosituksen tavoitteena on antaa potilaille saattohoitopalvelut mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän asuu, ja näin turvataan omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua hoitoon mukaan potilaan toivomalla tavalla. (Hänninen, Lehto, & Vuorinen 2010.)

Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju on selkeä ja että konsultaatio käytännöistä on yhdessä sovittu. Vaikeiden oireiden hoidossa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Erityisen tärkeää on myös eri toimijoiden välinen tiedonkulku, että tieto saattohoitopäätöksestä ja hoitotestamentista siirtyy hoitavasta yksiköstä toiseen. (STM 2010, 6.)

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri julkaisi vuonna 2012 oman saattohoito suosituksensa koskien elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa. Sairaanhoitopiirin ohjeistuksessa käydään läpi muun muassa saattohoitoa ohjaavia säädöksiä ja suosituksia, hoitolinjan arviointia, keskeisiä hoitolinjauksia, hoitoketjua ja elämän loppu vaiheen hoidon laatuksia. (Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2012.)

Työskentelen Riihimäen terveystieteiden kuntayhtymän Lopen terveysaseman potilasosastolla, joka kuuluu Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin. Työpaikallani näkyy syöpää sairastavien potilaiden lisääntyminen. Potilaan siirtyvät osastolle erikoissairaanhoidosta usein siinä vaiheessa kun hoitolinjaus on palliatiivinen. Myös siirtyminen kotoa osastohoitoon tulee usein tilanteissa, kun vointi on huonontunut ja oireet niin vaikeat, etteivät potilaat selviä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon turvin.

Aiheen valintaan vaikutti oma kiinnostukseni syöpäpotilaan palliatiivista hoitotyötä kohtaan. Opiskeluni aikana olen suorittanut kursseja ja osallistunut useisiin syöpäpotilaan hoitotyöhön liittyviin koulutustilaisuuksiin. Myös opiskeluni asiantuntijaharjoittelut suuntautuivat syöpää sairastavan potilaan hoitotyöhön erilaisissa hoitoyksiköissä. Työyhteisössäni käydyt keskustelut opintyaiheestani koettiin tärkeäksi, ja osastollamme hoidettavien syöpäpotilaan palliatiivisesta hoitotyöstä haluttiin uutta teoretietoa ja hoitotyön keinoja, joiden avulla voitaisiin paremmin vastata vaativiinkin syöpää sairastavan potilaan hoitotyön tarpeisiin ja hänen läheistensä tukemiseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää syöpäpotilaan palliatiivista hoitotyötä terveyskeskuksen potilasosastolla. Opinnäytetyön teoriaosuudesta, syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö, pidettiin alustus, joka esitettiin terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle. Työyhteisön tarpeisiin suunnatun opinnäytetyön tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoa syöpäpotilaan oireenmukaisesta hoidosta.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallisen osuuden toteutin hoitohenkilökunnan kehittämissäpäivässä. Olen rajannut aiheita keskittyen oirehoitoon. Teoriatiedon pohjana olen käyttänyt vuonna 2012 päivitettyä Käypä hoito-suositusta, Kuolevan potilaan oireiden hoito. Lisäksi olen käyttänyt teoriatiedon lähteenä Syöpätaudit-teosta ja syöpä- ja palliatiivisesta hoidosta käsitteleviä asiantuntija-artikkeleita.

Kehittämissäpäivässä esittelin syöpäpotilaan hoitotyön kehittämiseen liittyen, kivun mittaamiseen käytettävän VAS- mittarin (Visual assessment scale) ja monioireiselle syöpäpotilaalle kehitetyn ESAS- mittarin (Edmonton Symptom Assessment System) oirekartoituslomakkeen. Mittareiden avulla

on helpompi tunnistaa oireet ja estää oireiston paheneminen. Mittarit toimivat hyvinä apuvälineinä, kun tavoitellaan mahdollisimman hyvää ja laadukasta hoitotyötä.

2 SYÖPÄPOTILAAN PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

Palliatiivisella eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan kaikkea sellaista hoitoa, joka ei tähtää syövän paranemiseen tai elinajan pitenemiseen. Palliatiivisen hoidon päämääränä voidaan pitää kuolevan potilaan että hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu niin kauan kuin elämää on vielä jäljellä. Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan aktiivista ja mahdollisimman kokonaisvaltaista hoitoa potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Palliatiivisen hoidon tarpeen kestoa ei voida määritellä, sillä parantumattomasti sairas syöpäpotilas voi tarvita sitä monenkin vuoden ajan. (Käypä hoito 2012.)

Palliatiivinen hoito voidaan aloittaa jo silloin, kun syöpään sairastunut vielä saa aktiivista syövän lääkehoitoa. Lähes kaikki syöpään kuolevat ihmiset tarvitsevat viimeisen elinvuotensa ajan palliatiivista hoitoa ja osa jo paljon aikaisemminkin. Parantava ja palliatiivinen hoitoa voidaan toteuttaa saman aikaisesti, sillä oireenmukaisia hoitoja tarvitaan usein jo parantavan hoidon aikana.

Syöpäpotilaan palliatiivisessa hoitotyössä keskitytään hallitsemaan levinneestä syöpäkasvaimesta johtuvia oireita mahdollisimman hyvin. Myös palliatiivisessa lääkeshoidossa voidaan käyttää tarpeen mukaan kaikkia niitä hoitomuotoja, joita käytetään kuratiivisessakin eli paranemiseen tähtäävässä hoidossa. Kirurgiset menetelmät, säde- ja solunsalpaajahoidon sekä hormonaalisten hoitojen lisäksi on olemassa monia erilaisia hoitotyön auttamiskeinoja, joilla pyritään oireiden lievittämiseen. (Holli 2005.)

2.1 Syöpätaudit

Syövän synty eli karsinogeneesi on monivaiheinen tapahtuma, joka on seurausta vaurioista, joita vähitellen kertyy solun kasvunsäätelyjärjestelmiin. Vaurioituminen on monivaiheinen tapahtumasarja, joka saattaa kestää, jopa vuosi kymmeniä. Yksittäinen solu alkaa vaurioituttuaan jakaantua kontrolloimattomasti, jolloin syöpä saa alkunsa.

Syövän synnyssä on ihmisen omalla käyttäytymisellä merkitystä mutta syövän syntyyn vaikuttavina tekijöinä ovat myös geneettinen perimä sekä ulkoiset solua vaurioittavat tekijät, kuten kemikaalit, säteily, UV-valo, tupakointi ja virukset.

Uudemman tiedon mukaan syöpä syntyy, kun solun oma puolustusjärjestelmä pettää useissa sellaisissa geeneissä, joilla on tärkeä tehtävä solujen kasvun ja erilaistumisen säätelyssä. Vaikka syöpä on lähtöisin lähes aina yhdestä muuntautuneesta solusta, syövän syntyyn vaikuttavat monet erilaiset vaikutukset yhdessä. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat usein paikallisia ja

kasvavat hitaasti, mutta pahanlaatuisilla on taipumus kasvaa nopeasti ja levitä elimistöön. Lisäksi pahanlaatuisten kasvaimien uusiutumisriski on korkea. (Isola 2007, 16–23.)

Valtaosa syöivistä diagnosoidaan perusterveydenhuollossa potilaan hakeutuessa oireidensa vuoksi vastaanotolle. Mikäli syöpää epäillään, edetään usein diagnostisiin tutkimuksiin, kuten koepalan ottoon tai epäilyttävän ihomuutoksen poistoon. Lisätutkimuksia varten tehdään lähete erikoissairaanhoidon, jossa myös lopullinen diagnoosi varmistuu. (STM 2010, 18–19.)

Syöpä on heterogeeninen ryhmä tauteja, joiden yhteinen piirre on solujen kontrolloimaton jakautuminen. Eri syöpämuotojen syyt ja kulku vaihtelevat suuresti. On arvioitu, että kolme neljästä tai jopa yhdeksän kymmenestä teollistuneiden maiden syöpätapauksesta johtuu osittain tai kokonaan ulkoisista tekijöistä eli ympäristöstä ja elintavoista. Siis omilla valinnoilla on vaikutusta syöpäsairauksiin, joko poistamalla haitallisia tekijöitä tai vahvistamalla syövältä suojaavien tekijöiden vaikutusta. (Lyly 2005.)

2.2 Hoitotyön auttamismenetelmät

Hoitotyön auttamismenetelmillä tarkoitetaan niitä menetelmiä, joita hoitotyön henkilöstö käyttää tarkoituksena auttaa ihmistä edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa sekä sen aiheuttamien rajoitusten kanssa mutta se on myös ihmisen tukemista kuoleman lähestyessä. Hoitotyön auttamismenetelmät vaihtelevat ihmisen terveydentilan, toimintakyvyn, elämänkaaren, -tilanteen ja ympäristön mukaan. (Partanen & Perälä 2000.)

Hoitotyön auttamismenetelmiä tarvitaan silloin, kun potilas ei itse kykene suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista. Hoitotyön toiminnoilla pyritään parantamaan potilaan vointia siten, että potilaan kohdalla käytetyt hoitotyön auttamismenetelmät valitaan hänen sairautensa mukaan ja hänen parastaan ajatellen. Hoitotyön menetelmät tulevat olla, eettisesti hyväksytyjä, turvallisia ja mahdollisimman vähän kärsimystä aiheuttavia. (Iivanainen, Jauhianen & Pikkarainen 2002.)

Syöpäpotilaan hoitotyössä hoitaja toimintaa ohjaavat arvot, ammatillinen tieto ja taito. Potilas tulee lääketieteellistä hoitoa saamaan sairauden aiheuttamiin oireisiin, tällöin on tärkeää, että omahoitaja kartoittaa potilaan kokonaistilanteen ja laatii yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa hoitotyönsuunnitelman. Syöpäpotilaan palliativisessa hoitotyössä korostuu hoitajan ja potilaan luottamuksellinen hoitosuhde, sitä tarvitaan erityisesti syöpää sairastavan potilaan omien voimavarojen tukemiseen. Luottamuksellinen hoitosuhde tukee tavoitetta, jossa potilas voisi elää mahdollisimman hyvää elämää sairaudesta huolimatta, niissäkin tilanteissa jossa tunteet vaihtelevat toivon ja toivottomuuden välillä. Lindvall (1979) esittää hoitotieteellisessä väitöskirjassaan, toivon merkitystä syöpäpotilaan elämässä. Toivo voi merkitä potilaalle muutakin kun paranemista ja kuntoutumista. Vakavasti sairaalle se voi merkitä tilanteen hyväksymistä, oman itsensä ja elämänsä hallinnan tunnetta, kivuttomuutta tai rauhallista kuolemaa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, & Valtonen, 2003, 24–25.)

2.3 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella eli oireita lievittäväällä hoidolla tarkoitetaan, parantumattomasti sairaiden potilaiden aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun krooninen kuolemaan johtava sairaus etenee ja aiheuttaa oireita. Palliatiivisen hoidon piiriin kuuluvista potilaista valta osa sairastaa syöpää mutta hoidon piiriin kuuluvat myös erilaisia eteneviä sairauksia sairastavat potilaat kuten etenevät neurologiset sairaudet, krooninen sydämen-, munuaisten- ja maksan vajaatoiminta, krooniset keuhkosairaudet ja AIDS-potilaat. (Käypä hoito 2012.)

Hyvä palliatiivinen hoito sisältää niin fyysisten oireiden hoidon, kuin myös psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisenkin tuen. Fyysisistä oireista yleisempiä ovat kipu, väsymys, ruokahaluttomuus ja laihtuminen. Myös ruuansulatuskanavan oireet kuten ummetus ja pahoinvointi, sekä hengenahdistus ovat hyvin yleisiä oireita kuolevilla potilailla. Psykkisistä oireista tavallisia ovat masennus, ahdistuneisuus, univaikeudet ja sekavuus. Näitä kaikkia oireita pyritään lievittämään hoitotyön keinoin. Pelko kuolemaan liittyvistä asioista tuottavat paljon ahdistusta. Sairauden aiheuttamasta kärsimyksestä, arvokkuuden menettämisestä sekä kysymykset elämän tarkoituksesta ja kuoleman jälkeisistä asioista aiheuttavat paljon ristiriitaisia tunteita, kuten pelkoa, syyllisyyttä, vihaa ja epätoivoa. Luopumisen tuska ja huoli läheisistä lisäävät potilaan henkistä taakkaa. Tätä taakkaa voidaan keventää antamalla psykososiaalista ja hengellistä tukea. (Saarto 2009.)

Syövän hoito voidaan jakaa neljään eri hoidon linjaukseen, sen mukaan mikä on hoidon tavoite. Kuratiivisen hoitolinjan tavoite on pysyvä parantuminen kun taas syövän etenemistä jarruttava hoitolinjan tavoite on sairauden etenemisen hidastaminen ja eliniän pidentäminen. Palliatiivisella hoidolla ei voida vaikuttaa syöpäsairauden etenemiseen mutta aktiivisella oirehoidolla tavoitellaan kärsimyksen lieventämistä ja mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Samat tavoitteet ja hoitotyönkeinot ovat saattohoidossa, joka on osa palliatiivista hoitoa mutta ajoittuu viimeisille elinviikoille ennen oletettua kuolemaa. (Saarto 2013, 915.)

Kun sairauden diagnoosi on selvinnyt, potilaalle annetaan parantavaa hoitoa aina kun on mahdollista. Samanaikaisesti tarjotaan myös oireita lievittävää palliatiivista hoitoa. Sairauden edetessä parantavan hoidon osuus vähenee ja parantavasta hoidosta luovutaan, mutta palliatiivisen hoidon osuus kasvaa. Kuoleman lähestyessä palliatiivinen hoito tehostuu entisestään ja muuttuu saattohoidoksi, joka jatkuu myös potilaan kuoleman jälkeen. Kuratiivinen eli parantavan ja palliatiivisen hoidon rajan tulee olla liukuva niin, että oireiden lievitys kuuluu osana aktiivihoittoon ja sen osuus ainoastaan lisääntyy, kun varsinaisesta parantavasta hoidosta ei ole enää hyötyä. Samanlainen liukuva raja on siirryttäessä saattohoitoon, johon kuolemaan valmistaminen ja omaisten tukeminen kuuluvat tärkeinä osana muun palliatiivisen hoidon lisäksi. (Akural & Rimpiläinen 2007.) Palliatiivisessa hoidossa on tavoitteena lievittää ja ennaltaehkäistä sairauden aiheuttamaa fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja eksistentiaalista kärsimystä sekä vaalia potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. (Saarto 2013, 915.)

Moniammatillisen tiimin jäsenten ja eri tahojen tulee toimia yhteistyössä, jotta potilaan hoito olisi mahdollisimman tehokasta ja saumatonta. Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa toteutettavien palveluiden tulee tukea toisiaan ja hoidon joka vaiheessa potilaalla tulee olla yhteystiedot, mihin tarpeen vaatiessa voi ottaa yhteyttä itseään koskevissa asioissa. Uusi terveydenhuoltolaki pyrkii tehostamaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhä tiiviimpää yhteistyötä ja näin helpottamaan yksittäisen potilaan hoitoa palveluketjun osana. (STM 2010.) Lain tavoitteena on yhtenäistää potilaita koskevat tietokannat, jotta hoitavat tahot saisivat uusimman tiedon potilasta koskevissa asioissa ja voisivat antaa saumattomasti hoitoa potilaan parhaaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 1–2.)

Palliatiivisessa hoidossa ei suljeta pois tiettyjä hoitomuotoja, kuten säde- ja solunsalpaajahoidoita. Hoitoa suunniteltaessa on kuitenkin otettava huomioon valittu hoitolinja ja harkittava tarkoin hyötykö potilas kyseisestä hoidosta vai aiheuttaako hoito lisäoireita. Mahdollisella elinajan odotuksella on myös merkitystä hoitomuotoja valittaessa. (Holli 2006, 52–54.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa kuoleman lähestyessä. Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu ja sairauden etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoitoon kuuluu potilaan toiveiden huomioon ottaminen, mahdollisimman hyvä oireiden hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen ja potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen. Kaikkea kipua ja kärsimystä ei voida aina poistaa, mutta niitä voidaan usein lievittää. Kuolevan hoitoon kuuluu, että oirehoidon ja perushoidon hyvä taso turvataan. Mutta potilaalle olisi annettava mahdollisuus tehdä haluamiaan asioita ja kuunnella hänen toiveitaan. Potilaalle on myös tärkeää saada osallistua oman hoitonsa seurantaan. Hoitotyötä toteutettaessa on tavoitteena hoidettavan yksilöllisyyden säilyminen ja ihmisen kunnioittaminen. (Eho, Hänninen, Kannel, Pahlman & Hallila 2003, 5.)

2.4 Palliatiiviseen hoitotyöhön liittyvä päätöksenteko

Uudessa terveydenhuoltolaissa (2010/1326) kärsimyksen lievittäminen mainitaan ensimmäisen kerran osana sairauden hoitoa (THL 2013). Kuolemansairaana potilaan aktiivisen hoidon lopettamista ei ole laissa säädetty. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sanotaan, että kaikilla on oikeus hyvään hoitoon, tämä koskettaa myös kuolemansairasta potilasta. Potilasta tulee aina hoitaa hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Tämä tarkoittaa aktiivista ja tehokasta hoitoa, joskus myös hoidoista pidättäytymistä. (STM 2010, 14.)

Lähestyvä kuolema ei vähennä potilaan oikeuksia. Potilaan kunnioittava kohtelu, kuuntelu ja kuulluksi tuleminen on jokaisen potilaan perusoikeuksia, joihin hoitohenkilökunnan on otettava huomioon hoitotyön toteutuksessa. Potilaan tulee saada tietää sairaudestaan, sen ennusteesta sekä mahdollisista hoidoista. Hoitoon tarvitaan potilaan suostumus. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidoista niin halutessaan. Potilaan ollessa kykenemätön päättämään hoidoistaan, tulee huomioida omaisten tai laillisen

edustajan toiveet. Jos potilaalla on hoitotahto, sitä kunnioitetaan ja toimitaan sen mukaisesti. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 21–23.)

Ennen saattohoitopäätöksen tekemistä pidetään hoitoneuvottelu. Neuvottelussa keskustellaan potilaan sairauden tilanteesta ja hoitovaihtoehtoista. Hoitoneuvottelussa lääkäri keskustelee potilaan kanssa tutkimusten ja erilaisten toimenpiteiden tarpeellisuudesta ja hyödyllisyydestä. Lääkäri tekee päätöksen hoitolinjauksista huomioiden potilaan toiveet. (Käypä hoito 2012)

Hoitoneuvottelu nousee yhdeksi tärkeäksi tekijäksi saattohoidon suunnittelussa sekä tavoitteiden selkeyttämisessä. Hoitoneuvottelussa jaetaan tietoa potilaan ja hänen suostumuksellaan myös omaisten sekä muiden hoitoon osallistuvien kesken. Hoitoneuvottelussa varmistetaan, että potilas ymmärtää tilanteen. Samalla käydään läpi mieltä askarruttavat asiat ja sairauden tilanne. Asioiden läpikäyminen lisää turvallisuuden tunnetta. Hoitoneuvottelussa keskustellaan potilaan ja omaisten odotuksista hoitoon liittyen ja erityistoiveista.

Hoitoneuvotteluissa korostuu moniammatillisuus, jossa voidaan yhdistää eri asiantuntijoiden kokemus ja osaaminen. Moniammatillisessa ryhmässä voidaan arvioidaan perheen tuen tarve ja tarjota palveluita perheelle. Ryhmästä saa yksittäinen hoitotyöntekijä myös tukea omaan työhönsä kun hoitotyössä koettua haasteellisuutta voidaan jakaa. Hoitoneuvottelun tavoitteena on yhtenäiset hoitolinjat lääkärin, hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä. (Grönlund & Leino 2008, 38–41.)

Ennen saattohoidon aloittamista tarvitaan saattohoitopäätös, joka tehdään yhteisymmärryksessä potilaan, omaisten ja hoitavan lääkärin kanssa. Saattohoitopäätös tehdään hoitoneuvottelun yhteydessä silloin kun suunniteltu hoito ei auta ja siirrytään oireita lievittävään hoitoon. Saattohoitopäätöksen tulee olla potilaan edunmukainen ja hänen mielipiteitään tulee kuunnella. Kun saattohoitopäätös on tehty, se auttaa potilasta keskittymään elämän viimeisistä ajoista hänelle tärkeiden asioiden ja ihmisten kanssa. (Heikkinen ym. 2004, 27–29; Hänninen 2006, 50.)

Lääkärin tulee kirjata saattohoitopäätös tarkasti potilaan sairaskertomukseen. Päätökset ja perustelut kirjataan potilastietoihin sekä jatkohoitosuunnitelma ja asiasta päättäneiden nimet. Saattohoitopäätös on selkeä hoitolinjaus, joka auttaa potilasta hoitavia lääkäreitä tekemään oikeita hoitoratkaisuja. Näin vältetään turhilta potilasta rasittavilta tutkimuksilta ja toimenpiteiltä. (Vuorinen ym. 2009.)

Päätös elvyttämättä jättämisestä eli DNR- päätös on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös pidättäytyä potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta ja paineluelvytyksestä, jos sydämen toiminta pysähtyy. DNR- päätös ei pelkästään riitä määrittämään saattohoitopäätöstä. DNR- päätöksestä keskustelemalla asia selvitetään ymmärrettävästi potilaille ja hänen läheisilleen. Keskustelussa painotetaan, että muu hoito jatkuu vaikka ei elvytetä-päätös on tehty. Hoitopäätöksissä potilaille ja omaisille annetaan konkreettista tietoa. Potilas ja omaiset tarvitsevat aikaa hyväksyä tilanne sekä

aikaa päätöksen tekoon. Omaiset ovat usein läheisensä voimien huonontuessa kriisitilanteessa, jolloin he tarvitsevat aikaa ja kertausta asioiden suhtauttamiseen. Sovituissa hoitopäätöksissä pysytään ja jokaista informoidaan niistä. Hoitopäätökset ovat henkilökohtaisesti tehdyt, selkeät ja lääketieteellisesti perustellut. (Korhonen & Poukka 2013.)

Hoitava lääkäri vastaa valitusta hoitolinjasta. Potilasta hoitavalla henkilökunnalla on tärkeä rooli avata keskustelu hoitolinjasta. Sairaanhoidaja näkee potilaiden pitkittyneiden hoitojen aiheuttamia ongelmia ja hoitojen sivuvaikutukset ilman hoitovastetta. Sairaanhoidaja voi asettua hoitosuhteeseensa selkeästi potilaan ja omaisten tueksi, kun saattohoitopäätös on tehty. Saattohoitopäätöksen jälkeen hoidon painopiste voidaan siirtää saattohoitopotilaan toiveiden huomioimiseen. (Anttonen 2008, 25–26.)

Hoitotahdossa potilas ilmaisee ohjeet elämän loppuvaiheen hoitoon sellaisen tilanteen varalle, kun ei pysty enää vaikuttamaan hoitopäätöksiin. Hoitotahto on tahdonilmaisu, jonka potilas voi tehdä vapaamuotoisesti, valmiille kaavakkeelle tai suullisesti. Kuka tahansa voi tehdä hoitotahdon. Se tulee ilmetä potilasasiakirjassa mahdollisimman selvästi. Siinä tulee olla päiväys ja allekirjoitus, sekä sitä tulee päivittää tarpeen mukaan. Hoitotahdossa tulee olla kahden todistajan allekirjoitus. (Laakkonen 2012.) Hoitotahto on hoitohenkilökuntaa sitova. Potilaan tahdon ilmaisua tulee aina kunnioittaa, vaikka omaiset olisivat eri mieltä hoidosta tai toimenpiteen toteutuksesta. (Myller 2008.)

Yleensä hoitotahdolla halutaan ilmaista hoitojen lopettamista, kun ne eivät vaikuta sairauden parantamiseen, aiheuttaen kärsimystä. Hoitotahdossa voidaan myös ilmaista kieltäytyminen tietystä hoidosta tai tutkimuksista sekä ilmaista toiveita hoitoon liittyen. Hoitotahto auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä hoitolinjausten teossa ja vähentää myös omaisten ahdistusta ja epä tietoisuutta hoitoratkaisuissa. Hoitotahdossa potilas voi myös valtuuttaa toisen henkilön päättämään asioistaan. Potilaan hoitotahto voi olla liitteenä potilasasiakirjoissa tai potilaalla itsellään. Potilaan olisi tärkeää kertoa hoitotahdosta, myös läheisilleen. (Halila & Mustajoki 2012; Laakkonen 2012; Myller 2008.)

3 SYÖPÄPOTILAAN OIREET

Syöpää sairastavan potilaan oireet aiheutuvat itse syövästä, syöpähoidoista tai ne voivat olla muista hoidoista johtuvia. Sairastumisen alkuvaiheessa oireet voivat olla täysin erilaisia, kun mitä ne ovat sairauden loppuvaiheessa. Usein levinnyttä syöpää sairastavalla potilaalla on useita oireita samanaikaisesti. Miten oireet vaikuttavat potilaaseen fyysisesti tai psyykkisesti on merkitystä senhetkiseen elämänlaatuun. (Hänninen 2003, 29–30.)

Syöpä aiheuttaa vaurioita elimistössä kasvamalla paikallisesti, lähettämällä etäpesäkkeitä eri elimiin ja aiheuttamalla erilaisia yleisoireita. Pahanlaatuisen kasvain voi kasvaa lähtökohdassaan suureksi ja vahingoittaa kyseisen elimen toimintaa. Kasvain saattaa myös vallata elintilaa lähielimiltä aiheuttaen kipu- ja paineoireita. Etäpesäkkeiden aiheuttamat oireet vaihtelevat sijaintinsa mukaisesti. Sairauden levinneisyys vaikuttaa myös oirei-

den syntyyn. Alkava syöpä voi olla täysin oireeton, mutta laajalle levinnyt aiheuttaa yleensä monenlaisia oireita. Syöpä saattaa aiheuttaa myös yleis-oireita, jotka eivät johdu suoraan emokasvaimesta, eivätkä etäpesäkkeistä. Näitä kutsutaan paraneoplastisiksi eli kasvaimen yhteydessä esiintyviksi oireiksi ja ne johtuvat syöpäsolujen erittämistä hormoneista tai muista aineista. Nämä saattavat aiheuttaa kuumetta, laihtumista, anemiaa ja aineenvaihdon häiriöitä. (Hänninen 2003, 31–32.)

3.1 Syöpäkipu

Kipu on syöpätaudin edetessä hyvin yleinen oire ja levinnyttä syöpää sairastavista palliatiivisen hoidon piirissä olevista potilaista 50–90 % on kipuja. (Kalso 2013, 874–875). Kipuja voi olla samanaikaisesti eri tyyppisiä, akuutteja tai pitempiaikaisia kroonisia kipuja. Kipu voi esiintyä myös pitkäaikaisen kivun äkillisenä pahenemisena eli läpilyöntikipuna. On kuitenkin muistettava, että kipu voi olla myös syöpään liittymätön oire. Syöpäkipuista 72 % on kudonvauriokipua, 40 % neuropaattista kipua ja 35 % viskeraalista kipua. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.) Syöpäkipu eroaa kroonisesta kivusta siten, että siihen on aina jokin orgaaninen syy, ja sitä voidaan lievittää aina sopivin kivunlievennysmenetelmin (Vainio, Saarto & Hänninen 2004, 58).

3.1.1 Syöpäkipua aiheuttavat mekanismit

Syöpäkasvaimet aiheuttavat kipua, johon vaikuttaa syövän tyyppi, sijainti ja kasvunopeus. Kivun hoidon kannalta on oleellista erottaa syövän aiheuttama nosiseptiivinen, viskeraalinen ja neuropaattinen kipu sekä syövän hoitojen seurauksena kehittyvä kipu. Hoitamaton kipu vaikuttaa hyvin kokonaisvaltaisesti syöpää sairastavan potilaan psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä hänen toimintakykynsä. (Kalso 2013a, 877.)

Nosiseptiivinen kipu on syöpää sairastavalla kasvaimen aiheuttamaa kudonvauriokipua, jossa kipua välittävä hermojärjestelmä on terve, mutta kipu johtuu kasvaimen aiheuttamasta hermovauriosta. Usein tällainen nosiseptiivinen kipu on luustoetäpesäkkeiden aiheuttamaa, joita esiintyy rintakeuhko- ja eturauhassyövissä. Luuston etäpesäkkeet aiheuttavat monenlaisia oireita, kuten kipua, hyperkalsemiaa, murtumia ja hermojen pinneliloja. Etäpesäkkeet aiheuttavat myös eri mekanismilla muutoksia, kuten luun verenkiertoon ja aineenvaihdunta järjestelmään. Seurauksena tästä on nosiseptorien ärsyyntymisen, josta aiheutuu kipua. Aina luuston etäpesäkkeet eivät näy kuvantamistutkimuksissa, ja oireiden jatkuessa tai pahentuessa kuvantaminen tulisi toistaa käyttäen herkempiä kuvantamismenetelmiä. (Kalso 2013a, 878–879.)

Viskeraalista kipua esiintyy vatsan ja rintakehän alueella. Sitä on vaikea paikallistaa ja se aiheuttaa usein autonomisia oireita, kuten hikoilua, kalpeutta ja pahoinvointia. Viskeraalisen kivun taustalla ovat sisäelimiä ym-

päröivät kasvaimet, jotka aiheuttavat onttojen elinten ja sileiden lihasten venytystä, esimerkiksi suolen sileä lihas venyy ja aiheuttaa koliikkimaista tai jäytävää kipua. Tietyt syövät aiheuttavat kipua eri mekanismeilla, esimerkiksi haimasyöpä levitessään voi tukkia suonia ja aiheuttaa iskeemistä kipua. (Kalso 2013a, 879.)

Neuropaattisen kipua aiheuttavat, kasvaimen leviäminen hermopunokseen tai kasvaimen aiheuttama hermon puristuminen. Kipu on luonteeltaan polttavaa, viiltävää ja se voi ilmetä myös äkkinäisinä vihlaisuina tai sähkömäisinä nykäyksinä. Myös syöpähoidot, solunsalpaajahoito tai sädehoito voivat vaurioittaa kipuun reagoivia hermoja. Syöpäpotilailla esiintyy myös läpilyöntikipua. Läpilyöntikivut ovat kipuhuippuja, jotka saattavat esiintyä liikkeessa tai esimerkiksi yskiessä. Läpilyöntikivut voivat myös ilmaantua ilman mitään erikoista syytä ja alentaa merkittävästi potilaan toimintakykyä. (Hänninen 2003, 96–97; Kalso 2013a, 890.)

Syövän hoidosta, sädehoidosta ja solunsalpaajien neurotoksisista vaikutuksista, voi myös aiheutua kipua. Luonteeltaan kivut ovat yleensä neuropaattisia, lukuun ottamatta sädehoidon aiheuttamaa kudosturvotusta. Kivut voivat alkaa heti, leikkauksen jälkeen tai niiden kehittymisessä voi kestää viikosta muutamiin kuukausiin hoidon päättymisestä. Aavesärkyä voi esiintyä, leikkauksessa syntyneen hermovaurion tai sädehoidon aikana. Aavesärkyä voi esiintyä myös raajan, rinnan, kohdun tai peräsuolen poiston jälkeen. Sädehoidosta aiheutuva kipu johtuu hermon verenkierroon huononemisesta aiheuttaen kroonista sidekudoksen tulehdusta, fibroosia eli sidekudostumista tai paikallisen kuolion selkäyttimeen. Sädehoidot saattavat aiheuttaa myös sekundaarisia kasvaimia. (Heiskanen, ym. 2013.)

3.1.2 Syöpäkivun hoito

Syöpäkivun hoidossa kivunhoito on suunniteltava jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Kivunhoidossa on tärkeää tehokkuus, yksinkertaisuus, ennakointi, seuranta ja sivuvaikutusten hoito. Kivun säännöllinen arviointi ja tarkka kirjaaminen on hyvän hoidon perusedellytys. Syöpäpotilaan kivunhoidossa pyritään jatkuvaan ja tasaiseen kivunlievitykseen pitkävaikutteisilla kipulääkkeillä. Kipuhuippuja pyritään hoitamaan ja tasaamaan nopeavaikutteisilla kipulääkevalmisteilla. (Heiskanen ym. 2013; Kokkinen 2002b.) Seuraamalla kivun voimakkuutta sekä läpilyöntikipulääkkeen vuorokausi kulutusta, pystytään arvioimaan pitkävaikutteisen kipulääkkeen annosmäärää ja nostamaan vuorokausi annosta arvioinnin mukaan riittäväksi. (Käypä hoito 2012.)

Syöpäpotilaan kivun hoidossa ensisijaista on potilaan kivun lievittyminen, kivun syyn poistuminen ja potilaan autetuksi tuleminen sekä tuen saaminen kivun kanssa selviytymisessä. Mikäli kasvaimen poistaminen ei ole mahdollista, kasvainta voidaan yrittää pienentää sädehoidon tai solunsalpaajien avulla. Vaikka syöpäkivun hoidon päätavoitteena on kivuttomuus, ei siihen aina päästä. Silloin pyritään vaikuttamaan kivun voimakkuuteen, sen kestoon ja kuinka usein kipua esiintyy vuorokauden aikana. (Heiskanen ym. 2013.)

Syöpäpotilaat kokevat kipua eri tavoin, kyseiseen sairauteen suhtautuminen vaikuttaa suuresti siihen, kuinka potilas kokee kivun. Jos potilas ei ole hyväksynyt sairautta, usein myös kipu koetaan hallitsemattomaksi. Usein käsittelemättömät sosiaaliset ongelmat vaikeuttavat kivun hoitoa. Tällöin hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde on avainasemassa. Avoin keskustelu asiantuntijoiden ja potilaan välillä mieltä painavista asioista, auttaa lievittämään ahdistuneisuutta. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 124–126.)

Tärkeää syöpäkivun hoidon huomioimisessa, on yksilöllisyys. Hyvä kivun hoito on luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamista, kivun seuranta ja arviointia. Jos syöpäkipu on jo kroonistunut, hoidon tavoitteena on kivuton yöni ja mahdollisimman paljon kivutonta aikaa myös päivällä. Kroonillista kipua on hyvin vaikea saada täysin kivuttomaksi mutta kivun hoitoon on paljon erilaisia keinoja, joilla voidaan lievittää kipua. Kivun hoidossa hoitolinja valitaan kivunmekanismin mukaan ja kivunhoidossa tulisikin muistaa, että ennakoivalla kivunhoidolla vähennetään eniten potilaan kokemaa kärsimystä. (Kalso 2013a, 884.)

Syöpäkivun hoito WHO:n portaiden mukaan on tehokasta suurimmalla osalla syöpäpotilaista (Käypä hoito 2012.) Suurinta osaa syöpäkivusta on hallittavissa noudattamalla WHO:n porrasteista lääkehoitomallia. Lievää kipua aloitetaan hoitamalla parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeellä. Lievää tai kohtalaista kipua hoidetaan heikolla tai keskivahvalla opioidilla. Kovaan kipuun aloitetaan ajoissa vahva opioidi. (Kokkinen 2012b.) Syöpäpotilaan kivunhoidon kohdalla mallista voidaan poiketa siirtymällä käyttämään suoraan vahvoja opioideja. Opioidien rinnalla voidaan käyttää sopivaa non-opioidilääkettä: parasetamolia, tulehduskipulääkettä tai neuropaattisen kivun lääkettä. (Käypä hoito 2012.)

Parasetamolia pidetään särkylääkkeistä turvallisimpina, koska ne eivät ärsytä mahasuoli kanavaa, eivätkä vaikuta veren hyytymistekijöihin. Tulehduskipulääkkeet (NSAID, non steroidal anti-inflammatory drugs) vaikuttavat hyvin lievään nosiseptiiviseen kipuun. Tutkimuksissa lääkkeillä on todettu, vaikuttava hyöty luustometastaasikipuun ja tulehduselliseen syöpäkipuun. (Kalso 2013a, 884–885.) Monisairaille potilaille tulehduskipulääkkeiden käytössä on riskejä. Haittavaikutuksina voivat olla, ulkusvuoto sekä epäedulliset verenkierto- ja munuaisvaikutukset. Koksibeja (Arcoxia®) käytettäessä ulkusvuodon riski on pienempi. Jos tulehduskipulääkkeitä käytetään säännöllisesti, on lääkehoitoon lisättävä vatsansuoja-lääke. Vatsan alueen kivun hoitoon käytetään metamitsolin ja pitofenonin yhdistelmää (Litalgin®). (Kokkinen 2012c.)

Parasetamolin yhdistäminen vahvaan opioidiin ei lievittäne kipua tehokkaammin kuin opioidi yksinään. Jos potilas kuitenkin kokee hyötyvänsä parasetamolista, sitä tulee käyttää opioidin rinnalla säännöllisenä tai tarvittavana lääkityksenä. Miedon opioidin yhdistäminen tulehduskipulääkkeeseen tai parasetamoliin saattaa lievittää kipua tehokkaammin kuin tulehduskipulääke tai parasetamoli yksinään. (Käypä hoito 2012.)

Jos potilaalla on lievää syöpäkasvaimen aiheuttamaa kudosvauriokipua, tulehduskipulääkettä annostellaan yksinään tasaisesti vuorokauden ympäri

siten, että lääkkeen annosväli on sama kuin lääkkeen vaikutusaika. Jos kipu on keskivaikea tai vaikea, tulehduskipulääkitys ei yksistään riitä vaan lääkehoitoon on lisättävä myös opioidi. Kivun ollessa voimakas kivunhoitoportaitaissa siirrytään ensimmäiseltä portaalta suoraan kolmannelle portaalille, jossa NSAID yhdistetään vahvaan opioidiin. Tulehduskipulääkkeissä on myös paljon siedettävyyseroja. Tulehduskipulääkkeitä käytettäessä täytyy myös muistaa, että niillä on haittavaikutuksia, kuten esimerkiksi vaikutukset mahan limakalvoon, yliherkkyys, verihutaleiden toimintaan sekä munuaisten verenkiertoon. Kahden eri tulehduskipulääkkeen ei suositella koska niiden samanaikainen käyttö lisää lääkkeiden haittavaikutuksia huomattavasti. (Kalso 2013a, 885–886.)

Opioidin valinta riippuu kivun voimakkuudesta ja tarvittavasta antoreitistä. Opioideilla on suuri osuus, syöpäpotilaan kivunhoidossa. Lievään ja kohtalaiseen syöpäkipuun käytetään yleensä heikkoja tai keskivahvoja opioideja. Suomessa heikkojen opioidiryhmään kuuluvia lääkkeitä ovat kodeiini, buprenorfiini ja tramadoli. Saattohoitopotilaiden kivunhoidossa heikko opioidi ei ole useinkaan riittävä. (Kalso 2013a, 886–887.)

Pieni annos vahvaa opioidia siedetään yleensä paremmin kuin suuri annos heikkoa opioidia. Heikoilla opioideilla on kattovaikutus ja maksimiannokset, ja niihin liittyy myös kasvanut sivuvaikutusten riski. Buprenorfiini on keskivahva opioidi. Buprenorfiinista saavat useat potilaat voimakasta pahoinvointia, ja koska lääke on osittainen agonisti-antagonisti eli vastavaikuttaja se ei sovellu suurina annoksina käytettäväksi muiden opioidien kanssa. (Heiskanen ym. 2013; Kalso 2013a, 887.)

Kodeiinin ja tramadolien lääkehoidon toteutus vaatii erityistä arviointia lääkkeiden vaikuttavuudesta. Kodeiini on aihiolääke eli se muuttuu elimistössä CYP2D6:n välityksellä aktiiviseksi morfiiniksi, osalle eli noin 10 % väestöstä lääke jää tehottomaksi. Tramadolilla on vaikutusta hermoveriokivussa, mutta sillä on yhteisvaikutusriskejä muiden lääkkeiden kanssa, ja erityisesti vanhuspotilaille sitä on käytettävä varoen monien sivuvaikutusten takia. (Kalso, 2013a, 886–887.)

Vahvat opioidit ovat tehokkaita pitkäaikaisen kivun ja erityisesti syövän aiheuttaman kivun hoidossa. (Käypä hoito 2012). Vahvojen opioidien ryhmään kuuluvat yleisimmin käytetyt morfiini, oksikodoni ja fentanyl. Morfiinia käytetään eniten ja se on eniten tutkittu. Vahvojen opioidien vaikutukset ovat pääasiassa samanlaisia. Lääkkeen käyttäjissä lääkkeet saattavat aiheuttaa hyvinkin erilaisia vaikutuksia, joista osa selittyy yksilöllisillä farmakokineettisillä tekijöillä eli ihmisten geneettisillä eroilla kehon lääkeaineiden aineenvaihdunnassa. (Kalso ym. 2013, 887.)

Morfiinin ylläpitoannos löydetään titraamalla morfiiniliuosta. Titrausta joudutaan usein jatkamaan useampana päivänä ennen kuin oikea annos löytyy. Oikean annoksen löydyttyä voidaan sama vuorokausiannos antaa pitkävaikutteisena tablettimuotona. Tällöin vuorokausiannos jaetaan kahden tai kolmeen kertaan. Lyhytvaikutteiset opioidit ovat tehokkaita läpilyöntikivun hoidossa. Läpilyöntikivun lievittämiseen tarvittava annos on yleensä 1/6–1/8 opioidin säännöllisestä vuorokausiannoksesta. (Kokkinen

2012d; Käypä hoito 2012) Lämpilyöntikivussa käytetään lyhytvaikutteista opioideja. Seuraamalla kivun voimakkuutta ja sekä lämpilyöntikipulääkkeen vuorokausikulutusta pystytään arvioimaan pitkävaikutteisen kipulääkkeen annosmäärää ja nostamaan vuorokausi annosta arvioinnin mukaan riittäväksi. (Kalso 2013a, 887; Käypä hoito 2012.)

Opioidien annosnosto on aina mahdollista, joten lääkityksen toteuttaminen on yksinkertaista. Kivun voimakkuus määrää annoksen. Annosnosto tapahtuu asteittain. Annosten vuorokausi määrissä ei ole ylärajaa. Vireystasoa ja hengitysfrekvenssiä seurataan lääkkeen annon jälkeen. Iäkkäillä potilailla ja keuhkosairauksia tai neurologisia sairauksia sairastavilla riski hengityslamaan, saattaa lisääntyä. Myös lääkkeiden yhteisvaikutus, esimerkiksi bentsodiatsepiinit lisäävät opioidien vaikutusta. Pelko hengityslamasta ei kuitenkaan saa olla este tehokkaalle kivunhoidolle. Hengityslama on hoidettavissa. (Kokkinen 2012c) Tarvittaessa potilaalle voidaan antaa opioidi antagonistia eli naloksonia (Käypä hoito 2012).

Morfiinia on saatavana monenlaisia valmisteita kuten, suun kautta otettavia eri vahvuisia liuoksia, jotka ovat lyhytvaikutteisia ja pitkävaikutteisia tabletteja sekä injektiovalmisteena. Morfiinin, kuten muidenkin vahvojen opioidien, aloittamisen jälkeen saattaa potilaalla esiintyä uneliaisuutta, huimausta ja pahoinvointia. Pahoinvointia voidaan hoitaa lääkehoidolla ja oireet yleensä helpottavat muutaman päivän kuluessa. (Kalso 2013a, 888–889.)

Oksikodonia on saatavilla, niin injektiovalmisteena kuin lyhyt- ja pitkävaikutteisina tabletteina, kapseleina, sekä liuos muodossa eri vahvuuksina. Suun kautta annettavan oksikodonin hyötysuhde, on parempi kuin morfiinin. Oksikodonia on myös saatavana yhdistelmävalmisteena, naloksonin kanssa (Tarqiniq®) depottableteissa. Valmisteessa naloksonin vaikutus suolessa, on estää oksikodonin ummetusta aiheuttava vaikutus. Koska opioidien vaikutukset ovat yksilöllisiä, on perusteltua vaihtaa toinen vahva opioidi, jos sivuvaikutukset ovat vaikeita tai antoreittä muutetaan esimerkiksi nielemisvaikeuksien takia. (Kalso 2013a, 887–889; Käypä hoito 2012)

Metadoni saattaa olla vaihtoehto syöpäkivussa, jota ei saada hallintaan muilla vahvoilla opioideilla. Lääke saattaa auttaa vaikeissa neuropaattisissa kivuissa. Sen käyttö syöpäkivunhoidossa ei kuitenkaan ole täysin ongelmatonta. Lääkkeellä on poikkeuksellinen metabolia eli aineenvaihduta sekä paljon yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Lääkehoidon turvallinen aloitus vaatii asiantuntemusta. (Kalso 2013a, 890.)

Fentanylilä valmistetta on saatavana eri vahvuisina laastareina, jossa vaikuttava aine imeytyy ihon läpi tiettyssä ajassa. Lääkkeen imeytymiseen vaikuttavat monet eri tekijät ja se soveltuukin vain potilaille, joiden kipu on hallinnassa. Fentanylilälaastarin vaikutusaika on 72 tuntia eli laastari vaihdetaan kolmen vuorokauden välein. Laastarin vaikutus alkaa 12–17 tunnin laastarin kiinnittämisen jälkeen, mikä on huomioitava kipulääkityksen suunnittelussa. Fentanylilä on saatavana myös kielen alle laitettava resorpletti eri vahvuuksilla. Akuuttiin kipuun käytetään lyhytvaikutteista

fentanyylisumutetta (Instanyl®), jonka vaikutus alkaa jo 10 minuutissa. (Kalso 2013a, 889–90; Kokkinen 2012c; Käypä hoito 2012.)

Neuropaattiseen kipuun käytetään opioidien lisäksi yleensä trisyklisiä masennuslääkkeitä tai epilepsialääkkeitä. Opioidihoitoon yhdistetty epilepsialääke gabapentinoidi (Neurontin®) tai trisyklinen antidepressantti (Triptyl®) voidaan käyttää syövästä johtuvaan neuropaattiseen kipuun. Myös psykoosilääkkeillä saattaa rauhoittaa ahdistuneen ja levottoman potilaan oloa. Kortikosteroidit eli kortisonijohdokset, esimerkiksi kortisoni, deksametasoni ja metyyliiprednisoloni (Solu-Medrol®), vähentävät kudosturvotusta ja helpottavat täten kallonsisäisestä paineesta ja hermopinteestä johtuvaa kipua. Lihasspasmien aiheuttamaa kipua saattavat helpottaa lihasrelaksantit kuten, baklofeeni tai bentsodiatsepiinit. Sileän lihaksen spasmien aiheuttamaa kipua suolessa tai virtsarakossa voidaan pyrkiä lievittämään antikolinergeilla esimerkiksi hyoskiinibutyylibromidilla (Buscopan®). Ruokatorven spasmissa voidaan käyttää kalsiumkanavan salpaajia esimerkiksi nifedipiini (Adalat®) lääkehoitoa. (Käypä hoito 2012.)

Kun potilas ei voi ottaa lääkettä suun kautta tai potilaalla on pahoinvointi, oksentelu, suolitukos tai tajuttomuus, on tarpeellista vaihtaa antoreittiä. Lihakseen pistämistä tulee välttää, sillä toistuvat injektiot aiheuttavat potilaalle kipua. Kovaan kipuun saadaan nopea vaikutus suonensisäisellä lääkeannoksella. Subcutaani eli ihonalainen injektio voidaan toteuttaa helposti ja se on tehokas kivunlievitykseen. Injektiot voidaan toteuttaa myös ihonalaisen kanyylin kautta, jolloin lääkkeen antaminen on kivuttomampaa. Ihonalaisella lääkeannostelijalla voidaan antaa vuorokauden kipulääkitys ja tarvittavat lisäannokset turvallisesti. Ihonalainen ja suonensisäinen kipulääkitys on myös mahdollista toteuttaa potilaan kotona. (Korhonen & Poukka 2013; Kalso 2013.)

Syövästä aiheutuvaa kipua voidaan hoitaa monilla eri menetelmillä. Kausaalisia menetelmiä ovat kirurgia, sädehoito, sytostaattihoito ja hormonihoito. Erikoismenetykset tarkoittavat anestesiologisia ja kirurgisia menetelmiä, joita ovat PCA-lääkeannostelija, spinaaliset hoidot, katetrit ja kestopuudutukset, neurokirurgiset menetelmät ja neurolyytiset salpaukset. Muut menetelmät keskittävät huomiota pois kivusta, kuten rentoutus hieronta, mielikuvien käyttö, fysioterapia ja kuntoutus, lämpö- ja kylmäkäsitelyt. (Holmia ym. 2003, 133–134; Vuorinen 2008, 11.)

Joskus syöpäkivunhoidossa käytetään kertapuudutusta, jonka vaikutus kestää muutamia tunteja. Peruste puudutusten käytölle on esimerkiksi patologiset murtumat tai toimenpiteet, joissa tarvitaan lyhyttä kivunlievitystä. (Kalso & Vuorinen, 2007, 23–24.) Kasvaimeen tehtävät kirurgiset toimenpiteet, usein helpottavat myös kipua. Aina ennen kajoavien toimenpiteiden suunnittelussa on arvioitava tarkoin potilaalle aiheutuvat hyödyt ja haitat sekä potilaan vointi, jotta toimenpiteillä ei aiheutettaisi ylimääräisiä kärsimyksiä. (Holli 2006, 52–54.)

Luusto etäpesäkkeiden kivunhoidossa voidaan käyttää kipusädehoitoa, solunsalpaajahoitoja ja kirurgiaa murtuma tapauksissa. Kivunhoidon lisäksi sädehoidolla voidaan vahvistaa tuhoutunutta luu aluetta. Palliatiivisen sä-

dehoidon vaikutusta luustopesäkkeiden kivunhoitoon, on tutkittu paljon ja siitä on saatu hyviä tuloksia. Luustopesäkkeiden kipuun saa hyödyn jopa 80 % potilaista. Sädehoito auttaa myös pehmytkudoskasvainten aiheuttamien oireiden hoidossa. (Käypä hoito, 2012.)

Hoidon suunnittelussa on huomioitava myös, että säde- että sytostaattihoidot, voivat olla raskaita potilaalle ja potilaat joutuvat sairaalajaksolle. Kertasädehoito lievittää kipua yhtä tehokkaasti, kuin pidempikestoinen sädehoito toteutettuna sädehoitosarjana. Kertasädehoito voidaan antaa, myös huonompikuntoiselle potilaalle, jos arvioidaan potilaan hyötyvän hoidosta. Yleensä sädehoito vaikuttaa kipuun, sytostaatti- tai hormonihoitoa nopeammin. Sädehoitoa ei voida silti kuitenkaan aina antaa. Tällaisia tilanteita voivat olla selkäydinkompressio, kallonsisäisen paineen nousu tai kun ihoalue on hyvin oireinen. (Vuorinen & Kalso 2007.) Sädehoidon vaikutus kipuun vaihtelee muutamasta päivästä, neljään viikkoon ja kivun lievityksen kesto on 3–6 kuukautta. Ensimmäisinä päivinä hoidettu alue on kipeämpi kudosturvotuksen takia, oireita voidaan kuitenkin hoitaa kortikosteroidi lääkityksellä. (Heiskanen ym. 2013.)

Sädehoitoa käytetään päivystysluontoisesti, jos kantavissa luissa on murtumavaara tai jos potilaalle on kehittymässä para- tai tetrapareesi. Sädehoidon lisäksi aloitetaan myös steroidilääkitys paineen laskuun. Sädehoitoa käytetään myös paineoireiden hallintaan, esimerkiksi aivojen etäpesäkkeisiin, aivokasvaimiin, hermopinne tilanteisiin. Sädehoito auttaa myös verenvuoto-oireisiin, kuten veriyskään ja verivirtsaisuuteen sekä ihotuumoreiden ja etäpesäkkeiden hoitoon. Palliatiivisen sädehoidon tavoitteena on, lievittää oireita nopeasti ja mahdollisimman vähin haittavai- kutuksin. (Janes 2013.)

Myös lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja voidaan käyttää potilaalle lääkkeellisen hoidon rinnalla. Lääkkeettömiä hoitokeinoja käyttäessä, kipulääkityksen rinnalla, voidaan selvittää pienemmällä kipulääkeannoksella mutta kipulääkitystä ne eivät kokonaan pysty korvaamaan. Kivun hoitoa voidaan toteuttaa erilaisilla hengitysharjoituksilla ja rentoutustekniikoilla, lämpö- ja kylmähoidoilla. Hierominen ja erilaiset liikeharjoitukset voivat helpottaa kipua. Lääkkeettömien hoitomuotojen teho on yksilöllinen ja potilasta tulisikin ohjata löytämään ne keinot, joista saisi avun tukemaan kivunhoitoa. (Hagelberg ym. 2006, 158–162.)

Fysioterapian liikehoidossa tulee huomioida mahdolliset metastaasit ja niiden sijainnit. Lymfaterapia auttaa raajaturvotuksen hoidossa. (Kalso ym. 2009, 504) Hyviä tuloksia on saatu myös mielikuvien käytöstä ja musiikin kuuntelusta jolloin potilas pystyy rentoutumaan ja saattaa saada olonsa kivuttomammaksi. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 114.)

Kaikki syöpäpotilaan kokema kipu ei ole syövästä johtuvaa. Syöpäpotilailta esiintyy myös tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamia kiputiloja. Pitkät sairaalajaksot ja vuoteessa makaaminen heikentävät lihaskuntoa ja aiheuttavat kiputiloja. Esimerkiksi painehaavakipuja helpottavat asento- hoito, puuduttavat geelit ja paineenvaihtopatja. (Hänninen 2013, 933–934.)

Hoitajien tärkeä potilasohjaus on aktivoida potilaita liikkumaan vointinsa mukaan. Liikkumattomuudesta aiheutuu yleiskunnon heikkenemistä ja seurauksena on ylläpidettävyyden ja kipujen jatkumo. Hoitajien asenteilla kivun liittymisestä vajaakuntoisuuteen on suuri merkitys potilaan toimintakykyyn. Hoitaja voi omalla toiminnallaan joko vahvistaa tai korjata potilaan vääristyneitä käsityksiä liikkumisen aiheuttamista haitoista. Potilaan omien voimavarojen korostaminen on tärkeää potilasohjauksessa. Kannustetaan painottaen potilaan nykyisiä voimavaroja eikä verratta niitä entisiin. (Hagelberg ym. 2006, 154–162.)

Suurin osa syöpäpotilaan kivuista on hoidettavissa WHO:n kehittämän porrasteisen ohjeen mukaan. Noin 10–30 %:lla syöpäpotilaista esiintyy kuitenkin sietämättömiä kipuja tai hyvin vaikeita sivuvaikutuksia lääkähoidon aikana. Näiden potilaiden kipu hoidetaan moniammatillisella yhteistyöllä kipupoliklinikan kanssa. (Järvinen & Keinänen 2004.)

Lääkehoidon lisäksi potilaan kivun hoidossa korostuvat hyvän kommunikoinnin merkitys, puhuminen ja kuunteleminen. Potilaan perusoikeuksiin kuuluu kivun lievityksen saaminen. Hyvä, tuloksellinen kivunhoito mahdollistuu, kun potilas tulee kuunnelluksi ja uskotuksi. Pyrkimyksenä on potilaan elämänlaadun parantuminen erilaisin hoitotyön keinoin, kuten kipuun liittyvän ahdistuksen lievittyminen ja kivunsietokyvyn lisääntyminen. (Vuorinen & Kalso 2007; Holmia ym. 2008, 132–133)

3.2 Hengityselinten oireet ja hoito

Hengenahdistus on subjektiivinen, ahdistava tunne, siitä ettei saa ilmaa vaikka hengittäisikin voimakkaasti. Hengenahdistusoireita esiintyy 30–70 % kaikista syöpäpotilaista. Eniten hengitystieoireita esiintyy syövän loppuvaiheessa, jolloin kudosuutokset ovat palautumattomia. Hengityskeskus säätelee hengitystiheyttä veren happi- ja hiilidioksidipitoisuuksista. Happenpuutteen oireet ja pelot voivat laukaista hyperventilaatiohäiriöitä ja lisätä hengitysvaikeuksia. Tukehtumisen tunne on hyvin vahva pelko, mikä lisää ahdistusta. (Lehto, Hamunen & Hirvonen 2013; Vainio 2004, 97–99.) Hengenahdistuksen syitä ovat muun muassa erilaiset kasvaimet, pleuraneste, yläonttolaskimon ahtauma, fibroosi, keuhkoödeema, askites, sädehoito, keuhkoveritulppa, pneumonia, COPD, astma, sydämen vajaatoiminta ja psyykkiset tekijät sekä toimenpiteistä, kuten sädehoito ja keuhkojen poistosta, johtuvat jälkitilat. (Lehto ym. 2013; Käypä hoito 2012.)

Hengenahdistuksen perussyistä hoidetaan, mikäli se vain on mahdollista. Keuhkosityövän tai keuhkoihin levinneessä taudissa sytostaattihoidoilla ja sädehoidoilla vaikutetaan kasvaimen kokoa pienentämällä hengitystyön helpottumiseen. Antibiooteilla ja kortisonilla helpotetaan tulehdusreaktiota johtuvaa hengenahdistusta. Diureeteilla helpotetaan nesteen poistumista ja sydämen työtä, jolloin myös hengitystyö helpottuu. Teofylliini ja salbutamoli auttavat obstruktiivisissa hengenahdistuksissa keuhkoputkia laajentavasti. (Hänninen & Saarto 2013, 919–921; Lehto ym. 2013.)

Anksiolyytit, kuten diatsepaami tai loratsepaami (Temesta®) helpottavat potilaan oloa, vähentämällä subjektiivista hengenahdistuksen tunnetta.

Anksiolyytit ovat ahdistusta lievittäviä lääkkeitä. Saattohoidossa vaikeassa hengenahdistuksessa lääkitys voidaan antaa jatkuvana infuusiona. (Hänninen & Saarto 2013, 921.) Myös antibiootihoidosta saattaa olla hyötyä hengitystieinfektion aiheuttamien oireiden helpottamisessa. Hoito on kuitenkin syytä lopettaa, mikäli selkeää vastetta ei saada. (Hänninen 2012, 20; Kokkinen 2012b: Käypä hoito 2012.)

Hengenahdistukseen käytetään opioideja. Tavanomaisesti hengenahdistuksen hoitoon käytetään morfiinia. Morfiinista on eniten tutkimusnäyttöä mutta myös muita vahvoja opioideja voidaan käyttää. Hengenahdistuksen kehittyessä vähitellen lääkehoitona käytetään suun kautta otettavia opioideja. Aiemmin opioidia käyttämättömän potilaan hengenahdistuksessa, annetaan lyhytvaikutteista morfiinia 2.5–10 mg suun kautta joka neljäs tunti ja lisäksi tarvittaessa 1–2 tunnin välein. Kerta-annosta voidaan tarvittaessa suurentaa 25–50 % kerrallaan. (Hänninen 2012, 20; Käypähoito 2012.)

Akuutissa voimakkaassa hengenahdistuksessa morfiinia annetaan laskimonsisäisesti 2–10 mg 5–10 minuutin välein tai ihon alle 15–20 minuutin välein, kunnes hengenahdistus helpottuu. Tämän jälkeen hoitoa jatketaan toistuvien kerta-annoksien tai jatkuvana infuusiona. (Hänninen 2012, 20; Kokkinen 2012c; Käypähoito 2012.) Opioidien aiheuttaman hengitysvajauksen riski on erittäin vähäinen, kun opioideja annostellaan vain sen verran kuin hengenahdistuksen lievittämiseksi on tarpeen. Mahdollista hengitysvajasta voidaan hoitaa naloksonilla (Naloxon®) annoksella 0,1–0,2 mg. (Hänninen 2012, 20; Käypähoito 2012.)

Vaikea oireista keuhkosairautta sairastavat potilaat hyötyvät myös voimien sallimissa rajoissa lihaskuntoharjoituksista ja liikkumisesta. Hengityksen hallintaa parantavat pallean- ja huulirako hengitys menetelmien opetteleminen, sekä apuvälineiden käyttö helpottaa hengenahdistusta. Hengenahdistusta voidaan helpottaa ikkunan avaamisella, tuulettimella ja avustamalla puoli-istuvaan asentoon tai istumalla tyynyjen tukemana mahdollisimman rentona. (Lehto ym. 2013.) Hyvin vaikeissa akuuttilanteissa voidaan hengenahdistusta hoitaa tilapäisesti NIV eli Noninvasiivinen ventilaatiohoidolla. Esimerkki tällaisesta on palliatiivisessa hoidossa olevaa keuhkosityöpöpotilaan keuhkokuumeen hoitaminen, jolloin tavoitteena on oirehoito pitkittämättä kärsimystä. (Lehto ym. 2013.)

Kuolemiseen liittyvän kärsimyksen pelko saattaa potilaalla ilmetä pelkona tukehtumisesta. Tämä on kuitenkin äärimmäisen harvinaista, sillä hengenahdistusta voidaan lievittää viimeisten elinpäivienkin aikana aina kuolemaan saakka. Jos vaikeaa hengenahdistusta ei millään muulla keinolla saada hallintaan, voidaan viimeisenä keinona kuolemassa oleva potilas sedatoida eli nukuttaa lääkkeillä uneen. (Lehto ym. 2013, 395–396.) Annos suunnitellaan yksilöllisesti vastetta seuraten, joskus on riittävää että potilas sedatoidaan kevyeen uneen kipupumpun kautta yön ajaksi jolloin potilas voi olla päivällä hereillä (Hänninen & Rahko 2013).

Pitkälle edennyttä keuhkosityöpää sairastavista 60–80 % kärsii yskästä. Yskimisen tarkoitus on poistaa hengitysteissä ärsytystä aiheuttavia tekijöitä.

Yskimisoiretta pahentaa lisääntynyt limaneritys tai sen heikentynyt kuljetus hengitysteissä. Yskän ärsytystä lisäävät myös syljen nielemisvaikeus ja sisäilman kuivuus. (Hänninen 2013 918.) Yskän ja limaisuuden syitä syöpöpotilaalla ovat keuhkoputkia ahtaavat kasvaimet, sekundäärinen keuhkoinfektio tai sädefibroosi. Veriyskän syynä voi olla henkitorven läpi työntyvä kasvain, verihyytymishäiriö tai molemmat. (Lehto ym. 2013, 398–399; Käypä hoito 2012.)

Liman erityksen runsautta ja yskimisheikkoutta voidaan pyrkiä hoitamaan liman sitkeyttä tai limaisuuden määrän vähentämällä. Yskimisoireiden helpottamiseksi voidaan käyttää höyryhengitystä, ilmankostutusta ja fysioterapeuttin suorittamia hengitysharjoituksia. Hengitysharjoituksilla tehostetaan yskimistä ja helpotetaan liman poistumista, keuhkoista. Liman imemistä, ei tulisi kuitenkaan käyttää automaattisena toimenpiteenä, taajuissaan olevilla potilailla. (Lehto ym. 2013, 399; Vainio 2004, 148.)

Lääkehoitona käytetään yskänärsytystä hillitsemään kodeiinia ja morfiinia. Yskiminen voi lisätä läpilyöntikipujen ilmaantumissa, jolloin yskänärsytystä vähentävät lääkkeet voivat tuoda helpotusta kipuihin, yskärefleksiä estämällä. Runsaan liman aiheuttamia oireita voidaan hoitaa, esimerkiksi antibiooteilla helpotetaan tulehduksen aiheuttamaa runsaslimaista yskää, jonka seurauksena potilas kärsii kivuista ja unettomuudesta. (Lehto ym. 2013, 399; Hänninen 2003, 145.)

Antikolinergit ovat myös lääkkeitä, jotka vähentävät hengitysteiden limaneritystä. Jos muut hoidot eivät tehoa oireisiin, turvaudutaan inhaloitaviin puudutteisiin. Inhaloitavat puudutteita käyttäessä on muistettava, että puudutteet lamaavat myös kurkunpään sulkeutumisrefleksiä. Saattohoitopotilaan viimeisinä päivinä esiintyy usein runsasta limaisuutta, koska potilas ei pysty nielemään eikä yskimään. Tämä ei kuitenkaan ole potilaalle kovinkaan suuri oire, koska potilaan tajunnantaso on tässä vaiheessa heikentynyt olennaisesti. Omaisille on tärkeää kertoa, mistä oire johtuu. (Lehto & Anttonen ym. 2013, 399.)

Veriyskää esiintyy noin 20 % keuhkosyöpöpotilaista. Lievän veriyskän hoidossa voidaan käyttää traneksaamihappoa (Cyklokapron Runsas tai massiivinen verenvuoto johtuu yleensä siitä, että kasvaimen levitessä se on tunkeutunut johonkin isompaan suoneen aiheuttaen verenvuodon. Tilanne on yleensä harvinainen mutta tilanteeseen on hyvä varautua etukäteen. Tärkeintä on rauhoittaa potilas ja läheiset. Potilasta lääkitään morfiinilla ja diatsepaamilla potilaan nopeaksi sedatoimiseksi. (Lehto ym. 2013; Käypä hoito 2008.)

Palliatiivinen sädehoito lievittää tehokkaasti keuhkosyövän paikallisoireita esimerkiksi veriyskä oire lievittyy 60–80 % potilaista. Sädehoito voidaan myös palliatiivisessa hoidossa uusia. Sädehoito tehoaa myös muiden syöpien metastaasien aiheuttamiin oireisiin. Sädehoidosta tulee vaste noin 1–4 viikon kuluessa (Lehto ym. 2013, 399–400.)

Sädehoidon myöhäishaitosta tavallisin on sädepneumoniitti. Oireita ovat yskä, hengenahdistus ja kuume. Se ilmaantuu 1–6 kuukautta sädehoidon

jälkeen. Kortisoni lievittää oireita. Keuhkofibroosi syntyy, kun normaali keuhkokudos sädehoidon seurauksena vähitellen korvautuu sidekudoksella. Sädetetylle keuhkon alueelle kehittyy fibroosia suurelle osalle potilaista sädehoitoa seuraavana vuotena. Fibroosi aiheuttaa hengityskapasiteetin laskua. (Janes 2004, 203–204.)

Potilaan, jolla on pleuranestettä, vointia helpotetaan parhaiten asettamalla potilas kylkiasentoon sille puolelle, jossa pleuraneste sijaitsee ja samalla nostetaan hieman sängynpäätä ylemmäs. Lisähapen käyttö akuuteissa tilanteissa on oireita helpottavaa, mutta lisähapen anto ei tulisi olla jatkuvaa, sillä pitkään käytettynä hapetus aiheuttaa psyykkistä riippuvuutta ja näin rajoittaa potilaan toimintakykyä. (Vainio 2004, 100–102.)

Kausaalisisina hoitomuotoina käytetään pleura-, perikardium- ja askitespunktioita. Punktoimalla ylimääräistä nestettä helpotetaan hengitystyötä ja täten hengenahdistus helpottuu. (Vainio 2004, 102–103.) Pahanlaatuinen pleuranesteily yleensä toistuu, joten tunneloidun pleuradreenin asettamisen vaihtoehtoa tulee myös harkita potilaskohtaisesti. (Käypä hoito 2012)

Hengenahdistus on oire joka aiheuttaa runsaasti kärsimystä ja pelkoa elämän loppuvaiheessa. Syöpäpotilaan hengenahdistusoiretta lisää pleuraneste, limaneritys ja yskimisheikkous. Lisäksi hengenahdistuksesta kärsivä potilas kokee usein kipua, masennusta ja henkistä ahdistuneisuutta, joka taas lisää hengenahdistusta. Nämä hengenahdistuksesta johtuvat oireet heikentää potilaan elämänlaatua monin tavoin. Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen auttaa hengenahdistusoireen hoidossa. Kuuntelemalla potilaan pelkoja ja kertomalla hoitomahdollisuuksista ja vakuuttamalla, että hoitohenkilökunta tekee parhaansa oireiden lievittämiseksi. (Käypä hoito 2012.)

3.3 Ruuansulatuselimistön oireet ja hoito

Ruuansulatuskanavan oireet ovat yleisiä syöpää sairastavilla ja saattohoitopotilailla. Ongelmia voi ilmetä kaikissa syömiseen ja ruuansulatukseen liittyvissä toiminnoissa. Tyypillisiä oireita ovat pahoinvointi, ummetus, ripuli, suolitukos, närästys, nielemisvaikeudet, suun kuivuminen, askites, kuivuminen ja kakeksia-anoreksia. Ongelmat voivat johtua itse sairaudesta tai sen hoidoista. Oireita aiheuttavat myös sairaudesta johtuvat komplikaatiot tai erilaiset psykososiaaliset syyt. Saattohoitopotilaiden elämänlaadun ja -pituudenkin kannalta ruuansulatuskanavan ongelmien havaitsemisella ja hoidolla on suuri merkitys. Esimerkiksi hoitamaton ummetus aiheuttaa pahoinvointia, kipua ja ruokahaluttomuutta. Suoliston toiminnalla ja syömisellä on myös psykologinen ulottuvuus. Heikkokuntoinen potilas saattaa hävetä sairaudesta aiheuttamaa sotkuista syömistapaansa ja haluaa sen vuoksi eristäytyä. Omaiset saattavat tulkita syömisestä vähenemisen merkitsevän potilaan kuolemista nälkään. (Hänninen 2003, 152–153.)

Kahdessa Hännisen (2001, 92) esittämässä tutkimuksessa on pyydetty potilaita ilmaisemaan kokemansa kivut tärkeysjärjestyksessä. Ensimmäisessä tutkimuksessa ummetus arvioitiin kahdeksanneksi ja toisessa kuudenneksi merkittävimmäksi kivun taustalla olevaksi tekijäksi. Muita ruuansula-

tuselimistön oireita ovat suun limakalvojen tulehdukset ja haavaumat, kurkkukipu, huulten kuivuminen, puheen vaikeutuminen, pahanhajuinen hengitys, pahoinvointi ja oksentelu, ripuli, ruokahaluttomuus, kakeksia ja nielemisongelmat (Saarto 2004, 103–118).

Ruuansulatuselimistön oireet aiheuttavat potilaalle kärsimystä ja lisäävät kipujen määrää. Levinnyttä syöpää sairastavilla 30 % esiintyy oksentelua ja jopa 60 % pahoinvointia. (Käypä hoito 2012.) Pahoinvointia voidaan lievittää hoitamalla pahoinvoinnin syytä ja käyttämällä pahoinvointilääkitystä säännöllisesti. Mahdollisia hoidettavia pahoinvoinnin syitä ovat infektiot, kohonnut kallonsisäinen paine, mahaärsytys tai haavauma, ummetus, hyperkalsemia, lääkkeet, solunsalpaaja- tai sädehoito, runsas askites, ahdistuneisuus, yskä ja limaisuus sekä vaikea kipu. Näiden syiden hoito ei välttämättä kokonaan poista pahoinvointia, mutta saattaa ainakin lievittää sitä. (Käypä hoito 2012; Nal & Pakanen 2001.)

Pahoinvoinnista kärsivän potilaan ruokailuhetkeen kannattaa kiinnittää erityistä huomiota. Raitis ilma, rauhallinen ympäristö ja keskittyminen ruokailun yhteydessä esimerkiksi keskusteluun tai musiikkiin saattaa auttaa pahoinvoinnin ehkäisemisessä. Potilaalle voidaan tarjota useita pieniä aterioita päivän mittaan. Pahoinvoivalle potilaalle sopivat paremmin, kylmät kirkkaat keitot, pikkusuolaiset naposteltavat, kuten esimerkiksi sillivoileipä, sokeroitu jäätee, laimennettu sitruunamehu, mineraalivesi tai virvoitusjuoma. Ruokailun jälkeen potilasta kannattaa kehottaa lepäämään puoliistuvassa asennossa. Potilaan lääkitys kannattaa tarkistaa yhdessä lääkärin kanssa ja turhat tai mahdollisesti pahoinvointia aiheuttavat lääkkeet karsia pois lääkelistalta. (Nal & Pakanen 2001; Pöyhiä 2004, 629–632.)

Pahoinvoinnin patofysiologian ymmärtäminen auttaa valitsemaan oikean hoidon, sillä pahoinvointi oireena voi johtua monesta eri syystä. Jos pahoinvoinnin perussyitä ei voida parantaa, hoidetaan oireita antiemeettisellä eli pahoinvoinnin estolääkityksellä, jolla voidaan hillitä oksennusrefleksiä ja refleksin aiheuttamaa läpilyöntikipua. Pahoinvointilääkkeet tulee ottaa säännöllisesti ja mielellään ennen vuoteesta nousemista (Kokkinen 2012b; Saarto 2013, 927–929.)

Antiemeettiset eli pahoinvointia estävät lääkkeet ovat pääasiallisesti hermoston välittäjäaine-reseptorien salpaajia. Eri lääkkeet salpaavat eri reseptoreja ja siten hoitavat eri syistä johtuvaa pahoinvointia. Metoklopramidia (Primperan®) suositellaan käytettäväksi mahasuolikanavan motiliteettihäiriön, solunsalpaajien, sädehoidon tai etiologialtaan epäselvän pahoinvoinnin yhteydessä. Suolitukospotilaille metoklopramidia ei saa käyttää, koska lääke vaikuttaa suolen motiliteettiin eli liikkuvuuteen lisäävästi. (Käypä hoito 2012; Saarto 2013, 927–929.)

Haloperidolia (Serenase®) auttaa opioidien tai muiden lääkkeiden aiheuttamaan pahoinvointiin. Pahoinvointi oireen hoitoon käytetään, pieniä lääkeannoksia. Syklitsiiniä (Marzine®) ja antihistamiinin (Histec®) käyttöä suositellaan liike- ja asentopahoinvoinnin hoidossa. Deksametasonia (Dexametason®) on ensisijainen lääke kohonneen kallonsisäisen paineen ja suolitukoksen hoidossa, mutta sitä voidaan käyttää myös solunsalpaajien

aiheuttaman pahoinvoinnin hoidossa. Kortisoni johdoksia käytettäessä on huomioitava kortisonin yleiset haittavaikutukset eli verensokerin kohoaminen ja vatsanärsytys. Skopolamiinia (Scopoderm®) suositellaan käytettäväksi suolitukoksen, vatsakalvon ärsytyksen ja limaisuuden aiheuttamaan pahoinvointiin. (Käypä hoito 2012; Saarto 2013, 927–929.)

Solunsalpaajien tai sädehoidon aiheuttaman pahoinvoinnin hoitoon käytetään 5HT3-salpaajia. Tähän lääker ryhmään kuuluvia lääkkeitä ovat granisetroni (Kytril®), ondansetroni (Ondansetron®) ja palonosetroni (Aloxi®). 5HT3-salpaajista on havaittu olevan hyötyä myös syöpöpotilaiden kroonisen pahoinvoinnin hoidossa. Myös munuaisten vajaatoimintaa sairastavien suolitukospotilaiden pahoinvoinnin hoidossa on saatu hyviä hoitotuloksia. Granisetronin ja ondansetronin haittavaikutuksena saattaa esiintyä päänsärkyä ja ummetusta. (Käypä hoito 2012; Saarto 2013, 927–929.)

Ahdistuneisuuden ja paniikin aiheuttaman pahoinvoinnin hoidossa, suositellaan käytettävän loratsepaamia (Temesta®). Hyperkalsemian aiheuttamaa pahoinvointia kannattaa hoitaa, sillä hoidolla on merkittävä vaikutus potilaalle. Ensi sijaisena hoitona hyperkalsemiassa ovat bisfosfonaatit (Zometa®) ja nesteytys. (Käypä hoito 2012; Saarto 2013, 927–929.) Pahoinvoinnin jatkuessa pahoinvointilääkkeen annosta tai vaihtoa toiseen lääkkeeseen kannattaa harkita (Kokkinen 2012a.)

Ruokahaluttomuus on luonnollinen osa kuolemaa lähestyvän potilaan oireista. Oireita, jotka lisäävät ruokahaluttomuutta ovat muun muassa suun alueen infektiot, kipu, pahoinvointi, ummetus, sädehoito, depressio ja metaboliset syyt kuten uremia ja hyperkalsemia. (Saarto 2004, 109.) Syöpöpotilailla on usein aliravitsemustila, joka on seurausta ravitsemusongelmista ja itse sairauden aiheuttamasta negatiivisesta metaboliasta. (Nal & Pakanen 2001.)

Kakeksiaa-anoreksialla tarkoitetaan kuihtumista ja ruokahaluttomuutta. Kakeksia-anoreksia on monimutkainen metabolinen syndrooma, jota kuvastaa etenevä tahaton laihtuminen tai ravinnon vähyydestä johtuva laihtuminen. Kakeksia-anoreksian oireina ovat laihtumisen lisäksi krooninen pahoinvointi, yleinen heikkous ja psykologiset oireet. Potilaalle ja omaisille on tärkeää kertoa, että laihtuminen johtuu sairauden aiheuttamasta aineenvaihdunnan kiihtymisestä, johon ei ravinnon lisääminen juurikaan vaikuta. (Hänninen 2013, 925–926; Nal & Pakanen 2001.)

Loppuvaiheen syöpää sairastavien ravitsemushoito ei parantane elämänlaatua tai lisää elinaikaa. Ruokahalua lisääviä lääkkeitä ovat megestroliasettaatti ja deksametasoni. Megestroliasettaatin (Megace®) on ruokahalun lisäksi todettu lisäävän painoa. Painon lisäys on kuitenkin kohdistunut rasvakudokseen mutta ei lihakseen. Megestroliasettaatin käyttöön liittyy lisääntynyt tromboosiriski. Deksametasonia (Dexametason®) voi kokeilla ruokahaluttomuuden lyhytaikaiseen hoitoon. (Hänninen 2012; 15, Kokkinen 2012b; Käypä hoito 2012.)

Ruuansulatuselimistön oireista suun oireet johtuvat syljen erityksen vähenemisestä tai loppumisesta, limakalvovaurioista ja lisääntyneestä haihdu-

tuksesta. Kun syljen erityys on häiriintynyt, suunlimakalvo altistuu helposti haavaumille. Haavaumat tekevät puhumisesta ja syömisestä kivuliasta. Suun kuivumista ja muita limakalvo oireita aiheuttavien syiden taustalla ovat muun muassa stomatiitti, sädehoito, lääkkeet, dehydraatio, kuume, suuhengitys ja aliravitsemus. Ensisijaisena suuta hoidettaessa on huolehdittava hyvästä suuhygieniasta ja nesteytyksestä. Suun kuivuminen lisää suun sien-, virus- ja bakteeri-infektioiden todennäköisyyttä. Lääkehoito valitaan infektion aiheuttajan mukaan. (Saarto 2004, 104–105.)

Suun kostutukseen on olemassa erilaisia suihkeita ja geelejä, mutta niiden vaikutus on lyhytaikainen. Parhaiten syljeneritystä näyttäisi lisäävän purukumin syöti. Suun aamukuivuutta voi pyrkiä vähentämään penslaamalla suuta illalla parafiiniöljyllä, vaseliinilla tai oliiviöljyllä johon on sekoitettu tippa piparminttuöljyä. Ennen ruokailua voi syljenerityksen lisäämiseksi imeskellä Salivin® -pastilleja. Kuivan suun puhtauden ylläpitäminen on tärkeää. Suuta on hyvä huuhtoa, puskutella ja kurlata usein. (Hänninen & Rahko 2013, 436; Hänninen 2012; 14.)

Infektioiden hoidon yhteydessä on syytä huolehtia riittävästä kivunhoidosta. Suun limakalvon oireet ovat hyvin kivuliaita. Niitä voidaan helpottaa paikallispuudutuksella mihin voidaan käyttää 2-prosenttista lidokaiini-geeliä, morfiinisuuuvertä tai morfiinigeeliä. Suun kipua voivat helpottaa myös jääpalojen imeskely ja kylmät juomat. Elleivät paikallishoidot auta voidaan systemaattisesti käyttää opioideja ja tulehduskipulääkkeitä. (Hänninen 2012; 14, Saarto 2013, 922–923; Käypä hoito 2012.)

Potilaan nielemisvaikutuksen syinä voi olla kasvaimet, arpikudoksen aiheuttama tukos ja kipu nielussa tai ruokatorvessa sekä ruokatorven kandida-infektio. Eniten nielemisvaikeuksia aiheuttavat pään ja kaulan alueen sekä ruokatorven kasvaimet. Ruokatorven ahtaumissa käytetään endoproteeseja mutta ruokatorven yläosaan ahtaumiin ne eivät sovellu. Muita hoitomuotoja ovat dilataatio, sisäinen- tai ulkoinen sädehoito, laserkirurgia ja eri hoitomuotojen yhdistäminen huomioiden potilaan sairauden vaihe ja yleisvointi. (Hänninen & Rahko 2013, 434–435; Saarto, 2004, 106–107.)

Nielemisvaikeuksista kärsivälle potilaalle tulee antaa ravitsemusneuvontaa ja kertoa nielemisvaikeuksien syistä sekä keinoista joilla oireita voidaan helpottaa. Ruokailua voidaan helpottaa hyvällä istuma-asennolla ja helposti nieltävien ruokien valinnoilla. Nestemäisen ravinnon nauttimista helpotetaan nesteitä sakeuttavilla aineilla. Kiisselimäiset juotavat helpottavat nielemistä ja vähentävät riskiä ruuan menemisestä hengitysteihin. Vaikeassa ruokatorven tukoksessa on pyrittävä vähentämään syljen eritystä anti-linergisillä lääkkeillä esimerkiksi skopolamiinilaastarilla (Scopoderm 1mg/72 h depotlaastari®) tai oireesen pysyvämmällä ratkaisulla sylkirauhasten sädetyksellä. (Saarto 2013, 926–927.)

Elimistön kuivumisen yleisimpinä syinä ovat nesteiden menetys oksentelun, kuumeen, ripulin, diureettien eli nesteenpoistolääkityksen takia. Tällöin nesteytys saattaa parantaa potilaan tilaa. Saattohoitopotilailla kuivuminen voi johtua myös kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä interstitiaalitalaan eli solujen välitalaan. Tällöin nesteytyksestä ei ole hyötyä potilaan

kokonaistilan kannalta. Potilaan janontunteen ja elimistön kuivumista kuvaavien laboratoriotulosten välillä on hyvin heikko yhteys. Näin ollen parenteraalinen nesteytys ei lievitä juurikaan potilaan janontunnetta. Limakalvojen aktiivinen kostutus vaikuttaa janontunteeseen. Nesteytyksen on todettu lisäävän limakalvojen kosteutta, mutta nesteytyksen aiheuttavat mahdolliset turvotukset aiheuttavat enemmän oireita kun helpottavat oloa. Nesteytyksen hyöty on siis harkittava tapauskohtaisesti. (Käypähoito 2012; Hänninen 2012, 6.)

Potilaan nesteytys ja ravitsemus tapahtuu potilaan toivomusten mukaisesti. Hyvässä saattohoidossa hoidon tavoitteena ovat hyvä oireiden lievitys ja elämänlaadun säilyttäminen, jolloin hoidosta ei saa olla haittaa potilaalle. Neste- ja ravitsemushoitoihin liittyy eettisiä ja hoitomyyntyvyyden vaikeuksia, jotka on hyvä tunnistaa. Nestehoidon aloittamatta jättäminen edellyttää useita keskusteluita sekä potilaan että hänen omaisten kanssa. Saattohoitopotilaan kuolema ei johdu nesteen tai ravinnon puutteesta vaan potilaan edenneestä sairaudesta. (Hänninen 2013, 924; Pöyhä 2012.)

Askiteksen eli vatsaonteloon kertyneen ylimääräisen nesteen aiheuttajana on maksakirroosi, maksan tai vatsakalvon etäpesäkkeet, vatsakalvon kapillaarien ylituotanto tai lymfasuonten puutteellinen nesteen kuljetus sillä kasvaimet saattavat painaa porttilaskimoa ja maksan laskimoita. Kertynyt neste aiheuttaa vatsan kasvua ja painetta, kipua, pahoinvointia, oksentelua, närästystä, suolen vetovaikeuksia ja hengenahdistusta. Runsas ylimääräinen neste aiheuttaa paljon oireita jota, nesteiden kertapunktiolla tai pleura-dreenin asettamisella, jolloin neste poistuu dreenin kautta useiden päivien aikana. (Käypä hoito 2012; Saarto 2013, 931.)

Askitesnesteen poistaminen lievittää oireita mutta nesteen kertyminen usein uusiutuu. Nesteen poistamisesta aiheutuu hypovolymiaa, hyponatremiaa ja munuaisongelmia, jota korjataan albumiinikorvauksella. Myös diureeteilla voidaan vähentää askiteksen muodostusta. Ensisijainen lääke on spironolaktoni (Spirexis®) ja sen rinnalla voidaan käyttää myös furosemidia (Furesis®). Huonokuntoisten potilaiden kohdalla diureettien käyttöön liittyy suuri hypovolemian ja elektrolyyttihäiriöiden riski ja jos lääkehoidosta ei ole vaikutusta, on lääkitys syytä lopettaa. (Hänninen 2012, 17; Käypä hoito 2012; Saarto 2013, 931.)

Opioideja käyttävistä syöpäpotilaista jopa 80 % kärsii ummetuksesta. Ummetusta aiheuttavat vuodelepo, liian vähäinen nesteiden nauttiminen, vähäkuituinen ravinto ja lääkkeet kuten opioidit, antidepressantit, diureetit ja rauta. Ummetuksen ennaltaehkäisy on paras hoitokeino, sillä pahimmillaan ummetus voi aiheuttaa potilaalle voimakasta kipua ja hengenahdistusta. Ummetuksen aiheuttamina oireina saattaa esiintyä myös virtsaretentioita, pahoinvointia, kipua, ruokahaluttomuutta, sekavuutta ja levottomuutta. (Hänninen & Rahko 2013, 433–434.)

Potilaan tukeminen oikeanlaisen ravinnon nauttimiseen, joka sisältää muun muassa puuroa, täysjyväleipää, leseitä, pellavansiemeniä ja luumuja auttaa ummetuksen ehkäisyssä. Päivittäinen riittävä nesteiden nauttiminen ja pehmittävän laksatiivien (Pegorion®, Duphalac®) ja suolta stimuloivan

laksatiivin (esim. Laxoberon®) käyttöön ohjataan. Molempien annosta lisätään tarpeen mukaan. Laksatiivien käyttö opioidilääkityksen yhteydessä ovat keinoja joilla voidaan ennaltaehkäistä ummetuksen syntyä. Liikkumisen tukeminen on myös olennainen osa hoitoa. (Kokkinen 2012a.) Opioidien aiheuttamaa ummetus voidaan hoitaa tarvittaessa Relistor®-injeksiolla, joka kumoo tilapäisesti opioidivaikutuksen suolistosta mutta ei vaikuta kivunlievitykseen. Kipulääkkeeksi voidaan valita naloksonia sisältävä oksikodonivalmiste (Targiniq®), joka estää myös läpilyöntikipulääkkeistä tulevan opioidin aiheuttamaa ummetusta. Saattohoitopotilaan hoidossa vasta-aiheisuutena on merkittävä maksan vajaatoiminta ja erityiskorvattavuuden puuttuminen. (Kokkinen 2012 a; Käypä hoito, 2012.) Ummetuksesta kärsivän potilaan ulostamisrauhaan ja intymiteettisuojaan tulee kiinnittää huomio. Myös ärtyneet peräpukamat ja anaalifissuurit haittaavat ulostusta. Niiden aiheuttamaa kipua voidaan hoitaa esimerkiksi Xylocain®-geelillä. (Kokkinen 2012 a.)

Ripuli on huomattavasti harvinaisempi oire saattohoitopotilailla kuin ummetus. Ripulia aiheuttavat solunsalpaajahoito, lääkkeet, osittainen suolitukos (ohivirtausripuli), imeytymishäiriöt, infektiot ja sopimaton ruoka. Ripulista johtuva suolen lisääntynyt aktiviteetti on potilaalle epämukava oire mutta saattaa lisätä myös syöpäpotilaan kokemaa kipua. (Käypä hoito 2012; Kokkinen 2012a.)

Ummetuksesta johtuva ripuli eli ohivuotoripuli hoidetaan laksatiiveilla. Antibioottihoitoon yhdistetään maitohappobakteereita ja sopimaton ruoka poistetaan ruokavaliosta. Ripulin oireita voidaan helpottaa hiilitableteilla sekä lisäämällä kuituja. Joskus paasto ja samanaikainen nestetasapainosta huolehtiminen voi helpottaa oireita. Ripulijuomavalmisteet, urheilujuomat ja parenteraalinen nesteytys auttavat pitämään elektrolyytti- ja nestetasapainon kunnossa. Ripulijuomavalmisteen (esimerkiksi Osmosal®) käyttöä voi kokeilla. Ripuloivan potilaan ihon hoidosta ja hygieniasta on tärkeää huolehtia voimien huonontuessa. (Kokkinen 2012b.)

Saattohoitopotilaalla yleisimmin käytetty ripulilääke on loperamidi (Imodium®, Imocur®). Vakavan koliitin tai infektoripulin hoidossa loperamidia tulee käyttää varovaisesti, sillä ulosteen kerääntyminen suolisto voi johtaa toksisen megakoolonin eli laajentuneen paksusuolen kehittymiseen. Oktreotidin (Sandostatin®) on todettu vähentävän kroonista ripulia. Hai-maperäistä rasvaripulin hoitoon voidaan käyttää pankreatiinia (Creon®). Sappihappojen aiheuttaman ripulin hoitoon suositellaan käytettäväksi kolestyramiinia (Questran®). Ripulin pitkittyessä on syytä ottaa uloste-tiljeily. Bakteereista johtuvan ripulin hoitona on mikrobilääkitys. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2011,12–13; Kokkinen 2012a.)

Syövästä johtuva suolitukoksen synnä on useimmiten suolen ontelon tukkeutuminen esimerkiksi, kasvaimen takia tai suolen seinämän pareesista johtuvan tyhjennysliikkeen puuttuminen. Suolitukoksen oireina ovat koliikkimainen kipu, pahoinvointi ja runsas oksentelu. Oksennuksen määrää voidaan arvioida tukoksen sijaintia. Korkealla ohutsuolessa oleva tukos aiheuttaa enemmän oksennuksia kun alempana oleva tukos. Tukos voi olla myös osittainen, jolloin myös oireet kehittyvät hitaammin. Oksentelun

rauhoituttua, voidaan potilaalle antaa pieniä määriä nesteitä ja helposti sulavaa ruokaa kerrallaan. Suolitukoksen ensisijaisena hoitona on kirurginen hoito, joka saattohoitopotilailla on harvoin mahdollista. Konservatiivisena hoitona käytetään pahonvoinin ja kivun hoitoa. (Saarto 2013, 955–957.) Suolistotukoksen lääkehoitona on opioidin (Morphin®), antikolinergin (Robinul®) ja antiemeetin (Oradexon®) yhdistelmä. Antikolinergin tilalla voidaan käyttää myös oktreetidia (Sandostatin®). (Kokkinen 2012 a.)

Pahoinvointia voidaan hoitaa haloperidolilla (Serenase®). Jos oksentelu ei rauhoitu lääkehoidolla, voidaan harkita perkutaanista endoskooppista gastroomaa eli PEG-letkua. Potilaan kanssa on tärkeää keskustella nenämahaletkun PEG-letkun hyödyistä ja haitoista. Nenämahaletkua käytetään vaihtoehtona lyhytaikaiseen oireen hoitoon. Kylkiasento voi myös helpottaa potilaan oloa. (Käypä hoito 2012; Saarto 2013, 955–957.)

3.4 Iho-oireet, raajaturvotus ja hikoilu

Kutina voi olla iholähtöistä, neuropaattista, neurogeenistä tai psykogeenistä. Kutinaa saattavat aiheuttaa maksatumori, haimasyöpä, sappitiehytsyöpä, hemolyysi ja lääkkeet. Kutinan syyn hoito on tällaisissa tilanteissa vaikeaa, joten hoito on yleensä oireen mukaista. Iholähtöisen kutinan hoitona on ihon rasvaus perusrasvalla tai kortisonivoiteella ja vesipesujen harventaminen. 1-prosenttinen mentoliliuos tai 2.5-prosenttinen lidokaiiniliuos tai -geeli paikallishoitona saattavat helpottaa hetkellisesti. Sappistaasiin liittyvän kutinan hoitona voidaan käyttää sappiteiden dreneerausta. Neuropaattista kutinaa saattavat helpottaa gabapentiini (Gabapentin®) tai pregabaliini (Lyrica®). Opioidien aiheuttamaan kutinaan saattavat auttaa myös naloksoni (Naloxon®) ja metyylinaltreksoni (Relistor®). Serotoninivälitteiseen tai opioidien aiheuttamaan kutinaan saattaa auttaa paroksetiini (Optipar®) ja mirtatsapiini (Mirtazapin®). Antihistamiinit on harvoin hyötyä saattohoito potilaan kutinaan. (Hänninen 2012, 193–196; Käypä hoito 2012)

Palliatiivisessa hoidossa olevien syöpäpotilaiden haavat ovat etäpesäkkeisiin liittyviä haavaumia, painehaavaumia ja arteriaperäisiä haavaumia sekä traumaan liittyviä haavoja. Syöpätauteihin liittyvät pahanlaatuiset haavaumat paranevat harvoin. Niihin liittyy usein ulkonäköhaittoja. Haavat erittävät, ovat kipeitä ja ovat kutisevia sekä ne tuottavat pahaa hajua. Haavakipu on sekamuotoista nosiseptiivistä ja neuropaattista kipua, jota voidaan hoitaa sekä systeemisesti että paikallisesti opioideilla. (Hänninen 2013, 932–933.)

Paikallishoitona voi käyttää esimerkiksi morfiinigeeliä. Se valmistetaan sekoittamalla 20 mg morfiini injektio-liuosta 16 g:aan Intrasite-geeliä. Geeliä levitetään 5–10ml kivuliaalle haava-alueelle ja laitetaan taitos päälle. Hoidon voi toistaa 1–3 kertaa vuorokaudessa. Tulehtunut haava saattaa aiheuttaa hajuhaittoja, jotka johtuvat usein nekroottisten muutosten infektiosta. Hoitona voidaan käyttää antibiootteja, kuten metronidatsolia paikallishoitona. Haavoissa voi käyttää aktiivihiihi- tai hopeasidoksia, hunajaa, pihkaa ja imeviä sidoksia. (Hänninen 2003, 188–193; Käypä hoito 2012.)

Syövän hoitoon käytettävien lääkkeiden aiheuttamien iho-ongelmien kuten esimerkiksi käsi-jalkaoireyhtymän tai aknen tyyppisen ihoreaktion hoidossa on tarpeen konsultoida onkologista hoitoyksikköä tai ihotautiyksikköä. Myös yleisiltään hyväkuntoisen potilaan ihometastaasin hoidosta on syytä konsultoida onkologista hoitoyksikköä mahdollisen säde- tai operatiivisen hoidon mahdollisuuksista. Vertavuotaviin sekä ihon erittäviin tai muulla tavoin oireileviin kasvaimiin voidaan antaa potilaan yleisilasta ja syöpätyypistä riippuen joko kertasadetys tai pidempiä sarjahoitoja. (Käypä hoito 2012.)

Runsas hikoilu aiheuttajina voivat olla lääkkeet, kuten opioidit tai hormonaaliset syöpälääkkeet, syöpä itsessään, syövän hoitojen endokriiniset vaikutukset tai vaihdevuodet. Häiritsevää ja runsasta hikoilua voidaan pyrkiä lievittämään selektiivisillä serotoniinin takaisinoton estäjillä, serotoniinin ja adrenaliinin takaisinoton estäjillä, epilepsialäkkeillä tai klonidiinilla. Tuumorista johtuvan kuumeilun aiheuttamaa hikoilua voidaan lievittää parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeillä. (Saarto 2013, 935; Käypä hoito 2012.)

Raajaturvotus on usein seurausta lymfanesteen kerääntymisestä, kun virtaus on estynyt sairauden kehossa aiheuttamien muutosten takia ja kun verenalbumiini pitoisuus on alhaalla. Turvotusten hoidossa spironolaktoni (Spiresis®) ja furosemiidi (Furesis®). Lääkityksen vaikutus saattaa olla, hyvin vähäinen. Lääkityskokeilussa on vasta-aiheena heikkokuntoinen potilas ja alhaiset verenpaineet. Raajan kipu johtuu turvotuksen aiheuttamasta kireydestä, raajan liikuttelun rajoituksesta tai raajan painon lisääntymisestä. Sädehoitoa voidaan myös käyttää palliativisesti pienentäen tuumorimassa, joka tukkii imunestekiertoa. Imunesteturvotuksen hoidossa käytetään tukisidoksia. Hyviä tuloksia on saavutettu tutkimuksissa fysioterapeuttisilla keinoilla, jossa on käytetty lymfahierontaa ja lymfasidoksia raajaturvotusten hoidossa (Hänninen 2013, 935–936; Käypä hoito, 2013.)

3.5 Fatigue

Fatigue eli väsymysoireyhtymään vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja emotionaaliset syyt. Edennyttä syöpää sairastavista 60–90 % kärsii fatiguesta. Syöpäpotilaan kokema syöpään tai sen hoitoon liittyvä hoitoväsymys voi vaihdella väsymyksestä kokonaisvaltaiseen uupumukseen. Hoitoväsymys on subjektiivinen kokemus, joka vaikuttaa potilaan elämänlaatuun huomontavasti. Se voi vähentää potilaan fyysistä, henkistä, sosiaalista tai emotionaalista suoriutumiskykyä. Oireina ovat suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähyys, apatia, heikkous, uneliaisuus, motivaation puute, kyllästyneisyys, unihäiriöt ja ahdistuneisuus. Potilas kokee oireyhtymän hyvin epämiellyttävänä oireena. Psykologinen ja emotionaalinen tuki helpottavat ahdistuneisuutta ja pelkoa. Hoitoväsymys vaikuttaa potilaan elämän, kaikkiin osa-alueisiin, ja sillä on voimakas elämänlaatua heikentävä vaikutus. (Hänninen, 2013, 925; Käypä hoito, 2012; Vainio 2004, 124–125.)

Väsymystä voivat aiheuttaa myös hoidettavat syyt kuten infektiot, anemia, metaboliset häiriöt ja kilpirauhasen vajaatoiminta. Jotkut potilaat ovat hyötäneet steroideista fatiguen hoidossa, joten hoitokokeilu deksame-

tasonilla (Dexametason®) saattaa olla aiheellinen. Modafiinista (Modiodal®) näyttäisi olevan hyötyä loppuvaiheen syöpää sairastavien potilaiden fatiguen hoidossa. Anemian korjauksesta saattaa joidenkin potilaiden kohdalla olla hyötyä mutta pitkälle edenneessä syövässä hyöty on yleensä lyhytaikainen. Koettu väsymys heikentää potilaan toimintakykyä kaikilla elämän eri osa-alueilla. Oireiden hoidossa olisikin tärkeää keskittyä olemassa olevien voimavarojen tunnistamiseen, vahvistamiseen ja kannustaa potilasta sopeuttamaan päivittäisen elämänrytminsä voimiensa mukaan ja elämään mahdollisimman normaalia elämää. (Hänninen 2013, 925; Käypä hoito 2012; Vainio 2004, 124–125.)

3.6 Syöpäpotilaan psyykkiset oireet

Psyykkisten oireiden hoito kuuluu tärkeänä osana kokonaisvaltaiseen palliativiseen hoitoon. Psyykkiset oireet saattavat aiheuttaa saattohoitopotilaalle suurempaa kärsimystä kuin fyysiset oireet. Kuolemaan liittyvä luopuminen, elämän päättymisen ja erilaiset pelot koettelevat suuresti potilaan psyykettä. (Hänninen 2003, 206.)

Suurin osa psyykkisistä oireista syntyy reaktionä levinneeseen tautiin tai sen hoitoihin. Psyykkiset tekijät vaikuttavat vahvasti syöpäpotilaan aistimaan kipuun ja muihin oireisiin ja voivat muodostua elämää rajoittaviksi tekijöiksi. Tieto syöpään sairastumisesta on mullistava hetki ihmisen elämässä. Ihmisen tulee hyväksyä elämän rajallisuus ja kohdata tunteet, jotka sairastuminen saa pintaan. Terveystieteiden henkilöstön tehtävänä on tukea potilasta ja antaa tietoa sairaudesta. Psyykkisinä oireina esiintyy masennusta, ahdistuneisuutta, unettomuutta ja pahimmillaan delirium oireita. (Hänninen 2003, 206–208.)

3.6.1 Kriisireaktiot

Sairauden toteamisen ensivaiheessa esiin tulee sokki, jonka aikana potilas kokee olemassaolon kaottisena. Sokkivaiheessa ja myöhemmin reaktiovaiheessa sairauden hyväksyminen on vaikeaa ja potilas saattaa kieltä sairauden olemassaolon. Torjuminen toimii suojautumiskeinona, minkä avulla potilas pystyy selviytymään voimakkaiden tunteiden käsittelystä. Potilaan kokemia tunteita saattavat olla viha, suru, itsensä ja muiden syyllistäminen sekä voimakkaat mielialojen vaihtelut. Potilaat kokevat usein tarvetta selittää sairauden syyt. Sairaanhoidajan tehtävä on tukea potilasta ja antaa tietoa sairaudesta. Tärkeää on myös keskustella potilaan kanssa ja hälventää vääristyneitä käsityksiä sairaudesta. (Idman 2004, 206–207.)

Pahimmillaan tieto vakavasta sairaudesta ja tunne elämänhallinnan menettämisestä voi laukaista psyykkisen kriisin. Psyykkinen kriisi voidaan jakaa kriisi- ja jäsentely vaiheisiin. Kriisivaiheen oireina voi esiintyä tunnetilojen vaihtelua, kiihtymystä, hämmennystä ja lamaannusta. Akuuttivaiheen hoidossa hoitohenkilökunnan hyvät vuorovaikutustaidot ovat keskeisin terapeuttinen väline. Hoidossa on keskeistä potilaan rauhoittelu ja tyyntely. Potilaan sairaudesta, ennusteesta ja hoidosta tulisi puhua mahdollisimman selkeästi ja konkreettisesti. Potilaan oman elämänhallinnan tun-

netta pitäisi pyrkiä vahvistamaan. Joskus myös oireenmukainen lääkehoito voi olla tarpeen. Sairaus koetaan uhkana ja uhattuna ihminen ahdistuu. Tältä ahdistukselta pyritään suojautumaan käyttämällä, minän puolustuskeinoja. Nämä keinot muodostavat perustan psyykkisen kriisin jäsentelyvaiheelle. Tässä vaiheessa ihminen pyrkii vähentämään ahdistusta, joko prosessoimalla sairastumistaan tai torjumalla epämiellyttävän kokemusmaailman. Jos ahdistus ei vähene, psyykkinen kriisi voi edetä sopeutumishäiriöksi tai vaikeammaksi psyykkiseksi häiriöksi. (Idman 2003, 206–208; Huttunen 2011.)

Reaktiovaiheen jälkeen seuraa selviytymiskeinojen tunnistamisvaihe, jonka aikana sairauden olemassaolon hyväksyminen tapahtuu pikkuhiljaa. Potilaalla on tarve saada tietoa sairaudesta ja hoidoista. Selviytymiskeinojen tunnistamisvaiheessa sairaanhoitajan tulee tukea potilaan omaa selviytymistä. Keskustelutuen tehtävänä on antaa potilaalle oma voimaannuttava selviytymisen kokemus, joka antaa uskoa että sairaudesta huolimatta elämällä on vielä annettavaa. (Idman 2004, 206–207.)

Sopeutumisvaiheessa tapahtuu sairauden hiljainen hyväksyminen tai kieltäminen. Potilas joutuu kohtaamaan elämän rajallisuuden, minkä seurauksena herää halu toteuttaa asioita, joita on aina toivonut tai että potilas luovuttaa eikä näe elämää elämisen arvoisena. Sopeutumisvaiheessa sairaanhoitajan ensiarvoinen tehtävä on tukea potilasta ja omaisia. Tärkeää tässä vaiheessa on, että kuoleman todennäköisyydestä huolimatta potilaalle tataan pysyä ja luottamuksellinen hoitosuhde eikä potilasta jätetä hoidon ulkopuolelle. Hoidon päätavoitteina on, potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtiminen hoitotyön keinoin. (Idman 2004, 206–207.)

Syöpään sairastuminen on aina potilaalle ja omaisille raskas kokemus. Parantumattomasti sairas ihminen kohtaa lopulta kuoleman ja joutuu käsittelemään luopumisen tunteen ja sen tuoman pelon. Syöpäpotilas joutuu sairauden edetessä kohtaamaan luopumisen eri ulottuvuudet. Eri kriisin vaiheiden ymmärtäminen auttaa sairaanhoitajaa tukemaan potilasta kriisin vaiheissa. Sairanhoitajan osaamisalueeseen tuleekin kuulua tietoa potilaan kokemuksesta kriisin vaiheista ja luopumisen tasoista, jotta hän voi toteuttaa kokonaisvaltaista syöpäpotilaan hoitotyötä. (Hänninen 2006, 38–44.)

3.6.2 Psyykkisten oireiden hoito

Psyykkisten oireiden hoito on osa palliatiivista kokonaisuhoitoa, jonka tavoitteena on oireiden ehkäisy ja varhainen tunnistaminen sekä todettujen oireiden asianmukainen hoito. Saattohoitopotilailla ilmenee usein eriasteista masennusta mutta harvemmin syvää kliinistä depressiota. Oireiden ehkäisyssä on keskeistä vuorovaikutus, jossa hoitotyön keinoina on aktiivinen kuuntelu ja potilasohjaus. Psyykkisten oireiden hoidolle on lähtökohtana hyvä somaattisten oireiden hoito ja oireiden hallinta. Oleellinen osa hoitoa on hoitosuhteen jatkuvuus ja turvallisuus. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2012, 30.)

Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan psyykkisiä oireita tulisi hoitaa kaikki mahdollisin keinoin, jotta potilas voisi elää sairaudesta huolimatta

mahdollisimman täysipainoista elämää. Turhien kieltojen, rajoitusten ja määräysten esittämistä tulisi karttaa, sillä oletusarvona on että potilas on oman itsensä paras asiantuntija. Ohjeilla voidaan kertoa miten potilaan oireet helpottuvat, mutta potilas on kuitenkin oikeutettu tekemään omaan hoitoonsa liittyvät valinnat itse. (Holli 2002.)

Palliativisessa vaiheessa olevien syöpäpotilaiden psyykkisten oireiden lääkehoidossa on otettava huomioon kokonaislääkitys, yhteisvaikutukset eri lääkkeiden kanssa, sekä lääkehoitovasteen kesto. Saattohoitopotilaalle ei voida aloittaa lääkitystä, josta vaikutus alkaa vasta viikkojen päästä. Psyykkisten oireiden hoidossa on tärkeää erottaa masennus syövän aiheuttamasta väsymyksestä tai huonovointisuudesta. Tavallisempien psyykkisten oireiden kuten masennuksen, ahdistuksen ja unihäiriöiden hoito perustuu psyykkistä hyvinvointia tukeviin keskusteluihin ja lääkehoitoon. Masennuksen hoito määräytyy masennuksen tason mukaan. (Idman 2013.)

Ahdistuneisuus voi olla lähestyvän kuoleman aiheuttama normaali reaktio. Se voi johtua myös psyykkisestä häiriöstä tai muusta oireesta, joita ei ole huomioitu. Ahdistuneisuuden taustalla voi olla myös delirium, lääkkeiden vaikutus esimerkiksi kortisonin tai psykelääkkeiden sivuvaikutukset. Oireet voivat johtua myös alkoholin käytöstä tai lääkkeiden lopettamisesta aiheutuvista vieroitusoireista. Luotettava näyttöä tiettyjen lääkeaineiden vaikuttavuudesta saattohoitopotilaan ahdistuneisuuden hoitoon ei ole. Ensisijaisena lääkehoitona käytetäänkin yleensä anksiolyyttejä, esim. bentso-diatsepiineista, loratsepaamista (Temesta®) tai oksatsepaamista (Opamox®) saattaa olla hyötyä. Myös depressiolääkkeet tai haloperidoli (Serenase®) saattavat auttaa. Lääkehoidon lisäksi turvallisuuden ja tuen antaminen on hyvin tärkeää. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2012, 30.)

Unettomuus on subjektiivinen tunne huonosti nukkumisesta. Ongelmana voi olla unen saanti tai unen ylläpito tai molemmat. Unettomuus voi johtua alihoitetuista oireista, esimerkiksi kivusta tai laskeneesta mielialasta. Unettomuus saattaa aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä, mielialan laskua, ärtyvyyttä, päiväaikaista uneliaisuutta, väsymysoireyhtymää ja keskittymiskyvyn puutetta. Unettomuuden hoidossa tulee kiinnittää huomiota unirytmiiin, nukkumisoloihin ja yöllisen kipulääkityksen riittävyteen. Unihäiriön lääkehoitona voidaan käyttää unilääkkeitä, neurolepteja (haloperidoli, ketiapiini) ja masennuslääkkeitä. (Käypä hoito 2012, Hänninen 2012, 31.)

Terminaalinen delirium on sekavuustila, jonka taustalla on orgaaninen aivotoiminnan häiriö. Deliriumin oireita ovat tietoisuuden heikkeneminen, tarkkaavaisuushäiriö, ajattelun ja muistin häiriöt, psykomotoriset ja emotionaaliset muutokset sekä uni-valverytmin muutokset. Delirium on yleinen saattohoitopotilailla, esimerkiksi syöpää sairastavista jopa 88 % ovat deliriumissa viimeisinä elinpäivinä. On mahdollista, että delirium on osa kuolinprosessia. Deliriumia voivat aiheuttaa myös jotkut lääkkeet, infektiot, hypoksia, hyperkalsemia, elektrolyyttihäiriöt, aivoetäpesäkkeet ja uremia. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2012, 30.)

Deliriumin hoidossa on tärkeää hoitaa potilaan kokonaistilannetta, koska saattohoitopotilas voi kärsiä samanaikaisesti useasta psyykkisestä häiriöstä. Näin ollen erotusdiagnostiikkaa on mahdotonta tehdä. Tällaisissa tilanteissa on kiinnitettävä huomiota siihen, ettei toisen oireen hoidossa oleva lääke pahenna toista oiretta. Sekavuuden hoidossa saattohoitopotilaille tavoitteet ovat levottomuuden ja sekavuuden vähentäminen ja näin myös läheisten ihmisten kärsimyksen lievittäminen. (Käypä hoito 2012; Hänninen 2012, 30.)

Deliriumin hoidossa opioidin vaihdosta tai nesteytyksestä saattaa olla hyötyä. Selkeä tutkimuksellinen näyttö kuitenkin puuttuu. Potilaan ennuste huomioiden sekavuuden hoidossa korjataan harkiten elektrolyyttien, nesteytyksen ja aineenvaihdunnan häiriöt. Hoidossa selvitetään onko delirium hyper- vai hypoaktiivinen muoto, jolloin voidaan lääkehoito kohdistaa tarkemmin. Potilaan lääkitys arvioidaan ja poistetaan sekavuutta aiheuttavat lääkkeet. Mikäli potilas kärsii oireistaan, voidaan niitä yrittää lääkehoidolla (haloperidoli, risperidoni, olantsapiini) lievittää. (Käypä hoito 2012, Hänninen 2012; 30.) Läheisten pitäminen ajan tasalla ja rauhoittaminen on tärkeää. Tuttu hoitoympäristö, hoitajat ja läheiset ja heidän rauhallinen ja asiallinen käytös lisäävät potilaan orientaatiota ja rauhoittavat häntä. (Hänninen 2003; 218–221.)

Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteinen tietoisuus siitä, että potilas on lähestymässä kuolemaa, on saattohoitopotilaan psyykkisen tilan arvioinnin lähtökohta. Potilaalla on oikeus surra. Normaalialue surutyötä voi olla vaikea erottaa masennuksesta. Ahdistus saattaa olla luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan tai merkki vaikeammasta psyykkisestä häiriöstä. Diagnoosin tekeminen ei ole helppoa. (Käypä hoito 2012.)

Toivon merkitys korostuu syöpäpotilaan kohdalla. Hoitajan tulisikin hoitosuhteessa korostaa potilaan elämänmyönteisiä ulottuvuuksia ja antaa potilaille mahdollisuus puhua illoista ja suruista. Toivo ei aina ole parantumista, vaan se voi olla myös kokemusta, oman itsensä hyväksymisestä ja elämälle uuden merkityksen löytämisestä. Hoitajan antama aika, läsnäolo ja rohkeus kohdata kuolevan ahdistus ovat asioita, mitkä tukevat potilaan jaksamista surun keskellä. (Kuuppelomäki 2000, 150–151.)

3.6.3 Yhteistyö omaisten kanssa

Syöpää sairastavan henkilön ja hänen omaisilleen syövän hyväksyminen tuo mukanaan epävarmuuden tunteen elämän pituudesta. Hoitohenkilökunnan tuleekin huomioida myös omaisten suru ja ahdistus. Perhekeskeinen hoitotyö on yhteistyötä perheen kanssa. Potilaan läheisten kanssa tehtävä yhteistyö auttaa hoitajaa sisäistämään perheen kokonaisuutena. Elämän uudelleen vakiinnuttaminen syöpädiagnoosin jälkeen, vaatii perheeltä ponnistuksia ja henkilökunnan antama tuki onkin tärkeää, jotta perheen selviytyminen kriisistä helpottuisi. Hoitohenkilökunnan läsnäolo ja kiinnostus antaa tunteen siitä, että he ovat tärkeitä potilaan hoidossa. Kokonaisvaltaisessa hoidossa huomioidaan potilaan läheiset ja myös heidän tuen tarpeensa.

Omaisten läsnäolo ja läheisyys ovat potilaalle ensiarvoisen tärkeitä ja hoitajien tuleekin antaa omaisille mahdollisuus osallistua läheisensä hoitoon. Hoitajan tulee tukea omaisia sillä potilaan fyysiset ja psyykkiset muutokset saattavat tuntua pelottavilta kun rakas ihminen muuttuu fyysisesti hauraaksi, kokee kovia kipuja ja saattaa etäännyä henkisesti. Omaisille suurinta stressiä aiheuttavia tekijöitä ovat epävarmuuden tunne ja avuttomuuden kokeminen.

Halua auttaa ja ymmärtää sairasta omaista ei ole aina helppo toteuttaa. Sairaanhoidajan tehtävänä onkin tukea, antaa tietoa ja auttaa läheisiä selviytymään vaikeasta elämäntilanteesta. Läheisten läsnäolo vaikuttaa, potilaan elämään antaen toivoa ja elämän tarkoitusta. Läheisiä ei voida pakottaa yhteistyöhön mutta heille voi kertoa mahdollisuuksista. Kaikilla omaisilla ei ole henkisiä valmiuksia tai voimia tukea sairastunutta. Potilaalle voidaan potilaan niin toivoessa järjestää ulkopuolinen tukihenkilö, joka on hänen rinnallaan vaikeina aikoina (Hovi & Salanterä 2000, 10–12.)

Omaisten tarpeita saattohoidon aikana voi tarkastella Valviraan tulleiden kanteluiden avulla. Valvira saa kanteluiden kautta paljon tietoa terveydenhuollon toiminnasta ja omaisten kokemista ongelmista saattohoidon aikana. On syytä huomioida, että osa kanteluista johtuu suuresta surusta ja sellaisista tilanteista, joita paraskaan hoito ei olisi voinut estää. Valviran mukaan kivun ja hengenahdistuksen hoito on onnistunut vain puolella saattohoitopotilaista. Yleisin saattohoidon kantelun kohden onkin kipulääkityksen riittämättömyys. Kivun arviointi ja seuranta on saattanut jäädä tekemättä. Kanteluita on tullut myös siitä, että lääkäreillä tai hoitajilla ei ole ollut tarpeeksi tietoa eikä kokemusta lääkehoitoon. (Anttila 2011.)

Valviralle tulevat kantelut koskevat usein omaisten tiedon puutetta potilaan hoidoista niiden tavoitteista. Saattohoitopäätös on myös saatettu tehdä ilman potilaan ja omaisten kanssa käytyä hoitoneuvottelua. Joissain kanteluissa on ilmennyt ongelmia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Potilas on saatettu kotiuttaa huonosti ilman selkeitä ohjeita eikä hoitovastuuta ole siirretty terveyskeskukselle. Tällöin potilas on joutunut turvautumaan päivystykseen, jossa ei yleensä ole aikaa perehtyä saattohoitopotilaan erityisongelmiin. (Anttila 2011.)

Omaiset tarvitsevat tuen lisäksi tietoa, turvallisuutta ja toivoa. Tietoa he tarvitsevat sairaudesta, hoitamisesta ja kuoleman hetkestä. Omaiset ovat usein arkoja kyselemään, joten tietoa täytyy tyrkyttää heille. Omaiset haluavat kuulla potilaan tilanteesta ja hoidoista, samoja asioita on usein tarpeen kerrata useampia kertoja. Omaiset usein miettivät myös ravitsemukseen ja nesteytykseen liittyviä asioita. He saattavat myös kaivata opastusta miten konkreettisesti auttaa potilasta esimerkiksi suuta kostuttamalla. Yhteiset hoitoneuvottelut ovat erinomainen tapa tiedon jakamiseen ja avoimeen keskusteluun. Omaisten toivo harvemmin koskee potilaan ihmeparantumista. Sen sijaan he toivovat, että potilas ei joutuisi kärsimään ja että itse selviytyisivät uudessa elämäntilanteessa. (Surakka ym. 2008.)

4 OIREHOIDON ARVIOINTI

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan oireenmukainen hoito tarkoittaa kuolevan potilaan oireiden huolellista seuranta ja hoitoa riippumatta sairauden ennusteesta. Alihoito tarkoittaa hoitoa, jossa osa potilaan kivusta ja kärsimyksestä jää hoitamatta. Huolellisella oireiden seurannalla helpotetaan potilaan kärsimystä ja hoidetaan oireita tehokkaasti. Kaikkea kipua ja kärsimystä emme saa poistettua mutta on erilaisia hoitotyön keinoja, joilla voimme niitä lieventää. (ETENE 2003.)

Oireiden hoidossa arvioidaan oireiden haitta ja vaikeusaste. Apuna selvietyksessä voidaan käyttää oireiden arviointiin kehitettyjä apuvälineitä. (Käypä hoito 2012.) Onnistunut kivunhoito edellyttää aina hoitotoimien tehokkuuden systemaattista arviointia. Kirjaamisella varmistetaan myös potilasturvallisuus, potilaan- ja hoitajan oikeusturva sekä hoidon laatu ja kehittäminen. (Salanterä 2006, 102–103.)

4.1 Kivun arviointi

Kipu on syöpää sairastavan potilaan tavallisin ja myös paljon pelkoa aiheuttava oire. Kivun lisääntyminen merkitsee usein myös sairauden etenemistä, mikä on potilaan selviytymistä uhkaava tekijä. Kokemus omasta avuttomuudesta ja voimien vähenemisestä aiheuttaa tunteen, jota voidaan ilmaista myös kivun termein. Siksi kivun ja kärsimyksen erottaminen onkin hyvin haastavaa. (Nikula 2003, 90–91.)

Syöpäkivun hoidolle asetetaan yksilölliset tavoitteet, jonka toteutumista arvioidaan säännöllisesti. Syöpäkivun hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä ja tehokas kivunlievitys ja potilaan elämänlaadun parantaminen. Kivunhoidon tavoite määritellään hoitosuunnitelmaan ja hoidon tehoa, hoitotyön menetelmiä ja vaikuttavuutta arvioidaan järjestelmällisesti. (Salanterä 2006.)

Onnistunut kivunhoito edellyttää aina hoitotoimien tehokkuuden systemaattista ja tehokasta kivun arviointia. Kivun voimakkuuden muutosta mittaamalla arvioidaan tuloksia. Kivun arvioinnin tarkoituksena on myös muuttaa subjektiivinen kokemus mahdollisimman objektiiviseksi. (Hovi, Salanterä & Routasalo, 2000, 20–21; Kalso 2013, 882–883; Syöpäkivun hoito-opas 2007, 7–8; Haanpää, ym. 2009, 485.)

Kipuanalyysin pohjana on aina potilaan oma kertomus kivustaan. Kipuanalyysillä on tarkoitus selvittää milloin kipu on alkanut ja miten sitä on hoidettu ja tutkittu. Kivun aiheuttajaa etsitään käyttämällä kliinisen tutkimuksen lisäksi kuvantamismenetelmiä ja laboratoriotutkimuksia. (Kalso 2013, 882; Syöpäkivun hoito-opas 2007.)

Tieto syöpäkasvaimen tyypillisistä leviämistavoista on oleellista kivunhoidon suunnittelussa. Kipupiiirros antaa tietoa kivun sijainnista ja luku-

määristä. Kivunhoidossa hoitajan antama tieto, potilaan tiedon lisäksi auttaa lääkäriä kivunhoidon suunnittelussa. Tarkka kuvaus kivun kestosta, laadusta (polttava/tylppä, jomottava, jne), kivun alueellisista, (heijastuskipu/säteileminen) sekä ajallisista, (äkillinen, toistuva, jatkuva, jne.) ulottuvuuksista ja ominaisuuksista. Kivun mekanismin selvittämistä auttavat kivun reagoiminen liikkumiseen, lämpötiloihin, asennon vaihtoon sekä aiemmin kokeiltuihin hoitoihin. Lisäksi kivun arvioinnissa selvitettäviä asioita ovat kivun voimakkuus ja sijainti, kesto ja laatu, kipua helpottavat ja pahentavat tekijät. Kivun voimakkuutta selvitettäessä selvitetään kivun voimakkuus sillä hetkellä, pahimmillaan ja lievimmillään. (Sailo & Varti 2000, 100–102; Syöpäkivun hoito-opas 2007.)

Laki terveydenhoidon ammattihenkilöistä (559/1994) ja sosiaali- ja terveysministeriö (99/2001) velvoittavat hoitotyöntekijöitä kirjaamaan potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämiseen, suunniteluun, toteuttamiseen ja tarvittavan hoidon seurannan tarvittavat tiedot. Kirjaamisella varmistetaan potilasturvallisuus, potilaan- ja hoitajan oikeusturva sekä hoidon laatu ja kehittäminen. Kivun kirjaaminen on merkittävä osa potilaan kivunhoitoa, sen laadun varmistamista ja kehittämistä. Jotta kipua pystyttäisiin kattavasti kirjaamaan, tulisi hoitohenkilökunnalla olla tieto erilaisista kiputyypeistä, kivun ilmenemismuodoista sekä erilaisten yksilöllisten tekijöiden vaikutuksesta kivun ilmaisuun. Säännöllinen ja jatkuva kivun arvioinnin kirjaaminen mahdollistaa hoidon jatkuvuuden ja hoidon tuloksellisuuden parantamisen. (Salanterä 2006, 102–103.)

Töölön sairaalassa toteutettiin tutkimus (Lahti, Nordberg & Ruhtila 2007, 35–38.), jonka tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien tietoja ja asenteita kivunhoidosta. Tutkimustuloksista selveni, että hoitajien tiedot kivusta olivat hyvät. Kivunhoito oli perusajatukseltaan potilaslähtöistä, missä arviointi ja hoito toteutettiin yhdessä potilaan kanssa. Vaativuutta kivun mittaamiseen lisäsi seikka, etteivät hoitajat aina uskoneet potilaan kykyyn ilmaista kipuaan oikein. Kipumittarien käyttö koettiin yleisesti helpottavan kivunhoitoa, mutta vain 4 % kyselyyn vastanneista hoitajista ilmoitti, että käyttää kipumittaria säännöllisesti arvioidessaan potilaan kipua. Hyvää kivunhoitoa rajoittavaksi tekijäksi koettiin kiire, minkä seurauksena mahdollisuus toteuttaa kivunhoitoa tehokkaasti ei ollut mahdollista. Kiireen esti hoitajan perustehtävää kuunnella ja tarkkailla potilasta. Tutkimuksessa tuloksissa todettiin, että hoitajat ovat kiinnostuneita kehittämään kivunhoitoa ja toivovat säännöllistä koulutusta. He toivoivat myös selkeyttä lääkemääräyksiin, yhteisiä kivunhoito käytäntöjä ja moniammatillisten kivunhoitoryhmien suunnittelua. Kivun mittaaminen on hoitotyössä tuttua, mutta tutkimusten mukaan kipumittareiden käyttö on edelleenkin vähäistä. (Lahti ym. 2007, 35–38.)

Kivunhoidon toteuttajina sairaanhoitajat ovat kivun systemaattisia arvioijia ja kirjaajia. Kivunhoidon toteutus on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa sisältäen, potilaiden ohjausta, neuvontaa ja tukemista omaehtoiseen kivunhoitoon. (Kiuru 2003) Sairaanhoitajien tiedoilla, taidoilla ja asenteella on suuri merkitys potilaan saamaan kivunhoitoon. Toisaalta kivunhoidon epäonnistuminen tai kivunhoidon aloittamisen pitkittyminen lisäävät potilaan kärsimyksiä. Potilaan kanssa tuleekin keskustella kivusta, kivun

mittaamisesta ja kivunhoito menetelmistä, sillä tietoisuus kivun hoidon mahdollisuuksista vähentää potilaan kokemaa ahdistusta. (Hovi & Salanterä 2000, 20–22.)

4.1.1 Kivun arviointimittarit

Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia luokittelumittareita joiden avulla voidaan yhdenmukaistaa kivun tulkintaa. (Salanterä, Hovi & Routasalo 2000, 21). Kipumittareita on kehitetty tutkimustarkoituksen lisäksi myös kliinisen hoitotyön apuvälineeksi. Erilaisia kipumittareita on monenlaisia. Mittari valitaan sen mukaan kuinka tarkkaa tietoa kivun voimakkuudesta halutaan sekä sen luotettavuuden perusteella. (Salanterä ym. 2006, 83.)

VAS, NRS ja VRS ovat mittareita, joita voidaan käyttää kivun voimakkuuden mittaamiseen. Potilaan ilmaisemaan kipukokemukseen on syytä uskoa, mutta on muistettava, että osalle potilaista kivun olemassa olon kertominen ei ole jostain syystä itsestäänselvyys. Kivun kokemus on subjektiivinen tuntemus, joten potilaiden arvio omasta kivustaan ei ole vertailukelpoinen toisen potilaan vastaavaan arvioon omasta kivustaan. (Hovi 2000, 116–122.)

VAS –kipujana (Visual assesment scale) on yleisesti käytössä oleva kipumittari eripuolilla maailmaa. Kipujana on kehitetty kroonisen kivun mittaamiseen. Sen käyttö on yleistymässä myös Suomessa, ja se koetaan melko luotettavana kivun voimakkuuden arvioinnin mittarina. Salanterä ym. (2006) mukaan useat tutkimukset osoittavat, että potilaat käyttävät herkästi mittareiden ääripäitä. Potilaat kokevat kivun arvioinnin ilman selkeää asteikkoa hankalaksi ja sen takia jättävät janan keskiosan käyttämättä. Kipujana on tavallisesti noin kymmenen senttimetrin pituinen jana, jossa janan toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pahinta mahdollista kipua tai sietämätöntä, voimakasta kipua. Kipujanalta potilas osoittaa kohtaa, jonka vahvuista kipua hän arvioi kokevansa. Mittarin toisella puolella on numeerinen asteikko nolasta sataan tai nolasta kymmeneen. Luku voidaan myös mitata janalta. Kipujanaa käytetään yleensä sadasosien tarkkuudella tutkimustyössä ja kymmenesosien tarkkuudella kliinisessä työssä. (Salanterä ym.2006, 84–85.)

Kipujanaa on Salanterän (2006, 85.) mukaan kritisoitu siitä, että potilaiden mielestä kipujanalla oleva termi ”pahin mahdollinen kipu” on liian voimakas ilmaisu. Potilaan on mahdotonta määritellä, mikä on pahin mahdollinen kipu, ja siksi koetaan paremmaksi käyttää termiä ”sietämättömän voimakas kipu. VAS- mittarista on olemassa myös toinen versio, jossa kipua kuvaa punainen kipukiila. Vasemmassa päässä kiila on ohut ja paksuinee oikealle, kohti kovempaa kipua. Kipukiilaa käytetään samalla tavalla kuin edellistä, mutta kiila on ehkä helpompi ymmärtää kuin suoraa tasapaksuista janaa. (Kivun arviointimenetelmät 2010.)

NRS eli numeerinen kipumittari sisältää asteikon nolasta sataan tai nolasta kymmeneen. Nolla merkitsee kivutonta tilaa ja kymmenen tai sata sietämättömän voimakasta kipua. Potilaat kokevat vaikeaksi arvioida kivun voimakkuuden eroa esimerkiksi kipumittarin numeroiden 4–6 välillä. Hoi-

tajat lääkitsevät kipua potilaiden mielestä liian karkean asteikon avulla. Numeerista asteikkoa voi käyttää myös suullisesti, ilman konkreettista mittaria. (Salanterä ym. 2006, 85–86.)

Verbal Rating Scale eli sanallinen kipumittari (VRS) kuvaa kivun voimakkuutta sanoin esimerkiksi ei lainkaan kipua, lievää kipua, kohtalaista kipua, kovaa kipua, hyvin kovaa kipua ja sietämätöntä kovaa kipua. Siirtyminen sanaluokasta toiseen merkitsee kivun voimakkuuden muutosta. Sanat voidaan muuntaa numeeriseen muotoon, jolloin niitä on helpompi tulkita. (Salanterä, Hovi & Routasalo 2000, 21; Sailo & Vartti 2000, 103.) Sanallinen kipumittarin on yleisesti maailmalla käytössä oleva kivun arviointiin käytettävä mittari. Tämän kipumittarin avulla potilaalla on mahdollisuus ilmaista kipukokemuksensa tunneperäisiä piirteitä. Potilaat käyttävät mielellään sanallista kipumittaria sen yksinkertaisuuden ja helppouden takia. (Sailo & Vartti 2000.)

WHO:n suositus syöpäkivun portaittaisesta hoidosta esitettiin jo 20 vuotta sitten ja se on otettu huomioon syöpöpotilaita hoitavien lääkäreiden koulutuksessa. Tästä huolimatta syöpöpotilaan kivun hoito on yhä haaste. Yksilöllinen kivun kokemus, kipuun liittyvät tai sitä pahentavat lieveoireilut ja kivun hoidon riittämätön potilaskohtainen räätälöinti ja seuranta aiheuttavat sen, että hoidon toteuttaminen ja kehittäminen edellyttävät jatkuvaa valppautta. Kivun aiheuttamaa kokonaisikärsimystä lisäävät tietämättömyys kivun syistä, vaikeus saada apua, tehottomat hoidot ja tunne oman kehon hallinnan menettämisestä. (Kalso 2004.)

4.1.2 Ohjaus kivun arvioinnissa

Hoitotyöhön ja sairaanhoitajan osaamiseen kuuluu olennaisena osana potilaan ja hänen omaistensa ohjaus. Ohjaamalla potilasta pyritään hänelle antamaan tietoa, joka auttaa häntä ymmärtämään omaa terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan sekä kuntoutustaan. Hyvän ohjauksen perustana voidaan pitää jatkuvaa ohjausta. Myös omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistuminen lisää oman elämänsä hallinnan tunnetta. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2001, 30–32.)

Hyvään ohjaukseen hoitajalta vaaditaan hyvä teoreettinen tietopohja, hyvät vuorovaikutustaidot sekä ohjaus- ja neuvontataitoja. Jokaisella ihmisellä on yksilöllinen tapa oppia. Esimerkiksi toiset kiinnittävät huomiota yksityiskohtiin, kun taas toiset hahmottavat kokonaisuuksia. Hyvässä ohjauksessa hoitaja rohkaisee potilasta ja ottaa huomioon hänen yksilöllisen tapansa oppia sekä käyttää menetelmiä, jotka kehittävät potilaan toimintaa ja auttavat tilanteen hallinnassa. Hoitotyön sisällön ja eri ohjausmenetelmien avulla hoitaja valitsee oikean menetelmän huomioiden potilaan iän, elämänvaiheen ja terveydentilan. Hoitajan tulee ottaa huomioon potilaan oma kokemus sairaudestaan ja kivusta sekä tavat selviytyä niistä. Kipumittareiden käytön ohjaus potilaalle on tärkeää, jotta hoitajan ja potilaan käsitys kivun voimakkuudesta kohtaavat. Merkittävää on kysyä ja kuunnella potilasta, jotta saadaan käsitys hänen aiemmasta tietopohjastaan ja näin hoitaja pystyy paremmin tukemaan ja ohjaamaan potilasta. (Holmia, ym. 2001, 33; Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 72.)

Kipumittarin käyttö on aina ohjattava potilaalle. Lisäksi hänelle tulee kertoa, mitä merkitystä kivun mittaamisella on hoidon onnistumiselle. Potilas ei välttämättä ymmärrä, mitä pahin mahdollinen kipu tarkoittaa, jolloin hänen on hyvä verrata pahinta kokemaansa kipua ja verrata nykyistä kipuaan siihen. Lisäksi on huomioitava se, että potilas on varmasti ymmärtänyt kipumittarin käytön oikein. (Sailo 2000,103.)

Hoitajalla on vastuullinen rooli ohjatessa potilasta arvioimaan omaa kipuaan ja muita oireita. Hän toimii potilaan asianajajana ja tukee potilasta osallistumaan omaan kivun hoitoonsa ja näin toimii terveyttä edistävänä ammattilaisena. Hoitajan tehtävänä ohjaajana on huomioida potilaan yksilölliset tarpeet ja valita yhdessä potilaan kanssa, mikä mittari sopisi parhaiten juuri tämän potilaan kivun arviointiin. Havainnollistamisen käyttö ohjauksessa voisi olla avuksi mittarin valinnassa. Kun potilas on saanut riittävästi tietoa erilaisista kipumittareista, hän pystyy paremmin valitsemaan itsellensä sopivan kipumittarin ja näin ollen osallistumaan omaan kivun hoitoonsa.

4.1.3 ESAS-oireiden kartoituslomake

Syöpäpotilaan muiden oireiden kuin kivun mittaaminen ei ole kovinkaan yleistä. Syöpäpotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu sairaudesta johtuvien oireiden kartoittaminen. Jos huomio on kiinnitetty vain yksittäisiin vaivoihin, voi moni muu merkittävä oire jäädä huomioimatta. Potilaalle saattaa myös jäädä käsitys, että osa oireista on sairauden tuomaa kärsimystä mikä tulee kestää. (Salminen & Salmenoja 2007.)

ESAS-mittari (Edmonton Symptom Assesment System) on oirekartoituslomake, jossa huomioidaan yleisimmät syöpäpotilaan oireet kuten kipu levossa, kipu liikkeessä, uupumus, pahoinvointi, masennus, hengenahdistus, ruokahaluttomuus, ahdistuneisuus, ummetus, unettomuus ja yleisvointi. ESAS-mittari (Suomenkielinen versio tulostettavissa Edmonton Zone Palliative Care Programin internet-sivuilta, LIITE 1) toimii samalla periaatteella kuin kipujana eli numeerisella asteikolla 1–10. Oireen haittaa arvioidaan ympyröimällä numero. Lomakkeen toisella sivulla on ihmisen vartalo kuvattuna edestä ja takaa. Kivun kartoituksessa vartalon kuvat auttavat havainnollistamaan paremmin kehon alueet, missä kipua on. (Edmonton Zone Palliative Care Program 2010.) Oireiden luokitteluasteikko on 0, 1–3, 4–7, 8–10, mutta masennuksen ja ahdistuksen luokittelussa käytetään numero asteikkoja 0–1 ja 2–10. Kun oireiden voimakkuus taso nousee enemmän kuin 4 tai masennuksessa arvo on enemmän kuin 1, keskustellaan potilaan kanssa tarkemmin oireiden esiintyvyydestä ja siitä mitä hoitovaihtoehtoja on tarjolla. (Salminen & Salmenoja 2007) ESAS-mittari kertoo potilaan tämän hetken oireista ja on osa kokonaisarviointia oireiden hoidossa. (Edmonton Zone Palliative Care Program 2010.)

Salmisen (2007) tutkimuksessa palliativisen hoidon potilailla on laaja oirekirjo. Samanaikaisesti vaikuttavat oireet voimistuessaan pahentavat toisiaan. Unettomuus voimisti kipua ja kivun lisääntyessä masennuksen oireet myös lisääntyivät. Tuloksista ilmeni myös, että syöpäklinikan kuratiivisessa hoidossa olevien potilaiden kipua ja muutkin oireet olivat hallinnas-

sa, kun taas palliatiivisen hoidon potilailla oirekirjo oli huomattava. Palliatiivisen hoidon potilailla tulokset pysyivät samoina kun verrattiin eri hoitoja saaviin potilaisiin. Monet oireet jäivät huomioimatta, jos vastaanottokäynnillä kysytään vain yleiseen vointiin liittyviä kysymyksiä.

ESAS- mittarin hyödyllisyys tuli esiin jo tutkimuksen kartoituksen aikana. Potilaat tunsivat tulleen kokonaisvaltaisesti huomioiduksi. He olivat tyytyväisiä kun saivat mahdollisuuden puhua aikaisemmin huomioimatta jääneistä oireista. Potilaat kokivat tyytyväisyyttä myös siitä, että he saivat arvioida itse oireiden vaikeusastetta. Suomessa olemme tottuneet arvioimaan asioita asteikolla 0–10, joten potilailla ei tuottanut suurempia vaikeuksia hahmottaa kartoituksessa käytettyä mittaria.

Oirekirjo on muuttunut oireita ennakoivan lääkehoidon ja muiden tukihoidojen kehityksen myötä. Ennen pahoinvointi oli hyvin hallitseva oire mutta nyt kartoituksessa ilmeni, että pahoinvointi on jäänyt taka-alalle ja oireista yleisin on uupumus. Kartoituksen tuloksissa ilmeni, että uupumus, kipu, masennus ja unihäiriöt ovat kaikkein yleisimpiä oireita. Kipuoireen voimakkuus arvio ylitti neljän rajan kolmasosalla potilaista. Näiden potilaiden kohdalla selvitettiin tarkemmin kuinka lääkehoito toteutuu ja sitä kuinka kivun hoitoa voitaisiin parantaa lääkehoidon muutoksella. (Salminen & Salmenoja 2007.)

Holtan ym. (2007)) tutkimuksessa tehtiin kartoitus siitä kuinka paljon syöpäpotilaiden kipua esiintyy ja millaista lääkehoitoa he saavat. Norjalaisessa tutkimuksessa kaikkien yli 18-vuotiaiden sairaalahoidossa olleiden syöpäpotilaiden kiputilanne kartoitettiin vuorokauden aikana. Tutkimuksessa ilmeni, että 52 % syöpäpotilaista esiintyy kipua. Levinnyttä syöpää sairastavista potilaista kolmasosalla ei ollut opioidilääkitystä, vaikka heillä oli hyvin vaikeita kipuja. Riittävän kipulääkityksen puuttumista esitettiin syiksi terveydenhoitohenkilöstön osaamisen puutteita ja ettei sairaalan hoitorutiineissa arvioitu kivun hoitoa.

Salmisen ja Syvänojan (2007) tutkimuksessa tulokset ovat samansuuntaisia ja kertovat siitä, että syöpäpotilaita hoidettaessa on tärkeää kuunnella potilaan oireita ja kehittää niiden hoitoa. Tulokset myös selvensivät potilaiden oirekirjon, joka voi pahentuessaan johtaa vaikeaan oireiden kierteseen. Esimerkiksi kipu lisää unettomuutta ja unettomuus puolestaan masennusta ja uupumusta ja nämä pahentavat kipua.

Tutkimus osoitti palliatiivisessa hoidossa olevien syöpäpotilailla olevan hyvin paljon merkityksellisiä oireita, jossa kipu nousi hyvin keskeiseksi oireeksi. Syöpää sairastavan potilaan hoidon kannalta, ESAS-mittari oireiden kartoitukseen ja VAS-mittari kuuluvat palliatiivisia potilaita hoitavien terveydenhoidon ammattilaisten hoitotyön arkeen. Oirekartoitus auttaa tunnistamaan oireet ja auttaa estämään oireiston pahenemisen. Mittarit ovat tärkeitä apuvälineitä joiden avulla voimme olla toteuttamassa mahdollisimman hyvää ja laadukasta hoitotyötä monista syövän aiheuttamien oireiden helpottamiseksi. (Salminen & Salmenoja 2007.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää syöpäpotilaan palliatiivista hoitotyötä terveyskeskuksen potilasosastolla. Opinnäytetyön teoriaosuuksista, syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö, pidettiin alustus joka esitettiin terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle. Työyhteisön tarpeisiin suunnattu opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa syöpäpotilaan oireenmukaisesta hoidosta hoitohenkilökunnalle.

6 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää työelämälähtöisen tuotoksen ja raportin, joka osoittaa opiskelijan tutkivan kirjallisen viestinnän taidot. Opinnäytetyöllä tavoitellaan ammatillisessa kentässä käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista ja toiminnan järjestämistä. Alasta riippuen se voi olla esimerkiksi jonkin tapahtuman toteuttaminen tai ammatilliseen käyttöön suunnattu ohjeistus tai opastus. Pelkkä tuotos ei kuitenkaan riitä ammattikorkeakoulun opinnäytetyöksi, vaan opinnäytetyössä on käytettävä alan teorioista nousevaa tarkastelutapaa valintoihin ja valintojen perusteeseen. Opinnäytetyössä voidaan käyttää määrällisiä tai laadullisia tutkimusmenetelmiä sisällön hankinnassa. Tutkimusmenetelmiä käytetään kuitenkin perustasolla tiedonhankinnan apuvälineenä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10.)

Toiminnallisella opinnäytetyöllä, tulisi olla toimeksiantaja. Työelämäkentän toimeksianto, tukee usein opinnäytetyön tekijän ammatillista kasvua. Toimeksi annettu opinnäytetyö voi myös lisätä opiskelijan vastuuntuntoa ja kehittää projektityön taitoja, aikataulutusta ja tiimityöskentelyä. Parhaimmillaan opinnäytetyö voi myös vastata työelämässä syntyneeseen tarpeeseen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16–17.) Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksen on tarkoitus osoittaa, että opiskelija osaa soveltaa ammatillista teoreettista tietoa käytäntöön, sekä suhtautua käytännössä toteutuvaan hoitotyöhön kriittisesti. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 42.)

Toiminnallinen opinnäytetyöprosessi on hyvä suunnata tietylle kohderyhmälle, sillä se auttaa työn rajaamisessa ja sisällön määrittämisessä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38–40.). Työyhteisöni tarpeista lähtevä opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Toiminnallinen osuus koostui hoitohenkilökunnalle pidettävästä alustuspuheenvuorosta ja keskusteluosuudesta, jonka tavoitteena on lisätä tietoa ja kehittää syöpäpotilaan palliatiivista hoitotyötä terveyskeskuksessa.

6.1 Opinnäytetyön eteneminen

Aiheen valintaan vaikuttivat merkittävästi omakohtaiset kokemukset syöpää sairastavien potilaiden, joskus hyvin haastavatkin, hoitotyön tarpeista. Valintaani oli myös vaikuttamassa työyhteisössäni käydyt monet keskustelut.

lut opinnäytetyö aiheestani, joka koettiin tärkeäksi. Palliatiivisesta hoidosta työyhteisössäni haluttiin lisää syventävää tietoa sekä koettiin tärkeänä saada tietoa hoitotyön keinoista, joiden avulla voitaisiin tavoitella mahdollisimman hyvää elämän loppuvaihetta syöpää sairastavalle potilaalle.

Keskusteluissa nousi myös kiinnostuksen aiheeksi keinot, kuinka saisimme työkokemusten kautta saatu tietotaito niin sanottu hiljainen tieto näkyväksi, jaettavaksi hoitoyhteisössä ja elämään hoitokäytännöissä. Ensin suunnittelin tekeväni kyselyn hoitajille palliatiivisen hoidon toteutuksesta terveyskeskuksessa mutta päädyin toiminnallisen tilaisuuden järjestämiseen, joka palvelisi paremmin työyhteisöni tarpeita. Alustuspuheenvuoro teoriasta osuudessa olisi tietoa syöpää sairastavan potilaan palliatiivisesta hoitotyöstä ja keskustelu osuudessa voisimme yhdessä pohtia eri näkökulmia ja hoitotyön ratkaisuja hoitotyön kehittämiseen monipuolisesti.

Teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen aloitin kesällä 2011. Olen myös hankkinut tietoa ja kliinistä osaamista lisä koulutuksella ja harjoittelu jaksoilla. Opiskelun aikana suoritin ammattikorkeakoulun järjestämän 4 opintopisteen laajuisen Saattohoito lisäkoulutuksen, johon sisältyi tutustuminen Hämeenlinnassa sijaitsevaan saattohoitokoti. Yksityisen säätiön ylläpitämä saattohoitokoti, antaa vaativaa saattohoitoa ja toimii konsultaatio yksikkönä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä. Keväällä suoritin ennen työharjoittelujaksoa Syöpätaudit 5 opintopisteen laajuisen koulutuksen avoimessa yliopistossa. Näiden koulutusten antina sain paljon teoretieto, josta sain perustietoa syöpää sairastavan potilaan hoitotyöhön ja vakavasti sairaan potilaan kohtaamiseen.

Kesällä 2011 suoritin asiantuntijaharjoittelun Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien osastolla, harjoittelussa sain tutustua syöpäpotilaan hoitotyöhön osastolla ja sädehoito yksikköön. Toisen asiantuntijaharjoittelusuuden suoritin saman vuoden syksynä Jyväskylän sädesairaalassa. Sairaalassa toimi päiväsairaalan yksikkö jossa suoritin harjoittelujakson tutustuen syöpää sairastavien avoterveydenhuollon asiakkaisiin. Näitä harjoitteluja täydensi, joulukuussa 2011 suoritettu harjoittelujakso, Hyvinkään sairaalassa onkologian poliklinikalla. Näistä kaikista harjoittelupaikoista sain laajan kuvan syöpäpotilaan hoitopolusta niin sairaalassa kun avohoidossa. Sain tutustua useisiin syöpää sairastaviin potilaisiin, heidän läheisiinsä ja toteuttaa syöpäpotilaan haastavaa hoitotyötä.

Opinnäytetyön väliseminaari pidettiin 3.10.2011. Sen pohjalta tulleiden ehdotusten ja harjoittelusta saamieni tietojen pohjalta kirjoitin työtäni valmiimmaksi. Perhesyiden takia työni tekemiseen tuli vuoden mittainen tauko. Olin suunnitellut pitäväni toiminnallisen osuuden vuoden 2013 alussa mutta suunnitelmiin tuli muutos ja ajankohtaa aikaistettiin. Opinnäytetyön toiminnallisen osuuden pidin terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan kehittämisiltapäivässä, joka toteutettiin 11.10.2012. Toiminnallisen osuuden raportin kirjoitin tämän vuoden alussa ja opinnäytetyön viimeistely jatkui tähän syksyyn.

Aikaisempi työkokemus ja käytännön työelämä harjoittelut ovat antaneet pohjaa teorian työstämiselle. Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä prosessi.

Ajallisesti se on vienyt kaksi vuotta ja on vaatinut paljon aikaa ja voimia. Opinnäytetyön tekemisen aktiivisuus on vaihdellut työn edetessä. Opiskelun ja perheen sekä työpaikan aikatauluttaminen aikuisopiskelijalla on välillä hyvin haasteellista. Välillä on ollut hyväksi jättää ajatuksia ja asioita hautumaan, ja jatkaa työstämistä myöhemmin uudelleen.

7 ALUSTUS SYÖPÄPOTILAAN PALLIATIIVISESTA HOITOTYÖSTÄ

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu tuotos eli produkti sekä raportti. Produkti voi olla esimerkiksi ohje, opas tai tapahtuma, joka on suunniteltu tietyille kohderyhmälle. Raportista tulee selvittää mitä, miksi ja miten on tehty, kuvaus työprosessista sekä mitkä ovat tulokset ja johtopäätökset. Siitä ilmenee myös oman tuotoksen, osaamisen ja oppimisen arviointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Opinnäytetyön toiminnallinen osuus koostui terveystieteiden potilasosaston henkilökunnalle pidettävästä alustuspuheenvuorosta, jonka olin suunnitellut opinnäytetyöhön etsimäni teorian pohjalta.

Asiantuntija-alustuspuheenvuoro jäsentää kuulijoilleen teorian tietoa valitusta aiheesta. Alustuspuheenvuorossa lähestytään aihetta monipuolisesti ja useasta eri näkökulmasta. Tavoitteena alustukselle on herättää keskustelua, joten tämä täytyy ottaa huomioon alustuspuheenvuoroa suunniteltaessa. Mikäli aiheesta käsitellään jotain tiettyä ongelmaa, alustukseen kuuluu myös ratkaisuehdotus perusteluineen. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 52.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää syöpäpotilaan palliatiivista hoitotyötä. Tavoitteena oli alustuspuheenvuorolla lisätä hoitajien teorian tietoa palliatiivisesta hoitotyöstä, syöpää sairastavan potilaan oireista ja hoitotyön auttamiskeinoista oireiden helpottamiseksi sekä herättää keskustelua syöpäpotilaan palliatiivisen hoitotyön kehittämiseksi. Kehittämisehdotuksena esittelin kivun mittaamiseen käytettävän VAS (Visual analog scale)-mittarin ja moni oireiselle syöpäpotilaalle kehitetyn ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) oirekartoituslomakkeen, jotka ovat apuvälineitä oireiden kartoitukseen ja arviointiin hoitotyön vaikuttavuudesta.

7.1 Suunnitelma

Kun suunnitellaan esitelmän sisältöä, tulee ottaa huomioon esityksen aihe ja puhujan tiedot siitä, esityksen tavoite, kuulijakunta, valmistautumismahdollisuudet ja tilaisuuden luonne. Sisällön rajaamiseen vaikuttavat kuulijoiden tarpeet ja käytettävissä oleva aika. Niemi, Nietosvuori ym. (2006) ovat teoksessaan jakaneet valmistelun vaiheet kolmeen erilliseen osaan, jotka ovat: tilanteen analyysi ja esityöt, muokkaus sekä viimeistely. Ensimmäisessä osassa huomioidaan kuulijat ja heidän odotuksensa, tietotasonsa ja tarpeensa, määrittää puhetilanteen tarkoitus, tavoitteet ja aihe, hahmotella sisältö, hankkia aineisto, käsitellä ja rajata se sekä selvittää esiintymistilanteen aika ja paikka sekä mahdollisuuksien mukaan tutustua tilaan. Toiseen osaan sisältyy jäsentely sisällöstä, esityksen havainnollis-

taminen sekä aloitus ja lopetus. Viimeinen osa on aineiston, sisällön ja havaintomateriaalin viimeistely, muistion tai tukisanalistan luominen, kokonaisuuden tarkistaminen ja esityksen harjoittelu.

Alustuspuheenvuoron esityksen ajankohta suunniteltiin esimieheni kanssa pidettäväksi terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan kehittämissiltapäivässä 11.10.2012. Aikaa esitykselle oli varattu 90 minuuttia. Kehittämissiltapäivään oli suunniteltu työpaikan työvuorosuunnittelussa mahdollisimman runsas osanottajamäärä. Koska tilaisuus oli puolenpäivän jälkeen, tilaisuuden aluksi oli suunniteltu ruokailu. Tilaisuuden pitopaikka oli ravintolan kabinetti, joka oli tilana suunniteltu ruokailuun ja yhdessäoloon pienelle ryhmälle. Tilassa ei ollut mahdollisuutta Power Point-esitykseen, joten olin suunnitellut tekeväni luentomateriaalin, jossa olisi aiheista tiivistettyä tietoa ja muistiinpanoille kirjoitustilaa.

Koska syöpäpotilaan palliatiivisen hoitotyön aihe on hyvin laaja, suunnittelin pienimuotoisen kyselyn osallistujille aiheen rajaukseksi. Kyselyn tarkoituksena oli myös kartoittaa niitä aihealueita, joista henkilökunta haluaisi lisää tietoa syöpäpotilaan palliatiivisessa hoitotyössä. Kartoituksella voisin myös kohdentaa esityksen aiheita kuulijoiden kiinnostuksen ja tarpeiden mukaan paremmin. Kyselyyn sain 11 vastausta, joista valitsin 5 aiheita, jotka olivat useimmissa kartoitus kaavakkeissa merkitty aiheiksi, joista tietoa haluttiin lisää. Valitut aiheet olivat: kipu, pahoinvointi, palliatiivinen sädehoito, sekä hoidonlinjaukset ja hoitotahto. Nämä aiheet otin huomioon alustuspuheenvuoron ja luentomateriaalin suunnittelussa. Koska kaikilla työyhteisössä ei ollut mahdollisuutta osallistua tilaisuuteen, olin suunnitellut materiaalin jaettavaksi myös heille.

Havainnollistamismateriaalin käyttö pitää olla harkittua ja materiaalin pelkkä esille laittaminen ei ole riittävää. Harkittu, osaava ja oikea-aikainen esittäminen antaa viestin kuulijoille heidän arvostamisesta ja puhujan valmistautumisesta. (Niemi ym. 2006, 44–46.) Suunnitteluvaiheessa mietin, myös erilaisten lisämateriaalin käyttöä, jolla voisin elävöittää esitystäni. Havainnollistaminen auttaa kuulijoita ymmärtämään ja keskittymään asiaan. Havainnollistamisen keinoja ovat kielen keinot, kuvaavien esimerkkien ja vertauksien kertominen. Myös aktivoivat kysymykset ja aistien virikkeet esimerkiksi, jotain nähtävää, kokeiltavaa tai tunnusteltavaa tarjoaa kuulijoille muidenkin aistikanavoiden hyödyntämistä.

Harjoittelin esitystä ja tein aihesanalistoja esityksen tueksi, suunnittelin myös muutamia esitykseen sopivia esimerkkejä käytännön hoitotilanteista aiheita elävöittämään. Suunnittelin luentomateriaaliin liitteeksi, ESAS-oirekarttoitus lomakkeen ja VAS-mittarin käyttöohjeen. Luentomateriaalin kanneksi olin harkinnut kuvaa palliatiivista hoitotyöstä, jossa kuva havainnollistaisi palliatiivisen hoitotyön muuttumisen sairauden eri vaiheissa.

Kipumittareita on työpaikalla muutamia. Halusin saada kaikille omat mittarit työväliseksi ja olla näin vaikuttamassa siihen, että kivun tai muiden oireiden mittaaminen tulisi jokapäiväiseen käyttöön ja jokainen pääsisi tutustumaan ja harjoittelemaan käyttöä. Otin sähköpostitse yhteyttä lääkeedustajaan, joka lähetti materiaalia kipulääkkeistä ja kipumittarit jaettavak-

si. Kipumittarin käyttöohjeita olin monistanut jaettavaksi niitä haluaville ja lisämateriaalina esittelin Kanta-Hämeen keskussairaalan kipupoliklinikan laatimaa, laajempaa kivun arviointiohjetta. Ohje löytyy myös sairaanhoitopiirin internet-sivuilta.

ESAS- oireiden kartoituslomaketta ei käytetä vielä kovin laajasti. Itse olen tutustunut oireiden kartoituslomakkeeseen työharjoittelujaksolla Jyväskylän sädesairaalan syöpätautien osastolla jossa he käyttivät kartoituslomaketta. Olin varannut esitykselle aikaa 40 minuuttia. Loppuaika oli suunniteltu keskustelulle aiheista nousseisiin kysymyksiin ja ajatuksiin. Esimieheni oli lupautunut toimimaan esitykseni arvioijana ja antamaan siitä kirjallisen palautteen.

7.2 Toteutus

Esitykseni pidin suunnitellusti 11.10.2012. Esityksen toteutuspaikkana toimi Riihimäen asemaravintolan kabinetti. Osallistujina olivat työyhteisöni hoitohenkilökunta, joista 14 oli paikalla sekä osastonhoitaja ja ylihoitaja. Tilaisuuden aluksi ruokailimme ja ruokailun jälkeen oli oman osuuteni vuoro. Luentomateriaalin olin laittanut jakoon heti tilaisuuden alussa, koska materiaalissa oli muistiinpanoille tilaa ja osallistujat voivat esityksen aikana laittaa ylös asioita, joista he haluavat kysyä tai kommentoida. Osanottajien määrä oli pieni ja kaikki mahtuivat yhden ison pöydän ympärille, joka mahdollisti keskustelulle hyvät lähtökohdat.

Olin suunnitellut, että puhuisin syöpäpotilaan hoitotyön kuuluvista aiheista, joista oli kirjoittanut aiheisiin liittyviä pääkohtia luentomateriaaliin. Aiheiden käsittelyn jälkeen olin varannut aikaa keskustelulle esityksen aiheista. Käytännössä keskustelimme jokaisen aiheen esityksen jälkeen. Keskustelu oli hyvin vilkasta, esitin myös lisäkysymyksiä osallistujille ja kerroin esimerkein toimintatavoista erilaisten oireiden hoidossa. Palliatiivisesta sädehoidosta oltiin myös kiinnostuneita, koska nykyään palliatiivinen sädehoitoa on yleistynyt ja hoitotulokset ovat hyvät syöpäpotilaiden oireiden hoidossa. Sairaanhoitopiirin alueelta sädehoito toteutetaan Tampereen yliopistollisessa sairaalassa.

Hoitolinjaukset ja hoitotahtoa synnytti keskustelua. Eettiset kysymykset nähtiin tärkeinä. Myös oireiden hoidosta ESAS- lomake joka oli luentomateriaalin liitteenä, herätti kiinnostusta. Keskustelussa tuli ilmi, että ainakin Tampereen palliatiivinen poliklinikka käyttää ESAS- lomaketta. Olisi kiinnostavaa ottaa yhteyttä yksikköön ja tiedustella kokemuksia lomakkeen käytöstä. Kipumittari oli kaikille tuttu, mutta mittarin käytön kertaus ja kivun arviointiin liittyvä lisämateriaali kiinnosti osallistujia. Jaoin lopuksi kaikille kivun mittaamiseen tarkoitetun VAS- mittarin, jotta kaikki pääsisivät harjoittelemaan mittarin käyttöä. Esitysaika loppui hieman kesken runsaan keskustelun takia, sillä keskustelu herätti paljon ajatuksia ja pohdittavaa syöpäpotilaan palliatiivisesta hoitotyöstä.

7.3 Arvionti

Puheviestintätaitojen kehittymiseksi tarvitaan palautetta ja itsearviointia. Onnistunut palaute vahvistaa itsetuntemusta, esiintymistaitoa ja -rohkeutta, mutta myös osoittaa kehittymisalueita. Palautteen pitäisi olla mahdollisimman konkreettista ja selkeää ja sitä tulisi antaa suhteessa tavoitteisiin ja päämääriin. (Niemi & Nietosvuori ym. 2006, 55.)

Alustuspuheenvuoro ja keskustelun osuus ei mennyt aivan etukäteissuunnitelmien mukaan mutta tavoitteeni oli saada keskustelua aikaan ja tämä tavoite kuitenkin täyttyi. Aiheet koettiin tärkeiksi ja varsinkin eettiset kysymykset kuolevaa potilaan hoitotyössä ja potilaan kärsimyksen määrästä, otettiin rohkeasti esiin mikä on todella hyvä asia. Eettinen keskustelu pitäisi kuulua jokaisen terveydenhoito yksikön jokapäiväisiin rutiineihin.

Syöpäpotilaan hoitotyön kehittämisen tavoite täyttyi myös, sillä esittämäni kehittämisidea VAS- mittarin ja ESAS- oireiden kartoituslomakeen käytöstä otettiin hyvin vastaan ja oltiin kiinnostuneita ottamaan ne käyttöön palliativisen hoitotyön vaikuttavuuden arviointiin. Keskustelimme myös mittareiden arviontien tulosten kirjaamisesta sähköiseen potilastietojärjestelmään ja siitä kuinka voisimme hyödyntää mittareiden tuloksia käytännön hoitotyössä.

Osastonhoitaja kanssa käydyssä palautekeskustelussa ideoimme mahdollisuudesta jatkaa syöpäpotilaan palliativisesta hoidosta keskustelua. Esimerkiksi osastotunnin yhteydessä voitaisiin yhdessä keskustella syöpäpotilaan hoitotyöhön liittyvistä ongelmista. Näin mahdollisimman moni voisi osallistua yhdessä miettimään hoitotyön käytäntöjä, ja olisiko niissä tarvetta muutokseen. Osastonhoitaja antoi sovitun kirjallisen arvion tilaisuuden esityksestä ja arvioissa asettamani tavoitteet täyttyivät.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Syöpäpotilaan hoitotyö on aina kiinnostanut minua. Työpaikallani on usein monia syöpää sairastavia potilaita, joista osalla on sairaus edennyt saattohoitovaiheessa. Olen saanut olla omahoitajana toteuttamassa palliativista hoitotyötä. Syöpää sairastavien potilaiden hoitotyö ja yhteistyö heidän läheistensä kanssa on välillä hyvin haastavaa mutta myös antoisaa.

Opinnäytetyötä kirjoittaessani ja teoreettista tietoa hakiessani aiheen rajaaminen on ollut vaikeaa, koska tietoa on hyvin runsaasti tarjolla. Aiheen rajaamiseen olen käyttänyt apuna Käypähoito-suositusta, Kuolevan potilaan hoito. Suosituksen tieto on lääketieteellisen asiantuntijaryhmän tuottamaa ja tutkimuksiin perustuvaa. Käytän työssäni suosituksen tietoa, koska se on luotettavaa ja ajantasaista. Käypähoito-suositusten tietoa pitäisi enemmän tuoda käytännön hoitotyöhön ja hyödyntää esimerkiksi suosituksiin liittyviä verkkokursseja. Vaikka suositukset ovat lääketieteeseen painottuvia, tietoa voi hyödyntää sairaanhoitajan toteuttamassa hoitotyössä.

Opinnäytetyöni aiheena on syöpäpotilaiden palliativinen hoitotyö. Opinnäytetyön tavoitteena on, että teorian tieto palvelisi hoitotyöntekijöitä syö-

päpotilaan palliatiivisen hoitotyön toteuttamisessa ja kehittämisessä, esimerkiksi mittareiden avulla. Mielestäni parhaiten opinnäytetyön teoriatieto ja mittareiden käyttö hyödynnetään viemällä ne syöpäpotilaan palliatiiviseen hoitotyöhön. On tärkeää saada tieto näkyväksi, jaettavaksi hoitoyhteisössä ja elämään hoitokäytännöissä. Opinnäytetyössä olen etsinyt teoreettista tietoa, jota hoitohenkilökunta voi käyttää hyväkseen potilaan oireiden hoidossa hoitotyön keinoin. Olen oppinut myös paljon erilasten syöpään liittyvistä oireista, niiden hoidosta ja hoitotyön vaikuttavuuden arvioinnista.

Oireiden havainnointi ja seuranta korostuu syöpäpotilaan palliatiivisessa hoitotyössä. Levinnyttä syöpää sairastava potilas kärsii usein monista oireista samanaikaisesti. Oireiden hoito ja sivuvaikutukset aiheuttavat lisää oireita, jotka muuttuvat sairauden eri vaiheissa ja tarvitsevat erilaisia hoitotyön keinoja. Oirehoidon kannalta on merkityksellistä myös oireiden häiritsevyyys. Häiritseväisyys on yksilöllistä, joten potilaat ja hoitohenkilökunta voi olla oireiden häiritseväisyydestä eri mieltä ja hoito saattaa suuntautua oireisiin, jotka ovat näkyvämmät mutta ei potilasta eniten häiritseviä. Hoitotyössä olisikin keskityttävä potilaan kannalta häiritseviin oireisiin ja suunnitella hoito sen mukaan.

Syöpäpotilaan fyysisen kivun hallitseva ominaisuus peittää usein muut syöpäsairauden tuomat kärsimykset. Syöpäkipu kuluttaa potilaan voimavaroja. Kipu muistuttaa jatkuvasti olemassa olollaan sairauden parantumattomuudesta. Hallitsemattomat kivut, syöpähoidot ja toimintakyvyn vaihtelu altistavat syöpäpotilasta ajoittaiselle masennukselle. On tärkeää ymmärtää fyysisen kivun kokonaisvaltaisuus. Voimakasta kipua kokeva potilas ei pysty käsittelemään muita elämänsä liittyviä kärsimyksiä. Siksi on erittäin tärkeää, että pyrimme hoitamaan oireita ja lievittämään kärsimystä.

Avoimessa hoitosuhteessa potilaan kanssa ja yhteistyö omaisten kanssa mahdollistaa yksilöllisen, potilaan määrittämän laadukkaan loppuelämän. Avoin tasa-arvoinen perustuva hoitosuhde vähentää asenteista ja ymmärtämättömyydestä johtuvaa hoitokärsimystä. Hyvä palliatiivinen hoito tarvitsee hoitavilta henkilöiltä uskallusta ottaa puheeksi vaikeatkin kuolemaa koskevat asiat. Puheeksi ottaminen tekee henkisistäkin ja hengellisistä asioista puhumisen potilaalle sallituksi. Kuolevan potilaan ahdistuksen kohtaaminen kuuluvat keskeisesti kuolevan potilaan hoitotyöhön. Ahdistuksen hoitaminen asettaa myös hoitajan kohtaamaan oman rajallisuutensa. Olisi tärkeää, että hoitaja on pohtinut omaa suhtautumistaan kuolemaan ja käsitellyt näkemystään olemassaolon merkityksestä.

Palliatiivinen hoitotyöhön liittyvä päätöksenteko nostaa esiin eettisiä kysymyksiä. Millainen on kunkin yksilöllinen hyvä elämänlaatu ja kuinka se pystytään säilyttämään mahdollisuuksien mukaan. Syöpää sairastavalla potilaalla on oikeus itse määrittää ne kärsimykset, jotka tarvitsevat lievitystä. Hänellä on myös oikeus kuulla totuus sairaudestaan ja tehdä hoitoon liittyviä päätöksiä omista henkilökohtaisista lähtökohdistaan.

Hoitotahto auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä, kuinka hoitolinjasten määrittämisen hoitotyö toteutetaan. Potilaan oma tahto sairauden hoi-

dosta vähentää omaisten ahdistusta ja epätietoisuutta hoitoratkaisuissa. Saattohoitopäätökset on tärkeää tehdä oikea-aikaisesti. Hoitoneuvottelun pitäminen voi viivästyä tai jäädä pitämättä, jos keskustelun aloittaminen hoitolinjauksista on vaikeaa. Hoitoon liittyvien päätösten lykkääntyminen aiheuttaa haittaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Päätösten viivästymisellä on vaikutusta myös hoitopäätöksiin sekä kuolemaan valmistautumiseen.

Onnistunut palliatiivinen hoito sisältää hoitolinjauspäätöksen ja hoitosuunnitelman, jotka tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Suunnitelmassa arvioidaan avun saanti vuorokauden jokaisena tuntina ja jokaisena viikonpäivänä sekä joustavat koti- ja vuodeosastojärjestelyt. Hoitosuunnitelmaa arvioidaan päivittäin ja tehdään tarvittavat muutokset. Ongelmatilanteissa hyödynnetään moniammatillisuutta. Kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito koostuu fyysisten oireiden osaavasta hoidosta, toimintakyvyn tukemisesta, psykososiaalisesta tuesta ja hengellisestä tuesta lähellä kuolemaa (Saarto 2007.)

Opinnäytetyö toimii ammatillisen ja persoonallisen kasvun välineenä ja se kertoo kirjoittajan ammatillisesta osaamisesta. (Vilka & Airaksinen 2003, 65.) Olen tyytyväinen, että olen saanut tehdä opinnäytetyön aiheesta, jonka pidän tärkeänä ja joka on lisännyt asiantuntijuutta työssäni. Vaikka opinnäytetyön tekeminen on ollut vaativa urakka, se on myös antanut paljon. Toivon että tämä asiantuntijuus, jonka olen saavuttanut tähän opinnäytetyön tekemisessä, aiheeseen liittyvissä koulutuksissa ja työharjoittelussa voisin käyttää tulevassa ammatissani sairaanhoitajana. Koen että opinnäytetyölle asettamani tavoitteet on nyt saavutettu ja olen omalta osaltani lisännyt aiheen tunnettavuutta.

Salmisen ja Syvänojan (2007) tutkimuksessa selvisi kuinka tärkeää on kartoittaa potilaan oireita ja kehittää niiden hoitoa. Jos oireita ei saada hallintaan ajoissa, oireiden pahentuessa tilanne saattaa johtaa vaikeaan oireiden kierteeseen. ESAS- ja VAS- mittarit kuuluvat palliatiivisia potilaita hoitavien terveydenhoidon ammattilaisten hoitotyön arkeen. Oirekartoitus helpottaa tunnistamaan oireet ja auttaa estämään oireiston pahenemisen. Mittarit ovat myös tärkeitä työvälineitä hoitotyön keinojen vaikuttavuuden arvioinnissa. Näkisinkin tärkeäksi, että jatkossa voitaisiin tutkia mittareiden käyttöä syöpäpotilaan palliatiivisessa hoitotyössä, oireiden tunnistamisessa ja hoitotyön keinojen vaikuttavuuden arvioinnissa.

Lähdemateriaalin arvioimisessa on kiinnitettävä huomiota kirjoittajan tunnettavuuteen ja arvovaltaan, lähteen ikään, lähteen uskottavuuteen ja julkaisijan arvovaltaan ja vastuuseen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 102). Opinnäytetyötä tehdessäni olen noudattanut lähdekritiikkiä ja etsinyt mahdollisimman ajantasaista ja luotettavaa tietoa. Olen käyttänyt lähteinä tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia, lääketieteen ja hoitotieteen kirjallisuutta, kansallisia suosituksia, Käypä hoito -suositusta. Tiedän käyttämieni lähteiden kirjoittajien olevan oman alansa tunnustettuja asiantuntijoita. Heidän kirjoittaminaan löytyy useita julkaisuja jotka tunnen ja olen ollut kuuntelemassa heidän luentojaan koulutustilaisuuksissa. Löytämäni tieto on ollut samansisältöistä useammassa lähteessä. Suurin osa lähteistä

on julkaistu viimeisten viiden vuoden sisällä Opinnäytetyön lähdeviitteet ja lähdeluettelon olen toteuttanut Hämeen ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti.

LÄHTEET

- Anttila, S. 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Viitattu 25.12.2012. http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/a/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf
- Anttonen, M-L. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-L., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 53–54.
- Edmonton Zone Palliative Care Program 2010. Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r). Viitattu 21.10.2012. http://www.palliative.org/NewPC/_pdfs/tools/ESAS-r%20guidelines.pdf
- Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Hallila, R. 2003. Saattohoito valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu: 22.9.2013. www.etene.otg/dokumentit/saattohoito.pdf
- ESAS-lomakkeen tulostus. Edmonton Zone Palliative Care Program 2012. Edmonton Symptom Assessment System Revised 2012. Viitattu 21.10.2012. <http://www.palliative.org/NewPC/proffesionals/tools/esas.html>
- Friman, P. 2010. Kipuanalyysi. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 24.10.2012. <http://www.nelliportaali.fi>
- Friman, P. 2012. WHO:n porrastetun kivunhoidonmalli. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 24.10.2012. <http://www.nelliportaali.fi>
- Grönlund, A. & Leino, T. 2008. Hoitoneuvottelu-saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 41–42.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2012. Hoitotahto-käytännön ohjeita. Viitattu: 21.10.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809&p_haku=hoitotahto
- Hannikainen, P. 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 11–22.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim-lehti*. 129 (4), 385–392.

Hietanen, P. 2003. Psykkiseen sopeutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Vaikean sairauden aiheuttamien psyykkisten oireiden ehkäisystä ja hoidosta. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 213–216.

Hietanen, P. 2004. Kohti kokonaisvaltaista hoitoa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 235–245.

Hinkka, H. 2004. Saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 323–328.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holli, K. 2002. Keuhkosyöpäpotilaan oireidenmukainen hoito. *Suomen lääkirilehti*. 30 (32), 2999–3001.

Holli, K. 2005. Palliatiivinen lääketiede—mitä se on? *Terveysportti*. Duodecim. Viitattu 25.11.2013
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94743.pdf>

Holli, K. 2006. Syöpä 2015. Viitattu 20.3.2012.
<http://cancerfbn.directo.fi/@Bin/792e997c603050931a2c83355402db6d/1238247831/application/pdf/1543951/Syopa2015.pdf>

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki H. & Valtonen, K. 2003, Ihminen oman elämänsä asiantuntijana. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 24–25.

Holtan, A., Aass, N. & Nordoy T. 2007. Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway. A national survey. *Palliatmed* (7), 7–1.

Hovi, S-L. & Salanterä, S. 2000. Sairaanhoidtaja kivusta kärsivän potilaan hoitotyön toteuttajana. *Sairaanhoidtaja*. 2000 (1), 10–12.

Huttunen, Jussi 2011. Masennustilat elimellisten sairauksien yhteydessä. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu: 5.1.2013.
<http://www.nelliportaali.fi>

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

Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. Oireiden hoito. 2004. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen H. (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 58–137.

Hänninen, J. 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Teoksessa Hänninen, J. Elämän loppu vai kuoleman alku- hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim, 38–47.

Hänninen, J. 2012. Saattohoidon lääkeopas. Terho-säätiön julkaisusarja; julkaisu nro 1. Helsinki: TERHO- säätiö.

Hänninen, J., Lehto, J. & Vuorinen, E. 2012. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Viitattu: 23.9.2013.

<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vastaanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx>

Hänninen, J. & Saarto, T. 2013. Hengenahdistus. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim, 919–921.

Hänninen, J. 2013. Dehydraatio. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim, 924.

Idman, I. 2003. Vaikean sairauden aiheuttamien psyykkisten oireiden ehkäisystä ja hoidosta. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 206–221.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2002. Hoitamisen taito. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Isola, J. 2007. Syövän synty, kasvu ja leviäminen. Teoksessa Joensuu, H. (toim.) Syöpätaudit. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim Oy, 16–23.

Janes, R. 2004. Sädehoidon aiheuttamien sivuvaikutusten hoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 196–204.

Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenunen, M. 2013. Syöpätaudit. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Keinänen, N. & Järvimäki, V. 2004. Syöpäkivun erikoishoidot. Finnanest 37 (4), 330.

Kalso, E. 2013a. Syöpöpotilaan kipu. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim, 874–896.

Kalso, E. 2013b. Syöpäkivun lääkehoito. Lääkärin käsikirja. Viitattu 12.10.2013. www.nelliportaali.fi

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 129(4):440–445.

Kouri, M. & Tenhunen M. 2013. Oireita lievittävä sädehoito. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 5. uud. p. Helsinki: Duodecim, 169–170.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri 2012. Saattohoitosuunnitelma. Viitattu 25.9.2012. <http://www.khshp.fi/saattohoitosuunnitelma>

Karvinen, I. 2012. Henkinen ja hengellinen terveys. Teoksessa Kylmä, J., Ojanen, E., Pentikäinen, J., Vaskilampi, T. & Karvinen, I. (toim.) Henki ja toivo hoitotyössä. Helsinki: Klaava Media, 31–36.

Kivun arviointimenetelmät. 2010. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 16.9.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00170

Kivun mittaaminen ja hyvä kivunhoito. 2010. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 16.9.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00169

Kokkinen, J. 2012a. Syöpäpotilaan palliativinen hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 15.10.2012. <http://www.nelliportaali.fi>

Kokkinen, J. 2002b. Syöpäkivun kokonaishoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Viitattu 15.10.2012. <http://www.nelliportaali.fi>

Kokkinen, J. 2012c. Syöpäpotilaan lääkehoito. Sairaanhoitajan käsi-kirja. Viitattu 15.10.2012. <http://www.nelliportaali.fi>

Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan kivunhoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. Hoitotiede (5), 243–253.

Käypä hoito 2012. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen työryhmä. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito-suositus. Viitattu 20.10.2012. www.nelliportaali.fi

Käypä hoito 2008. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen työryhmä. Keuhkosityöpä. Käypähoito-suositus. Viitattu 20.10.2013. www.nelliportaali.fi

Laakkonen, M-L. 2012. Hoitotahto saattohoidossa. Viitattu 30.11.2012.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=234396&name=DLFE-5303.pdf

Lahti, T., Nordberg, R. & Ruhtila, S. 2007. Hoitohenkilökunnan tiedot ja asenteet kivusta ja kivunhoidosta. Kipuviesti 17 (1), 34–37.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992.
Viitattu 20.10.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=785%2F1992>

Lehto, J., Anttonen, A. & Sihvo, E. 2013. Hengenahdistuksen ja muiden hengitystie oireiden palliatiivinen hoito. Duodecim129 (9), 395–402.

Lyly, T. 2005. Syöpätaudit. Viitattu 2.10.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00030

Myller, H. 2008. Palliatiivinen hoito ja visioita palliatiivisen hoidon kehittämiseen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa Myller, H. (toim.) Palliatiivinen hoito. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille. 2. painos. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 6–11.

Myller, H. 2008. Palliatiivinen hoito. Syöpäjärjestöt. P-K Ammattikorkeakoulu Power Point-esitys. Viitattu 20.9.2012.
<http://cancer-fi-in.directo.fi/@Bin/b5537c70006027de5eb3b22a8e2e0a4b/1257150279/application/vnd.ms-powerpoint/33825340/palliatiivinen%20hoito%20viral.ppt>

Nal, H. & Pakanen, V. 2001. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Viitattu 12.10.2012.
http://www.fimnet.fi/finnest/lehdet/2001/no_4/a_nal.pdf

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virkko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Nikula, S. 2003. Syöpää sairastavan potilaan kivun arvionti ja kivun hoidon peruseriaatteet. Teoksessa: Lauritsalo, P. (toim.) 2003. Sairaanhoidaja kivunhoidon kehittäjänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistollinen kirjapaino.

Niskanen, A. 2010. Morfiiniannoksen titraaminen syöpäpotilaalle. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 24.10.2012.
<http://www.nelliportaali.fi>

Nurme, P. 1999. Potilaiden kipu ja tyytyväisyyskokemukset sairaalassa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
Partanen, P. & Perälä, M-L. 2000 Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Pöyhä, R. 2012, Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. Finnanest- lehti 2012; 45 (5): 456–458. Viitattu 10.9.2012
http://www.finnanest.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf

Saarto, T. 2013. Oireenmukaisen hoidon ajoitus syöpätaudeissa. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenunen, M. Syöpätaudit. 5. painos. Helsinki: Duodecim, 91.

Saarto, T. 2013. Pahoinvointi ja oksentelu. Teoksessa: Joensuu, H., Roberts, P., Teppo, L. & Tenunen, M. Syöpätaudit. 5. painos. Helsinki: Duodecim, 927–929.

Saarto, T. 2009. Palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito koska ja kenelle? Artikkel. Viitattu 2.10.2013
http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Saarto_Palliatiivinen%20hoito.pdf

Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmentely ja hoito. 2002. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri hoitoeettinen työryhmä. Viitattu 21.9.2013.
<http://www.ppshp.fi/attachment.asp?Item=5717>

Sailo, E & Vartti, A-M. (toim) 2000. Kivunhoito. Hygieia, Helsinki: Tammi.

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

Salanterä, S., Hovi, S-L. & Routasalo, P. 2000. Kivun arviointi. Sairaanhoitaja 20 (1), 20–22.

Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäkipupotilaanoirekirjon? Duodecim-lehti. 123 (8), 825–828. Viitattu 21.10.2012.
<http://www.nelliportaali.fi>

STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa: Asiantuntijakuulemisiin perustuvatsaattohoitosuosituks. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010: 6.

Surakka, T., Lehtipuu-Vuokola, L. & Häihälä, E. 2008. Pirkanmaan Hoitokodissa omaisten tukeminen on osa hyvää saattohoitoa. Sairaanhoitaja-lehti 21.11.2008. Viitattu 20.12.2012.
<http://www.nelliportaali.fi>

Suomenpalliatiivisen hoidon yhdistys, Viitattu: 20.9.2013
http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito

THL 2013. Terveystuololaki ja sen toimeenpano. Palvelujen saataisuus. Viitattu 18.2.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/usein_kysyttya/valinnanvapaus

Vainio, A. 2004. Hengitysteiden oireet. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen H. (toim.) Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 100–103.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuorinen, E. & Kalso, E. 2007. Syöpäkivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Kuopio: Suomen Graafiset Palvelut Oy Ltd.

Vuorinen, E. 2007. Syöpäpotilaan kivunhoidossa riittää haastetta.

Viitattu: 20.4.2012.

http://www.suomenkivuntutkimusyhdystys.fi/Julkiset_tiedostot/Kipuviesti/KIPUV_2_07_SYOPAP_KIVUN.pdf

Vuorinen, E., Dufva, S., Helle, L., Kajander, A., Karonen, E., Kero, S., Nurmi, M., Olsen, J., Paldanius, T., Palmu, M., Seuna, L., Sorri, E., Tampio, R., Tani, M. & Vaija, S. 2009. Ohjeet saattohoidosta. Terveysportti. Viitattu: 4.6.2012.

http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp00778

Cancer Care Ontario
Action Cancer Ontario

Edmonton Symptom Assessment System
(tarkistettu versio) (ESAS-R)

Pain	Ole hyvä ja ympyröi se numero joka parhaiten kuvastaa olotilaasi NYT: Ei kipua	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen kipu
Tiredness	Ei väsynyt (väsymys = energian puute)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen väsymys
Drowsiness	Ei unelias (unelias = nukuttaa)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen uneliaisuus
Nausea	Ei pahoinvointia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen pahoinvointi
Lack of Appetite	Ei ruokahalun puutetta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen ruokahalun puute
Shortness of Breath	Ei hengenahdistusta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen hengenahdistus
Depression	Ei masennusta (masennus = surullinen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen masennus
Anxiety	Ei ahdistusta (ahdistus = hermostunut)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen ahdistus
Well-being	Paras hyvinvointi (hyvinvointi = minkälaiseksitunnet olosiyleisesti)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen hyvinvointi
Other	Ei _____ muuta ongelmia (esim. ummetusta)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen _____

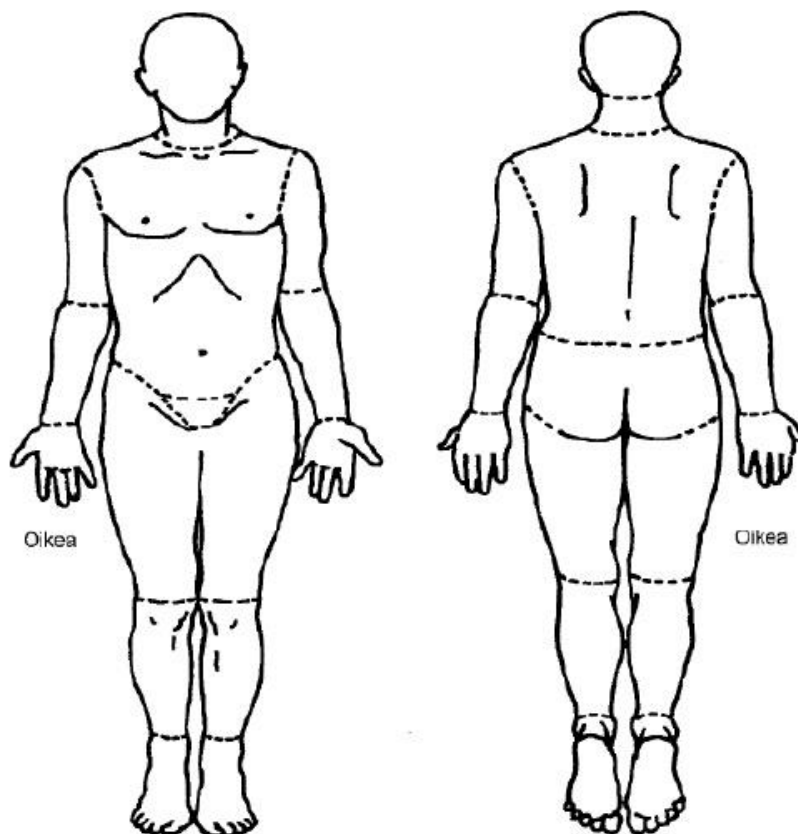
Potilaan nimi _____

Pvm. _____ Aika _____

Täyttäjä (ruksaa yksi):

- Potilas
- Omaishoitaja
- Erveydenhuollon ammattilainen
- Hoitava henkilö/hoitaja

Merkitse kipukohdat näihin kuviin.

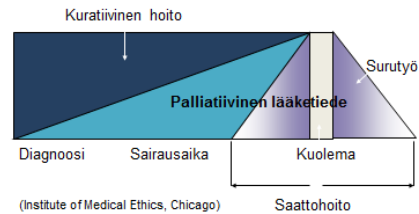


Syöpöpotilaan palliatiivinen hoitotyö

Terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan kehittämispäivä 11.10.2012

Leila Liedes

Palliatiivinen hoito sairauden aikana



Palliatiivinen hoito 1/2

- WHO:n määritelmä; Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden aktiivista, elämälaatua tukevaa kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun lääketieteellistä parantavan hoidon mahdollisuuksia ei enää ole. Palliatiivisen hoidon päämääränä on potilaan ja hänen läheisensä hyvä elämälaatu...

Palliatiivinen hoito 2/2

- Palliatiivinen hoito perustuu kärsimyksen ehkäisemiseen ja lievittämiseen sekä kivun ja muiden elämälaatua heikentävien fyysisten, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien varhaiseen tunnistamiseen, ehkäisyyn, lievitykseen ja hoitoon.
- Palliatiivinen hoito voi kestää ajanjaksona useitakin vuosia, saattohoitoon siirrytään vaiheessa, jolloin kuolema alkaa olla jo lähellä.

Palliatiivista hoitoa tarvitsevia potilaita

- Syöpöpotilaat, Neurologiset potilaat, kuten MS- ja ALS-potilaat, Dementoituvat potilaat, Keuhkohtaumatautia sairastavat potilaat, Munuais- ja maksasairauksia sairastavat potilaat, AIDS-potilaat, Kroonista ja pahenevaa sydänsairautta sairastavat potilaat, Aivoverenkiertohäiriötä sairastavat potilaat
- Potilaan palliatiivinen hyvä kokonaishoito tuo tukea myös omaisille ja luo turvallisuutta

Elämän loppuvaiheen hyvä hoito

- Potilaan oikeudet ovat voimassa myös elämän loppuvaiheessa, samoin kuin potilaan oikeus arvokkaaseen kuolemaan
- Saattohoitopäätös
- Hoitotahto
- Päätös elvyttämättä jättämisestä

STM Hoitosuositus

Hyvä saattohoito Suomessa (10/2010)

- Korostaa potilaan ihmisarvoa, inhimillisyyttä ja itsemääräämisoikeutta
- Kirjallinen hoitosuunnitelma
- Henkilökunnan osaaminen ja työ hyvinvointi
- Sairaanhoidopiirin kanssa perusterveydenhuollolla vastuu järjestämisestä
- Aktiivinen oirehoito

Oireenmukaisesta hoidosta

- Taustalla on vahva tieto- ja arvoperusta, johon koko hoitoyhteisön henkilökunta äidosti sitoutuu.
- Potilaan perustaudista johtuvien oireiden hoitoa.
- Potilaan muista sairauksista johtuvien oireiden hoitoa.
- Potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja tukemista.
- Omaisten/läheisten huomioonottamista osana potilaan elämäntilannetta.
- Moniammatillista ja asiantuntijoita konsultoivaa toimintaa.

Tavallisimpia fyysisiä oireita levinnyttä syöpää sairastavalla potilaalla

- Väsymys
- Kipu
- Suun oireet
- Hengenahdistus
- Pahoinvointi/ oksentelu
- Ummetus
- Nielemisvaikeudet
- Iho oireet
- Sekavuus

Syövästä johtuvia oireita

Oireiden esiintyvyys syövän edetessä:

- Kipu 57%
- Väsymys 51%
- Pahoinvointi 21%,
- Ruokahaluttomuus 30%
- Ummetus 23%
- Unettomuus 9%,
- Sekavuus 8%

Syöpä hoidon aiheuttamat oireet

Solusalpaajahoidon ja sädehoidon sivuvaikutukset ja hoito

- pahoinvointi/ oksentelu
- suun, nielun ja suoliston limakalvo vauriot
- ripuli/ummetus
- iho-oireet
- keuhkoreaktio

Fyysisten oireiden lisäksi...

Sosiaaliset

- Työkyvyn menetyks
- Roolin muuttuminen
- Riippumattomuuden menetyksen pelko

Eksistentiaaliset

- Uskonnolliset
- Elämän tarkoitus
- Miksi? Pelko, viha, syyllisyys, toivo/epätoivo

Psyykkiset

- Masennus
- Ahdistus ja pelko
- Epävarmuus
- Syyllisyyden tunne

Syöpäkivun hoito

- Kivun arviointi, ehkäisy ja hoito on hyvän hoidon edellytys!
- Jokainen hoitaja ja lääkäri on syöpäpotilaan kivun hoitaja
- Huomioidaan kivun kokemiseen vaikuttavat psykososiaaliset tekijät
- WHO:n tavoitteet syöpäkivun hoidossa
 - Häiriintymätön yöuni
 - Kivuttomuus levossa/liikkuessa

Syöpäkivun lääkehoidon peruseriaatteet

- Tehokkuus
- Yksinkertaisuus
- Tasainen kivunlievitys
- Sivuvaikutusten hoito
- Räättälöity hoito
- Lääkehoidon säännöllinen arviointi

Syöpäkivun lääkehoito

- Tulehduskipulääke ja/tai parasetamoli
 - mikäli ei vasta-aihetta
- Tarvittaessa lisätään mukaan
- (heikko/keskivahva), vahva opioidi
- Lisänä tarvittaessa neuropaattisen kivun hoitoon tarkoitetut lääkkeet ja muut adjuvanttilääkkeet

Kipu

- Kivun määritelmä
"Epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaurio tai jota kuvaillaan samoin (IASP)"

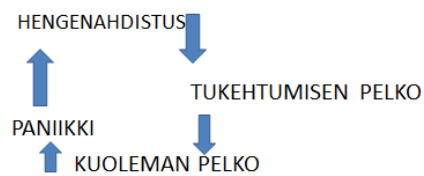
KIVUN ARVIONTI :Kivun merkitys, Potilaan mieliala

- Nosiseptiivinen kipu (kudosärsytys)
- Neuropaattinen kipu (hermo)
- Viskeraalinen kipu (koliikki)

Pahoinvointi

- Eri syitä pahoinvointiin
- Syöpähoidot
 - Syöpä – tautiin liittyvä ja muita tekijöitä:
 - Aivometastaasit, ileus, metaboliset tekijät,
 - Infektio, yskä ja limaisuus, gastriitti, vatsa-alueen paine (askites)
 - Voi johtua monista syistä yhtä aikaa, epämiellyttävämpää kuin kipu

Hengitysoireet



- Pelko: kipu, tukehtuminen, kuolla yksin

Hengenahdistus

Oireenmukainen hoito

- Lääkehoito
- Sädehoito
- Happihoito
- Verensiirto
- Invasiiviset menetelmät
- Pleurapunktio, Pleuradreeni

Hengenahdistus

Lääkitys

- Opioidit
 - laskee herkkyyttä hiilidioksidille
 - > rauhoittaa hengitystiheyttä
- Bronkoloitavat lääkkeet
 - Teofylliini
 - Salbutamoli
 - Diureetit
 - Kortikosteroidit
 - Anksiolyytit

Ei lääkkeellinen hoito

- Hengitystekniikka palleahengitys
 - Huulirakohengitys
 - Helpottava asento
 - Viileä ilmavirtaus, tuuletin, ikkuna auki
 - Vatsan toiminta -> vaikutus palleahengitykseen
- LÄSNÄOLO !

HOITOVÄSYMYS(Fatigue)

- Mielialan muutokset
 - tietoa syövästä, masennus, unihäiriöt
 - Lisääntynyt aineenvaihdunta, anemia
 - Syöpähoidoista johtuvia
 - solusalpaajat, sädehoito, leikkaus
- Muu lääkitys
- Heikentynyt energian saanti-> heikkous

Hoitoväsymys jatkuu...

Lääkehoito

- Kortikosteroidit
- Mielialalääkkeet
- Epoetiini
- Unilääkkeet

Ei lääkkeellinen hoito

- Oireiden selvittäminen
- Päivittäisten askareiden läpikäyminen
- Ravitseemus neuvonta
- Fysioterapia
- Rentoutus/liikunta

Psykososiaalinen tuki

- Moniammatillinen yhteistyö
 - Lääkäri, Sh, Psyk.Sh, Sos.hoitaja, Fys.terapeutti, Ravitsemusterapeutti ...
 - Psykososiaalinen hyvinvointi
 - potilaan tukeminen
 - Omaisten/läheisten tukeminen
 - Sosiaalisten verkostojen kartoittaminen
- Tunnistaa vakavat hoitoa vaativat tilat

Palliatiivinen sädehoito

- Tavoitteena elämänlaadun, toimintakyvyn paraneminen
- Luustometastaasit, kasvaimen pienentäminen,
- Ruokatorven, peräsuolentukokset tai hermopunosten pinnetilat
- Keuhkokasvainten oireiden hoito
- Lynfoomien paikallishoidot
- Vertavuotavat kasvaimet

Sädehoidon haitat

- Iho ja limakalvo ärsytysoireet oireet, väsymys, sytopeniat
- Keskushermoston sädehoidon jälkeen neurologiset pitkäaikaishoidot mahdollisia
- Neurologiset oireet ja luustokivut voivat väliaikaisesti pahentua etenkin suurilla kerta annoksilla, yleensä ohimeneviä.

Onnistunut Palliatiivinen hoito :

- Hoitolinjauspätös ja hoito-suunnitelman, jotka tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa.
- Suunnitelmassa arvioidaan avun saanti 24/7, sekä joustavat koti ja vuode-osasto järjestelyt. Hoitosuunnitelma, arvioidaan jatkuvasti ja tarvittavat muutokset tehdään.
- Ongelmatilanteissa hyödynnetään moniammatillisuutta.

Kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito

Fyysisten oireiden osaava hoito
Toimintakyvyn tukeminen
Psykososiaalinen tuki
Hengellisestä tuki lähellä kuolemaa

LÄHTEET :

Grönlund, E., Anttonen, Lehtomäki, S. & Agge, S. (toim.). Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry
Joensuu, H., Roberts, P.J., Teppo, L. & Tenunen, M. 2013. Syöpätaudit. 5. painos. Helsinki: Duodecim
Syöpöpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoitajan käsikirja. <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti

LÄHTEET Jatkuu...

- Käypä-hoito 2012. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen työryhmä. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito-suositus. www.nelliportaali.fi, Terveysportti.
- Nal, H. & Pakanen, V. 2001. Syöpöpotilaan palliatiivinen hoito. http://www.fimnet.fi/finnest/lehdet/2001/no_4/a_nal.pdf

LÄHTEET jatkuu...

- STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa: Asiantuntijakuulemisiin perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010: 6.
- Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito
- Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim