

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Mia Hartikainen

SAATTOHOITO JA PALLIATIIVINEN HOITO
– Saattohoitokoulutus Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö
Lokakuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijä
Mia Hartikainen

Nimeke
Saattohoito ja palliatiivinen hoito- Saattohoitokoulutus Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Toimeksiantaja
Anu Hukka

Tiivistelmä

Saattohoito tarkoittaa kuolemaa edeltävää hoitoa. Palliatiivinen hoito on oireenmukaista hoitoa silloin, kun parantavaan hoitoon ei enää ole mahdollisuutta. Kuolevan potilaan hoitoon liittyy monia erityispiirteitä. Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitsevien määrä kasvaa entisestään nykyisen ikärakenteen vuoksi. Jokaisen terveysalalla työskentelevän tulisi hallita saattohoidon perustaidot. Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon suosituksia on uudistettu. Työn tietoperusta on viimeisimpien uudistusten mukainen.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli lisätä Kesälahti-talon hoitohenkilökunnan tietoutta saattohoidosta. Tavoitteena oli kartuttaa hoitajien tietoperustaa, sekä lisätä heidän itseluottamustaan saattohoidon toteuttajina. Tehtävänä oli järjestää Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle saattohoitokoulutus kahtena kertana.

Ensimmäinen koulutus järjestettiin 12.3.2018 ja toinen 19.3.2018. Koulutus keskittyi voimassa oleviin saattohoitotyön suosituksiin, käsitteisiin, ja lakeihin luennoin, case-työskentelyn ja pohdinnan keinoin. Palautelomakkeella hankitun palautteen perusteella tavoitteet täytettiin osallistujien tietoperustan kartuttamisessa sekä itseluottamuksen lisäämisessä saattohoidon toteuttamisessa.

Jatkokehitysmahdollisuutena olisi selkeä toimintaohje Kesälahti-taloon kuolemantapauksen satuessa, tai kaikille avoin kokonainen koulutuspäivä liittyen saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon.

Kieli
suomi

Sivuja 51
Liitteet 6
Liitesivumäärä 33

Asiasanat
Saattohoito, palliatiivinen hoito, suositukset, koulutus



THESIS
October 2018
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+ 358 13 260 600

Author
Mia Hartikainen

Title

End-of-Life Care and Palliative Care – End-of-Life Care Education for Nursing Personnel in Kesälahti-talo

Commissioned by
Anu Hukka

Abstract

End-of-Life care means the care given to a dying patient. Palliative care is symptom specific care when there is no longer a possibility for a cure. The care of a dying patient contains many special aspects. The number of patients needing palliative and end-of-life care will continue to increase due to the current age structure. Every healthcare worker should possess the basic skills in end-of-life care. End-of-life care and palliative care have received new recommendations and updates. This thesis is based on the latest updates.

This practice-based thesis was meant to increase the knowledge of Kesälahti-talo nursing personnel regarding end-of-life care. The goal was to expand the basic knowledge as well as increase their confidence as end-of-life care providers. The task was to organize end-of-life care education for the nursing personnel on two separate occasions.

The first education session was organized 12.3.2018 and the second 19.3.2018. The education focused on current end-of-life care recommendations, concepts and laws in the form of lectures, case-work and deliberation. According to the feedback gathered in the feedback forms, the goals for improving the participants' knowledge and confidence as end-of-life care providers were fulfilled.

A further opportunity for development would be a clear code of conduct for Kesälahti-talo in case of death, or an education day open for everyone regarding end-of-life care and palliative care.

Language
Finnish

Pages 51
Appendices 6
Pages of Appendices 33

Keywords

end-of-life care, palliative care, recommendations, education

Sisältö

Tiivistelmä	
Abstract	
1 Johdanto.....	6
2 Kesälahti-talo.....	7
3 Elämän lopun hoitoon liittyviä käsitteitä.....	8
3.1 Saattohoito.....	8
3.2 Palliatiivinen hoito.....	8
3.3 Saattohoitopäätös.....	8
3.4 DNR-päätös.....	9
3.5 Hoitotahto.....	9
4 Tärkeimmät saattohoitoa koskevat velvoitteet.....	10
5 Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon suositusten laatijat.....	13
6 Saattohoidon suositukset ja hyvän käytännön ohjeita.....	14
6.1 Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Etenen laatimat suositukset.....	14
6.2 Oikea-aikaisen linjauksen tekemisen kriteerit ja hoitosuunnitelma.....	16
6.3 Nielemisvaikeudet, pahoinvointi sekä suun oireet.....	19
6.4 Ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvät ongelmat.....	20
6.5 Kuivuminen ja kuihtuminen.....	22
6.6 Hengitykseen liittyvät ongelmat.....	24
6.7 Kipu ja lääkehoito.....	25
6.8 Iho-oireet, kutina ja hikoilu.....	28
6.9 Psykkiset oireet ja poikkeava väsymys.....	29
6.10 Kuolevan potilaan hoidon akuutti- ja erikoistilanteita.....	31
6.11 Hoito kuoleman hetken lähentyessä sekä omaisten huomioiminen.....	32
7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä.....	33
8 Opinnäytetyön toteutus.....	34
8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	34
8.2 Aineiston hankinta ja koulutuksen suunnittelu.....	34
8.3 Koulutuksen toteutus.....	36
8.4 Tulokset.....	41
9 Pohdinta.....	42
9.1 Opinnäytetyön prosessi.....	42
9.2 Koulutusten reflektointi.....	43
9.3 Ammatillinen kasvu.....	44

9.4	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	46
9.5	Opinnäytetyön hyödyllisyys ja jatkokehitysmahdollisuudet	48
	Lähteet.....	49

Liitteet

Liite 1	Pahoinvoinnin mahdollisia syitä
Liite 2	Omat muistiinpanot koulutuksen tueksi
Liite 3	Koulutuksen runko hoitajille
Liite 4	Palautelomake
Liite 5	Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahtitalon hoitohenkilökunnalle
Liite 6	Toimeksiantosopimus

1 Johdanto

Aiheena saattohoito on kiinnostanut minua jo pitkään. Lähihoitajana olen ollut mukana saattohoitamassa iäkkäitä, joten aihe on jo osittain minulle tuttu. Nykyisin vanhustenkodit tarjoavat loppuelämän paikkaa ikääntyneille ja tämä tarkoittaa myös heidän saattohoitamistaan kyseisessä vanhainkodissa. Voidaan siis todeta, että hyvin monessa vanhainkodissa hoitohenkilökunta toteuttaa saattohoitotyötä, ja näin ollen sen kouluttaminen heille on tärkeää.

Maailman terveysjärjestön mukaan koko maailmassa saattohoidettavia ja palliatiivista hoitoa tarvitsevia on enemmän kuin koskaan. Saattohoidettavien ja palliatiivista hoitoa tarvitsevien määrä on yhä nousussa ikärakenteen vuoksi, koska eliniän odote on kasvanut ja suuret ikäluokat ikääntyvät. (World Health Organization 2014, 4.)

Sosiaali- ja terveysministeriön uusi Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen -suositus julkaistiin loppuvuodesta 2017. Sen mukaan laadukkaan ja yhdenvertaisen saattohoitotyön takaamiseksi koko maassa on osaamis- ja laatukriteerit sosiaali- ja terveyshuollon eri tasoille sekä terveysalanammattilaisten osaamista ja kouluttamista pyritään kehittämään. Suosituksessa sairaanhoitopiirejä pyydetään muun muassa seuraamaan vuositasolla saattohoidon kouluttamista henkilökunnille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteen sekä Valtioneuvoston julkaisuiden innoittamana halusin opinnäytetyönäni tehdä saattohoitokoulutuksen hoitohenkilökunnalle Kesälahti-taloon. Opinnäytetyöni valikoitui tällä perusteella toiminnalliseksi opinnäytetyöksi. Kesälahti-talolla johtoporras piti ideastani ja he toivat esille, että tarvetta saattohoitokoulutukselle olisi. Tarkoitus opinnäytetyöllä on lisätä Kesälahti-talon hoitohenkilökunnan tietoutta saattohoidosta. Tavoitteena on kartuttaa hoitajien tietoperustaa, sekä lisätä heidän itseluottamustaan saattohoidon toteuttajina. Tehtävänä on järjestää Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle saattohoitokoulutus. Koulutus järjestetään kahtena kertana, jotta kaikilla talon hoitajilla olisi mahdollisuus osallistua ja saada tasavertaisesti tietoa tukemaan käytännön työtä kuolevan potilaan hoidossa.

2 Kesälahti-talo

Vanha Kesälahden virastotalo muutettiin Kesälahti-taloksi, jonka toiminta aloitettiin vuoden 2016 tammikuussa. Kyseessä on 27-paikkainen Kesälahden taajamassa oleva, pitkä- ja lyhytaikaista tehostettua asumispalvelua tarjoava Siun soten hoivakoti. Lyhytaikainen hoito on tarkoitettu pääasiallisesti sairaanhoidollista tai runsasta hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevalle asiakkaalle, esimerkiksi kuntoutumiseksi sairaalajakson jälkeen. Lyhytaikaista vuoro hoitoa voi myös saada esimerkiksi omaishoitajan sairastuessa tai omaishoidon lakisäateisten vapaapäivien ajaksi tai asiakkaan kokonaistilanteen arvioimiseksi. Pohjakerroksessa on kuusi lyhytaikaispaikkaa, joista yksi huone on kahdelle hengelle ja yksi huone neljälle hengelle. Lisäksi pohjakerroksessa on kaksi kahden hengen huonetta ja viisi yhden hengen huonetta sekä kolme kahden hengen huonetta. Huoneet on mahdollista sisustaa halutessaan omilla huonekaluilla. (Hukka 2018a.)

Kesälahti-talossa työskentelee 14 hoitajaa, joista kolme on perushoitajia ja 11 lähihoitajia. Henkilökuntaan kuuluu myös 1,5 hoiva-avustajaa sekä yksi sairaanhoitaja ja palveluesimies. Kesälahti-talossa tarjotaan ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa sekä ateria-, vaate-, peseytymis-, ja siivouspalvelut. Kesälahti-talo tarjoaa myös avustamista asunnossa ja sen ulkopuolella sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluita, kuten viriketoimintaa. Lääkkeet ja henkilökohtaiset tarvikkeet, kuten hygieniavälineet potilas maksaa itse. Kaikissa huoneissa on vessa ja suihku. Oleskelu tilat ovat yhteisessä käytössä, ja niissä voi esimerkiksi katsella televisiota. Sauna lämmitetään asukkaille perjantaisin, tarvittaessa useamminkin. Käytössä on omahoitajajärjestelmä, joka tarkoittaa sitä, että omahoitaja on mukana tekemässä hoito- ja palvelusuunnitelmaa asukkaan kanssa, huolehtii yhteydenpidosta omaisiin sekä huolehtii asukkaalle esimerkiksi parturikäynnit ja jalkahoidot tarvittaessa. Kesälahti-talon toiminta perustuu tasavertaisuuden, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, ja sen toiminta on luottamuksellista. Asiakkaan yksilölliset tarpeet ja hänen voimavaransa huomioidaan omatoimisuuteen kannustaen. Asukkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi ja hyvä elämänlaatu ovat toiminnan pyrkimyksiä, joihin pyritään pääsemään huolehtimalla hänen päivittäisistä tarpeistaan, henkisestä hyvinvoinnistaan ja turvallisuudestaan sekä mahdollistamalla hänen sosiaalisten suhteidensa jatkuvuus. (Hukka 2018b.)

3 Elämän lopun hoitoon liittyviä käsitteitä

3.1 Saattohoito

Saattohoidolla tarkoitetaan lähestyvää kuolemaa edeltävää hoitoa ja se voi olla osa palliatiivista hoitoa. Saattohoidon tarkoituksena on hoitaa ja tukea kuolevaa ihmistä sekä hänen läheisiään yksilöllisesti parhaalla mahdollisella tavalla inhimillisyyttä ja ihmisarvoa kunnioittaen. (Valvira 2017a.)

Saattohoito sijoittuu lähemmäs kuolemaa kuin palliatiivinen hoito. Yleensä saattohoidon kesto on päivistä viikkoihin. (Käypä hoito -suositus 2018.)

3.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitamista oireita helpottamalla, kun parantavaan hoitoon ei ole enää mahdollisuuksia. Kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana, ja palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole pidentää eikä lyhentää elinaikaa. Hoidon päämääränä on potilaan kärsimyksen lievittäminen ja mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Palliatiivisen hoidon kuuluu olla moniammatillista. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Keskeistä palliatiivisessa hoidossa on kivun ja muiden oireiden lievittäminen huomioon ottaen myös psykologiset ja hengelliset tarpeet. Palliatiivinen hoito on siis oireenmukaista, kipua ja tuskaa lieventävää, helpottavaa hoitoa elämän rajallisuus hyväksyen. Tehettävänä on sairaan ihmisen sekä hänen läheistensä tukeminen niin, että elämä voisi olla mahdollisimman täysipainoista sekä laadukasta ja että potilas voi kuolla arvokkaasti. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2018.)

3.3 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään hoitavan lääkärin toimesta siinä vaiheessa, kun potilaan arvioidaan kuolevan lähipäivien tai -viikkojen aikana. Päätös on lääketieteellinen, diagnoosiin perustumaton ja sen sisältöä voidaan perustellusti muuttaa tilanteen muuttuessa.

Päätös sisältää yksityiskohtaisia ohjeita siitä, miten missäkin tilanteessa toimitaan paras mahdollinen oireita lievittävä hoito toteuttaen tekemättä turhia toimenpiteitä. (Korhonen & Poukka 2013.)

Saattohoitopäätöksestä tulee keskustella potilaan tai hänen läheistensä kanssa tarvittaessa useita kertoja. Jos potilas ei pysty terveydellisen tai muun syyn takia vaikuttamaan häntä koskevaan hoitoon, voidaan päätöksistä sopia läheisten, omaisen tai laillisen edustajan kanssa. Päätöksestä tulee käydä ilmi potilaan oma toive, jos sellainen on sekä päätöksen tekijä, lääketieteelliset perusteet päätökselle, potilaan tai omaisten kanssa käyty keskustelu ja heidän kantansa asiaan. Myös DNR, eli elvyttämättä jättämispäätös sisältyy saattohoitopäätökseen, mutta se voidaan kirjata myös erillisenä. (Valvira 2017a.)

3.4 DNR-päätös

DNR-päätös tulee sanoista do not resuscitate, älä elvytä. Sen perusteena on, ettei potilas tule hyötymään painelu-puhalluselvytyksestä tai sähköisestä rytminsiirrosta vaikeiden perussairauksien takia tai näistä johtuen hänen elämänlaatunsa ei palautuisi elvyttämisestä huolimatta ennalleen. Arvio perustuu siihen, onko potilaan mennessä elottomaksi elvyttämisestä enemmän haittaa vai hyötyä juuri hänen kohdallaan. Päätöksestä tulee käydä ilmi samat asiat kuin saattohoitopäätöksessäkin; tekijä, perustelut, potilaan tai omaisten kanssa käyty keskustelu ja heidän kannanottonsa. Päätöksen tekee lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen omaistensa kanssa. Tilanteen muuttuessa päätös voidaan purkaa. (Valvira 2017b.)

DNR-päätöksen lisäksi voidaan käyttää myös nimitystä AND; allow natural death, eli salli luonnollinen kuolema. Pääpaino päätöksestä keskustellessa on siinä, kuinka potilas toivoisi itseään hoidettavan. Elvyttämättä jättämispäätös ei vaikuta muihin hoidon linjauksiin. (Valvira 2017b.)

3.5 Hoitotahto

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) mukaan hoitotahto on omaan hoitoon liittyvä tahdonilmaus, jonka henkilö voi tehdä siltä varalta, jos hän menettää oikeustoimikelpoisuutensa vakavan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden vuoksi.

Hoitotahdossa määritellään ne tilanteet, joissa luovutaan elämää lyhytaikaisesti pidentävistä keinotekoisista elintoimintoja ylläpitävistä hoitotoimista. Hoitotahto voi olla vapaa-
muotoinen, mutta siinä voidaan käyttää myös valmista pohjaa. Todistajia suositellaan käyttämään.

Hoitotahdossa voidaan ilmaista toiveita hoidosta, muitakin kuin lääketieteellisiin tai sairaanhoidollisiin hoitoihin liittyen. Siinä voidaan valtuuttaa toinen henkilö päättämään hoitoon liittyvistä asioista hoitotahdon tekijän puolesta, tai voidaan kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahdon tekeminen vähentää epävarmuutta hoitotoimissa niissä tilanteissa, kun henkilö ei pysty itse ilmaisemaan tahtoaan suullisesti. Hoitotahto on voimassa vain silloin, kun henkilö ei pysty muutoin ilmaisemaan tahtoaan. Myös suullinen tahdonilmaus on laillisesti pätevä, mutta se kuuluu kirjata henkilön potilasasiakirjoihin. Henkilö voi muuttaa hoitotahdonsa sisältöä tai perua sen kokonaan. Näissä tilanteissa on erittäin tärkeää, että muutokset tai peruuttaminen tulevat kirjatuiksi asiakirjoihin terveydenhuollon ammattilaisten nähtäville, jotta tiedot olisivat aina ajan tasalla. (Halila & Mustajoki 2016.)

4 Tärkeimmät saattohoitoa koskevat velvoitteet

Palliativisen hoidon tulisi olla Euroopan neuvoston laatimien arvojen mukaiset. Näitä arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen, ihmisoikeudet, potilaan oikeudet, yhteenkuuluvuuden tunne, demokraattisuus, tasa-arvo, osallistuvuus ja valinnan vapaus. Palliativista hoitoa tarvitsevalle sitä on annettava hänen tarpeidensa mukaan. Hoidossa tulee huomioida läheiset ja omaiset sekä omaishoitajalle tulee tarjota tukea ja apua. Palliativista hoitoa tulee toteuttaa niin kotihoidossa kuin erilaisissa hoitolaitoksissa ja sairaaloissa. Palliativisen hoidon tulisi jäsenmaissa olla osa terveydenhuollon palveluketjua. Palliativisen hoidon toteutuvuutta ja laatua on arvioitava, ja vähimmäistason vaatimukset täytettävä. Palliativiseen hoitoon liittyviä suosituksia kuuluu noudattaa osana hyvän palliativisen hoidon järjestämistä. Palliativinen hoito kuuluu olla osana lääkäreiden ja hoitajien koulutusohjelmia. Täydennyskoulutuksia tulisi järjestää henkilökunnille, ja koulutusten saatavuutta on seurattava kansallisella tasolla. (Council of Europe 2003, 10 - 14.)

Terveyden- ja sosiaalihuollon elämän loppuun saakka hoitoa tarjoavat yksiköt muodostavat kolmiportaisessa saatto- ja palliatiivisessa hoidossa perustason, eli tason A. Tällä tasolla saattohoitoa toteutetaan muun toiminnan ohella. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten osaamiseen kuuluu saattohoidon perustason hallitseminen. Nykyään saattohoito ja palliatiivinen hoito eivät sisälly riittävällä tasolla hoitoalan koulutuksiin. Sairaanhoidajan koulutuksessa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon osuus vaihtelee suuresti. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 11, 15 - 16.)

Vuoden 2018 alusta toimeenpantu uusi suositus velvoittaa perustasolla, että henkilökunnalle järjestetään täydennyskoulutusta saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyen. Yksiköiden on määrä kehittää saattohoitoa ja henkilökunnan tulisi omata hyvät vuorovaikutustaidot sekä hallita yleisimpien oireiden hoitaminen ja yleisimmät lääkkeiden antoreitit. Myös lääkkeettömät menetelmät ja psykososiaalisen tuen tärkeys niin potilaille kuin omaisille tulisi huomioida ja oireita arvioida säännöllisesti. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 29.)

Sairaanhoitopiirien tehtävänä on oman alueensa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumisen suunnittelu osana terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa. Sairaanhoitopiirien laatimista suunnitelmista tulee käydä ilmi esimerkiksi palveluketjut, konsultaatiokäytännöt, palveluohjauksen järjestäminen sekä henkilöstön täydennyskoulutuksien järjestäminen. Suunnitelmaa kuuluu päivittää ja varmistaa, että suunnitelman sisäiset asiat toteutuvat ja käytännöt ovat yhdenmukaiset eri puolilla maakuntaa. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 17.)

Pohjois-Karjalan alueen palliatiivisen hoidon palveluketju esittää maakunnan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon porrastuksen, eri yksiköiden tehtävät sekä käytännöt liittyen läheteisiin ja konsultaatioihin. Erikoissairaanhoito toimii yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Perusterveydenhuollolla on vastuu potilaan hoitamisesta silloin, kun hoito on toteutettavissa perusterveydenhuollon piirissä, eli hoitokodeissa tai kotihoidossa. Erikoissairaanhoito on vastuussa saattohoidon järjestämisestä vaativissa tilanteissa sekä aina lasten ja nuorten saattohoidossa. (Terveysportti 2018.)

Vuositasolla tulisi arvioida palveluiden tarjontaa suhteessa väestöön, konsultaatiotuen kattavuutta, henkilöstön määrää ja tavoitettavuutta sekä heidän koulutustaan. Seurannan tulee olla yhtenevää, systemaattista ja säännöllistä, jotta valtakunnallinen vertailu mahdollistuu. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 24.)

Saattohoitoon keskeisesti liittyvät kansainväliset sopimukset ovat Euroopan neuvoston ihmisoikeussopimus ja Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus. Tärkeimpiä normeja kansallisella tasolla ovat puolestaan Suomen perustuslain perusoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä erityissairaanhoidolaki ja kansanterveyslaki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 14.§ mukaisesti kunnalla on velvollisuus toteuttaa iäkkään ihmisen pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa niin, että palvelut räätälöidään sisällöltään ja määrältään vastaamaan henkilön senhetkistä palveluntarvetta. Sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestettävä niin, että ne tukevat arvokasta elämää ja että ikääntynyt voi kokea elämänsä turvalliseksi, arvokkaaksi sekä merkitykselliseksi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 on laaja, hoidon järjestämiseen ja sen eri osa-alueisiin liittyvä kokonaisuus. 3.§:ssä tuodaan ilmi, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon ja hoito on järjestettävä siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Äidinkieli, yksilölliset tarpeet sekä kulttuuri on otettava huomioon potilaan hoidossa ja hänen kohtelussaan mahdollisuuksien mukaan.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 36.§ määrittää, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee tarjota asiantuntevaa tukea kunnille. Tähän päästään järjestämällä koulutusta ja koaamalla tietoja sekä jakamalla sairauksien ja ongelmien ehkäisyyn tarkoitettuja toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä, jotka ovat näyttöön perustuvia. Lain 5.§ velvoittaa kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän huolehtimaan terveydenhuollon ammattilaisten osallistumisesta terveydenhuollon täydennyskoulutuksiin riittävällä tasolla. Täydennyskoulutuksien sisällössä täytyy ottaa huomioon henkilökunnan peruskoulutus sekä työtehtävien vaativuus ja sisältö.

5 Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon suositusten laatijat

Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia ja tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia suosituksia, jotka Suomalainen Lääkäriseura Duodecim on laatinut yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Käypä hoito -suosituksissa käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon sekä niiden ehkäisemiseen liittyviä asioita. Suositukset on laadittu lääkäreille, hoitotyön ammattilaisille ja kansalaisille pohjaksi hoitoon liittyviin päätöksiin. (Käypä hoito, 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveystalouden toimeenpanosta, ohjauksesta ja suunnittelusta. Sosiaali- ja terveysministeriö on osa valtioneuvostoa. Tavoitteena sosiaali- ja terveysministeriön toiminnalla on, että jokaisella olisi tasa-arvoiset mahdollisuudet terveelliseen ja turvalliseen elämään. Väestön toimintakyvyn ja terveyden, terveellisen työ- ja elinolosuhteiden sekä sukupuolten välisen tasa-arvon edistäminen ovat sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviä. Niihin kuuluu myös kohtuullisen toimeentulon sekä riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaaminen kansalaisille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b.)

ETENE tarkoittaa eettistä neuvottelukuntaa, joka toimii valtakunnallisesti sosiaali- ja terveysalalla. Eettisen neuvottelukunnan tehtävänä on käsitellä potilaan asemaan sekä sosiaali- ja terveysalaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta sekä antaa suosituksia, lausuntoja ja asiantuntija-apua. Neuvottelukunnan tehtävänä on myös tehdä aloitteita ja herättää yhteiskunnallista keskustelua sekä välittää tietoa kansainvälisistä ja kansallisista eettisistä kysymyksistä. (Etene 2018.) Eettisen neuvottelukunnan tiedotteissa otetaan kantaa monenlaisiin eettisiin kysymyksiin, kuten eutanasiaan. Neuvottelukunnan lokakuussa 2017 antaman tiedotteen mukaan ETENE pitää ensisijaisen tärkeänä kehittää saattohoidon ja palliatiivisen hoidon saatavuutta. Takaamalla hyvä saattohoito jokaiselle sitä tarvitsevalle voitaisiin saattohoidon ja palliatiivisen hoidon saatavuutta arvioida paremmin. Kuolevien potilaiden asemaa parantaisi saattohoidon ja palliatiivisen hoidon edistäminen ennemmin kuin eutanasiaalaki. (ETENE 2017.)

Euroopan neuvoston tehtävänä on ihmisoikeuksien, demokratian ja oikeusvaltioperiaatteen kehittäminen ja turvaaminen. Työn tuloksena syntyy monien eri alojen sopimuksia, jotka koskevat jäsenmaita. Euroopan neuvosto laatii sitovia normeja useille aloille ja toimintaan kuuluu näiden normien täytäntöönpanon valvonta. Sopimuksia ovat laatimassa alojen asiantuntijaryhmät. Euroopan neuvoston päätöksiä tekee ministerikomitea, johon kuuluvat jäsenmaiden ulkoministerit tai heidän edustajansa eli suurlähettiläät. Euroopan ihmisoikeustuomioistuin toimii Euroopan neuvoston yhteydessä. (Suomen pysyvä edustusto Euroopan neuvostossa 2015.)

6 Saattohoidon suositukset ja hyvän käytännön ohjeita

6.1 Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Etenen laatimat suositukset

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 järjestämässä saattohoidon asiantuntijatilaisuudessa käsiteltiin laajasti saattohoitoon liittyviä kysymyksiä. Tämän tilaisuuden pohjalta tehdyssä selvityksessä on nostettu esille hyviä käytäntöjä sekä suosituksia saattohoidon toteuttamiseksi. Selvitys on tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilöstölle, läheisille, omaisille, kansalaisille sekä päättäjille ja poliittisille luottamushenkilöille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11-12.)

Selvityksessä on nostettu esille kymmenen asiantuntijaryhmän laatimaa suositusta, joiden avulla hyvä saattohoito toteutuu.

1. Saattohoidon tulee perustua potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittamiseen.
2. Saattohoidon lähtökohta on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan, kun ihminen on lähellä kuolemaa. Potilaan, ja potilaan salliessa myös omaisten kanssa keskustellaan hoidon linjauksista. Keskustelussa sovitut asiat kirjataan potilaan tietoihin.
3. Hoitava lääkäri kirjoittaa hoitopäätökset perustellusti ja yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai tämän omaisten kanssa potilaan toiveet ja tarpeet huomioiden. Saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa moniammatillisena yhteistyönä

tilannetta jatkuvasti arvioiden ja nimetään myös ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta eri vuorokaudenaikoina hoidon jatkuvuus varmistuen.

4. Lääkäreiden ja hoitajien on oltava saattohoitoon koulutettuja ja konsultaatiotukea on oltava tarjolla vuorokauden ympäri. Muu henkilökunta ja vapaaehtoiset täydentävät moniammatillista työryhmää. Työryhmän jäsenet saavat täydennyskoulutusta saattohoitotyöhön säännöllisesti sekä henkilökunnalle tarjotaan työnohjausta ja saattohoitotilanteista voidaan tarvittaessa keskustella jälkikäteen.

5. Saattohoitoon liittyviä osaamisen alueita kuuluu kyetä arvioida, hoitaa ja sekä systemaattisesti, että riittävällä taidolla, soveltaa tietoa. Näitä osa-alueita ovat kärsimystä ja sitä aiheuttavien oireiden lieventäminen, lähestyvän kuoleman ja kuoleman hetken merkit, henkisten, fyysisten, hengellisten, psykososiaalisten sekä olemassa oloon liittyvien ja kulttuuristen asioiden huomioiminen niin, että ne tulevat potilaan kohdalla yksilöllisesti ymmärretyiksi ja huomioiduiksi hoidon suunnittelussa sekä toteuttamisessa tarpeet ja toiveet huomioiden sekä läheisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen.

6. Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan toiveisiin ja tarpeisiin, hyvään toiminnan laatuun ja noudattamaan Käypä hoito -suosituksia.

7. Lasten saattohoidon vastuu kuuluu erikoissairaanhoidon, mutta muuten saattohoitoa annetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, vanhainkodeissa, vuodeosastoilla, erilaisissa asumisyksiköissä ja palvelutaloissa.

8. Saattohoidon hyvä tasavertainen ja yhdenmukainen toteuttaminen on sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen vastuulla. Saattohoitoa tarjotaan mahdollisuuksien mukaan siellä, missä potilas elää tai asuu ja että omaiset pääsisivät potilaan toiveiden mukaisesti osallistumaan saattohoitoon.

9. Saattohoitotyötä tekevien hoitajien työhyvinvointi on edellytys säilyttää herkkyys ja intuitio, ja näitä ominaisuuksia tulisi tukea ja kehittää.

10. Suositusten toteutumista voidaan edistää käymällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä potilaan kuoleman lähestyessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30-31.)

Eettisesti kestävä hoidon perusta on iäkkään yksilöllinen kohtelemine. Hoidon lähtökohtana tulee olla hänen omat tarpeensa ja toiveensa sekä hänen arvojaan ja näkemyksiään tulee kunnioittaa. Iäkkään hoitamisen kuuluu olla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä, joka suunnitellaan kokonaisvaltaisesti vanhuksen toimintakyky, terveydentila ja läheiset huomioiden. Iäkkäällä on oikeus osallistua päätöksentekoon ja saada turvallista

lääkehoitoa ja esimerkiksi psyykelääkkeillä ei saa korvata henkilöstön puutetta hoidossa. Omaisten osallisuutta hoitoon tulee tukea, ja huomioida etenkin päätöksen teossa silloin, kun iäkäs ei pysty itse määräämään hoidostaan. Iäkkäällä on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon sekä hyvään kuolemaan. (Etene 2008, 3-4.)

Etenen laatimat suositukset saattohoitoon (2004, 14) pitävät sisällään seuraavat kohdat:

1. Silloinkin kun parantavaa hoitoon ei enää ole mahdollisuutta, jokaisella on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon.
2. Itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, ja hoitotahdosta voidaan poiketa ainoastaan, jos perustellusti voidaan olettaa potilaan muuttaneen tahtoaan hoidon suhteen.
3. Hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös tehdään yhteistyönä potilaan ja hoitavien henkilöiden välillä.
4. Hoidon tavoitteiden muuttuessa tai potilasta siirrettäessä toiseen yksikköön on tärkeää turvata hoidon jatkuvuus. Siirryttäessä saattohoitoon tai palliatiiviseen hoitoon kirjataan suunnitelma potilasasiakirjoihin mahdollisimman selkeästi terveydenhuollossa hyväksytyjä ilmaisuja käyttäen. Suunnitelman tulee olla käytettävissä kaikille hoitoon osallistuville.
5. Saattohoitoa toteuttavalla yksiköllä tulee olla riittävät resurssit henkilökunnan, ammattitaidon ja hoitovälineiden osalta, jotta hoitosuunnitelmaa voidaan noudattaa niin, että hoito on turvallista ja inhimillistä.
6. Halutessaan potilaalla tulee olla oikeus nukkua pois kotonaan tai läheistensä ympäröimänä.
7. Jos potilas ei ole kykeneväinen päättämään omasta hoidostaan, tulee kiinnittää erityistä huomioita potilaan lähiomaisiin.
8. Riippumatta diagnoosista hyvä saattohoito kuuluu jokaiselle kuolevalle potilaalle.

6.2 Oikea-aikaisen linjauksen tekemisen kriteerit ja hoitosuunnitelma

Esteitä lähestyvän kuoleman havaitsemiseen voivat olla epäselvät diagnoosit tai että hoito etenee ennallaan ilman uutta arviota potilaan tilasta. Jos kuoleman lähestymistä ei haluta nähdä tai sen mahdollisuutta ei uskalleta ottaa puheeksi, voi potilaan saattohoitoon siirtyminen estyä. (Korhonen & Poukka 2013.)

Oikea-aikaisen palliatiivisen hoitolinjauksen aloittamisessa voidaan käyttää kriteereinä, että hoitava lääkäri ei yllättyisi potilaan kuolemasta seuraavan vuoden aikana, kroonista sairautta sairastavalla potilaalla on ollut jatkuvaa suorituskyvyn heikkenemistä, painon laskua tai kaksi tai useampi suunnittelematon sairaalajakso vuoden aikana. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Sairauskohtaisia kriteereitä ovat sydänsairaus, jonka jatkuvana oireena lääkityksestä huolimatta esiintyy hengenahdistusta tai rintakipua pienessäkin rasituksessa. Keuhkosairaus, jonka seurauksena hengenahdistusta esiintyy levossa tai kevyessäkin rasituksessa. Oireilu on jatkuvaa lääkityksestä huolimatta sekä potilaalla on samaan aikaan muu vaikea sairaus ja laihtumisesta johtuen painoindeksi on alle 21. Vaikea-asteinen muistisairaus, eli potilas on kyvytön kävelemään, pukeutumaan tai syömään ilman huomattavaa avustamista sekä hänellä on virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyyttä. Potilas ei tunnista enää läheisiään sekä hänellä on huomattavia ongelmia kommunikoinnissa. Syöpä, joka on aiheuttanut potilaalle edetessään suorituskyvyn heikkenemistä lääkityksestä huolimatta. Neurologiset sairaudet, joiden takia potilaalla on vaikeasti hallittavia oireita, puheen ongelmia, pahe-nevaa nielemisen ongelmaa, toistuvia aspiraatioita eli henkeen vetämisii ja niistä aiheu-tuvia keuhkokuumeita, sekä hengitysvaikeuksia hoidoista huolimatta. Munuaisten vaikea vajaatoiminta, tai maksasairaus, johon liittyy kirroosi ja komplikaatioita tai potilaalla on runsasta nesteen kertymistä vatsaonteloon, maksavaurion aiheuttama aivosairaus (he-paattinen enkefalopatia), maksavaurion aiheuttama munuaisten pettäminen, bakteerinen vatsakalvontulehdus, seerumin albumiinipitoisuus on alle 25 ja INR, eli veren hyytymis-aikaa merkkäava tekijä, on koholla. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa tulisi ottaa huomioon konsultaatiotuen saatavuus ja moniammatillinen yhteistyö kardiologin kanssa. Tarpeettomia erikoissairaanhoidon käyntejä ja toimenpiteitä tulisi välttää mahdollisuuksien mukaan. Sydämen vajaatoiminnan lääkehoitoa tulisi jatkaa sopeutetusti potilaan siir-ryttyä elämän loppuvaiheen hoitoon. Tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulisi välttää, koska ne pahentavat sydämen vajaatoiminnan oireita. Loppuvaiheessa myös liikuntahar-joitteita jatketaan soveltuvin osin. Tahdistimen sydäniskuri tulisi kytkeä pois päältä niin, että potilas on ollut yhteisymmärryksessä asian tiimoilta. Jos toiminto on jäänyt päälle kuoleman lähestyessä ja tahdistin antaa sähköiskuja, voidaan sähköiskut saada loppu-maan asettamalla magneetti tahdistimen päälle. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan siirtyminen palliatiiviseen hoitoon on aiheellista kun sairaus on edennyt pitkälle. Jos potilaalla on parhaasta mahdollisesta hoidosta huolimatta esimerkiksi huono toimintakyky eli potilas kykenee kävelemään alle sata metriä, hänellä on hengenahdistusta levossa, useita pahenemisvaiheita vuoden aikana, tahatonta laihtumista tai keuhkoverenpaine on noussut, voidaan todeta, että sairaus on edennyt pitkälle. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien kohdalla elämän loppuvaiheen hoito ei usein ole pätevää ja asianmukaista. Muistisairaiden potilaiden kohdalla olisi parempi käytäntö tarjota palliatiivista hoitoa jo aiemmin, mahdollisesti jopa yhtäaikaisesti parantavan hoidon kanssa, koska muistisairaus on etenevä, krooninen ja vakava sairaus. Näin potilaan tilaa voitaisiin paremmin tukea pitempiaikaisesti. Ongelmat palliatiivisen hoidon oikea-aikaiseen aloittamiseen liittyen voivat johtua edunvalvonnasta, päätöksen teosta ja hoitotahdosta. Muistisairautta sairastavan potilaan kannalta usein jonkun muun on otettava vastuu ja tehtävä potilaaseen liittyviä päätöksiä, sillä edenneestä muistisairaudesta johtuen potilas ei enää itse kykene päätöksiä tekemään. Läheisten ja omaisten tiedonpuute sekä ristiriidat omaisten kesken ja hoitohenkilökunnan kanssa vaikeuttavat palliatiiviseen hoitoon siirtymistä. Muita hoidon tasoon liittyviä haasteita luovat hoitajamitoitus, rahoitus, säännökset ja henkilökunnan koulutus. Myös erilaiset kulttuuriin, uskonnolliseen ja sosiaaliseen taustaan liittyvät näkemykset kuolemasta ja kuolevan ihmisen hoitamisesta voivat vaikuttaa elämän loppuajan hoitoon. (Joanna Briggs Institute 2011, 1-3.)

Dementiaa sairastavan potilaan siirtyminen saattohoitoon saattaa estyä, koska potilaan tilaa ei aina tunnisteta kuolemaan johtavaksi. Elämän loppuvaiheessa vaikeaa dementiaa sairastavat kärsivät usein vaikeista oireista. Yhdeksän kymmenestä vaikeaa dementiaa sairastavasta kärsii elämän loppuvaiheessa syömiseen liittyvistä ongelmista. Letkuruokinnan ei ole havaittu näytön perusteella hyödyttävän ja letkuruokinta voi aiheuttaa kärsimystä. Viimeisien kuukausien aikana vaikeaa dementiaa sairastavista lähes puolet sairastuu keuhkokuumeeseen ja heistä noin puolet kuolee seuraavan puolen vuoden aikana. Keuhkokuumeeseen antibioottihoidossa tulisi huomioida potilaan kokonaisennuste. Hoitopaikkasiirtoja tulisi välttää ja jos mahdollista, keuhkokuume tulisi hoitaa nykyisessä hoitopaikassa. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Hoitosuunnitelma tulee laatia hoitavan lääkärin ja potilaan sekä mahdollisesti myös tämän omaisten kanssa keskustellen. Hoitosuunnitelman tulee mukailla mahdollista hoitotahtoa ja siinä on tultava esille potilaan toiveet, pelot ja käsitykset sekä nykyhetkestä että tulevaisuudesta. Suunnitelmassa tulisi olla tieto, missä mahdollista hoitotahtoa säilytetään sekä sen sisältö ja se, kuinka potilas itse tai hänen omaisensa suhtautuvat vakavaan sairauteen ja sen ennusteeseen. Myös hoidon tavoitteet sekä oireiden hallinnan keinot ja hoitolinjaukset tulee käydä ilmi hoitosuunnitelmassa. Siinä tulee myös tuoda ilmi hoidontarpeen uudelleen arviointi sekä potilaan tarpeet myös lääkkeettömien hoitomenetelmien ja psykososiaalisen tuen näkökulmasta. Keskeistä on myös tuoda esille hoitoon liittyvät rajoitukset, esimerkiksi liittyen nesteytykseen, antibioottihoitoon, tehohoitoon, sairaalaan siirtämiseen, elvyttämiseen tai toimenpiteisiin. Elämän loppuvaiheen toiveet esimerkiksi hoitopaikan ja läheisten tuen, sekä mahdollisen kuolemaan johtavan pahenemisvaiheen suhteen tulee myös tulla hoitosuunnitelmasta esille. (Käypä hoito -suositus 2018.)

6.3 Nielemisvaikeudet, pahoinvointi sekä suun oireet

Nielemisvaikeuksille voi olla monia eri syitä. Niitä voivat olla neurologiset häiriöt, joihin kuuluu keskushermoston, ääreishermoston ja lihaksiston ongelmia, sammas, herpes, ja kasvaimet pään alueella, kaulassa tai ruokatorvessa. Tukkiva kasvain voi aiheuttaa vaikeuksia niellä kiinteää ruokaa, jolloin ruoan koostumuksen muokkaamisella voi olla suotuisia vaikutuksia. Hermo-lihashäiriöt voivat vaikeuttaa nesteiden nielemistä. Hyvä yleishoito ja esimerkiksi jääpalojen imeskely sekä huulien kostuttaminen voivat helpottaa oireita. Jos potilas ei saa tarpeeksi ravintoa suun kautta nielemisvaikeuksien takia, on syytä harkita helpottavia toimenpiteitä, kuten vatsanpeitteiden läpi tehtävää ravintoletkua, eli peg-letkua tai stenttiä. Syljen eritystä voidaan rajoittaa antikolinergisillä, tai antikolinergisesti vaikuttavilla lääkkeillä. (Käypä hoito -suositus 2018.) Stentti on metallinen verkkoputki tai muoviputki, joka laitetaan tukkeutuneeseen suoneen tai onttoon elimeen pitämään se auki. Antikolinergisellä lääkkeellä tarkoitetaan parasympaattista hermostoa lamaavaa ja asetyylikoliinin vaikutusta estävää lääkettä. (Duodecim 2007, 41, 674.)

Parantumattomasti sairailta esiintyy loppuvaiheessa jopa yli puolella pahoinvointia ja kolmanneksella oksentelua. Pahoinvointia voidaan hoitaa lievittämällä sen aiheuttamaa syytä sekä lääkityksellä. Hoito riippuu pahoinvoinnin syystä (Liite 1). Joskus kortisonin yhdistäminen pahoinvointilääkitykseen voi olla eduksi. Syöpäpotilaalla oksentelun ja kroonisen pahoinvoinnin hoidossa metoklopramidi näyttää olevan tehokas, tosin

munuaisten tai maksan vajaatoiminnan kohdalla annosta tulee pienentää. Myös granisetroni voi olla hyödyllinen kroonisen pahoinvoinnin hoidossa syöpäpotilailla ja se voi vaikuttaa suotuisasti vaikka muista lääkkeistä ei olisi ollut hyötyä. (Käypä hoito -suositus 2018.) Metokloparimidia käytetään estämään pahoinvointia ja oksentelua, sekä se lisää suoliston liikkeitä. Granisetronia käytetään pahoinvointiin, joka johtuu solunsalpaaja- tai sädehoidosta. (Duodecim 2007, 453, 203.)

Suun oireista yleinen on suun kuivumisen tunne, joka yleensä johtuu syljen erityksen vähenemisestä. Kuivumisen tunnetta voivat aiheuttaa antikolinergiset ja antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet, opioidit sekä nesteenpoistolääkkeet. (Käypä hoito -suositus 2018.) Opioidit ovat morfiinin kaltaisesti vaikuttavia tehokkaita kipulääkkeitä. (Duodecim 2007, 513). Ruoan pureskelukyvyyn heikkeneminen, suun kautta hengittäminen ja lisähappi voivat myös aiheuttaa suun kuivumista. Myös suun limakalvoilla oleva sieni-infektio voi aiheuttaa kuivumisen tunnetta. Suun hygieniasta ja kostutuksesta tulee huolehtia, suuta tulisi puhdistaa kaksi kertaa päivässä. Huulten rasvaaminen, proteeseista huolehtiminen ja alkoholittomien suuvesien käyttö voi auttaa. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Suun kipuja lievittämään voidaan käyttää kylmiä juomia tai jääpaloja. Suun limakalvon paikallispuudutukseen on mahdollista käyttää kaksiprosenttista lidokaiinigeeliä. Paikallisesti annosteltavaa bakteereja tuhoavaa puhdistusgeeliä, limakalvoja suojaavaa geeliä tai steroidisuspensiota voidaan käyttää aftojen ja limakalvorikkoutumien hoitoon. Paikalliseen suun kipuun voidaan käyttää esimerkiksi morfiinisuvettä. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Suun sieni-, bakteri- tai virusinfektioita hoidetaan näihin tarkoitetuilla lääkkeillä. Monilla sienilääkkeillä on kuitenkin haitallisia yhteisvaikutuksia useiden muiden lääkitysten kanssa, mikä tulee huomioida. Infektioihin voidaan myös käyttää kolmois- tai neloisgeeliä. (Käypä hoito -suositus 2018.)

6.4 Ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvät ongelmat

Ummetuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa ulostaminen on harventunut alle kolmeen kertaan viikossa tai maha-suolikanavan läpimenoaika on yli viisi vuorokautta, ulostemassa on kovaa ja ulostaminen on vaikeutunut. Ummetusta on myös potilailla, jotka syövät

hyvin vähän, koska ulostemassaa syntyy epiteelikudoksista, eritteistä ja bakteerimassoista. Arvioidaan, että noin puolet palliatiivisessa hoidossa olevista potilaista jossain vaiheessa kärsivät ummetuksesta. Opioidien aiheuttama ummetus on erotettava suolen toimintaan liittyvästä ummetuksesta. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Opioidien aiheuttaman ummetuksen hoitoon pitkälle edennyttä sairautta sairastaville ja palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille käytetään ihon alle injektiona annosteltavaa metyyliinaltreksonibromidivalmistetta, josta kauppanimeltään esimerkkinä Relistor. (Pharmaca Fennica 2011, 2645). Tämänhetkisen näytön perusteella ei voida tukea minäkään yksittäisen laksatiivin käyttöä palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla. Pehmittävä laksatiivi, eli osmoottinen laksatiivi, yhdessä suolta stimuloivan laksatiivin kanssa on suositeltavin apu ummetuksen hoitoon. Molempien annostusta voidaan tarpeen tullen nostaa. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevien potilaiden kohdalla bulkkilaksatiiveja ei tulisi käyttää ollenkaan suolen vetovaikeuksien ja vähäisen nesteetyksen takia. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Pehmittäviä laksatiiveja ovat kauppanimiltään esimerkiksi Movicol ja Duphalac (Apteekkipalvelu.fi 2018a). Suolen toimintaa stimuloivia laksatiivivalmisteita ovat puolestaan Pursennid Ex-Lax ja Laxoberon (Apteekkipalvelu.fi 2018b). Bulkkilaksatiivivalmisteita ovat esimerkiksi Vi-Siblin-kuitutuotteet (Apteekkipalvelu.fi 2018c).

Ripuli on kuolevien potilaiden kohdalla harvinaisempaa kuin ummetus. Ripuli voi liittyä esimerkiksi syöpähoitoihin tai sen syynä voivat olla ummetuslääkkeiden tai suolitukoksen aiheuttama ohivuotoripuli, infektiot tai imeytymishäiriöt. Palliatiivisessa hoidossa käytetyin ripulilääke on loperamidi, kuten Imodium, joka vähentää suolen peristaltiikkaa ja eritystä sekä parantaa sulkijalihaksen toimintaa. Koliitin eli paksusuolen tulehduksen tai infektion aiheuttaman ripulin kohdalla loperamidia tulee kuitenkin käyttää harkiten, koska ulosteen kerääntyminen suolistoon voi myötävaikuttaa toksisen paksusuolen laajentuman syntyyn. Okteotridista voi olla hyötyä kroonisen ripulin hoitoon saattohoitopotilailla. Sitä voidaan antaa annoksittain ihon alle tai infuusiona. (Käypä hoito -suositus 2018.) Esimerkiksi lääkevalmiste Sandostatin sisältää vaikuttavana aineenaan okterotridiasetaattia, ja sitä voidaan käyttää lievittämään oireita potilailla, joilla on vatsan alueen tai ruoansulatuskanavan kasvaimia (Pharmaca Fennica 2011, 2800).

Suolitukos johtuu yleensä suolen ontelon osittaisesta tai täydellisestä tukkeutumisesta tai suolen tyhjennysliikkeen puuttumisesta. Suolitukos oireilee runsaana oksenteluna sekä jatkuvina vatsakipuina. Hoito riippuu potilaan yleisilasta ja vaatii yleensä kirurgin arvon. Kirurginen hoito ei kuitenkaan tule kyseeseen, jos potilaan on jo ennen tukoksen syntyä arvioitu kuolevan lähipäivinä, potilas kieltää leikkauksen, tai hän ei ole anestesia- tai leikkauskelpoinen. Syöpäpotilaan leikkauskelvottomassa suolitukoksessa oktreotidi voi helpottaa oksentelua ja pahoinvointia. Joillakin lääkehoidoilla voidaan helpottaa pahanlaatuisen suolitukoksen oireita. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Virtsaumpea, eli virtsanlähdön estymistä, voivat aiheuttaa opioidit, trisykliset masennuslääkkeet sekä antikolinergit. Myös eturauhasen liikakasvu tai eturauhassyöpä voivat aiheuttaa virtsaummen. Hoitona virtsaummelle on katetrointi tai virtsarakkoavanne. Myös kuolemassa olevan potilaan virtsaumpi pitää hoitaa. Eturauhasen ja virtsarakon syövät voivat aiheuttaa verivirtsaisuutta eli tihkuvaa verenvuotoa rakkoon. Sädehoito voi vähentää veren tihkumista. Trameksaamihappoa käytetään verenvuodon hillitsemiseen, ja sen käyttö voi aiheuttaa hyytymiä ja hyytymät puolestaan voivat estää virtsankulun. Tähtäyksellä tehtävällä tyhjennyksellä hyytymät pystytään poistamaan. (Käypä hoito -suositus 2018.)

6.5 Kuivuminen ja kuihtuminen

Yleisimmin kuivuminen johtuu huonosta nesteiden saannista tai niiden menetyksestä. Nesteiden menettämisellä tarkoitetaan kuumetta, ripulia, oksentelua ja nesteenpoistolääkityksen käyttämistä. Jos potilaan nesteiden saanti on riittämätöntä, nesteytys voi lievittää joitakin oireita. Saattohoitopotilailla kuivuminen voi aiheutua myös nesteiden siirtymisestä solujen välitilaan, jolloin nesteytyksestä ei ole apua. Nesteytyksellä ei ole havaittu olevan apua kuolevan potilaan sekavuustilaan, heikkouteen tai hallusinaatioihin, eikä sillä voida pienentää kreatiinipitoisuutta. Potilaan janon tunteen ja kuivumisen välillä on laboratoriotestien perusteella ainoastaan hyvin heikko yhteys. Kuolevan potilaan janon tunne ei välttämättä lievene, vaikka hän saisi suonensisäistä nesteytystä. Janon tunnetta voidaan lievittää suun ja huulten kostuttamisella. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Korhosen ja Poukan (2013) mukaan kuolevan potilaan hoidossa suonensisäisellä nesteytyksellä on hyötyä vain harvoin. Nestehoito ei auta suun kuivumiseen, koska yleensä sen

aiheuttajana on lääkitys. Käypä hoito -suositus (2018), Korhonen ja Poukka (2013) sekä Pöyhiä (2012, 456 - 458) tuovat esille, että nesteyttämällä voi olla merkittäviä haittavaikutuksia, kuten nestekertymiä ja turvotuksia eikä nesteytyksellä ole aina myönteistä vaikutusta oireisiin. Joskus suonensisäinen nesteytys tuottaa enemmän haittaa kuin hyötyä potilaalle. Korhosen ja Poukan (2013) sekä Pöyhiän (2012, 456 - 458) mukaan voidaan joissain tilanteissa kokeilla suonensisäistä nesteyttämistä esimerkiksi 1 000 millilitran vuorokausiannoksella oireita helpottamaan, mutta jos vastetta nesteytykselle ei saada kahden tai kolmen päivän kuluessa, kokeilu on syytä lopettaa.

Saattohoidossa olevalle potilaalle voi tarjota pieniä annoksia mieliruokia ja nesteitä sen verran kuin hän pystyy ottamaan. Ruokailun helpottamiseksi voidaan antaa pahoinvointilääkkeitä. Ruokaa tai juomaa ei kuitenkaan tulisi ”tuputtaa”, vaan kuunnella potilaan toivetta. Kun saattohoidossa oleva potilas ei enää syö tai juo, usein harkitaan nesteytystä suonensisäisesti tai ravintoletkua. Omaisten tietämättömyys vaikuttaa usein heidän asenteisiinsa liittyen saattohoidettavan nesteytykseen tai ravitsemukseen. Vaikka omaisille annettaisiin informaatiota mahdollisista riskeistä, he eivät välttämättä täysin ymmärrä mistä on kysymys. Epäselvyydet johtavat usein eettisiin keskusteluihin ja ristiriitoja voi aiheutua. Liian jyrkkä nesteytyksestä kieltäytyminen voi jättää omaisille surullisen kuvan saattohoidosta. Kuolevan potilaan kohdalla ravitsemus ja nesteytys tulisi kuitenkin tapahtua pääsääntöisesti suun kautta ja muita antoreittejä on syytä välttää. (Pöyhiä 2012, 456 - 458.)

Potilaan vointi ja hänen liikkumiskykynsä huononevat viimeisten elinpäivien aikana. Nieleminen vaikeutuu, potilas voi olla unelias sekä hänen kiinnostuksena syömistä ja juomista kohtaan häviävät. (Korhonen & Poukka 2013.) Saattohoitopotilaista jopa 80 prosentilla esiintyy loppuvaiheessa laihtumista. Laihtuminen voi johtua ruoan vähäisestä saannista tai olla tahatonta. Loppuvaiheessa syöpäpotilailla ja vaikeassa vaiheessa dementiaa sairastavilla potilailla ravitsemushoidon ei katsota enää parantavan elämänlaatua tai lisäävän elinaikaa. Loppuvaiheen ruokahaluttomuuden hoitoon voidaan käyttää ruokahalua lisääviä lääkkeitä, kuten deksametasonia. (Käypä hoito -suositus 2018.) Deksametasonin lyhytaikainen käyttö soveltuu varauksin iäkkäille, koska haittavaikutukset sekä yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa voivat olla moninaisia ja vakavia. (Pharmaca Fennica 2013, 785).

6.6 Hengitykseen liittyvät ongelmat

Hikka johtuu pallean äkillisistä tahdottomista kouristuksista. Hikkaa voi esiintyä kuolevilla potilailla pallean ärsytyksen, metabolisten syiden, infektion tai kasvaimen takia tai joidenkin lääkkeiden käytön seurauksena. Ohimenevä hikka on vaaraton, mutta pitkittyneenä se vaatii lääkehoitoa. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Pitkälle edennyt keuhkohtaumatauti, keuhkosityöpä ja keuhkofibroosi aiheuttavat suurelle osalle potilaista yskää tai veriyskää. Yskää voi aiheuttaa myös hengitystieinfektio, keuhkosairaus, kasvain, aspiraatio, refluksi, keuhkoödeema tai pleuran eli keuhkopussin ärsytys. Tehokkain oireiden apu olisikin hoitaa yskän syytä. Lääkehoitona yskälle voidaan käyttää antikolinergisiä inhalaatioita tai opioideja. Antikolinergisellä lääkkeellä voidaan myös vähentää runsaita hengitysteiden eritteitä ja helpottaa korisevaa hengitystä. Mukolyttiset ja keittosuolainhalaatioista voi olla hyötyä sitkeään limaisuuteen, koska ne muokkaavat limasta juoksevampaa jolloin sen ulos yskiminen helpottuu. Potilas voi tehdä pulloon puhallusharjoituksia. Pulloon, jossa on 10-20 cm vettä, puhalletaan letkun kautta. Harjoituksella voidaan helpottaa hengitysteiden eritteiden aiheuttamia oireita. Veriyskää hoidetaan trameksaamihapolla tai sädehoidolla. Jos kuolemassa olevalle potilaalle aiheutuu harvinainen massiivinen verenvuoto hengitysteihin, potilas voidaan sedatoida eli lääkityksen keinoin heikentää hänen tajunnantasaan niin, ettei hän tunne sietämätöntä kipua. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Monet pitkälle edenneet sairaudet voivat aiheuttaa hengenahdistusta. Syytä voivat olla hengitysteiden tukkeutuminen, hengitystilavuuden pienentyminen, verenkierron ongelma, keuhkokudoksen ongelma, psyykkiset tekijät, hengityslihaseikkous, anemia tai asidoosi eli kehon nesteiden liiallinen happamuus. Hengenahdistusta aiheuttava pleuraneste yleensä poistetaan punktoimalla. Opioidien ollaan huomattu auttavan kuolevan potilaan hengenahdistusta. Opioideista johtuvan hengitysvajauksen riski on pieni, kun opioideja annostellaan vain tarvittava määrä. Happi tai ilmavirta voivat auttaa hengenahdistusta. Äkillisen hengitysvajauksen hoitona voi toimia mekaaninen hengityslaitte, mutta saattohoidossa olevan potilaan kohdalla sen käyttämisestä tulisi keskustella jo ennen sen tarvetta, koska mahdollisesti elämää pitkittävän mekaanisen hengityslaitteen käyttö voi olla ristiriidassa saattohoitopäätökseen kirjattujen linjausten kanssa. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Hengenahdistuksen hoitamiseksi voidaan käyttää kuolevilla potilailla opioideja, joiden annostusta voidaan tarvittaessa asteittain nostaa. Puoli-istuva asento ja esimerkiksi tuuletin voivat myös helpottaa potilasta. Hengenahdistuksen aiheuttamaa pelon ja ahdistuksen tunnetta pyritään myös lievittämään. Hengenahdistusta voidaan myös helpottaa lisähapella tai lääkityksellä, sekä höyryhengittämisellä siihen tarkoitettulla laitteella. Usein kuolemaa lähestyessä potilaan hengitys voi alkaa rohista. Tämä johtuu irtonaisesta limasta ja syljestä hengitysteissä. Potilasta rohina ei yleensä häiritse, mutta läheisille se voi olla häiritsevää tai huolestuttavaa. Läheisille olisi syytä selittää mistä on kysymys. Imukatetrilla voi imeä limaa jos sitä on ylänielussa tai suussa. Suurin osa potilaista saa vastetta syljen-eritystä vähentävästä lääkityksestä. (Korhonen & Poukka 2013.)

6.7 Kipu ja lääkehoito

Kipu on hyvin yleistä kuolevan potilaan kohdalla. Kipua tulisi arvioida säännöllisesti numeerisella asteikolla tai sanallisesti sekä kirjata niistä tarkasti. Lievään kipuun peruslääkkeenä käytetään parasetamolia tai tulehduskipulääkettä, huomioiden tulehduskipulääkkeiden epäedulliset yhteisvaikutukset muuhun lääkitykseen. Lievään tai keskivaikeaan syöpäkipuun voidaan käyttää myös opioidiryhmään kuuluvaa tramadolia. Hyödystä parasetamolien yhdistämisestä vahvaan opioidiin ei ole tutkimusnäyttöä, mutta jos potilas kokee saavansa tästä hyötyä voi näitä käyttää rinnakkain. Luustometastaasien aiheuttamaan kipuun tulehduskipulääkkeet ovat yleensä tehokkaita. Opioidit auttavat yleensä hyvin syöpäkipuihin sekä muissa tilanteissa pitkäaikaisen kivun hoidossa. Iäkkäillä potilailla aloitusannos on yleensä pienempi ja annokset ovat hyvin potilaskohtaisia. Kivun hoidossa käytetään ensisijaisesti suun kautta otettavia lääkkeitä, ellei tälle ole estettä. Opioidien kesken ei ole tutkimusnäyttöä siitä, että pitkäaikaisen kivun hoidossa joku opioidi olisi parempi kuin toinen. Joskus potilas voi hyötyä siitä, että eri opioideja yhdistetään, mutta siitä on konsultoitava lääkäriä. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Fentanylili sopii vakaaseen kipuun. Yleensä fentanylili annostellaan lääkelaastrarina, ja laastarin vaikutus alkaa 12-17 tuntia laastarin laittamisen jälkeen. Laastari vaihdetaan ohjeen mukaan 72:n tai 48 tunnin välein. Laastarin poistamisen jälkeen vaikutus kestää vielä noin 12-17 tuntia. Laihtuneilla potilailla laastarin käyttöä ei suositella huonon imeytymisen takia. Lämpilyöntikivulle tehokkaimpia lääkkeitä ovat lyhytvaikutteiset opioidit. Lääke

valitaan kivun alun ja keston mukaan. Hydromorfooni-, oksikodoni- ja morfiinivalmisteet vaikuttavat noin puolen tunnin jälkeen, ja niiden vaikutus kestää neljästä viiteen tuntia. (Käypä hoito -suositus 2018.) Hydromorfonihydrokloridivalmiste Palladonia sekä oksikodonia (Oxynorm, Oxycontin) on saatavilla sekä pitkä-, että lyhytvaikutteisena (Pharmaca Fennica 2013, 478-479).

Fentanyylivalmisteiden vaikutus alkaa viidessä minuutissa ja kestää noin tunnin. Neuroopaattiseen kipuun opioidit ovat myös tehokkaita. Yleensä epilepsiaan käytetyn gabapentiinin tai trisyklisen masennuslääkkeen yhdistäminen opioidihoidon kanssa on ilmeisesti tehokkaampi kuin pelkkä opioidi syövästä johtuvaan neuroopaattiseen kipuun. Muussa kuin syövästä johtuvassa neuroopaattisessa kivussa voidaan käyttää joitakin masennuslääkkeitä. Lääkehoidon rinnalla tulisi käyttää myös lääkkeettömiä hoitoja kuten asento- hoitoa tai rentoutusta. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Käytössä oleva säännöllinen kipulääkitys jatkuu kuolevalla potilaalla entisellään jos kivut ovat hallinnassa. Tajunnan heikentyessä kipulääkitystä jatketaan yhä samalla annoksella, mutta antoreittiä muutetaan tarpeen mukaan. Jos nieleminen ei onnistu, voidaan pitkävaikutteinen morfiini tai oksikodoni vaihtaa lyhytvaikutteiseen muotoon, joka annetaan neljän tunnin välein. Kovin huonokuntoiselle potilaalle, jonka elinajan arvio on vuorokauden luokkaa, ihonalaiset ruiskeet ja tarvittaessa lisäannokset ovat hyvä vaihtoehto. Viimeisten elinpäivien aikana lääkelaastaria ei kannata aloittaa uutena hoitona, koska annoksen määrittäminen voi olla aikaa vievää. Painehaavaumia estävää patjaa, asentohoitoa ja puuduttavia geelejä voidaan käyttää painehaavaumien aiheuttaman kivun hoitoon. Kipuja voi kuolevalla potilaalla aiheuttaa myös mahdollinen virtsaumpi tai ulosteen pakkautuminen peräsuoleen. Kivun hoidossa tulisi muistaa myös kokonais kivun käsite. Se tarkoittaa, että fyysiseen kipukokemukseen liittyy lisäksi psyykkinen, sosiaalinen ja olemassa oloon liittyvä ulottuvuus. (Korhonen & Poukka 2013.)

Niillä syöpäpotilailla, joilla kipu ei ole enää muilla tavoin hallittavissa, voidaan käyttää spinaalisia eli selkäydinkanavaan annosteltavia opioideja. Joissakin tilanteissa syöpäkipuja pystytään myös helpottamaan sädehoidolla. Vaikeiden kipujen hoidossa tulee haittavaikutuksia seurata tarkoin ja niitä on hoidettava aktiivisesti. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi ja suun kuivuminen. Haitallisen yhteisvaikutukset voivat myös lisätä potilaan oiretaakkaa. Maksan ja munuaisten ongelmat vaikuttavat

lääkkeiden imeytymiseen, ja näin ollen haittavaikutuksiin on kiinnitettävä erityistä huomiota. Kipulääkkeiden haittavaikutuksia voidaan vähentää pienentämällä annoksia, yhdistämällä kipulääkkeitä tai vaihtamalla antoreittiä. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Vapaaehtoisten koehenkilöiden avulla tehtiin tutkimus, jossa kymmenen iästä ja kymmenen nuorta aikuista saivat tutkittavaa lääkettä heti leikkausoperaation jälkeen. Lääkkeiden kulkua ja imeytymistä seurattiin koehenkilöiltä tämän jälkeen kahden vuorokauden ajan. Taustana tutkimukseen vaikuttaa se, että johtavat lääketestaukset eivät käytä iäkkäitä testeissään. Markkinoilla olevat lääkkeet on siis testattu aikuisilla, ei iäkkäillä henkilöillä. Tämän vuoksi iäkkäiden lääkitysten yhteisvaikutuksia tai tarkkoja annostuksia on vaikea määrittää. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa iäkkään henkilön parasetamolin ja oksikodonin käytön yksityiskohdista verrattuna nuoreen aikuiseen. Tuloksissa huomattiin, että 70 – 90 -vuotiailla oli jopa 50 - 80 prosenttia suurempi altistuminen oksikodonille kuin nuoremmilla aikuisilla, sekä oksikodonin plasmapitoisuudet olivat kaksinkertaiset iäkkäillä henkilöillä jopa vuorokauden ajan. Puolestaan parasetamoli, jota annettiin tutkittaville yksi gramma kerta-annoksena, aiheutti iäkkäille 36-68 prosenttia suuremman altistuksen kuin nuoremmille. Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että lääkitys tulee aina suunnitella yksilöllisesti erityisesti iäkkäillä potilailla. Vaikka oksikodoni ja parasetamoli ovatkin tehokkaita kipulääkkeitä oikein käytettynä, on niiden kohdalla potentiaalinen riski vakaville yliannostuksille, jos annokset ovat liian suuret. (Liukas 2012, 498-500.)

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan sitä, että kuolevaa potilasta rauhoitetaan lääkkeellä niin, ettei hän tuntisi kipua. Käytännössä tämä tarkoittaa tajunnan heikentämistä. Sedaatiota käytetään siinä määrin kuin se on tarpeellista erittäin vaikean tilanteen hallitsemiseksi elämän loppuvaiheessa. Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole jouduttaa kuolemaa, vaan saada sietämättömät ja hallitsemattomat oireet hallintaan silloin, kun muista keinoista ei ole ollut apua. Sietämättömän kivun lisäksi sedaatiota voidaan käyttää hengenahdistukseen, sekavuustilaan, voimakkaaseen levottomuuteen tai ahdistukseen. Näiden oireiden esiintyvyydestä tai sedaation tarpeen yleisyydestä ei ole tietoa. Ennen sedaation aloittamista täytyy varmistaa lääkäriä konsultoimalla, että muut keinot on koikeiltu. Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan tulisi olla tietoisia hoidon toteuttamisesta ja sen tavoitteista. Jatkuva syvää sedaatiota tulee käyttää ainoastaan sellaisille potilaille, joiden arvioidaan kuolevan seuraavien tuntien tai enintään vuorokausien aikana.

Lääkeannos määritellään yksilöllisesti, ja sitä nostetaan asteittain vaikutuksia seuraten. Sedaatioon käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa rauhoittaviin bentsodiatsepiineihin kuuluvat midatsolaami ja loratsepaami, joiden rinnalla voidaan tietyissä tilanteissa käyttää opioideja. Potilaan omia kipulääkkeitä jatketaan normaalisti, tosin antoreittiä voidaan tarpeen vaatiessa muuttaa. Akuuteissa hätätilanteissa, kuten tukehtuessa, tulee saada aikaan syvä ja nopea sedaatio. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Korhosen ja Poukan (2013) mukaan hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa potilaan lähenevä kuolema. Tällöin ei-lääketieteelliset asiat korostuvat, ja etusijalle nousevat potilaan toiveet, omaisten huomioiminen ja tarpeettomien hoitotoimenpiteiden sekä hyödyttömien lääkitysten välttäminen. Aiemmasta lääkityksestä yleensä jätetään lääkelistalle vain kipu- ja pahoinvointilääkkeet sekä ahdistukseen käytettävät lääkkeet. Kuolevalle potilaalle kuitenkin määrätään tarvittava lääkitys pahoinvoinnin, levottomuuden, kipujen, hengenahdistuksen, oksentelun sekä limaisuuden varalle. Jos on aihetta epäillä potilaan kuolevan äkillisen tilanteen, kuten verensyöksyn, seurauksena, on potilaalle syytä määrätä niin kutsuttu katastrofilääkitys. Se tarkoittaa yleensä opioidin ja bentsodiatsepiinin yhdistelmää, jolla potilas on mahdollista sedatoida nopeasti. Yleensä kuolema on kuitenkin rauhallinen.

Antibiootihoidon aloittaminen kuolevalla potilaalla tulee perustua näyttöön bakteeri-infektiosta tai selkeään infektioepäilyyn. Virtsatieinfektion antibiootihoidosta voi olla helpotusta oireisiin. Antibioottia voidaan lyhytaikaisesti kokeilla oireiden helpottamiseksi, mutta jos vastetta ei saada nopeasti, on antibioottiloito syytä lopettaa. Näyttö antibiootien avusta oireiden hoidossa on puutteellista ja on todettu, ettei antibiootihoidoilla ole merkittävää vaikutusta saattohoitopotilaan elinaikaan. (Käypä hoito -suositus 2018.)

6.8 Iho-oireet, kutina ja hikoilu

Yleisimpiä haavatyyppejä ovat laskimoperäinen haava, kasvaimen liittyvä haavauma, painehaava ja kaatumisesta tai muusta johtuva ihon repeytyminen. Ihometastaasin aiheuttamassa verenvuodossa voi kylmähoidosta olla hyötyä, sekä sen hoitoon on käytetty myös trameksaamihappoa. Pieniin vuotoihin voidaan kokeilla hopeanitraattikäsittelyä. Syöpiin liittyvät haavat harvoin paranevat, sekä niihin usein liittyy kipua, eritystä, pahaa hajua, verenvuotoa ja kutinaa. Tällaiset haavat voivat vaatia kipulääkityksen. Haavakipu on

mahdollista hoitaa esimerkiksi morfiinigeelillä. Yleistilaltaan hyväkuntoisen syöpäpotilaan ihometastaasien aiheuttamien haavojen hoidosta tulisi konsultoida onkologista yksikköä, sillä sädehoidolla voi olla edullisia vaikutuksia potilaalle. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Tulehtuneen haavan hajuhaitat johtuvat yleensä anaerobi-infektiosta. Tällä tarkoitetaan nekroottisten muutosten hapetta elävästä bakteerin aiheuttamasta tulehduksesta. Paikallishoidoksi suositellaan hopeaa sisältäviä tuotteita, mutta myös esimerkiksi pihkaa tai hunajaa sisältäviä voiteita voidaan käyttää. Hajuhaittoja voi estää laittamalla uloimpiin sidoksiin esimerkiksi piparminttuöljyä tai hajustettua talkkia. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Kutinaa voivat aiheuttaa hermoperäiset syyt, hermotautiin liittyvät syyt, psyykkiset tekijät tai iholähtöiset tekijät. Kuolevan potilaan kutinan syy voi olla hankala paikantaa, ja usein kutina onkin loppuvaiheen potilailla monisyistä. Jos kutina johtuu kuivasta ihosta, tällöin ihon rasvaaminen ja vesipesujen harventaminen voivat auttaa. Neuropaattisen kutinan hoitoon voidaan käyttää lääkkeitä, kuten gabapentiiniä. Spinaalisesti annosteltu opioidi voi myös aiheuttaa kutinaa, jolloin annosteluun lisätty puuduteaine voi olla hyödyksi. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Opioidit, hormonaaliset syöpälääkkeet, syöpähoidot ja syöpään liittyvät ilmiöt sekä vaihdevuodet voivat aiheuttaa hikoilua. Rintasyöpäpotilailla tehdyn tutkimuksen mukaan hikoilua on mahdollista vähentää esimerkiksi selektiivisellä serotoniinin takaisinoton estäjällä eli SSRI-lääkkeellä. Vaihdevuosista johtuva hikoilu voi vähentyä keltarauhashormonivalmisteen avulla. Tuumorikuumeilun aiheuttamaan hikoiluun voi olla avuksi säännöllinen tulehduskipulääke tai parasetamoli. (Käypä hoito -suositus 2018.)

6.9 Psyykkiset oireet ja poikkeava väsymys

Surutyö ja elettyä elämää arvostava muistelu voivat suojata vaikeammilta psyykkisiltä häiriöiltä, ja tällöin lähestyvän kuoleman sisäistäminen ja hyväksyminen voivat helpottaa. Joskus surutyön erottaminen masennuksesta voi olla vaikeaa. Potilaan kanssa tulisi keskustella asioista ammatillisesti ja hyvässä vuorovaikutuksessa. Vaikeiden asioiden kohtaaminen vaatii hoitajalta taitoa olla läsnä. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Terveidenkin iäkkäiden masennuksen diagnosoiminen on haasteellista, joten muistisairautta sairastavan kohdalla se on vieläkin vaikeampaa. On tärkeää huomata ja huomioida masennukseen viittaavat oireet muistisairaalla ihmisellä. Vaikeassa vaiheessa muistisairautta olevan on vaikea ilmaista itseään ja tunteitaan, jolloin masennuksen havaitseminen voi olla vaikeaa tai oireet sekoittuvat muistisairaudesta johtuviin oireisiin. Näyttää siltä, että luotettava ja toimiva keino arvioida iäkkään muistisairaahan masennusta puuttuu. Olemassa olevia masennuksen diagnostiikan ja arvioinnin menetelmiä voidaan joiltakin osin käyttää, kun muistisairaus on lievässä tai kohtalaisessa vaiheessa. (Brown, Raue & Halpert 2015, 15-19.)

Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla masennusta esiintyy neljäsosalla. Tutkimustulokset potilaiden masennuksen lääkehoidosta sekä lääkkeettömistä hoidoista ovat vähäisiä. Terapian lisäksi saattohoitopotilaan masennuksen hoitoon hyviä apuja ovat tukeminen, kuunteleminen ja keskusteleminen. Saattohoitopotilaalla masennuslääkkeen vasteen saavuttaminen kestää kauan, eikä sitä ehditä aina saavuttaa. Bentsodiatsepiinit ja anksiolyytit ovat lääkkeitä, joita käytetään ahdistuksen hoitoon. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Sekavuustilaa eli deliriumia esiintyy loppuvaiheen syöpäsairailta 26-44 prosentilla ja viimeisinä elinpäivinä jopa 88 prosentilla syöpäpotilaista. Sekavuustilan taustalla on aivo toiminnan häiriö, johon myötävaikuttavat samanaikainen tietoisuuden heikkeneminen, uni-valverytmin muutokset, ajatuksenkulun ja muistin häiriöt sekä psykomotoriset ja emotionaaliset muutokset. Syitä deliriumille voivat olla lääkehoito, kuten opioidit, antikolinergit ja steroidit, infektiot, hapenpuutostila, elektrolyyttihäiriöt, veren tavallista suurempi kalsiumpitoisuus, uremia tai etäpesäkkeet aivoissa. Deliriumia on kahta muotoa, jossa hyperaktiivisessa muodossa sekavuustilan oireet näkyvät potilaan käytöksessä. Hypoaktiivisessa muodossa taas potilaan sisäinen hajaannus on yhtä suurta kuin hyperaktiivisessa muodossa, mutta ilman ulkoisia merkkejä. Ensisijaisesti deliriumin hoitoon käytetään lääkkeettömiä hoitoja. Ympäristöstä kuuluu tehdä turvallinen ja rauhallinen. Jos psykoosioireita ei saada hallintaan lääkkeettömin keinoin, lääkehoitona on käytetty psykoosilääkkeitä. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Poikkeavan väsymyksen eli fatiikin merkkejä ovat suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähäisyys, väsyneisyys, motivaation puute, heikkous, kyllästyneisyys ja apaattisuus.

Fatiikki eroaa normaalista väsymyksestä siten, ettei lepääminen auta väsymykseen. Edennyttä syöpää sairastavista 60-90 prosenttia kärsii poikkeavasta väsymyksestä. Kilpirauhasen vajaatoiminta, anemia, metaboliset häiriöt ja infektiot sekä lääkkeiden haittavaikutukset tulee erottaa fatiikista, sillä ne ovat hoidettavissa. Masennuksella ja ahdistuneisuudella on jonkinlainen yhteys poikkeavaan väsymykseen, mutta ne eivät yksin selitä sen ilmaantumista. Steroideilla on joissain tilanteissa saatu helpotettua poikkeavan väsymyksen oireita. (Käypä hoito -suositus 2018.)

6.10 Kuolevan potilaan hoidon akuutti- ja erikoistilanteita

Aivojen kasvain tai metastaasit voivat aiheuttaa kallonsisäisen paineen nousua. Oireita ovat yleensä päänsärky, kognitiiviset häiriöt, kouristelu, huonovointisuus, oksentelu, tajunnantason lasku ja toispuolinen osittainen halvaus. Ensihoidoksi käytetään kortikosteroideja, ja kouristeluun epilepsia lääkitystä sekä tarvittaessa potilaalle voidaan myös antaa bentsodiatsepiinia. Kuolevalle potilaalle aivojen sädehoitoa ei suositella, mutta sillä voidaan lievittää oireita joissakin tapauksissa. (Käypä hoito -suositus 2018.) Kortikosteroideja käytetään aivokasvaimen aiheuttamaan kallonsisäisen paineen nousuun sen aivoturvotusta vähentävän vaikutuksen takia. (Mehiläinen 2018).

Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan selkäydinkompressio aiheutuu levinnyttä syöpää sairastavista potilaista noin viidelle prosentille. Oireita ovat tuntopuutokset, selkäkipu, raajojen heikkous sekä ulostamisen pidätyskyvyttömyys. Tilanne on akuutti, ja hoito tulisi saada nopeasti.

Pahanlaatuinen hyperkalsemia, eli kalsiumin liiallinen pitoisuus aiheuttaa häiriöitä ruoansulatuskanavaan sekä keskushermoston ja munuaisten toimintaan. Häiriöt aiheuttavat oksentelua, ummetusta, pahoinvointia, janoa, lihasheikkoutta, väsymystä, tokkuraisuutta ja sekavuutta. Kuivumistilan korjaaminen ja kalsiumpitoisuuden laskeminen lääkkein helpottavat oireita huomattavasti. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Maksan tai vatsakalvon etäpesäkkeet voivat aiheuttaa pahanlaatuista askitesta, eli vesivatsaisuutta. Oireita ovat täyttymisen tunne, vatsan kasvaminen, huonovointisuus, oksentelu, hengenahdistus ja suolen vetovaikeudet. Kertapunktio eli dreneeraus on tehokas oireita helpottava hoito silloin, kun nestettä on kertynyt vatsaonteloon runsaasti.

Nesteenpoistolääkkeillä voidaan joissain tapauksissa hoitaa askitesta, mutta nopeasti uusiutuvissa askitekseissä siitä ei näyttäisi olevan hyötyä. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan palliativisessa hoidossa verituotteita voidaan antaa potilaalle, jos alhainen hemoglobiinitaso aiheuttaa oireita, kuten rintakipua tai hengenahdistusta. Oirevastetta tulee seurata, ja jos oirehyötyä ei saavuteta, verituotteiden antaminen tulee lopettaa. Syöpäpotilaan elämän loppuvaiheessa punasolusiirtojen hyödyllisyydestä ei ole näyttöä. Saattohoitopotilaalle ei tule antaa verensiirtoja.

Veritulpan ennaltaehkäisevää hoitoa ei suositella aloitettavan rutiininomaisesti kuoleville potilaille, koska se lisää huomattavasti vuotoriskiä. Hoitoa voidaan kuitenkin harkita sairaalahoidossa, jos verenvuotovaaraa ei ole. (Käypä hoito -suositus 2018.)

6.11 Hoito kuoleman hetken lähenyessä sekä omaisten huomioiminen

Kuoleman lähetessä itse perussairauden luonne muuttuu vähemmän tärkeäksi ja hoito keskittyy enemmän oireiden hyvään hoitamiseen sekä läheisten tukemisen merkitys kasvaa. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla herkkyyttä potilaan ja tämän omaisten ahdistuksen ja stressin vaistoamiseen. Potilaan oireita tulee arvioida ja hoitaa säännöllisesti sekä tiedottaa omaisille potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista. Tärkeää on kertoa, mitä on tapahtumassa, ja mitä on odotettavissa sekä minkälaisia lääkkeitä potilaan hoidossa käytetään. Myös lääkkeiden karsimisesta on hyvä kertoa omaisille perustellen, miksi näin toimitaan. Läheisille olisi hyvä tuoda myös ilmi, kuinka he itse voisivat auttaa kuolevaa potilasta ja mistä he voivat saada tukea myös itselleen. (Korhonen & Poukka 2013.)

Kun elämä lähenee loppuaan, omaisten merkitys kasvaa. Kolmannen sektorin rooli läheisten tukijana on tärkeä, ja osana palveluketjua voidaan myös edistää perheiden vertaistukea. Erityistä huomiota läheisten tuen tarpeeseen kiinnitetään silloin, kun kuolevan henkilön perheeseen kuuluu alaikäisiä lapsia. Myös omaishoitajan jaksamista tuetaan mahdollistamalla potilaalle intervallihoitoa. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 21.)

Korhosen ja Poukan (2013) mukaan kuoleman lähetessä laboratorio- tai kuvantamistutkimukset eivät ole enää tarpeellisia. Nestelistä, verenpaineen mittausta, happiarvojen ja ruumiinlämmön mittaaminen on syytä lopettaa ja niiden sijaan tulee arvioida potilaan

kipua, hengitysteiden eritteitä, hengenahdistusta, oksentelua sekä pahoinvointia ja huomioida potilasta itseään. Oireita arvioidaan vähintään neljän tunnin välein, ja samalla huolehditaan suun kostuttamisesta. Potilaan tilannetta arvioidessa olisi hyvä myös samalla huomioida paikalla olevien omaisten jaksamista. Kaikkia potilaaseen kohdistuvia ylimääräisiä toimenpiteitä on syytä välttää, ja toimenpiteissä tulee pohtia tarkoin niiden todellista tarpeellisuutta. Tärkeää on läsnäolo, kuuntelu ja keskustelu. Jos potilaalla on rytmihäiriötahdistin, pyydetään kardiologia kytkemään iskuhoito pois päältä.

On suotavaa keskustella omaisten kanssa siitä mitä tapahtuu, ja kuinka toimitaan, kun potilaan hengitys on lakannut. Keskusteleminen lievittää pelkoja omaisissa sekä ehkäisee turhia toimenpiteitä. Keskustellessa on hyvä pitää mielessä, että ihmisillä on kuolemasta erilaisia käsityksiä ja jokaisen kuolema on ainutlaatuinen. Jos kuoleman hetkellä paikalla on omaisia ja hoitaja, hoitaja pysyy taka-alalla, ellei toisin toivota. Perheen jättämille hyvästeille on annettava aikaa, koska kyseessä on intiimi hetki. Kuoleman virallisella toteutamisella ei ole kiire. Työ vaatii hoitajilta herkkyyttä sekä rehellisyyttä olla oma itsensä. Potilaan kuollessa omaiset voidaan auttaa vaikean tilanteen yli rauhallisella ja empaattisella suhtautumisella. Omaisille jää mieleen hoitajien käytös ja puheet, ja heille onkin tärkeää saada rehellistä tietoa tilanteesta, sekä tulla kuulluksi kuolevan läheisensä vierellä. Kaikilla saattohoitoa toteuttavilla tulisi olla mahdollisuus työnohjaukseen, koska työ on raskasta. Usein hoitohenkilökunta tuntee, että he eivät kykene tarpeeksi lievittämään potilaan ja omaisten kärsimystä. (Korhonen & Poukka 2013.)

7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on lisätä Kesälahtitalon hoitohenkilökunnan tietoutta saattohoidosta. Tavoitteena on kartuttaa hoitajien tietoperustaa, sekä lisätä heidän itseluottamustaan saattohoidon toteuttajina. Tehtävänä oli järjestää Kesälahtitalon hoitohenkilökunnalle saattohoitokoulutus kahtena kertana.

8 Opinnäytetyön toteutus

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee ammatillisessa kentässä käytännön toimien ohjeistamista, opastamista tai jonkin toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Työn tulisi olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen, sekä tutkimuksellisella asenteella toteutettu. Sen kuuluu myös osoittaa riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10.)

Vilkan ja Airaksisen (2003, 53-57) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön ensisijaisia kriteereitä ovat käytettävyys kohderyhmässä, tuotteen informatiivisuus, johdonmukaisuus ja selkeys. Asiasisällön tulee olla tarkoituksenmukainen kohderyhmälle sekä käyttökelpoinen ympäristössä, johon se on tuotettu. Käytettävien aineistojen oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettava. Tärkeää on siis kertoa miten ja mitä tietoa on hankittu sekä kuinka haettu tieto liittyy toteuttavaan tuotteeseen.

8.2 Aineiston hankinta ja koulutuksen suunnittelu

Aluksi etsin tietoa, mitkä säädökset tai suositukset ylipäätään ohjaavat suomalaista saattohoitotyötä ja palliatiivista hoitoa. Aloin koostaa tietoperustaa tällä perusteella. Myöhemmin mukaan valikoitui lisäksi Korhosen ja Poukan kirjoittama Duodecim-lehden artikkeli, sillä se sisälsi sellaisia tärkeitä hyvän käytänteen ohjeita, joita muussa aineistossa ei tullut esille.

Suomalaisen saattohoidon ja palliatiivisen hoidon voimassa olevia suosituksia ovat Käypä hoito -suositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemat suositukset, Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan suositukset saattohoidosta sekä Euroopan neuvoston laatima suositus saattohoidon järjestämisestä. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 9.)

Aloin suunnitella koulutuksen kulkua kirjaamalla ideoita ja ehdotuksia ylös, joista sitten keskustelin toimeksiantajani, eli Kesälähti-talon palveluesimies Anu Hukan kanssa.

Hänen kanssaan keskustellessa muovautui ajatus koulutuksen menetelmistä ja tärkeimmistä sisällöistä. Keskustelun päätteeksi meillä oli yhteneväinen ja molempia miellyttävä näkemys koulutuksen sisällöstä ja keinoista. Sain vapaat kädet tehtävien suunnitteluun.

Kun oppilas kohtaa oppimistilanteen, aktivoituu mielessä ennakoajatuksia sekä ennakoivia tunteita. Tällöin opiskeltavaan asiaan herää joko kiinnostus, tai sen puute. Ennakotuntemukset ja kiinnostus vaikuttavat siihen, miten henkilö toimii oppimistilanteessa. Tehtävän ratkaisemiseksi keskeistä on oppijan keskittyminen tehtävään sekä ponnisteleminen ja erilaisten vaihtoehtojen suunnitteleminen. (Nurmi 2013, 551-552.)

Koulutuksen menetelmiksi valikoitui luennointi, case-työskentely sekä pohdintatehtävä. Luento-osuuksissa en voinut käyttää tukena esimerkiksi Power Pointia tai vastaavaa, koska tilassa ei ollut mahdollisuutta käyttää tietokonetta apuvälineenä, niin että näytönäkymän saisi osallistujille näkyviin. Tästä syystä päädyin siihen, että jokainen osallistuja sai koulutuksen rungon (Liite 3) paperilla eteensä, jotta he pystyisivät seuraamaan koulutuksen kulkua, ja tekemään halutessaan muistiinpanoja.

Case-työskentelyllä tarkoitetaan sellaisen tapauksen tai tilanteen kuvaamista, johon tarvitaan joku ratkaisu tai päätös. Tapaus tai tilanne on sellainen, joka vastaa ryhmälle mahdollisimman hyvin todellista tilannetta, sekä haastava ja oppimistavoitteita tukeva. Työskentelyllä usein tarkastellaan kuvattua tilannetta usealta eri kannalta, ja keskustelun avulla päädytään sopivimpaan ratkaisuun. (Kupias 2004, 119.)

Luento voi olla suunnattoman tehokas keino opetukselle. Luennoitsijan täytyy kuitenkin suunnitella luentonsa sisältö vastaamaan kuulijoiden tarpeita. Kuulijoiden täytyy antaa vaikuttaa ja olla aktiivisia, jotta he oppisivat. Heidän mielteistään ja kysymyksistään tulee olla kiinnostunut. Kysymyksiä esittäessä luennoitsijan ei tule pelätä hiljaisuutta, vaan antaa oppijoille aikaa miettiä vastaustaan, eikä heti vastata itse omaan kysymykseensä. (The Teaching Center 2009.)

Pienemmässä ryhmässä opiskelijoiden välinen keskustelu luonnistuu paljon helpommin kuin suuremmissa ryhmissä. Kommunikaatio opiskelijoiden kesken sekä opettajan kanssa on erityisen tärkeää pienessä ryhmässä. Ajatusmaailmansa kehittymisen kannalta on tärkeää kuunnella muiden ajatuksia ja keskustella asioista. (Exley & Dennick 2004, 3.)

Tiimityönä voidaan opiskella melkein mitä tahansa. Tiimityöskentelyssä korostuu vuorovaikutus toisten oppijoiden sekä ohjaajan kanssa. Aina tiimissä työskentely ei ole helppoa, koska yksilö joutuu joustamaan ja tekemään kompromisseja muiden tiimiläisten kanssa. Tiimityöskentely kuitenkin lisää osallisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta sekä vahvistaa yksilötasolla henkilön itsenäisyyden ja kyvykkyyden tunnetta. (Kallio 2016, 96-97.)

Tietoperustan jakaminen eri osuuksiin helpottaa kokonaisuuden hahmottamista ja selkeyttää koulutusta. Työskentelymenetelmän vaihtaminen välissä luo vaihtelun tunnetta, ja auttaa jaksamaan keskittymään läpi koko koulutuksen. Visuaalisilla oppijoilla on mahdollisuus tehdä omia muistiinpanoja, joten sekin voi helpottaa osaa osallistujista oppimaan uutta.

Case-tehtävien tilanteet tulivat oman työkokemukseni kautta, ja koin näiden tilanteiden olevan mahdollisia ja samaistuttavia Kesälahti-talon henkilökunnalle. Tärkeä kriteeri tehtävien laatimisessa oli, että ne liittyvät vahvasti koulutuksen tietoperustaan, jonka pohjalta tehtävien ratkaisuja pystyttiin pohtimaan. Tehtävien tilanteet ja henkilöt olivat kuvitteellisia.

8.3 Koulutuksen toteutus

Molemmat koulutukset olivat siis sisällöltään täysin samat molemmilla kerroilla. Koulutus alkoi itseni esittelyllä sekä kerroin mitä opinnäytetyöni koskee. Tarkoitukseni alun perin oli jakaa osallistujat kolmeen ryhmään, mutta päätinkin jakaa heidät kahteen ryhmään, jotta pysyn paremmin aikataulussa. Ensimmäinen koulutus järjestettiin Kesälahtitalon Puruvesi-salissa ja toinen koulutus Kesälahtitalon keskikerroksen päiväsalissa. Osallistujat istuivat lähellä, jotta he kuulevat ääneni, ja ryhmien välillä oli tilaa, jotta heidän olisi helpompi keskustella keskenään tehtävien aikana. Jaoin heille koulutuksen rungon ja kerroin, että he voivat tehdä halutessaan muistiinpanoja, mutta niitä ei tainnut kukaan nähdäkseni tehdä. Toin myös esille, että koulutuksen materiaalit tulevat heidän käyttöönsä, kun molemmat koulutukset on pidetty (Liite 5).

Minulla oli koulutusta varten omat muistiinpanot (Liite 2), joihin olin koonnut tärkeimmät asiasällöt muutamilla virkkeillä ylös. Tällöin minulla ei ollut mahdollisuutta suoraan lukea materiaalia, vaan kerroin pääasiat omin sanoin, ja muistiinpanot olivat lähinnä muistuttamassa mitä kuuluu kertoa mihinkin väliin.

Ensimmäisenä käytiin läpi keskeiset käsitteet, eli saattohoito, palliatiivinen hoito, saattohoitopäätös, DNR-päätös ja hoitotahto. Näihin meni aikaa noin viisi minuuttia. Tämän jälkeen oli ensimmäisen case-tehtävän vuoro. Tehtävän anto annettiin molemmille ryhmille paperilla, johon he saivat ranskalaisilla viivoilla kerätä pääasiat tehtävässä esitetyn tilanteen ratkaisuun. Ohjeistin, että tilanteen ratkaisun pohtimiseen ryhmät voivat käyttää noin viisi minuuttia ja tarvittaessa hieman enemmän aikaa, ja yhteiseen läpikäymiseen voidaan käyttää noin kymmenen minuuttia aikaa.

CASE 1: Potilas on täydessä ymmärryksessä yhteistyössä hoitavan lääkärin kanssa neuvotellut saattohoitopäätöksen tekemisestä, koska potilaalla on aggressiivinen ja todennäköisesti nopeasti etenevä syöpä. Potilas saa hoitopaikan Kesälahti-talosta, jonne hän muuttaa pian diagnoosin saamisen jälkeen kotoaan. Läheiset ja omaiset ovat olleet tietämättömiä potilaan tilanteesta, ja saavat kuulla siitä vasta tämän muutettua Kesälahti-taloon. Nyt potilaan omaiset tulevat käymään Kesälahti-talossa ja ovat järkyttyneitä omaisensa liittyvistä uutisista. He haluavat keskustella hoitohenkilökunnan kanssa omaisensa tilanteesta ja saattohoitopäätöksestä.

Mitä ovat ne saattohoidon avainasiat, joista potilas ja omaiset voivat saada tässä tilanteessa lohtua? Miten esität asiat ammatillisesti ja ymmärtäväisesti?

Tehtävän ratkaisuksi odotin ryhmiltä esimerkiksi, että hoitotahto on mahdollista tehdä sekä omaisille voi myös kertoa, että potilaan toiveita hoidossa kuunnellaan. Nämä tulivat vastauksissa hyvin esille. Ryhmät keskustelivat esimerkiksi siitä, että omaisille voi kertoa yleisesti mitä saattohoito ja saattohoitopäätös tarkoittavat, mutta potilaan omia asioita ei voida hoitajien toimesta luvatta kertoa omaisille, onhan asian kertomatta jättäminen ollut kuitenkin potilaan oma päätös ja hänellä on itsemääräämisoikeus asioidensa kertomisesta. Ryhmien vastauksiin lisäsin, että salli luonnollinen kuolema, eli AND, voi olla omaisten helpompi hyväksyä ja omaksua kuin puhuttaessa elvyttämättä jättämispäätöksestä. Ensimmäisellä koulutuskerralla keskustelua syntyi myös potilaan oikeudesta rajata vierailijoita, joita hän itse haluaa pääsevän häntä katsomaan. Tällaiset tilanteet voivat olla

hankalia ja aiheuttaa ristiriitoja. Todettiin kuitenkin, että potilaan oikeus päättää asioista on jokaisen vain hyväksyttävä ja asioiden keskusteleminen yleensä auttaa omaisten kanssa. Tämän osion läpikäymiseen meni ensimmäisellä koulutuskerralla 15 minuuttia, kuten suunniteltukin. Toisella koulutuskerralla aikaa ensimmäiseen osioon kului 11 minuuttia.

Seuraava luento-osuus oli pidempi, noin 25 minuuttia. Kävin läpi tärkeimmät seikat jokaisesta osiosta Käypä hoito -suosituksesta. Otin tähän myös Korhosen ja Poukan artikkelin, sillä se sisälsi enemmän tietoa liittyen kuoleman hetken lähestymiseen sekä omaisten huomiointiin kuin Käypä hoito -suositus. Esittelin myös muistisairaana palliatiiviseen hoitoon liittyviä erityispiirteitä Joanna Briggs Instituutin luoman hoitosuosituksen pohjalta. Seuraavana vuorossa oli case-tehtävä 2. Tämän kohdalla toimittiin samoin, kuin aiemmassa tehtävässä.

Case 2: Martta on saattohoidossa petipotilaana, ja hänen elinaikansa alkaa olla lähellä loppuaan. Martalla on ollut kuumetta, ja on selvinnyt, että hänen CRP:nsä on hieman koholla. Hän on lopettanut syömisen ja juomisen, ja hänen yleistilansa huononee koko ajan. Tytär vaatii Martalle aloitettavaksi vielä antibiootihoidon, suonensisäistä nesteytystä sekä hän haluaa, että äitiä yritettäisiin syöttää, vaikka väkisin.

Kuinka perustelet tyttärelle, ettei näitä toimenpiteitä tässä tilanteessa ole syytä toteuttaa?

Tähän ryhmät vastasivat luento-osuuden pohjalta, että nesteytys voi aiheuttaa potilaalle haittaa, eli nestekertymiä, hengenahdistusta ja turvotuksia. Myöskään janon tai suun kuivumisen tunteeseen ei voida suonensisäisellä nesteytyksellä auttaa ja kuoleman lähestyessä on luonnollista, että tulehdusarvo nousee. Antibioottihoito ei lisää elinaikaa tutkimusten mukaan, ja potilaalla on itsemääräämisoikeus olla syömättä ja juomatta. ”Ihminen ei kuole siksi että ei syö, vaan ei syö siksi, että kuolee”, totesi eräs hoitajista. Ryhmien vastauksiin ei jäänyt lisättävää. Ryhmien vastaukset olivat hyvin samanlaiset molemmilla koulutuskerroilla. Toisella koulutuskerralla hoitajat toivat myös esille perusteluihin, että omaisen toivomat toimenpiteet aiheuttavat potilaalle kipua. Aikaa tähän case-tehtävään kului noin kymmenen minuuttia molemmilla kerroilla.

Kolmannella osuudella kerroin ensin tiivistetysti Etenen laatimien suositusten sisällöstä, sekä Sosiaali- ja terveysministeriön tämän vuoden alussa voimaan tulleesta suosituksesta,

ja siihen liittyvästä kolmiportaisesta mallista. Kerroin sairaanhoitopiirin vastuusta täydennyskoulutusten ja ylipäättään saattohoidon järjestämisessä. Kerroin mitkä lait ohjaavat palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa maassamme sekä kerroin pääasiat terveydenhuoltolain 5.§ ja 36.§ liittyen, sekä lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveys palveluista 14.§.

Tehtävä 3 liittyy sosiaali- ja terveysministeriön laatimiin saattohoidon suosituksiin.

Pohdintatehtävä 3: Pohtikaa mitkä näistä suosituksista toteutuvat Kesälahti-talossa. Mitkä niistä eivät toteudu ja miksi? Miten voit itse vaikuttaa suositusten toteutumiseen?

1. Saattohoidon tulee perustua potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittamiseen.
2. Saattohoidon lähtökohta on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan, kun ihminen on lähellä kuolemaa. Potilaan, ja potilaan salliessa myös omaisten kanssa keskustellaan hoidon linjauksista. Keskustelussa sovitut asiat kirjataan potilaan tietoihin.
3. Hoitava lääkäri kirjoittaa hoitopäätökset perustellusti ja yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai tämän omaisten kanssa potilaan toiveet ja tarpeet huomioiden. Saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa moniammatillisena yhteistyönä tilannetta jatkuvasti arvioiden ja nimetään myös ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta eri vuorokaudenaikoina hoidon jatkuvuus varmistuen.
4. Lääkärien ja hoitajien on oltava saattohoitoon koulutettuja, ja konsultaatiota on oltava tarjolla vuorokauden ympäri. Muu henkilökunta ja vapaaehtoiset täydentävät moniammatillista työryhmää. Työryhmän jäsenet saavat täydennyskoulutusta saattohoitotyöhön säännöllisesti, sekä henkilökunnalle tarjotaan työnohjausta ja saattohoitotilanteista voidaan tarvittaessa keskustella jälkikäteen.
5. Saattohoidon osaamisen alueita kuuluisi kyetä arvioida, hoitaa ja sekä systemaattisesti, että riittävällä taidolla, soveltaa tietoa. Näitä osa-alueita ovat kärsimystä, ja sitä aiheuttavien oireiden lieventäminen, lähestyvän kuoleman ja kuoleman hetken merkit, henkisten, fyysisten, hengellisten, psykososiaalisten, sekä olemassa oloon liittyvien ja kulttuuristen asioiden huomioiminen niin, että ne tulevat potilaan kohdalla yksilöllisesti ymmärretyiksi ja huomioituiksi hoidon suunnittelussa

ja toteuttamisessa tarpeet ja toiveet huomioiden, sekä läheisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen.

6. Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan toiveisiin ja tarpeisiin, hyvään toiminnan laatuun ja noudattamaan Käypä hoito -suosituksia.
7. Lasten saattohoidon vastuu kuuluu erikoissairaanhoidon, mutta muuten saattohoitoa annetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, vanhainkodeissa, vuodeosastoilla, erilaisissa asumisyksiköissä ja palvelutaloissa.
8. Saattohoidon hyvä tasavertainen ja yhdenmukainen toteuttaminen on sairaanhoitopiirin ja terveystieteiden keskuksen vastuulla. Saattohoitoa tarjotaan mahdollisuuksien mukaan siellä, missä potilas elää tai asuu, ja että omaiset pääsisivät potilaan toiveiden mukaisesti osallistumaan saattohoitoon.
9. Saattohoitotyötä tekevien hoitajien työhyvinvointi on edellytys säilyttää herkkyyttä ja intuitio, ja näitä ominaisuuksia tulisi tukea ja kehittää.
10. Suositusten toteutumista voidaan edistää käymällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä potilaan kuoleman lähestyessä.

Tehtävän tavoitteena oli luoda keskustelua. Minulla ei ollut ennako-odotuksia vastauksista ja toinkin esille, että vääriä vastauksia ei ole. Annoin nyt heille kymmenen minuuttia aikaa pohtia. Ensimmäisellä koulutuskerralla tehtävää ruvettiin purkamaan kohta kohdalta, mutta huomasimme pian, että ryhmien esille tuomat asiat liittyivät useaan eri suosituksen kohtaan. Keskustelua syntyi runsaasti. Erityisesti esille tuli hoitajan läsnäolon tärkeys ja että hoitajankin tunteet ovat sallittuja potilaan kuollessa. Hyvän saattohoidon tärkeys on selkeästi käsitetty työyhteisössä. Ohjeistuksien ristiriitaisuuksista syntyi keskustelua paljon. Todettiin, että selkeät ohjeistukset kuoleman tilanteessa vähentäisivät huomattavasti hoitajan epävarmuuden tunteita ja mahdollisia jälkipunteja, jolloin energian voisi keskittää sen sijaan esimerkiksi omaisten huomioimiseen. Toisella koulutuskerralla osallistujat keskustelivat huomattavasti vähemmän. He toivat esille, että suositusten toteutumiseen auttaisi, jos jokaisella kuolevalla potilaalla olisi oma huone tai jokin yksityinen tila. Kesälahti-talossa on useita monen hengen huoneita, joka voi aiheuttaa potilaan kuollessa eettisesti mietittäviä tilanteita. Tähän pohdinta tehtävään meni aikaa ensimmäisellä koulutuskerralla 25 minuuttia ja toisen koulutuksen kohdalla noin viisitoista minuuttia.

Lopuksi jaoin paikalla oleville osallistujille palautelomakkeet (Liite 4), jotka keräsin itselleni, kun he olivat saaneet ne täytettyä. Otin lomakkeet vastaan niin, etten nähnyt heidän vastauksiaan ja näin minun oli mahdoton tietää, mikä palaute oli kenenkin. Jaoin vielä osallistujille karkit, ja kiitin osallistumisesta.

8.4 Tulokset

Tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi on useasti mielekästä kerätä jonkinlainen palaute kohderyhmältä, jottei arvio jäisi subjektiiviseksi. Palautteessa voi pyytää kommentteja esimerkiksi tapahtuman onnistumisesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 157.)

Palautelomakkeen olin tehnyt niin, että vastauksista saisin tietoa tavoitteisiini liittyen sekä ylipäättään koulutuksen onnistumisesta ja kehityksen paikoista. Ensimmäisellä kouluskerralla sain palautelomakkeen kaikilta seitsemältä osallistujalta. Toisella kouluskerralla mukana olleista kahdeksasta kuusi täytti palautelomakkeen, sillä osallistujista kaksi poistui ennen koulutuksen loppumista.

Kaikki palautelomakkeen täyttäjät vastasivat, että saivat uutta tietoa koulutuksesta. Yksi vastaaja oli vastannut, että sai jonkun verran uutta tietoa. Kaikki vastaajat lukuun ottamatta yhtä vastaajaa vastasivat, että koulutus lisäsi heidän itseluottamustaan saattohoidon toteuttajana. Vastaajista viisi vastasivat, että koulutus oli juuri heille erittäin hyödyllinen, ja kahdeksan vastasivat, että koulutus oli juuri heille jonkun verran hyödyllinen. Yhdessä vastauksessa oli ympyröity sekä jonkun verran, että hieman hyödyllinen.

Palautteissa toistui usein kattavuus sekä se, että asiat oli esitetty selkeästi, lyhyesti ja ymmärrettävästi. Kokonaisuus koettiin laajuudeltaan riittäväksi. Yhdessä palautteessa mainittiin, että tehtävät olivat hyvät ja yhdessä palautteessa todettiin, että yhteisten pohdintojen ansiosta asiat jäivät helpommin mieleen. Kehittämisen paikoiksi nousi yhdessä vastauksessa esiin, että tietoa tuli ehkä liikaakin ja kaivattiin tietoa lääkkeettömistä hoitokeinoista. Kahdessa vastauksessa tuotiin ilmi, että koulutuksessa olisi voinut olla enemmän käytännön esimerkkejä.

9 Pohdinta

9.1 Opinnäytetyön prosessi

Olin päättänyt tehdä opinnäytetyöni liittyen saattohoitoon jo kauan aikaa sitten, joten aihe on ollut muuttumaton alusta saakka. Uusien suositusten innoittamana lähdin suunnittelemaan toiminnallista opinnäytetyötä, ja tuossa vaiheessa olin jo päättänyt pitää koulutuksen. Olin laatinut itselleni tiukan aikataulun opinnäytetyön tekemiseen, sillä halusin työni valmiiksi ennen vaihtoon lähtöä.

Opinnäytetyöni prosessi alkoi 5.1.2018, kun laitoin sähköpostia opinnäytetyöni ideasta opettajalle. Idea muovaantui tarkemmaksi lähipäivien aikana, ja 10.1.2018 laitoin sähköpostia Siun soten opinnäytetöistä vastaavalle henkilölle sekä soitin Kesälahti-talon palveluesimiehelle. Ideani otettiin hyvin vastaan, ja sain siunauksen työni toteuttamiselle myös alueemme palvelujohtajalta vielä saman päivän aikana. Viestittelin 16.1.2018 palveluesimies Anu Hukan kanssa, joka tuolloin lupautui olemaan työni toimeksiantaja. Sovimme tapaamisajan seuraavalle viikolle, johon valmistauduin tekemällä valmiiksi kysymyksiä ja ehdotuksia koulutuksen toteuttamisesta. Tapaaminen oli sovitusti 23.1. Keskustelun päätteeksi meillä oli yhteneväinen näkemys koulutukseni toteuttamisesta sekä sen aikataulusta. Aloin innokkaana työstämään opinnäytetyöni aihe-suunnitelmaa samana päivänä. Tällöin aloin myös keräämään työlleni tietoperustaa ja suunnittelin koulutuksen tehtäviä ja sisältöä tarkemmin. Tammikuun aikana tein opinnäytetyöni tiedonkeruu- ja suunnitteluosuutta yhteensä 46 tuntia.

Helmikuun aikana keräsin tietoperustaan lisää lähteitä, jäsentelin tekstejä ja hioin opinnäytetyön suunnitelman kokonaisuutta. Joitakin tärkeitä lähteitä en meinannut saada, koska tarvitsemani kirjat olivat vaikeasti saatavilla kirjastoissa. Opinnäytetyönohjaustunnilla 19.2 esitin aihe-suunnitelmani ja opinnäytetyötä ohjaavat opettajat hyväksyivät sen. Seuraava ohjaustunti oli 28.2, jolloin suunnitelmaani käytiin läpi ja todettiin, että siitä puuttuu laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerit sekä toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyvää tietoa. Helmikuussa työtunteja kirjoittamistyötä tehden kertyi 26. Tähän mennessä prosessi oli edennyt tehokkaasti ja innolla eteenpäin.

Maaliskuun alussa etsin tarvitsemani puuttuvat lähteet ja palautin ne ohjaaville opettajille sekä aloin siirtää tietoperustaa suunnitelmalta raporttiin. Harjoittelin 6.3.2018 luento-osuudet ensimmäistä kertaa ääneen lukien. Vietin päivän koulun kirjastossa etsien mielenkiintoisia artikkeleita ja muita tärkeitä lähteitä työlleni. Lähipäivinä aloin myös tarkastaa lähdemerkintöjä ja suunnitella raportin lopullista muotoa. Päivää ennen ensimmäistä koulutusta huomasin, että Kuolevan potilaan oireiden hoito Käypä hoito -suositus oli poistunut, ja sen tilalle oli tullut uusi Palliatiivinen hoito ja saattohoito -suositus. Se oli julkaistu 16.2, enkä ollut huomannut tarkistaa tilannetta välillä. Pienen paniikin siivittämänä sain kuitenkin kaikki Käypä hoito -suositukseen liittyvät materiaalin muokattua uutta suositusta vastaaviksi. Ensimmäisen koulutuspäivän aamuna 12.3 harjoittelin vielä pari kertaa luennon läpi ja jonkinlainen itsevarmuus sen sisältämiin asioihin alkoi löytyä sekä huomasin omaksuneeni suuren määrän uutta tietoa. Seuraavana päivänä aloin etsiä työstäni virheitä ja tarkastelin opinnäytetyötä kokonaisuutena sekä rivi riviltä. Viimeisiä muokkauksia ja tekstinasettelun säätöjä tein 18.3.2018 ja viimein 19.3.2018 olin sitä mieltä, että opinnäytetyöni voisi olla valmis. Opinnäytetyön ohjaustunnilla 21.3 sain muutamia pieniä korjauskehotuksia ohjaajilta ja olin sekä onnellinen, että yllättynyt, kuinka vähän korjattavaa löytyi. Maaliskuun aikana työskentelin opinnäytetyöni parissa noin 56 tuntia. Yhteensä siis koko projektiin oli tuolloin mennyt 128 tuntia, ja enemmänkin, sillä en ollut merkannut ylös tehtyä ajatustyötä.

Työn lopullinen versio valmistui vasta lokakuussa 2018, koska vaihto-opintojen jälkeen minulla ei ollut aikaa opinnäytetyön korjaamiseen töiden ja muiden opintojen ohella. Aiemmassa versiossa käyttämäni pohja ei toiminut, joten korjaustyö osoittautui odotettua suuremmaksi projektiksi ja vei huomattavasti enemmän aikaa, kuin olin ajatellut.

9.2 Koulutusten reflektointi

Ensimmäisellä koulutuskerralla osallistui seitsemän hoitajaa. Alkujännityksestä selviytyäni koulutus eteni mielestäni mukavasti omalla painollaan, ilman suurempaa kiireen tuntua. Vaikka katsoin muistiinpanoja, pystyin aika hyvin luennoimaan myös ulkomuistista. Koulutuksessa oli mukana myös säväys iloa ja huumoriakin sekä osallistujat olivat aktiivisia. He keskustelivat mielellään ja keskustelut olivat mielestäni kehittäviä sekä tärkeitä. Koulutuksesta jäi itselleni hyvä mieli.

Toisella koulutuskerralla tila oli eri. Tilana oli Kesälahtitalon keskikerroksen päiväsal. Tilassa oli samaan aikaan asukkaita ja muuta liikennettä. Koulutus keskeytyi useita kertoja asukkaan, henkilökunnan ja omaisten takia. Levoton tila vaikeutti keskittymistäni huomattavasti ja jouduin turvautumaan muistiinpanoihini hyvin pitkälti, enkä oikein kyennyt luennoimaan rennosti tai ulkomuistista. Yleisestikin tuntui, että tunnelma oli vakavampi tällä kerralla. Ryhmä ei ollut yhtä aktiivinen keskustelemaan kuin ensimmäisellä koulutuskerralla, vaikka osallistuivatkin tehtävien tekoon yhtä lailla. Osallistujia oli alun perin kahdeksan, mutta kaksi heistä poistui ennen koulutuksen loppua. Paikalla oli kuuntelemassa myös kaksi koululaista, jotka olivat Kesälahti-talossa työssäoppimisjaksolla.

9.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöni on hyvin pieni osa sitä kaikkea, mitä hoitajien kuuluisi ammatissaan omaksua, eikä kahden tunnin koulutukseen ole mahdollista sisällyttää ihan kaikkea. Olen kuitenkin sitä mieltä, että opinnäytetyössäni tulevat esille tärkeimmät pääasiat, joiden avulla hyvät perusteet tietotaidolle voivat syntyä. Yksilöllinen vastuu on siinä, kuinka tietoja käyttää ja kuinka tieto siirtyy käytännön tasolle hoitotyössä.

Suosituksien pohjalta tehty kirjoitustyö on luonteensa vuoksi vaatinut aika paljon niissä sanoissa pysymistä kuin lähteessä on. Lääketieteellisen tekstin sisältö alkaa helposti muuttumaan, kun yksityiskohtaisia oirekuvia tai lääkityksiä muutetaan omiksi sanoiksi. Vaikka Käypä hoito -suositukset ovat hyvin yksityiskohtaisia esimerkiksi lääkkeen annosteluissa, täytyy muistaa, että hoitajat eivät saa omin päin muuttaa potilaiden lääkityksiä tai tehdä päätöksiä lääkehoidosta, vaan nämä asiat menevät aina lääkärin kautta siitä huolimatta, että yksityiskohtaisia ohjeita lääkehoitoon löytyy. Rajasinkin suosituksista tekstiä niin, että täysin erikoissairaanhoidon kuuluvat toimet jäivät pois.

Käyttämäni lähteet, kuten muiden muassa sosiaali- ja terveysministeriö, Käypä hoito -suositukset, Duodecim-lehti ja Joanna Briggs Instituutin suositukset, ovat kaikki erittäin luotettavia lähteitä, joiden pohjana on käytetty tieteellisiä tutkimuksia ja käyttämäni lähteet ovat asiantuntijoiden tekemiä ja hyväksymiä. Suomalaista saattohoitoa ja palliativista hoitoa ohjaavat voimassa olevat suositukset on huomioitu työssäni, joten ei ole myöskään tarkoituksen mukaista ottaa tähän työhön mukaan jokaista artikkelia tai

aiheeseen liittyvää kirjoitusta. Joitakin mielenkiintoisia luotettavia artikkeleita kuitenkin liitin työhöni tuomaan tukea muille lähteille.

Pääosin käyttämäni lähteet ovat tuoreita, mutta jotkin niistä ovat yli kymmenen vuotta vanhoja. Yli kymmenen vuotta vanhojen lähteiden perusteluina kohdallani on, etten pystynyt löytämään tilalle uudempia ja lähteideni sisällöt ovat kuitenkin suurimmalta osin tiedoiltaan muuttumattomia tähän päivään sekä ne ovat myös luotettavia.

Koulutuksen materiaalit Kesälahti-talon henkilökunnan käyttöön sisältävät vanhentunutta tietoa Pohjois-Karjalan palliatiivisen hoitoketjun osalta. Tieto oli paikkansa pitävä materiaaleja tehdessä, mutta sittemmin uudistuneet. Uusin tieto on kuitenkin huomioitu tämän opinnäytetyön teoriapohjassa, eikä sisältö ole muuttunut merkittävässä määrin. Uusin tieto on tarkennetumpaa, kuin aiemmassa versiossa. Kesälahti-talolle mennyt materiaali on liitteenä (Liite 5) sellaisenaan, kuin se on lähetetty, joten asetus- ja kielioppivirheitä ei siitä ole korjattu.

Työni eettisyyttä lisää se, ettei minun tarvinnut hankkia minkäänlaisia henkilötietoja koko prosessin aikana. Olen ollut yhteydessä Kesälahti-talon palveluesimieheen, joka on työni toimeksiantaja ja olen saanut kaikki tarvittavat Kesälahti-talon toimintaan liittyvät tiedot suoraan häneltä eikä kenenkään asukkaan tai henkilökunnan jäsenen nimeä ole tullut julki. Laatimani palautelomake täytettiin myös täysin nimettömänä. En ole myöskään koskaan itse työskennellyt kyseisessä paikassa, joten minulla ei ollut ennakkokäsityksiä tai oletuksia, jotka olisivat voineet vaikuttaa koulutuksen järjestämiseen.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen mielestäni noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä, sillä olen huomioinut lähdemerkinnät, lähteiden luotettavuuden sekä olen avoimesti työssäni tuonut esiin sen tekemiseen liittyvät asiat perusteluineen. Tekijänoikeuksiin liittyviä lähteiden merkintöjä on ollut joissakin tapauksissa vaikea ymmärtää, sillä toisinaan ne on monitulkintaisesti esitetty.

Itse olen hyötynyt opinnäytetyöni tekemisestä monella tavalla. Tietotasoni ja ymmärrykseni saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta sekä niihin liittyvistä asioista on kasvanut. Tällä hetkellä menossa on useita kehittämishankkeita saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kehittämiseksi ja tasa-arvoistamiseksi. Mielestäni kehityshankkeet ovat todella

tärkeitä ja on ollut hienoa huomata, että asioista puhutaan. Saattohoidon ja palliatiivisen hoidon moniammatillisuus on todella tärkeää. Toivon, että tulevaisuudessa moniammatillisuus näkyy saattohoitotyössä entistä enemmän.

9.4 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuuden kriteereihin laadullisessa tutkimuksessa kuuluvat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkimuksesta. Tätä voidaan vahvistaa käymällä keskustelua osallistujien kanssa tutkimuksen eri vaiheissa. Osallistujien näkökulmat ovat kiinnostukset kohteita tutkijalle, koska osallistujan käsitykset vaikuttavat hänen mahdollisiin vastauksiinsa vahvasti. Uskottavuutta voidaan vahvistaa myös sillä, että tutkija viettää tutkimansa ilmiön kanssa tarpeeksi aikaa. Myös triangulaation, eli usean eri tutkimusmenetelmän käyttäminen samassa tutkimuksessa luo tutkimukselle lisää uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija raportoi tutkimuksen kulkunsa niin tarkasti, että toisen tutkijan on mahdollista suorittaa tietojen pohjalta sama tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa kuitenkin tutkijan oman käsityksen ja osallistujien käsityksien rooli on niin suuri, että välttämättä samalla aineistolla tehdystä tutkimuksesta ei saada-kaan samaa tulosta toisen tutkijan toimesta. (Malterud 2001, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan.)

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkijan tulee olla tietoinen siitä, kuinka hänen omat käsityksensä ja näkemyksensä mahdollisesti vaikuttavat tutkimuksen kulkuun tai tuloksiin. Tutkijan tulee tiedostaa omat lähtökohtansa tutkimuksen tekoon ja tuoda ne myös julki raportissaan. (Mays & Pope 2000, Malterud 2001, Horsburgh 2003, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan.)

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin muihin tilanteisiin. Siirrettävyyttä ja siirrettävyyden arvioimista helpotetaan kuvailemalla tutkimuksen ympäristöä ja osallistujia tarkasti. (Lincoln & Cuba 1985, Kylmän & Juvakan 2007, 129 mukaan.)

Kylmän ja Juvakan (2007, 130-133) mukaan tutkija voi arvioida laadullisen tutkimuksensa luotettavuutta kysymyksillä liittyen tutkittavan ilmiön selkeyteen sekä tutkimuksen merkitykseen, sisältäen esimerkiksi sen perustelut ja eettisen näkökulman. Tulisi myös pohtia, ovatko tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät nimetty ja perusteltu oikein ja saadaanko niillä tulos tai vastaus haluttuun ongelmaan tai kysymykseen. Aineiston keruun kuvauksessa tutkijan tulisi miettiä esimerkiksi, onko aineiston hankinnan keinot ja menetelmät raportoitu tarkasti. Aineiston analyysin kohdalla luotettavuutta voidaan arvioida pohtimalla esimerkiksi kerätyn aineiston riittävyttä suhteessa tutkimukseen ja sitä, onko analyysin teon prosessi kuvattu tarpeeksi selkeästi. Tutkimustulosten raportoinnissa luotettavuutta lisää se, että aineisto, tulokset ja päätelmät ovat selkeästi suhteessa toisiinsa, ja ne on tuotu selkeästi esille. Raportoinnissa tulisi arvioida myös tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta.

Luotettavuutta laadullisessa tutkimuksessa lisää se, että tutkija selostaa tarkkaan tutkimuksensa toteuttamiseen liittyvät asiat, ja selostuksen kuuluu koskea kaikkia tutkimuksen vaiheita. Tutkimuksen luotettavuus voidaan todeta sillä, että kaksi eri tutkijaa saavat saman tuloksen tutkimukselleen, tai samalla tutkimuksella saavutetaan sama tulos, kun tutkittava kohde on sama. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226-227.)

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Siihen kuuluu, että tutkija noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näihin kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimusta tehdessä, tulosten tallentamisessa ja niiden esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös kriteerien mukaisesti soveltaa eettisesti hyviä tiedonhankinnan, tutkimuksen ja arvioinnin tapoja sekä toteuttaa avoimuutta tutkimustuloksia julkaistessa. Muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa, ja heidän saavutuksilleen annetaan niille kuuluva arvo ja merkitys omaa työtä tehdessä. Tutkimus kuuluu suunnitella, raportoida ja toteuttaa yksityiskohtaisesti tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimuksien edellyttämällä tavalla. Tutkimusryhmäläisten asema, oikeudet, osuus, vastuut ja velvollisuudet sekä aineistojen säilytystä ja tulosten omistajuutta koskevat kysymykset on määritelty ja kirjoitettu ylös niin, että kaikki osapuolet hyväksyvät nämä asiat ennen tutkimuksen aloittamista. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös rahoitusten sekä muiden merkityksellisten sidonnaisuuksien esiin tuominen sekä hyvän henkilöstö- ja taloushallinnon ja hallintokäytänteiden noudattaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

9.5 Opinnäytetyön hyödyllisyys ja jatkokehitysmahdollisuudet

Opinnäytetyöni on hyödyllinen Kesälahti-talon henkilökunnalle ja toivottavasti hyöty koulutuksista kestää käytännön tasolla. Hyödyn kasvattamiseksi henkilökunta sai vielä koulutukseen liittyvät materiaalit itselleen, jotta voivat kerrata näitä tärkeitä asioita aina tarvittaessa. Opinnäytetyöni on tärkeä kenelle tahansa saattohoitotyötä lähellä olevalle, eli ammattilaisille, läheisille ja sairaille, sillä se sisältää tärkeitä yksityiskohtia monista eri osa-alueista. Olen panostanut siihen, että tekstiäni ymmärtää kuka tahansa, eikä vain hoitoalan ammattilainen.

Jatkokehitysmahdollisuutena talokohtaisen ohjeistuksen tekeminen Kesälahti-taloon liittyen kuoleman tapaukseen olisi tarpeellinen. Saattohoidon ja palliativisen hoidon uudistaminen kansallisella tasolla toivottavasti tuonee sairaanhoitopiiriltä yhteneväiset käytännön ohjeistukset hoivakoteihin, sillä tämän hetken käytänteet ovat epäselviä.

Opinnäytetyön pohjalta olisi mahdollisuus kehittää koulutuksesta laajempi ja pidempi, esimerkiksi kokonainen saattohoidon koulutuspäivä. Tällöin olisi mahdollista tarjota vieläkin enemmän tietoa ja työkaluja hoitajille raskaan saattohoitotyön toteuttamiseen. Ihanteellistahan olisi, että osallistujilla olisi riittävästi aikaa pohdinnalle ja kysymysten esittämiselle, jotta oppimiskokemus olisi mahdollisimman hyvä ja tehokas.

Lähteet

- Apteekkipalvelu.fi. 2018a. Osmoottiset laksatiivit. http://www.apteekkipalvelu.fi/epages/20012012-998772.sf/fi_FI/?ObjectPath=/Shops/20012012-998772/Categories/Vatsavaivoihin/Ummetus/Osmoottiset_aineet. 14.3.2018.
- Apteekkipalvelu.fi. 2018b. Suolta stimuloivat ulostuslääkkeet. http://www.apteekkipalvelu.fi/epages/20012012-998772.sf/fi_FI/?ObjectPath=/Shops/20012012-998772/Categories/Vatsavaivoihin/Ummetus/Suolta_stimuloivat_aineet. 14.3.2018.
- Apteekkipalvelu.fi. 2018c. Lääkekuidut. http://www.apteekkipalvelu.fi/epages/20012012-998772.sf/fi_FI/?ObjectPath=/Shops/20012012-998772/Categories/Vatsavaivoihin/Ummetus/Laeaekekuidut. 14.3.2018.
- Brown, L., Raue, P. & Halpert, K. 2015. Depression Detection in Older Adults With Dementia. Evidence-Based Guideline. *Journal of Gerontological Nursing* 41 (11), 15-21.
- Council of Europe. 2003. Recommendation Rec. (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf). 16.3.2018.
- Duodecim. 2007. Lääketieteen termit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- ETENE. 2017. Tiedote. Eteneltä uusi kannanotto eutanasiasta. https://etene.fi/artikkeli/-/asset_publisher/etenelta-uusi-kannanotto-eutanasiasta. 25.9.2018.
- ETENE. 2004. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>. 23.2.2018.
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisu+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>. 23.2.2018.
- ETENE. 2018. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden eettinen neuvottelukunta ETENE. <http://etene.fi/etusivu>. 23.2.2018.
- Exley, K. & Dennick, R. 2004. *Small Group Teaching. Tutorials, Seminars and Beyond*. Abingdon: RoutledgeFalmer.
- Halila, R. & Mustajoki, P. 2016. Lääkärikirja Duodecim. Hoitotahto – käytännön ohjeita. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809. 15.2.2018.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hukka, A. 2018b. Esite: Kesälahti-talo.
- Hukka, A. 2018a. Opparista. Mia.Hartikainen@edu.karelia.fi. 20.2.2018.
- Joanna Briggs Institute. 2011. Palliatiivinen lähestymistapa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen hoidossa. *Best Practice* 15 (5). http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-5_0.pdf. 20.2.2018.
- Kallio, J. 2016. *Opettamisen vallankumous*. Tallinna: Tietosanoma.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129 (4), 440-445. <http://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>. 16.3.2018.
- Kupias, P. 2004. *Oppia opetusmenetelmistä*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Käypä hoito. 2017. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Käypä hoito. <http://kaypa-hoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>. 20.2.2018.
- Käypä hoito -suositus. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>. 16.3.2018.
- Käypä hoito -suositus. 2017. Sydämen vajaatoiminta. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50113#NaN>. 18.3.2018.
- Käypä hoito -suositus. 2014. Keuhkohtaumatauti. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi06040#NaN>. 18.3.2018.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Liukas, A. 2012. Oksikodonin ja parasetamolin farmakokinetiikka vanhuksilla. Kliininen farmakokineettinen tutkimus ortopedisilla leikkauspotilailla ja terveillä vapaaehtoisilla koehenkilöillä. *Finnanest* 45 (5), 498-500.
- Mehiläinen. 2018. Kallonsisäisten kasvainten oireet, tutkiminen ja hoito. <http://www.sairaalane.fi/palvelut/neurologiset-oireet-ja-sairaudet/neurologiset-sairaudet/kallonsisaiset-kasvaimet/>. 13.3.2018.
- Nurmi, J-E. 2013. Motivaation merkitys oppimisessa. *Kasvatus* 44 (5), 548-554.
- Pharmaca Fennica. 2011. IV. Tuoteselosteet P-Ö. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.
- Pharmaca Fennica. 2013. I. Valmisteet terapeuttisten pää- ja alaryhmien mukaan. Tiivistetyt tuoteselosteet. Asiantuntija artikkelit ja viranomaisohjeet. Tiedot erityisluvallisista valmisteista. Yritysten yhteystiedot ja niiden markkinoimat valmisteet. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.
- Pöyhiä, R. 2012. Nesteytys ja ravitseminen saattohoidossa. *Finnanest* 45 (5), 456-458.
- Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 20.2.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010/6. Hyvä saattohoito suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 20.2.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018a. Suositus: Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa saatava yhdenvertaisesti koko Suomessa. Tiedote 190/2017. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa. 9.3.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018b. Ministeriö. <http://stm.fi/ministerio>. 4.3.2018.
- Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry. 2018. Mitä on palliatiivinen hoito? https://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/. 15.2.2018.
- Suomen pysyvä edustusto Euroopan neuvostossa. 2015. Euroopan Neuvosto. <http://www.finlandcoe.fr/public/default.aspx?nodeid=35767&contentlan=1&culture=fi-fi>. 25.9.2018.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Hoitotahto. <https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotahto>. 10.10.2018.
- Terveysportti. 2018. Palliatiivisen potilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa. http://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_artikkeli=shp01177. 4.10.2018.
- The Teaching Center. 2009. Teaching with Lectures. <http://teachingcenter.wustl.edu/resources/teaching-methods/lectures/teaching-with-lectures/>. 8.3.2018.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 27.2.2018.
- Valvira. 2017a. Saattohoito. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito. 15.2.2018.
- Valvira. 2017b. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta. 20.1.2018.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- World Health Organization. 2014. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. 18.3.2018.

Pahoinvoinnin mahdollisia syitä

Syy	Hoito
Infektio	Antibiootit, suun sammaksen hoito
Kohonnut kallonsisäinen paine	Kortikosteroidi, sykliitsiini
Mahaärsytys tai -haavauma	PPI-lääkitys, tulehduslääkkeen käytön lopetus
Ummetus	Laksatiivi, suolen tyhjentäminen, opioidianatgonistit opioidummetuksessa
Hyperkalsemia	Bisfosfonaatit, kortikosteroidit, nesteytys
Lääkkeet	Lääkityksen lopetus, vaihto tai annoksen pienentäminen (Huom.! Opioidipahoinvointi lievittyy usein 3–4 päivän kuluttua lääkityksen aloituksesta)
Solunsalpaaja- tai sädehoito	Pahoinvoinnin estolääkitys
Runsas askites	Askiteksen poisto
Ahdistuneisuus	Informointi, rauhoittaminen, anksiolyytit (loratsepami)
Yskä ja limaisuus	Yskänärsytyksen lievittäminen lääkityksin (kodeiini, morfiini), glykopyrolaatti, erdosteini
Vaikea kipu	Kivun lievitys

(Käypä hoito -suositus 2018.)

Omat muistiinpanot koulutuksen tueksi

o: pötee samat kuin muuhinkin, mutta
 nä huomattu, että loppuvaiheen ho
 ASIAAMUKAISTA.
 aden kohdalla ois usein hyötyjä air
 . hoidosta. Nykyään jaa myöhäiseen
 ms on kuitenkin etenevä, kroonin
 otettava vastuu ja tehokä päätökse
 ene
 ute ja omaisten väliset ristiriidat
 on siirtymistä

CASE 2

Eettinen neuvottelukunta eli ET
 8. suositusta, pääpaino hyötyjä
 itsemääräämisoikeuden kunn
 toteuttamisessa. Hoidon
 saan potilaan tulee
 ympäristöinä: Resy
 luonnollinen kuolema
 yhteistyötä pot

STM - kolmiportainen
 palliatiivisen hoit
 toteutet
 sh.

Hoitotahdo:
 -omaa hoitoon liittyvä tahdonilmaus
 -siltä varalta jos menehtöä oikeustoimikelpisyyden
 -määritellään tilanteet jissa luovutaan elämää
 lyhyt aik. pidentävistä hoitotoimista
 -todistajia suostellaan
 -voidaan vakuuttaa toinen henkilö päättämään
 -suullinen tahdonilmaus pätevä kirjall.
 -VOIMASSA VAIN SILLOIN KUN EI
 -voidaan peruuttaa tai muu

- yksilöllisyys, inhimillisyyys, ihmisarvon kunnioittaminen
- sijoittuu lähemmäs kuolemaa kuin pall. hoito
- kesto: viikoista kuukausiin

Palliatiivinen hoito: -kokonaisvaltainen hoito, k parantavaa hoitoa ei ole
 -oireenmukainen hoito
 -tavoitteena hyvä elämänlaatu
 -kipu, oireet, psykolog. & hengelliset tai
 -kesto jopa vuosia

Läheisten huomioirinen tärkeää molemmissa.
 Saattohoitopää

2
 DNR - ei annoidaan kuolevan
 Do Not Resuscitate, ei tulle elvyttää
 -kun pot. ei tule hyötymään pain-pu
 tai säht. nytiminsiirtosta vaikeiden pe
 tai elämänlaatu ei tulisi palautumaan
 -annoidaan, anko elvytyksestä enemmän ha
 -lääkäri tekee, YHTERSYMMÄRRYS
 -päättös voidaan purkaa tarvittaessa
 -ei vaikuta muihin hoidon linjauksiin
 -päättörsessä: tekijä, perustelut, keskustelu
 -voidaan puhua myös AND, allow natural death,
 salmi luonnollinen kuolema

CASE 1

Koulutuksen runko hoitajille

Saattohoito

Palliatiivinen hoito

Saattohoitopäätös

DNR-päätös

Hoitotahto

Käypä hoito-suositus; Palliatiivinen hoito ja saattohoito:

Oikea-aikaisen linjauksen tekemisen kriteerit

Nielemisvaikeudet, pahoinvointi sekä suun oireet

Ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvät ongelmat

Kuivuminen ja kuihtuminen

Hengitykseen liittyvät ongelmat

Kipu ja lääkehoito

Iho-oireet, kutina ja hikoilu

Psyykkiset oireet ja poikkeava väsymys

Akuutti- ja erikoistilanteita

Kuolevan potilaan hoito (Duodecim-artikkeli 129(4))

Muistisairaana saattohoito

Eettisen neuvottelukunnan suositukset

Sosiaali- ja terveysministeriön uudet suositukset ja sairaanhoitopiirin velvollisuudet

Lakipohjaa

PALAUTELOMAKE

Saatan käyttää vastauksianne opinnäytetyössäni. Niistä kukaan EI tule tunnistetuksi, ja palaute täytetään nimettömänä. Toivon rehellisiä vastauksia, ja vastauksenne ovat minulle erittäin tärkeitä opinnäytetyöni kannalta.

1. Oliko koulutus hyödyllinen juuri sinulle? Ympyröi. A) EI OLLENKAAN
B) HIEMAN
C) JONKUN VERRAN
D) ERITTÄIN HYÖDYLLINEN

2. Lisäikö koulutus itseluottamustasi saattohoidon toteuttajana? A) KYLLÄ B) EI

3. Saitko koulutuksesta itsellesi uutta tietoa? A) KYLLÄ B) EI

4. Olisitko kaivannut koulutukseen lisää tietoa jostakin aiheesta? Jos kyllä, mistä aiheesta?

5. Arvioi koulutusta. (Esimerkiksi oliko selkeä/epäselvä, tietoa riittävästi/liikaa/liian vähän)

6. Vapaa sana + parannusehdotukset

ISO kiitos osallistumisesta koulutukseen, sekä palautteestasi!

Sairaanhoitajaopiskelija Mia Hartikainen
Karelia-Ammattikorkeakoulu

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sairaanhoitajakoulutus

Mia Hartikainen

**SAATTOHOITOKOULUTUKSEN MATERIAALIT KESÄLAHTITALON
HENKILÖKUNNALLE**

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2018

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**Sisältö**

1	Keskeisiä käsitteitä.....	3
1.1	Saattohoito.....	3
1.2	Palliatiivinen hoito.....	3
1.3	Saattohoitopäätös.....	4
1.4	DNR-päätös.....	4
1.5	Hoitotahto.....	5
2	Käypä hoito-suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito.....	5
2.1	Oikea-aikaisen linjauksen tekemisen kriteerit ja hoitosuunnitelma.....	6
2.2	Nielemisvaikeudet, pahoinvointi sekä suun oireet.....	8
2.3	Ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvät ongelmat.....	9
2.4	Kuivuminen ja kuihtuminen.....	11
2.5	Hengitykseen liittyvät ongelmat.....	12
2.6	Kipu ja lääkehoito.....	13
2.7	Iho-oireet, kutina ja hikoilu.....	15
2.8	Psyykkiset oireet ja poikkeava väsymys.....	16
2.9	Kuolevan potilaan hoidon akuutti- ja erikoistilanteita.....	17
3	Muita hyvän saattohoitotyön ohjeita.....	18
3.1	Muistisairaahan palliatiivinen hoito.....	21
3.2	ETENE.....	21
4	Sosiaali- ja terveysministeriön suositukset saattohoidolle.....	23
5	Tärkeimmät saattohoitoa koskevat velvoitteet.....	24
6	Lakiperustaa saattohoitotyölle.....	26
	Lähteet.....	27

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**1 Keskeisiä käsitteitä****1.1 Saattohoito**

Saattohoidolla tarkoitetaan lähestyvää kuolemaa edeltävää hoitoa ja se voi olla osa palliatiivista hoitoa. Saattohoidon tarkoituksena on hoitaa ja tukea kuolevaa ihmistä sekä hänen läheisiään yksilöllisesti parhaalla mahdollisella tavalla inhimillisyyttä ja ihmisarvoa kunnioittaen. (Valvira 2017a.)

Saattohoito sijoittuu lähemmäs kuolemaa kuin palliatiivinen hoito, yleensä saattohoidon kesto on päivistä viikkoihin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

1.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitamista oireita helpottamalla, kun parantavaan hoitoon ei ole enää mahdollisuuksia. Kuolemaa pidetään normaalinä tapahtumana, ja palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole pidentää, eikä lyhentää elinaikaa. Hoidon päämääränä on potilaan kärsimyksen lievittäminen ja mahdollisimman hyvä elämälaatu. Palliatiivisen hoidon kuuluu olla moniammatillista. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Keskeistä palliatiivisessa hoidossa on kivun ja muiden oireiden lievittäminen huomioon ottaen myös psykologiset ja hengelliset tarpeet. Palliatiivinen hoito on siis oireen mukaista, kipua ja tuskaa lieventävää, helpottavaa hoitoa elämän rajallisuus hyväksyen. Tehtävänä on sairaan ihmisen sekä hänen läheistensä tukeminen niin, että elämä voisi olla mahdollisimman täysipainoista ja laadukasta, ja että potilas voi kuolla arvokkaasti. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2018.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**1.3 Saattohoitopäätös**

Saattohoitopäätös tehdään hoitavan lääkärin toimesta siinä vaiheessa, kun potilaan arvioidaan kuolevan lähi päivien tai -viikkojen aikana. Päätös on lääketieteellinen, diagnoosiin perustumaton ja sen sisältöä voidaan perustellusti muuttaa tilanteen muuttuessa. Päätös sisältää yksityiskohtaisia ohjeita siitä, miten missäkin tilanteessa toimitaan paras mahdollinen oireita lievittävä hoito toteuttaen tekemättä turhia toimenpiteitä. (Korhonen & Poukka 2013.)

Saattohoitopäätöksestä tulee keskustella potilaan tai hänen läheistensä kanssa tarvittaessa useita kertoja. Jos potilas ei pysty terveydellisen, tai muun syyn takia vaikuttamaan häntä koskevaan hoitoon, voidaan päätöksistä sopia läheisten, omaisen, tai laillisen edustajan kanssa. Päätöksestä tulee käydä ilmi potilaan oma toive, jos sellainen on, sekä päätöksen tekijä, lääketieteelliset perusteet päätökselle, potilaan tai omaisten kanssa käyty keskustelu ja heidän kantansa asiaan. Myös DNR, eli elvyttämättä jättämispäätös sisältyy saattohoitopäätökseen, mutta se voidaan kirjata myös erillisenä. (Valvira 2017a.)

1.4 DNR-päätös

DNR-päätös tulee sanoista do not resuscitate, älä elvytä. Sen perusteena on, ettei potilas tule hyötymään painelu-puhalluselvytyksestä tai sähköisestä rytminsiirrosta vaikeiden perussairauksien takia, tai näistä johtuen hänen elämänlaatunsa ei palautuisi elvyttämisestä huolimatta ennalleen. Arvio perustuu siihen, onko potilaan mennessä elottomaksi elvyttämisestä enemmän haittaa vai hyötyä juuri hänen kohdallaan. Päätöksestä tulee käydä ilmi tekijä, perustelut, potilaan tai omaisten kanssa käyty keskustelu ja heidän kannanottonsa. Päätöksen tekee lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen omaistensa kanssa. Tilanteen muuttuessa päätös voidaan purkaa. DNR-päätöksen lisäksi voidaan käyttää myös nimitystä AND; allow natural death, eli salli luonnollinen kuolema. Pääpaino päätöksestä keskustellessa on siinä, kuinka potilas toivoisi itseään hoidettavan. Elvyttämättä jättämispäätös ei vaikuta muihin hoidon linjauksiin. (Valvira 2017b.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

1.5 Hoitotahto

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2016) mukaan hoitotahto on omaan hoitoon liittyvä tahdonilmaus, jonka henkilö voi tehdä siltä varalta, jos hän menettää oikeustoimikelpoisuutensa vakavan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden vuoksi. Hoitotahdossa määritellään ne tilanteet, joissa luovutaan elämää lyhytaikaisesti pidentävistä keinotekoisista elintointoja ylläpitävistä hoitotoimista. Hoitotahto voi olla vapaamuotoinen, mutta sille voi käyttää myös valmista pohjaa. Todistajia suositellaan käyttämään.

Hoitotahdossa voidaan ilmaista toiveita hoidon suhteen, muitakin kuin lääketieteellisiin tai sairaanhoidollisiin hoitoihin liittyen. Siinä voidaan valtuuttaa toinen henkilö päättämään hoitoon liittyvistä asioista hoitotahdon tekijän puolesta, tai voidaan kieltäytyä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahdon tekeminen vähentää epävarmuutta hoitotoimissa niissä tilanteissa, kun henkilö ei pysty itse ilmaisemaan tahtoaan suullisesti. Hoitotahto on voimassa vain silloin, kun henkilö ei pysty muutoin ilmaisemaan tahtoaan. Myös suullinen tahdonilmaus on laillisesti pätevä, mutta se kuuluu kirjata henkilön potilasasiakirjoihin. Henkilö voi muuttaa hoitotahtonsa sisältöä tai perua sen kokonaan. Näissä tilanteissa on erittäin tärkeää, että muutokset tai peruuttaminen tulevat kirjatuksi asiakirjoihin terveydenhuollon ammattilaisten nähtäville, jotta tiedot olisivat aina ajan tasalla. (Halila & Mustajoki 2016.)

2 Käypä hoito -suositus: Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia ja tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia suosituksia, jotka Suomalainen Lääkäriseura Duodecim on laatinut yhteistyössä erikois-lääkäriyhdistysten kanssa. Käypä hoito -suosituksissa käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon sekä niiden ehkäisemiseen liittyviä asioita. Suositukset on laadittu lääkäreille, hoitotyön ammattilaisille ja kansalaisille pohjaksi hoitoon liittyviin päätöksiin. (Käypä hoito, 2017.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**2.1 Oikea-aikaisen linjauksen tekemisen kriteerit ja hoitosuunnitelma**

Oikea-aikaisen palliatiivisen hoitolinjauksen aloittamisessa voidaan käyttää kriteereinä, että hoitava lääkäri ei yllättyisi potilaan kuolemasta seuraavan vuoden aikana, kroonista sairautta sairastavalla potilaalla on ollut jatkuvaa suorituskyvyn heikkenemistä, painon laskua, tai kaksi tai useampia suunnittelematonta sairaalajaksoa vuoden aikana. Sairauskohtaisia kriteereitä ovat sydänsairaus, jonka jatkuvana oireena lääkityksestä huolimatta esiintyy hengenahdistusta, tai rintakipua on pienessäkin rasituksessa. Keuhkosairaus, jonka seurauksena hengenahdistusta esiintyy levossa tai kevyessäkin rasituksessa, oireilu on jatkuvaa lääkityksestä huolimatta sekä potilaalla on samaan aikaan muu vaikea sairaus, ja laihtumisesta johtuen painoindeksi on alle 21. Vaikea-asteinen dementia, eli potilas on kyvytön kävelemään, pukeutumaan tai syömään ilman huomattavaa avustamista, hänellä on virtsan, ja ulosteen pidätyskyvyttömyyttä, eikä hän tunnista enää läheisiään sekä hänellä on huomattavia ongelmia kommunikoinnissa. Syöpä, joka on aiheuttanut potilaalle edetessään suorituskyvyn heikkenemistä lääkityksestä huolimatta. Neurologiset sairaudet, joiden takia potilaalla on vaikeasti hallittavia oireita, puheen ongelmia, pahenevaa nielemisen ongelmaa, toistuvia aspiraatioita, eli henkeen vetämistä, ja niistä aiheutuvia keuhkokuumeita, sekä hengitysvaikeuksia hoidoista huolimatta. Munuaisten vaikea vajaatoiminta, tai maksasairaus, johon liittyy kirroosi ja komplikaatioita, potilaalla on runsasta nesteen kertymistä vatsaonteloon, maksavaurion aiheuttama aivosairaus (hepaattinen enkefalopatia), maksavaurion aiheuttama munuaisten pettäminen, bakteerinen vatsakalvontulehdus, seerumin albumiinipitoisuus on alle 25 ja INR, eli veren hyytymisaikaa merkkäava tekijä, on koholla. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa tulisi ottaa huomioon konsultaatiotuen saatavuus ja moniammatillinen yhteistyö kardiologin kanssa. Tarpeettomia erikoissairaanhoidon käyntejä ja toimenpiteitä tulisi välttää mahdollisuuksien mukaan. Sydämen vajaatoiminnan lääkehoitoa tulisi jatkaa sopeutetusti potilaan siirryttyä elämän loppuvaiheen hoitoon. Tulehduskipulääkkeiden käyttöä tulisi välttää, koska ne pahentavat sydämen vajaatoiminnan oireita. Loppuvaiheessa myös liikuntaharjoitteita jatketaan soveltuvin osin. Tahdistimen sydäniskuri tulisi kytkeä pois päältä niin, että potilas on ollut yhteisymmärryksessä asian tiimoilta. Jos toiminto on jäänyt päälle kuoleman lähestyessä ja tahdistin antaa sähköiskuja, voidaan sähköiskut saada loppumaan asettamalla magneetti tahdistimen päälle. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus 2017.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Keuhkohtaumatautia sairastavan potilaan siirtyminen palliatiiviseen hoitoon on aiheellista, kun sairaus on edennyt pitkälle. Jos potilaalla on parhaasta mahdollisesta hoidosta huolimatta esimerkiksi huono toimintakyky eli potilas kykenee kävelemään alle sata metriä, hänellä on hengenahdistusta levossa, useita pahenemisvaiheita vuoden aikana, tahatonta laihtumista tai keuhkoverenpaine on noussut, voidaan todeta, että sairaus on edennyt pitkälle. (Keuhkohtaumatauti: Käypä hoito -suositus 2014.)

Dementiaa sairastavan potilaan siirtyminen saattohoitoon saattaa estyä, koska potilaan tilaa ei aina tunnisteta kuolemaan johtavaksi. Elämän loppuvaiheessa vaikeaa dementiaa sairastavat kärsivät usein vaikeista oireista. Yhdeksän kymmenestä vaikeaa dementiaa sairastavista kärsii elämän loppuvaiheessa syömiseen liittyvistä ongelmista. Letkuruokinnan ei ole havaittu näytön perusteella hyödyttävän, ja letkuruokinta voi aiheuttaa kärsimystä. Viimeisien kuukausien aikana vaikeaa dementiaa sairastavista lähes puolet sairastuvat keuhkokuumeeseen, ja heistä noin puolet kuolevat seuraavan puolen vuoden aikana. Keuhkokuumeen antibiootihoidossa tulisi huomioida potilaan kokonaisennuste. Hoitopaikkasiirtoja tulisi välttää, ja jos mahdollista, keuhkokuume tulisi hoitaa nykyisessä hoitopaikassa. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Hoitosuunnitelma tulee laatia hoitavan lääkärin ja potilaan, sekä mahdollisesti myös tämän omaisten kanssa keskustellen. Hoitosuunnitelman tulee mukaella mahdollista hoitotahtoa, ja siinä on tultava esille potilaan toiveet, pelot ja käsitykset sekä nykyhetkestä, että tulevaisuudesta. Suunnitelmassa tulisi olla tieto missä mahdollista hoitotahtoa säilytetään, sekä sen sisältö. Myös se, kuinka potilas itse, tai hänen omaisensa suhtautuvat vakavaan sairauteen ja sen ennusteeseen. Myös hoidon tavoitteet sekä oireiden hallinnan keinot ja hoitolinjaukset tulee käydä ilmi hoitosuunnitelmassa. Siinä tulee myös tuoda ilmi hoidontarpeen uudelleen arviointi, sekä potilaan tarpeet myös lääkkeettömien hoitomenetelmien ja psykososiaalisen tuen näkökulmasta. Keskeistä on myös tuoda esille hoitoon liittyvät rajaukset, esimerkiksi liittyen nesteytykseen, antibioottihoitoon, tehohoitoon, sairaalaan siirtämiseen, elvyttämiseen tai toimenpiteisiin. Elämän loppuvaiheen toiveet esimerkiksi hoitopaikan ja läheisten tuen, sekä mahdollisen kuolemaan johtavan pahenemisvaiheen suhteen tulee myös tulla hoitosuunnitelmasta esille. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**2.2 Nielemisvaikeudet, pahoinvointi sekä suun oireet**

Nielemisvaikeuksille voi olla monia eri syitä. Niitä voivat olla neurologiset häiriöt, joihin kuuluu keskushermoston, ääreishermoston ja lihaksiston ongelmia, sammas, herpes, ja kasvaimet pään alueella, kaulassa tai ruokatorvessa. Tukkiva kasvain voi aiheuttaa vaikeuksia niellä kiinteää ruokaa, jolloin ruoan koostumuksen muokkaamisella voi olla suotuisia vaikutuksia. Hermo-lihashäiriöt voivat vaikeuttaa nesteiden nielemistä. Jos potilas ei saa tarpeeksi ravintoa suun kautta nielemisvaikeuksien takia, on syytä harkita helpottavia toimenpiteitä, kuten vatsanpeitteiden läpi tehtävää ravinto-letkua, eli peg-letkua tai stenttiä. Stentti on metallinen verkko-putki tai muoviputki, joka laitetaan tukkeutuneeseen suoneen tai onttoon elimeen pitääkseen sen auki. (Lääketieteen termit 2007, 674). Syljen eritystä voidaan rajoittaa antikolinergisillä, tai antikolinergisesti vaikuttavilla lääkkeillä. Antikolinergisellä lääkkeellä tarkoitetaan parasymptaattista hermostoa lamaavaa ja asetyylikoliinin vaikutusta estävää lääkettä. (Lääketieteen termit 2007, 41). Hyvä yleishoito ja esimerkiksi jääpalojen imeskely sekä huulien kostuttaminen voivat helpottaa oireita. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Parantumattomasti sairailta esiintyy loppuvaiheessa jopa yli puolella pahoinvointia ja kolmanneksella oksentelua. Pahoinvointia voidaan hoitaa lievittämällä sen aiheuttamaa syytä sekä lääkityksellä. Joskus kortisonin yhdistäminen pahoinvointilääkitykseen voi olla eduksi. Syöpäpotilaalla oksentelun ja kroonisen pahoinvoinnin hoidossa metoklopramidi näyttää olevan tehokas, tosin munuaisten tai maksan vajaatoiminnan kohdalla annosta tulee pienentää. Metoklopramidia käytetään estämään pahoinvointia ja oksentelua, sekä se lisää suoliston liikkeitä. (Lääketieteen termit 2007, 453). Esimerkiksi granisetroni voi olla hyödyllinen kroonisen pahoinvoinnin hoidossa syöpäpotilailla, ja se voi vaikuttaa suotuisasti, vaikka muista lääkkeistä ei olisi ollut hyötyä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Granisetronia käytetään pahoinvointiin, joka johtuu solunsalpaaja- tai sädehoidosta. (Lääketieteen termit 2007, 203).

Suun oireista yleisiä ovat suun kuivumisen tunne, joka yleensä johtuu syljen erityksen väheneemisestä. Kuivumisen tunnetta voivat aiheuttaa antikolinergiset ja antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet, opioidit sekä nesteenpoistolääkkeet. Opioidit ovat morfiinin kaltaisesti vaikuttavia tehokkaita kipulääkkeitä (Lääketieteen termit 2007, 513). Ruoan pureskelukyvyyn heikkeneminen, suun kautta hengittäminen ja lisähappi voivat myös aiheuttaa suun kuivumista. Myös suun

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

limakalvoilla oleva sieni-infektio voi aiheuttaa kuivumisen tunnetta. Suun hygieniasta ja kostutuksesta tulee huolehtia, suuta tulisi puhdistaa kaksi kertaa päivässä. Huulten rasvaaminen, proteeseista huolehtiminen ja alkoholittomien suuvesien käyttö voi auttaa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Suun kipuja lievittämään voidaan käyttää kylmiä juomia tai jääpaloja. Suun limakalvon paikallispuudutukseen on mahdollista käyttää kaksi prosentista lidokaiinigeeliä. Paikallisesti annosteltavaa bakteereja tuhoavaa puhdistusgeeliä, limakalvoja suojaavaa geeliä tai steroidisuspensiota voidaan käyttää aftojen ja limakalvorikkoutumien hoitoon. Paikalliseen suun kipuun voidaan käyttää esimerkiksi morfiinisuuverttä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Suun sieni-, bakteri- tai virusinfektioita hoidetaan näihin tarkoitetuilla lääkkeillä. Monilla sienilääkkeillä on kuitenkin haitallisia yhteisvaikutuksia useiden muiden lääkitysten kanssa, joka tulee huomioida. Infektioihin voidaan myös käyttää kolmois- tai neloisgeeliä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

2.3 Ulostamiseen ja virtsaamiseen liittyvät ongelmat

Ummetuksella tarkoitetaan tilannetta, jossa ulostaminen on harventunut alle kolmeen kertaan viikossa tai maha-suolikanavan läpimenoaika on yli viisi vuorokautta, ulostemassa on kovaa ja ulostaminen on vaikeutunut. Ummetusta on myös potilailla, jotka syövät hyvin vähän koska ulostemassaa syntyy epiteelikudoksista, eritteistä ja bakteerimassoista. Arvioidaan, että noin puolet palliativisessa hoidossa olevista potilaista jossain vaiheessa kärsivät ummetuksesta. Opioidien aiheuttama ummetus on erotettava toiminnallisesta ummetuksesta. Opioidien aiheuttaman ummetuksen hoitoon pitkälle edennyttä sairautta sairastaville ja palliativisessa hoidossa oleville potilaille käytetään ihon alle injektiona annosteltavaa metyylinaltreksonibromidivalmistetta, josta kauppanimeltään esimerkkinä Relistor. (Pharmaca Fennica 2011, 2645). Tämän hetkisen näytön perusteella ei voida tukea minkään yksittäisen laksatiivin käyttöä palliativisessa hoidossa olevilla potilailla. Pehmittävä laksatiivi, eli osmoottinen laksatiivi yhdessä suolta stimuloivan laksatiivin kanssa on suositeltavin apu ummetuksen hoitoon, ja molempien annostusta voidaan tarvittaessa nostaa. Palliativisessa- tai saattohoidossa olevien potilaiden kohdalla ummetuksen hoitoon ei suositella käytettäväksi bulkkilaksatiiveja ollenkaan vähäisen

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

nesteytyksen ja suolen vetovaikeuksien takia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Pehmittäviä laksatiiveja ovat kauppanimiltään esimerkiksi Movicol ja Duphalac. (Apteekkipalvelu.fi 2018a). Suolen toimintaa stimuloivia laksatiivivalmisteita ovat puolestaan Pursennid Ex-Lax ja Laxoberon. (Apteekkipalvelu.fi 2018b). Bulkkilaksatiivivalmisteita ovat esimerkiksi Vi-Siblin kuitutuotteet. (Apteekkipalvelu.fi 2018c).

Ripuli on kuolevien potilaiden kohdalla harvinaisempaa kuin ummetus. Ripuli voi liittyä esimerkiksi syöpähoitoihin, tai sen syynä voivat olla ummetuslääkkeiden tai suolitukoksen aiheuttama ohivuotoripuli, infektiot tai imeytymishäiriöt. Palliativisessa hoidossa käytetyin ripulilääke on loperamidi, kuten Imodium, joka vähentää suolen peristaltiikkaa ja eritystä, sekä parantaa sulkijalihaksen toimintaa. Koliitin eli paksusuolen tulehduksen tai infektion aiheuttaman ripulin kohdalla loperamidia tulee kuitenkin käyttää harkiten, koska ulosteen kerääntyminen suolistoon voi myötävaikuttaa toksisen paksusuolen laajentuman syntyyn. Okteotridista voi olla hyötyä kroonisen ripulin hoitoon saattohoitopotilailla. Sitä voidaan antaa annoksittain ihon alle tai infuusiona. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Esimerkiksi lääkevalmiste Sandostatin sisältää vaikuttavana aineenaan okterotridiasetaattia, ja sitä voidaan käyttää lievittämään oireita potilailla, joilla on vatsan alueen tai ruoansulatuskanavan kasvaimia. (Pharmaca Fennica 2011, 2800).

Suolitukos johtuu yleensä suolen ontelon osittaisesta tai täydellisestä tukkeutumisesta tai suolen tyhjennysliikkeen puuttumisesta. Suolitukos oireilee runsaana oksenteluna sekä jatkuvina vatsakipuina. Hoito riippuu potilaan yleisilasta, ja vaatii yleensä kirurgin arvion. Kirurginen hoito ei kuitenkaan tule kyseeseen, jos potilaan on jo ennen tukoksen syntyä arvioitu kuolevan lähipäivinä, potilas kieltää leikkauksen, tai hän ei ole anestesia- tai leikkauskelpoinen. Syöpäpotilaan leikkauskelvottomassa suolitukoksessa oktreotidi voi helpottaa oksentelua ja pahoinvointia. Joillakin lääkehoidoilla voidaan helpottaa pahanlaatuisen suolitukoksen oireita. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Virtsaumpea, eli virtsanlähdön estymistä, voivat aiheuttaa opioidit, trisykliset masennuslääkkeet sekä antikolinergit. Myös eturauhasen liikakasvu tai eturauhassyöpä voivat aiheuttaa virtsaummen. Hoitona virtsaummelle on katetrointi tai virtsarakkoavanne. Myös kuolemassa olevan potilaan virtsaampi pitää hoitaa. Eturauhasen ja virtsarakon syövät voivat aiheuttaa verivirtsaisuutta, eli tihkuvaa verenvuotoa rakkoon. Sädehoito voi vähentää veren tihkumista.

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Traneksaamihappoa käytetään verenvuodon hillitsemiseen, ja sen käyttö voi aiheuttaa hyytymiä ja hyytymät puolestaan voivat estää virtsankulun. Tähystyksellä tehtävällä tyhjennyksellä hyytymät pystytään poistamaan. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

2.4 Kuivuminen ja kuihtuminen

Yleisimmin kuivuminen johtuu huonosta nesteiden saannista tai niiden menetyksestä. Nesteiden menettämisellä tarkoitetaan kuumetta, ripulia, oksentelua ja nesteenpoistolääkitystä. Jos potilaan nesteiden saanti on riittämätöntä, nesteytys voi lievittää joitain oireita. Saatto-hoitopotilailla kuivuminen voi aiheutua myös nesteiden siirtymisestä solujen välitilaan, jolloin nesteytyksestä ei ole apua. Nesteytyksellä ei ole havaittu olevan apua kuolevan potilaan sekavuustilaan, heikkouteen tai hallusinaatioihin, eikä sillä voida pienentää kreatiinipitoisuutta. Potilaan janon tunteen ja kuivumisen välillä on laboratoriokokeiden perusteella ainoastaan hyvin heikko yhteys. Kuolevan potilaan janon tunne ei välttämättä lievene, vaikka hän saisi suonensisäistä nesteytystä. Nesteyttämisellä voi olla merkittäviä haittavaikutuksia, se voi esimerkiksi lisätä turvotuksia ja nestekertymiä. Janon tunnetta voidaan lievittää suun ja huulten kostuttamisella. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Saattohoitopotilailla jopa 80 prosentilla esiintyy loppuvaiheessa laihtumista. Laihtuminen voi johtua ruoan vähäisestä saannista, tai olla tahatonta. Loppuvaiheessa syöpäpotilailla ja vaikeassa vaiheessa dementiaa sairastavilla potilailla ravitsemushoidon ei katsota enää parantavan elämänlaatua tai lisäävän elinaikaa. Loppuvaiheen ruokahaluttomuuden hoitoon voidaan käyttää ruokahalua lisääviä lääkkeitä, kuten deksametasonia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Deksametasonin lyhytaikainen käyttö soveltuu varauksin iäkkäille, koska haittavaikutukset, sekä yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa voivat olla moninaisia ja vakavia. (Pharmaca Fennica 2013, 785).

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**2.5 Hengitykseen liittyvät ongelmat**

Hikka johtuu pallean äkillisistä tahdottomista kouristuksista. Hikkaa voi esiintyä kuolevilla potilailla pallean ärsytyksen, metabolisten syiden, infektion tai kasvaimen takia tai joidenkin lääkkeiden käytön seurauksena. Ohimenevä hikka on vaaraton, mutta pitkittyneenä se vaatii lääkettä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Pitkälle edennyt keuhkohtaumatauti, keuhkosityöpä ja keuhkofibroosi aiheuttavat suurelle osalle potilaista yskää tai veriyskää. Yskää voi aiheuttaa myös hengitystieinfektio, keuhkosairaus, kasvain, aspiraatio, refluksi, keuhkoödeema tai pleuran eli keuhkopussin ärsytys. Tehokkain oireiden apu olisikin hoitaa yskän syytä. Lääkehoitona yskälle voidaan käyttää antikolinergisiä inhalaatioita tai opioideja. Antikolinergisellä lääkkeellä voidaan myös vähentää runsaita hengitysteiden eritteitä ja helpottaa korisevaa hengitystä. Mukolyttiset ja keittosuolainhalaatioista voi olla hyötyä sitkeään limaisuuteen, koska ne muokkaavat limasta juoksevampaa, jolloin sen ulos yskiminen helpottuu. Potilas voi tehdä pulloon puhallus harjoituksia. Pulloon, jossa on 10-20 cm vettä, puhalletaan letkun kautta. Harjoituksella voidaan helpottaa hengitysteiden eritteiden aiheuttamia oireita. Veriyskää hoidetaan trameksaamihapolla tai sädehoidolla. Jos kuolemassa olevalle potilaalle aiheutuu harvinainen massiivinen verenvuoto hengitysteihin, potilas voidaan sedatoida eli lääkityksen keinoin heikentää hänen tajunnantasoaan niin, ettei hän tunne sietämätöntä kipua. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Monet pitkälle edenneet sairaudet voivat aiheuttaa hengenahdistusta. Syitä voivat olla hengitysteiden tukkeutuminen, hengitystilavuuden pienentyminen, verenkierron ongelma, keuhkukudoksen ongelma, psyykkiset tekijät, hengityslihaksheikkous, anemia tai asidoosi eli kehon nesteiden liiallinen happamuus. Hengenahdistusta aiheuttava pleuraneste yleensä poistetaan punktoimalla. Opioidien ollaan huomattu auttavan kuolevan potilaan hengenahdistusta. Opioidista johtuvan hengitysvajauksen riski on pieni, kun opioideja annostellaan vain tarvittava määrä. Happi tai ilmavirta voivat auttaa hengenahdistusta, kasvoihin suunnattavan tuulettimen käyttö on suositeltavaa. Äkillisen hengitysvajauksen hoitona voi toimia mekaaninen hengityslaitte, mutta saattohoidossa olevan potilaan kohdalla sen käyttämisestä tulisi keskustella jo ennen sen tarvetta, koska mahdollisesti elämää pitkittävän mekaanisen hengityslaitteen käyttö voi olla ristiriidassa saattohoitopäätökseen kirjattujen linjausten kanssa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**2.6 Kipu ja lääkehoito**

Kipu on hyvin yleistä kuolevan potilaan kohdalla. Kipua tulisi arvioida säännöllisesti numeerisella asteikolla tai sanallisesti, sekä kirjata niistä tarkasti. Lievään kipuun peruslääkkeenä käytetään parasetamolia tai tulehduskipulääkettä, huomioiden tulehduskipulääkkeiden epäedulliset yhteisvaikutukset muuhun lääkitykseen. Lievään tai keskivaikeaan syöpäkipuun voidaan käyttää myös opioidiryhmään kuuluvaa tramadolia. Hyödystä parasetamolien yhdistämisestä vahaan opioidiin ei ole tutkimusnäyttöä, mutta jos potilas kokee saavansa tästä hyötyä, voi näitä käyttää rinnakkain. Luustometastaasien aiheuttamaan kipuun tulehduskipulääkkeet ovat yleensä tehokkaita. Opioidit auttavat yleensä hyvin syöpäkipuihin, sekä muissa tilanteissa pitkäaikaisen kivun hoidossa. Iäkkäillä potilailla aloitusannos on yleensä pienempi, ja annokset ovat hyvin potilaskohtaisia. Lääkehoidossa käytetään ensisijaisesti suun kautta otettavia lääkkeitä, ellei tälle ole estettä. Opioidien kesken ei ole tutkimusnäyttöä siitä, että pitkäaikaisen kivun hoidossa joku opioidi olisi parempi kuin toinen. Joskus potilas voi hyötyä siitä, että eri opioideja yhdistetään, mutta siitä on konsultoitava lääkäriä. Fentanyyli sopii vakaaseen kipuun. Yleensä fentanyyli annostellaan lääkelaastrina, ja laastarin vaikutus alkaa 12-17 tuntia laastarin laittamisen jälkeen. Laastari vaihdetaan ohjeen mukaan 72, tai 48 tunnin välein. Laastarin poistamisen jälkeen vaikutus kestää vielä noin 12-17 tuntia. Laihtuneilla potilailla laastarin käyttöä ei suositella huonon imeytymisen takia. Lämpilyöntikivulle tehokkaimpia lääkkeitä ovat lyhytvaikutteiset opioidit. Lääke valitaan kivun alun ja keston mukaan. Hydro-morfooni-, oksikodoni- ja morfiinivalmisteet vaikuttavat noin puolen tunnin jälkeen, ja niiden vaikutus kestää neljästä viiteen tuntia. Hydromorfonihydrokloridivalmiste Palladonia sekä oksikodonia (Oxynorm, Oxycontin) on saatavilla sekä pitkä-, että lyhytvaikutteisena. (Pharmaca Fennica 2013, 478-479). Fentanyylivalmisteiden vaikutus alkaa viidessä minuutissa ja kestää noin tunnin. Neuropaattiseen kipuun opioidit ovat myös tehokkaita. Yleensä epilepsiaan käytetyn gabapentiinin tai trisyklisen masennuslääkkeen yhdistäminen opioidihoidon kanssa on ilmeisesti tehokkaampi kuin pelkkä opioidi syövästä johtuvaan neuropaattiseen kipuun. Muussa kuin syövästä johtuvassa neuropaattisessa kivussa voidaan käyttää joitain masennuslääkkeitä. Lääkehoidon rinnalla tulisi käyttää myös lääkkeettömiä hoitoja, kuten asento-hoitoa tai rentoutusta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Niillä syöpöpotilailla, joilla kipu ei ole enää muilla tavoin hallittavissa, voidaan käyttää spinaalisia eli selkäydinkanavaan annosteltavia opioideja. Joissakin tilanteissa syöpäkipuja pystytään myös helpottamaan sädehoidolla. Joskus opioidin vaihtaminen voi olla hyödyllistä vaikean kivun hoidossa. Vaikeiden kipujen hoidossa tulee haittavaikutuksia seurata tarkoin ja hoidettava niitä aktiivisesti. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat ummetus, pahoinvointi ja suun kuivuminen. Kipulääkkeiden haittavaikutuksia voidaan vähentää pienentämällä annoksia, yhdistämällä kipulääkkeitä, tai vaihtamalla antoreittiä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Palliativisessa hoidossa olevilla potilailla voi esiintyä lääkitysten haittavaikutuksia, ja haitalliset yhteisvaikutukset voivat olla vaarallisia, ja joissain tilanteissa haittavaikutukset vain lisäävät potilaan oireitaakkaa. Munuaisten ja maksan vajaatoiminta voivat muuttaa lääkeaineiden hajoaamista ja imeytymistä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Palliativisella sedaatiolla tarkoitetaan sitä, että kuolevaa potilasta rauhoitetaan lääkkeellä niin, ettei hän tuntisi kipua. Käytännössä tämä tarkoittaa tajunnan heikentämistä. Sedaatiota käytetään siinä määrin kuin se on tarpeellista erittäin vaikean tilanteen hallitsemiseksi elämän loppuvaiheessa. Palliativisen sedaation tarkoituksena ei ole jouduttaa kuolemaa, vaan saada sietämättömät ja hallitsemattomat oireet hallintaan silloin, kun muista keinoista ei ole ollut apua. Sietämättömän kivun lisäksi sedaatiota voidaan käyttää hengenahdistukseen, sekavuustilaan, voimakkaaseen levottomuuteen tai ahdistukseen. Näiden oireiden esiintyvyydestä tai sedaation tarpeen yleisyydestä ei ole tietoa. Ennen sedaation aloittamista täytyy varmistaa lääkäriä konsultoimalla, että muut keinot ovat kokeiltu. Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan tulisi olla tietoisia hoidon toteuttamisesta ja sen tavoitteista. Jatkuva syvä sedaatiota tulee käyttää ainoastaan sellaisille potilaille, joiden arvioidaan kuolevan seuraavien tuntien tai enintään vuorokausien aikana. Lääkeannos määritellään yksilöllisesti, ja sitä nostetaan asteittain vaikutuksia seuraten. Sedaatioon käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa rauhoittaviin bentsodiatsepiineihin kuuluvat midatsolaami ja loratsepaami, joiden rinnalla voidaan tietyissä tilanteissa käyttää opioideja. Potilaan omia kipulääkkeitä jatketaan normaalisti, tosin antoreittiä voidaan tarpeen vaatiessa muuttaa. Akuuteissa hätätilanteissa, kuten tukehtuessa, tulee saada aikaan syvä ja nopea sedaatio. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Antibiootihoidon aloittaminen kuolevalla potilaalla tulee perustua näyttöön bakteri-infektioista, tai selkeään infektiöepäilyyn. Virtsatieinfektion kohdalla antibiootihoidosta voi olla

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

helpotusta oireisiin. Antibioottihoitoa voidaan lyhytaikaisesti kokeilla oireiden helpottamiseksi, mutta jos vastetta ei saada nopeasti, on antibioottihoito syytä lopettaa. Näyttö antibioottien avusta oireiden hoidossa on puutteellista, ja on todettu, ettei antibioottihoidoilla ole merkittävää vaikutusta saattohoitopotilaan elinaikaan. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

2.7 Iho-oireet, kutina ja hikoilu

Yleisimpiä haavatyyppejä ovat laskimoperäinen haava, kasvaimen liittyvä haavauma, paine-haava ja kaatumisesta tai muusta johtuva ihon repeytyminen. Ihometastaasin aiheuttaman verenvuodon kohdalla voi kylmähoidosta olla hyötyä, sekä sen hoitoon on käytetty myös trameksaamihappoa. Pieniin vuotoihin voidaan kokeilla hopeanitraattikäsittelyä. Syöpiin liittyvät haavat harvoin paranevat, sekä niihin usein liittyy kipua, eritystä, pahaa hajua, verenvuotoa ja kutinaa. Tällaiset haavat voivat vaatia kipulääkityksen. Haavakipuja on mahdollista hoitaa esimerkiksi morfiinigeelillä. Yleistilaltaan hyväkuntoisen syöpäpotilaan ihometastaasien aiheuttamien haavojen hoidosta tulisi konsultoida onkologista yksikköä, sillä sädehoidolla voi olla edullisia vaikutuksia potilaalle. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Tulehtuneen haavan hajuhaitat johtuvat yleensä nekroottisen muutosten hapetta elävästä bakteerin aiheuttamasta tulehduksesta eli anaerobi-infektiosta. Paikallishoidoksi suositellaan hopeaa sisältäviä tuotteita, mutta myös esimerkiksi pihkaa tai hunajaa sisältäviä voiteita voidaan käyttää. Hajuhaittoja voi estää laittamalla uloimpiin sidoksiin esimerkiksi piparminttuöljyä tai hajustettua talkkia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Kutinaa voivat aiheuttaa hermoperäiset syyt, hermotautiin liittyvät syyt, psyykkiset tekijät tai iholähtöiset tekijät. Kuolevan potilaan kohdalla kutinan syy voi olla hankala paikantaa, ja usein kutina onkin loppuvaiheen potilailla monisyistä. Jos kutina johtuu kuivasta ihosta, tällöin ihon rasvaaminen ja vesipesujen harventaminen voivat auttaa. Neuropaattisen kutinan hoitoon voidaan käyttää lääkkeitä, kuten gabapentiiniä. Spinaalisesti annosteltu opioidi voi myös aiheuttaa kutinaa, jolloin annosteluun lisätty puuduteaine voi olla hyödyksi. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Opioidit, hormonaaliset syöpälääkkeet, syöpähoidot ja syöpään liittyvät ilmiöt sekä vaihdevuodet voivat aiheuttaa hikoilua. Rintasyöpäpotilailla tehdyn tutkimuksen mukaan hikoilua on mahdollista vähentää esimerkiksi selektiivisellä serotoniinin takaisinoton estäjällä, eli SSRI-lääkkeellä. Vaihdevuosista johtuva hikoilu voi vähentyä keltarauhashormonivalmisteen avulla. Tuumorikuumeilun aiheuttamaan hikoiluun voi olla avuksi säännöllinen tulehduskipulääke tai parasetamoli. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

2.8 Psykkiset oireet ja poikkeava väsymys

Surutyö ja elettyä elämää arvostava muistelu voivat suojata vaikeammilta psyykkisiltä häiriöiltä, ja tällöin lähestyvän kuoleman sisäistäminen ja hyväksyminen voivat helpottaa. Joskus surutyön erottaminen masennuksesta voi olla vaikeaa. Potilaan kanssa tulisi keskustella asioista ammatillisesti ja hyvässä vuorovaikutuksessa. Vaikeiden asioiden kohtaaminen vaatii hoitajalta taitoa olla läsnä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Palliativisessa hoidossa olevilla potilailla masennusta esiintyy neljäsosalla. Tutkimustulokset potilaiden masennuksen lääkehoidosta, sekä lääkkeettömistä hoidoista ovat vähäisiä. Terapian lisäksi saattohoitopotilaan masennuksen hoitoon hyviä apuja ovat tukeminen, kuunteleminen ja keskusteleminen. Saattohoitopotilaalla masennuslääkkeen vasteen saavuttaminen kestää kauan, eikä sitä ehditä aina saavuttaa. Bentsodiatsepiinit ja anksiolyytit ovat lääkkeitä, joita käytetään ahdistuksen hoitoon. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Sekavuustilaa eli deliriumia esiintyy loppuvaiheen syöpäsairailta 26-44 prosentilla ja viimeisinä elinpäivinä jopa 88 prosentilla syöpäpotilaista. Sekavuustilan taustalla on aivotoiminnan häiriö, johon myötävaikuttaa samanaikainen tietoisuuden heikkeneminen, uni-valverytmin muutokset, ajatuksenkulun ja muistin häiriöt sekä psykomotoriset ja emotionaaliset muutokset. Syitä deliriumille voivat olla lääkehoito, kuten opioidit, antikolinergit ja steroidit, infektiot, hapenpuutostila, elektrolyyttihäiriöt, veren tavallista suurempi kalsiumpitoisuus, uremia tai etäpesäkkeet aivoissa. Deliriumia on kahta muotoa, jossa hyperaktiivisessa muodossa sekavuustilan oireet näkyvät potilaan käytöksessä. Hypoaktiivisessa muodossa taas potilaan sisäinen hajaannus on yhtä suurta kuin hyperaktiivisessa muodossa, mutta ilman ulkoisia merkkejä. Ensimmäisistä deliriumin hoitoon käytetään lääkkeettömiä hoitoja. Ympäristöstä kuuluu tehdä turvallinen ja rauhallinen. Jos psykoosioireita ei saada hallintaan lääkkeettömin keinoin,

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

lääkehoitona on käytetty psykoosilääkkeitä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Poikkeavan väsymyksen eli fatiikin merkkejä ovat suorituskyvyn heikkeneminen, energian vähyisyys, väsyneisyys, motivaation puute, heikkous, kyllästyneisyys ja apaattisuus. Fatiikki eroaa normaalista väsymyksestä siten, ettei lepääminen auta väsymykseen. Edennyttä syöpää sairastavista 60-90 prosenttia kärsii poikkeavasta väsymyksestä. Kilpirauhasen vajaatoiminta, anemia, metaboliset häiriöt ja infektiot, sekä lääkkeiden haittavaikutukset tulee erottaa fatiikista, sillä ne ovat hoidettavissa. Masennuksella ja ahdistuneisuudella on jonkinlainen yhteys poikkeavaan väsymykseen, mutta ne eivät yksin selitä sen ilmaantumista. Steroideilla on joissain tilanteissa saatu helpotettua poikkeavan väsymyksen oireita. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

2.9 Kuolevan potilaan hoidon akuutti- ja erikoistilanteita

Aivojen kasvain tai metastaasit voivat aiheuttaa kallonsisäisen paineen nousua. Oireita ovat yleensä päänsärky, kognitiiviset häiriöt, kouristelu, huonovointisuus, oksentelu, tajunnantason lasku ja toispuolinen osittainen halvaus. Ensihoidoksi käytetään kortikosteroidia, ja kouristeluun epilepsia lääkitystä, tarvittaessa potilaalle voidaan myös antaa bentsodiatsepiinia. Kuolevalle potilaalle aivojen sädehoitoa ei suositella, mutta sillä voidaan lievittää oireita joissain tapauksissa. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.) Kortikosteroideja käytetään aivokasvaimen aiheuttamaan kallonsisäisen paineen nousuun sen aivoturvotusta vähentävän vaikutuksen takia. (Mehiläinen 2018).

Selkäydinkompressio aiheutuu levinnyttä syöpää sairastavista potilaista noin viidelle prosentille. Oireita ovat tuntopuutokset, selkäkipu, raajojen heikkous sekä ulostamisen pidätyskyvyttömyys. Tilanne on akuutti, ja hoito tulisi saada nopeasti. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Pahanlaatuinen hyperkalsemia, eli kalsiumin liiallinen pitoisuus aiheuttaa häiriöitä ruoansulatuskanavaan sekä keskushermoston ja munuaisten toimintaan. Häiriöt aiheuttavat oksentelua, ummetusta, pahoinvointia, janoa, lihasheikkoutta, väsymystä, tokkuraisuutta ja sekavuutta.

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Kuivumistilan korjaaminen ja kalsiumpitoisuuden laskeminen lääkkein helpottavat oireita huomattavasti. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Maksan tai vatsakalvon etäpesäkkeet voivat aiheuttaa pahanlaatuista askitesta, eli vesivatsaisuutta. Oireita ovat täyttymisen tunne, vatsan kasvaminen, huonovointisuus, oksentelu, hengenhdistus ja suolen vetovaikeudet. Kertapunktio eli dreneeraus on tehokas oireita helpottava hoito silloin, kun nestettä on kertynyt vatsaonteloon runsaasti. Nesteenoistolääkkeillä voidaan joissain tapauksissa hoitaa askitesta, mutta nopeasti uusiutuvissa askiteksissa siitä ei näyttäisi olevan hyötyä. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Palliativisessa hoidossa verituotteita voidaan antaa potilaalle, jos alhainen hemoglobiinitaso aiheuttaa oireita, kuten rintakipua tai hengenhdistusta. Oirevastetta tulee seurata, ja jos oirehyötyä ei saavuteta, verituotteiden antaminen tulee lopettaa. Syöpäpotilaan elämän loppuvaiheessa punasolusiirtojen hyödyllisyydestä ei ole näyttöä. Saattohoitopotilaalle ei tule antaa verensiirtoja. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Veritulpan ennaltaehkäisevää hoitoa ei suositella aloitettavan rutiininomaisesti kuoleville potilaille, koska se lisää huomattavasti vuotoriskiä. Hoitoa voidaan kuitenkin harkita sairaalahoidossa, jos verenvuotovaaraa ei ole. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3 Muita hyvän saattohoitotyön ohjeita

Potilaan vointi ja hänen liikkumiskykynsä huononevat viimeisten elinpäivien aikana. Nieleminen vaikeutuu, potilas voi olla unelias, sekä hänen kiinnostuksena syömistä ja juomista kohtaan häviävät. Tässä tilanteessa itse perussairauden luonne muuttuu vähemmän tärkeäksi, ja hoito keskittyy enemmän oireiden hyvään hoitamiseen sekä läheisten tukemisen merkitys kasvaa. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla herkkyyttä potilaan ja tämän omaisten ahdistuksen ja stressin vaistoamiseen. Potilaan oireita tulee arvioida ja hoitaa säännöllisesti, sekä tiedottaa omaisille potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista. Tärkeää on kertoa, mitä on tapahtumassa, ja mitä on odotettavissa, sekä minkälaisia lääkkeitä potilaan hoidossa käytetään. Myös lääkkeiden

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

karsimisesta on hyvä kertoa omaisille perustellen, miksi näin toimitaan. Läheisille olisi hyvä tuoda myös ilmi, kuinka he itse voisivat auttaa kuolevaa potilasta ja mistä he voivat saada tukea myös itselleen. (Korhonen & Poukka 2013.)

Korhosen & Poukan (2013) mukaan hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa potilaan lähenevä kuolema. Tällöin ei-lääketieteelliset asiat korostuvat, ja etusijalle nousee potilaan toiveet, omaisten huomioiminen ja tarpeettomien hoitotoimenpiteiden sekä hyödyttömien lääkitysten välttäminen. Aiemmasta lääkityksestä yleensä jätetään lääkelistalle vain kipu- ja pahoinvointilääkkeet sekä anksiolyytit. Kuolevalle potilaalle kuitenkin määrätään tarvittava lääkitys pahoinvoinnin, levottomuuden, kipujen, hengenahdistuksen, oksentelun, sekä limaisuuden varalle. Jos on aihetta epäillä potilaan kuolevan äkillisen tilanteen, kuten verensyöksyn, seurauksena, on potilaalle syytä määrätä niin kutsuttu katastrofilääkitys. Se tarkoittaa yleensä opioidin ja bentsodiatsepiinin yhdistelmää, jolla potilas on mahdollista sedatoida nopeasti. Yleensä kuolema on kuitenkin rauhallinen.

Esteitä lähestyvän kuoleman havaitsemiseen voivat olla epäselvät diagnoosit, tai että hoito etenee ennallaan ilman uutta arviota potilaan tilasta. Jos kuoleman lähestymistä ei haluta nähdä tai sen mahdollisuutta ei uskalleta ottaa puheeksi, voi potilaan saattohoitoon siirtyminen estyä. Kommunikaatiotaidot ovat tärkeä työkalu tässä vaiheessa. Kuoleman lähetessä laboratorio- tai kuvantamistutkimukset eivät ole enää tarpeellisia. Nestelista, verenpaineen mittaaminen, happiarvojen ja ruumiinlämmön mittaaminen on syytä lopettaa ja niiden sijaan tulee arvioida potilaan kipua, hengitysteiden eritteitä, hengenahdistusta, oksentelua sekä pahoinvointia ja huomioida potilasta itseään. Oireita arvioidaan vähintään neljän tunnin välein, ja samalla huolehditaan suun kostuttamisesta. Potilaan tilannetta arvioidessa olisi hyvä myös samalla huomioida paikalla olevien omaisten jaksamista. Kaikkia potilaaseen kohdistuvia ylimääräisiä toimenpiteitä on syytä välttää, ja toimenpiteiden kohdalla tulee pohtia tarkoin niiden todellista tarpeellisuutta. Tärkeää on läsnäolo, kuuntelu ja keskustelu. Jos potilaalla on rytmihäiriötahdistin, pyydetään kardiologia kytkemään iskuhoito pois päältä. (Korhonen & Poukka 2013.)

Korhosen & Poukan (2013) mukaan kuolevan potilaan hoidossa suonensisäisellä nesteytyksellä on hyötyä vain harvoin. Nestehoito ei auta suun kuivumiseen, koska yleensä sen aiheuttajana on lääkitys. Joskus suonensisäinen nesteytys tuottaa enemmän haittaa kuin hyötyä, koska se voi lisätä nesteenkertymistä. Jos potilaan kuitenkin epäillään kärsivän nestehukasta, voidaan

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

nesteytystä kokeilla annoksella 1000 ml vuorokaudessa kahden tai kolmen vuorokauden ajan. Jos vointi ei kohene, kokeilu lopetetaan.

Käytössä oleva säännöllinen kipulääkitys jatkuu kuolevalla potilaalla entisellään, jos kivut ovat hallinnassa. Tajunnan heikentyessä kipulääkitystä jatketaan yhä samalla annoksella, mutta antoreittiä muutetaan tarpeen mukaan. Jos nieleminen ei onnistu, voidaan pitkävaikutteinen morfiini tai oksikodoni vaihtaa lyhytvaikutteiseen muotoon, joka annetaan neljän tunnin välein. Kovin huonokuntoiselle potilaalle, jonka elinajan arvio on vuorokauden luokkaa, ihonalaiset ruiskeet ja tarvittaessa lisäannokset ovat hyvä vaihtoehto. Viimeisten elinpäivien aikana lääke-laastaria ei kannata aloittaa uutena hoitona, koska annoksen määrittäminen voi olla aikaa vievää. Luustokipuihin opioidilääkitys ei välttämättä ole tehokas, vaan niihin voi saada apua tulehduskipulääkkeillä. Suun kipuun auttaa suun säännöllinen hoitaminen ja suun kostuttaminen. Painehaavaumia estävää patjaa, asentohoitoa ja puuduttavia geelejä voidaan käyttää painehaavaumien kivun hoitoon. Kipuja voi kuolevalla potilaalla aiheuttaa myös mahdollinen virtsaumpi tai ulosteen pakkautuminen peräsuoleen. Kivun hoidossa tulisi muistaa myös kokonaiskivun käsite. Se tarkoittaa, että fyysiseen kipukokemukseen liittyy lisäksi psyykinen, sosiaalinen ja olemassa oloon liittyvä ulottuvuus. (Korhonen & Poukka 2013.)

Hengenahdistuksen hoitamiseksi voidaan käyttää kuolevilla potilailla opioideja, joiden annosta voidaan tarvittaessa asteittain nostaa. Puoli-istuva asento ja esimerkiksi tuuletin voivat myös helpottaa potilasta. Hengenahdistuksen aiheuttamaa pelon ja ahdistuksen tunnetta pyritään myös lievittämään. Hengenahdistusta voidaan myös helpottaa lisähapella tai lääkityksellä, sekä nebulisoidulla keittosuolaliuoksella. Usein kuolemaa lähestyessä potilaan hengitys voi alkaa rohista. Tämä johtuu irtonaisesta limasta ja syljestä hengitysteissä. Potilasta rohina ei yleensä häiritse, mutta läheisille se voi olla häiritsevää tai huolestuttavaa. Läheisille olisi syytä selittää mistä on kysymys. Imukatetrilla voi imeä limaa, jos sitä on ylänielussa tai suussa. Suurin osa potilaista saa vastetta syljeneritystä vähentävästä lääkityksestä. On suotavaa keskustella omaisten kanssa siitä, mitä tapahtuu, ja kuinka toimitaan, kun potilaan hengitys on lakannut. Keskusteleminen lievittää pelkoja omaisissa sekä ehkäisee turhia toimenpiteitä. Keskustellessa on hyvä pitää mielessä, että ihmisillä on kuolemasta erilaisia käsityksiä ja jokaisen kuolema on ainutlaatuinen. Jos kuoleman hetkellä paikalla on omaisia ja hoitaja, hoitaja pysyy taka-alalla, ellei toisin toivota. Perheen jättämille hyvästeille on annettava aikaa, koska kyseessä on intiimi hetki. Kuoleman virallisella toteamisella ei ole kiire. Työ vaatii hoitajilta herkkyyttä sekä

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

rehellisyttä olla oma itsensä. Potilaan kuollessa omaiset voidaan auttaa vaikean tilanteen yli rauhallisella ja empaattisella suhtautumisella. Omaisille jää mieleen hoitajien käytös ja puheet, ja heille onkin tärkeää saada rehellistä tietoa tilanteesta, sekä tulla kuulluksi kuolevan läheisensä vierellä. Kaikilla saattohoitoa toteuttavilla tulisi olla mahdollisuus työnohjaukseen, koska työ on raskasta. Usein hoitohenkilökunta tuntee, että he eivät kykene tarpeeksi lievittämään potilaan ja omaisten kärsimystä. (Korhonen & Poukka 2013.)

3.1 Muistisairaana palliatiivinen hoito

Joanna Briggs Instituutin (JBI) vuonna 2011 julkaisemassa hoitosuosituksessa ”Palliatiivinen lähestymistapa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen hoidossa” paneudutaan palliatiivisen hoitotyön toteutumiseen muistisairaana potilaan näkökulmasta.

Pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavien kohdalla elämän loppuvaiheen hoito ei usein ole pätevää ja asianmukaista. Muistisairaiden potilaiden kohdalla olisi parempi käytäntö tarjota palliatiivista hoitoa jo aiemmin, mahdollisesti jopa yhtäaikaaisesti parantavan hoidon kanssa, koska muistisairaus on etenevä, krooninen ja vakava sairaus. Näin potilaan tilaa voitaisiin paremmin tukea pitempiaikaisesti. Ongelmat palliatiivisen hoidon oikea-aikaiseen aloittamiseen liittyen voivat johtua edunvalvontaan, päätöksen tekoon ja hoitotahtoon. Muistisairautta sairastavan potilaan kannalta usein jonkun muun on otettava vastuu ja tehtävä potilaaseen liittyviä päätöksiä, sillä edenneestä muistisairaudesta johtuen potilas ei enää itse kykene päätöksiä tekemään. Läheisten ja omaisten tiedonpuute, sekä ristiriidat omaisten kesken ja hoitohenkilökunnan kanssa vaikeuttavat palliatiiviseen hoitoon siirtymistä. Muita hoidon tasoon liittyviä haasteita luovat hoitajamitoitus, rahoitus, säännökset ja henkilökunnan koulutus. Myös erilaiset kulttuuriin, uskonnolliseen ja sosiaaliseen taustaan liittyvät näkemykset kuolemasta ja kuolevan ihmisen hoitamisesta voivat vaikuttaa elämän loppuajan hoitoon. (Joanna Briggs Institute 2011, 1-3.)

3.2 ETENE

ETENE on valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, jonka tehtävänä on käsitellä potilaan asemaan sekä sosiaali- ja terveysalaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta, sekä antaa suosituksia, lausuntoja ja asiantuntija-apua.

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Neuvottelukunnan tehtävänä on myös tehdä aloitteita ja herättää yhteiskunnallista keskustelua, sekä välittää tietoa kansainvälisistä ja kansallisista eettisistä kysymyksistä. (Etene 2018.)

Eettisesti kestävä hoidon perusta on vanhuksen yksilöllinen kohteleminen. Hoidon lähtökohdaksi tulee olla vanhuksen omat tarpeet ja toiveet, sekä hänen arvojaan ja näkemyksiään tulee kunnioittaa. Vanhuksen hoitamisen kuuluu olla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä, joka suunnitellaan kokonaisvaltaisesti vanhuksen toimintakyky, terveydentila ja läheiset huomiot. Vanhuksella on oikeus osallistua päätöksentekoon ja saada turvallista lääkehoitoa, ja esimerkiksi psykiatrisilla ei saa korvata henkilöstön puutetta hoidossa. Omaisten ja läheisten osallisuutta hoitoon tulee tukea, ja huomioida etenkin päätöksen teossa silloin, kun vanhus ei pysty itse määräämään hoidostaan. Vanhuksella on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja hyvään kuolemaan. (Etene 2008, 3-4.)

Etene (2004, 14) laatimat suositukset saattohoitoon pitävät sisällään seuraavat kohdat:

1. Silloinkin kun parantavaa hoitoon ei enää ole mahdollisuutta, jokaisella on oikeus hyvään ja inhimilliseen hoitoon.
2. Itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, ja hoitotahdosta voidaan poiketa ainoastaan, jos perustellusti voidaan olettaa potilaan muuttaneen tahtoaan hoidon suhteen.
3. Hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös tehdään yhteistyönä potilaan ja hoitavien henkilöiden välillä.
4. Hoidon tavoitteiden muuttuessa tai potilasta siirrettäessä toiseen yksikköön on tärkeää turvata hoidon jatkuvuus. Siirryttäessä saattohoitoon tai palliativiseen hoitoon kirjataan suunnitelma potilasasiakirjoihin mahdollisimman selkeästi terveydenhuollossa hyväksytyjä ilmaisuja käyttäen. Suunnitelman tulee olla käytettävissä kaikille hoitoon osallistuville.
5. Saattohoitoa toteuttavalla yksiköllä tulee olla riittävät resurssit henkilökunnan, ammattitaidon ja hoitovälineiden osalta, jotta hoitosuunnitelmaa voidaan noudattaa niin, että hoito on turvallista ja inhimillistä.
6. Halutessaan potilaalla tulee olla oikeus nukkua pois kotonaan tai läheistensä ympäröimänä.
7. Jos potilas ei ole kykeneväinen päättämään omasta hoidostaan, tulee kiinnittää erityistä huomioita potilaan lähiomaisiin.
8. Riippumatta diagnoosista, hyvä saattohoito kuuluu jokaiselle kuolevalle potilaalle.

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**4 Sosiaali- ja terveysministeriön suositukset saattohoidolle**

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 järjestämässä saattohoidon asiantuntijatilaisuudessa on käsitelty laajasti saattohoitoon liittyviä kysymyksiä. Tämän tilaisuuden pohjalta tehdyssä selvityksessä on nostettu esille hyviä käytäntöjä sekä suosituksia saattohoidon toteuttamiseksi. Selvitys on tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilöstölle, läheisille, omaisille, kansalaisille, sekä päättäjille ja poliittisille luottamushenkilöille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11-12.)

Selvityksessä on nostettu esille kymmenen asiantuntijaryhmän laatimaa suositusta, joiden avulla hyvä saattohoito toteutuu.

1. Saattohoidon tulee perustua potilaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittamiseen.
2. Saattohoidon lähtökohta on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan, kun ihminen on lähellä kuolemaa. Potilaan, ja potilaan salliessa myös omaisten kanssa keskustellaan hoidon linjauksista. Keskustelussa sovitut asiat kirjataan potilaan tietoihin.
3. Hoitava lääkäri kirjoittaa hoitopäätökset perustellusti ja yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai tämän omaisten kanssa potilaan toiveet ja tarpeet huomioiden. Saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kanssa moniammatillisena yhteistyönä tilannetta jatkuvasti arvioiden, ja nimetään myös ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta eri vuorokaudenaikoina hoidon jatkuvuus varmistaen.
4. Lääkärien ja hoitajien on oltava saattohoitoon koulutettuja, ja konsultaatiota on oltava tarjolla vuorokauden ympäri. Muu henkilökunta ja vapaaehtoiset täydentävät moniammatillista työryhmää. Työryhmän jäsenet saavat täydennyskoulutusta saattohoitotyöhön säännöllisesti, sekä henkilökunnalle tarjotaan työnohjausta ja saattohoitotilanteista voidaan tarvittaessa keskustella jälkikäteen.
5. Saattohoitoon liittyviä osaamisen alueita kuuluu kyetä arvioida, hoitaa, ja sekä systemaattisesti, että riittävällä taidolla, soveltaa tietoa. Näitä osa-alueita ovat kärsimystä, ja sitä aiheuttavien oireiden lieventäminen, lähestyvän kuoleman ja kuoleman hetken

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

- merkit, henkisten, fyysisten, hengellisten, psykososiaalisten, sekä olemassa oloon liittyvien ja kulttuuristen asioiden huomioiminen niin, että ne tulevat potilaan kohdalla yksilöllisesti ymmärretyiksi ja huomioiduiksi hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa tarpeet ja toiveet huomioiden, sekä läheisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen.
6. Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan toiveisiin ja tarpeisiin, hyvään toiminnan laatuun ja noudattamaan Käypä hoito-suosituksia.
 7. Lasten saattohoidon vastuu kuuluu erikoissairaanhoidon, mutta muuten saattohoitoa annetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, vanhainkodeissa, vuodeosastoilla, erilaisissa asumisyksiköissä ja palvelutaloissa.
 8. Saattohoidon hyvä tasavertainen ja yhdenmukainen toteuttaminen on sairaanhoitopiirin ja terveyskeskuksen vastuulla. Saattohoitoa tarjotaan mahdollisuuksien mukaan siellä, missä potilas elää tai asuu, ja että omaiset pääsisivät potilaan toiveiden mukaisesti osallistumaan saattohoitoon.
 9. Saattohoitotyötä tekevien hoitajien työhyvinvointi on edellytys säilyttää herkkyys ja intuitio, ja näitä ominaisuuksia tulisi tukea ja kehittää.
 10. Suositusten toteutumista voidaan edistää käymällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä potilaan kuoleman lähestyessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 30-31.)

5 Tärkeimmät saattohoitoa koskevat velvoitteet

Terveyden- ja sosiaalihuollon elämän loppuun saakka hoitoa tarjoavat yksiköt muodostavat kolmiportaisessa saatto- ja palliatiivisenhoidossa perustason, eli tason A. Tällä tasolla saattohoitoa toteutetaan muun toiminnan ohella. Kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten osaamiseen kuuluu saattohoidon perustason hallitseminen. Nykyään saattohoito ja palliatiivinen hoito eivät sisälly riittävällä tasolla hoitoalan koulutukseen. Sairaanhoidajan koulutuksessa saattohoidon ja palliatiivisen hoidon osuus vaihtelee suuresti. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 11-15-16.)

Vuoden 2018 alusta toimeenpantu uusi suositus velvoittaa perustasolla, että henkilökunnalle järjestetään täydennyskoulutusta saattohoitoon ja palliatiiviseen hoitoon liittyen. Yksiköiden on

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

määrä kehittää saattohoitoa ja henkilökunnan tulisi omata hyvät vuorovaikutustaidot sekä hallita yleisimpien oireiden hoitaminen ja yleisimmät lääkkeiden antoreitit. Myös lääkkeettömät menetelmät ja psykososiaalisen tuen tärkeys niin potilaille kuin omaisille tulisi huomioida, ja oireita arvioida säännöllisesti. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 29.)

Sairaanhoitopiirien tehtävänä on oman alueensa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteutumisen suunnittelu osana terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa. Sairaanhoitopiirien laatimista suunnitelmista tulee käydä ilmi esimerkiksi palveluketjut, konsultaatiokäytännöt, palveluohjauksen järjestäminen sekä henkilöstön kouluttaminen. Suunnitelmaa kuuluu päivittää, ja varmistaa, että suunnitelman sisäiset asiat toteutuvat ja käytännöt ovat yhdenmukaiset eri puolilla maakuntaa. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 17.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin laatimasta saattohoidon suunnitelmasta käy ilmi, että olemassa olevat saattohoidon suositukset ja hyvät käytänteet sekä lait ovat huomioitu. Saattohoidon toteutumisen ongelmakohtia ja alueeseemme liittyviä erityispiirteitä on suunnitelmassa pohdittu, ja pyritty ratkaisemaan. Esimerkiksi alueellamme pitkien välimatkojen takia on nousut esiin joitain ongelmia. Pienillä paikkakunnilla on pyritty ratkaisemaan esimerkiksi nesteytykseen liittyviä ongelmia niin, että ensihoito voi tarvittaessa tulla avaamaan suoniyhteiden potilaan nesteyttämistä varten esimerkiksi kotihoidon potilaalle silloin kun muuta ammattihenkilöstöä ei ole saatavilla. Kotihoidossa olevat saattohoitopotilaat on lupa siirtää terveyskeskuksen vuodeosastolle ilman päivystyskäyntiä tarpeen vaatiessa. Saattohoidon ensisijainen toteuttaja on kuitenkin perusterveydenhuolto, ja erikoissairaanhoitoa käytetään tarvittaessa. Kotisaattohoidon mahdollisuuksia pyritään alueellamme parantamaan. (Pohjois-Karjalan Sairaanhoito- ja Sosiaali-palvelujen Kunta-yhtymä 2014, 8-11.)

Vuositasolla tulisi arvioida palveluiden tarjontaa suhteessa väestöön, konsultaatiotuen kattavuutta, henkilöstön määrää ja tavoitettavuutta, sekä heidän koulutustaan. Seurannan tulee olla yhtenevää, systemaattista ja säännöllistä, jotta valtakunnallinen vertailu mahdollistuu. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, 24.)

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle**6 Lakiperustaa saattohoitotyölle**

Saattohoitoon keskeisesti liittyvät kansainväliset sopimukset ovat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus ja Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus. Tärkeimpiä normeja kansallisella tasolla ovat puolestaan Suomen perustuslain perusoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, sekä erityissairaanhoidolaki ja kansanterveyslaki. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 14§ mukaisesti kunnalla on velvollisuus toteuttaa iäkkään ihmisen pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa niin, että palvelut on räätälöitävä sisällöltään ja määrältään vastaamaan henkilön sen hetkistä palveluntarvetta. Sosiaali- ja terveystalvvelut on järjestettävä niin, että ne tukevat arvokasta elämää, ja että ikääntynyt voi kokea elämänsä turvalliseksi, arvokkaaksi, sekä merkitykselliseksi.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on laaja, hoidon järjestämiseen ja sen eri osa-alueisiin liittyvä kokonaisuus. 3§ tuodaan ilmi, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon, ja hoito on järjestettävä siten, että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan, eikä hänen ihmisarvoaan loukata. Äidinkieli, yksilölliset tarpeet sekä kulttuuri on otettava huomioon potilaan hoidossa ja hänen kohtelussaan mahdollisuuksien mukaan.

Terveydenhuoltolaki 36§ määrittää, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee tarjota asiantuntevaa tukea kunnille järjestämällä koulutusta ja kokoamalla tietoja, sekä jakamalla sairauksien ja ongelmien ehkäisyyn tarkoitettuja toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä, jotka ovat näyttöön perustuvia.

Terveydenhuoltolaki 5§ velvoittaa kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän huolehti-maan terveydenhuollon ammattilaisten osallistumisesta terveydenhuollon täydennyskoulutuksiin riittävällä tasolla. Täydennyskoulutuksien sisällössä täytyy ottaa huomioon henkilökunnan peruskoulutus sekä työtehtävien vaativuus ja sisältö.

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

Lähteet

- Apteekkipalvelu.fi. 2018. a. Osmoottiset laksatiivit. http://www.apteekkipalvelu.fi/epages/20012012-998772.sf/fi_FI/?ObjectPath=/Shops/20012012-998772/Categories/Vatsavaivoihin/Ummetus/Osmoottiset_aineet. 14.3.2018.
- Apteekkipalvelu.fi. 2018. b. Suolta stimuloivat ulostuslääkkeet. http://www.apteekkipalvelu.fi/epages/20012012-998772.sf/fi_FI/?ObjectPath=/Shops/20012012-998772/Categories/Vatsavaivoihin/Ummetus/Suolta_stimuloivat_aineet. 14.3.2018.
- Apteekkipalvelu.fi. 2018. c. Lääkekuidut. http://www.apteekkipalvelu.fi/epages/20012012-998772.sf/fi_FI/?ObjectPath=/Shops/20012012-998772/Categories/Vatsavaivoihin/Ummetus/Laeaekekuidut. 14.3.2018.
- ETENE. 2004. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>. 23.2.2018.
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. <http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>. 23.2.2018.
- ETENE. 2018. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta ETENE. <http://etene.fi/etusivu>. 23.2.2018.
- Halila, R. & Mustajoki, P. Lääkärikirja Duodecim. 2016. Hoitotahto – käytännön ohjeita. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809. 15.2.2018.
- Joanna Briggs Institute. 2011. Palliatiivinen lähestymistapa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen hoidossa. Best Practice 15 (5). http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2011-5_0.pdf. 20.2.2018.
- Korhonen, T. & Poukka, P. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013;129(4):440-5. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>. 15.2.2018.
- Käypä hoito. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. 2017. Käypä hoito. <http://kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>. 20.2.2018.
- Käypä hoito. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#NaN>. 14.3.2018.
- Käypä hoito. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. 2017. Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50113#NaN>. 18.3.2018.
- Käypä hoito. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim. 2014. Keuhkohtaumatauti. Käypä hoito -suositus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi06040#NaN>. 18.3.2018.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouden palveluista 980/2012.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Saattohoitokoulutuksen materiaalit Kesälahti-talon hoitohenkilökunnalle

- Lääketieteen termit. Duodecim. 2007. Duodecimin selittävä suursanakirja. 5.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Mehiläinen. 2018. Kallonsisäisten kasvainten oireet, tutkiminen ja hoito. <http://www.sairaalo-neo.fi/palvelut/neurologiset-oireet-ja-sairaudet/neurologiset-sairaudet/kallonsisaiset-kasvaimet/>. 13.3.2018.
- Pharmaca Fennica. 2011. IV. Tuoteselosteet P-Ö. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.
- Pharmaca Fennica. 2013. I. Valmisteet terapeuttisten pää- ja alaryhmien mukaan. Tiivistetyt tuoteselosteet. Asiantuntija artikkelit ja viranomaisohjeet. Tiedot erityisluvallisista valmisteista. Yritysten yhteystiedot ja niiden markkinoimat valmisteet. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.
- Pohjois-Karjalan Sairaanhoido- ja Sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2014. Saattohoitosuunnitelma Pohjois-Karjalan maakunnassa. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/620422/Saattohoitosuunnitelma+versio+1+-+3.2.2014.pdf/80ae79d7-92da-4f24-a51f-2dde1d52ecbc>. 20.2.2018.
- Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 20.2.2018.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2010/6. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuosituksien. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 20.2.2018.
- Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys ry. 2018. Mitä on palliativinen hoito? https://www.sphy.fi/mita_on_palliativinen_hoito/. 15.2.2018.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Hoitotahto. <https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/lomakkeet/hoitotahto>. 18.3.2018
- Valvira. 2017. a. Saattohoito. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito. 15.2.2018.
- Valvira. 2017. b. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta. 20.1.2018.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIAOTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Anu Hukka, Kesälahtitalo Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) 040 105 0741, anu.hukka@siunsote.fi	
	Työn aihe Saattohoitokoulutus Kesälahtitalon hoitohenkilökunnalle	
Tekijä	Nimi Mia Hartikainen	Opiskelijanumero 1600219
	Katuosoite Kesälähdentie 12	Postinumero 59800
	Puhelin 050 309 4021	Postitoimipaikka Kesälahti
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidajakoulutus	Sähköpostiosoite mia.hartikainen@edu.karelia.fi
Karelia-amk	Yhteyshenkilön nimi (Ohjaaja) Heli Koponen ja Raija Tanskanen	Ryhmätunnus STHAK16
	Toimipaikka ja osoite Karelia-Ammattikorkeakoulu, Tikkarinne 9.	Tehtävänimike
	Puhelin	Sähköpostiosoite heli.koponen@karelia.fi raija.tanskanen@karelia.fi
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omissa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassaan. Sopijaosapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtaan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Siun Sote Kesälahtitalo 19.3.2018	Anu Hukka
Tekijä	Kesälahti 4.3.2018	Mia Hartikainen
Karelia-amk	Jouko 21.3.2018 Heli Koponen	Raija Tanskanen

