



SAATTOHOITO KOTONA JA LAITOKSESSA
Saattohoito-opas hoitajille

Opinnäytetyö

Heli Manninen
Riikka Vallasvuo

Hoitotyön koulutusohjelma

Hyväksytty __. __. ____ _____

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto	
Työn tekijä(t): Heli Manninen ja Riikka Vallasvuo	
Työn nimi: Saattohoito kotona ja laitoksessa - Saattohoito-opas hoitajille	
Päiväys: 1.3.2010	Sivumäärä / liitteet: 85/5
Ohjaajat: Lehtori Riitta-Liisa Venäläinen	
Työyksikkö / projekti: Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry	
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Saattohoito tarkoittaa kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa sekä tukemista. Saattohoitopotilaalla on parantumaton sairaus, johon ei enää ole parantavaa hoitoa tarjolla, ja hänen arvioitu elinikänsä on lyhyt. Saattohoitoon kuuluu mahdollisimman hyvä oireiden hoito sekä perushoito. Perushoito tarkoittaa, että huolehditaan potilaan puhtaudesta, henkilökohtaisesta hygieniasta sekä ravitsemuksesta. Potilaan toiveiden huomioiminen, valmistaminen lähestyvään kuolemaan ja potilaan sekä hänen omaistensa tukeminen ovat tärkeitä.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuudessa on kuvattu saattohoidon keskeiset käsitteet ja esitetty tietoa saattohoitopotilaan oireista ja niiden hoidosta, psyykkisestä ja hengellisestä tukemisesta, hoitajan jaksamisesta sekä monikulttuurisuuden huomioinnista.</p> <p>Opinnäytetyö tehtiin osana Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen Silta-projektia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä opas saattohoidon parissa, niin kotona kuin laitoksessa, Pohjois-Savon alueella työskenteleville hoitajille. Tavoitteena oli luoda opas, joka toimisi työvälineenä saattohoidossa. Oppaan tarkoituksena on antaa hoitajille yhtenäiset, selkeät ja riittävät ohjeet saattohoitopotilaan hyvään hoitoon. Pohjois-Savon alueella ei ole aikaisemmin ollut käytössä yhtenäisiä ohjeita.</p>	
Avainsanat: (1-5) saattohoito, palliatiivinen hoito, kuoleva potilas, opas	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/>	Salainen <input type="checkbox"/>

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme: Degree Programme in Nursing	
Option: Registered Nurse	
Authors: Heli Manninen ja Riikka Vallasvuo	
Title of Thesis: Hospice care in home and facilities -A guide book of hospice care for nurses	
Date: 1.3.2010	Pages / appendices: 85/5
Supervisor: Senior lecturer Riitta-Liisa Venäläinen	
Contact persons: Cancer Society of North Savo	
<p>Hospice care means caring and supporting the dying patient. Hospice care patient has an incurable disease which cannot be cured and patient's estimated lifetime is short. Basic care and as good care of symptoms as possible are parts of hospice care. Basic care means taking care of patients' cleanliness, personal hygiene and nutrition. Considering patient's wishes and preparing patient to accept death and supporting patient and his or her relatives are also very important.</p> <p>Most important concepts of hospice care are explained in the theory part of this thesis. There is also information about hospice care patient's symptoms and care of symptoms and mental and spiritual supporting. Also multicultural consideration and hospice care nurses' own strength and well-being are explained.</p> <p>This thesis was made to be part of Cancer Society of North Savo's Silta-project. The purpose of the thesis was to make a guide book for nurses who work with hospice care patients in home or in facilities in North Savo. Our goal was that hospice care nurses can use this guide book as a tool in their work. The meaning of the guide book is to give standard and sufficient guides for good hospice care. There were no standard guidelines in use before in North Savo.</p>	
Keywords: (1-5) hospice care, palliative care, dying patient, guide book	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS.....	6
3 SAATTOHOITO	8
3.1 Saattohoidon käsitteitä	8
3.2 Saattohoitopotilaan fyysiset oireet ja oireenmukainen hoito	10
3.2.1 Hengitysteiden oireet ja hoito	10
3.2.2 Ruoansulatuskanavan oireet ja hoito.....	14
3.2.3 Kivunhoito.....	23
3.2.4 Väsymysoireyhtymän hoito	25
3.2.5 Iho-oireiden hoito	26
3.3 Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet ja oireenmukainen hoito	28
3.4 Saattohoitopotilaan ja omaisten psyykinen ja hengellinen tukeminen	30
3.5 Monikulttuurisuus ja hengellisyys kuolevan potilaan hoidossa.....	31
3.6 Hoitajan jaksaminen.....	32
4 PROJEKTI-IDEASTA TUOTOKSEKSI	33
5 SAATTOHOITO-OPPAAN SISÄLLÖN JA ULKOASUN VALINNAN PERUSTELUT SEKÄ OPPAAN ARVIOINTI	37
6 POHDINTA	40
LÄHTEET	42

LIITTEET

Liite 1. Saattohoito-opas hoitajille	45
Liite 2. Kyselylomake saattohoito-oppaan sisällöstä kuntiin.....	79
Liite 3. Oppaan käyttöoikeussopimus	81
Liite 4. Perustietoa eri uskontokuntien ja kulttuurien edustajien hoidosta –taulukko	82
Liite 5. Ohjaussopimus	85

1 JOHDANTO

Saattohoito tarkoittaa kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa sekä tukemista. Saattohoitopotilaalla on parantumaton sairaus, johon ei enää ole parantavaa hoitoa tarjolla ja arvioitu elinikä on lyhyt. Saattohoitoon kuuluu mahdollisimman hyvä oireiden hoito sekä perushoito, potilaan toiveiden huomioiminen ja valmistaminen lähestyvään kuolemaan sekä potilaan ja hänen omaistensa tukeminen. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 20–21.)

Hoitosuhde saattohoitopotilaan ja häntä hoitavan ihmisen välillä voi poiketa paljonkin muista hoitosuhteista (Hänninen & Anttonen 2008, 25–26). Saattohoidossa päämäärä on hyvä kuolema, ei parantuminen. Pohjois-Savon alueella ei ole ollut yhtenäisiä ohjeita saattohoitoon, vaikka tarvetta ohjeille on. Oppaalla halutaan vastata tähän tarpeeseen.

Opinnäytetyömme oli projektiluonteinen ja tuotoksena teimme oppaan (ks. liite 1) saattohoidosta hoitajille Pohjois-Savon kuntiin. Opas on osa Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen Silta-projektia. Opas tulee kirjallisessa muodossa käyttöön Pohjois-Savon kuntiin, ja se myös julkaistaan sähköisessä muodossa Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen internetsivuilla. Oppaan sisältö valittiin tutkitun tiedon ja kunnista saadun palautteen perusteella.

Opinnäytetyötä tehdessä kehitimme ammatillista osaamistamme sairaanhoitajan osaamisvaatimusten mukaisesti. Osaamisvaatimuksista painotimme eettistä toimintaa, kliinistä hoitotyötä ja lääkehoitoa sekä monikulttuurista hoitotyötä. Lisäksi painotimme tutkimus- ja kehittämistyötä tekemällä opinnäytetyön projektina.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Valitsimme aiheen opinnäytetyöllemme koululla järjestetystä info-tilaisuudesta keväällä 2008. Otimme tilaisuuden jälkeen yhteyttä Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen projektityöntekijään ja yhdessä ideoimme meitä kiinnostavan ja myös yhdistyksen Silta-projektiin liittyvän aiheen. Pohjois-Savon kunnissa koettiin ongelmaksi, ettei saattohoitoon ole yhtenäistä ohjeistusta, vaikka tarvetta sellaiselle kunnissa on. Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksellä on meneillään kotisaattohoidon Silta-projekti, ja opinnäytetyömme tuotos, hoitajille tarkoitettu saattohoidon opas, liittyi tähän projektiin.

Silta-projekti on kotisaattohoidon kehittämishanke, jonka tarkoituksena on kehittää parantumattomasti sairaan potilaan hyvää oireenmukaista ja inhimillistä kokonaishoitoa. Hyvään hoitotulokseen päästään kehittämällä moniammatillista osaamista ja tiimityötä. Vapaaehtoisista kohdekuntien hoitotyöntekijöistä on tarkoitus koota tiimejä, jotka kehittävät saattohoitoa omissa kunnissaan. Kuolevan omaisille tarjotaan apua ja tukea esimerkiksi kotihoidon avulla. Hankkeessa on mukana 23 Pohjois-Savon kuntaa. Projekti rahoitetaan puoliksi Ester ja Aarne Rekosen lahjoituksella ja puoliksi Raha-automaattiyhdistyksen projektiavustuksella. (S. Määttä. Henkilökohtainen tiedonanto, sähköpostiviesti 10.9.2008.) Suomessa ei ole tällä hetkellä meneillään muita täysin samanlaisia ja yhtä laajoja kotisaattohoidon projekteja.

Palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon periaate on kehittynyt hospice-liikkeessä, jonka perustaja Dame Cicely Saunders avasi ensimmäisen saattokodin Lontoossa vuonna 1967. Suomessa saattohoitoa on alettu kehittää 1970-luvulta lähtien, jolloin Suomesta tehtiin vierailu St. Christopher`'s Hospiceen Lontooseen. Vierailun seurauksena lääkintöhallitus antoi ohjeet terminaalihoidosta vuonna 1982. Näiden ohjeiden lisäksi maassamme syntyi lukuisia paikallisia saattohoidon projekteja, joissa aloitteentekijänä oli lääkäreitä, sairaanhoitajia, terveyskeskusten osastoja sekä syöpäyhdistykset. (Vainio 2004a, 43–46.) Suomen ensimmäiset saattokodit perustettiin vuonna 1988 Tampereelle ja Helsinkiin (Hänninen 2004, 311–316).

Suomessa saattohoitoa on kehitetty nyt siihen vaiheeseen, että tammikuussa 2008 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen

asettama työryhmä julkaisi Käypä hoito -suositukset Kuolevan potilaan oireiden hoitoon (Käypä Hoito -suositus 2008).

Tavoitteet ja ammatillinen osaaminen

Opinnäytetyöprosessin päätavoitteena oli tehdä opas saattohoidon parissa, niin kotona kuin laitoksessa työskenteleville hoitajille. Tavoitteena on, että opas toimii työvälineenä saattohoidossa. Näin hoitajilla on yhtenäiset, selkeät ja riittävät ohjeet saattohoitopotilaan hyvään hoitoon.

Sairaanhoitajan opinnoissa ei ole juuri käsitelty kuolevan potilaan hoitotyötä. Koimme tämän kuitenkin hyvin tärkeäksi osaksi ammatillista osaamistamme. Savonia-ammattikorkeakoululla sairaanhoitajan opetus suunnitelmassa on ammatin osaamisvaatimukset. Opinnäytetyöllämme pyrimme vastaamaan näihin osaamisvaatimuksiin. Opinnäytetyötä tehdessä kehitimme itseämme ammatillisesti. Jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään ja kunnioittavaan hoitoon, myös saattohoitoon. Tämä kuuluu eettiseen osaamiseen. Seuraavat asiat kuuluvat terveyden edistämisen osaamisalueeseen: Saattohoidossa tuemme potilasta ja hänen läheisiään sekä autamme ylläpitämään potilaan olemassa olevaa toimintakykyä. Kuntouttavan hoitotyön keinoin annamme potilaan itse tehdä asioita, joita hän jaksaa ja joista hän nauttii, ja tuemme tarvittaessa. Hoitotyössä päätöksentekokykyä tarvitaan, kun teemme, toteutamme ja arvioimme hoitotyön suunnitelmaa yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Lääkehoidon osaaminen ilmenee perehtymisenä lääkkeisiin ja niiden vaikutuksiin, turvallisena lääkehoitona sekä hyvänä kivun hoitona. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä osoitimme käyttämällä opinnäytetyössämme lähteenä Käypä Hoito -suosituksia sekä alan tutkimuksia. Tuotoksemme on opas hyvästä saattohoidosta hoitoalan henkilöstölle, mutta mietimme myös työtä tehdessämme potilaan ja omaisten ohjausta. Näin huomioimme myös opetuksen ja ohjauksen kriteereitä.

Opinnäytetyön tekemisessä harjaannutimme yhteistyötaitoja eri tahojen kanssa. Konsultoimme alan ammattilaisia, jotka työskentelevät saattohoidon parissa. Tutkimus- ja kehittämistyötä sekä johtamista osoitimme valitsemalla aiheeksi saattohoidon, josta ei ole tuotettu yhtenäisiä ohjeita tälle alueelle. Kulttuurit on huomioitava myös saattohoidossa. Eri kulttuureissa ja uskonnoissa on erilaisia tapoja, uskomuksia ja käytäntöjä kuolevan potilaan hoidossa. Haluamme työllämme edistää ja kehittää kokonaisvaltaista kliinistä hoitotyötä kuolevan potilaan hoidossa.

Hankkeen kohderyhmä

Kohderyhmänä olivat Pohjois-Savon 23 kuntaa ja siellä saattohoidon parissa työskentelevät hoitajat. Hoitajia on monen ikäisiä ja heillä on erilaiset koulutustaustat. Taustaltaan he ovat niin sairaanhoitajia kuin perus- ja lähihoitajia. Työpaikkana voi olla kotihoito tai sairaala.

Hankkeen merkitys

Hoitajat eri puolilla Pohjois-Savo olivat viestittäneet Silta-projektin vetäjälle, että saattohoidosta ei ole materiaalia työpaikoilla, varsinkaan yhtenäisiä ohjeita. Esimerkiksi saattohoitoon liittyvät käsitteet eivät olleet selviä. Laadukkaan saattohoidon toteuttamiseen tarvitaan hyvää tietoperustaa sekä selkeitä ohjeita. Oppaamme on yleiskatsaus saattohoitoon ja antaa hoitajille perustietoa saattohoidosta. Potilaat saavat hyvää ja laadukasta saattohoitoa hoitajilta, jotka ovat perehtyneet saattohoitoon.

3 SAATTOHOITO

Saattohoitoon liittyvät käsitteet ovat muuttuneet ajan myötä. Vainion (2004b, 19) mukaan 1980-luvulla kuolevan potilaan hoitoa kutsuttiin terminaalihoitoksi. Terminaalihoito käsitti oireenmukaisen perushoidon sekä läheisten tukemisen. Tänä päivänä kuolevan potilaan hoitoa nimitetään saattohoidoksi.

3.1 Saattohoidon käsitteitä

Palliativinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista oireenmukaista hoitoa. Keskeistä palliativisessa hoidossa on potilaan kärsimysten lievittäminen sekä paneutuminen potilaan psyykkisiin, sosiaalisiin sekä hengellisiin tarpeisiin. Palliativiseen hoitoon kuuluu oireiden lievityksen lisäksi potilaan ja hänen omaistensa tukeminen kuoleman lähestyessä. Kun aktiivisista ja parantavista hoidoista luovutaan, siirrytään palliativiseen hoitoon ennen saattohoitoa. Ajallisesti pal-

liatiivinen hoito voi kestää vuosiakin, joten se ei ole niin kuoleman ajatukseen sidottu kuin saattohoito. (Heikkinen ym. 2004, 17–18.)

Hoitoneuvottelut ovat sarja keskusteluja, joissa potilas, hänen omaisensa, hoitava lääkäri sekä omahoitaja ja mahdolliset muut hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt (esimerkiksi fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä) keskustelevat potilaan hoidon linjauksista. Hoitoneuvotteluilla varmistetaan, että potilas ja omaiset saavat tietoa tilanteesta sekä sairauden kulusta. He saavat tilaisuuden keskustella mieltä askarruttavista asioista. Hoitoneuvottelussa luodaan luottamusta potilaan ja häntä hoitavien ammattihenkilöiden välille. (Grönlund & Leino 2008, 37–41.)

Saattohoitopäätös tarkoittaa, että potilaan vakava sairaus on edennyt siihen pisteeseen, että kuolema on lähellä. Saattohoitopäätöksen tekee hoitava lääkäri käytyään hoitoneuvotteluita potilaan kanssa ja päätös tehdään yhteisymmärryksessä. Päätös saattohoidosta kirjataan potilaan tietoihin selkeästi, jotta kaikki potilasta hoitavat tietävät tehdystä päätöksestä. Saattohoitopäätös on tärkeä tehdä, jotta vakavasti sairaan potilaan tilanne selkiytyy ja potilaalle ja omaisille tarjoutuu mahdollisuus valmistautua kuolemaan. (Tanskanen 2004, 23–26.)

Saattohoito tarkoittaa kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa sekä tukemista. Saattohoitopotilaalla on parantumaton sairaus, johon ei enää ole parantavaa hoitoa tarjolla sekä arvioitu elinikä on lyhyt. Sana saattohoito mielletään usein koskemaan vain syöpää sairastavia potilaita. Todellisuudessa saattohoitoa annetaan kaikille pitkäaikaissairaille, joilla on kuolemaan johtava sairaus, esimerkiksi keuhkohtaumatautipotilaille sekä sydänsairauksia sairastaville heidän elämänsä loppuvaiheessa. Hoidon tavoitteena on niin sanotusti potilaan saattaminen viimeiselle matkalleen. Saattohoitoon kuuluu mahdollisimman hyvä oireiden hoito sekä perushoito, potilaan toiveiden huomioiminen sekä valmistaminen lähestyvään kuolemaan ja potilaan ja hänen omaistensa tukeminen. Saattohoitoa toteutetaan parhaiten moniammatillisessa työryhmässä. Saattohoidon englanninkielinen vastine on joko ”hospice care” tai ”terminal care”. (Heikkinen ym. 2004, 20–21.)

Terminaalihoidoksi kutsutaan yleensä välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa (ETENE 2003). Saattohoito ja terminaalihoido ovat nykyään puhekielessä toistensa synonyymejä (Vainio 2004b, 16–19).

Tässä työssä käytämme käsitettä *kuoleva potilas*. Tällä tarkoitamme potilasta, jolle ei enää voida antaa parantavaa hoitoa, ja jonka ennustettavissa oleva elinikä on lyhyt.

Puhumme opinnäytetyössä *oppaasta*, jolla tarkoitamme kirjallista opaslehteä, josta hoitajat saavat perustiedot saattohoidosta.

3.2 Saattohoitopotilaan fyysiset oireet ja oireenmukainen hoito

Saattohoitopotilaan fyysiset oireet ovat moninaisia, mutta niitä on mahdollista seurata sekä hoitaa ja lievittää monin keinoin. Käypä Hoito -suosituksessa (2008) on esitelty saattohoitopotilaiden yleisimmät oireet ja niiden hoitokeinot. Käypä Hoito -suosituksen (2008) pohjalta valitsimme, mitä oireita käsittelemme oppaassa. Lisäksi otimme mukaan oireita, joita saattohoitopotilaita hoitavat meille palautteissaan ehdottivat. Oireet ja niiden hoito on kuvattu siten, että niitä voi soveltaa niin kotona kuin laitoksessa. Jokaisen oireen kohdalla on esitelty lääkkeellisiä sekä lääkkeettömiä hoitokeinoja.

3.2.1 Hengitysteiden oireet ja hoito

Hikka

Hikalla tarkoitetaan pallean äkillistä ja tahdosta riippumatonta supistumista, johon liittyy kurkunkannen sulkeutuminen. Saattohoitopotilailla hikkaa voivat aiheuttaa palleahermon ärsytys esimerkiksi kasvainmassan aiheuttaman paineen tai askitekseen aiheuttaman vatsan venyttymisen vuoksi. Uremia eli virtsamyrkytys, hypokalemia eli veren kaliumniukkuus, hyponatremia eli veren natriumniukkuus, infektiot sekä keskushermostoperäiset syyt voivat olla hikan aiheuttajina. Myös eräät lääkeaineet, kuten kortikosteroidi, voivat aiheuttaa hikkaa. Hikka voi olla ohimenevä, jolloin siihen ei tarvita hoitoa, mutta pitkittyessään se voi huomattavasti heikentää potilaan elämänlaatua. (Hänninen 2003, 175–176; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Hikan hoitoon ei ole olemassa yhtä pätevää lääkettä, mutta eniten näyttöä hikan hoidossa on baklofeenilla, klooripromatsiinilla ja metoklopramidilla (Käypä hoito -suositus 2008). Hännisen (2003, 176) mukaan midatsolaamilla on myös hikkaa lieventävä vaikutus, joka johtuu todennäköisesti potilaan sedaation eli tajunnantason asteesta. On syytä

pohtia, onko saattohoitopotilaan sedaatiolla potilaan kannalta myönteinen vai kielteinen vaikutus. Lääkkeettömiä hoitokeinoja ei myös pidä unohtaa, kuten paperipussiin hengittämistä, hengityksen pidättämistä tai veden juomista.

Yskä

Yskä on elimistön fysiologinen heijaste, jonka tarkoituksena on irrottaa ja poistaa hengitysteitä ärsyttävää materiaalia, kuten limaa (Hänninen 2003, 143). Yskää aiheuttavat lisääntynyt limaneritys, heikentynyt liman kuljetus, vatsansisällön nouseminen ruokatorvea pitkin ylöspäin varsinkin yöaikaan sekä nielemisvaikeudet. Astma ja muut hengityselinsairaudet, infektiot ja keuhkoödeema eli nesteinen turvotus keuhkoissa voivat aiheuttaa yhtenä oireena yskää. Yskä voi olla hyvin häiritsevä oire potilaalle. (Hänninen 2003, 143; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Hännisen (2003, 145) mukaan paras keino yskän hillintään ovat kipulääkkeinä käytetyt opioidit. Myös Käypä Hoito -suositus (2008) on samaa mieltä. Antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet hillitsevät myös yskää vähentämällä limaneritystä. Liman irrotukseen voidaan käyttää keittosuolaliuosta, joka inhaloidaan suoraan hengitysteihin. Kodeiinia sisältävät yskänlääkkeet voivat myös auttaa, mutta muunlaiset yskänlääkkeet ovat usein tehottomia. (Hänninen 2003, 143–145; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Tupakoivan potilaan tahtoa tulee kuunnella harkittaessa, onko tupakoinnin lopettaminen enää merkityksellistä kuolevan potilaan hoidossa vai lisäksi tupakoinnin lopettaminen kärsimystä. Tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa nikotiinin vieroitusoireita, joita voidaan helpottaa nikotiinin korvaustuotteilla. (Hänninen 2003, 143.)

Keuhkosairauksiin käytettävät hengitettävät kortikosteroidit voivat lisätä yskää, joten on syytä miettiä suun kautta otettavaa lääkitystä, mikäli se on mahdollista. Glykopyrrolaatti sekä skopolamiini laastarina vähentävät syljen ja liman eritystä ja näin ollen yskää. Näihin lääkeaineisiin liittyy haittavaikutuksia, joten lääkkeen aloitus on lääkärin harkinnassa. (Hänninen 2003, 145.) Niskasen (2008) mukaan kuivan huoneilman kostutus on myös helpottava tekijä sekä lääkkeetön hoitomuoto. Runsaassa limanerityksessä voidaan tarvittaessa käyttää imua ja imeä ylimääräinen lima pois hengitysteistä sekä auttaa potilas kylkiasentoon.

Veriyskä

Veriyskää saattohoitopotilailla voivat aiheuttaa infektio, keuhkosityöpiä, sekä keuhkoembolia eli keuhkoveritulppa. Veren yskiminen voi olla potilaalle ja hänen omaisilleen hyvin pelottava oire. Potilas voi säikähtää runsasta verenvuotoa keuhkoista ja pelätä tukehtuvansa. Usein verta ei tule runsaasti yskösten mukana ja veriyskää pidetään henkeä uhkaavana vasta, kun vuotavan veren määrä ylittää 200 ml. Yskösten mukana tuleva veri voi olla peräisin keuhkoista, mutta myös muualta nielun alueelta. (Hänninen 2003, 145–146.)

Satunnaisia ja määrältään vähäisiä veriysköksiä ei tarvitse hoitaa. Tärkeintä on potilaan ja omaisten rauhoittelu sekä tukeminen sairauden edetessä. Mikäli vuoto on jatkuvaa ja potilasta häiritsevää, on siihen puututtava. Infektio keuhkoissa tulee hoitaa ja keuhkosityöpiäpotilaalle voidaan harkita sädehoitoa helpottamaan oiretta. Traneksaamihappo suun kautta auttaa myös veriysköksiin. Mikäli vuoto tulee suoraan valtimosta tai laskimosta, lääkityksestä ei ole hyötyä. Tällaisessa tilanteessa potilaan hyvinvoinnin kannalta ajankohtaiseksi voi tulla potilaan sedatointi eli tajunnantason alentaminen opioideilla tai bentsodiatsepiineillä. (Hänninen 2003, 145–146.)

Hengenahdistus

Tutkimusten mukaan eriasteista hengenahdistusta esiintyy laajasti saattohoitopotilailla. Potilaat kokevat hengenahdistuksen yksilöllisesti, joten keuhkojen toimintaa kuvaavilla tutkimuksilla ei välttämättä saada oikeaa kuvaa hengenahdistuksen haittaavuudesta. Hengenahdistusta voivat aiheuttaa monet sairaudet sekä oireet. Seuraavassa on koottu luettelo yleisimmistä aiheuttajista:

- Erilaiset kasvaimet hengitysteiden eri osissa
- Keuhkopussiin kerääntyvä neste ja atelektaasin muodostuminen
- Yläonttolaskimon ahtauma
- Askites eli nesteen kertyminen vatsaonteloon
- Sädehoidon aiheuttamat muutokset hengitysteissä sekä tulehdukset
- Anemia
- Keuhkoveritulppa
- Keuhkokuume
- Erilaiset keuhkojen sairaudet, kuten astma, keuhkoahtaumatauti ja krooninen keuhkoputken tulehdus

- Sydämen vajaatoiminta
- Hengityslihasten heikkoutta aiheuttavat sairaudet, kuten ALS sekä MS
- Psyykkiset tekijät.

(Hänninen 2003, 132–134; Hänninen 2008, 31–32 Käypä Hoito -suositus 2008.)

Varsinainen kudoksien hapenpuute eli hypoksia ei itsessään aiheuta potilaalle hengenahdistusta, vaan on seurausta siitä. Potilaan kokema hengenahdistus tulee ottaa huomioon, hänen oirekuvaustaan kuunnella sekä lievittää hengenahdistusta oireenmukaisesti. (Hänninen 2003, 133; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Hengenahdistuksen johtuessa nesteestä keuhkopussissa nopein helpotus potilaalle on nesteen poisto kertapunktiolla tai dreenillä. Sädehoidosta voi olla apua keuhkosyöpää sairastavan potilaan hengenahdistukseen. Hännisen (2003, 140), Käypä Hoito -suosituksen (2008) sekä lukuisten aiempien tutkimusten mukaan opioidit ovat hyviä lievittämään hengenahdistusta vaikuttamalla aivoissa lamaavasti hengityskeskukseen, jolloin potilaan sietokyky hiilidioksidille kasvaa. Opioidien vaikutuksen vuoksi potilaan kokema haitallinen hengenahdistus lievittyy ja elämänlaatu paranee. Saattohoitopotilaan hengityksen hoidossa tärkeintä on oireettomuus, vaivattomuus ja kivuttomuus, ei niinkään hengenahdistuksen syyn poistaminen. Opioidien aloitus ja käyttö ovat lääkärin harkinnassa ja päätettävissä ja opioidit soveltuvat myös kotihoidossa olevalle potilaalle. (Hänninen 2003, 140–142; Hänninen 2008, 31–32; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Tavallinen tapa helpottaa hengenahdistusta on lisähapen anto. Lisähapen hyötyä hengenahdistuksen hoidossa on tutkittu paljon, ja tulokset ovat hyvin ristiriitaisia. Käypä Hoito -suosituksessa (2008) todetaan, että happihoito on tärkeää varsinkin hypoksiaan johtavassa hengenahdistustilanteessa. Tavallisen huoneilman antaminen happiviiksillä saattaa lievittää lepoahdistusta, jolloin vaikutus on psykologinen. Lisähapen anto on siis edelleen tutkimusten valossa hyvä asia, mutta myös muilla tavoilla voidaan hengenahdistusta helpottaa. Jokaisen potilaan kohdalla tulee miettiä, onko lisähapen antamisesta hyötyä potilaalle vai voiko se jopa pahentaa potilaan tilaa. Esimerkiksi hyperventiloivalle potilaalle lisähapen antaminen pahentaa tilannetta. (Hänninen 2003, 139–140; Hänninen 2008, 32; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Saattohoitopotilaan kokema hengenahdistus voi olla monisyinen ja monitahoinen, jolloin yksittäiset apukeinot eivät välttämättä auta. Niskasen (2008) mukaan jokaisen poti-

laan kohdalla tulee muistaa myös asentohoito sekä huoneilman tuuletuksesta ja kostu-
tuksesta huolehtiminen. Pelkkä läsnäolo usein auttaa ja rauhoittaa potilasta. On muistet-
tava myös lievittää omaisten hätää kertomalla, että hengenahdistus on osa sairautta.

Kuolemaan liittyvä limarohina

Muutamia päiviä tai tunteja ennen kuolemaa saattaa potilaalle muodostua runsaasti li-
maa ja sylkeä, jota hän ei enää kykene yskimään pois tai nielemään. Liman tai syljen
rohistessa hengityksen aikana syntyy joskus kovakin ääni, jota kutsutaan ”death rattlek-
si”. Omaisia ääni saattaa pelottaa ja ahdistaa, jolloin hoitohenkilökunnan tuki ja tieto
äänen kuulumisesta asiaan tulevat tarpeeseen. Kuolemaan liittyvä limarohina voi johtua
kahdesta eri syystä:

- heikentyneen nielemisrefleksin takia sylki kertyy nieluun tai
- heikentyneen yskimisrefleksin takia hengitysteihin ja nieluun kertyy limaa.

(Hänninen 2003, 146–147.)

Tässä vaiheessa potilas on usein jo tajuton tai tokkurainen, joten liman ja syljen kerty-
minen eivät haittaa potilasta eikä hengittämistä. Näkyvää limaa ja sylkeä voi imeä pois
suusta ja nielusta. Alempaa hengitysteistä sitä voi olla vaikeaa imeä ja se on usein tar-
peetonta. Lääkehoidolla voidaan syljen eritystä hillitä. Skopolamiinilaastareita voi käyt-
tää, mutta niitä tarvitaan useita kerrallaan, jotta syljeneritys vähenee riittävästi. Liman
aiheuttamaan rohinaan skopolamiini ei auta. Glykopyrrolaatti on antikolinergisesti vai-
kuttava lääkeaine, joka hillitsee myös syljen eritystä. Tällä lääkeaineella voidaan saada
vaikutusta myös liman aiheuttamaan rohinaan. Tärkeää on antaa tietoa omaisille ja tu-
kea heitä potilaan kuoleman lähestyessä. (Hänninen 2003, 146–147.)

3.2.2 Ruoansulatuskanavan oireet ja hoito

Suun oireet

Suun kuivuminen johtuu usein syljenerityksen vähenemisestä (Käypä Hoito -suositus
2008). Potilaan makuaisti saattaa muuttua, jolloin entiset mieliruoat sekä mausteiset
ruoat eivät maistu. Potilas suosii sosemaisempia ruokia. Limakalvojen sienitulehdukset
myös aiheuttavat epämiellyttäviä tunteita suussa. (Hänninen 2003, 168–169.) Suun kui-
vuminen sekä erilaiset kivut suussa ovat yleisimmät saattohoitopotilaan suun oireet
(Hänninen 2003, 171; Korhonen 2005, 217). Suun kuivumisen aiheuttajina ja näin ollen

kivun aiheuttajina voivat olla esimerkiksi lääkeaineet, suun kautta hengittäminen ja kostuttamaton happi tai yleinen kuivumistila eli dehydraatio (Hänninen 2003, 171).

Suun hyvästä hygieniasta tulee huolehtia aina kuolemaan saakka, jotta suun oireet eivät aiheuttaisi lisää kärsimystä. Hampaat ja suu tulee hoitaa kahdesti päivässä, kuten terveilläkin ihmisillä. Suuta voi kostuttaa siihen soveltuvilla valmisteilla ja syljen eritystä lisätä esimerkiksi sokerittomalla purukumilla tai imeskelytableteilla. (Niskanen 2008.) Suuhun laitettavat kostutusvalmisteet tulee aina huuhdella pois ennen seuraavaa laittoa, sillä monet kostutusvalmisteet jättävät kalvon limakalvojen pinnalle, jolloin voi aiheutua lisää suun ongelmia. Jos potilas on sekava tai hänen tajuntansa on alentunut, hänelle ei anneta mitään suuhun. Potilaan lääkitys on hyvä selvittää ja lopettaa mahdollisuuksien mukaan suun kuivumista aiheuttavat lääkkeet. Niskasen (2008) mukaan suussa olevaa tulehdusta tulee hoitaa aktiivisesti. Huoneilmaa voidaan kostuttaa. Suuta voidaan huuhtoa laimealla keittosuolaliuoksella. Huulet tulee rasvata säännöllisesti.

Nielemisvaikeudet

Nielemisvaikeuksilla tarkoitetaan vaikeutta saada ruokaa kuljetettua suusta ruokatorveen ja sieltä vatsalaukkuun (Hänninen 2003, 173). Nielemisvaikeuksia liittyy esimerkiksi neurologisiin sairauksiin, kaulan ja suun alueen kasvaimiin sekä limakalvovaurioihin (Hänninen 2003, 173; Korhonen 2005, 217; Käypä Hoito -suositus 2008). Yleiskunnon laskiessa saattohoitopotilaalla syljeneritys vähenee tai vastaavasti lisääntyy liikaa, purentaliike heikkenee ja nielemisrefleksi saattaa heikentyä, jotka kaikki aiheuttavat nielemisvaikeuksia (Hänninen 2003, 173). Nielemisvaikeuksia selvitellessä tulee selvittää seuraavia asioita:

- Aiheuttaako nieleminen kipua?
- Onko potilaalla vaikeuksia niellä ruokaa tai nesteitä?
- Jääkö ruoka pyörimään suuhun?
- Palaako ruoka mahdollisesti nenän kautta takaisin suuhun?

(Hänninen 2003, 173; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Sädehoito tai kurkkuun asennettava stentti voivat helpottaa kasvaimen aiheuttamaa nielemisvaikeutta (Käypä Hoito -suositus 2008). Ruoan tulee olla koostumukseltaan pehmeää ja sakeaa, samoin nesteet on hyvä sakeuttaa siihen soveltuvalla sakeuttamisaineella. Nielemistä voidaan helpottaa auttamalla potilas hyvään ruokailuasentoon. Kun tilan-

ne on niin vaikea, ettei potilas kykene syömään ja juomaan suun kautta, on PEG-letkun (eli perkutaaninen endoskooppinen gastrostomia-letku) laittaminen vatsan ihon läpi suoraan vatsalaukkuun mahdollista riittävän ravinnonsaannin turvaamiseksi. Ruokailu on sosiaalinen ja ihmisiä yhteen tuova tilanne, jonka vaikeutuminen on hankalaa niin potilaalle itselleen kuin omaisille. Hoitohenkilökunnan tulee tukea potilasta sekä omaisia ymmärtämään tilanne sekä hyväksymään ravinnon saannin väheneminen kuoleman lähestyessä. Hyvä yleishoito, liiallisen syljenerityksen vähentäminen antikolinergisilla lääkeaineilla sekä janon tunteen vähentäminen esimerkiksi antamalla jääpaloja imeskeltäväksi helpottavat potilaan oloa. (Käypä Hoito -suositus 2008; Niskanen 2008.)

Dyspepsia

Dyspepsia tarkoittaa ruokailun jälkeen ilmenevää ylävatsakipua ja närästystä. Siihen voi liittyä myös nopeaa vatsan täyttymisen ja turvotuksen tunnetta. Dyspepsian taustalla saattohoitopotilaalla ovat aineenvaihdunnalliset sekä biokemialliset syyt. (Hänninen 2003, 174; Käypä Hoito -suositus 2008.) Dyspepsia voidaan jakaa kolmeen erilaiseen muotoon: mahahaava-, reflukti- tai motiliteettihäiriöiseen muotoon. Mahahaavatyypissä dyspepsiassa pääasiallisin oire on kipu, joka helpottuu ruoan syömisellä. Myös antasidit auttavat. Refluksityypissä tavallista on vatsan turpoaminen, täyteyden tunne ja vatsahappojen nouseminen suuhun. Motiliteettihäiriön oireina ovat pahoinvointi, oksentelu, ruokahaluttomuus, turvotus sekä ruokailun jälkeen ilmenevä epämukavuuden tunne. (Hänninen 2003, 175.)

Metoklopramidi vaikuttaa vatsalaukun ja ohutsuolen sileään lihaksistoon ja se lisää ruokatorven sulkijalihaksen tonusta. Metoklopramidi on myös tehokas lääke pahoinvointiin. Protonipumpun estäjät sekä antasidit helpottavat refluksityyppisiä oireita. Oktreotidilla on vaikutusta vatsan motiliteettiin ja se vähentää vatsan eritystoimintaa. Saattohoitopotilaan lääkityksellä voi olla suuri merkitys vatsan toiminnan hidastumiselle ja dyspepsian ilmaantumiselle. Dyspepsian oireiden hoito lääkkeillä helpottaa potilaan oloa. (Hänninen 2003, 175; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Lääkkeettömiä hoitokeinoja ei sovi unohtaa. Niskasen (2008) mukaan on hyvä välttää pitkällelleen menemistä heti syönnin jälkeen eikä tule syödä rasvaisia tai voimakkaasti maustettuja ruokia. Syödään pieniä määriä kerrallaan. Kahvia, alkoholia ja tupakkaa tulee välttää. Vaatteissa tulee suosia sellaisia vaatteita, jotka eivät kiristä vyötäröltä.

Askites

Askiteksen eli nesteen kertymisen vatsaonteloon yleisin aiheuttaja on maksakirroosi. Myös etäpesäkkeet vatsan ja maksan alueella voivat aiheuttaa askitesta. Askiteksessa vatsan alueen kapillaarisuonten nesteentuotanto lisääntyy ja vastaavasti imusuonten nesteenkuljetus on puutteellista. Oireina ovat vatsan suuri kasvu, täyttymisen tunne, pahoinvointi ja oksentelu, suolen vetovaikeudet sekä hengenahdistus. Askiteksen kertyminen vatsaonteloon viittaa usein huonontuneeseen ennusteeseen. (Hänninen 2003, 180; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Nopea ja tehokas tapa helpottaa potilaan tukalaa oloa on askitesnesteen poistaminen punktoimalla (Hänninen 2003, 181; Käypä Hoito -suositus 2008). Tämä saattaa auttaa vain hetkellisesti, sillä askitesnestettä kertyy yleensä takaisin varsin pian punktion jälkeen. Suola- ja nesterajoitukset hidastavat askitesnesteen kertymistä. (Hänninen 2003, 181.) Lääkehoitona voidaan käyttää furosemidia nesteenpoistumisen alulle saamiseksi. Spironolaktoni on ensisijainen lääkeaine nesteenpoistoon. (Käypä Hoito -suositus 2008.) Lääkehoidon vaikutus voi olla vain väliaikainen tai lääkkeet eivät vaikuta ollenkaan nestelastiin vatsassa. Lääkkeiden haittavaikutuksina voi ilmetä suun kuivumista sekä hypotoniaa tai jopa hypovolemiaa. Hoito on siis oireenmukaista eikä hoito vaikuta potilaan ennusteeseen, ainoastaan potilaan oloa voidaan helpottaa. (Hänninen 2003, 181.)

Pahoinvointi

Pahoinvoinnin taustalla voi olla monia eri syitä, kuten sairauksia ja niiden hoidossa käytettäviä lääkkeitä. Pahoinvointiin voi liittyä oksentelua, mutta yleisempää on pelkkä pahoinvoinnin tunne. Hännisen (2003, 158; 2008, 30) ja Käypä Hoito -suosituksen (2008) mukaan pahoinvointi on yksi yleisimmistä ja haittaavimmista oireista saattohoitopotilailla. Seuraavassa luettelossa on lueteltu mahdollisia pahoinvoinnin aiheuttajia:

- Infektio
- Kohonnut kallonsisäinen paine
- Vatsan ärsytystila tai haavauma
- Ummetus
- Hyperkalsemia eli kohonnut veren kalsiumtaso
- Askites

- Yskä ja runsas limaneritys
- Vaikea kipu
- Ahdistuneisuus.

(Hänninen 2003, 158–159; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Seuraavat lääkeaineet voivat aiheuttaa pahoinvointia:

- Opioidit
- Antikolinergiset lääkeaineet
- Tulehduskipulääkkeet
- Solunsalpaaja- tai sädehoito.

(Hänninen 2003; 158–159; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Infektiota voidaan hoitaa antibiootilla. Se ei pidennä elinaikaa, mutta helpottaa pahoinvoinnin tunnetta infektion laannuttua. Kohonneeseen kallonsisäiseen paineeseen voidaan käyttää kortikosteroideja tai syklitsiiniä. Tulehduskipulääkkeiden käytön vähentäminen helpottaa vatsan ärsytystä. Myös omepratsoli on tehokas lääke helpottamaan vatsan ärsytystä. Ummetusta voidaan hoitaa esimerkiksi ruokavaliolla ja käyttämällä laksatiiveja. Hyperkalsemiassa veren kalsiumtasoa tulee alentaa bifosonaatilla, mikäli se on aiheellista. Askitesnesteen poistaminen lievittää pahoinvoinnin tunnetta vatsan paineen laskettua. Ylimääräistä limaa tulee poistaa esimerkiksi tehokkaalla yskimistekniikalla tai imemällä limaa pois. Vaikean kivun ollessa pahoinvoinnin syynä tulee potilaan kipulääkityksen riittävyys arvioida. Ahdistunutta potilasta tulee rauhoitella ja antaa tukea ja tietoa pahoinvoinnin syystä. (Hänninen 2003, 158–159; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Alkuvaiheessa opioidit aiheuttavat yleisesti pahoinvointia, joka helpottuu muutaman päivän käytön jälkeen yksilöllisesti. Pahoinvoinnin jatkuessa tulee harkita opioidin vaihtoa toiseen. Jos vaihtaminen ei ole mahdollista, suositellaan opioidin lisänä haloperidolia, jonka on todettu vähentävän opioidien aiheuttamaa pahoinvointia. Antikolinergisesti vaikuttavien lääkkeiden tarpeellisuus tulee tarkastaa ja lääkkeet lopettaa, jos mahdollista. Sama koskee tulehduskipulääkkeitä. Solunsalpaaja- tai sädehoitoon liittyvää pahoinvointia voidaan helpottaa esimerkiksi granisetronilla, ondansetronilla tai tropisetronilla. Yleisesti käytetty lääkeaine pahoinvoinnin hoidossa on metoklopramidi. (Käypä Hoito -suositus 2008.)

Tärkeää on selvittää, mikä potilaalle aiheuttaa pahoinvointia. Hoidon päätavoitteena on pahoinvoinnin väheneminen. Potilaan kertomus oireestaan sekä kliininen tutkiminen voivat antaa riittävästi tietoa pahoinvoinnin aiheuttajasta. Pahoinvoinnin hoito tulee suunnata itse ongelmaan, kuten infekioon tai kohonneeseen kallonsisäiseen paineeseen. (Hänninen 2003, 159.)

Hännisen (2003, 163) mukaan pahoinvointi on yleisempi syy saattohoitopotilaan koti-hoidon vaikeutumiselle kuin kipu. Pahoinvointi saattaa muodostua potilaalle niin suureksi ongelmaksi, että hän joutuu hakeutumaan sairaalahoitoon. Käytännön ongelmia kotona ovat myös oksentelusta johtuvat puhtausongelmat sekä pyykin kertyminen. Suun kautta otettavien lääkkeiden imeytyminen voi jäädä vajaaksi, jos potilas oksentaa pahoinvoinnin seurauksena lääkkeenoton jälkeen. Oksentelusta johtuva kuivuminen ja yleistilan lasku ovat uhka kotona selviytymiselle. Niskasen (2008) mukaan potilas sekä omaiset tarvitsevat tukea hoitohenkilökunnalta pahoinvoinnin ja oksentelun hoidossa. Pahoinvoinnin tunnetta voidaan koettaa helpottaa tuulettamalla huonetta, tarjoamalla viileitä ruokia ja juomia sekä suolaista naposteltavaa. Ruokailun jälkeen on hyvä lepäillä puoli-istuvassa asennossa.

Ripuli

Saattohoitopotilailla ripuli on harvinaisempi oire kuin ummetus. Hännisen (2003, 166) ja Käypä Hoito -suosituksen (2008) mukaan vain murto-osa (4 %) pitkälle edennyttä syöpää sairastavista tai saattohoitokotien muista potilaista kärsii ripulista. Aids-potilailla tilanne on toinen, sillä heistä joka toinen kärsii ripulista ja se on heillä yleinen oire (Käypä Hoito -suositus 2008). Muilla potilailla tavallisin syy ripulille ovat ummetuksen hoidossa käytetyt lääkkeet eli laksatiivit. Infektiot, antibioottikuurit sekä syöpähoidot voivat aiheuttaa ripulia. Osittaisessa suolitukoksessa ilmenee niin sanottua ohivuotoripulia. Imeytymishäiriöissä ripuli on tavallista, varsinkin haiman vajaatoiminnassa esiintyvä rasvaripuli. (Hänninen 2003, 167; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Ripulin aiheuttaja tulee selvittää ja keskittää hoito siihen. Alkuun on hyvä selvittää ripulointikerrat sekä ulosteen väri ja haju. Esimerkiksi runsas vetinen uloste on merkki paksusuolen alueen vaivasta. (Hänninen 2003, 167.) Antibiootin aiheuttama ripuli helpottuu, kun antibiootin käyttö lopetetaan. Opioidit sopivat hyvin ripulinhoitoon kivunlievityksen ohella, sillä opioidit vähentävät suolen peristaltiikkaa eli suolen seinämien liiket-

tä sekä erityistä. Opioidit myös lisäävät peräaukon sulkijalihaksen tonusta ja ulosteenpidätyskykyä. (Käypä Hoito -suositus 2008.)

Käypä Hoito -suosituksen (2008) mukaan kroonista ripulointia hillitsemään voidaan käyttää oktreotidiä sekä somatostatiinia. Oktreotidistä on saatu paras teho solunsalpaajahoidon aiheuttamassa ripulissa, mutta myös muilla saattohoitopotilailla on saatu hyviä tuloksia. Haiman vajaatoiminnassa haimaentsyymivalmisteilla, kuten pankreatiinilla, voidaan hillitä rasvaripulia (Hänninen 2003, 168). Sappihappojen aiheuttamaa ripulia voidaan hoitaa sappihappoja sitovalla kolestyraamilla (Käypä Hoito -suositus 2008). Kuituvalmisteita voidaan kokeilla varovasti. Potilaalle voidaan antaa ripulijuomavalmisteita. Peräaukon alueen pesua ja rasvausta tehostetaan ja huomioidaan potilaan yksittäisyys. (Niskanen 2008.)

Ummetus

Ummetuksella tarkoitetaan harventuneita ulostamiskertoja (harvemmin kuin 3 kertaa viikossa) sekä kovaa ulostemassaa peräsuolella, joka vaikeuttaa ulosteen poistumista. Ummetuksen yleisimmät aiheuttajat ovat vahvat kipulääkkeet eli opioidit. Liikkumattomuus, neurologiset syyt, ruoan määrän väheneminen ja nesteiden nauttimisen niukkuus aiheuttavat myös herkästi ummetusta. (Hänninen 2003, 163–164; Käypä Hoito -suositus 2008.) Jopa WC-järjestelyillä voi olla vaikutusta, varsinkin jos potilaan liikkuminen on vaikeaa sekä hidasta ja vessaan on vaikea päästä pitkän matkan päähän. Ripulin pelossa potilaat saattavat tietoisesti pidättää ulostetta ja aiheuttaa itselleen ummetusta.

Käypä Hoito -suosituksen (2008) mukaan minkään tietyn laksatiivin tehosta ei ole riittävää tutkimusnäyttöä saattohoitopotilailla, mutta joistakin lääkeaineista on saatu hyviä tuloksia. Polyetyleeniglykoli sekä laktuloosi ovat ilmeisesti tehokkaita kroonisen ummetuksen hoidossa. Hännisen (2003, 165) mukaan myös senna, natriumpikosulfaatti sekä magrokoli ovat sopivia valmisteita saattohoitopotilaan ummetuksen hoitoon. Nämä ovat suolta stimuloivia lääkeaineita, ja ne saattavat aiheuttaa kipua, varsinkin jos ulostemassa on iso ja kovettunut (Käypä Hoito -suositus 2008).

Tärkeää on arvioida säännöllisesti ummetuksen aste sekä ennaltaehkäistä ummetuksen syntyä. Ummetuksen hoito tulee valita ummetuksen piirteiden mukaisesti, esimerkiksi peräsuolen loppupäässä oleva ulostemassa tulee poistaa käyttämällä pienoisperäruisket-

ta ennen laksatiivien aloitusta. Päivittäisen nesteensaannin määrä tulisi olla 1,5-2 litraa. (Niskanen 2008.) Potilaan tulisi välttää ummetusta aiheuttavia ruokia, esimerkiksi juustoa. Ruokavalion tulisi olla runsaskuituista. Ummetusta helpottavat ja ennaltaehkäisevät säännöllinen ruokailu sekä liikkuminen oman jaksamisen mukaan.

Suolitukos

Suolitukos saattaa syntyä ummetuksen seurauksena, kun suuri ja kovettunut ulostemassa tukkii suolen kokonaan. Ummetus saattaa johtua myös suolen seinämien peristalttisen liikkeen loppumisesta. (Käypä Hoito -suositus 2008.) Suolitukoksen oireina ovat pahoinvointi, raju ja runsas oksentelu, ruokahaluttomuus sekä koliikinomaiset vatsakivut. Suolitukos tulee varmentaa röntgenkuvauksella sekä kuuntelemalla suolistoaääniä, jotka ovat tukoksessa vaimeat tai täysin hiljaiset. Suolitukos voi olla myös osittainen, jolloin tukoksen suurenemisen estäminen on tärkeää. Osittainen suolitukos voi olla palautuva tila. (Hänninen 2003, 177.)

Täydellinen suolitukos on mahdollista hoitaa ainoastaan kirurgisesti, mikä harvoin tulee kyseeseen saattohoitopotilailla. Ehdottomia vasta-aiheita leikkaushoidolle ovat potilaan ennustettu lyhyt elinaika, potilaan kieltäytyminen sekä potilaan ollessa nukutus- ja leikkaukskelvoton yleiskuntonsa vuoksi. (Käypä Hoito -suositus 2008.) Kirurgisen hoidon sijasta keskitytään kivun lievittämiseen sekä pahoinvoinnin hoitoon ja maha-suolikanavan eritystoiminnan hillitsemiseen. Opioidit ovat ensisijaisia kivunhoitolääkkeitä, vaikka niiden sivuvaikutuksena esiintyy ummetusta. Suolitukoksen aiheuttama kipu on tärkeämpi hoitaa, sillä tässä tilanteessa kuolema voi olla jo lähellä eikä kivunlievitystä saa aliarvioida. Antiemeetit eli oksentelua hillitsevät lääkkeet tulevat kyseeseen oksentelevalla potilaalla. Nesteytys tulee alkuvaiheessa hoitaa muuta kautta kuin suun kautta oksentelun takia. Nenämähaimun asettaminen saattaa myös hillitä oksentelua. (Hänninen 2003, 178–179; Käypä Hoito -suositus 2008.) Oktreotidi vähentää pahoinvointia ja oksentelua paremmin kuin antikolinergiset lääkkeaineet. Kortikosteroidi voi myös auttaa (Käypä Hoito -suositus 2008.) Jos oksentelua ei saada hillittyä, mikä on tavanomaista korkealla suolistossa olevissa tukoksissa, tulee vatsaa tyhjentää mieluummin PEG-letkun kautta kuin nenämahaletkulla. Oireiden rauhoituttua potilas voi ottaa voimien mukaan pieniä nestemääriä suun kautta sekä helposti sulavaa, pehmeää ravintoa. (Hänninen 2003, 178–179; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Kuivuminen

Kuivuminen eli dehydraatio johtuu liiallisesta nesteiden menetyksestä tai liian vähäisestä nesteiden nauttimisesta. Liiallista menetystä voi esiintyä oksentelun, ripuloinnin, kuumeilun tai diureettien eli nesteenpoistolääkkeiden vaikutuksesta. Lähellä kuolemaa olevalla potilaalla kiertävä neste keskittyy vatsan alueelle, jolloin muualla kehossa kiertävä nestemäärä on liian vähäinen. Kuivuminen on yleistä lähellä kuolemaa olevilla potilailla eikä parenteraalinen eli ruoansulatuskanavan ulkopuolelta tapahtuva nesteytys helpota tilannetta. Myöskään janontunnetta parenteraalinen nesteytys ei helpota. Tärkeintä on huolehtia potilaan hyvästä olostä sekä suun hoidosta. Janon tunnetta voi koettaa lievittää esimerkiksi imeskeltävillä jääpaloilla. (Käypä Hoito -suositus 2008.)

Kuihtuminen ja ruokahaluttomuus (Kakeksia-anoreksia)

Kakeksia-anoreksia tarkoittaa monimutkaista ja -muotoista metabolista syndroomaa, jossa hallitsevina piirteinä ovat laihtuminen, kuihtuminen, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja fyysisen suorituskyvyn lasku. Kuoleman lähestyessä valtaosa potilaista, varsinkin syöpää sairastavista, kärsivät kakeksia-anoreksiasta. Etenevä, tahaton laihtuminen on primaaria ja ravinnon vähyydestä johtuva sekundaarista kuihtumista. (Hänninen 2003, 153–154; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Kakeksia-anoreksiasta kärsivän potilaan hoito voi olla haasteellista varsinkin omaisille. Ruokahaluton potilas voi jättää syömättä kaikki hänelle tarjottavat ruoat, mikä voi olla omaisille turhauttavaa. Tärkeää on tukea omaisia sekä antaa heille tietoa kakeksia-anoreksiasta ja sen kuulumisesta potilaan voinnin huonontumiseen. Potilaan ravitsemustilaa voidaan koettaa korjata runsasenergisellä ravinnolla. Parenteraalinen tai enteraalinen ravitsemus ei yleensä tule kyseeseen saattohoitopotilailla, vaan potilaan annetaan syödä sitä, mitä hän haluaa ja sen verran kuin hän jaksaa. Ruokahalua voidaan kohottaa myös lääkkeillä, kuten megesteroliasetaatilla. Lääkehoito ei tuo parantavaa vaikutusta, vaan helpottaa potilaan oloa kuoleman lähestyessä. Siinä vaiheessa, kun potilas lakkaa kokonaan syömästä, huolehditaan suun hyvästä hoidosta ja kostutuksesta. (Hänninen 2003, 155–157; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Potilaan ruokahalua voidaan lisätä esimerkiksi aperitiivilla, tarjoamalla pientä naposteltavaa aterioiden välillä, huomioimalla mieliruokat ja annosten esteettisyys, tarjoamalla pieniä annoksia sekä mahdollistamalla ruokailu yhdessä muiden kanssa. (Niskanen 2008.)

3.2.3 Kivunhoito

Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa, kuten loppuvaiheen syöpäsairauksissa, keuhkosairauksissa, sydänsairauksissa sekä Aidsissa (Käypä Hoito -suositus 2008). Salmisen ja Salmenojan tutkimuksessa (2007, 825) todetaan, että kipu on uupumuksen jälkeen yleisin ja haittaavin oire syöpäpotilailla. Myös Hänninen (2003, 72) on todennut, että valtaosa syöpäpotilaista kokee elämäänsä haittaavaa kipua. Kiputyyppejä on erilaisia ja ihminen kokee kipua yksilöllisesti. Monesti potilaat olettavat, että kipu kuuluu olennaisena osana sairauteen ja sen vuoksi kärsivät siitä. Asia ei kuitenkaan ole näin, vaan kipua voi ja tulee lievittää parhaimman mukaan. (Hänninen 2003, 72; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Jatkuvan kivun kokemisen seurauksena saattaa potilaalle ilmetä väsymystä, unihäiriöitä, vetäytyvyyttä ihmissuhteista sekä mielialan laskua. Nämä tekijät yhdessä lisäävät potilaan kärsimystä. (Hänninen 2008, 32.) Saattohoitopotilaalta tulee aktiivisesti tiedustella kivuista, niiden luonteesta ja haittaavuudesta. Kivun arvioinnissa on hyvä käyttää jotain mittaria, jotta kivun arviointi on helppoa ja selkeää sekä hoitajalle että potilaalle. (Hänninen 2003, 81; Hänninen 2008, 32; Käypä Hoito -suositus 2008.) Esimerkiksi VAS-asteikossa (Visual Analogue Scale) on numerot 1-10, joista potilas voi valita kipuaan parhaiten kuvaavan numeron. Mitä isomman numeron potilas valitsee, sitä pahempaa kipu hänen mielestään on. Kivun arvioinnissa tulee käyttää joka kerta samaa mittaria, jotta kivun arviointi on luotettavaa. Arviointia tulee tehdä säännöllisesti ja kirjata se potilaan hoitokertomukseen (Hänninen 2003, 82; Hänninen 2008, 32). Erilaiset kivunarviointimittarit toimivat vain, jos potilas on orientoitunut. Sekavan tai tajuttoman potilaan kipua voi arvioida havainnoimalla muita kivun merkkejä, kuten syketaajuuden nousua, kyyneleitä, levottomuutta tai kulmien kurtistamista.

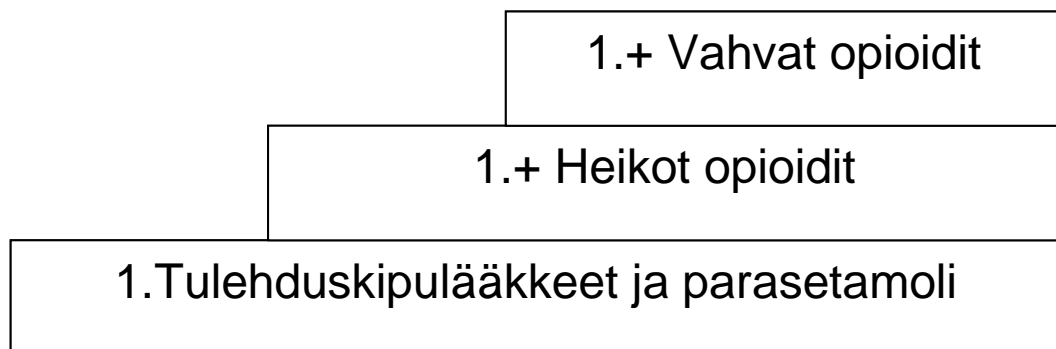
Karppi, Miettinen ja Raatikainen (2001, 30–42) ovat tehneet tutkimuksen omaisten arvioimasta kuolevan potilaan hoidosta. Omaiset saivat vastata avoimiin kysymyksiin saattohoitopotilaan kivunhoidosta sekä hoidosta yleensä. Osa omaisista on arvioinut potilaan kivunhoidon toteutuvan hyvin niin kotona kuin erilaisissa laitoksissa. Potilaalla on ollut omaisten mielestä hyvä olo, kaikki hoitotoiminta on ollut hyvää ja terveystalvelut ovat olleet laadukkaita. Myös huonoja kokemuksia tuli esiin, varsinkin terveystal-

keskuksissa olevien potilaiden omaisilta. Esimerkiksi turvattomuuden tunnetta oli omaisten mielestä terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa olevilla potilailla. Kivunhoito ei ollut laadukasta ja tehokasta, kipulääkettä sai odottaa omaisten mielestä liian kauan. Hoitajien välinpitämätön kohtelu oli myös ollut yleistä.

Kuuppelonmäen (2002, 243–253) tutkimuksessa sairaanhoitajat ovat arvioineet kuolevan potilaan kivun hoitoa terveyskeskuksissa. Suuri osa sairaanhoitajista arvioi, että saattohoitopotilaalla on aina hoitoa vaativia kipuja. Kivunhoidon tason arvioitiin olevan melko hyvää ja valtaosa vastaajista koki huolehtivansa potilaan kivun hoidosta melko hyvin. Yleisin kivun arviointimenetelmä oli potilaalta kysyminen ilman mitään mittareita tai kipuasteikkoja. Eniten käytettiin kivunhoitoon asentohoitoja sekä kipulääkitystä. Lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja, kuten lämpöhoitoa tai hierontaa, ei käytetty juuri lainkaan. Sairaanhoitajat arvioivat, että kaikkein heikoiten toteutui yhtenäiset, sovitut kivunhoitokäytännöt ja morfiinin aloitus jätetään liian myöhäiseen vaiheeseen. Vastajat arvioivat tämän johtuvan potilaiden vastustuksesta morfiinin aloitukselle. Lisäkoulutukselle on myös tarvetta.

Tuura ym. (2005, 5013–5016) ovat tehneet tutkimuksen saattohoitopotilaan kivun hoidosta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa. Vastaajina oli sairaanhoitajia sekä lääkäreitä. Tämän tutkimuksen mukaan saattohoitopotilaita oli ohjeistettu harvoin kivunhoidossa. Sairaanhoitajien ja lääkäreiden kivunhoitoon tarvitaan lisää koulutusta ja ohjeistusten tuli olla enemmän yhteneväisiä.

Kivunlievityksessä keskeisessä asemassa on kipulääkitys. Kivun lääkkeellisessä hoidossa on selkeintä edetä niin sanotun portaikon mukaan (ks. kuvio 1), jossa alimmalla tasolla ovat parasetamoli sekä tulehduskipulääkkeet, seuraavalla heikot opioidit ja ylimmällä vahvat opioidit.



Kuvio 1. Kivunhoitoportaati

Kipulääkitystä tulee nostaa asteittain eikä opioidien käyttöön liittyvää riippuvuutta tarvitse ajatella, vaan tärkeintä on saada potilaan olo mahdollisimman kivuttomaksi ja hyväksi. Yleisimmin käytetyt opioidit ovat morfiini, oksikodoni sekä fentanyyli. Lääkärin tehtävä on arvioida sopiva kipulääke yhdessä potilaan kanssa. (Hänninen 2003, 89–100; Käypä Hoito -suositus 2008.) Lääkehoitoa tulee muuttaa tarpeen mukaan. Potilaalle tulee antaa riittävästi tietoa ja tukea kivunhoidossa ja murtaa vanhoja uskomuksia kivun ”kuulumisesta asiaan”.

Lääkehoidon ohella ei tule unohtaa muita kivunlievityskeinoja, kuten kylmää, lämmintä sekä asentohoitoja, hierontaa ja rentoutusta. Potilaan kanssa voi yhdessä etsiä ei-lääkkeellisiä kipuja helpottavia toimenpiteitä. Näitä voivat olla esimerkiksi keskustelu, läsnäolo, huomion siirto pois kivusta huumorin, musiikin tai kosketuksen avulla.

3.2.4 Väsymysoireyhtymän hoito

Valtaosalla edennyttä syöpää sairastavista potilaista esiintyy väsymysoireyhtymää eli fatigueta. Tyypillisiä piirteitä ovat apatia, yletön väsymys ja energian vähyys, suorituskyvyn lasku, uneliaisuus ja motivaation puute. (Käypä Hoito -suositus 2008.) Väsymysoireyhtymällä ei tarkoiteta tavallista voimien puutetta, vaan kokonaisvaltaista, ahdistavaa ja masentavaa väsymystä. Tarkkaa syytä oireyhtymän ilmaantumiselle ei ole, vaan se on monisyinen ja monien ongelmien vaikutusten tulos. Ravinnon vähyydellä ei ole voitu osoittaa olevan suoraa yhteyttä väsymysoireyhtymään. Väsymys on hyvin subjektiivinen tunne. Potilaat eivät välttämättä osaa kertoa väsymyksestään, vaikka se kuinka haittaisi heitä, vaan väsymystä pidetään syöpään kuuluvana. (Hänninen 2003, 60–61; Hänninen 2008, 30.) Salmisen ja Salmenojan (2007, 826) tutkimuksen mukaan väsymys ja uupumus ovat yleisimmät ja haittaavimmat oireet syöpäpotilaille. Potilaalta tulee aktiivisesti kysyä väsymyksestä ja sen haittaavuudesta.

Väsymysoireyhtymää tulee hoitaa väsymystä aiheuttavan syyn perusteella. Infektiot, kipu ja hengenahdistus, anemia ja lääkityksen epäsuhta voivat olla väsymystä lisääviä tekijöitä. Näihin vaikuttamalla voidaan lievittää potilaan väsymystä. Potilaan kanssa tulee avoimesti keskustella oireyhtymästä ja miettiä yhdessä, millä keinoilla väsymystä voidaan vähentää. Infektio hoidetaan, anemia korjataan sekä potilaan päivärytmiä koete-

taan muuttaa tavalliseen suuntaan, eli turvataan yöuni, vältetään päiväunia ja lisätään päivään pientä liikuntaa voinnin mukaan. Ruokavalion ja nesteytyksen riittävyyden tarkastaminen tulevat myös kyseeseen. (Hänninen 2003, 63–65.) Anemian korjaamisella ei Hännisen (2008, 30) mukaan ole riittävää näyttöä väsymyksen vähentämiseen, mutta nopeasti laskenut veren hemoglobiini aiheuttaa hengenahdistusta ja sitä kautta väsymystä. Potilaan lääkitys tulee tarkastaa ja mahdollisten väsymystä aiheuttavien lääkkeiden lopetuksesta tulee keskustella. Kipulääkkeistä opioidit tunnetusti aiheuttavat väsymystä, mutta niiden lopettaminen voi lisätä kipuja. Väsymysoireyhtymän lääkehoidon tulee olla oireenmukaista, esimerkiksi masentuneelle annetaan masennuslääkettä. Sopivaa ja oloa kokonaisvaltaisesti helpottavaa lääkehoitoa voi olla hankala löytää. (Hänninen 2003, 65–67.) Käypä Hoito -suosituksen (2008) mukaan loppuvaiheen syöpää sairastavan potilaan väsymykselle ei ehkä ole apua lääkehoidosta. Jos potilaalle ei ole merkittävää haittaa väsymyksestä, ei sitä tule aktiivisesti hoitaa lääkehoidolla.

Potilaan turvallisuudesta tulee huolehtia, kun hän kärsii väsymysoireyhtymästä. Sairaalassa olevan potilaan sängynlaidat on hyvä nostaa ylös etenkin levottomilla potilailla. Hoitajan kutsukello tulee olla potilaan ulottuvilla. (Niskanen 2008.) Kotona voidaan kiinnittää huomiota kaatumisten estämiseen, esimerkiksi poistamalla matot ja kynnykset.

3.2.5 Iho-oireiden hoito

Painehaavaumat

Saattohoitopotilailla painehaavaumat syntyvät huonon ravitsemustilan, liikkumisen vähyden ja paikallaan olemisen ja ihoon kohdistuvan paineen takia sekä elimistön muutosten aiheuttamana. Painehaavaumien ennaltaehkäisy on tärkeää, jotta potilaalle ei tulisi painehaavaumista turhaa kärsimystä. Painehaavaumat syntyvät useimmiten alueille, joissa luu on lähellä ihon pintaa, kuten kantapäähän, kyynänpäähän sekä ristiluun ja lonkan alueelle. (Hänninen 2003, 191.)

Tärkeintä on painehaavaumien synnyn ehkäisy. Paljon vuodelevossa olevan potilaan alttiita ihoalueita tulee tarkkailla päivittäin, jotta alkavat painehaavaumat huomataan ajoissa. Vuodepotilaan asentoa tulee vaihtaa vähintään 2 tunnin välein ja ihon puhtaudesta ja hoidosta tulee huolehtia hyvin. Pitkään painon alla ollut, punoittava alue on

ensimmäinen merkki alkavasta painehaavaumasta. Jo syntyneen haavauman hoito toteutetaan ohjeiden mukaan ja hoidossa pyritään haavauman umpeutumiseen. (Hietanen 2008.) Haavahoidot voivat aiheuttaa kipua, joten tähän tulee varautua antamalla kipulääkettä ennen hoitoja.

Kutina

Kutina on epämiellyttävä tunne, joka johtuu usein jostain muusta syystä kuin itse ihosta (Käypä Hoito -suositus 2008). Saattohoitopotilaalla kutinaa voivat aiheuttaa esimerkiksi

- munuaisten tai maksan vajaatoiminta
- lääkkeiden vaikutukset
- psyykkiset syyt
- ihoinfektiot
- ihon kuivuus

(Hänninen 2003, 193).

Ensimmäisenä on hyvä selvittää potilaan ihon kunto. Kuiva iho tulee rasvata päivittäin, jotta kuivuudesta johtuva kutina helpottuu. Mikäli kutina jatkuu ihon hyvästä hoidosta huolimatta eikä iholla havaita mitään infektiota viittaavaa, on syy jossain muualla elimistössä ja se tulee selvittää. (Hänninen 2003, 193–194.) Lääkehoidolla voidaan koettaa vaikuttaa kutinaan, mutta Käypä Hoito -suosituksen (2008) mukaan riittävä näyttö lääkehoidon tehosta puuttuu. Hännisen (2003, 194) mukaan esimerkiksi sappiteiden tukkeutumisesta johtuvaan kutinaan voi kokeilla suuriannoksista deksametasonia. Spinaalitalaan annosteltavat opioidit, voivat aiheuttaa kutinaa. Opioidien aiheuttamaa kutinaa voidaan koettaa lievittää lisäämällä spinaalitalaan menevään opioidiin puuduteainetta. Opioidien vastavaikuttajat naloksoni ja naltreksoni voivat lievittää opioidista johtuvaa kutinaa. Antihistamiineista ei ole todettu olevan juurikaan hyötyä saattohoitopotilaan kutinan hoidossa (Hänninen 2003, 194–195; Käypä Hoito -suositus 2008).

Hikoilu

Hikoilu voi olla häiritsevää potilaalle, joten hikoilun syy on hyvä selvittää. Hikoilu voi olla varsinaista hyperhidroosia eli runsasta hikoilua tai yöllistä hikoilua. Myös toispuoleinen hikoileminen on mahdollista. Runsa hikoilu voi johtaa muihin iho-ongelmiin, kuten kutinaan ja painehaavaumien syntyyn. (Hänninen 2003, 196–197.)

Ihon puhtaudesta tulee huolehtia, samoin puhtaista vaatteista sekä vuodevaatteista. Lääkehoitona voidaan kokeilla tulehduskipulääkkeitä tai antibiootteja kuumeilusta johtuvan hikoilun hoidossa. Glykopyrrolaatista voi olla apua, mutta tämän lääkkeen haittavaikutuksena ilmenevä suun kuivuminen voi johtaa suun ongelmiin (Hänninen 2003, 196–197).

3.3 Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet ja oireenmukainen hoito

Saattohoitopotilaan psyykkiset oireet ovat moninaisia, mutta niitä on mahdollista seurata sekä hoitaa ja lievittää monin keinoin. Käypä Hoito -suosituksessa (2008) on esitelty saattohoitopotilaiden yleisimmät psyykkiset oireet ja niiden hoitokeinot.

Masennus

Kuolemaan johtavan sairauden diagnoosi sekä lyhyt odotettu elin aika saattavat saada ihmisen syvästikin masentuneeksi. Saattohoitopotilailla esiintyy masennusta lievästä vaikea-asteiseen. Potilaan mielialaa tulee selvittää aktiivisesti, jotta masennukseen voidaan puuttua ajoissa ja masennusta lievittämällä kohentaa elämänlaatua ennen kuolemaa. (Hänninen 2003, 208–209.)

Masennuksen hoidon tulee olla yhdistelmä tukemista, kuuntelemista ja läsnäoloa sekä psykoterapiaa ja lääkehoitoa. Avoin ja turvallinen hoitosuhde sekä suhteet omaisten kanssa ovat merkityksellisiä. (Hänninen 2003, 209; Hänninen 2008, 32.) Masennuksen lääkehoito tulee aloittaa, jos potilaan elinajan on ennustettu olevan vähintään useita viikkoja (Käypä Hoito -suositus 2008). Masennuslääkkeistä ei ole hyötyä lyhytaikaisessa käytössä, koska lääkkeen mielialaa kohentava vaikutus tulee esille vasta viikkojen käytön jälkeen. Lähellä kuolemaa olevan potilaan mielialaan voidaan vaikuttaa läsnäololla, rentouttamisella sekä lievästi sedatoivilla lääkkeillä, kuten loratsepaamilla tai nostamalla opioidiannosta. (Hänninen 2003, 210–211.)

Ahdistuneisuus

Tieto omasta sairaudesta ja kuoleman lähestymisestä saattavat ahdistaa potilasta. Kuoleman pelko sekä oireiden vaikeuden pelko saattavat aiheuttaa ahdistuneisuutta ja levottomuutta. Ahdistuneisuus voi myös johtua jostakin fyysisestä syystä, kuten hapenpuutteesta tai alkavasta deliriumista. (Hänninen 2003, 212; Käypä Hoito -suositus 2008.)

Syynä voivat olla myös käytössä olevat lääkkeet, kuten neuroleptit tai lääkkeiden tai alkoholin pitkäaikaisen käytön lopetuksen aiheuttamat vieroitusoireet (Käypä Hoito -suositus 2008). Tärkeää on kohdata potilas aidosti, kuunnella ja tukea häntä ja keskustella hänen kanssaan avoimesti ahdistusta aiheuttavasta aiheesta (Hänninen 2003, 213; Hänninen 2008, 32).

Potilaan rauhoittelu ja rentoutus sekä fyysisen vaivan hoito helpottavat ahdistusta. Potilaan tulee antaa käydä läpi lähestyvää kuolemaa omalla tavallaan eikä häntä saa hoputtaa hyväksymään asiaa. Ahdistusta voi helpottaa välien selvittely omaisten ja läheisten kanssa. Ahdistusta voidaan koettaa helpottaa myös lääkeshoidolla, kuten bentsodiatsepiineillä ja neurolepteillä (Hänninen 2003, 213).

Unettomuus

Unettomuudella tarkoitetaan potilaan tunnetta riittämättömistä yöunista ja päiväaikaisesta väsymyksestä (Käypä Hoito -suositus 2008). Mielessä pyörivät ajatukset tulevasta sekä kuoleman läheisyydestä saattavat vaikuttaa yöuneen häiritsevästi. Potilaan unen laadusta ja määrästä tulee aktiivisesti kysyä. Saattohoitopotilaalle tulee antaa mahdollisuus nukkua silloin kun häntä nukuttaa eikä yrittää väkisin kääntää uni-valverytmiä tavalliseen suuntaan. Unen aikana kuoleminen saattaa pelottaa potilasta niin paljon, että hän kieltäytyy nukkumasta ja aiheuttaa itselleen unettomuutta. (Hänninen 2003, 214–215.)

Potilaan tulee antaa noudattaa mahdollisuuksien mukaan omaa uni-valverytmiään, mutta riittävästä unen määrästä tulee huolehtia. Lääkehoitoa voidaan kokeilla potilaan tahdon mukaan. (Hänninen 2003, 214–215.) Lääkkeenä voidaan käyttää bentsodiatsepiineja, mutta niiden paremmuusjärjestystä ei ole saatu selville (Käypä Hoito -suositus 2008). Rentoutus sekä puhdas ja rauhallinen nukkumapaikka voivat edistää unen saantia. Unettomuuteen tulee puuttua, jos se häiritsee potilasta tai riittämätön unen saanti johtaa ahdistuneisuuden kautta deliriumiin.

Delirium

Delirium on akuutisti ilmenevä sekavuustila, johon liittyy ajatustoiminnan häiriöitä, ajan ja paikan tajun hämärtymistä, muistin ja tarkkaavaisuuden ongelmia sekä levotonta käytöstä. Iäkkäämmillä ihmisillä mikä tahansa iso muutos tai elimistön epätasapaino saattavat laukaista deliriumin. Valtaosalla syöpää sairastavista ilmenee deliriumia vii-

meisten elinpäivien aikana. (Hänninen 2003, 216; Käypä Hoito -suositus 2008.) Deliriumin lievittettäviä aiheuttajia voivat olla esimerkiksi lääkkeet, infektiot, hypoksia, elektrolyyttihäiriöt, uremia tai aivometastaasit (Käypä Hoito -suositus 2008).

Potilasta tulee rauhoitella ja hoitaa rauhallisessa ja kiireettömässä sekä valvotussa ympäristössä. Häntä tulee puhutella nimeltä ja ohjauksen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Rauhoittava lääkitys tulee aloittaa, jos potilas on levoton ja ahdistunut. (Hänninen 2003, 218–219; Käypä Hoito -suositus 2008.) Elimelliset syyt deliriumin taustalla, kuten elektrolyyttihäiriöt, on hyvä hoitaa jos mahdollista. Omaisille potilaan delirium voi olla rankkaa katsottavaa, joten heitä tulee tukea ja kuunnella sekä antaa tietoa asiasta. (Hänninen 2003, 218–219.)

3.4 Saattohoitopotilaan ja omaisten psyykinen ja hengellinen tukeminen

Saattohoidossa hyvään hoitoon kuuluu potilaan ja omaisten psyykinen ja hengellinen tukeminen. Potilas voi tarvita tukea kuoleman ja erilaisten pelkojen kohtaamisessa sekä elämästä ja läheisistä luopumisessa. Potilas voi tuntea turvattomuutta. Turvattomuuden ja pelon tunteita voidaan helpottaa aidolla läsnäololla, kuuntelemalla ja rauhoittamalla potilasta.

Tieto parantumattomasta sairaudesta voi olla shokki potilaalle. Tiedon käsitteleminen voi noudattaa shokin ja surutyön vaiheita. (Schmitt 2008, 61.) Tulee kuitenkin muistaa, että jokainen ihminen käsittelee asioita omalla tavallaan, ja tähän hoitohenkilökunnan tulee antaa mahdollisuus. Tieto lähestyvistä kuolemasta saattaa saada potilaan huolestumaan läheistensä jaksamisesta ja pärjäämisestä. Hoitajan tuki, aito läsnäolo ja kuunteleminen ovat ensiarvoisen tärkeitä. Potilaalle on hyvä antaa mahdollisuus keskustella mietteistään läheistensä kanssa. Schmittin (2008, 67) mukaan potilaalle saattaa tulla tarve sovittaa vanhoja ristiriitoja. Tieto lähestyvistä kuolemasta järkyttää myös omaisia, joten hoitohenkilökunnan tulee ottaa myös omaisten jaksaminen huomioon. Riittävä tiedonsaanti selkeällä kielellä on tärkeää. Omaisille tulee antaa mahdollisuus puhua tunteistaan (Schmitt 2008, 66). Aito läsnäolo, tukeminen ja kuunteleminen ovatkin tärkeimpiä hoitajalta vaadittavia piirteitä. Omaisten ottaminen mukaan potilaan hoitotyöhön, esimerkiksi pesuapuna tai syöttämisessä antaa omaisille tunteen siitä, että he ovat tärkeä osa potilaan hoitotyötä. Omaisten ottaminen mukaan hoitoon saattaa helpottaa heitä suru-

työssään. Omaisia ei tule pakottaa osallistumaan, vaan tarjota heille mahdollisuus osallistua.

Kuoleman lähestyessä potilaan toiveita tulee kunnioittaa ja mahdollisuuksien mukaan toteuttaa. Esimerkiksi vierailu kotona tai muussa merkityksellisessä paikassa pitävät yllä toivoa. Toivon ylläpitäminen ei tarkoita paranemista, vaan elämän viimeisten hetkien tekemistä mahdollisimman hyviksi. On tärkeää muistaa korostaa potilaan elämässä olevia hyviä asioita, joista potilas saa voimaa. (Niskanen 2008.)

Hoitosuhde saattohoitopotilaan ja häntä hoitavan ihmisen välillä voi poiketa paljonkin muista hoitosuhteista (Hänninen & Anttonen 2008, 25–26). Saattohoidossa päämäärä on hyvä kuolema, ei parantuminen. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan herkkyyttä ja empatiisuutta, mutta myös tarvittaessa jämähyyttä sekä rehellistä ja avointa asennetta. Tärkeintä on olla potilaalle rehellinen. Kuolemasta tulee puhua sen oikealla nimellä, mutta ei loukkaavasti tai alentavasti. Potilaan tunteille tulee antaa tilaa. Hänelle annetaan mahdollisuus näyttää niin hyvät kuin huonotkin tunteet. Pelkästään oireiden hoito ja perushoito eivät riitä, vaan tulee osata keskustella, antaa tilaa tunteille sekä olla aidosti potilaan ja omaisten tukena aina potilaan kuolemaan saakka. (S. Määttä. Henkilökohtainen tiedonanto 29.6.2009.)

Hoitohenkilökunnan lisäksi potilaan ja omaisten tukemiseksi saattohoidossa voidaan käyttää esimerkiksi vapaaehtoisapua ja seurakuntien apua. Potilaan ja omaisten toivomuksesta paikalle voidaan pyytää esimerkiksi sairaalapastori. Kuolevan vierellä voidaan pyynnöstä viettää saattohartaus tai rukoushetki. Rukoushetkeä voi johtaa pappi, muu seurakunnan työntekijä, henkilökuntaan kuuluva tai joku potilaan läheisistä. (Kärpänniemi 2008, 114–115.) Kun vastataan potilaan hengellisiin tarpeisiin hänen vakaumustaan kunnioittaen, turvataan myös tältä osin hyvä, rauhallinen ja turvallinen kuolema.

3.5 Monikulttuurisuus ja hengellisyys kuolevan potilaan hoidossa

Karvisen, Kankkusen ja Nikkosen (2007, 28) tutkimuksessa määritellään käsitteet henkisyys, hengellisyys ja uskonnollisuus. Henkisyydellä tarkoitetaan kiinnostusta elämän perusarvoihin ja lähtökohtiin. Se on oman olemassaolon pohdintaa. Hengellisyys on osa henkisyyttä. Hengellisyys on omistautumista hengellisille asioille, ja ihminen on kiin-

nostunut jumaluudesta tai jostain korkeammasta voimasta. Ihminen haluaa olla yhteydessä Jumalaan ja kokea pyhyyttä, iloa ja rauhaa. Uskonnollisuus on eräs hengellisyyden ilmenemismuoto, jota ihminen toteuttaa erilaisten riittien ja rituaalien kautta. Uskonnollisuus on usein yhteisöllistä toimintaa, jonka tarkoituksena on Jumalan lähelle pääseminen. (Karvinen ym. 2007, 28.) Monikulttuurisuus hoitotyössä on sitä, että potilaana on jonkun muun kuin oman valtakulttuurimme edustaja. Hän voi olla esimerkiksi romani tai maahanmuuttaja. Karvisen ym. tutkimuksen (2007, 28) mukaan hengellinen hoitotyö liitetään usein juuri monikulttuurisen potilaan hoitoon.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sanotaan, että potilaan yksilölliset tarpeet, toiveet ja myös uskonto ja/tai kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon saattohoidossa. Karvisen ym. tutkimuksen (2007, 29) mukaan juuri hoitajilla on merkityksellinen rooli potilaiden tarpeiden ja tapojen tulkitsijana. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että monikulttuuristen potilaiden hengellistä hoitoa estivät hoitajien tiedonpuute, huono kielitaito tai virheellinen asenne. Oppaassa olevalla taulukolla (ks. liite 4) halusimme vastata tiedonpuutteeseen ja vaikuttaa asenteisiin.

Vieraita kulttuureja ja uskontoja kohdatessa tulee välttää yleistämistä. Jokainen ihminen on oma ainutlaatuinen yksilönsä. Liitteessä 4 on esitetty eri kulttuureihin ja uskontoihin liittyviä asioita, joista voi saada suuntaa-antavaa tietoa. Potilaalta ja hänen omaisiltaan rohkeasti kysymällä saa tarkempia lisätietoja. Hoitajan on tärkeintä muistaa huomioida monikulttuurisen potilaan hengellisten tarpeiden arviointi, joka on keskeinen hoitotyön osa-alue (Karvinen ym. 2007, 29).

Laukkasen (2001) mukaan perheen ja suvun merkitys usein korostuu vakavan sairauden kohdatessa. Useissa kulttuureissa omaisille kuuluu tiettyjä velvoitteita sairasta tai kuolevaa kohtaan. Näistäkin asioista kannattaa reilusti keskustella potilaan ja omaisten kanssa ja miettiä, miten voidaan mahdollistaa heidän vakaumuksensa toteutuminen.

3.6 Hoitajan jaksaminen

Siltalan (2008, 88) mukaan kuolevan potilaan hoitotyö haastaa hoitotyöntekijän aivan toisenlaiseen työympäristöön ja työtapoihin kuin muu hoitotyö. Saattohoitotyössä tulee hoitohenkilökunnan huolehtia myös omasta psyykkisestä jaksamisestaan. Kuoleman

kohtaaminen, kuolevan potilaan hoitotyö ja omaisten tukeminen ovat haastavia ja joskus vaikeitakin asioita. Ei ole ollenkaan harvinaista, että myös hoitaja väsyvät niin fyysisesti kuin henkisesti. Kuolevan potilaan hoitotyötä tekevän ihmisen tulee olla vahva, mutta myös rehellinen itselleen (Siltala 2008, 86).

Nurhosen, Onatsun ja Sarkkisen (2000, 41) mukaan hoitajan työhön tuo voimavaroja työtoverien tuki, huumori, teoreettinen tieto ja hyvä itsetuntemus. Psykkinen kuormittuminen ja väsyminen kuoleman kohtaamiseen tulee tunnistaa itsessä ja osata hakea siihen apua ja neuvoja. Työssä jaksamista tukevat avoin keskustelu ja työpaikan hyvä ilmapiiri, koulutusmahdollisuudet, johdon antama tuki sekä yksilövastuun hoitotyön toteuttaminen (Nurhonen ym. 2000, 16). Nurhosen ym. (2000, 37) tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökuntaa tulee olla riittävästi ja koulutusta tulee saada tarpeen mukaan. Työnohjaus on myös erittäin hyvä työväline työyhteisölle. Työnohjaus antaa mahdollisuuden käsitellä omia tunteita, esittää mieltä painavia kysymyksiä ja saada hyviä neuvoja kuolevan potilaan kohtaamiseen ja tukemiseen. Varsinkin kuolevan potilaan hoitotyössä työnohjauksesta, ja nimenomaan ryhmätyönohjauksesta, on tutkitusti saatu hyviä tuloksia. Ryhmässä toteutetussa työnohjauksessa kokemusten ja neuvosten vaihto onnistuu helpoiten. (Siltala 2008, 85–95.) Työn ulkopuolella esimerkiksi ystävät ja harrastukset lisäävät työssä jaksamista.

4 PROJEKTI-IDEASTA TUOTOKSEKSI

Opinnäytetyömme on projektiluontoinen. Silfverbergin (2007, 21) mukaan projekti on kertaluontoinen hanke, joka on ajallisesti rajattu ja joka pyrkii asetettuihin tavoitteisiin. Projektilla pyritään parantamaan jonkin olemassa olevan toiminnan tasoa. Esimerkiksi me halusimme tässä projektissa parantaa saattohoidon tasoa tekemällä yhtenäiset ohjeet saattohoitoon. Lisäksi Virtasen (2000, 35, 73) mukaan projektin taustalla ovat organisaatio ja resurssit, joiden avulla pyritään toteuttamaan ennalta sovittua tehtävää. Projektin elinkaari jakautuu tiettyihin kehitysvaiheisiin. Kehitysvaiheita ovat projektin tavoitteiden määrittely, suunnittelu, toimeenpano ja projektin päättäminen.

Tavoitteiden määrittely

Virtasen (2000, 74) mukaan tavoitteiden määrittelyvaiheessa kuuluu miettiä, mikä on kohderyhmä ja miksi projekti tehdään. Määrittelyvaiheessa myös selvitetään projektin tarpeellisuus ja tavoitteet. Tässä vaiheessa suunnitellaan mitä projektilla halutaan tuottaa.

Idean työlle saimme opinnäytetyöinfosta, joka pidettiin keväällä 2008. Infon jälkeen otimme yhteyden Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen projektityöntekijään. Hänen kanssaan tarkensimme lopullista aihetta. Yhdessä ohjaavan opettajan ja yhteistyökumppanin kanssa teimme ohjaussopimuksen (ks. liite 5). Opinnäytetyönä teimme oppaan saattohoidosta hoitajille Pohjois-Savon kuntiin. Oppaamme on osa Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen Silta-projektia. Tarve saattohoito-oppaalle tuli Pohjois-Savon kuntien hoitajilta. He viestittivät, ettei saattohoitoon ole yhtenäisiä ohjeita. Saattohoitoon liittyvät käsitteet olivat epäselviä hoitajille. Tavoitteeksi asetimme oppaan luomisen työvälineeksi saattohoidossa työskenteleville hoitajille. Osallistuimme opinnäytetyön ideapajaan keväällä 2008. Ideapajassa saimme neuvoja tiedonhankintaan kirjaston informaatikolta sekä työstimme ideapaperia. Lisäksi haimme lisäapua tiedonhankintaan informaatikolta ideapajan jälkeen. Hänen kanssaan valitsimme sopivia hakusanoja tiedonhankintaan. Hakusanoina käytimme saattohoitoa, terminaalihoidoa sekä palliativista hoitoa. Englanninkieliset vastineet olivat hospice care, terminal care ja palliative care. Tiedonhaun toteutimme erilaisissa tietokannoissa, kuten Medic ja Cinahl.

Suunnittelu

Suunnitteluvaiheessa pyritään miettimään vaihtoehtoisia strategioita ja keinoja toteuttaa projekti. Projektimuotoiselle tekemistavalle pitää aina löytyä tarkoituksenmukaiset perustelut. Projektin toteutumisen arvioinnissa voidaan käyttää apukeinona esimerkiksi nelikenttäänalyysia eli SWOT-analyysia. Siinä arvioidaan erikseen projektin erilaiset vahvuudet ja heikkoudet sekä uhkakuvat ja mahdollisuudet. (Virtanen 2000, 74–75.)

Työsuunnitelmavaiheessa syksyllä 2008 teimme SWOT-analyysin. Vahvuuksiamme olivat mielenkiinto aihetta kohtaan, sujuva ja luonteva yhteistyö, tukea antava ja kannustava yhteistyökumppani sekä aiempi työkokemus.

Heikkouksiamme olivat atk-taitojen puute, laiskuus ja ongelmat oikean tiedon löytämisessä ja tiedon määrän rajaamisessa. Atk-asioissa saimme tarvittaessa apua läheisiltä.

Tiedon rajaamista helpottamaan valitsimme kolme eri näkökulmaa kuolevan hoidosta. Nämä kolme olivat potilaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan näkökulmat.

Mahdollisuuksina olivat tilaisuus olla kehittämässä saattohoitoa Pohjois-Savon alueella, oman ammatillisen osaamisen kehittäminen sekä yhteistyön tekeminen eri tahojen kanssa. Mahdollisuus oli myös saada riittävästi tukea yhteistyökumppaniltamme.

Uhkina olivat ajanpuute, kiire, stressi, aikataulun pettäminen ja yllättävät elämäntilanteen muutokset. Näitä uhkia hallitsimme kunnollisella suunnittelulla ja tiiviillä työskentelyllä. Uhkana oli myös se, etteivät kuntien hoitotyöntekijät käytäkään opastamme, vaan se menee hukkaan.

Suunnitteluvaiheessa teimme tiedonhakua saattohoidosta kirjoista, artikkeleista sekä tutkimuksista. Tiedonhaun apuna käytimme Savonia-ammattikorkeakoulun kirjaston tietokantoja. Tiedonhaun perusteella suunnitelimme oppaan sisältöä sekä rajasimme lähdemateriaalin 2000-luvulle. Tässä vaiheessa mietimme projektista tulevia kustannuksia ja teimme aikataulusuunnitelman sekä jaoimme työtehtäviä. Pidimme säännöllisesti yhteyttä projektin yhteistyökumppaniin sekä ohjaavaan opettajaan. Osallistuimme opinäytetyön menetelmätyöpajoihin syksyllä 2008. Työsuunnitelman valmistuttua pidimme opinäytetyösuunnitelmaseminaarin tammikuussa 2009. Seminaarissa saimme kannustavaa ja rakentavaa palautetta opponenteilta ja ohjaavalta opettajalta.

Projektin toteutus ja päättäminen

Projektin toteutusvaihe on projektin näkyvin vaihe. Vaihe pitää sisällään säännöllistä valvontaa ja arviointia. (Virtanen 2000, 76.) Arviointia ja palautetta on hyvä välillä pyytää riippumattomilta tahoilta, sillä sisäisen arvioinnin vaarana on omalle tekstille sokeutuminen.

Toteutimme jaettuja työtehtäviä, jonka jälkeen yhdistimme keräämämme materiaalin oppaan sisällöksi. Ennen lopullista sisällön valintaa kävimme ohjauskeskusteluja ohjaavan opettajan sekä yhteistyökumppanin kanssa. Oppaan sisältöä luetettiin Silta-projektin työntekijöillä, jotka ovat hoitoalan ammattilaisia. Lisäksi lähetimme oppaan sisällön koelukuun muutama Silta-projektissa aktiivisesti mukana olleeseen kuntaan Pohjois-Savossa. Liitteessä 2 on kyselylomake, jonka lähetimme kuntiin.

Saatujen palautteiden pohjalta muokkasimme oppaan sisältöä, ja lopullinen opas valmistui syyskuussa 2009. Samalla teimme yhteistyökumppanin kanssa oppaan käyttöoikeussopimuksen (ks. liite 3), jossa luovutimme kaikki muokkaus- ja käyttöoikeudet Pohjois-Savon Syöpäyhdistykselle. Yhteistyökumppanimme pyynnöstä esittelimme valmiin oppaan Saattohoitoseminaarissa Kuopiossa lokakuussa 2009. Seminaariin osallistuneet ilmaisivat kiinnostusta opasta kohtaan. Samalla sovimme, että yhteistyökumppanimme jakaa oppaan Silta-projektissa mukana oleviin kuntiin tammikuussa 2010 sekä julkaisee oppaan sähköisessä muodossa Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen internetsivuilta.

Projektin budjettiin olimme alun perin laskeneet tiettyjä kuluja. Todellisuudessa kustannuksia tuli kopioinneista noin 10 euroa. Kaukolainoista ei tullut kustannuksia. Pohjois-Savon Syöpäyhdistys maksoi oppaan painamiskulut ja meille jäi maksettavaksi valmiin opinnäytetyön kansitus sekä meille että yhteistyökumppanille.

Projektin arviointi

Suunnitteluvaiheessa käytimme paljon aikaa aiheeseen tutustumiseen, joka osoittautui hyväksi ja tarpeelliseksi. Perehtymällä aiheeseen varmistimme, että projekti onnistuu ja opas tulee olemaan laadukas. Tiedon rajaaminen toteutui helposti, koska halusimme oppaaseen mahdollisimman tuoretta tietoa.

Suunniteltu aikataulu ei täysin toteutunut itsestä riippumattomista syistä. Oppaan teossa aikataulu kuitenkin piti. Yhteistyö ohjaavan opettajan ja yhteistyökumppanin kanssa sujui ongelmitta. Yhteydenpito oli säännöllistä ja tarkoituksenmukaista. Työn tekijöiden välinen työjako onnistui suunnitelmien mukaan ja yhteistyö oli sujuvaa.

Kun oppaan sisältö laitettiin koelukuun ja pyysimme palautteita siitä, ei kaikki mennyt odotusten mukaan. Ensimmäisellä kerralla oppaan sisällöstä pyydettiin palautetta kuudesta eri kunnasta, mutta saimme vain yhden vastauksen. Emme olleet tyytyväisiä tähän palautemäärään, vaan laitoimme oppaan uudestaan koelukuun. Toisella kerralla palautetta pyydettiin kuudesta uudesta kunnasta ja vastauksia tuli kaksi. Ensimmäiseen koelukuun oli varattu aikaa viikko ja toiseen neljä viikkoa. Mielestämme nämä olivat riittäviä aikoja ja olimme pettyneitä palautteiden vähyyteen. Ajan rajallisuuden vuoksi emme enää voineet laittaa opasta kolmanteen koelukuun, vaan tyydyimme saatuihin kolmeen

vastaukseen. Nämä vastaukset olivat erittäin kattavia ja saimme niistä paljon uusia ideoita ja näkökulmia saattohoidon oppaan sisältöön.

Saattohoitoseminaari antoi varmuuden, että oppaamme on tarpeellinen. Seminaarissa saimme positiivista palautetta oppaan sisällöstä saattohoidon parissa työskenteleviltä ammattilaisilta. Oppaan valmistuttua saimme positiivista palautetta myös yhteistyökumppanilta. Oppaan käyttökokemukset jäivät meiltä saamatta tätä raporttia tehdessä. Olemme kuitenkin jättäneet yhteystietomme yhteistyökumppanille, koska haluamme kuulla palautetta oppaasta myös valmistumisemme jälkeen.

5 SAATTOHOITO-OPPAAN SISÄLLÖN JA ULKOASUN VALINAN PERUSTELUT SEKÄ OPPAAN ARVIOINTI

Käytimme oppaan sisällön ja ulkoasun suunnittelussa ja arvioinnissa terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opasta. Parkkusen, Vertion ja Koskinen-Ollonqvistin (2001, 11) mukaan laadun arviointiin tarvitaan laatuksiteereitä. Esittelemme tässä luvussa oppaan sisällön ja ulkoasun muodostumista Parkkusen ym. luomien laatuksiteereiden perusteella.

Kohderyhmä on määriteltävä mahdollisimman tarkasti ennen aineiston tuottamista (Parkkunen ym. 2001, 10). Määrittelimme kohderyhmäksi Pohjois-Savon kunnissa saattohoidon parissa työskentelevät hoitajat. Hoitajat ovat monen ikäisiä ja heillä on erilaisia koulutustaustoja. Taustaltaan he ovat niin sairaanhoitajia kuin perus- ja lähihoitajia. He voivat työskennellä esimerkiksi kotihoidossa tai sairaalassa. Parkkunen ym. (2001) mukaan oppaan kielen tulee olla helppolukuista ja keskeiset käsitteet tulee olla avattu. Oppaan kieli pyrittiin laatimaan hoitoalan ammattilaiselle ymmärrettäväksi. Selostimme keskeiset käsitteet heti oppaan alussa. Valitsimme viestintäkanavaksi oppaan, koska se oli edullinen ja helppo vaihtoehto. Arvioimme, että kirjallinen opas tavoittaa parhaiten saattohoidossa työskentelevät hoitajat. Kirjallisen oppaan lisäksi Pohjois-Savon Syöpäyhdistys halusi julkaista oppaan sähköisessä muodossa omilla kotisivuillaan.

Parkkusen ym. (2001,11) mukaan terveysaineistossa tulee olla sisällöltään oikeaa ja virheetöntä sekä ajan tasalla olevaa tietoa. Oppaan sisällön valinta perustui tutkittuun tietoon. Ajantasaisuuden varmistimme rajaamalla lähdemateriaalin vain 2000-luvulla tehtyihin tutkimuksiin sekä kirjallisuuteen. Sisällön laajuutta rajasimme kolmeen näkökulmaan. Näkökulmina olivat potilas, omainen sekä hoitohenkilöstö. Tämä varmistaa myös oppaan objektiivisuuden. Tutkitun tiedon ja saatujen palautteiden perusteella valikoitui oppaan sisältö eli saattohoitopotilaan oireet, psyykkinen ja hengellinen tukeminen, monikulttuurisuus ja hengellisyys sekä hoitajan jaksaminen. Etsimme Väestörekisterin internetsivuilta ja kirjallisuudesta Suomen yleisimpiä uskontoja ja näiden perusteella valitsimme uskonnot liitteessä 4 olevaan taulukkoon. Lisäksi otimme mukaan kulttuureja kirjallisuuden perusteella

Kun olimme rajanneet aiheen ja päättäneet oppaaseen tulevan sisällön, pyysimme palautetta saattohoidossa työskentelevältä hoitohenkilöstöltä. Esitestauksella varmistetaan, että opas sopii kohderyhmälle (Parkkunen ym. 2001, 19). Esitestauksen perusteella muokkasimme oppaan sisältöä vastaamaan paremmin kohderyhmän tarpeita.

Saattohoito-oppaan kooksi valittiin A4, koska se oli edullinen vaihtoehto valmistaa ja A4-kokoinen opas on sopiva luettavaksi. Tekstin fontiksi valitsimme Times New Romanin 12 pisteen kirjasinkoolla, koska se on todettu selkeäksi ja helppolukuiseksi. Osa otsikoista on lihavoitu ja kursivoitu erottumaan muusta tekstistä. Oppaassa käytetään mustaa tekstiä valkoisella pohjalla, jollainen on selkeää lukea. Käytimme myös taulukkoa ja luetteloita asiaa selkeyttämään ja elävöittämään. (Vrt. Parkkunen ym. 2001, 15–16.) Parkkunen ym. (2001, 17) toteaa, että tekstiä on hyvä elävöittää ja tukea myös kuvin. Päädyimme liittämään oppaaseen sisältöön liittyviä kuvia sekä siltakuvia. Kuvat olivat mielestämme aiheeseen sopivia ja esteettisiä, mutta neutraaleja. Oppaan sivulla 16 oleva kuva valittiin sen esteettisyyden vuoksi sekä kuvaamaan yhteistä ruokailua kauniisti katetun pöydän äärellä. Sivulla 18 olevaan kuvaan haettiin tunnelmaksi hoitajan lämpöä, läheisyyttä ja kosketusta. Sivulla 25 olevalla järvimaisemakuvalla halusimme kuvata tunnelmaa, johon pyritään saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa psyykkisellä tukemisella. Sivulla 30 olevassa kuvassa kukat kuvaavat hoitajia, jotka toimivat ryhmässä ja tukevat toinen toistaan. Lisäksi tämän kuvan on tarkoitus luoda positiivista tunnelmaa. Kuvissa ei ollut henkilöitä, eikä tunnistettavia paikkoja. Etu- ja takakanteen valitut siltakuvat symboloivat oppaan kuulumista Silta-projektiin. Lisäksi

mielestämme silta kuvaa ihmisen elämänkaarta, syntymästä kuolemaan, ja näin ollen sopii tähän yhteyteen.

Hyvä ensivaikutelma terveysaineistosta vaikuttaa siihen, haluaako lukija tutustua aineistoon tarkemmin (Parkkunen ym. 2001, 19). Hyvää ensivaikutelmaa sekä tunnelmaa pyrimme luomaan kuvilla, taulukoilla sekä luetteloilla. Pyrimme kiinnostavaan kokonaisuuteen.

Oppaan tekee luotettavaksi se, että käytimme uusinta tutkittua tietoa. Oppaan sisältöä tehdessä vertasimme eri lähteitä toisiinsa. Päädyimme käyttämään pääasiallisena lähteenä Käypä Hoito -suositusta (2008), koska siinä on uusin tutkittu tieto saattohoitopotilaan oireista ja oireiden hoidosta. Hännisen kirjoittama kirja Saattopotilaan oireiden hoito (2003) valikoitui tärkeäksi lähteeksi, koska se on kattava teos saattohoitopotilaan oireista ja niiden hoidosta. Sisällön valinnassa on verrattu näitä kahta lähdettä. Luotettavuutta heikentävä tekijä on palautteiden vähyys. Myös käytettävyydestä ei ole takuita palautteiden vähyiden vuoksi. Opasta voidaan hyödyntää myös muualla kuin Pohjois-Savon alueella. Oppaan sisältö ei ole liian yksityiskohtainen eikä paikkasidonnainen. Työmme eettisyyttä perustelemme sillä, että aihe on työelämälähtöinen. Halusimme työllä kehittää omaa ammatillista osaamistamme, mutta se oli toissijainen tarve. Aiheen valinnan taustalla ei ollut arveluttavia tekijöitä, kuten oman hyödyn tavoittelua.

6 POHDINTA

Vilkan ja Airaksisen (2003, 65) mukaan toiminnallisen opinnäytetyön raportista tulee näkyä, millainen opinnäytetyöprosessi on kokonaisuudessaan ollut. Lukijan tulisi pystyä raportin perusteella arvioimaan, onko opinnäytetyöprosessi onnistunut. Mielestämme onnistuimme opinnäytetyön tekemisessä suunnitelmien mukaan. Sekä omat ammatilliset tavoitteemme että hankkeen tavoitteet täyttyivät.

Opinnäytetyöprosessi vaati monella tavalla eettistä osaamista. Oppaan sisällön valinnassa huomioimme lukijan kunnioittamisen asiallisella kirjoitustyyllillä. Sisällön oikeellisuuden perustelimme pyrkimällä valitsemaan lähteet kriittisesti. Kun oppaan lukija saa ajan tasalla olevaa sekä oikeaa tietoa saattohoidosta, hän pystyy antamaan saattohoitopotilaalle hyvää ja laadukasta hoitoa. Oppaan käytettävyyttä lisää se, että oppaan sisältö on laadittu käytettäväksi niin kotona kuin laitoksessa. Sisällön valinnoilla pyrimme varmistamaan myös oppaan ohjeiden yleistettävyyden.

Opinnäytetyöprosessin aikana saimme paljon uutta tietoa saattohoidosta. Tämän tiedon avulla pystymme toteuttamaan saattohoitopotilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Saattohoitoon tarkemmin perehtymällä ymmärsimme, mitä kaikkea kuuluu saattohoitopotilaan kokonaihoitoon. Fyysisten oireiden hoidon lisäksi on huomioitava myös potilaan psyykinen jaksaminen ja hänen kulttuuritaustansa sekä hoitajan oma jaksaminen. Tutkimustietoon perehtyminen opetti meitä hyödyntämään näyttöön perustuvaa tutkimustietoa ja soveltamaan kuntouttavaa ja terveyttä edistävää hoitotyötä saattohoitopotilaan hoidossa. Opimme erilaisia lääkkeellisiä hoitokeinoja, jotka helpottavat saattohoitopotilaan oireita. Huomioimme kuitenkin opinnäytetyössä sekä lääkkeelliset että lääkkeettömät hoitokeinot. Korostimme kivunhoitoa, sillä se on yksi tärkeimmistä huomioitavista asioista saattohoitopotilaan hoidossa.

Opinnäytetyö toteutettiin projektina, mutta se oli myös osa isompaa Silta-projektia. Teimme tiivistä yhteistyötä Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen kanssa. Yhteistyö oli jatkuvaa ja vastavuoroista. Yhteistyökumppani toimi yhteyshenkilönä Silta-projektin kuntiin ja välitti oppaan sisällön koelukuun. Hän välitti kunnista tulleet palautteet meille. Yhteistyökumppani oli suurena tukena projektin aikana.

Projektin suunnitteluvaiheessa tehty SWOT-analyysi osoittautui tarpeelliseksi. Heikkouksien pohtiminen etukäteen auttoi varautumaan niihin. Tiedon rajaamisessa auttoi oppilaitoksen informaatikko. Tietoteknisiin ongelmiin saimme tukea ja ohjeita läheisiltä prosessin eri vaiheissa. Laiskuutta torjuttiin tarkalla ajankäyttösuunnitelmalla sekä tehtävien jakamisella. Valitettavasti moni uhka toteutui projektin aikana. Työharjoittelut ja tiukat aikataulut muissa opinnoissa aiheuttivat ongelmia ajankäytössä. Myös toisen tekijän yllättävä sairastuminen vaikeutti ja viivästytti opinnäytetyön valmistumista. Mielenkiinto aihetta kohtaan syveni projektin aikana. Oma ammatillinen osaamisemme saattohoidossa kehittyi. Tekijöiden yhteistyö oli koko ajan luontevaa ja sujuvaa. Opinnäytetyön avulla meillä oli mahdollisuus olla kehittämässä saattohoitoa Pohjois-Savon alueella.

Emme itse vastaa oppaan jakelusta, vaan se on yhteistyökumppanimme vastuulla. Jättimme hänelle yhteystietomme ja pyysimme ilmoittamaan, jos palautetta oppaasta tulee. Jatkoideana tälle opinnäytetyölle voisi olla tutkimus oppaan käytöstä ja sen toimivuudesta. Lisäksi tulisi tehdä lisää tutkimusta saattohoidosta. Tutkimustietoa jäimme kaipaamaan erityisesti monikulttuurisuuden huomioinnista hoitotyössä sekä saattohoitopöytäkirjaan ja hänen omaistensa psyykkisestä ja hengellisestä tukemisesta.

LÄHTEET

- ETENE.** 2003. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE-julkaisuja 8. Helsinki: STM
- Grönlund, A. & Leino, T.** 2008. Hoitoneuvottelu. Saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa A. Grönlund, M.S. Anttonen, S. Lehtomäki, & E. Agge, (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 37–41.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E.** (toim.). 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.
- Hietanen, H.** 2008. Painehaavojen ehkäisy. Sairaanhoidajan käsikirja. Sairaanhoidajan tietokannat. Duodecim. Päivitetty 09.12.2008. Viitattu 14.01.2010. <http://www.terveysportti.fi>
- Hänninen, J.** 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim
- Hänninen, J.** 2004. Saattohoito. Teoksessa P. Hietanen & A. Vainio (toim.) Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 311–316.
- Hänninen, J.** 2008. Onnistunut oirehoito on saattohoidon edellytys. Sairaanhoidaja-lehti (9), 30–33.
- Hänninen, J. & Anttonen, M.S.** 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M. S. Anttonen, S. Lehtomäki, & E. Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 23–35.
- Karppi, P., Miettinen, T. & Raatikainen, R.** 2001. Omaisten arviointia kuolevan potilaan hoidosta. Hoitotiede 13 (1), 30–42.
- Karvinen, I., Kankkunen, P. & Nikkonen, M.** 2007. Haasteena hengellisyys. Sairaanhoidaja 80 (12), 28–30.
- Korhonen, T.** 2005 Onnistuuko oireiden hoito suun kautta otettavin lääkkein? Duodecim 121 (2), 215–219.
- Kuuppelonmäki, M.** 2002. Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoidajien arvioimana. Hoitotiede 14 (5), 243–253.
- Kärpäniemi, R.** 2008. Sairaanhoidaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa E. Grönlund, M.S. Anttonen, S. Lehtomäki, & E. Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 109–118.
- Käypä Hoito –suositus.** 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työ-

- ryhmä. Julkaistu 28.1.2008. Viitattu 16.12.2009.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063#s19>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.** 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 13.01.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=785>
- Laukkanen, M.-B.** 2001. Monikulttuurinen kuolema. Perustietoa eri uskontokuntiin kuuluvien hoitamisesta. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Julkaisut.
- Niskanen, A.** 2008. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Sairaanhoidajan tietokannat. Duodecim. Päivitetty 09.12.2008. Viitattu 14.01.2010.
<http://www.terveysportti.fi>
- Nurhonen, R., Onatsu, P. & Sarkkinen, K.** 2000. Kanssasi kuolemaa kohtaamassa: hoitajien jaksaminen ja voimavarat kuolevan syöpäpotilaan hoidossa. Savonia-ammattikorkeakoulu. Iisalmi. Opinnäytetyö.
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P.** 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveystietokeskuksen julkaisuja –sarja 7/2001. Helsinki: Terveystietokeskus.
- Salminen, E. & Salmenoja, H.** 2007. Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon? Duodecim 123 (7), 825–828.
- Savonia-ammattikorkeakoulu.** 2009. Terveysala Kuopio. Sairaanhoidaja (AMK). Opetussuunnitelma. Viitattu 29.12.2009. http://www.savonia-amk.fi/terttta/pdf/th8s_ops.pdf
- Schmitt, F.** 2008. Kuoleva potilas ja perhe. Teoksessa E. Grönlund, M.S. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 59–69.
- Silfverberg, P.** 2007. Ideasta projektiksi: Projektityön käsikirja. Helsinki: Edita.
- Siltala, P.** 2008. Työnohjaus kuoleman kohtaamisessa. Teoksessa E. Grönlund, M.S. Anttonen, S. Lehtomäki & E. Agge (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 85–95.
- Tanskanen, J.** 2004. Saattohoitopäätöksen tekeminen. Teoksessa H. Heikkinen, V. Kannel, & E. Latvala, (toim.) Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY, 23–26.
- Tuura, R., Nikula, S., Järvimäki, V., Antikainen, R., Kynsilehto, E.A., Tähtinen, T., Vasala, K. & Nuutinen, M.** 2005. Saattohoidossa olevan potilaan kivunhoito Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnissa. Suomen Lääkärilehti (48), 5013–5016.

- Vainio, A.** 2004a. Palliativisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. Teoksessa P. Hietanen & A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 33–52.
- Vainio, A.** 2004b. Palliativisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa P. Hietanen & A. Vainio (toim.) Palliativinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 16–32.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T.** 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- Virtanen, P.** 2000. Projektityö. Porvoo: WSOY.
- Väestörekisterikeskus.** 2008. Uskonnolliset yhdyskunnat. Päivitetty 2.1.2008. Viitattu 1.3.2010.
[http://www.vaestorekisterikeskus.fi/vrk/files.nsf/files/FF622675B4BB1110C2257459002561F9/\\$file/rek.uskonnolliset+yhd,311207.htm](http://www.vaestorekisterikeskus.fi/vrk/files.nsf/files/FF622675B4BB1110C2257459002561F9/$file/rek.uskonnolliset+yhd,311207.htm)

SAATTOHOITO-OPAS

HOITAJILLE



SISÄLTÖ

1 LUKIJALLE	47
2 KÄSITTEITÄ	48
3 SAATTOHOITOPOTILAAN FYYSISET OIREET JA OIREENMUKAINEN HOITO	50
3.1 Hengitysteiden oireet	50
3.2 Ruoansulatuskanavan oireet.....	54
3.3 Kipu.....	61
3.4 Väsymysoireyhtymä eli fatigue	63
3.5 Iho-oireet.....	63
4 SAATTOHOITOPOTILAAN PSYYKKISET OIREET JA OIREENMUKAINEN HOITO	66
4.1 Masennus	66
4.2 Ahdistuneisuus	66
4.3 Unettomuus	67
4.4 Delirium	67
5 PSYYKKINEN JA HENGELLINEN TUKEMINEN	68
6 MONIKULTTUURISUUS JA HENGELLISYYS KUOLEVAN POTILAAN HOIDOSSA	70
7 HOITAJAN JAKSAMINEN	74
8 YHTEYSTIETOJA	75
9 LÄHDEKIRJALLISUUTTA.....	76
10 AIHEESEEN LIITTYVIÄ LINKKEJÄ	77

1 LUKIJALLE

Palliatiivisen hoidon periaate on kehittynyt hospice-liikkeessä, jonka perustaja Dame Cicely Saunders avasi ensimmäisen saattokodin Lontoossa vuonna 1967. Suomessa saattohoitoa on alettu kehittää 1970-luvulta lähtien, jolloin Suomesta tehtiin vierailu St. Christopher's Hospiceen Lontooseen. Vierailun seurauksena lääkintöhallitus antoi ohjeet terminaalihoidosta vuonna 1982. Näiden ohjeiden lisäksi maassamme syntyi lukuisia paikallisia saattohoidon projekteja, joissa aloitteentekijöinä oli lääkäreitä, sairaanhoitajia, terveyskeskusten osastoja sekä paikallisia syöpäyhdistyksiä. Suomen ensimmäiset saattohoitokodit perustettiin vuonna 1988 Tampereelle ja Helsinkiin. Suomessa saattohoitoa on kehitetty nyt siihen vaiheeseen, että tammikuussa 2008 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä julkaisi Käypä hoito -suositukset Kuolevan potilaan oireiden hoitoon.

Hoitajat Pohjois-Savon kunnissa kokivat ongelmaksi, ettei saattohoitoon ole yhtenäistä ohjeistusta. Tarvetta sellaiselle kuitenkin kunnissa on. Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksellä on meneillään Silta-projekti, joka on kotisaattohoidon kehittämishanke. Hankkeen tarkoitus on kehittää parantumattomasti sairaan potilaan hyvää oireenmukaista, inhimillistä ja taloudellista kokonaishoitoa. Tästä saimme idean tehdä oppaan saattohoidosta hoitajille. Opas on tehty opinnäytetyönä ja on osa Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen Silta-projektia.

Opas on tarkoitettu kaikille saattohoidon parissa työskenteleville hoitajille, niin kotona kuin laitoksessa. Tavoitteena on, että opas toimisi työvälineenä saattohoidossa. Näin hoitajilla olisi yhtenäiset ohjeet saattohoitopotilaan hyvään hoitoon.

2 KÄSITTEITÄ

Palliativinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista oireenmukaista hoitoa. Keskeistä palliativisessa hoidossa on potilaan kärsimysten lievittäminen sekä paneutuminen potilaan psyykkisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin ongelmiin. Palliativiseen hoitoon kuuluu oireiden lievityksen lisäksi erilaiset tukihoidot sekä potilaan ja hänen omaistensa tukeminen kuoleman lähestyessä. Kun aktiivista ja parantavista hoidoista luovutaan, siirrytään palliativiseen hoitoon ennen saattohoitoa. Ajallisesti palliativinen hoito voi kestää vuosiakin, joten se ei ole niin sidoksissa kuoleman ajatukseen kuin saattohoito.

Hoitoneuvottelut ovat sarja keskusteluja, joissa potilas, hänen omaisensa, hoitava lääkäri sekä omahoitaja ja mahdolliset muut hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt (esim. fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä) keskustelevat potilaan hoidon linjauksista. Hoitoneuvotteluilla varmistetaan, että potilas ja omaiset saavat tietoa tilanteesta sekä sairauden kulusta. He saavat tilaisuuden keskustella mieltään askarruttavista asioista. Hoitoneuvottelujen tavoite on luoda luottamusta potilaan ja häntä hoitavien ammattihenkilöiden välille.

Saattohoitopäätös tarkoittaa, että potilaan sairaus on edennyt vaiheeseen, jossa kuolema on väistämättä lähestymässä. Saattohoitopäätöksen tekee hoitava lääkäri käytyään hoitoneuvotteluja potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Päätös tehdään yhteisymmärryksessä. Päätös saattohoidosta kirjataan potilaan sairaskertomukseen selkeästi, jotta kaikki potilasta hoitavat tietävät tehdystä päätöksestä. Saattohoitopäätös on tärkeä tehdä, jotta vakavasti sairaalle potilaalle ja omaisille tarjoutuu mahdollisuus valmistautua kuolemaan.

Saattohoito tarkoittaa kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa sekä tukemista. Saattohoitopotilaalla on parantumaton sairaus, johon ei enää ole ennustetta parantavaa hoitoa tarjolla, ja potilaan arvioitu elinikä on lyhyt. Sana saattohoito mielletään usein koskemaan vain syöpää sairastavia potilaita. Todellisuudessa saattohoitoa annetaan kaikille pitkäaikaissairaille, joilla on kuolemaan johtava sairaus, esimerkiksi keuhkohtaumatautipotilaille sekä sydänsairauksia sairastaville heidän elämänsä loppuvaiheessa. Hoidon tavoit-

teena on rinnalla kulkien mahdollistaa hyvä kuolema. Saattohoitoon kuuluu mahdollisimman hyvä oireiden hoito sekä perushoito. Potilaan toiveet huomioidaan sekä valmistetaan potilasta ja hänen omaisiaan lähestyvään kuolemaan heitä tukien. Saattohoito toteutuu parhaiten moniammatillisessa työryhmässä yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Saattohoidon englanninkielinen vastine on joko ”hospice care” tai ”terminal care”.

Terminaalihoidoksi kutsutaan yleensä välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa, mutta saattohoito sekä terminaalihoido ovat nykyään puhekielessä toistensa synonyymejä. Olisi kuitenkin toivottavaa käyttää saattohoito-termiä terminaalihoidon sijaan.

Alihoito on ETENEN (2003) määritelmän mukaan saattohoidossa ”hoitoa, jossa osa potilaan kivusta ja kärsimyksestä jää hoitamatta. Tämä saattaa johtua siitä, että potilaan kärsimyksiä ei havaita, ei osata hoitaa tai niitä aliarvioidaan. Hyvällä saattohoidollakaan ei välttämättä saada poistettua kaikkea kipua tai kärsimystä, mutta niitä voidaan monin keinoin lievittää.”

Ylihoitolla puolestaan tarkoitetaan saattohoidossa ”toimenpiteitä, jotka pidentävät potilaan kärsimyksiä ja vain marginaalisesti vaikuttavat hänen elinikäänsä. Ylihoito ei lisää potilaan elämän laatua.”

Kun saattohoitopäätös on tehty, laaditaan yhdessä potilaan ja mahdollisesti läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa hoitosuunnitelma, johon kirjataan potilaan tarpeet, hoidon tavoitteet ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Hoitoa seurataan ja arvioidaan säännöllisesti.

3 SAATTOHOITOPOTILAAN FYYSISET OIREET JA OIREEN- MUKAINEN HOITO

Saattohoitopotilaan fyysiset oireet ovat moninaisia, mutta niitä on mahdollista seurata sekä hoitaa ja lievittää monin tavoin.

3.1 Hengitysteiden oireet

Hikka

Hikalla tarkoitetaan pallean äkillistä ja tahdosta riippumatonta supistusta. Saattohoitopotilailla hikkaa voivat aiheuttaa palleahermon ärsytys esimerkiksi kasvainmassan aiheuttaman paineen tai askiteksen aiheuttaman vatsan venyttymisen vuoksi, uremia eli virtsamyrkytys, hypokalemia eli veren kaliumniukkuus, hyponatremia eli veren natriumniukkuus, infektio tai keskushermostoperäiset syyt. Myös eräät lääkeaineet, kuten kortikosteroidi, voivat aiheuttaa hikkaa. Hikka voi olla ohimenevä, jolloin siihen ei tarvita hoitoa, mutta pitkittyessään hikka voi huomattavasti heikentää potilaan elämänlaatua.

Hikan hoitoon ei ole vielä olemassa yhtä pätevää lääkettä, mutta baklofeenista on eniten näyttöä hikan hoidossa. Maha-suolikanavaperäisessä hikassa suositeltavia lääkeaineita ovat metoklopramidi sekä omepratsoli. Midatsolaamilla on myös hikkaa lieventävä vaikutus, joka todennäköisesti johtuu potilaan sedaatio- eli tajunnantason asteesta. On syytä pohtia, onko saattohoitopotilaan sedaatio itse potilaan kannalta myönteinen vain kielteinen seikka. Lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja kannattaa myös kokeilla: Paperipussiin hengittämistä tai lasin ulommasta reunasta juomista.

Yskä

Yskää aiheuttaa lisääntynyt limaeritys, heikentynyt liman kuljetus, vatsansisällön nouseminen ruokatorvea pitkin ylöspäin varsinkin yöaikaan sekä nielemisvaikeudet. Astma, muut hengityselinsairaudet, infektiot ja keuhkoödeema eli nesteinen turvotus keuhkoissa voivat aiheuttaa yhtenä oireena yskää. Yskä voi olla ensimmäinen oire keuhkopussiin kerääntyvästä nesteestä. Yskä voi olla hyvin häiritsevä oire potilaalle.

Paras keino yskän hillintään ovat kipulääkkeinä käytetyt opioidit. Antikolinergiset lääkkeet myös hillitsevät yskää vähentämällä limaneritystä. Inhaloitava keittosuola on tehokas limanirrottaja. Kodeiinia sisältävät yskänlääkkeet voivat auttaa, mutta muunlaiset yskänlääkkeet ovat usein tehottomia. Tupakoivan potilaan tahtoa tulee kuunnella harkittaessa, onko tupakoinnin lopettaminen enää tähdellistä loppuvaiheen hoidossa vai lisääkö tupakoinnin lopettaminen kärsimystä. Tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa nikotiinin vieroitusoireita, joita voidaan helpottaa nikotiinin korvaustuotteilla. Keuhkosairauksiin käytettävät hengitettävät kortikosteroidit voivat lisätä yskää, joten on syytä miettiä suun kautta otettavaa lääkitystä. Glykopyrrolaatti sekä skopolamiini laastarina vähentävät syljen ja liman eritystä. Näihin lääkeaineisiin liittyy haittavaikutuksia, joten lääkkeen aloitus on lääkärin harkinnassa. Kuivan huoneilman kostutus on myös helpottava tekijä. Tarvittaessa käytetään imua ja potilas autetaan kylkiasentoon.

Veriyskä

Veriyskää saattohoitopotilailla voi aiheuttaa infektio, keuhkosityöpä sekä keuhkoembolia eli keuhkoveritulppa. Veren yskiminen voi olla potilaalle ja hänen omaisilleen hyvin pelottava oire. Potilas voi säikähtää runsasta verenvuotoa keuhkoista ja pelätä tukehtuvansa siihen. Usein verta ei tule runsaasti yskösten mukana ja veriyskää pidetään henkeä uhkaavana vasta, kun veren määrä ylittää 200 ml. Yskösten mukana tuleva veri voi olla peräisin keuhkoista, mutta myös muualta nielun alueelta.

Satunnaisia ja määrältään vähäisiä veriysköksiä ei tarvitse erikseen hoitaa. Tärkeintä on potilaan rauhoittelu sekä tukeminen sairauden edetessä. Mikäli vuoto on jatkuvaa ja potilasta häiritsevää, on siihen puututtava. Infektio keuhkoissa tulee hoitaa, sädehoitoa keuhkosityöpäpotilaalle voidaan myös harkita. Traneksaamihappo suun kautta auttaa myös veriysköksiin. Mikäli vuoto on valtimo- tai laskimoperäistä, lääkityksestä ei ole hyötyä. Tällaisessa tilanteessa potilaan hyvinvoinnin kannalta ajankohtaiseksi voi tulla potilaan sedatointi opioideilla tai bentsodiatsepiineillä.

Hengenahdistus

Eriasteista hengenahdistusta esiintyy laajasti saattohoitopotilailla. Hengenahdistus koetaan paljolti yksilöllisesti, joten keuhkojen toimintaa kuvaavat tutkimukset eivät välttämättä anna oikeaan kuvaan potilaan kokemasta hengenahdistuksesta. Hengenahdistusta voivat aiheuttaa

- erilaiset kasvaimet hengitysteiden eri osissa

- keuhkopussiin kerääntyvä neste ja atelektaasin muodostuminen
- yläonttolaskimon ahtauma
- askites
- sädehoidon aiheuttamat muutokset sekä tulehdukset
- anemia
- keuhkoveritulppa
- keuhkokuume
- erilaiset keuhkojen sairaudet, kuten astma, keuhkoahtaumatauti ja krooninen keuhkoputken tulehdus
- sydämen vajaatoiminta
- muut hengityselinten heikkoutta aiheuttavat sairaudet, kuten ALS ja MS
- psyykkiset tekijät.

Varsinainen kudoksen hapenpuute eli hypoksia ei itsessään aiheuta potilaalle hengenahdistusta, vaan on seurausta siitä. Potilaan kokemaa hengenahdistusta tulee ottaa huomioon, hänen oirekuvaustaan kuunnella ja lievittää hengenahdistusta oireenmukaisesti.

Hengenahdistuksen johtuessa nesteestä keuhkopussissa nopein helpotus potilaalle on nesteen poisto kertapunktiolla tai dreenillä. Sädehoidosta voi olla apua keuhkosyöpää sairastavan potilaan hengenahdistukseen. Tutkimusten mukaan opioidit ovat hyviä lievittämään hengenahdistusta vaikuttamalla aivoissa lamaavasti hengityskeskukseen, jolloin potilaan sietokyky hiilidioksidille kasvaa. Tällä tavalla potilaan kokeman hengenahdistus lievittyy ja hyvinvointi paranee. Saattohoitopotilaan kohdalla tärkeintä on oireettomuus, vaivattomuus ja kivuttomuus, ei niinkään hengenahdistuksen syyn poistaminen. Opioidihoito on lääkärin harkinnassa ja päätettävissä ja se soveltuu myös kotihoidossa olevalle potilaalle.

Tavallinen tapa helpottaa yleisesti hengenahdistusta on lisähapen anto. Useat tutkimukset puoltavat tätä, mutta useat ovat myös vastaan. Happihoidon vaikutukset saattohoitopotilaan hengenahdistuksen lievittämiseen ovat siis ristiriitaisia. On myös tutkimustuloksia, että tavallinen huoneilma annosteltuna happiviiksien kautta lievittää potilaan kokemaa hengenahdistusta. Happihoitoa tulee siis miettiä yksilöllisesti ja lääkärin joh-

dolla. Hengenahdistukseen voidaan myös kokeilla keuhkoputkia laajentavia lääkkeitä esimerkiksi teofylliinia tai salbutamolia.

Saattohoitopotilaan kokema hengenahdistus voi olla hyvin monisyinen ja monitahoinen, jolloin yksittäiset apukeinot eivät välttämättä auta. Jokaisen potilaan kohdalla tulee myös muistaa esimerkiksi asentohoito, huoneilman tuuletuksesta ja kostutuksesta huolehtiminen. Ihan pelkkä läsnäolo usein auttaa ja rauhoittaa potilasta. On muistettava lievittää myös omaisten hätää kertomalla, että hengenahdistus on osa sairauden aiheuttamaa muutosta.

Kuolemaan liittyvä limarohina

Muutamia päiviä tai tunteja ennen kuolemaa saattaa potilaalle muodostua runsaasti limaa ja sylkeä, jota hän ei enää kykene nielemään. Liman tai syljen rohistessa hengityksen aikana syntyy joskus kovakin ääni, jota kutsutaan ”death rattleksi”. Omaisia ääni voi pelottaa ja ahdistaa, jolloin hoitohenkilökunnan tuki ja tieto äänen kuulumisesta asiaan tulevat tarpeeseen. Kuolemaan liittyvä limarohina voi johtua kahdesta eri syystä:

- heikentyneen nielemisrefleksin takia sylki kertyy nieluun
- heikentyneen yskimisrefleksin takia hengitysteihin ja nieluun kertyy limaa.

Tässä vaiheessa potilas on usein jo tajuton tai tokkurainen, joten liman ja syljen korina eivät haittaa hengitystä. Näkyvää limaa ja sylkeä voi imeä pois suusta ja nielusta, alemmaa hengitysteistä limaa voi olla vaikeaa ja tarpeetonta imeä. Lääkehoidolla voidaan syljen eritystä hillitä. Skopolamiinilaastareita voi käyttää, mutta niitä tarvitaan useita kerrallaan, jotta syljenmuodostus vähenee riittävästi. Liman aiheuttamaan rohinaan skopolamiini ei auta. Glykopyrrolaatti on antikolinerginen lääkeaine, joka hillitsee myös syljen eritystä. Tällä lääkeaineella voidaan saada vaikutusta myös liman aiheuttamaan rohinaan. Tärkeää on antaa tietoa omaisille ja tukea heitä kuoleman lähestyessä.

3.2 Ruoansulatuskanavan oireet

Suun oireet

Suun kuivuminen johtuu usein syljenerityksen vähenemisestä. Potilaan makuaisti saattaa muuttua, jolloin entiset mieliruoat sekä mausteiset ruoat eivät maistu. Ruoan koostumus vaihtuu sosemaisemmaksi ja kovat pureskeltavat ruoat jäävät vähemmälle. Limakalvojen sienitulehdukset myös aiheuttavat epämiellyttäviä tunteita suussa. Suun kuivuminen sekä kivut suussa ovat yleisimmät saattohoitopotilaan suun oireet. Niiden aiheuttajina voivat olla mm. kostuttamaton happi, suun kautta hengittäminen tai kuivuminen eli dehydraatio.

Suun hyvästä hygieniasta tulee huolehtia aina viimeisiin hetkiin asti, jotta suun oireet eivät aiheuttaisi lisää kärsimystä. Hampaat ja suu tulee hoitaa kahdesti päivässä, kuten terveilläkin ihmisillä. Suuta voi kostuttaa siihen soveltuvilla valmisteilla ja syljen eritystä lisätä esimerkiksi sokerittomalla purukumilla tai imeskelytableteilla. Suuhun laitettavat kostutusvalmisteet tulee aina huuhdella pois ennen seuraavaa laittoa, sillä monet kostutusvalmisteet jättävät kalvon limakalvojen pinnalle, jolloin voi aiheutua lisää ongelmia. Jääpalat, mehujäät ja vastaavat ovat hyviä syljenerityksen lisääjiä ja ne lievittävät kylmän avustuksella kipua. Jos potilas on sekava tai hänen tajuntansa on heikentynyt, hänelle ei anneta mitään suuhun. Potilaan lääkitys on hyvä selvittää ja lopettaa mahdollisuuksien mukaan suun kuivumista aiheuttavat lääkkeet. Suussa olevaa tulehdusta tulee hoitaa. Huoneilmaa voidaan kostuttaa ja suuta voidaan huuhtoa laimealla keittosuolaliuoksella. Huulet on hyvä rasvata säännöllisesti.

Nielemisvaikeudet

Nielemisvaikeuksilla tarkoitetaan vaikeutta saada ruokaa kuljetettua suusta ruokatorveen ja sieltä vatsalaukkuun. Nielemisvaikeuksia liittyy neurologisiin sairauksiin, kaulan ja suun alueen kasvaimiin ja limakalvovaurioihin. Yleiskunnon laskiessa saattohoitopotilaalla syljeneritys vähenee tai vastaavasti lisääntyy liikaa, parentaliike heikkenee ja nielemisrefleksi saattaa heikentyä, jotka kaikki aiheuttavat nielemisvaikeuksia. Nielemisvaikeuksia selviteltäessä tulee selvittää seuraavia asioita: aiheuttaako nieleminen kipua, onko potilaalla vaikeuksia niellä ruokaa tai nesteitä, jääkö ruoka pyörimään suuhun ja palaako ruoka mahdollisesti nenän kautta takaisin suuhun?

Sädehoito tai kurkkuun asennettava stentti voivat helpottaa kasvaimen aiheuttamaa nielemisvaikeutta. Ruoan tulee olla pehmeää ja sakeaa, samoin nesteet on hyvä sakeuttaa siihen soveltuvalla sakeuttamisaineella. Nielemistä voidaan helpottaa auttamalla potilas hyvään ruokailuasentoon. Kun tilanne on niin vaikea, ettei potilas kykene syömään ja juomaan suun kautta, on PEG-letkun laitto mahdollinen. Ruokailu on sosiaalinen ja ihmisiä yhteen tuova tilanne, jonka vaikeutuminen on hankalaa niin potilaalle itselleen kuin omaisille. Hoitohenkilökunnan tulee tukea potilasta sekä omaisia ymmärtämään tilanne sekä hyväksymään ravinnon saannin väheneminen kuoleman lähestyessä. Hyvä yleishoito, liiallisen syljenerityksen vähentäminen antikolinergisillä lääkkeillä sekä jannon tunteen vähentäminen esimerkiksi jääpaloja imeskelemällä helpottavat potilaan oloa.

Dyspepsia

Dyspepsia tarkoittaa ruokailun jälkeen ilmenevään ylävatsakipua ja närästystä. Siihen voi liittyä myös nopeaa vatsan täyttymisen tunnetta ja vatsan turvotuksen tunnetta. Dyspepsian taustalla saattohoitopotilaalla ovat aineenvaihdunnalliset sekä biokemialliset syyt. Dyspepsia voidaan jakaa kolmeen erilaiseen vaivaan: mahahaava-, refluksi- tai motiliteettihäiriöiseen muotoon. Mahahaavatyypisessä dyspepsiassa pääasiallisin oire on kipu, joka helpottuu ruoan nauttimisella. Myös antasidit auttavat. Refluksityypisessä tavallista on vatsan turpoaminen, täyteen tunne ja vatsahappojen nouseminen suuhun. Motiliteettihäiriön oireina ovat pahoinvointi, oksentelu, ruokahaluttomuus, turvotus sekä ruokailun jälkeen ilmenevä epämukavuuden tunne.

Metoklopramidi vaikuttaa vatsalaukun ja ohutsuolen sileään lihaksistoon ja se lisää ruokatorven sulkijalihaksen tonusta. Metoklopramidi on myös tehokas lääke pahoinvointiin. Protonipumpun estäjät sekä antasidit helpottavat refluksityypisiä oireita. Oktreotidilla on vaikutusta vatsan motiliteettiin ja se vähentää vatsan eritystoimintaa. Saattohoitopotilaan lääkityksellä voi olla suuri merkitys vatsan toiminnan hidastumiselle ja dyspepsian ilmaantumiselle. Dyspepsian oireiden hoito lääkkeillä helpottaa potilaan oloa.

Lääkkeettöminä hoitovaihtoehtoina on hyvä muistaa seuraavat: vältetään pitkällelmenoja syönnin jälkeen, ei käytetä vyötäröä kiristäviä vaatteita, ei syödä rasvaisia tai voimakkaasti maustettuja ruokia, ei kahvia, alkoholia tai tupakkaa ja syödään usein pieniä määriä kerrallaan.

Askites

Askitekseen eli nesteen kertymisen vatsaonteloon yleisin aiheuttaja on maksakirroosi. Myös etäpesäkkeet vatsan ja maksan alueella voivat aiheuttaa askitesta. Vatsan alueen kapillaarisuonten nesteentuotanto lisääntyy ja vastaavasti imusuonten nesteenkuljetus on puutteellista. Oireina ovat vatsan suuri kasvu, täyttymisen tunne, pahoinvointi ja oksentelu, suolen vetovaikeudet sekä hengenahdistus. Askitekseen kertyminen viittaa usein huonontuneeseen ennusteeseen.

Nopein tapa helpottaa potilaan tukalaa oloa on askitesnesteen poistaminen punktiolla. Tämä auttaa vain hetkellisesti, sillä askitesnestettä kertyy takaisin varsin pian punktion jälkeen. Suola- ja nesterajoitukset myös hidastavat askitesnesteen kertymistä. Lääkehoidon voidaan käyttää furosemidia nesteenpoistumisen alulle saamiseksi ja jatkossa spironolaktonia. Lääkehoidon vaikutus voi olla vain väliaikainen tai lääkkeet eivät vaikuta ollenkaan nestelastiin vatsassa. Lääkkeiden haittavaikutuksina voi olla suun kuivumista sekä hypotoniaa eli matalaa verenpainetta tai jopa hypovolemiaa eli liian vähäistä kiertävää verivolyymia. Hoito on siis oireenmukaista eikä hoito vaikuta potilaan ennusteeseen, ainoastaan potilaan oloa voidaan saada helpotettua.

Pahoinvointi

Pahoinvoinnin taustalla voi olla monia eri syitä. Pahoinvointiin voi liittyä oksentelua, mutta yleisempää on pahoinvoinnin tunne. Seuraavassa luettelossa on mainittu pahoinvoinnin mahdollinen aiheuttaja ja vastaava pahoinvointia helpottava hoito:

- Infektio → antibiootti
- Kohonnut kallon sisäinen paine → kortikosteroidi tai syklitsiini
- Vatsan ärsytystila tai haavauma → tulehduskipulääkkeen käytön vähentäminen tai poisto, omepratsoli
- Ummetus → suolen sisällön tyhjentäminen laksatiivilla
- Hyperkalsemia eli kohonnut kalsiumtaso → kalsiumtason alentaminen bifosfonaatilla, mikäli on aiheellista
- Askites eli nesteen kertyminen vatsaonteloon → askitesnesteen poisto punktiolla
- Yskä ja runsas limaneritys → yskänärsytyksen vähentäminen ja liman poisto
- Vaikea kipu → kipulääkityksen uudelleenarviointi
- Ahdistuneisuus → potilaan ja omaisten rauhoittelu, puhutaan ja kerrotaan oireesta

Myös potilaan hoidossa käytettävät lääkkeet voivat aiheuttaa pahoinvointia:

- Opioidit → alkuvaiheessa yleisesti aiheuttaa pahoinvointia, jos pahoinvointi ei helpotu muutamassa päivässä, opioidin vaihto. Jos vaihtaminen toiseen opioidiin

ei ole mahdollista, suositellaan haloperidolia, jonka on todettu vähentävän opioidien aiheuttamaa pahoinvointia

- Antikolinergiset lääkkeet → lääkityksen tarpeellisuuden tarkastaminen
- Tulehduskipulääkkeet → käytön vähentäminen tai kokonaan lopettaminen
- Solunsalpaaja- tai sädehoito → granisetroni, ondansetroni, tropisetroni

Tärkeää on selvittää, mikä potilaalle aiheuttaa pahoinvointia. Hoidon päätavoitteena on pahoinvoinnin väheneminen. Potilaan kertomus oireestaan sekä kliininen tutkiminen voivat antaa riittävää tietoa pahoinvoinnin aiheuttajasta. Jos pahoinvoinnin taustalla on hoidettavissa oleva ongelma, kuten infektio, kohonnut kallon sisäinen paine, vatsan ärsytys tai askitekseen kertyminen, tulee hoito suunnata itse ongelmaan. Käypä Hoito –suosituksessa Kuolevan potilaan oireiden hoidosta löytyy taulukot pahoinvointia helpottavista lääkkeistä sekä annostuksista. Potilaan omalääkäri määrää lääkityksen aloittamisesta ja annostuksesta.

Pahoinvointi on kipua yleisempi syy kotihoidon vaikeutumiselle. Pahoinvointi voi olla potilaalle niin rampauttava sekä ylitsepääsemätön oire, että hän hakeutuu sairaalahoitoon sen vuoksi. Käytännön ongelmia kotona ovat myös oksentelusta johtuvat puhkausongelmat sekä pyykin kertyminen. Suun kautta otettavien lääkkeiden imeytyminen voi jäädä vajaaksi, jos potilas oksentaa lääkkeiden oton jälkeen. Oksentelusta johtuva yleistilan lasku on uhka kotona pärjäämiselle. Itse potilas sekä omaiset tarvitsevat tukea hoitohenkilökunnalta pahoinvoinnin ja oksentelun hoidossa. Pahoinvointia voidaan ehkäistä tuulettamalla huonetta, tarjoamalla viileitä ruokia ja juomia sekä pikkusuolaista naposteltavaa. Ruokailun jälkeen on hyvä lepäillä puoli-istuvassa asennossa.

Ripuli

Saattohoitopotilailla ripuli on harvinaisempi oire kuin ummetus. On arvioitu, että vain murto-osa syöpää sairastavista tai saattohoitokodin muista potilaista kärsii ripulista. Aids-potilailla tilanne on toinen, sillä heistä lähes joka toinen kärsii ripulista ja se on kenties yleisin oire. Muilla tavallisin syy ripulille on ummetuksen hoidossa käytetyt lääkkeet. Myös infektiot, antibiootihoidot sekä syövän hoidot voivat aiheuttaa ripulia. Suolitukoksessa ilmenee niin sanottua ohivuotoripulia. Imeytymishäiriöissä myös ripuli on tavallista, varsinkin haiman vajaatoiminnassa esiintyvä rasvaripuli.

Ripulin aiheuttaja tulee selvittää ja keskittää hoito siihen. Esimerkiksi antibiootin aiheuttama ripuli helpottuu, kun antibiootin käyttö lopetetaan. Opioidit sopivat myös hyvin

ripulin hoitoon kivunlievityksen ohella. Ripulointia hillitsevät lääkkeet ovat hyviä hoitokeinoja kroonisessa ripulissa. Haiman vajaatoiminnassa haimaentsyymivalmisteilla, kuten pankreatiinilla, voidaan rasvaripulia hillitä. Kuituvalmisteita voidaan kokeilla varovasti. Potilaalle voidaan antaa ripulijuomavalmisteita. Peräaukon alueen pesua ja rasvausta tehostetaan ja huomioidaan potilaan yksityisyys.

Ummetus

Ummetuksella tarkoitetaan harventuneita ulostamiskertoja (harvemmin kuin 3 kertaa viikossa) sekä kovaa ulostemassaa peräsuolella, joka vaikeuttaa ulosteen poistumista. Ummetuksen tärkeimmät aiheuttajat ovat vahvat kipulääkkeet eli opioidit. Myös liikkumattomuus, neurologiset syyt, ruoan määrän väheneminen ja nesteiden nauttimisen niukkuus aiheuttavat ummetusta. Jopa WC-järjestelyillä on vaikutusta, varsinkin jos potilaan liikkuminen on vaikeaa ja hidasta, ja vessaan on pitkä matka ja vaikea päästä. Ripulin pelossa potilaat myös saattavat tietoisesti pidättää ulostetta ja näin aiheuttaa ummetusta.

Tutkimusten mukaan mikään tietty laksatiivi ei ole juuri se oikea lääke saattohoitopotilaan ummetuksen hoitoon. Polyetyleeniglykoli sekä laktuloosi ovat tehokkaita kroonisen eli pitkäkestoisen ummetuksen hoidossa. Myös senna, natriumpikosulfaatti sekä makrogoli ovat sopivia valmisteita ummetuksen hoitoon. Suolta stimuloivat laksatiivit aiheuttavat kipua, varsinkin jos ulostemassa on iso ja todella kovettunut. Tärkeää on arvioida säännöllisesti ummetuksen aste sekä ennaltaehkäistä ummetuksen syntyä. Ummetuksen hoito tulee valita ummetuksen piirteiden mukaisesti, esimerkiksi peräsuolen loppupäässä oleva massa tulee poistaa käyttämällä pienoisperäruisketta ennen laksatiivien aloitusta.

Päivittäisen nesteen saannin määrä tulisi olla 1,5-2 litraa. Potilaan tulisi välttää ummetusta aiheuttavia ruokia. Ummetusta helpottavat ja ennaltaehkäisevät myös säännöllinen ruokailu ja ulostaminen sekä liikkuminen jaksamisen mukaan.

Suolitukos

Suolitukos saattaa syntyä ummetuksen seurauksena, kun suuri ja kovettunut ulostemassa tukkii suolen kokonaan tai jostain syystä suolen seinämien tuottama peristalttinen liike on loppunut. Suolitukoksen oireina ovat runsas ja raju oksentelu sekä koliinomaiset vatsakivut. Suolitukos tulee varmentaa röntgenkuvauksella sekä kuuntele-

malla suolistoääniä, jotka ovat tukoksessa vaimeat tai täysin hiljaiset. Nesteen kertyminen saa vatsan pömpöttämään. Suolitukos voi olla myös vain osittainen, jolloin tukoksen suurenemisen estäminen on tärkeää. Osittainen suolitukos voi olla palautuva tila.

Totaalinen suolitukos on mahdollista hoitaa ainoastaan kirurgisesti, mikä harvoin tulee saattohoitopotilaalla kyseeseen. Kirurgisen hoidon sijasta keskitytään kivun lievittämiseen sekä pahoinvoinnin hoitoon ja mahasuolikanavan eritystoiminnan hillitsemiseen. Opioidit ovat ensisijainen kivunhoitolääke, vaikka niiden sivuvaikutuksena esiintyy ummetusta. Suolitukoksen aiheuttama kipu on tärkeämpi hoitaa, sillä tässä vaiheessa kuolema voi olla jo lähellä, ja kivunlievityksessä ei tule pihistellä. Antiemeetit eli oksentelua hillitsevät lääkkeet tulevat kyseeseen oksentelevalla potilaalla. Nesteytys tulee alkuvaiheessa hoitaa muuta kautta kuin suun kautta oksentelun takia, ja nenämahaimu voi myös helpottaa oksentelua. Oktreotidi vähentää pahoinvointia ja oksentelua paremmin kuin antikolinergiset lääkkeet. Myös kortikosteroidi voi auttaa. Jos oksentelua ei saada hillittyä, mikä on tavallista korkeissa tukoksissa, tulee vatsaa tyhjentää mieluummin PEG-letkun kautta kuin nenämahaletkulla. Oireiden rauhoituttua voi potilas voinnin mukaan ottaa pieniä nestemääriä suun kautta sekä helposti sulavaa, pehmeää ravintoa.

Kuivuminen

Kuivuminen johtuu nesteiden liiallisesta menetyksestä tai liian vähäisestä nesteiden nauttimisesta. Liiallista menetystä voi tulla oksentelun, ripuloinnin, kuumeilun tai diureettien vaikutuksesta. Kuolemaa lähellä olevalla potilaalla kiertävä neste keskittyy vatsan alueelle, jolloin muualla kehossa kiertävä nestemäärä on liian vähäinen. Kuivuminen on tavallista kuolemaa lähellä olevalla potilaalla eikä parenteraalinen eli ruoansulatuskanavan ulkopuolinen nesteytys helpota oloa.

Ylimääräisellä nesteytyksellä ei siis ole oloa helpottavaa vaikutusta, koska kiertävä neste kerääntyy vatsaonteloon. Jokaiselle potilaalle lääkäri määrittelee lisänesteen tarpeen yksilöllisesti. Tärkeintä on huolehtia suun hoidosta. Janon tunnetta voi helpottaa imeskeltävillä jääpaloilla.

Kuihtuminen ja ruokahaluttomuus

Kakeksia-anoreksia tarkoittaa monimutkaista ja -muotoista metabolista syndroomaa, jossa hallitsevina piirteinä ovat laihtuminen, kuihtuminen, ruokahaluttomuus, pahoinvointi ja fyysisen suorituskyvyn lasku. Kuoleman lähestyessä valtaosa potilaista, var-

sinkin syöpää sairastavat, kärsii kakeksia-anoreksiasta. Etenevä, tahaton laihtuminen on primaaria, ravinnon vähyydestä johtuva sekundaarista.

Kakeksia-anoreksiasta kärsivän potilaan hoito voi olla haasteellista varsinkin omaisille. Ruokahaluton potilas voi jättää syömättä kaikki hänelle tarjottavat ruoat, mikä voi olla turhauttavaa omaisille. Tärkeää on tukea omaisia sekä antaa heille tietoa asiasta. Potilaan ravitsemustilaa voidaan koettaa korjata runsasenergisellä ravinnolla. Parenteraalinen tai enteraalinen ravitsemus ei yleensä tule kyseeseen saattohoitopotilaalla, vaan potilaan annetaan syödä sitä, mitä hän haluaa ja sen verran kuin jaksaa. Ruokahalua voidaan kohottaa myös lääkkeillä, kuten megesteroliasetaatilla. Lääkehoito ei tuo ratkaisevaa vastausta potilaalle, vaan helpottaa oloa kuoleman läheystyessä. Siinä vaiheessa, kun potilas lakkaa kokonaan syömästä, huolehditaan suun hyvästä hoidosta ja kostutuksesta.

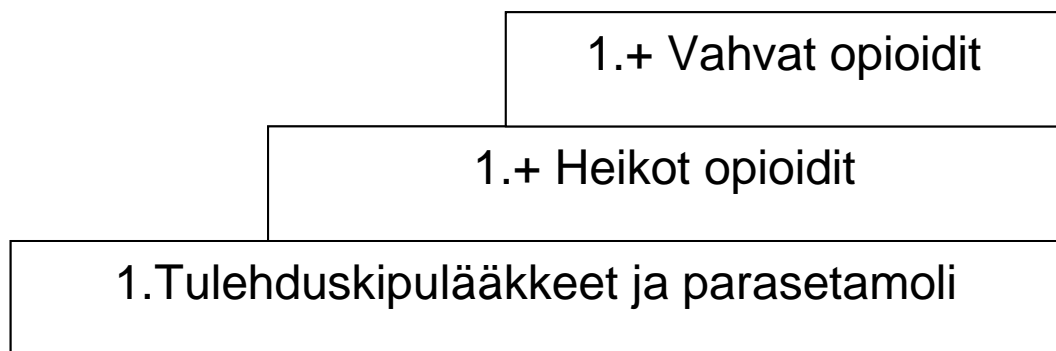
Potilaan ruokahalua voidaan lisätä esim. aperitiivilla, tarjotaan pientä naposteltavaa aterioiden välillä, huomioidaan mieliruokat ja annosten esteettisyys, tarjoillaan pieniä annoksia sekä mahdollistetaan ruokailu yhdessä muiden kanssa.



3.3 Kipu

Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa, kuten loppuvaiheen syövässä, keuhkosairauksissa, sydänsairauksissa sekä Aidsissa. Kiputyyppejä on erilaisia, ja ihminen kokee kipua yksilöllisesti. Monesti potilaat olettavat, että kipu kuuluu sairauteen olennaisena osana, ja sen vuoksi kärsivät siitä. Asia ei kuitenkaan näin ole, vaan kipua voi ja tulee lievittää parhaimman mukaan. Saattohoitopotilaalta tulee aktiivisesti tiedustella kivuista ja niiden haittaavuudesta. Kivun arvioinnissa on hyvä käyttää jotain mittaria, jotta kivun arviointi on helppoa ja selkeää sekä hoitajalle että potilaalle. Esimerkiksi VAS-asteikossa (Visual Analogue Scale) on numerot 1-10, joista potilas valitsee kipuaan kuvaavan numeron. Mitä isomman numeron potilas valitsee, sitä pahempaa kipu hänen mielestään on. Erilaiset kivunarviointiasteikot toimivat vain, jos potilas on orientoitunut. Sekavan tai tajuttoman potilaan kipua voi arvioida etsimällä muita kivun merkkejä, kuten syketaajuuden nousua, kyyneleitä, levottomuutta tai kulmien kurtistumista.

Kivun lievittämisessä kipulääkitys on keskeisessä asemassa.



Kuvio 2. Kivun lääkkeellisessä hoidossa selkeintä on edetä ns. portaikon mukaan, jossa alimmalla tasolla ovat parasetamoli sekä tulehduskipulääkkeet, seuraavalla heikot opioidit ja ylimmällä vahvat opioidit.

Kipulääkitystä tulee asteittain nostaa eikä opioidien käyttöön liittyvää riippuvuutta tarvitse ajatella, tärkeintä on saada potilaan olo mahdollisimman hyväksi. Yleisimmin käytetyt opioidit ovat morfiini, oksikodoni sekä fentanylli. Lääkärin tehtävä on arvioida sopiva kipulääke yhdessä potilaan kanssa.

Lääkehoidon ohella ei tule unohtaa muitakaan kivunlievityskeinoja, kuten kylmää, lämmintä sekä asentohoitoja, hierontaa ja rentoutusta. Potilaan kanssa voi yhdessä etsiä ei-lääkkeellisiä kipuja helpottavia toimenpiteitä. Näitä voivat olla esim. keskustelu, läsnäolo, huomion siirto pois kivusta vaikkapa huumorin, musiikin tai kosketuksen avulla.



3.4 Väsymysoireyhtymä eli fatigue

Edennyttä syöpää sairastavilla potilailla valtaosalla esiintyy väsymysoireyhtymää. Tyypillisiä piirteitä ovat apatia, yletön väsymys ja energian vähyys, suorituskyvyn lasku, uneliaisuus ja motivaation puute. Väsymysoireyhtymällä ei tarkoiteta tavallista voimien puutetta, vaan kokonaisvaltaista, ahdistavaa ja masentavaa väsymystä. Tarkkaa syytä oireyhtymän ilmaantumiselle ei ole, vaan se on monisyinen ja monien ongelmien vaikutusten tulos. Ravinnon vähyydellä ei ole voitu osoittaa suoraa yhteyttä väsymysoireyhtymään. Väsymys on hyvin subjektiivinen tunne, eivätkä potilaat välttämättä osaa kertoa väsymyksestään, vaikka se kuinka haittaisi heitä, vaan väsymystä pidetään syöpään kuuluvana. Tutkimuksissa on havaittu, että väsymys on haittaavimpia syöpäpotilaiden oireista. Potilaalta tulee aktiivisesti kysyä väsymyksestä ja sen haittaavuudesta.

Väsymysoireyhtymää tulee hoitaa väsymystä aiheuttavan syyn perusteella. Infektiot, kipu ja hengenahdistus, anemia ja lääkityksen epäsuhta voivat olla väsymyksen taustalla. Näihin vaikuttamalla voidaan lievittää potilaan väsymystä. Potilaan kanssa tulee keskustella tästä oireyhtymästä avoimesti ja miettiä yhdessä, millä keinoilla väsymystä voidaan vähentää. Infektio hoidetaan, anemia korjataan sekä potilaan päivärytmiä koetaan muuttaa tavalliseen suuntaan, eli turvataan yöuni, vältetään päiväunia ja lisätään päivään pientä liikuntaa. Ruokavalion ja nesteytyksen riittävyyden tarkistaminen tulevat myös kyseeseen. Kuitenkaan anemian korjaamisesta ja ruokavalion ja nesteytyksen lisäämisestä ei välttämättä ole hyötyä, jolloin lääkäri päättää miten tulee toimia. Lääkityksen tarkistamisesta ja mahdollisten väsymystä aiheuttavien lääkkeiden lopetuksesta tulee keskustella. Kipulääkkeistä opioidit tunnetusti aiheuttavat väsymystä, mutta niiden lopettaminen voi lisätä kipuja. Väsymysoireyhtymän lääkehoidon tulee olla oireenmukaista, esimerkiksi masentuneelle annetaan masennuslääkettä. Sopivaa ja oloa helpottavaa lääkehoitoa voi olla hankala löytää. Lääkärin tehtävä on miettiä, onko lääkehoidosta potilaalle hyötyä. Jos potilaalle ei ole merkittävää haittaa väsymyksestä, ei sitä tule aktiivisesti hoitaa.

Potilaan turvallisuudesta on huolehdittava. Sängynlaidat on hyvä nostaa ylös etenkin levottomille potilaille, ja hoitajan kutsukello on sijoitettava potilaan ulottuville.

3.5 Iho-oireet

Painehaavaumat

Saattohoitopotilaalla painehaavaumat syntyvät huonon ravitsemustilan, liikkumisen vähyyden ja paikallaan olemisen ja ihoon kohdistuvan paineen takia sekä elimistön muutosten aiheuttamana. Painehaavaumien ennaltaehkäisy on tärkeää, jotta potilaalle ei tulisi painehaavoista turhaa kärsimystä. Painehaavaumat syntyvät useimmiten alueille, jossa luu on lähellä ihon pintaa, kuten esimerkiksi kantapäähän, kyynärpäähän sekä riskiluun ja lonkan alueelle.

Tärkeintä on painehaavojen synnyn ennaltaehkäisy. Paljon vuodelevossa olevan potilaan alttiita ihoalueita tulee tarkkailla päivittäin, jotta alkavat painehaavat huomataan ajoissa. Vuoteessa olevan potilaan asentoa tulee vaihtaa vähintään 2 tunnin välein ja ihon puhtaudesta ja hoidosta tulee huolehtia erittäin hyvin. Pitkään punoittava, painon alla ollut alue on ensimmäinen merkki alkavasta painehaavasta. Jo syntyneen haavan hoito toteutetaan ohjeiden mukaan ja hoidossa pyritään haavan umpeutumiseen. Haavahoidot voivat aiheuttaa kipua, joten tähän tulee varautua antamalla ennen hoitoja kipulääkettä.

Kutina

Kutina on epämiellyttävä tunne, joka usein johtuu jostain muusta syystä kuin itse ihosta. Saattohoitopotilaalla kutinaa voivat aiheuttaa esimerkiksi

- munuaisten tai maksan vajaatoiminta
- lääkkeiden vaikutukset
- psyykkiset syyt
- ihoinfektiot
- ihon kuivuus.

Ensimmäisenä on hyvä selvittää potilaan ihon kunto. Kuiva iho tulee rasvata päivittäin, jotta kuivuudesta johtuva kutina helpottaa. Mikäli kutina jatkuu ihon hyvästä hoidosta huolimatta eikä iholla havaita mitään infektiota, on syy jossain muualla ja se tulee selvittää. Lääkehoidolla voidaan vaikuttaa joihinkin kutinaa aiheuttaviin tiloihin. Esimerkiksi sappiteiden tukkeutumisesta johtuvaan kutinaan voi kokeilla suuriannoksista deksametasonia. Opioidit, varsinkin spinaalitalaan annosteltuna, voivat aiheuttaa kutinaa. Tämän lääkeaineen aiheuttamaa kutinaa voidaan koettaa lievittää lisäämällä spinaalitalaan menevään opioidiin puuduteainetta. Opioidien vastavaikuttajat naloksoni ja nalt-

reksoni voivat myös lievittää lääkkeestä johtuvaa kutinaa. Antihistamiineista ei ole todettu olevan juurikaan hyötyä saattohoitopotilaan kutinan hoidossa. Kutinan aiheuttajaan vaikuttaminen lääkkeillä on lääkärin harkinnassa.

Hikoilu

Hikoilu voi olla häiritsevää potilaalle, joten hikoilun syy on hyvä selvittää. Hikoilu voi olla varsinaista hyperhidroosia eli runsasta hikoilua tai yöllistä hikoilua. Myös toispuoleinen hikoileminen on mahdollista. Runsas hikoilu voi johtaa muihin iho-ongelmiin, kuten kutinaan ja painehaavaumien syntyyn.

Ihon puhtaudesta tulee huolehtia, samoin puhtaista vaatteista sekä vuodevaatteista. Lääkehoitona voidaan kokeilla tulehduskipulääkkeitä tai antibiootteja kuumeilusta johtuvan hikoilun hoidossa. Myös glykopyrrolaatista on apua, mutta tämän lääkkeen haittavaikutuksena ilmenevä suun kuivuminen voi johtaa uusiin ongelmiin.

4 SAATTOHOITOPOTILAAN PSYYKKISET OIREET JA OIREENMUKAINEN HOITO

4.1 Masennus

Kuolemaan johtavan sairauden diagnoosi sekä lyhyt odotettu elinaika saattavat saada ihmisen syvästikin masentuneeksi. Saattohoitopotilailla esiintyy masennusta lievästä vaikea-asteiseen. Potilaan mielialaa tulee selvittää aktiivisesti, jotta masennukseen voidaan puuttua ja masennusta lievittämällä kohentaa elämänlaatua ennen kuolemaa.

Masennuksen hoito tulee olla yhdistelmä tukemista, kuuntelemista ja läsnäoloa sekä psykoterapiaa ja lääkehoitoa. Avoin ja turvallinen hoitosuhde sekä suhteet omaisten kanssa ovat merkityksellisiä. Lääkehoito tulee aloittaa, jos potilaan elinaika on ennustettu olevan vähintään useita viikkoja. Masennuslääkkeistä ei ole hyötyä lyhytaikaisesti käytettynä, koska lääkkeen mielialaa kohentava vaikutus tulee esille vasta viikkojen käytön jälkeen. Lähellä kuolemaa olevan potilaan mielialaan voidaan vaikuttaa läsnäololla, rentouttamisella sekä lievästi sedatoivilla lääkkeillä, kuten loratsepaamilla tai opioidiannosta nostamalla.

4.2 Ahdistuneisuus

Tieto omasta sairaudesta ja kuoleman lähestymisestä saattaa ahdistaa potilasta. Kuoleman pelko sekä oireiden vaikeuden pelko saattavat aiheuttaa ahdistusta ja levottomuutta. Ahdistuneisuus voi myös johtua jostakin fyysisestä vaivasta, kuten hapenpuutteesta tai alkavasta deliriumista. Tärkeää on kohdata potilas aidosti, kuunnella ja tukea häntä ja keskustella hänen kanssaan avoimesti, niin ahdistusta aiheuttavasta aiheesta kuin kaikesta muustakin.

Potilaan rauhoittelu ja rentoutus sekä fyysisen vaivan hoito helpottavat ahdistusta. Potilaan tulee antaa käydä lähestyvää kuolemaa läpi omalla tavallaan eikä häntä saa hoputtaa hyväksymään asiaa. Ahdistusta voi helpottaa välien selvittely omaisten tai läheisten

kanssa. Ahdistusta helpottamaan voi kokeilla myös lääkehoitoa, kuten bentsodiatsepiineja ja neuroleptejä.

4.3 Unettomuus

Mielessä pyörivät ajatukset tulevasta sekä kuoleman läheisyydestä saattavat vaikuttaa yöuneen häiritsevästi ja potilaalle ilmaantuu unettomuutta. Potilaan unen laadusta ja määrästä tulee aktiivisesti kysyä. Saattohoitopotilaalle tulee antaa mahdollisuus nukkua silloin kun nukuttaa eikä väkisin kääntää uni-valverytmiä tavalliseen suuntaan. Unen aikana kuoleminen saattaa myös pelottaa potilasta niin paljon, että hän kieltäytyy nukkumasta ja näin aiheuttaa itselleen unettomuutta.

Kuten aiemmin todettiin, tulee saattohoitopotilaan antaa pitää oma uni-valverytmi, mutta täytyy huolehtia riittävästä unesta. Lääkehoitoa voidaan kokeilla potilaan tahdon ja lääkärin harkinnan mukaan. Rentoutus sekä puhdas ja rauhallinen nukkumapaikka voivat myös edistää unen saantia. Unettomuuteen tulee puuttua, jos se häiritsee potilasta tai riittämätön unen saanti johtaa ahdistuksen kautta deliriumiin.

4.4 Delirium

Delirium on akuutisti ilmenevä sekavuustila, johon liittyy ajatustoiminnan häiriöitä, ajan ja paikan tajun hämärtymistä, muistin ja tarkkaavaisuuden ongelmia sekä levotonta käytöstä. Iäkkäämmillä ihmisillä mikä tahansa iso muutos tai elimistön epätasapaino saattavat laukaista deliriumin. Syöpää sairastavista valtaosalla ilmenee deliriumia viimeisten elinpäivien aikana.

Potilasta tulee rauhoitella ja hoitaa häntä rauhallisessa ja kiireettömässä sekä valvotussa ympäristössä. Häntä tulee puhutella nimeltä, ja ohjauksen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Rauhoittava lääkitys tulee aloittaa, jos potilas on todella levoton ja ahdistunut. Elimellinen syy deliriumin taustalla, kuten elektrolyyttihäiriöt, on hyvä hoitaa jos mahdollista. Omaisille potilaan delirium voi olla rankkaa katsottavaa, joten heitä tulee tukea sekä kuunnella ja keskustella asiasta.

5 PSYYKKINEN JA HENGELLINEN TUKEMINEN

Saattohoidossa hyvään hoitoon kuuluu potilaan ja omaisten emotionaalinen ja hengellinen tukeminen. Potilas voi tarvita tukea kuoleman ja erilaisten pelkojen kohtaamisessa sekä elämästä ja läheisistä luopumisessa. Potilas voi tuntea turvattomuutta. Turvattomuuden ja pelon tunteita voidaan helpottaa aidolla läsnäololla, kuuntelemalla ja rauhoittamalla potilasta.

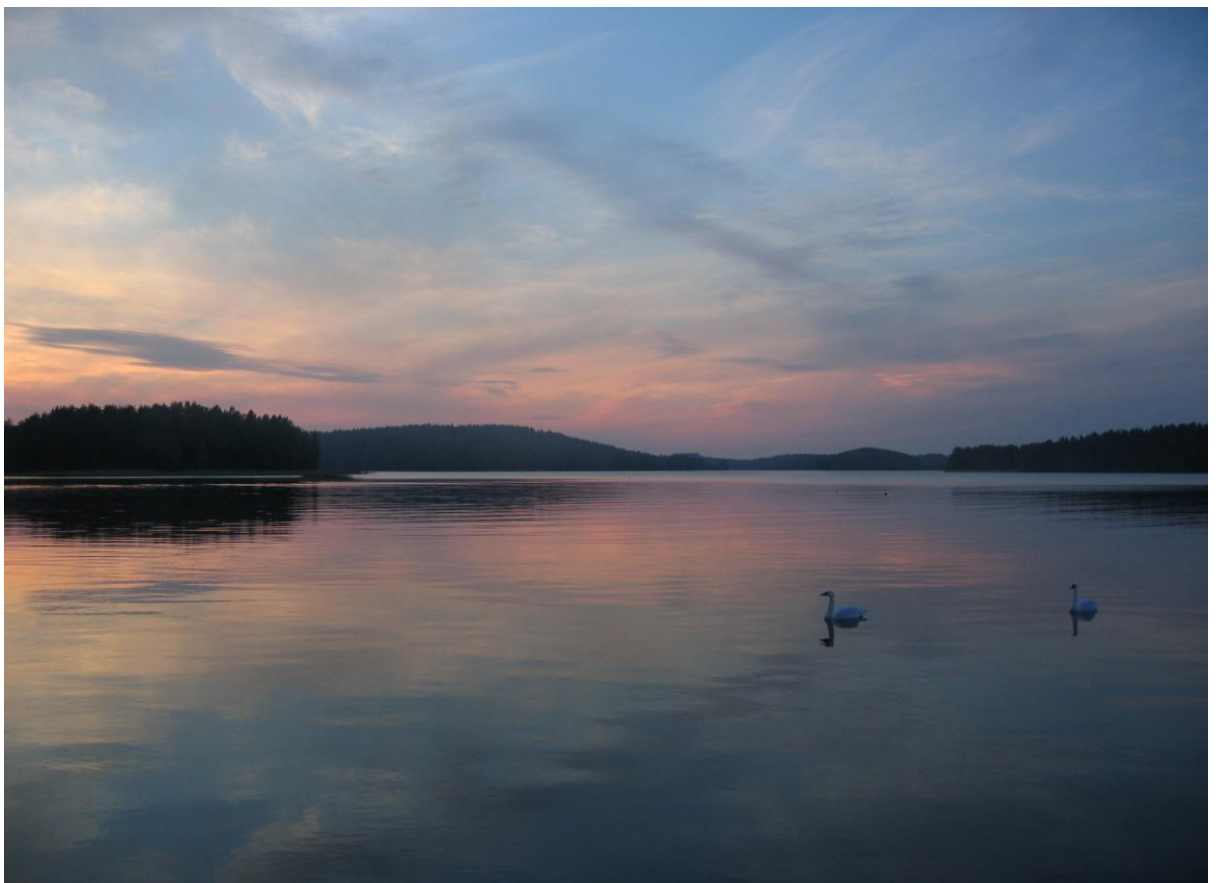
Tieto parantumattomasta sairaudesta voi olla shokki potilaalle. Tiedon käsitteleminen voi noudattaa shokin ja surutyön vaiheita. Tulee kuitenkin muistaa, että jokainen ihminen käsittelee asioita omalla tavallaan, ja tähän hoitohenkilökunnan tulee antaa mahdollisuus. Tieto lähestyvistä kuolemasta saattaa saada potilaan huolestumaan läheistensä jaksamisesta ja pärjäämisestä. Hoitajan tuki, aito läsnäolo ja kuuntelu ovat ensiarvoisen tärkeitä. Potilaalle on hyvä antaa mahdollisuus keskustella mietteistään läheistensä kanssa. Potilaalle saattaa tulla tarve sovittaa vanhoja ristiriitoja. Tieto lähestyvistä kuolemasta järkyttää myös omaisia, joten hoitohenkilökunnan tulee ottaa myös omaisten jaksaminen huomioon. Riittävä tiedonsaanti selkeällä kielellä on tärkeää. Omaisille tulee antaa mahdollisuus puhua tunteistaan. Aito läsnäolo, tukeminen ja kuunteleminen ovatkin tärkeimpiä hoitajalta vaadittavia piirteitä. Omaisten ottaminen mukaan potilaan hoitotyöhön, esimerkiksi pesuapuna tai syöttämisessä antaa omaisille tunteen siitä, että he ovat tärkeä osa potilaan hoitotyötä. Omaisten ottaminen mukaan hoitoon saattaa helpottaa heitä surutyössään. Omaisia ei tule pakottaa osallistumaan vaan tarjota heille mahdollisuus osallistua.

Kuoleman lähestyessä potilaan toiveita tulee kunnioittaa ja mahdollisuuksien mukaan toteuttaa. Esimerkiksi vierailu kotona tai muussa merkityksellisessä paikassa pitävät yllä toivoa. Toivon ylläpitäminen ei tarkoita paranemista, vaan elämän viimeisten hetkien tekemistä mahdollisimman hyväksi. On tärkeää muistaa korostaa potilaan elämässä olevia hyviä asioita ja antaa potilaalle voimaa niistä.

Hoitosuhte saattohoitopotilaan ja häntä hoitavan ihmisen välillä voi poiketa paljonkin muista hoitosuhteista. Saattohoidossa päämäärä on hyvä kuolema, ei parantuminen. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan tietynlaista herkkyyttä ja empaattisuutta, mutta myös

tarvittaessa jämäkkyyttä sekä rehellistä ja avointa asennetta. Tärkeintä on olla potilaalle rehellinen. Kuolemasta tulee puhua sen oikealla nimellä, mutta ei loukkaavasti tai alentavasti. Potilaan tunteille tulee antaa tilaa ja mahdollisuus näyttää niin hyvät kuin huonotkin tunteet. Pelkästään oireiden hoito ja perushoito eivät riitä, vaan tulee osata keskustella, antaa tilaa tunteille sekä olla aidosti potilaan ja omaisten tukena aina potilaan kuolemaan saakka.

Hoitohenkilökunnan lisäksi potilaan ja omaisten tukemiseksi saattohoidossa voidaan käyttää esimerkiksi vapaaehtoisapua ja seurakuntien apua. Potilaan ja omaisten toivomuksesta paikalle voidaan pyytää esimerkiksi sairaalapastori. Kuolevan vierellä voidaan pyynnöstä viettää saattohartaus tai rukoushetki. Rukoushetkeä voi johtaa pappi, muu seurakunnan työntekijä, henkilökuntaan kuuluva tai joku potilaan läheisistä. Kun vastaanotetaan potilaan hengellisiin tarpeisiin hänen vakaumustaan kunnioittaen, turvataan myös tältä osin hyvä, rauhallinen ja turvallinen kuolema.



6 MONIKULTTUURISUUS JA HENGELLISYYS KUOLEVAN POTILAAN HOIDOSSA

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sanotaan, että potilaan yksilölliset tarpeet, toiveet ja myös uskonto ja/tai kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon saattohoidossa

Vieraita kulttuureja ja uskontoja kohdatessa tulee välttää yleistämistä. Jokainen ihminen on oma ainutlaatuinen yksilönsä. Taulukossa 1 on esitetty eri kulttuureihin ja uskontoihin liittyviä asioita, joista voi saada suuntaa-antavaa tietoa. Potilaalta ja hänen omaisiltaan kysymällä saa tarkempia lisätietoja.

Perheen ja suvun merkitys usein korostuu vakavan sairauden kohdatessa. Useissa kulttuureissa omaisille kuuluu tiettyjä velvoitteita sairasta tai kuolevaa kohtaan. Näistäkin asioista kannattaa reilusti keskustella potilaan ja omaisten kanssa ja miettiä, miten voidaan mahdollistaa heidän vakaumuksensa toteutuminen.

Taulukko 1. Perustietoa eri uskontokuntien ja kulttuurien edustajien hoidosta.

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoitotoimenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Ruumiinavaus	Muuta
Evankelis-luterilainen kirkko	Ei erityistä	Ei erityistä	Perheen ja ystävien merkitys korostuu sairaslehdessä	Sakramentit toimittaa luterilaisen kirkon pappi. Häätilanteissa kasteen ja ehtoollisen voi toimittaa kuka tahansa kristitty.	Sairaalapappi kutsutaan potilaan tai omaisten pyynnöstä. Rauhallinen ympäristö. Pyydettyä rukous kuolevan puolesta.	Omaisilla mahdollisuus vainajan näkeruseen. Saattohartaus osastolla tai kappelissa.	Ei erityistä	Ei erityistä
Ortodoksinen kirkko	Ei erityistä	Kirkkovuoden ruokaiset paastot potilaan voimien ja lääkityksen sallimisessa rajoissa	Rukousten lukeminen potilaan toivomuksesta	Sakramentit toimittaa vain ortodoksinen pappi. Hätkaste ruokailun ortodoksin toimittamana. Sairaalan voitelu öljyllä.	Ikoni ja rukouskynnyllä sängyn lähelle. Omaisille mahdollisuus hyljentymiselle.	Vainaja puetaan perinteeseen mukaan. Hautaus kolmantena päivänä.	Ei erityistä	Palvelua myös vähemmistökielillä esim. kirkkoslaaviksi, romaniaksi tai kreikaksi
Katolinen kirkko	Ei erityistä	Paasto ei koske sairaita, mutta potilaan toiveet huomioidaan.	Ei erityistä	Sakramentit suorittaa katolinen pappi. Hätkasteen voi suorittaa kuka tahansa kristitty.	Oma huone, pöytä ehtoollista varten, omaiset ja ystävät läsnä koko ajan, yhdessä rukouksellinen	Ei erityistä	Ei erityistä	Ei erityistä

Uskonnoellinen tai etninen ryhmä	Hoitotoimenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Ruumiinavaus	Muuta
Suomen vapaakirkko	Ei erityistä	Potilaan toiveet huomioidaan	Ei erityistä	Ehtoollisen antaa Vapaaseurakunnan pastori tai vanhurinusto. Hätäkastetta ei anneta.	Pyynnöstä ehtoollinen. Rukouksella ja raamatun lukemisella iso merkitys.	Ei erityistä	Ei erityistä	Hengellinen musiikki on tärkeää.
Suomen Adventtikirkko	Ei erityistä	Toiveet huomioidaan, yleensä ei siianlihaa tai sisäelimiä. Useinuot kasvissyöjiä.	Ei erityistä	Ehtoollisen antaa adventtiseurakunnan pastori tai vanhurinat, sairaalassa ei ehtoollista edeltävää jalkojen pesua. Ei hätäkastetta.	Toivomuksesta pastori antamaan ehtoollisen ja /tai öljyllä voitelun.	Adventtikirkon pastori siunaa vainajan.	Ei erityistä	Lauantai on raamatullinen pyhäpäivä.
Helluntaikerätys	Ei erityistä	Toiveet huomioidaan	Perhe ja ystävät tärkeitä	Ei hätäkastetta. Ehtoollisen antaa pastori tai vanhurinuston jäsenet.	Potilaan toivomusten mukaiset järjestelyt. Läheisten läsnäolo tärkeää. Ehtoollista, rukousta, voitelua öljyllä toivotaan.	Ei erityistä	Ei erityistä	Ei erityistä
Romanit	Romaninainen torvoo häntä hoitavien olevan naisia, jos hän joutuu riisuutumaan.	Ei erityistä. Toiveet huomioidaan.	Naiselle naishoitajat häveliäisyyssytistä. Ei eri-ikäisiä romaneja samalle osastolle.	Ei erityistä	Oma huone. Koko suku osallistuu saattohoitoon, aina joku läsnä.	Omaiset saattavat osallistua vainajan pukemiseen traditioniden mukaisesti.	Ei erityistä	Suurin osa kuuluu luterilaiseen kirkkoon.

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoitotoimenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Ruuminavaus	Muuta
Jehovan todistajat	Ei verensiirtoa, ei verestä valmistettuja lääkkeitä. Potilaalla mukanaan tahdoriuhauslo make.	Ei verta	Ornaiset ja uskontoverti tärkeitä. Jehovan todistajien potilasvierailuryhmä käy potilaan luona	Ei hätäkastetta	Orna huone. Ei sakramenteja, ei pyhää toimituksia.	Ei erityistä. Vainajan suunaa seurakunnan vanhursnat.	Ei erityistä	Ei erityistä
Juutalaiset	Armosturhaa ei hyväksytä, eli terrinaalivaiheessa elintoimintoja ylläpitäviä koneita ei saa kytkeä pois.	Ei sianlihaa, ei verta. Kaiken ravinnon tulee olla teurastettu ja käsitelty uskonnon määräämällä tavalla.	Ornaiset huolehtivat potilaan henkisistä ja sosiaalisista tarpeista.	Ei hätäkastetta. Seurakunnan rabbi toimittaa tarvittaessa.	Orna huone. Juutalaiset sulitautuvat kuolemaan luontevasti.	Normaalin käytännön mukaan. Seurakunnan hautausyhdistys yrk:n kuluessa valmista traditioita kunnioittaen vainajan	Ei sallita kuin pakottavista syistä. Vainaja haudattava 1-3 vrk:n kuluessa.	Ei erityistä
Islam	Hoitohenkilökunnan toivotaan olevan samaa sukupuolta potilaan kanssa. Toimenpiteistä keskusteltava perheen kanssa.	Ei sianlihaa, ei verta ravintona, ei päihdyttäviä aineita sisältäviä ruokia. Saraan ei tarvitse paastota.	Henkilökunnan ja tulkkien toivotaan olevan samaa sukupuolta potilaan kanssa.	Ei sakramenteja, ei siis hätäkastetta.	Orna huone ilman uskonnollisia symboleja. Ornaiset läsnä.	Samaa sukupuolta olevat omaiset pesevät ja pukevat vainajan. Hautaus mahdollisimman nopeasti. Ei polttohautausta.	Ei sallita kuin pakottavista syistä.	Muslimien uskonnolliset ja sosiaaliset tavat vaihtelevat koulukunnan ja kulttuurisen taustan mukaan.

7 HOITAJAN JAKSAMINEN

Kuolevan potilaan hoitotyö haastaa hoitotyöntekijän aivan toisenlaiseen työympäristöön ja työtapoihin kuin muu hoitotyö. Saattohoitotyössä tulee hoitohenkilökunnan huolehtia myös omasta psyykkisestä jaksamisestaan. Kuoleman kohtaaminen, kuolevan hoitotyö ja omaisten tukeminen ovat haastavia ja joskus vaikeitakin asioita. Ei ole ollenkaan harvinaista, että myös hoitaja väsyvät niin fyysisesti kuin henkisesti. Kuolevan potilaan hoitotyötä tekevän ihmisen tulee olla vahva, mutta myös rehellinen itselleen.

Hoitajan työhön tuo voimavaroja työtoverien tuki, huumori, teoreettinen tieto ja hyvä itsetuntemus. Psyykinen kuormittuminen ja väsyminen kuoleman kohtaamiseen tulee tunnistaa itsessä ja osata hakea siihen apua ja neuvoja. Työssä jaksamista tukee avoin keskustelu ja työpaikan hyvä ilmapiiri, koulutusmahdollisuudet, johdon antama tuki sekä yksilövastuun hoitotyön toteuttaminen. Hoitohenkilökuntaa tulee olla riittävästi ja koulutusta tarpeen mukaan. Työnohjaus on myös erittäin hyvä työväline työyhteisölle. Työnohjaus antaa mahdollisuuden käsitellä omia tunteita, esittää mieltä painavia kysymyksiä ja saada hyviä neuvoja kuolevan potilaan kohtaamiseen ja tukemiseen. Varsinkin kuolevan potilaan hoitotyössä työnohjauksesta, ja nimenomaan ryhmätyönohjauksesta, on tutkitusti saatu hyviä tuloksia. Ryhmässä toteutetussa työnohjauksessa kokemusten ja neuvojen vaihto onnistuu helpoiten. Työn ulkopuolella esimerkiksi ystävät ja harrastukset lisäävät työssä jaksamista.



8 YHTEYSTIETOJA

Tälle sivulle voitte kirjoittaa tärkeitä yhteystietoja, esimerkiksi saattohoidosta vastaavan henkilön, sosiaalityöntekijän, seurakunnan, lääkärin jne.

9 LÄHDEKIRJALLISUUTTA

- ETENE.** 2003. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. ETENE-julkaisuja 8. Helsinki.
- Grönlund, A., Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Agge, E.** 2008. Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. (toim.)** 2004. Saattohoito- Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.
- Hietanen, P. & Vainio, A. (toim.)** 2004. Palliativinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J.** 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Käypä hoito –suositukset.** 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. www.kaypahoito.fi
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.** 2000/ 812.22.9.2000.
- Laukkanen, M-B.** 2001. Monikulttuurinen kuolema. Perustietoa eri uskontokuntiin kuuluvien hoitamisesta. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Julkaisut.

10 AIHEESEEN LIITTYVIÄ LINKKEJÄ

<http://www.sphy.fi/> Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry

<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/> Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry

http://www.cancer.fi/syopajarjestot/suomen_syopayhdistys/ Suomen Syöpäyhdistys ry

<http://www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi/> Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry

<http://www.kaypahoito.fi/> Käypä hoito –suositukset



TEKIJÄT JA VALOKUVIEN OIKEUDET:

Heli Manninen ja Riikka Vallasvuo, 2009



Terveysalan Kuopion yksikkö

Yhteistyössä:



Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry

Silta -projekti

www.pohjois-savonsyopayhdistys.fi/

Liite 2. Kyselylomake saattohoito-oppaan sisällöstä kuntiin

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Kuopion Savonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönä saattohoidon opasta hoitohenkilökunnalle Pohjois-Savon kuntiin. Työmme on osa Pohjois-Savon Syöpäyhdistyksen Silta-projektia. Ohessa lähettämme Teille ensimmäisen version oppaan sisällöstä, ja toivomme Teiltä palautetta siitä. Toivomme, että vastaatte alla oleviin kysymyksiin mahdollisimman tarkasti. Palautteenne on meille todella arvokasta ja muokkaamme oppaan sisältöä palautteiden perusteella.

Ystävällisin terveisin, Heli Manninen & Riikka Vallasvuo.

1. Ovatko käsitteet esitelty ymmärrettävästi? Puuttuuko joukosta Teidän mielestä joitain käsitteitä?
2. Onko Teidän mielestä kaikki oleelliset oireet huomioitu? Onko asiat esitetty ymmärrettävästi ja riittävän tarkasti?
3. Onko psyykkisestä ja hengellisestä tukemisesta riittävästi tietoa? Onko tarvetta avata käsitteitä, esimerkiksi ”hengellinen”?

4. Onko Taulukko 1 selkeä ja ymmärrettävä? Antaako Taulukko 1 perustietoa eri kulttuureista ja uskonnoista?

5. Koetteko Yhteystietoja-sivun tarpeelliseksi?

6. Onko Teillä toiveita oppaan ulkoasusta? Esimerkiksi oppaan koko, värit jne.?
Olisiko opas lukijaystävällisempi, jos oireista olisi kokoavia taulukoita?

7. Jääkö Teidän mielestänne oppaan sisällöstä jotain puuttumaan? Mitä?

Koetteko tällaisen oppaan tarpeelliseksi? Haluatteko vielä sanoa jotain?

Liite 3. Oppaan käyttöoikeussopimus

Manninen Heli
Vallasvuo Riikka
Sairaanhoitajaopiskelijat
Savonia-ammattikorkeakoulu
Terveysala, Kuopio


KÄYTTÖOIKEUSSOPIMUS

16.6.2009 Kuopiossa

Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry
Sirpa Määttä
Kuninkaankatu 23, 70100 Kuopio

KÄYTTÖOIKEUSSOPIMUS

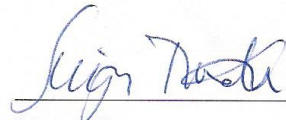
Luovutamme opinnäytetyönä tehdyn saattohoidon oppaan muokkaus- ja päivitysoikeudet Pohjois-Savon Syöpäyhdistys ry:lle.



Manninen Heli



Vallasvuo Riikka



Määttä Sirpa

Liite 4. Perustietoa eri uskontokuntien ja kulttuurien edustajien hoidosta –taulukko (vrt. Laukkanen 2001; Väestörekisterikeskus 2008).

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoitotoiminnat	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Ruumiinavaus	Muuta
Evankelisluterilainen kirkko	Ei erityistä	Ei erityistä	Perheen ja ystäväiden merkitys korostuu sairastettaessa	Sakramentit toimittaa luterilaisen kirkon pappi. Häätilanteessa kasteen ja ehtoollisen voi toimittaa kuka tahansa kristitty.	Sairaalapappi kutsutaan potilaan tai omaisten pyynnöstä. Rauhallinen ympäristö. Pyydettyä rukous kuolevan puolesta.	Omalla mahdollisuus vainajan näkemiseen. Saattohartaus osastolla tai kappelissa.	Ei erityistä	Ei erityistä
Ortodoksinen kirkko	Ei erityistä	Kirkkovuoden mukaiset paastot potilaan voimien ja lääkityksen sallimissa rajoissa	Rukousten lukeminen potilaan toivomuksesta	Sakramentit toimittaa vain ortodoksinen pappi. Hätkaste mieluiten ortodoksin toimitamana. Saraan voitelu öljyllä.	Ikoni ja rukouskynnyllä sängyn lähelle. Omaisille mahdollisuus hiljentymiselle.	Vainaja puetaan perinteen mukaan. Hautaus kolmantena päivänä.	Ei erityistä	Palvelua myös vähemmistökielillä esim. kirkkoslaaviksi, romaniaksi tai kreikaksi
Katolinen kirkko	Ei erityistä	Paasto ei koske sairaita, mutta potilaan toiveet huomioidaan.	Ei erityistä	Sakramentit suorittaa katolinen pappi. Hätkasteen voi suorittaa kuka tahansa kristitty.	Oma huone, pöytä ehtoollista varten, omaiset ja ystävät läsnä koko ajan, yhdessä rukouksellinen	Ei erityistä	Ei erityistä	Ei erityistä

Uskonnon tai etninen ryhmä	Hoitotoimenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Ruumiinavaus	Muuta
Suomen vapaakirkko	Ei erityistä	Potilaan toiveet huomioidaan	Ei erityistä	Ehtoollisen antaa Vapaaseurakunnan pastori tai vanhurusto. Hätäkastetta ei anneta.	Pyyynnöstä ehtoollinen. Rukouksella ja raamatun lukemisella iso merkitys.	Ei erityistä	Ei erityistä	Hengellinen musiikki on tärkeää.
Suomen Adventtikirkko	Ei erityistä	Toiveet huomioidaan, yleensä ei sianlihaa tai sisäelimiä. Uuseinomat kasvissyöjiä.	Ei erityistä	Ehtoollisen antaa adventtiseurakunnan pastori tai vanhurmat, sairaalassa ei ehtoollista edeltävää jalkojen pesua. Ei hätäkastetta.	Toivomuksesta pastori antamaan ehtoollisen ja/tai öljyllä voitelun.	Adventtikirkon pastori siunaa vainajan.	Ei erityistä	Lauantai on raamatullinen pyhäpäivä.
Helluntaikeräys	Ei erityistä	Toiveet huomioidaan	Perhe ja ystävät tärkeitä	Ei hätäkastetta. Ehtoollisen antaa pastori tai vanhurimiston jäsenet.	Potilaan toivomusten mukaiset järjestelyt. Läheisten läsnäolo tärkeää. Ehtoollista, rukousta, voitelua öljyllä toivotaan.	Ei erityistä	Ei erityistä	Ei erityistä
Romanit	Romaninainen torvoo häntä hoitavien olevan naisia, jos hän joutuu riisuutumaan.	Ei erityistä. Toiveet huomioidaan.	Naiselle naishoitajat häveliäisyssyys tä. Ei eri-ikäisiä romaneja samalle osastolle.	Ei erityistä	Oma huone. Koko suku osallistuu saattohoitoon, aina joku läsnä.	Omaiset saattavat osallistua vainajan pukemiseen traditioiden mukaisesti.	Ei erityistä	Suurin osa kuuluu luterilaiseen kirkkoon.

Uskonnollinen tai etninen ryhmä	Hoitotoimenpiteet	Ruokailu	Sosiaaliset tavat	Pyhät toimitukset	Kuoleva potilas	Vainajan käsittely	Ruumiinaisuus	Muuta
Jehovan todistajat	Ei verensiirtoa, ei verestä valmistettuja lääkkeitä. Potilaalla mukanaan tahdonilmauslomake.	Ei verta	Omaiset ja uskontoverit tärkeitä. Jehovan todistajien potilasvierailuryhmä käy potilaan luona	Ei hätäkastetta	Orna huone. Ei sakramentteja, ei pyhiä toimituksia.	Ei erityistä. Vainajan siunnaa seurakunnan vanhimmat.	Ei erityistä	Ei erityistä
Juutalaiset	Ärmmurhaa ei hyväksytä, eli terrorismaalivaiheessa elintoimintoja ylläpitäviä koneita ei saa kytkeä pois.	Ei sianlihaa, ei verta. Kaiken ravinnon tulee olla teurastettu ja käsitelty uskonnon määräämällä tavalla.	Omaiset huolehtivat potilaan henkisistä ja sosiaalisista tarpeista.	Ei hätäkastetta. Seurakunnan rabbi toimittaa tarvittaessa.	Orna huone. Juutalaiset sulautuvat kuolemaan luontevasti.	Normaalin käytännön mukaan. Vainaja Seurakunnan hautausyhdistys vrk.n kuluessa. valmistaa traditioita kunnioittaen vainajan	Ei sallita kuin pakottavista syistä. Vainaja haudattava 1-3 vrk.n kuluessa.	Ei erityistä
Islami	Hoitohenkilökunnan toivotaan olevan samaa sukupuolta potilaan kanssa. Toimenpiteistä keskusteltava perheen kanssa.	Ei sianlihaa, ei verta ravintona, ei päihdyttäviä aineita sisältäviä ruokia. Saraan ei tarvitse paastota.	Henkilökunnan ja tulkkien toivotaan olevan samaa sukupuolta potilaan kanssa.	Ei sakramentteja, ei siis hätäkastetta.	Orna huone ilman uskonnollisia symboleja. Omaiset läsnä.	Samaa sukupuolta olevat omaiset pesevät ja pukevut vainajan. Hautaus mahdollisimman nopeasti. Ei polttohautausta.	Ei sallita kuin pakottavista syistä.	Muslimien uskonnolliset ja sosiaaliset tavat vaihtelevat koulukunnan ja kulttuurisen taustan mukaan.

Liite 5. Ohjaussopimus



OPINNÄYTETYÖN OHJAUSSOPIMUS

Opiskelijan tiedot

Nimi/nimet HELI MANNINEN & RIIKKA VALLASVUO

Osoite RIIKKA VALLASVUO, HUOHKAJANKUUSAJA 5A5, 70820 KUOPIO

Puhelin HELI 040-7364810 (~~554~~) RIIKKA 044-5598855 (työ) (muu)

Sähköposti heli.manninen@student.savonia.fi ~~riikka.vallasvuo@student.savonia.fi~~

Koulutusohjelma/suuntautumisohjelma HOITOTYÖ

Ryhmä THP6S Suoritetut opintoviikot 112/210
Pisteet

Opinnäytetyö

Aihe/työnimi SAATTOHOIDO-OPAS HOITAJILLE POHJOIS-SAVON ALUEELLE

Ongelma/kehittämistavoite TAVOITTEENA TUOTAA OPAS HOITAJILLE SAATTOHOIDOSTA POHJOIS-SAVON ALUEELLE

Keskeiset menetelmät

(Tarkempi selvitys tarvittaessa liitteenä)

Toimeksiantaja / työnantaja

Ohjaaja tai yhteyshenkilö PROJEKTIYÖNTEKIJÄ SIRPA MÄÄTTÄ

Osoite KUNINKAANKATU 23 B 70100 KUOPIO

Puhelin 040-709 2917 Sähköposti sirpa.maatta @pohjois-savonoppajyhdistys.fi

Ohjaukseen ja kustannuksiin osallistuminen: POHJOIS-SAVON SOPÄYHDISTYS VASTAA OPPAAN PAINOKUSTANNUKSISTA

Tuotoksen käyttöoikeudesta on solmittu opiskelijan/opiskelijoiden ja tilaajan välinen sopimus (/ / 200), sopimus liitteenä.

Opinnäytetyön toteutus ja ohjaus

Ohjaava opettaja/ opettajat RIITTA-LIISA VENÄLÄINEN

Tavoiteaikataulu Työ/tutkimussuunnitelma SYKSY 2008 Toteutus KEVÄT 2008 - SYKSY 2009
Opinnäytetyö valmis SYKSY 2009

Tarkempi selvitys tarvittaessa liitteenä

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä esitetyllä tavalla.

Kuopiossa 4 / 6 2008

Riikka Vallasvuo / Heli Manninen
opiskelija

Sirpa Määttä
toimeksiantaja

Riitta-Liisa Venäläinen
ohjaaja