

Eeva Rahko ja Kaisa Rajala

Saattohoito terveyskeskuksen vuodeosastolla

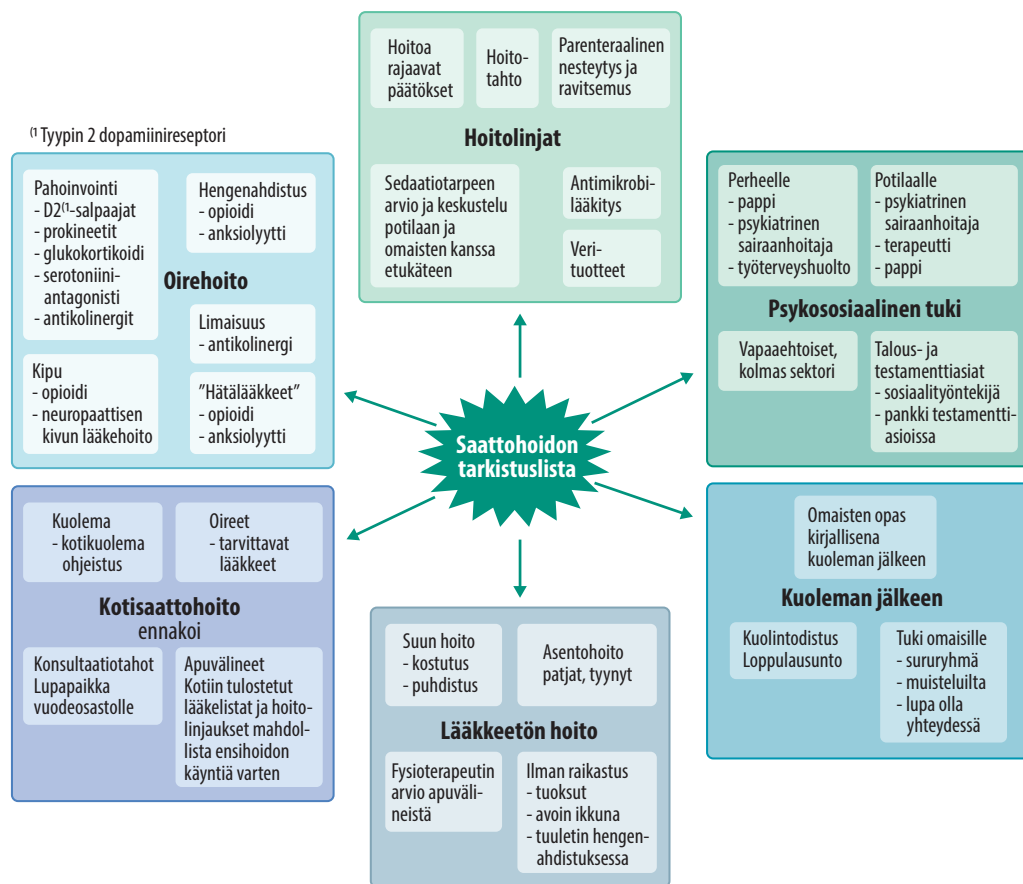
Nuori lääkäri kohtaa saattohoidossa olevia potilaita terveyskeskuksen vuodeosastolla työskennellessään. Potilaan hoidossa tarvitaan muutakin kuin lääketieteellistä osaamista, mutta se luo perustan onnistuneelle hoidolle. Työuransa aloittelevaa kollegaa tukee paitsi Käypä hoito -ohjeistuksen tuntemus, myös toimiminen osana osaston moniammatillista tiimiä. Hoidon etukäteissuunnittelu tarkistuslistan mukaisesti ja hoidon tarpeiden muuttumiseen varautuminen parantavat hoidon laatua ja oikea-aikaisuutta. Läheisten huomioiminen on tärkeä osa hoitoa. Kuoleman kohtaaminen on osa lääkärin ammatillisen identiteetin rakentumista.

Lääkärin perusopetuksessa keskitytään ennen aikaisen kuoleman torjumiseen. Kuitenkin suurin osa kuolemista johtuu kroonisista ja etenevistä sairauksista, joissa taudin kulkuun vaikuttavat keinot ovat rajallisia (1). Oireiden lievityksen tarve ja hoidon ennakointi ovat välttämättömiä saattohoidossa, jossa kuolema on odotettavissa päivien tai viikkojen aikana. Hyvää saattohoitoa tarvitsevat muutkin potilasryhmät kuin syöpää sairastavat. Potilaan lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeä kliininen taito (2). Somaattisen hoidon lisäksi on tärkeää huomioida potilaan ja läheisten psyykkisen ja eksistentiaalisen tuen tarve. Saattohoidossa läheiset ovatkin – potilaan luvalla – erottamaton osa hoidon kokonaisuutta. Avoin keskustelu ja oikea-aikainen informaatio myös lähestyvistä kuolemista rakentaa luottamusta hoitosuhteessa. Tilanteiden yksilöllisyyttä ei voi liiaksi korostaa, mutta hoidon suunnittelussa systemaattisuus on tarpeen (KUVA 1) (3). Laadukasta saattohoitoa on mahdollista toteuttaa terveyskeskuksessa (4). Artikkelin tarkoitus on auttaa urallaan nuorta kollegaa hahmotamaan saattohoidon kokonaisuutta ja ohjata hyödyntämään myös Palliativisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suositusta (5).

Potilaan ja omaisten kohtaaminen

Etukäteisvalmistautuminen. Ennen saattohoitopotilaan ja läheisen kohtaamista on tarpeellista perehtyä potilaan taustaan. Mitkä ovat merkittävimmät perussairaudet? Onko potilaan palliativisen hoidon linja keskusteltu ja kuvattu sairauskertomuksessa? Mitä hoitoa rajaavia päätöksiä on tehty? Mikäli hoitolinja on epäselvä, hoidon tavoitteet on syytä määritellä. Kuolemaan liittyvän oman epävarmuuden tai ahdistuksen ei pitäisi estää saattohoidon linjaamista tai potilaan kohtaamista, sillä hoidon oikean tavoitteen määrittely on potilaan etu myös elämän loppuvaiheessa. Terveyskeskuksen kollegaa tai erikoissairaanhoidon edustajaa voi konsultoida ennen kohtaamista. Jos nuorena kandidaattina on vastaavassa tilanteessa ensimmäistä kertaa, on aivan kohtuullista pyytää mukaan kokeneempi kollega. Keskeytysten välttämiseksi voi selvittää, voiko työpuhelimien luovuttaa hoitajalle, joka vastaanottaa keskustelun aikana tulevat yhteydenottopyynnöt.

Potilas keskiössä – läheiset osallisina. Avoin mieli ja valmius kuunteluun luovat edellytykset onnistuneelle kohtaamiselle. Potilaan kanssa käytävä keskustelu on usein luontevaa



KUVA 1. Saattohoidon moniammatillista hoitoa kuvaava tarkistuslista.

aloittaa potilaan voinnista ja ajankohtaisista asioista ja edetä siihen mikä käsitys heille on syntynyt sairauden tilanteesta ja hoidon tavoitteista. Keskustellessa on hyvä käyttää avoimia kysymyksiä. Potilaan toiveet ja myös huolenaiheet ohjaavat potilaskeskiseen hoidon suunnitteluun. On tärkeää hahmottaa, että läheisten huomioiminen on osa hoitoa. Yhteistyö ja tiedon antaminen omaiselle edellyttävät tietysti potilaan lupaa. Mikäli omaisia on useita, kannattaa sopia, kuka heistä on ensisijainen yhteyshenkilö, jolle kerrotaan potilaan tilasta. Vuodeosastolla yhden hengen huone parantaa yksityisyyttä ja helpottaa myös omaisen yöpymistä potilaan luona.

Oirehoito

Kattava oireiden arviointi ja toisaalta ennakkointi luovat vakaan perustan saattohoidolle. Potilaan oirehoidon tarvetta on suositeltavaa kartoittaa systemaattisesti kyselylomaketta käyttäen (KUVA 2) (5). Enemmistössä palliativista hoitoa antavista yksiköistä on lääkäri paikalla vain virka-aikana, joten saattohoitovaiheen alkaessa on tärkeää ennakoida mahdollista oireiden lisääntymistä. Lähellä kuolemaa eri sairaustilat voivat aiheuttaa hyvin samankaltaisia oireita, ja niitä voidaan lievittää samoilla lääkkeillä. Syöpäsairauksissa lääkehoidon merkitys korostuu ja etenkin kivun lievityksessä voidaan tarvita suuria lääkeannoksia. Eri oireiden hoi-

Päivämäärä: _____ 20____

OIREKYSELY

Nimi _____ Syntymäaika _____

Hoitotanne suunnitellaan kokemienne oireiden perusteella.
Arvioikaa kohdallanne oireen voimakkuus asteikolla 0–10 (0 tarkoittaa, että teillä ei esiinny kyseistä oiretta lainkaan, ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista haittaa). Jos listasta puuttuu jokin teitä haittaava oire, voitte lisätä sen listaan ja arvioida myös sen haittaavuuden asteikolla 0–10.

	Ei lainkaan	Pahin mahdollinen
Kipu levossa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Kipu liikkeessä	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Väsymys	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Pahoinvointi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Masennus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Ahdistuneisuus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Uneliaisuus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Ruokahaluttomuus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Hengenahdistus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Ummetus	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Muu oire, mikä?		
_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Muu oire, mikä?		
_____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Millaiseksi koette vointinne kokonaisuudessaan?		
0 = paras mahdollinen	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	10 = heikoin mahdollinen

KUVA 2. Oirekyselylomake. Potilaan kokemaa oireistoa ohjaa hoidon suunnittelu. Lomake on muokattu Edmontonin oirekyselystä (ESAS).

toon käytettävistä lääkkeistä ja niiden annoksista löytyy ohjeistusta ja käytännöllisiä taulukoita Käypä hoito -suosituksesta (5).

Lääkehoidon antoreitti. Lääkehoito toteutetaan suun kautta (po.) niin kauan kuin se on mahdollista ja lääkkeet imeytyvät. Myös limakalvoille (suuontelo, nenä) voidaan antaa pieniä annoksia opioideja tai rauhoittavaa lääkitystä potilaalle, jolla nieleminen on vaikeutunut. Kuitenkin on tärkeää varautua parenteraaliseen hoitoon, jossa ensisijainen on ihon alainen anto (sc.), koska lihaksen sisäinen tuottaisi kipua ja laskimonsisäinen (iv.) reitti voi olla epävarma (kanyylin irtoaminen, mahdollinen vaikeus saa-

da uutta). Transkutaaniseen antoon liittyy saatohoidossa epävarmuutta: kakektisella potilaalla lääkeaineen imeytyminen ei ole luotettavaa, ja kuumeilevalla potilaalla annostelukalvo pysyy huonosti paikoillaan. Parenteraalinen lääkitys on mahdollista toteuttaa jatkuvana infuusiona lääkeannostelijalla (PCA, patient controlled analgesia) tai bolusinjektioina ihonalaiskanyylin kautta, jolloin kanyyliä käytetään tavanomaista iv-kanyyliä tai erikseen ihonalaishoitoon tarkoitettua kanyyliä. Mikäli lääkitys ohjelmoidaan morfiinina, anto tapahtuu yleensä neljän tunnin välein erillisinä injektioina ihonalaiskudokseen, mutta on varmistuttava siitä,

että potilas saa lisälääkitystä tarpeeksi usein, esimerkiksi 1–2 tunnin välein, jos kipu lisääntyy. Kuolemassa olevalla potilaalla opioidille ei ole annosylärajaa, vaan lääkitystä on tehostettava tarpeen mukaan. Lääkeannostelijan etu on se, että laite annostelee lääkettä säännöllisesti ja potilaan on PCA-toiminnon avulla helppo saada tarvittavia lisäannoksia. Vahvan opioidin annos on sama annettaessa lääkkeitä laskimoon tai ihon alle. Infuusiassa voidaan käyttää yksittäistä lääkeainetta, jolloin esimerkiksi kipulääke määrätään milligrammoissa tuntia kohden, kun taas käytettäessä useamman lääkkeen yhdistelmää ohjeistus millilitroissa tuntia kohden on toimiva. Lääkeseoksiin lisättävä keittosuola edistää lääkeaineiden yhteensopivuutta. Seoksia käytettäessä on seurattava, että oheislääkkeiden suositellut vuorokausiannokset eivät ylitä, vaikka potilas saisi paljon lisäboluksia (KUVA 2). Myös Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen sivuilta löytyy yksinkertainen ohje infuusion määräämiseen (6,7).

Kivunhoito. Useimmilla potilailla esiintyy saattohoitovaiheessa kipuja. Jatkuvaan kipuun tarvitaan pitkävaikutteinen lääkitys ja etenkin syöpäpotilailla lyhytaikaiseen kivun pahenemiseen tarvittaessa annettava läpilyöntikivun lääkitys, joka voi olla noin 15 % vuorokauden kokonaisopioidiannoksesta ja antokertoja voi olla esimerkiksi yhdestä viiteen kertaa vuorokaudessa. Mikäli potilas tarvitsee lyhytvaikutteista lääkitystä yli kolme kertaa vuorokaudessa, hän todennäköisesti hyötyy pitkävaikutteisen lääkityksen annoksen suurentamisesta (esimerkiksi 25 %). Ohje on vain suuntaa antava, potilaan lääkehoidon vastetta onkin tärkeää seurata. Vahvaa opioidia aiemmin käyttämättömällä suun kautta otettava aloitusannos 24 tunnin aikana voi olla 40–60 mg morfiinia, 20–40 mg oksikodonia tai 12 µg fentanylä transkutaanisesti, mutta vanhuksen tai muuten hauraan potilaan hoidossa varovaisuus on tarpeen: haittavaikutukset korostuvat iäkkäillä, toisaalta hoitovastetta voidaan saada puolta pienemmäläkin aloitusannoksella (5). Lääkityksen tehoa arvioidaan paitsi kipua mittaamalla, myös lyhytvaikutteisen kipulääkityksen tarvetta seuraamalla. Tärkeä osa arviota on myös henkilökunnan ja omaisten raportointi kokemus, etenkin

jos potilas ei itse jaksa kommunikoida.

Konsultaatiot syöpäkivun hoidossa. Mikäli potilas ei saa riittävää vastetta kipulääkitykselle tai lääkityksen tehostamista vaikeuttavat kipulääkityksen haittavaikutukset, on tarpeellista konsultoida palliatiivisen hoidon kollegaa tai kivunhoidon asiantuntijaa. Potilas saattaisi hyötyä esimerkiksi vahvan opioidin vaihdosta (8). Konsultaatiotarve on päivystyksellinen tilanteessa, jossa epiduraalisesti tai spinaalisesti toteutettavasta lääkityksestä huolimatta kipu ei ole hallinnassa tai jos herää epäily kipulääkekatetrin liittyvästä ongelmasta kuten katetrin irtoamisesta tai tulehduksesta.

Hengenahdistus ja hengitysteiden eritteet. Mikäli hengenahdistuksen syy ei ole poistettavissa, opioideja voidaan käyttää kivun lisäksi hengenahdistukseen. Usein lääkitykseen lisätään myös bentsodiatsepiini, vaikkakin asian tutkimusnäyttö on kiistanalainen (5). Käytännön kokemus kuitenkin puoltaa lääkkeiden käyttöä yksilöllisesti titraten. Bentsodiatsepiinia valittaessa on suunniteltava lääkkeen antoreitti sekä huomioitava lääkkeen puoliintumisaika. Esimerkiksi loratsepinin puoliintumisaika on melko pitkä (10–20 tuntia) verrattuna midatsolamiin (2–5 tuntia). Kuolevilla potilailla limaisuus ja siitä johtuva korina on tavanomaista ja ahdistaa erityisesti omaisia. Limaimut voivat olla potilaalle epämiellyttäviä, ja potilaan tajunnantason ollessa heikentynyt ilmiö kuormittaa enemmän omaisia. Limaisuuteen voidaan määrätä antikolinerginen lääkitys, vaikka sen tehosta ei olekaan vahvaa tutkimusnäyttöä (5,7).

Pahoinvoinnista kärsii jopa 60 % potilaista elämän loppuvaiheessa. Toimenpiteitä ja lääkitystä valittaessa on syytä huomioida todennäköinen etiologia ja mahdollisuuksien mukaan vaikuttaa etiologiseen syyhyn (esimerkiksi runsaan askiteksen dreneeraus, suuontelon sammaksen hoito). Pahoinvoinnin taustalla voi olla myös ummetus, jonka hoito on tärkeää, ensisijaisia valintoja ovat osmoottiset laksatiivit. Kohonnon kallonsisäisen paineen aiheuttamaa pahoinvointia lievitetään deksametasonilla. Lääkeaineiden kuten opioidien aiheuttamaan pahoinvointiin käytetään haloperidolia. Henkisen ahdistuneisuuden komponentti oirekuvas-

sa on huomioitava. Metoklopramidilla voidaan hiukan lievittää maha-suolikanavan yläosan vetovaikeutta. Tutkimusnäyttö on niukkaa, mutta krooniseen pahoinvointiin on saatu lievitystä myös SHT-salpaajasta, metoklopramidista ja olantsapiinista (5). Saattohoitopotilaan suolitukos vaatii tehokasta oirehoitoa, jonka hoitoalgoritmi on kuvattu Käypä hoito -suosituksessa. Myös palliatiivisen hoidon konsultaatio on näissä tilanteissa suositeltava (5).

Palliatiivinen sedaatio ja kohtausmaiset oireet. Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa kuolevan potilaan tajunnantason heikentämistä lääkkeellisesti, mikäli vaikeita oireita ei saada riittävästi lievitettyä muilla keinoin. Syitä sedaation tarpeeseen voivat olla hallitsematon kipu, hengenahdistus, agitaatio, delirium tai ahdistuneisuus. Sedaatio ei nopeuta potilaan kuolemaa (9). Sedaatio toteutetaan yleisimmin midatsolaamilla tai loratsepaamilla ihonalaisesti tai suonensisäisesti, kipu- ja muuta oirelääkitystä jatkaen ja tarvittaessa antoreittiä vaihtaen. Tavoitteena on potilaan levollisuus, koneellista seurantaa ei tarvita. Myös kohtausmaiseen oireen pahenemiseen varautuminen on tärkeää, ja niistä yleisimpiä ovat kovat kivut ja vaikea hengenahdistus. Potilaalle kannattaa määrätä näiden tilanteiden varalle normaalien lisäannosten lisäksi myös ”hätlälääkkeet”, esimerkiksi suurempi kerta-annos opioidia ja bentsodiatsepiinia (5,9–12).

Tukihoito

Saattohoitopotilaalla varsinaista neste- tai ravitsemushoitoa ei aloiteta, mutta laskimonsisäisen oirehoitolääkityksen reitin turvaamiseksi ja laskimokanyylin aukiolon kannalta hidas nesteinfusio voi olla tarpeen, kuitenkin enintään 1 000 ml vuorokaudessa ja mahdollisia haittavaikutuksia seuraten. Omaisten on tärkeää tietää, että nesteytyksellä aiheutetaan potilaalle herkästi lisää oireita turvotuksien pahenemisella (3). Janon tunne lievittyy suuta kostuttamalla. Käypä hoito ei suosita verituotteiden käyttöä saattohoidossa, sillä esimerkiksi uupumus on monitekijäinen eikä todennäköisesti lieviy punasolusiiirrosta, vaikka potilas olisi aneeminen. Tärkeää on sen sijaan ohjeistaa eritystoimin-

Ydinasiat

- » Saattohoito on moniammatillista työtä, jossa huomioidaan myös potilaan ja läheisen psykososiaalinen tuki.
- » Potilaan oirehoidon suunnitteluun saa tukea palliatiivisen hoidon Käypä hoito -suosituksesta.
- » Oirehoidossa on ennakoitava oireiston lisääntyminen ja muun kuin suun kautta otettavan lääkityksen tarve.
- » Kuuntelemisen taidon harjaannuttaminen ja kuoleman kohtaaminen kasvattavat lääkäriä ammatillisesti sekä ihmisenä.
- » Palliatiivisen hoidon keskuskeskukset ja erikoistuneet kotisairaalat tarjoavat saattohoitoon liittyvää konsultaatiotukea.

tojen seuranta; esimerkiksi opioidin aiheuttamana virtsaumpi aiheuttaa voimakasta kipua ja rauhottomuutta ja hoitamaton ummetus samoin. Laksatiiveja onkin syytä käyttää niin kauan kuin suun kautta otettava lääkitys toteutuu ja virtsakatetri asentaa tarvittaessa. Suun kostuttaminen kostutusvalmisteilla tai ruokaöljysivellyllä, sekä suuhygieniä ja esimerkiksi sammaksen hoito on tärkeää myös kuolemaa lähestyvällä potilaalla (5).

Lääkelistan karsinta ja potilaan seuranta.

Potilaan lääkelistalta karsitaan lääkkeet, joilla ei saavuteta välitöntä oireiden lievitystä (esimerkiksi kolesteroli- ja osteoporoosilääkkeet, tukosprofylaksi) mutta jatketaan valmisteita, joiden lopettaminen voisi aiheuttaa oireiston lisääntymistä; esimerkiksi suun kautta otettava nitraattilääkitys voidaan korvata transkutaanisella valmisteella. Verenpainelääkityksen tarve yleensä vähenee ja lääkitystä on purettava tarpeen mukaan hypotonian välttämiseksi; lääkitys loppuu viimeistään silloin, kun potilas ei ota lääkkeitä suun kautta. Potilaan voinnin seuranta perustuu tavallisesti kliiniseen arvioon. Laboratoriokokeista luovutaan, ellei niillä ole erityistä perustetta kuten insuliinidiabeetikon verengluukoosin seuranta. Diabeteksen lääke-

TAULUKKO 1. Usean lääkeaineen yhdistelmä ja hoidon toteutus lääkeannostelijan (PCA) avulla. Lääkitys määrätään tavalla ml/t. Esimerkki: potilaalla on aiemmin ollut suun kautta lääkityksenä syöpäkipuun morfiini 90 mg/vrk (siirryttäessä parenteraaliseen annosteluun vaihtosuhde on 3:1 eli 30 mg), pahoinvointiin metoklopramidi 30 mg/vrk, ja lisäksi potilaalla on läpi-lyöntikipua ja hengenahdistusta. Lääkityksen toteuttaminen suun kautta on epävarmaa, ja päädytään ihonalaiseen antoon. Valmistaja suositaa, että 50 ml lääkeasetti täytetään vähintään 50-prosenttisesti. Metoklopramidin jatkuvaa vuorokausi-annosta vähennetään 20 mg:n tasolle, jottei bolusannon vuoksi ylitetä 30 mg:n enimmäissuosituksia. Jakamalla 25 ml:n kokonaisvolyymi 72 tunnilla saadaan määritettyä lääkeannos ml/tunnissa, pyöristetty tuntiaannosta alaspäin (yksi vuorokausiannos morfiinia 26 mg/vrk). Lisäannos on tavallisesti 1–2 tunnin lääkitystä vastaava määrä. Päivystysajalle lääkäri voi ohjeistaa sairaanhoitajaa suurentamaan tai pienentämään virtausta hoitovasteen perusteella. Lukko aika kertoo lääkeannostelijaan säädet-
tävästä minimiajasta, jonka on kuluttava ennen seuraavaa lisäannosta.

Morfiini, midatsolaami, metoklopramidi PCA ml/t anto	Esimerkki
Lääkeasetin riittävyys, annostelureitti, volyymi	PCA 3 vrk sc, 50 ml kasetti
Lääke, vahvuus, vuorokausiannos (mg/vrk), kokonaisannos (mg), kokonaisvolyymi (ml)	Morfiini 20 mg/ml, 30 mg/vrk, 90 mg = 4,5 ml Midatsolaami 5 mg/ml, 5 mg/vrk, 15 mg = 3 ml Metoklopramidi 5 mg/ml, 20 mg/vrk, 60 mg = 12 ml
Lääkkeiden yhteisvolyymi (ml)	19,5 ml
Lisättävä NaCl	NaCl 5,5 ml
Totaali nestevolyymi	25 ml
Jatkuva virtaus (ml/t), bolus (ml), lukko aika (min), max bolusmäärä/tunti	0,3 ml/h, bolus 0,5 ml, lukko 15 min, max 3/t
Lääkeainepitoisuudet (mg/ml)	Morfiini 3,6 mg/ml, midatsolaami 0,6 mg/ml, metoklopramidi 2,4 mg/ml
Suurennusohje: jos x/bolusta/vrk saa suurentaa + xx ml/h (ja bolusta x ml)	Jos > 6 bolusta/vrk nopeus + 0,1ml/h ja bolus + 0,1 ml
Jos sedatoituu liikaa pienennetään annosta x ml/h (ja bolusta x ml)	Jos sedatoituu liikaa nopeus –0,1ml/t ja bolus –0,1 ml

TAULUKKO 2. Opioidin anto jatkuvana infuusiona lääkeannostelijan (PCA) kautta. Lääkitys määrätään mg/t tavalla. Esimerkki: Potilaalla on syöpäkipuhoitoon ollut oksikodonilääkitys suun kautta, ja se vastaa 100 mg:n kokonaisannosta vuoro-kaudessa (esimerkiksi 30 mg:n pitkävaikutteista kaksi kertaa ja 10 mg:n lisäannoksia neljä annosta). Päädytään siirtymään parenteraaliseen antoon, koska kivut ovat lisääntymässä ja nieleminen on heikentynyt. Annosta suun kautta siirryttäessä ihon alaiseen on oksikodonin vaihtosuhde 2:1, joten oksikodonia tarvitaan 50 mg yhden vuorokauden aikana, ja se jakamalla 24 tunnilla saadaan annos 2 mg yhden tunnin aikana. Lisäannos on tavallisesti 1–2 tunnin taustavirtausta vastaava määrä. Esimerkissä käytetään 100 ml:n kasettia. Päivystysajalle lääkäri voi ohjeistaa sairaanhoitajaa säätämään annosta erillisen oh-
jeen mukaan hoitovasteen perusteella.

Oksikodoni PCA mg/h anto	Esimerkki
Lääkkeen antoreitti ja kasetin volyymi	PCA sc, 100 ml:n kasetti
Lääke, konsentraatio	Oksikodoni 10 mg/ml, 30 ml (= 300 mg)
Lisättävä NaCl	70 ml NaCl
Lääkeainepitoisuus mg/ml	3 mg/ml
Vuorokausiannos (24 t)	50 mg oksikodonia
Jatkuva virtaus, annos yhdessä tunnissa	2 mg/h
Bolusannos	2,5 mg
Lukko aika ja max bolusmäärä/t	20 min, max 3 bolusta/t
Lääkeasetin riittävyys	Seurattava kulutusta, ilman boluksia kesto 6 vrk.
Annosmuutosohje yön päivystysajalle (esim.)	Jos tarvitsee yli kuusi bolusta 8 t aikana, suurennetaan taustavirtausta 2,5 mg tasolle ja bolus 3 mg tasolle. Jos sedatoituu liikaa, lasketaan virtausta 1,5 mg/t tasolle ja bolusta 2 mg tasolle, lukko aika pitenee 30 minuuttiin.

hoitoa karsitaan, ja etenkin hypoglykemiaa on vältettävä. Insuliinin tarve yleensä vähenee, ja sitä käytetään tavoitteena saavuttaa verengluukoosin oireeton pitoisuus noin 7–15 mmol/l (13). Verengluukoosiseuranta tai insuliinihoitoa ei jatketa potilaalla, jonka tajunnantaso on heikentynyt lähestyvän kuoleman vuoksi. Läheisiä on tarpeen informoida lääkepurun perusteista.

Psykososiaalinen tuki

Kuten elämä, myös kuolema ja sitä edeltävä vaihe ovat yksilöllisiä. Mikäli potilaan kognitio riittää, tieto lähestyvistä kuolemasta käynnistää monitahoisin prosessin. Ikä tai pitkä sairaushistoria voivat valmistaa potilaan lähestyvään luopumiseen, mutta aina näin ei ole, eikä sopeutumisesta voi ulkopuolelta pakottaa. Ei siis todennäköisesti ole syytä epäillä epäselvää viestintää, mikäli samoihin keskustelunaiheisiin palataan usean kerran. Läheiset niin ikään käyvät yksilöllistä prosessiaan, perheen sisäisten roolien muuttuessa ja arkisista askareista on kuitenkin samalla huolehdittava. Läheistä voi kannustaa huolehtimaan myös omasta jaksamisestaan kysymällä, kuinka hän jaksaa, pystyykö hän nukkumaan, syömään ja muistaako ottaa mahdolliset omat lääkityksensä. Lääkärin tärkeä tehtävä on koota moniammatillinen tiimi potilaan tueksi. Sosiaalityöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja, sairaalapastori, kuntoutusohjaaja ja järjestöjen tukihenkilöt voivat omalta osaltaan tarjota apua, niin arjen pulmiin kuin eksistentiaaliseenkin ahdistukseen. Nuoren lääkärin on hyvä hahmottaa, että hyvä somaattinen hoito edistää potilaan ja läheisten psyykkistä hyvinvointia ja parhaaseen lopputulokseen päästään tekemällä yhteistyötä eri ammattiryhmien kanssa (**KUVA 1**) (5).

Alaikäisten huomioiminen. Erityisesti jos potilaan perheessä on alaikäisiä lapsia, heidän tilanteensa on tärkeää ottaa puheeksi. Toivottavaa olisi, että esimerkiksi Lapset puheeksi -työmenetelmää olisi käytetty jo sairauden aikaisemmassa vaiheessa. Myös lapset tarvitsevat aikaa kuolemaan sopeutumisessa. Potilas ja läheiset tarvitsevat kannustusta lasten kutsumisessa sairastavan luokse. Kohtaamisessa esittä-

dytään myös lapsille, eikä heidän läsnäoloon ohiteta. On tarpeellista kysyä vanhemmilta etukäteen, mitä lapsille on sairauden tilanteesta kerrottu, onko kuolemasta puhuttu suoraan ja sovittaa oma viesti sen perusteella. Joskus potilas toivoo, että juuri lääkäri kertoo lapselle vanhemman lähestyvistä kuolemasta, mutta keskustelussa on tarpeellista, että lapsella on läheinen aikuinen tukenaan. Tilanne on herkkä ja haastava, mutta pienellekin lapselle voi esimerkiksi kertoa tilanteesta vähitellen: ”sairaus on niin vaikea, että sitä ei voida parantaa / siihen voi kuolla / siihen kuolee. Me hoidamme ja autamme isää tai äitiä (muu läheinen) niin että hänellä olisi mahdollisimman hyvä olla.” Lapsen on tärkeää kuulla, että potilaan väsymys ei ole hänen syynsä, vaan johtuu sairaudesta.

Kuoleman jälkeen

Etenkin kotisaattohoidossa läheisten kanssa on tärkeää puhua lähestyvistä kuolemasta, ja mitä se käytännössä tarkoittaa. Kuoleman tapahduttua osanoton ilmaiseminen on usein hyvä tapa ilmaista myötätuntoa, mutta täysin valmiita oikeita fraaseja ei ole, koska tilanteet ovat yksilöllisiä. Kuolema todetaan tutkimalla ja kirjaimella sykkeettömyys, hengittämättömyys sekä mahdolliset ulkoiset kuoleman merkit. Suunnitellussa saattohoidossa kotikuoleman varalle on usein alueellinen ohje, eikä paikalle kutsuta hälytysyksikköä. Kuoleman jälkeen on hyvä varata riittävästi aikaa omaisten kysymyksiin ja tukemiseen. Uudessa työpaikassa kannattaa aina myös selvittää, mitä tukimahdollisuuksia läheisille on tarjolla kuoleman tapahduttua. Kokenut hoitohenkilökunta on korvaamaton apu läheisten tukemisessa. Sairaalapastori voi tavata läheisiä myös surutyön aikana (3,14).

Oikeudellisia näkökohtia. Ennen tapaa- mista kannattaa selvittää onko ruumiinavaus tarpeen ja tarvittaessa puhua siitä läheisten kanssa. Lääketieteellinen kuolemansyynselvitys tarvitaan, kun kuolinsyy on epäselvä ja oikeustieteellinen, jos omaisilla on epäily hoitovirheestä, kyseessä on ammattitauti tai saattohoitotilanteeseen on johtanut tapaturma. Oikeuslääkärä voi tarvittaessa konsultoida puhelimitse ruumiinavauksen tarpeesta ja kuolemansyistä.

Läheiset tarvitsevat tukea ja heillä on usein kysymyksiä. On tärkeää käydä läpi perusasiat, kuten että kuolintodistus lähetetään suoraan viranomaisille ja sen kautta tieto kuolemasta siirtyy väestötietojärjestelmään ja muistuttaa heitä olemaan yhteydessä hautaustoimistoon ja kirkkoherranvirastoon tai maistraattiin. Koska asiat unohtuvat helposti, läheisille tulisi antaa paikkakunnan kirjallinen opas mukaan.

Lopuksi

Laadukasta saattohoitoa pystytään toteuttamaan myös perusterveydenhuollon yksiköissä. Palliatiivinen lääketiede on tärkeä osa lääkärin peruskoulutusta, ja sitä kehitetään myös parhaillaan käynnissä olevassa Opetus- ja kulttuuri-

ministeriön kehittämishankkeessa (EduPal) (15). Potilaan ja läheisten kohtaaminen on keskeinen osa elämän loppuvaiheen hoitoa, ja siihen pitää varata riittävästi aikaa. Kuoleman kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen voi saada valmiuksia kirjoista ja koulutuksista, mutta harjaantuminen karttuu potilastyössä ja on ammatillisesti myös palkitsevaa. Moniammatillinen tiimi on tärkeä osa laadukasta saattohoitoa, ja se tukee myös nuorta lääkäriä saattohoitoon liittyvän tunnekuorman käsittelyssä. Käypä hoito -suositus ohjaa lääkkeiden käytössä ja annoissa. Yliopistosairaaloiden palliatiiviset keskuskeskukset ja alueelliset palliatiiviset keskuskeskukset ja kotisairaalat tarjoavat konsultaatiotukea saattohoitoon liittyvissä kysymyksissä. ■

EEVA RAHKO, LT, syöpätautien ja sädehoidon erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys
OYS, Syöpätautien ja hematologian vastuualue

KAISA RAJALA, LT, geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys, ylilääkäri
Keski-Uudenmaan sote

TEEMAN ERIKOISTOIMITTAJAT
Iivo Hetemäki, Liisa Harjama ja Annikka Kalliokoski

VASTUUTOIMITTAJA
Maija Tarkkanen

SIDONNAISUUDET

Eeva Rahko: Luento-/asiantuntijapalkkio (Pfizer, Amgen, Roche, Kyowa Kirin, Ratiopharm, Oy Eli Lilly Ab, Boehringer Ingelheim), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Grex Medical, Kyowa Kirin, Roche), luottamustoimet (Onkologiyhdistyksen hallitus, varajäsenyydet), hankkeet (EduPal-hanke, Opetus- ja kulttuuriministeriö)

Kaisa Rajala: Luento-/asiantuntijapalkkio (AstraZeneca, Kyowa Kirin, Mundi Pharma, Kyowa Kirin, Amgen, OrionPharma, RatiopharmTeva, Pfizer, Eduroam, Mehiläinen, MSD, Boehringer Ingelheim), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Kyowa Kirin, Boehringer Ingelheim), luottamustoimet (SPLY Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen hallituksen jäsen; EAPC 2021 kansallisen ohjausryhmän puheenjohtaja; Palliatiivinen erityispätevyys toimikunta, sihteeri), muut sidonnaisuudet (Orion, Boehringer Ingelheim)

SUMMARY

End of life care at primary care ward

End of life care is one essential function of primary health care. Medical treatment of physical symptoms follows national guidelines, but patient centered care includes also emotional support and co-operation with family members. Open communication of end of life issues and working as a member of interdisciplinary team are challenging but also rewarding to a young doctor. Consultation of a palliative care specialist physician is recommended in complex cases.

KIRJALLISUUTTA

1. World Health Organization. Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016. WHO 2018. https://who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/.
2. Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ* 2003;326:30–4.
3. Lehto J, Marjamäki E, Saarto T. elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 2019;135:335–42.
4. Saarto T, Finne-Soveri H. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa – alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Valtioneuvoston raportteja ja muistioita 2019:14. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4041-3>.
5. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2013 [päivitetty 4.10.2019]. www.kaypahoito.fi/hoi50063#k1.
6. Dickman A, Schneider J, Varga J. The syringe driver. Oxford: Oxford University Press 2005.
7. Aalto L, Rajala K. Ohje jatkuvan ihonalaisen lääkeannostelijan (ns. kipupumppu) käyttöön perusterveydenhuollon vuodeosastoja varten. Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys 2012. https://palliatiivisenlaaketieteenyhdistys.fi/@Bin/770316/La%CC%88a%CC%88keannostelija-ohje%2B2.2.2012_21319.pdf.
8. Hamunen K, Kontinen V. Opioidin vaihtaminen. *Finnanest* 2012;45:460–4.
9. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, ym. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol* 2009;20:1163–9.
10. Cherny N, Radbruch L. European Association For Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23:581–93.
11. Swart SJ, Rietjens J, Van Zuylen L, ym. Continuous palliative sedation for cancer and noncancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2012;43:172–81.
12. Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10:67–85.
13. Kiljunen M, Marjamäki E. Lääkehoito elämän loppuvaiheessa. *Suom Lääkäril* 2017;72:1231–5.
14. Pupita-Mattila K. Kuolemaansa lähestyvälle ja hänen perheelleen on hyvä puhua kuolemasta rohkeasti ja lempeästi. *Duodecim* 2018;134:834–5.
15. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen [verkkosivu]. <https://palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi>