

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta  
Hoitotyön koulutusohjelma

Ryösä Jenni, Saavalainen Susanna, Seppä Susanna, Tuuliainen Katariina

## **Kuolevan potilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta**

Opinnäytetyö 2016

## Tiivistelmä

Ryösä Jenni, Saavalainen Susanna, Seppä Susanna ja Tuuliainen Katariina  
Kuolevan potilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta, 47 sivua, 6 liitettä  
Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö 2016  
Ohjaajat: lehtori Birgitta Lehto, Saimaan ammattikorkeakoulu

Kuolevan potilaan hoitotyöhön kuuluu kivunhoito tärkeänä osana parantumattomasti sairaan elämäläätua parantavana hoitona. Kuolevan potilaan oireiden hoidosta sanotaan, että kipu on merkittävässä osassa useammassa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Sairaanhoitaja on osa moniammatillista tiimiä, joka osallistuu potilaan kivunhoitoon. Usein kuitenkin sairaanhoitaja on ainoa linkki potilaan ja lääkärin välillä ja käytännössä hän toteuttaa ja ohjaa kivunhoitoa muulle työryhmälle, potilaalle tai omaiselle.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuolevan potilaan kivunhoito toteutuu valituissa Eksoten yksiköissä, mitä haasteita kivunhoito tuo ja miten kivunhoitoa voisi kehittää. Tavoitteena oli kuolevan potilaan kivunhoidon ja sairaanhoitajan työn kehittäminen opinnäytetyön tulosten perusteella. Kohderyhmäksi valittiin sairaanhoitajia, jotka työskentelevät kuolevien potilaiden kanssa.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi kuusi avointa kysymystä. Tutkimuskohteen yksiköihin toimitettiin 30 laadullisia kysymyksiä sisältävää kyselylomaketta. Tutkimukseen vastasi 22 sairaanhoitajaa, joiden työkokemus alalta vaihteli kuudesta kolmeen kymmeneen kahdeksaan vuoteen. Kaikki vastaajat olivat naisia. Opinnäytetyön aineisto ryhmiteltiin erilaisten aihepiirien mukaan temaattisen analyysin avulla.

Vastausten pääteemoiksi nousivat moniammatillinen yhteistyö, oikeat lääkkeen antomenetelmät, lääkkeen antoon liittyvät ongelmat, hoitoketjuun liittyvät haasteet, potilaslähtöiset haasteet, hoitohenkilökunnan osaaminen ja ammattitaito sekä hoitohenkilökunnan yhteistyö. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että ennakointi kivunhoidossa on tärkeä asia hyvän kivunhoidon kannalta. Mitä vähemmän läpilyöntikipua potilas kokee sitä paremmin on kivunhoidossa onnistuttu. Asenteita ja motivaatiota pidettiin merkittävänä tekijänä sairaanhoitajilla ja lääkäreillä kivunhoidon kehittämisessä, ja lisäkoulutusta toivottiin lisää. Kivunhoidon kehittämisen kannalta toivottiin yhtenäisiä hoitolinjoja, rohkeutta hoitaa kipua, hyvää asennetta ja parempaa lääkäreiden tavoitettavuutta.

Asiasanat: Kipu, sairaanhoitaja, kuoleva potilas, kivun hoito

## **Abstract**

Ryösä Jenni, Saavalainen Susanna, Seppä Susanna and Tuuliainen Katariina  
Pain relief in dying patients, 47 pages, 6 appendices  
Saimaa University of Applied Sciences  
Health Care and Social Services Lappeenranta  
Degree Program in Nursing  
Bachelor's Thesis 2015  
Instructors: Senior lecturer Birgitta Lehto, Saimaa University of Applied Sciences

Pain treatment is vital when nursing includes the increasing of quality of life for the dying and incurable patient. It has been said that when you are treating the symptoms of a dying patient that their pain plays a significant part in most death inducing illnesses. The nurse is part of a multi-professional team who are involved in the patient's pain treatment. Usually the case is that the nurse is the only link between the patient and the doctor. The nurse carries out the pain treatment and gives guidance about it for the workgroup, the patient or the relative.

The purpose of our thesis was to find out how the dying patient's pain treatment carries out in different units, what kind of challenges pain treatment brings and how the pain treatment could be improved. We wanted to research how the dying patient's pain treatment appears from the aspect of a nurse. For our target group, we chose nurses who were working with dying patients.

We collected our research material with a questionnaire that included 6 open ended questions. We gave different medical faculties 30 pieces of questionnaires that included qualitative questions. 22 nurses who had work experience from six to thirty-eight years responded to our questionnaire. They were all females. We opened the results of our study into text using the inductive content analysis, which is based on inductive reasoning.

Planning was considered an important issue. The survey showed that partial planning took place, but there was still room for improvement. With cancer patients the planning of pain management was done better than with the internal medicine patients. Most of respondents thought that the forethought in pain management was the most important thing in terms of good pain management. The less breakthrough pain the patient feels the better it is successful in the treatment of pain. Attitudes and motivation were considered as an important factor with nurses and doctors in the development of pain management, also they wished that there were more additional training on the matter. Doctors and nurses mutual trust was hoped to be improved. In terms of developing the pain management there was need for improving the mutual care lines, the courage to treat the pain, a good attitude and better reachability of doctors.

Keywords: Pain, nurse, dying patient, pain treatment

## Sisältö

1	Johdanto.....	6
2	Kuolevan potilaan kipu.....	7
2.1	Akuutti ja krooninen kipu.....	9
2.2	Kiputyypit .....	9
2.3	Läpilyöntikipu .....	9
2.4	Kivun arviointi ja mittaaminen .....	11
3	Kivunhoito .....	13
3.1	Lääkinnällinen kivunhoito.....	14
3.1.1	Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet .....	15
3.1.2	Opioidit .....	16
3.1.3	Masennuslääkkeet .....	17
3.1.4	Lisälääkkeet .....	17
3.1.5	Sädehoito ja muut toimenpiteet kivunlievitykseen .....	19
3.1.6	Palliatiivinen sedaatio.....	19
3.1.7	PCA-kipuannostelija .....	20
3.2	Lääkkeetön kivunhoito .....	21
3.2.1	Fysioterapeuttiset menetelmät .....	21
3.2.2	Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät .....	22
3.2.3	Emotionaalinen tuki.....	22
3.3	Sairaanhoitaja kivunhoidon toteuttajana .....	23
4	Kuolevan potilaan hoito .....	24
4.1	Saattohoitopotilaan hoidon haasteet, nykytila ja tulevaisuus .....	24
4.2	Palliatiivinen hoito .....	26
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	26
6	Opinnäytetyön toteutus.....	27
6.1	Kysely hoitajille .....	28
6.2	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin rooli.....	29
6.3	Aineiston analysointi .....	30
7	Tulokset .....	31
7.1	Vastaajien taustatiedot.....	31
7.2	Kuolevan potilaan hyvä kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta .....	31
7.3	Sairaanhoitajan haasteet kuolevan potilaan kivunhoidossa.....	34
7.4	Kehitettäviä asioita kuolevan potilaan kivunhoidossa .....	36
7.5	Lääkkeettömän kivunhoidon toteutuminen tutkimuksen kohde yksiköissä .....	37
8	Pohdinta.....	38
8.1	Tulosten pohdintaa .....	38
8.2	Eettiset näkökulmat .....	40
8.3	Raportin luotettavuus .....	41
	Kuvat.....	43
	Taulukot.....	43
	Lähteet.....	44

## Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Haastattelukysymykset

Liite 3 Tutkimuslupahakemus

Liite 4 Analyysitaulukko tutkimuskysymykseen 1

Liite 5 Analyysitaulukko tutkimuskysymykseen 2

Liite 6 Analyysitaulukko tutkimuskysymykseen 3

# 1 Johdanto

Kuolevan ihmisen hoitaminen on Suomessa tullut viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana tärkeäksi terveydenhuollon osa-alueeksi. Se on moniammatillisen hoitotiimin ja lääketieteellisen hoitotiimin yhteinen asia. Tarkoituksena on pitää huolta kuolevan ihmisen kaikista tarpeista elämänloppusuoralla. Kipu ja kivun pelkoon liittyvät tekijät aiheuttavat potilaalle lisästressiä, joka puolestaan lisää kärsimystä ja toivottomuutta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 9, 57.) Kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon tasoille. Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa ja kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän hoidon perusta. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Keskeisintä on sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden ja kärsimysten lievitys (Käypä hoito -suositus 2012). Kipu on aina potilaan oma tuntemus ja potilas itse on kivun paras arvioitsija. Kipu muodostuu elinvaurioista sekä psykologisista ja ympäristöön liittyvistä tekijöistä. Kipu ei kuitenkaan aina liity vaikeaan sairauteen. (Hänninen 2012, 22.)

Sairaanhoitaja on merkittävässä asemassa kipua arvioitaessa ja sairaanhoitajalta edellytetään ammattitaitoa tunnistaa kipu. Vaajoki ja Haatainen (2014, 45-46) toteavat artikkelissaan, ettei nykyisessä sairaanhoitajakoulutuksessa saatu kivunhoidon koulutus ole riittävää. Tässä opinnäytetyössä halutaan selvittää myös sairaanhoitajien omaa näkökulmaa asiaan tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä.

Kivun hoidon onnistumisen kannalta hoitajan tulee olla motivoitunut, ajatteleva ja tietävä. Hoitajalla on oltava valmiudet toteuttaa kivunhoitoa, ei riitä että potilas kertoo kivusta. Hyvän työmotivaation omaavalla ja yhteistyön ymmärtävällä hoitajalla on hyvät mahdollisuudet onnistua kivunhoidossa. Pelkkä motivaatio ei riitä, vaan hoitajan tulee pitää tietoa taitonsa ajan tasalla. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 11.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten kuolevan potilaan kivunhoito toteutuu tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä, mitä haasteita kivunhoito tuo ja miten kivunhoitoa voisi kehittää. Meitä opinnäytetyöntekijöitä kiinnostaa sairaanhoitajan näkökulmasta kivunhoidon riittävyys ja käytännön kokemukset kuolevan potilaan kivunhoidossa. Ovatko sairaanhoitajat tyytyväisiä olemassa olevaan käytäntöön, ja mitä voitaisiin tehdä toisin parantumattomasti sairaan hoidossa laadukkaan loppuajan turvaamiseksi kivunhoidon osalta.

Opinnäytetyön teemana on kuolevan potilaan kivunhoito, sillä emme halunneet rajata työtä yhteen aihealueeseen, kuten saattohoitopotilaan kivunhoitoon tai palliatiivisen potilaan kivunhoitoon. Olemme itse havainneet työuran aikana puutteita kuolevan potilaan kivunhoidossa eri yksiköissä ja puutteet herättivät mielenkiinnon aihetta kohtaan. Tavoitteena on tutkimuksen tulosten perusteella kehittää kuolevan potilaan kivunhoitoa ja sairaanhoitajan työtä, lisäksi tavoitteena on saada aikaan pohdintaa ja keskustelua kuolevan potilaan kivunhoidon laadusta ja riittävydestä työyksiköissä. Kyselyn kohteeksi valittiin saattohoidon parissa työskenteleviä sairaanhoitajia, sillä heillä on käytännöntyön kautta kokemusta kuolevan potilaan kivunhoidosta.

## **2 Kuolevan potilaan kipu**

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP määrittelee kivun seuraavasti: *Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein* (Salanterä ym. 2006, 7). Psykologi C. Richard Chapman puolestaan määrittelee Vainion (2004, 17) teoksessa kivun näin: *Vaikka kipua voidaan kuvata aistihavaintona, se on ennen kaikkea voimakas negatiivinen tunnetila, joka hallitsee tietoisuutta.*

Hoitotyössä on kipu määritelty myös seuraavasti: *Kipu on mitä tahansa yksilö sanoo sen olevan ja sitä esiintyy silloin, kun yksilö sanoo sitä esiintyvän.* Salanterän ym. (2011) mukaan määritelmä muistuttaa hoitohenkilökuntaa siitä, että potilas on aina kivun paras asiantuntija ja hän auttaa ymmärtämään kivun henkilökohtaista luonnetta. Määritelmä ei kuitenkaan sovi kivun yleiseksi määritelmäksi, sillä maailmassa on paljon ihmisiä, joiden kommunikointi on puutteelli-

nen ja yhtäläillä heille kivun kokeminen on mahdollista. (Salanterä ym. 2011, 7–8.)

World Health Organization (WHO) on julkaissut vuonna 1998 ohjekirjan, jossa kiinnitetään huomiota fyysiseen kipuun ja muihin kipuun liittyviin oireisiin. Kivun arviointi on sairaanhoitajan ja lääkärin vastuulla. Siihen kuuluvat myös psyykkis-emotionaalisten, hengellisten ja sosiaalisten ongelmien aiheuttamien kipujen tunnistaminen. Näin pystytään selvittämään sairauden etenemistä ja potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä sitä, minkälainen vaikutus sairaudella on potilaan elämänlaatuun. (Grönlund & Huhtinen 2011, 56–57.)

Kipu on henkilökohtainen kokemus ja sen määrää tai laatua on vaikea ulkopuolisen tietää. Hyvällä ja tarkalla raportoinnilla, kipumittareilla ja sensitiivisellä työotteella saadaan kivunhoitoa paremmaksi. Potilaan kuunteleminen on myös erittäin tärkeää. Kivun kertominen ja ilmaiseminen voivat riippua myös potilaan kulttuurista ja uskonnollisesta taustasta. Voidaan ajatella, että kipu kuuluu asiaan tai että kipu jalostaa ihmistä paremmaksi. Vanha sanontakin sanoo: *Kärsi, kärsi niin kirkkaamman kruunun saat*. Pelko riippuvuuden syntymisestä tai lääkkeitten haittavaikutuksista voi myös estää laadukkaan kivunhoidon. (Sailo 2000, 164-166.)

Hallinnan menettämisen pelko, pelko kuoleman jouduttamisesta tai toisaalta se, että lääkitys ei ole tarpeeksi tehokasta tai ettei kuoleva potilas saa sitä tarpeeksi, ovat kysymyksiä, jotka herättävät huolta sekä potilaassa että omaisissa. Näitä asioita on syytä pohtia yhdessä kaikkien asianomaisten kanssa. (Sailo 2000, 166.)

Grönlundin & Huhtisen (2011) mukaan hoitamaton kipu voi vaikuttaa muiden vaivojen lisääntymiseen tai voimistumiseen ja kipu voi aiheutua sellaisista vaivoista kuten ummetus ja virtsaumpi. Potilaan kokonaisvaltainen hoito on erittäin tärkeää. Kipu ja kivun pelko aiheuttavat kuolevalle potilaalle stressiä, joka lisää kärsimystä ja toivottomuutta. Potilaita rauhoittaa tieto siitä, että kipuja voidaan lievittää. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57–58.)

## **2.1 Akuutti ja krooninen kipu**

Kipu voi olla pitkäaikainen eli krooninen tai lyhytaikainen eli akuutti. Kroonisen ja akuutin kivun hoitokeinot ja mekanismit sekä kivun merkitys ovat erilaisia. Akuuttikipu johtuu jostain elimellisestä tekijästä kuten murtumasta, synnytyksestä, haavasta, tulehduksesta tai leikkauksesta. Kun vaurio on parantunut, kipu yleensä lievenee. Kun kipu jatkuu pidempään ja on kudosten tavallisen paranemisajan jälkeen jatkuvaa, kipua pidetään kroonisena. (Vainio 2004, 17–18.)

Vainion (2004) mukaan vaarasta varoittaa akuutti kipu. Kivun ansiosta opimme että teräviin tai polttaviin asioihin ei kannata koskea, eikä kannata mennä paikkoihin mistä voi pudota. Kipu estää myös esimerkiksi murtuneella jalalla kävelyn. Kroonisessa kivussa kipu menettää suojaavan merkityksen. Se vain rajoittaa toimintakykyä ja vaikuttaa mielialaan masentavasti. (Vainio 2004, 17-18.)

## **2.2 Kiputyypit**

Kipu on monista eri syistä johtuva epämiellyttävä oire. Kiputyyppejä ovat nosiseptiivinen, viskeraalinen, neuropaattinen, idiopaattinen ja sekamuotoinen kipu. Kudosvaurioista johtuva tylppä ja jomottava kipu on nosiseptiivista, kuten esimerkiksi luuetäpesäke kipu. Viskeraalinen kipu eli sisäelinkipu johtuu muun muassa siitä, että kasvain tukkii suolen tai venyttää lihasta tai kapselia sisäelimen ympärillä. Neuropaattista hermokipua koetaan esimerkiksi hermokudosta puristavassa syövässä, se on pistelevää ja polttavaa ja siihen liittyvät rajut kipukohtaukset. Idiopaattisessa kivussa ei ole löydettävissä kudosvaurioita, mutta tähän kipuun liittyy ahdistusta, pelkoa ja levottomuutta, koska kipu on psyykkistä. Sekamuotoisessa kivussa voi olla kaikkia edellä mainittuja tai jotain kiputyyppejä. (Vainio 2009b, 154-157.)

## **2.3 Lämpilyöntikipu**

Pöyhiän (2002, 27–28) mukaan lämpilyöntikivuilla tarkoitetaan kivun pahenemista peruskipulääkityksestä huolimatta tai kipupiikkejä, jotka ylittävät hyväksytyyn taustakivun. Eri tutkimukset ovat osoittaneet, että monet syöpää sairastavat potilaat kärsivät lämpilyöntikivusta, joka aiheuttaa elämänlaadun heikentymistä. Potilaalla voi olla yksi tai useampia ja kestoaltaan vaihtelevia lämpilyöntikipuja.

Hänninen (2012, 30-31) puolestaan kertoo saattohoito-oppaassaan, että läpilyöntikipu tarkoittaa ilman syytä alkanutta lyhytaikaista kivun lisääntymistä. Usein se on noin 30 - 60 minuutin kestoista kipua. Jos kipua esiintyy vuorokauden aikana jatkuvasti, on syytä lisätä säännöllisen kipulääkkeen annostusta.

Läpilyöntikivun intensiteetti ja haitta-aste tulee aina selvittämällä käyttämällä kipumittaria, kuten kipujanaa tai sanallista kuvailua. Esimerkiksi asennon muutokseen, kuten taivutukseen liittyvä kova kipu voi sopia selkärangan luustomestaasin aiheuttamaksi ja repivä tai polttava kipu voi liittyä neurogeeniseen etiologiaan. (Pöyhiä 2002, 27-29.)

Jos läpilyöntikipua esiintyy, se merkitsee usein tavallista vaikeampaa ja monimutkaisempaa kipuoireyhtymää. Syy läpilyöntikipuun on säännöllisesti otettavan kipulääkkeen vaikutuksen loppuminen liian aikaisin. Läpilyöntikivun hoitoa on tutkittu vähän, joten tieteelliseen näyttöön perustuvia suosituksia ei ole. Läpilyöntikivun lääkehoitona on lyhytvaikutteinen opioidi, koska tulehduskipulääkkeillä on kattoannos, jota ei saa ylittää. Taulukkoon 1 on koottu muutamia tärkeitä asioita, jotka tulee huomioida läpilyöntikivun arvioinnissa (Pöyhiä 2002, 27-38.)

<b>Intensiteetti:</b> Intensiteetti: VAS, VRS
<b>Sijainti:</b> Onko samalla alueella kuin muut kivut?
<b>Ennustettavuus:</b> Kyllä/Ei
<b>Kivun mekanismi:</b> Somaattinen, neuropaattinen, psyykkinen ahdistuneisuus
<b>Ajallisuus:</b> Kohtauksittainen, äkillinen, kesto, frekvenssi
<b>Suhde säännölliseen kipulääkitykseen:</b> Säännöllisen lääkityksen annoksen vaikutuksen loppuminen
<b>Provosoivat tekijät:</b> Asento, liikkuminen, syöminen jne.
<b>Etiologia:</b> Liittyykö syövän leviämiseen? Onko kyseessä syövästä riippumaton kipu?

Taulukko 1. Läpilyöntikivun analyysi (Pöyhiä, 2002)

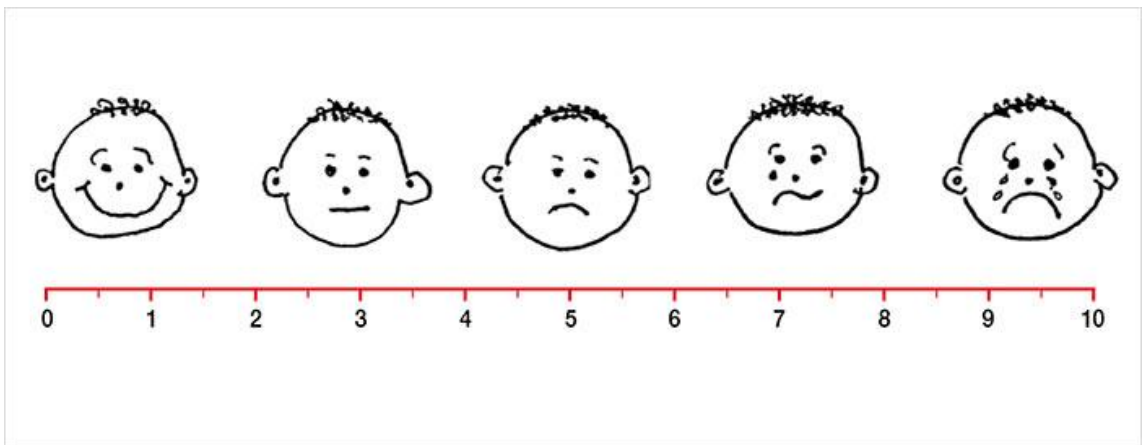
## 2.4 Kivun arviointi ja mittaaminen

Salanterän ym. (2006) mukaan laadukas kivunhoito edellyttää systemaattista ja tehokasta kivunarviointia jokaisen potilaan kohdalla. Lähtökohtana on potilaan oma subjektiivinen arvio kivustaan. Joskus tämä voi olla vaikeaa tai jopa mahdotonta, jolloin potilaan kipua arvioivat läheiset, hoitajat ja lääkärit. *Tuloksellinen potilaan kivunhoito perustuu tutkittuun tietoon ja hyväksi koettuihin käytänteisiin. Se on eettisesti kestävä ja edellyttää moniammatillista tiimityötä.* (Salanterä ym. 2006, 66.)

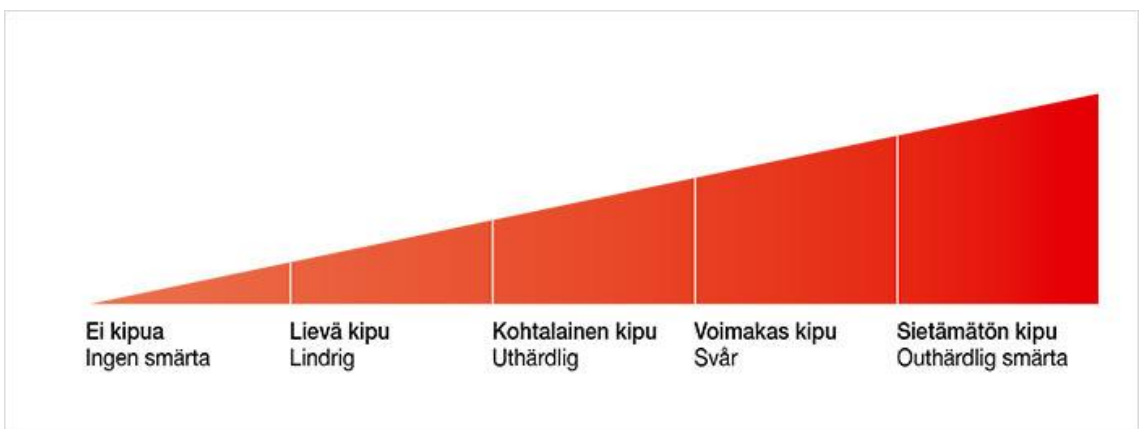
Kivun arvioinnissa voidaan käyttää myös erilaisia mittareita. Näistä yleisimmin käytetty kipumittari on analogiasteikko VAS (Visual Analogue Scale 0-10) (Kuva 1), jolle potilas merkitsee janan leikkaavan pystyviivan kohtaan, jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Lapsia varten on oma kasvoasteikko (Kuva 2), jossa viidellä erilaisella ilmeellä kuvataan kivun voimakkuutta. Visuaalisen asteikon lisäksi voidaan käyttää numeerista ja sanallista asteikkoa. Numeerinen NRS (Numeric Rating Scale) on kipuasteikko, jossa kipu määräytyy välille 0-10, 0=ei lainkaan kipua, 1-2=lievää kipua, 3-4=kohtalaista kipua, 5-6=voimakasta/kovaa kipua, 7-9= hyvin voimakasta kipua, 10= sietämätöntä kipua. VRS (Verbal Rating Scale) (Kuva 3) on sanallinen kipuasteikko, jossa kipu määräytyy välille 0-4, 0= kipua ei ole lainkaan, 1= kipu on lievä, 2= kipu on kohtalaisen voimakasta, 4= kipu on sietämättömän voimakasta. (Kalso & Kontinen 2009, 54-56.)



Kuva 1. VAS-asteikko (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2016)



Kuva 2. Lasten kasvoasteikko (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015)

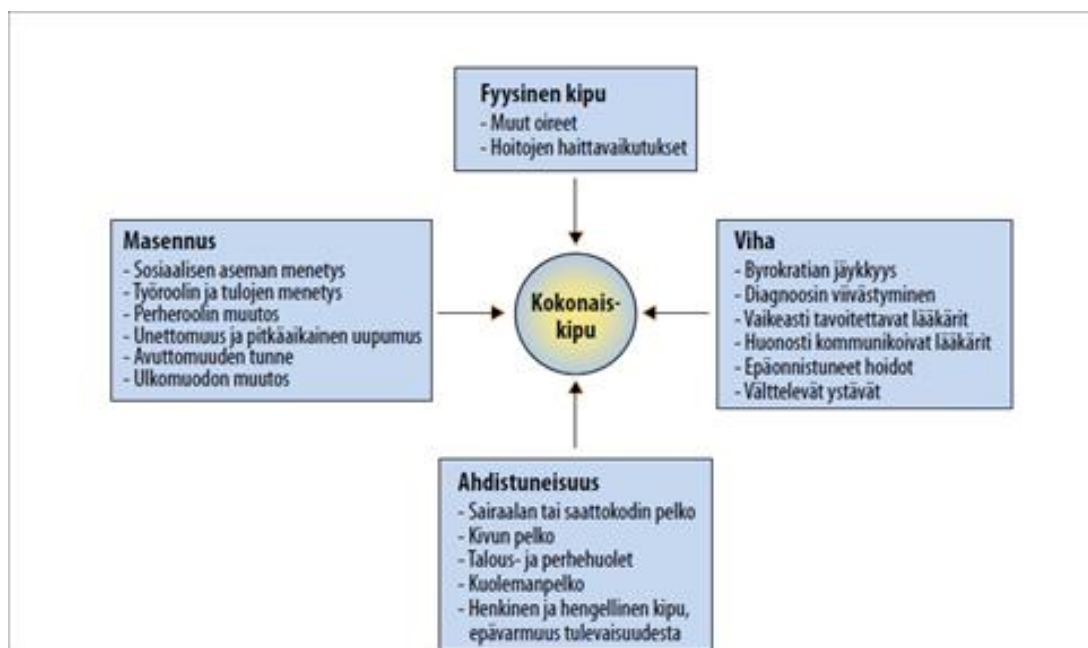


Kuva 3. VRS-asteikko (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2015)

### 3 Kivunhoito

Kuolevan potilaan hoitotyöhön kuuluu kivunhoito tärkeänä osana. Käypä hoito -suosituksessa (2012) Kuolevan potilaan oireiden hoito sanotaan, että kipu on merkittävässä osassa useammissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kivun hyvä hoito parantaa kuolevan potilaan elämänlaatua. Kuolevan potilaan kivunhoitoon liittyviä tutkimuksia on tehty useita. Lisäksi aihetta sivutaan lähes aina, kun käsitellään saattohoitoa tai palliatiivista hoitoa. Sairaanhoidajan roolia kuolevan potilaan hoidossa ovat tutkineet esimerkiksi Kaikkonen (2012) ja Yliaho (2014). Kaikkosen raportissa todettiin, että kivunhoidon puheeksi ottaminen, keskustelun herättäminen ja kivunhoidon laadun parantamisen suunnittelemisen vaikuttivat positiivisesti kivunhoidon huomioimiseen. Kuolevan potilaan kivunhoitoa lääkärin näkökulmasta ovat artikkeleissaan tutkineet Tasmuth, Saarto ja Kalso (2004) sekä Hänninen & Anttonen (2008).

Korhonen & Poukka (2013, 442-443) ovat todenneet artikkelissaan, että kivunhoidon yhteydessä on hyvä muistaa käsite kivusta kokonaisuudessa. Käsite tarkoittaa sitä, että kipukokemus käsittää fyysisen kivun lisäksi myös psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen eli olemassa olevan ulottuvuuden. Kuva 4. havainnollistaa tekijöitä, jotka vaikuttavat kivun kokemukseen.



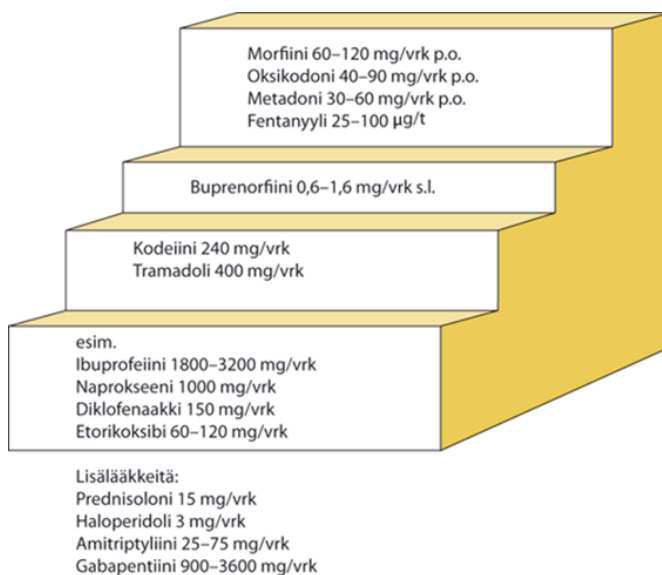
Kuva 4. Kokonaiskipuun vaikuttavat tekijät (Korhonen & Poukka 2013)

### 3.1 Lääkinnällinen kivunhoito

Korhosen & Poukan (2013, 441) mukaan osa kuolevista potilaista pystyy ottamaan lääkkeitä suun kautta vielä hyvinkin lähellä kuolemaa, etenkin jos lääke on liuosmuotoinen. Osa potilaista tarvitsee muuta antoreittiä viimeisinä päivinä. Jos potilaalla on kivut hallinnassa ja käytössä säännöllinen kipulääkitys, entinen annostus lääkityksen osalta jatkuu. Mikäli potilaan tajunta on jo alentunut, jatketaan kipulääkitystä toista antoreittiä apuna käyttäen.

Kipua hoidetaan lääkkeillä, esimerkiksi kuolevan potilaan hoidossa käytetään usein opiaatteja. Lääkehoidossa on usein käytössä pitkävaikutteinen kipulääke ja läpilyöntikipuihin nopeavaikutteisempi lääke, esimerkkinä Oxycotin/Oxynorm yhdistelmä. (Vainio 2004, 78, 83.)

Joskus potilas voi myös kieltäytyä kokonaan lääkkeellisestä kivunhoidosta, ja se on myös hoitohenkilökunnan osattava hyväksyä (Sailo 2000, 165).



Kuva 5. Lääkehoidon portaat (Vainio 2004)

Kuvassa 5, lääkehoidon portaissa on kuvattuna alhaalta ylöspäin kipulääkkeet miedoista vahvempiin. Lääkityksessä siirrytään alimmalta portaalta kohti ylemmää kivun pahentuessa. Kipulääkkeiden lisäksi käytetään myös muuta lääkehoidoa kipua lievittämään, esimerkiksi glukokortikoideja ja gabapentiiniä (Vainio

2004, 82; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 109.)

### **3.1.1 Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet**

Usein kivunhoito aloitetaan tulehduskipulääkkeellä (esimerkiksi Burana, Ketorin, Naprometin), ja joskus pelkästään tulehduskipulääkkeet koetaan riittäväksi kipulääkitykseksi. Lääkkeillä on tietty maksimiannostus, minkä jälkeen teho ei enää lisäännä. Suurempia annoksia käytettäessä sivuvaikutukset voivat aiheuttaa ongelmia. Yleisimmät sivuvaikutukset ovat mahan limakalvon ärtyminen ja suolistoverenvuodot. Lääkkeet saattavat aiheuttaa myös munuais- tai keskushermosto-oireita. Joskus myös lisääntyneet raajaturvotukset voivat liittyä tulehduskipulääkkeisiin. Etenkin vanhuksilla tulehduskipulääkkeitä tulee annostella varoen. (Hänninen 2012, 24–25.)

Tulehduskipulääkkeet estävät prostaglandiinien syntymistä ääreiskudoksissa. Tulehduksen tai kudoksen vaurion seurauksena prostaglandiineja vapautuu kudoksesta. Ne saavat aikaan kipusignaalin muodostumisen kipuhermopäätteissä. Olennaisia eroja ei ole eri tulehduskipulääkkeiden kipua poistavilla vaikutuksilla. Lääkettä ei kannata vaihtaa toiseen samalla mekanismilla toimivaan lääkkeeseen, jos yksi ei toimi, vaan silloin kannattaa siirtyä tehokkaampaan kipulääkitykseen. Tulehduskipulääkkeiden siedettävyydessä on yksilöllisiä eroja. (Vuorinen 2015, 12–13.)

Parasetamolilla on kuumetta alentava ja kipua lievittävä vaikutus, mutta se ei vaikuta tulehdusreaktioon. Parasetamolia käytetään lievän ja keskivaikean kivun hoitoon samoihin käyttöaiheisiin kuin tulehduskipulääkettä. Parasetamolin käyttömuotoja ovat suun kautta annosteltavia valmisteita (tabletti, poretabletti, mikstuura) sekä peräsuolen kautta annosteltava peräpuikko. Markkinoilla on myös laskimonsisäisesti annosteltava valmiste. Annostelussa tulee huomioida, että annoksen pitää olla riittävän suuri. Maksimiannos aikuisella on 3-4 g/vrk jaettuna 3-4 annoskertaan. (Salanterä ym. 2006, 115.)

Parasetamolilla on etuja tulehduskipulääkkeeseen verrattuna. Oikein annosteltaessa se ei aiheuta ruoansulatuskanavan ärsytystä, eikä estä verihiutaleiden tarttumista toisiinsa, eikä lisää verenvuodon riskiä. Lisäksi allergiaoireet ovat harvinaisia. Parasetamolin haittana pidetään maksatoksisuutta. Maksavauriot ovat harvinaisia suosituskäyttöannostuksella, ne liittyvät yleensä yliannostustilanteisiin. (Salanterä ym. 2006, 115.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan tulehduskipulääkkeen tai parasetamolin käyttö yhdessä opioidin kanssa saattaa lievittää kipua tehokkaammin kuin opioidi yksinään (Käypä hoito -suositus 2012).

### **3.1.2 Opioidit**

Opioideiksi tai opiaateiksi kutsutaan pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia voimakkaita kipulääkkeitä. Tunnetuin ja vanhin tähän ryhmään kuuluva lääke on morfiini. Opioidi valitaan kivun voimakkuuden ja antoreitin mukaan. Kodeiini ja tramadoli ovat heikkoja opioideja, jotka eivät riitä kovaan kipuun, ja niillä on useita yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Buprenorfiini on keskivahva opioidi, mutta esimerkiksi buprenorfiinilaastari (kauppanimeltä Norspan) ei ole tarkoitettu syöpäkivunhoitoon. Syöpäkivunhoidossa vahva opioidi sopii potilaalle aloituslääkkeeksi. (Kalso 2009, 199.)

Opioideista kovaan ja keskivaikeaan kipuun käytetään oksikodonia, metadonia, fentanyyliä ja morfiinia. Oksikodoni muistuttaa tehonsa ja haittaprofiilinsa suhteen läheisesti morfiinia, mutta mahdollisesti aiheuttaa vähemmän hallusinaatioita kuin morfiini. Suun kautta annostellun oksikodonin hyöty on parempi kuin morfiinin, ja sitä on saatavissa sekä lyhytvaikutteisina että hitaasti vapauttavina tabletteina. (Kalso 2009, 199.)

Morfiinia on saatavana suun kautta annettavana depottablettina, depotkapselina ja oraaliuoksena, s.c, i.m tai i.v (injektioliuos). Sitä voidaan käyttää ihonalaisena tai suonensisäisenä kestoinfusiona (PCA) yksin tai yhdessä tukilääkkeiden kanssa. (Kalso 2009, 201.)

### **3.1.3 Masennuslääkkeet**

Kun potilaan kipu on kroonista, ilmenee silloin usein myös masennusta. Masennus kipupotilaalla voi johtua monista eri syistä. Terveysten menetys ja elämäntuoksesta aiheutuva kriisi jo itsessään voivat aiheuttaa unettomuutta ja rajoittaa toimintakykyä. Kroonisen kivun hoidossa käytetään pienemmissä annoksissa myös masennuslääkkeitä, joista keskeisessä osassa ovat trisykliset lääkkeet. (Vainio 2009a.)

Suomessa käytössä olevia trisyklisiä lääkkeitä ovat amitriptyliini, doksepiini, nortriptyliini, trimipramiini ja klomipramiini. Trisykliset masennuslääkkeet ovat kaikki haittavaikutuksiltaan ja teholtaan samankaltaisia. Lääkäri voi määrätä kroonisesta kivusta kärsivälle potilaalle masennuslääkettä kivun hoitoon, vaikka ei arvelisi potilaan olevan masentunut. Jos potilaalla on kivun lisäksi masennusta, lääke auttaa siihenkin. (Huttunen 2015.)

Masennuslääkkeistä ovat hyötyneet myös syövän aiheuttamista kivuista, fibromyalgiasta, reumakivuista ja kroonisista selkävivusta kärsivät potilaat. Kivun hoidossa eniten käytetty masennuslääke on amitriptyliini. Amitriptyliini aiheuttaa väsymystä, tämän vuoksi sitä annostellaan potilaalle useimmiten iltaisin tai iltavoittoisesti. Uusilla, ns. selektiivisillä masennuslääkkeillä (sitalopraami, venlafaksiini, paroksetiini, fluoksetiini) on amitriptyliiniä vähemmän haittavaikutuksia, mutta ne myös tehoavat krooniseen kipuun heikommin. Masennuksen hoidossa nämä lääkeryhmät eivät eroa teholtaan. (Vainio 2009a.)

### **3.1.4 Lisälääkkeet**

Kipulääkkeiden lisäksi kuolevan potilaan kivunhoidossa käytetään laajalti erilaisia muita lääkkeitä. WHO määrittelee hoitokaaviossaan muut lääkkeet lisälääkkeiksi. Jokaisella lääkkeellä on oma indikaationsa. Epilepsialääkkeitä voidaan käyttää neuropaattisen kivun lievittäjänä. Lisäksi antihistamiinit sekä haloperidolit ovat lääkkeitä, joita käytetään pahoinvoinnin hoidossa. (Vainio 2004, 85–86.)

Hermosolujen yliärsytyvyyttä ja liiallista sähköistä aktiivisuutta on todettu hermoaurioissa sekä kroonisissa neuropaattisissa kivuissa. Karbamatsipiinia alettiin käyttää kroonisen kivun hoidossa sen jälkeen, kun huomattiin lääkkeen hyvä

teho kolmoishermoston hoidossa. Epilepsialääkkeiden teho perustuu hermosolujen natriumkanaviin ja kykyyn estää äkillisen sähköisen purkauksen synty ja leviäminen. Karbamatsebiinin tavallisimpia haittavaikutuksia ovat uneliaisuus, pahoinvointi ja huimaus. Lisäksi pienellä osalla potilaista esiintyy leukopeniaa ja trombosytopeniaa. Tämän vuoksi potilaan verenkuvaa pitäisi tutkia ennen hoidon aloittamista ja 1-3 kuukauden välein hoidon aikana. (Vainio ym. 2004, 86–87.)

Gabapentiini on epilepsialääke, jonka on todettu olevan tehokas postherpeettisen neuralgian aiheuttaman kivun lievittäjä. Gabapentiininissa on muita epilepsialääkkeitä vähemmän vakavia haittavaikutuksia. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat väsymys, uneliaisuus, huimaus, päänsärky, muisti- ja puhehäiriöt, ataksia, näköhäiriöt, dyspepsia ja perifeeriset turvotukset. (Vainio ym. 2004, 86–87.)

Monilla parantumattomasti sairailta potilailla esiintyy loppuvaiheessa oksentelua ja yli puolella jonkin asteista pahoinvointia. (Käypä hoito -suositus 2012).

Pahoinvointi liittyy saattohoitopotilailla yleensä annettuihin lääkkeisiin, aineenvaihdunnallisiin syihin, tulehdukseen, ummetukseen tai kasvaimen aiheuttamaan suolistotukokseen. Jos pahoinvoinnin syytä ei voida poistaa, sitä voidaan helpottaa lääkityksellä. Jos pahoinvointia aiheuttaa jokin kipulääke, kuten morfiini, voidaan siihen vaikuttaa nopeuttamalla mahalaukun tyhjenemistä tai vaikuttamalla pahoinvointikeskukseen suoraan pahoinvointilääkkeillä. Aina on selvitettävä, mistä pahoinvointi johtuu. Jos aiemmin käytössä ollut pahoinvointilääke on tehoton, silloin on vaihdettava pahoinvointilääkitystä. (Hänninen 2012, 32–33.)

Käypä hoito -suosituksessa (2012) sanotaan, että metoklopramidi on tehokas etenkin syöpäpotilaan kroonisen pahoinvoinnin ja oksentelun hoidossa. Metoklopramidi-annosta tulee pienentää puoleen suositusannoksesta, mikäli potilaalla on kohtalainen tai vaikea munuaisten tai maksan vajaatoiminta. Metoklopramidi salpaa serotoniinireseptoreita ja lisää ohutsuoleen asti mahan motiliteettia eli liikettä. Lisäksi haloperidolista saattaa olla hyötyä parantumattomasti sairaiden potilaiden pahoinvoinnin hoidossa, mutta luotettavaa näyttöä tästä ei ole saatu.

### **3.1.5 Sädehoito ja muut toimenpiteet kivunlievitykseen**

Sädehoidolla voidaan helpottaa syöpäpotilaan kipua, kun kasvain suurentuessaan aiheuttaa viskeraalista kipua. Sädehoidolla on tarkoitus lievittää potilaan kipua mahdollisimman nopeasti ilman haittavaikutuksia. Hoidon määrä harkitaan yksilöllisesti. Kivun lievitykseen annettavaa sädehoitoa voidaan antaa luustotäpäsäkkeisiin tai pehmytosatuumoreihin. Sädehoidolla voidaan esimerkiksi estää murtuma, joka aiheuttaisi taas potilaalle lisäkipua. Vaikutus alkaa muutamasta päivästä viikkoon sädehoidosta ja kestää yleensä 3-6 kuukautta. (Vainio & Kalso 2009, 468.)

Saattohoitopotilas voi joskus joutua leikkaushoitoon. Tavallisimmin kyse on lonkkamurtumasta. Tarvittaessa verivalmisteita, lähinnä vain punasoluja, voidaan myös antaa kohentamaan vointia, mikä voi myös lievittää välillisesti kipua. Antibioottihoidoa käytetään usein hengitystie- ja virtsatieinfektioiden hoitoon. Suonensisäisestä antibioottihoidosta ei katsota olevan hyötyä. Muita toimenpiteitä ovat esimerkiksi nesteen poisto keuhkoista tai vatsaontelosta. Kaikkia toimenpiteitä tulee harkita tarkoin, ettei potilaalle aiheuteta lisää kärsimystä. (Hänninen 2012, 17,19-20.)

### **3.1.6 Palliatiivinen sedaatio**

Hännisen (2007, 2207–2212) mukaan kuolevan potilaan hoidossa syntyy tilanteita, joissa oireita ei saada helpotettua tavallisilla toimenpiteillä. Sedatoiminen tarkoittaa sitä, että potilas vaivutetaan uneen lääkkeillä. Sedatointi voi olla ainoa keino hoitaa kuolevan potilaan kokemaa sietämätöntä kärsimystä ja potilaan oireita. Tarkoituksena ei ole jouduttaa potilaan kuolemaa, vaan rauhoittaa oireita. Jos kivut ovat sietämättömiä, potilas ahdistunut ja hengenhädistys hallitsematonta, potilas voidaan sedatoida. Yleisimmin käytetty lääke sedaatioon on midatsolaami.

Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että sedaatio on kuolevan potilaan hoidossa hoitomuotona tehokas ja turvallinen. Palliatiivisen hoidon edellytyksiä on, että potilas on palliatiivisen hoidon piirissä, hänen kärsimyksensä ei helpota muilla hoitoilla, tarvittavat konsultaatiot on tehty ja perhe on otettu huomioon ja hoitoon

mukaan. Päätös palliatiivisesta sedaatiosta tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. (Hänninen 2007, 2207–2208.)

Hamusen (2012, 473) mukaan palliatiivisen sedaation päätös ja perustelut hoidon aloittamisesta sekä hoidon toteutus tulee kirjata sairauskertomukseen. Sedaation yhteydessä ei käytetä tavanomaisesti käytettyjä vitaalitoimintojen koeneellisiä monitoreita. Potilaan vointia seurataan arvioimalla potilaan hengitystheyttä ja tapaa hengittää (pinnallinen, tiheä, rauhallinen). Lisäksi seurataan potilaan liikehtimistä, ääntelyä ja ilmeitä. Tajunnantason arviointia voidaan kuvailla yksinkertaisesti sanallisesti, kuten onko vastetta puhutellulle tai käsittelylle. Potilaan vaste lääkitykselle on tärkeintä kirjata selkeällä tavalla.

### **3.1.7 PCA-kipuannostelija**

PCA-kipulääkeannostelija (Patient Controlled Analgesia) eli kipupumppu on pieni kannettava laite, jonka säiliö sisältää opioidia. Kipupumppu korvaa potilaan aikaisemman jatkuvan opioidiannostelun kestoinfusiona ja läpilyöntikipulääkityksen boluksina, jotka potilas voi annostella itse. Laite on useimmiten yhdistettynä käsivarren, mutta myös rintakehän tai vatsan ihon alle. Ihonalaiseen lääkkeen annosteluun soveltuvat pienet laskimokanyylit tai siipineulat. PCA-menetelmässä (potilaan itse säätelemä kivun hoito kipulääkeannostelijan avulla) anestesia lääkäri suunnittelee potilaalle sopivan kipulääkeannosteluohjelman, joka syötetään ja lukitaan laitteeseen. Potilas voi turvallisesti itse annostella kipupumpusta kipulääkettä tarpeensa mukaan. Laitteen käyttö opastetaan potilaalle, ja koska vain potilas itse voi arvioida kipulääketarpeensa, ainoastaan hän saa painaa laitteessa olevaa painiketta, eivät esimerkiksi ystävät tai omaiset. Kun potilas painaa PCA-kipulääkeannostelijan painiketta, hän saa yksilöllisesti suunnitellun kipulääkeannoksen käden selässä olevan laskimokanyylin kautta suoneen. (Hamunen & Kalso 2009, 288-289; Mustajoki, Alila, Matilainen, Pellikka & Rasimus 2013, 364.)

## **3.2 Lääkkeetön kivunhoito**

Kivunhoidossa käytetään myös ei-lääkinnällisiä keinoja, esimerkiksi kylmä- ja lämpöhoitoa, kosketusta, fysioterapiaa, musiikkia, rentoutusta, vyöhyketerapiaa, akupunktioita (Lampinen & Haapio 2000, 228-230). Näitä kivunhoitomenetelmiä voidaan käyttää potilaan toiveiden, voinnin ja mahdollisuuksien mukaan.

Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö on todettu hyvin yleiseksi, mutta kirjaamisessa on havaittu puutteita. Lisäksi on huomattu, että kokeneet hoitajat osaavat paremmin hyödyntää menetelmiä kuin kokemattomat hoitajat. Lahtinen, Heino-Tolonen, Rantanen & Joronen (2015) toteavat *Hoitotiede*-lehdessä, että kirjaamista täytyy lisätä, ja varsinkin harvinaisemmista hoitomuodoista pitää tietoa saada eteenpäin kaikkien hyödynnettäviksi. Potilaan olon tekeminen hyväksi, hänen kuunteleminen, potilaan lähellä oleminen ja tietoisuus siitä, että kivunlievitys mahdollisuuksia on, helpottavat jo potilaan oloa. (Lahtinen ym. 2015, 336.)

### **3.2.1 Fysioterapeuttiset menetelmät**

Fysioterapeuttisia menetelmiä käytetään kivunhoitoon runsaasti, niitä ovat termiset hoidot, asentohoito, hieronta, akupunktio sekä TNS-hoito (Pohjolainen 2009 237-241; Lahtinen ym. 2015, 324-337).

Kylmähoitoa käytetään paljon kivunlievitykseen. Ihon lämpötilan laskiessa alle 20 asteen asetyylikoliinin erityys vähenee ja hermojen johtumisnopeus pienenee. Kylmähoito vähentää myös turvotusta ja vähentää tulehdusta. Kylmähoidon vaikutuksista on kuitenkin melko vähän tieteellistä näyttöä. (Mikkelsen & Leppäluoto 2005, 426.)

Lämpöhoitossa lihakset rentoutuvat ihonverenkierron lisääntyessä, ja lämpö voi kokonaisvaltaisesti rentouttaa ja rauhoittaa oloa. Erilaisia fysikaalisia hoitomenetelmiä käytetään paljon, vaikka niiden vaikutuksista onkin tutkimusnäyttöä melko vähän. (Salanterä ym. 2006, 158.)

TNS tai TENS eli transkutaaninen hermostimulaatio on yksikertainen hoito, jolla annetaan iholle sähköimpulsseja, jotka potilas tuntee pieninä lihasnykäyksinä tai värinä. Sensoriset ja motoriset hermosäikeet aktivoituvat sähkövirran seu-

rauksena. Ajatuksena tässä hoidossa on porttikontrolliteoria hermopäätteitä ärsytetään sähköisesti jolloin ne aktivoituvat ja aktivoivat selkäytimen takasarven kipua estävien välittäjähermosolujen toiminnan, jolloin talamukseen ja aivokuolelle välittyvät impulssit vähenevät. (Vainio 2004, 74; Salanterä ym. 2006, 163-165.)

Hoito on yksinkertainen toteuttaa, ja ohjauksen siihen voi antaa fysioterapeutti tai sairaanhoitaja. TNS-hoito on turvallista, sitä ei kuitenkaan pidä käyttää, jos potilaalla on sydämentahdistin tai hän on raskaana. Myös epilepsia tai ihorikko alueella ovat vasta-aiheita. (Salanterä ym. 2006, 163-165.)

### **3.2.2 Kognitiivis-behavioraaliset menetelmät**

Kivun hallintaan voi käyttää myös mielikuvaharjoitteita. Potilas voi myös opetella rentoutusta, tai hallitsemaan omaa kipuaan erilaisilla hengitysharjoitteilla. Sairaanhoitaja voi työssään tukea ja ohjata potilasta näiden menetelmien käytössä. Jatkuva kivun pohdiskelu voi myös rajoittaa elämää ja estää ihmistä elämästä sitä täyspainoisesti. Kivun tietoinen hyväksyminen jatkuvasti läsnä olevana voi auttaa myös kivun hallinnassa, tähän voi harjoittaa itseään esimerkiksi mindfulnessin avulla. (Elomaa & Estlander 2009, 245-248.)

### **3.2.3 Emotionaalinen tuki**

Kivunhoidossa lohdutus, läsnäolo ja kosketus ovat tärkeitä keinoja, jolla sairaanhoitaja voi lääkkeettömästi ilman sen ihmeempiä välineitä helpottaa potilaan kipua (Lahtinen ym. 2015, 324). Emotionaalista tukea voi olla vaikeaa kirjata tai määrätä, mutta se on yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä auttamismenetelmistä kuolevan potilaan kivunhoidossa.

Saattohoidossa olevalle potilaalle läheisten tuki on merkityksellistä. Läheinen voi olla perheenjäsen, sukulainen, työkaveri tai muu potilaalle tärkeä henkilö. Läheisten tärkein tehtävä on turvallisuudentunteen luominen ja läheisyyden tuominen kuolevan potilaan rinnalle. Läheisillä on mahdollisuus osallistua halujensa ja kykyjensä mukaan kuolevan potilaan hoitamiseen tai keskittyä vain läsnäoloon potilaan rinnalla. (Hänninen 2012, 50.)

Hännisen (2012, 50) mukaan erityisesti kotihoidossa läheisten tuki on tärkeää. Kotisaattohoito ei yleensä ole mahdollista ilman omaisten tukea ja läsnäoloa. Läheisten läsnäolo kuolemanhetkellä on merkityksellistä potilaan ja omaisten kannalta, läsnäolo konkretisoi kuolemaa. Vaikka läheiset eivät pystyisi kuoleman hetkellä olemaan paikalla, se ei vähennä merkitystä siitä, mitä läheinen on tehnyt potilaan vielä eläessä.

Vainio (2014, 15) puolestaan on todennut, että ihmisen kuolema voi nostattaa omaisissa monenlaisia tunteita ja reaktioita. Riittävä tieto ja tuki ovat läheisille tärkeitä. Ihmisten väliset kiintymyssuhteet säilyvät koko elämän. Niillä voi olla voimakasta merkitystä uhkaavissa tai turvattomissa tilanteissa, kuten kuolemassa. Lopullinen kiintymyssuhteen katkeaminen nostaa pintaan monenlaisia, ehkä ristiriitaisiakin tunnekokemuksia.

### **3.3 Sairaanhoidaja kivunhoidon toteuttajana**

Sairaanhoidaja on osa moniammatillista tiimiä, joka osallistuu potilaan kivunhoitoon. Usein kuitenkin sairaanhoidaja on ainoa linkki potilaan ja lääkärin välillä ja hän käytännössä toteuttaa ja ohjaa kivunhoitoa sekä muulle työryhmälle että potilaalle tai omaiselle.

Vuonna 2003 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ammattikorkeakouluissa annettava kivun hoitotyön koulutus on hyvin vähäistä. Pääpaino opetuksessa oli lääkkeellisessä kivunhoidossa. Tieto kivunhoidosta sairaanhoidajakoulutuksessa tuli hyvin hajanaisesti eri opintokokonaisuuksien yhteydessä. (Salanterä ym. 2006, 63.)

Vaajoki ja Haatainen (2014) toteavat, että sairaanhoidajien koulutuksessaan saama kivunhoidon opetus on vähäistä, eikä siinä voida puhua kokonaisuudesta. Sairaanhoidajat ovat tärkeässä asemassa potilaan kivun arvioinnissa ja siksi heillä pitää olla myös valmiuksia tehdä se oikein, tutkittuun tietoon turvaten. Hoitotieteen lisäksi sairaanhoidajan tulee hallita farmakologiaa, lääketiedettä sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden tutkittua tietoa pystyäkseen arvioimaan potilaan kipua kokonaisvaltaisesti. Tämä pitäisi ottaa yhä enemmän huomioon sairaanhoidajien koulutusta suunniteltaessa sekä Suomessa että kansainvälisesti. (Vaajoki & Haatainen 2014 45-46.)

Sairaanhoitaja toimii erilaisissa työympäristöissä toteuttaen kivunhoitoa osana muuta hoitotyötä. Työelämän erilaiset haasteet vaativat jatkuvaa kouluttautumista ja itsensä kehittämistä myös kivunhoidon saralla. Monet tutkimukset ja viestit työelämästä kertovat, että erityisesti kivunhoidosta toivotaan jatkuvasti lisäkoulutuksia. Sairaanhoitajan on mahdollista myös kouluttautua kipuhoitajaksi, joka on kivunhoidon monipuolinen erityisasiantuntija. Sairaanhoitajat konsultoivat useasti kipuhoitajaa, jolla voi olla tietoa kivunhoidon uusimmista keinoista. (Salaterä ym. 2006, 69-71.)

Salanterä ym. (2006, 11) mukaan onnistuneen kivunhoidon edellytyksenä on motivoitunut, ajatteleva ja tietävä hoitaja. Syy kivunhoidon epäonnistumiseen on terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenne. Hyvästä kivunhoidosta löytyy paljon tietoa, mutta vähättelevä asennoituminen kivunhoitoon ja ammattiryhmien huono yhteistyö estävät hyvän kivunhoidon. Hyvän työmotivaation omaavalla ja hyvän yhteistyön tärkeyden ymmärtävällä hoitajalla on mahdollisuudet onnistua hyvän kivunhoidon toteutuksessa.

## **4 Kuolevan potilaan hoito**

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Kun ihminen alkaa lähestyä kuolemaa, häntä hoitava lääkäri voi tehdä saattohoitopäätöksen. Miten lähellä kuolemaa ja kuka pystyy kuoleman ajankohdan arvioimaan, on epäselvää ja siksi katsotaankin, että saattohoitopäätökset tulevat usein liian myöhään, tai ne jäävät kokonaan tekemättä. Saattohoitopäätöksen viivästyminen voi aiheuttaa sekä henkistä että fyysistä tuskaa niin potilaalle kuin omaisille ja haitata hoitotyöntekijöiden työtä kuolevan potilaan hyväksi. (Hänninen & Anttonen 2008, 23-34.)

### **4.1 Saattohoitopotilaan hoidon haasteet, nykytila ja tulevaisuus**

Varsinainen hoitomuoto saattohoito ei ole, vaan se on oikeastaan toimintatapa, jolla potilasta ja hänen omaisiaan autetaan ja tuetaan. Saattohoidossa potilasta autetaan sekä fyysisesti että psyykkisesti. Saattohoidon alkamisajankohtaa on vaikea määritellä etukäteen ja päätös tehdäänkin aina tapauskohtaisesti. (Hänninen & Anttonen 2008, 23-34.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa raportissa Hyvä saattohoito Suomessa (2010) kuvataan tarkasti saattohoidon toteuttamisen tavoitteita ja suosituksia. Esimerkiksi saattohoitopäätös pitää tehdä tarpeeksi ajoissa, ja potilaalla on oikeus valita, missä hän asuu elämänsä viimeiset hetket. Potilaalle kuuluu taata hoidon jatkuvuus sekä hoitotyön tekijöiden riittävä koulutus. (Pihlainen 2010, 11.)

Erikoistason osaamista saattohoidosta on ollut lähinnä erityisissä yksiköissä, kuten esimerkiksi Pirkanmaan hoitokoti Tampereella ja Terhokodissa (Grönlund & Huhtinen 2011, 79). STM:n suosituksen mukaan saattohoidon pitäisi olla tasapuolista asuinpaikasta huolimatta, mutta käytännössä asia ei näin ole. Henkilöstöä tai saattohoidon osaamista tai tahtoa sen järjestämiseen ei ole riittävästi kaikilla paikkakunnilla. Saattohoitosuunnitelmat eivät ole yhdenmukaisia joka paikassa, ja STM suositteleekin yhtenäistämään hoitopolkua. (Pihlainen 2010, 11-12.)

Palliativisen lääketieteen erikoislääkäri Eero Vuorisen mukaan Suomessa ollaan saattohoidon osalta vielä jäljessä muita Pohjoismaita, mutta edistystäkin on viimeisen kymmenen vuoden aikana tapahtunut. Saattohoito vaatii Vuorisen mukaan erityisosaamista, ja pelkästään hoitotyön peruskoulutuksessa tätä ei saa. Vuorisen mukaan hyvässä saattohoidossa huomioidaan sekä fyysiset että psyykkiset tekijät, ja myös omaiset kuuluvat kokonaisuuteen. Kun hoidon linjat on tehty ajoissa, säästyy potilas turhilta kärsimyksiltä. Tällöin myös taloudelliset seikat mahdollisesti huomioidaan. (Lyhty 2016, 46-47.)

Erjanti, Anttonen, Grönlund ja Kiuru (2014, 5-6) kuvaavat saattohoidon ongelmiksi sen ettei saattohoitopotilasta tunnisteta, päätökset tehdään liian myöhään ja että kivunhallinnan osaaminen on riittämätöntä. Koulutustarvetta on sekä lääkäreille että sairaanhoitajille. Sairaanhoitajien osallistumista palveluketjujen suunnitteluun ja rajapintojen hahmottamiseen Erjanti ym. pitävät tärkeinä. Ylipäätään moniammatillisuutta ja verkostoitumista pidettiin hyvänä asiana laadukkaana saattohoidon kehittämisessä.

## 4.2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on oireenmukaista hoitoa kun parantavaa hoitoa ei enää ole. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on kivun ja muiden oireiden lievittäminen. Hoito on aktiivista ja se toteutetaan moniammatillisesti, ammattitaidolla ja empaattisesti. Palliatiivinen hoito on ollut aiemmin lähinnä syöpäpotilaille tarkoitettua, mutta koska siitä hyötyvät kaikki parantumattomasti sairaat, on sitä tarkoitus kehittää ja ottaa käyttöön laajemminkin. (Anttonen & Kiuru 2014, 13-14.)

Suomessa palliatiivinen hoito on ollut viime vuosiin saakka aivan lapsen kengissä esimerkiksi muuhun Eurooppaan verrattuna. Anttonen ja Pajunen (2008) toteavat artikkelissaan Elämänlaadun turvaaminen suomalaisessa saattohoidossa, että esimerkiksi Irlannissa on palliatiivisen hoidon oppituoli jokaisessa lääketieteellisessä tiedekunnassa, kun taas Grönlund ja Huhtinen (2011, 76) toteavat, että Suomessa se on vain Tampereen ja Turun lääketieteellisissä tiedekunnissa.

Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille ikään katsomatta, siihen kuuluvat oireiden lievittämisen lisäksi myös henkinen puoli ja omaisten huomioiminen sekä heidän tukenaan oleminen (Grönlund & Huhtinen 2011, 76).

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää miten kuolevan potilaan kivunhoito toteutuu eri hoitoyksiköissä, mitä on hyvä kivunhoito ja onko kivunhoito riittävää sairaanhoitajan näkökulmasta, sekä mitä ristiriitoja sairaanhoitajat kokevat kivunhoidon suhteen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on kuolevan potilaan hyvä kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta?
2. Mitä haasteita sairaanhoitaja kokee hoitaessaan kuolevan potilaan kipua?
3. Kuinka sairaanhoitajan mielestä kuolevan potilaan kivunhoitoa voisi kehittää?

Opinnäytetyömme tavoitteena on kuolevan potilaan kivunhoidon ja sairaanhoitajan työn kehittäminen. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen haetaan vastauksia kysymyksillä 1 ja 2, toiseen kysymyksillä 3, 4 ja 5 sekä kolmanteen kysymyksellä 6. (Liite 2)

## 6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aiheena oli kuolevan potilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta. Aihe rajattiin kuolevan potilaan kivunhoitoon, koska kuoleva potilas voi olla muukin kuin saattohoitopäätöksen saanut potilas. Tutkittua tietoa kerättiin teoriaa varten neljää eri tietokantaa apuna käyttäen (Taulukko 2). Tietokannoista otettiin työhön mukaan yhteensä 8 lähdettä, jotka sisälsivät tutkittua tietoa aiheesta. Tietokanta Wilmasta otettiin työhön 5 lähdettä, Medic tietokannasta 2 lähdettä ja tietokanta Aleksista 1 lähde. Lisäksi lähteinä käytettiin muuta aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

Tietokanta Aleksista hakusanalla *kipu* löytyi 2220 viitettä. Hakua rajattiin sanoille *saattohoito* ja *kipu*, viitteitä löytyi 53 kpl. Hakusanalla *saattohoito 2010 -2016* löytyi 146 viitettä. Sanalla *palliativinen 2010-2016* löytyi 86 viitettä. *Saattohoito ja kipu 2010-2016* yhdistelmällä, viitteitä löytyi 10 kpl.

Tietokannasta Arto hakusana *kivunhoito* antoi 93 osumaa. *Kivunhoito 2010 -2016* löytyi 0 kpl osumia. *Kivunhoito 2005 - 2010* löytyi 25 osumaa. Sanalla *palliativinen* löytyi 61 osumaa. *Palliativinen AND kipu 1995 - 2015* saatiin 17 osumaa ja *palliativinen AND kipu 2010 – 2016* löytyi 2 osumaa.

Medic-tietokannasta etsittiin aineistoa hakusanalla *kipu*, sillä löytyi 3177 osumaa. Haku rajattiin sanalle *kivunhoito*, josta saatiin 211 osumaa. *Kivunhoito AND saattohoito* antoi 11 osumaa. Hakusanalla *palliativinen* löytyi 237 osumaa. *Palliativinen AND kivunhoito* saatiin 10 osumaa. *Kuoleva potilas AND kipulääke* tuotti 2 osumaa. *Kuoleva potilas AND omaiset* antoi 2 osumaa.

Neljäs käytössä ollut tietokanta oli Wilma. Hakusanalla *saattohoito* löytyi 61 viitettä. Hakusanalla *palliativinen* löytyi 16 viitettä. Hakusana *kivunhoito* antoi 21

viitettä. *Kuolema AND kivunhoito* antoi 2 viitettä. *Kuolema AND omaiset* antoi 6 viitettä. Hakusanalla *laadullinen* löytyi 55 viitettä. *Laadullinen AND tutkimus* antoi 45 viitettä ja *laadullinen AND terveystutkimus* antoi 2 viitettä.

Tietokanta	Hakusana	Viitteitä/kpl
<i>Aleksi</i>	Kipu	2220
	Saattohoito ja kipu	53
	Saattohoito 2010-	146
	Palliativinen 2010-	86
	Saattohoito ja kipu 2010-	10
<i>Aarto</i>	Kivunhoito	93
	Kivunhoito 2010-2016	0
	Kivunhoito 2005-2010	25
	Palliativinen	61
	Palliativinen AND kipu 1995-2015	17
	Palliativinen AND kipu 2010-2016	2
<i>Medic</i>	Kipu	3177
	Kivunhoito	211
	Kivunhoito AND saattohoito	11
	Palliativinen	237
	Palliativinen AND kivunhoito	10
	Kuoleva potilas AND omaiset	2
<i>Wilma</i>	Saattohoito	61
	Palliativinen	16
	Kivunhoito	21
	Kuolema AND kivunhoito	2
	Kuolema AND omaiset	6
	Laadullinen	55
	Laadullinen AND tutkimus	45
	Laadullinen AND terveystutkimus	2

Taulukko 2. Tietokantojen hakutulokset

## 6.1 Kysely hoitajille

Tutkimusaineistoa kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi kuusi avointa kysymystä (Liite 2). Avoimet kysymykset alkavat sanoilla mitä, miten ja miksi. Avoimet kysymykset valittiin siksi, että näin saatiin parhaiten vastaukset tutkimuskysymyksiin, ja vastaajilla oli mahdollisuus kirjoittaa asia vapaamuotoisemmin.

Avoimiin kysymyksiin vastataan useammalla lauseella ja näin saadaan usein tarkempaa tietoa kysyttävästä asiasta kuin suljetuilla kysymyksillä (Kylmä & Juvakka 2007, 79).

Tutkimukseen osallistuville yhteyshenkilöille toimitettiin saatekirje (Liite 1) ja kyselylomakkeet, joita oli yhteensä 30 kappaletta. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä ei voida määrittää tutkimusaineiston suuruutta. Sairaanhoidajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn työaikana, kahden viikon aikana. Takaisin saatiin 22 vastausta.

Varauduttu oli myös siihen, että jos vastauksia ei tule riittävästi, lisätään tutkimuksen laajuutta ja toimitetaan lisää kysymyksiä sellaisiin tutkimusyksiköihin, joihin kysymyksiä ei oltu aikaisemmin toimitettu, mutta jossa työskentelevillä hoitajilla oli valmiudet ja lupa vastata kyselylomakkeen kysymyksiin. Lisää kyselylomakkeita ei kuitenkaan tarvinnut toimittaa. Kyselylomakkeiden palauttaminen postitse oli vaivatonta, postimaksu oli maksettuna etukäteen ja palautusosoite valmiiksi kirjoitettu palautuskuoreen. Halukkaat sairaanhoitajat vastasivat tutkimuskysymyksiin vapaaehtoisesti.

## **6.2 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden rooli**

Työ tukee Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) laatimia arvoja ja strategioita. Strategiat korostavat uudistus- ja kehittämishaluista ilmapiiriä, joitaällä opinnäytetyöllä halutaan tuoda myös esille. Tavoite on kehittää kuolevan potilaan kivunhoitoa ja sairaanhoitajan työtä tutkimuksen tulosten perusteella. Strategioissa käy ilmi myös asiakkaiden omatoimisuuden tukeminen ja kotiin suunnattujen palvelujen vahvistaminen kotihoidon ja tehosan turvin. Tämän vuoksi opinnäytetyömme yhdeksi tutkimuskohteeksi valittiin Tehosa (Tehostettu kotisairaanhoito), joka toteuttaa kuolevan potilaan kivunhoitoa potilaan kotona. Eksoten alueella laadukkaasti kivunhoidon toteutuksella tuetaan myös Eksoten määrittämiä arvoja huomioiden potilaan tarpeet ja läheisten toiveet. Lisäksi vastataan potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon onnistumisesta yhdessä potilaan kanssa.

Opinnäytettyömme tutkimuskohteet olivat Armilan kuntoutusyksikön palliatiivisen hoidon osasto 4, yhteyshenkilö: Parkkari Nina. Etelä-Karjalan keskussaira-

la osasto A9, yhteyshenkilö: Ryösö Anne ja Tehosa, yhteyshenkilö: Hatakka Raija.

### 6.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyömme aineiston analyysi perustui temaattiseen analyysiin, joka tarkoittaa tekstimuotoisen aineiston kuvaamista, luokittelua, yhdistelyä ja lopulta selitysten etsimistä tuloksille. Temaattisen analyysin tarkoituksena on tunnistaa aineistosta nousevat teemat ja niihin liittyvät ilmaisut. (Sinkkonen 2011, 38-39; Tuomi & Sarajärvi 2013, 93.) Aineistolähtöisessä analyysissä lähtökohtana on aineisto ja tuloksena kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Näin saadaan luotettavasti vastaukset tutkimuskysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 29.) Alla olevasta taulukosta (Taulukko 3) näkee esimerkin siitä, kuinka analysointia teemoitellen tehtiin kyselylomakkeen kysymyksen 5 kohdalla, joka vastaa tutkimuskysymykseen 3.

<p>TEEMA 1: Hoitohenkilökunnan kliininen osaaminen ja ammattitaito</p> <p>Ennakointi kivunhoidossa</p> <p>Lääkäreiden rohkeus</p> <p>Hoitajien rohkeus</p> <p>Oikea asennoituminen</p> <p>Omaisten huomioiminen</p> <p>Erilaisten kivunhoitomenetelmien ja antotapojen osaaminen</p> <p>Suunnitelmallisuus</p> <p>työmotivaatio</p> <p>Rehellisyys potilasta/ omaista kohtaan</p> <p>Kiireetön toiminta</p> <p>Ammattitaidon päivittäminen</p>	<p>TEEMA 2 Hoitohenkilökunnan yhteistyö</p> <p>Toimivat hoitolinkit</p> <p>Riittävästi lääkäreitä =riittävät resurssit</p> <p>potilaan hoidon jatkuvuus</p> <p>Toimiva ja tasa-arvoinen työyhteisö</p> <p>Yhtenäiset hoitolinjat</p>
--	--

Taulukko 3 Tutkimusaineiston analysointi

Aineistolähtöisessä analysoinnissa tukeudutaan aineistoon ja vastaukset etsitään sieltä, eikä jo valmiista teorian tiedosta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Aineistoa lähdettiin tutkimaan tutkimuskysymyksiensä pohjalta. Opinnäytetyön kyselyn tulokset sisältävät suoria lainauksia vastauksista.

Opinnäytetyön tekijät toteuttivat tutkimuksen neljän hengen ryhmässä. Kolme tutkimuksen tekijää asuu Lappeenrannan ja yksi Kouvolan alueella. Yhteistä aikaa oli vaikeaa järjestää, joten jaoin jokaiselle osioita työstä tehtäväksi.

## **7 Tulokset**

### **7.1 Vastaajien taustatiedot**

Opinnäytetyössä haluttiin selvittää miten kuolevan potilaan kivunhoito näyttäytyy sairaanhoitajan näkökulmasta. Kohderyhmäksi valittiin sairaanhoitajia, jotka työskentelivät kuolevien potilaiden kanssa. Tutkimuksen kohteeksi valikoitui laajan osaamisen ja ammattitaidon perusteella kolme kivunhoitoa toteuttavaa yksikköä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Ekosote) alueella.

Tutkimukseen vastasi 22 sairaanhoitajaa, joiden työkokemus alalta vaihteli kuudesta kolmeenkymmeneen kahdeksaan vuoteen. Kaikki vastaajat olivat naisia. Kyselylomakkeita lähetettiin kolmeen eri Eksoten alueen yksikköön, joissa hoidetaan kuolevia potilaita.

### **7.2 Kuolevan potilaan hyvä kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta**

Kyselyn vastauksia analysoitiin temaattisesti. Hyvää kivunhoitoa edistäviksi teemoiksi nousivat moniammatillinen yhteistyö ja oikeat lääkkeen antomenetelmät. Lisäksi hyvää kivunhoitoa estäväksi teemaksi muodostui lääkkeen antoon liittyvät ongelmat (Liite 4). Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että kivunhoito toteutuu yksilöllisesti ja suunnitelmallisesti ja se on riittävää. Ennakointia ja kipulääkityksen riittävyttä pidettiin tärkeinä asioina.

Sairaanhoitajien näkökulma oli, että kivunhoito suunnitellaan yhdessä potilaan, omaisten ja hoitavan lääkärin kanssa. Vastausten mukaan lääkäri määrää poti-

laalle säännöllisesti menevän kipulääkityksen sekä tarvittaessa annettavan kipulääkkeen. Hoitajien mukaan kipua arvioidaan oireseurantalomakkeella ja käytössä olevalla numeraalisella kivunarviointimenetelmällä. Hoitajien käytössä on NRS-mittari, jolla seurataan kipua ja kipulääkkeen vastetta asteikolla 0-5..

Vastaajat olivat tyytyväisiä käytössä olevaan kivunhoidon varasuunnitelmaan esimerkiksi viikonlopun ajaksi. Jos kivut lisääntyvät ja kipulääkitys on riittämätön, hoitaja voi nostaa lääkemannoksia ohjeistuksen mukaan tai aloittaa PCA-pumpulla annettavan kipulääkityksen. Vastauksista ilmeni myös, että henkilöstö oli käynyt erimittaisia koulutuksia liittyen kivunhoitoon. Osa sairaanhoitajista oli tehnyt erikoistumisopinnot palliatiivisesta hoitotyöstä. Kipuhoitajan apu koettiin tärkeäksi. Hoitajat kuvasivat näkemyksiä kivunhoidosta seuraavasti:

*Kivunhoito on aina yksilöllistä ja se suunnitellaan potilaan ja kipujen mukaan*

*Jotta hoitaja ei jäisi pulaan riittämättömän kipulääkkeen suhteen esim. viikonloppuisin, on lääkäri laittanut eri vaihtoehtoja lääkitykseen*

*Kivunhoito toteutuu yksilöllisesti, moniammatillisesti ja yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa*

*Oireseurantakaavakkeet käytössä jokaisella potilaalla, jos läpilyöntikipua yli 3 -> peruskipulääkkeen nosto*

Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että kivunhoito ei ole ollut suunnitelmallista. Kaikille potilaille ei ole määrätty riittävää kipulääkitystä tilanteeseen, jossa kipulääkkeen tarve lisääntyykin akuutisti esimerkiksi illan tai viikonlopun aikana. Vastaajista osa oli kuitenkin sitä mieltä, että tilanteessa puhelinkonsultaatio hoitavalle lääkärille on mahdollista. Kyselyssä ilmeni, että syöpäpotilaiden kivunhoito on hyvin suunnitelmallista ja riittävää erityisesti silloin, kun onkologi on hoitamassa kipua. Sisätautipotilaiden kivunhoitoon sairaanhoitajat eivät olleet niin tyytyväisiä kuin onkologisten potilaiden kivunhoitoon.

Sairanhoitajat kokivat, että kaikille potilaille ei saada riittävää kipulääkitystä, vaikka hoitaja sitä pyytää. Lääkemannoksia nostetaan viiveellä, tai kipulääkkeet eivät ole tarpeeksi vahvoja. Vastaajien mukaan lääkärin tilanne vaikuttaa siihen miten kipua hoidetaan. Kivunhoito on paljolti hoitajien vastuulla ja hänen aktiivi-

suudestaan kiinni. Erityisesti hoitajan ammattitaito korostuu tilanteessa, jossa potilas ei pysty itse ilmaisemaan kipua, tällöin haasteena on kivun tunnistaminen. Hoitajat kuvasivat näkemyksiä kivunhoidon haasteista seuraavasti:

*Aina ei lääkäriyhteys ole mahdollista ja päivystävät lääkärit eivät puhelimesta anna annosnosto määräystä, kun eivät tunne potilasta*

*Hoitava lääkäri suunnittelee harvoin mahdollisen lisälääkkeen tarpeen esim. viikonloppujen varalle*

*Kivunhoito toimi syöpäpotilailla paremmin kuin hematologisilla*

*Ei ole mitään kaavaa/sabluunaa, minkä mukaan kipupotilaat hoidettaisiin*

Kuolemanpelko, yksinäisyys, pahoinvointi ja omaiset olivat tekijöitä, jotka vaikuttivat hoitoon. Tärkeänä pidettiin oikean lääkkeenantoreitin valintaa. Sairaanhoidtajien mukaan lääkkeen antamisessa oli tärkeää kivun minimointi. Suurin osa vastaajista piti hyvänä lääkkeenantoreittinä ruiskupumppua ja PCA-pumppua. Yhdestä vastuksesta ilmeni, että kipupumpun annosnostot ovat ongelmallisia, koska annosnostoja ei tehdä riittävän ajoissa. Hyvänä asiana pidettiin lääkärin ratkaisuja tilanteessa, jossa suun kautta otettava kipulääkitys ei ole enää riittävä. Tällöin aloitetaan lääkärin määräysten mukaan PCA-pumppu tai kipupumppu hoito. Tällöin ylimääräiset pistämiset jäävät pois ja lääkkeen annostelu on helpompaa. Sairaanhoidajat kuvailivat hyvää kivunhoitoa seuraavasti:

*Hyvää kivunhoito on silloin kun kuolevan potilaan ei tarvitse kärsiä kivusta eikä myöskään kivunhoidon haittavaikutuksista*

*Oireenmukaista hoitoa: Seurantaa, tarkkailua, kuuntelua, koskettamista ja läsnäoloa*

Tilanteessa, jossa esiintyi ahdistuneisuutta ja kuolemanpelkoa, mahdollisen rauhoittavan lääkeytyksen tarpeen huomioiminen kipulääkityksen rinnalla oli hoitajien mielestä tärkeää. Hyvää perushoitoa ja riittävää asentohoitoa pidettiin hyvän kivunhoidon perustana. Yksi hoitaja korosti hyvänä kivunhoitona lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä seuraavasti:

*Muistetaan myös lääkkeetön kivunhoito jota voi toteuttaa ilman lääkärin määräystä, kuten asennot, kylmä/lämmin, kosketus, hieronta*

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että kipulääkitys on riittävää silloin, kun kuolevan potilaan ei tarvitse kärsiä kivuista ja potilas on rauhallinen. Hoitajat kuvailivat kipulääkkeiden riittävyttä seuraavasti:

*Kivunhoito toteutuu hyvin jos kipu ei ole ongelmana elämän loppusuoralla*

Hyvän kivunhoidon kohdalla korostui lääkärin ammattitaito ja erilaisten kipulääkkeiden tietämys. Tärkeänä pidettiin myös hoitajan ammattitaitoa ja uskallusta pyytää lääkäriltä lääkemääräystä riittävään kipulääkitykseen.

### **7.3 Sairaanhoitajan haasteet kuolevan potilaan kivunhoidossa**

Kun sairaanhoitajien vastauksia analysoitiin temaattisesti, kyselylomakkeen vastauksista nousi esille enemmän hoitoon liittyviä haasteita. Teemoiksi nousivat hoitoketjuun liittyvät haasteet ja potilaslähtöiset haasteet (Liite 5). Hyvänä asiana nousi esille syöpäpotilaiden hyvä kivunhoito. Suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista koki, että kuolevan potilaan kivunhoidon riittävyys varmistetaan, koska sitä arvioidaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Haasteita kuitenkin löytyi. Oli tilanteita, joissa hoitajat tunsivat hyvin potilaan ja heillä oli näkemys potilaan kivunhoidosta, mutta lääkäri ei luottanut tarpeeksi sairaanhoitajaan tai tämän ammattitaitoon.

Sairaanhoitajien mielestä myös lääkäreiden rohkeus tai kielitaito asettavat omat haasteensa kivunhoidolle. Päivystävät lääkärit voivat olla arkoja määräämään lääkeannoksen nostoa akuutissa tilanteessa. Onkologit taas hoitavat potilaansa kiitettävästi.

Kyselystä tuli ilmi, että potilaan voinnin nopeat vaihtelut tuovat omat haasteensa sairaanhoitajan työhön. Ehtoja hyvän kivunhoidon toteutumiselle olivat asianmukaiset suunnitelmat muuttuvien tilanteiden varalle, kuten tarvittavat lääkkeet, mahdollinen annoksen nosto ja lääkkeenantotavan vaihtaminen. Jos suunnitelmaa ei ole, sairaanhoitajia mietitytti, onko saatavilla lääkäri, joka osaa ja uskalltaa tehdä päätöksiä kivun lievittämiseksi.

Omat haasteensa tuo se, jos hoitajan ammattitaito ei olekaan riittävää, tai jos kokemusta on liian vähän tehtävään nähden. Useampi vastaaja oli sitä mieltä, että työyksikön hoitajat ovat sitoutuneita ja motivoituneita hoitamaan kipua. Kivunhoito vaatii tulkintaa sekä hoitajalta aikaa ja paneutumista. Potilas ei ehkä pysty puhumaan tai ei muuten osaa ilmaista kipuaan sanallisesti. Hyvää ammattitaitoa vaatii myös se, että osaa erottaa tai ymmärtää sen, onko kyseessä pelko, ahdistus, kipu vai tätä kaikkea.

*Haasteita tuo jos asiakas ei tunnista kipua muuten kuin käyttäytymällä levottomasti. Taustalla on usein kipu ja jos hoitaja ei tunnista tätä voidaan kipuja hoitaa rauhoittavilla lääkkeillä ja näin vähentää asiakkaan omatoimisuutta tai elämänlaatua*

Sairaanhoitajat kertoivat kyselyssä, jos hoitajan ammattitaidossa on puutteita, tai jos hoitaja on liian kokematon, on riskinä, ettei kipulääkettä uskalleta antaa tarpeeksi tai ei konsultoida hoitavaa lääkäriä.

*Hoidon pitäisi pystyä vastaamaan potilaan voinninmuutoksiin ja sen tulisi olla tasalaatuista työvuorosta tai hoitajasta riippumatta*

*Joillakin potilailla on tarvittavia kipulääkkeitä mutta jotkut hoitajat antavat niitä säästeliäästi*

Haastavina sairaanhoitajat kokivat myös tilanteet, joissa omaiset ovat eri mieltä kivunhoidosta. Omaiset voivat esimerkiksi pelätä, että potilas on liian unelias tai potilaan pelätään tulevan riippuvaiseksi lääkkeestä. Sairaanhoitajat kokivat myös potilaan omat asenteet ja pelot kipulääkitystä kohtaan haastaviksi.

*Omaisten toiveita on kuunneltava. Aina ei mene ajatukset yhteen hoitavan tahon kanssa*

Kyselyn mukaan haasteellisuutta kivunhoitoon tuovat myös lääkeaineen sopimattomuus potilaalle tai allergiat. Esimerkiksi Morphin aiheuttaa uneliaisuutta ja hengityslamaa, jolloin haasteena on oikean annoskoon löytäminen. Kivuttomuutta ei voida aina taata. Lääkityksen haluttiin myös olevan tasapainossa niin, että potilaalla säilyy toimintakyky.

#### 7.4 Kehitettäviä asioita kuolevan potilaan kivunhoidossa

Kyselylomakkeen vastauksia analysoitaessa temaattisesti teemoiksi muodostuivat hoitohenkilökunnan kliininen osaaminen ja ammattitaito sekä hoitohenkilökunnan yhteistyö (Taulukko 3, Liite 6). Vastauksista käy hyvin ilmi, mitkä tekijät sairaanhoitajien mielestä edistävät kuolevan potilaan kivunhoidon kehittämistä.

Koulutusta toivottiin lisää sekä hoitajille että lääkäreille. Erityisesti ei tullut ilmi, toivotaanko koulutusta lisää jo peruskoulutukseen, mutta lisäkoulutusta toivottiin uusiin menetelmiin ja lääkkeisiin liittyen. Jatkuva kouluttautuminen ja ajan hermolla oleminen kertovat myös ammattitaidosta ja motivoineisuudesta työhön. Myös kipulääkkeiden antomuodoista ja antotavoista sekä kipupumppujen käytöstä haluttiin lisää tietoa, erityisesti mainittiin epiduraalisesti annettava kivunlievitys. Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien opettelemisesta katsottiin olevan hyötyä kivunhoidon kehittämisessä. Samoin kyselyn perusteella kehittämistä on uuden ja erilaisen tiedon tuominen koko työyhteisön tietoisuuteen:

*Erilaisten kivunhoitomenetelmien yhdistäminen.*

Asenteet ja motivaatio kivunhoitoon sekä lääkäreillä että sairaanhoitajilla katsottiin merkittäväksi tekijäksi kuolevan potilaan kivunhoidossa ja sen kehittämisessä. Lähes jokaisessa vastauksessa mainittiin lääkärit, ja myös heille toivottiin lisää koulutusta, rohkeutta sekä kivunhoidon erityistä osaamista, samoin kuin koulutusta ja rohkeutta kuolevan potilaan ja omaisten kohtaamiseen. Kuolevan potilaan kivunhoidon kehittämisen kannalta sekä potilaan että omaisten informoinnin tärkeys tuli ilmi kyselyvastauksissa. Omaisille ja potilaalle pitää antaa tietoa lääkityksestä, ja yhteisellekeskusteluille pitää jäädä aikaa:

*Pitää pystyä myös puhumaan kuolemasta asiakkaalle.*

*Tulee kertoa rehellisesti asiakkaalle kivun syy, ei saa jättää aukkoja tarinaan.*

Ennakointia ja kivun suunnittelua toivottiin kehitettävän, jotta esimerkiksi viikonloppuihin, erikoistilanteisiin ja voinnin muutoksiin voitaisiin paremmin valmistautua. Riittävä ja ajoissa aloitettu kivunlievitys hyödyttää kuolevan potilaan kivunlievitystä. Tilanteisiin varautuminen etukäteen ja kokonaisuuksien hallinta kerto-

vat hoitohenkilökunnan osaamisesta ja ammattitaidosta. Kiireettömän toiminnan katsottiin edistävän kivunhoidon kehittämistä:

*Hoitava lääkäri tekee suunnitelmat, että ne eivät jää kokemattoman ja kiireisen päivystäjän kontolle.*

*Aina tulisi olla varasuunnitelma jos toinen kivunlievityskeino ei enää toimi!*

Hoitoketjujen toimivuuden tarpeellisuutta korostettiin, jotta potilaat ohjautuisivat tarpeeksi ajoissa oikeaan paikkaan laadukkaan kivunhoidon takaamiseksi esimerkiksi palliatiiviselle poliklinikalle. Tämä vaatii sen, että eri hoitavat tahot ovat yhteistyössä ja kommunikaatio toimii. Hoitajien ja lääkäreiden välisen yhteistyön parantamisen merkitystä korostettiin vastauksissa ja sen katsottiin olevan merkittävässä osassa kuolevan potilaan kivunhoidon kehittämistä. Myös keskinäisen luottamuksen parantamista toivottiin. Kivunhoidon kehittämisen kannalta lääkäreiden yhtenäiset linjat ja tavoitettavuus ovat sairaanhoitajien mielestä tärkeitä. Hoitohenkilökunnan resurssien riittävyys on tärkeässä osassa kivunhoidon kehittämisessä, ilmeni kyselyssä. Koko hoitohenkilökunnalta toivottiin itseohjautuvuutta kuolevan potilaan kivunhoidon suhteen.

## **7.5 Lääkkeettömän kivunhoidon toteutuminen tutkimuksen kohde yksiköissä**

Lääkkeettömistä kivunlievitysmenetelmistä käytetään tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä eniten asentohoitoa, kylmä- ja kuumapakkauksia, fysioterapiaa/hierontaa sekä keskustelua/kuuntelua/läsnäoloa. Lisäksi kipua hoidetaan rentoutuksella, esimerkiksi musiikin kuuntelulla, TENS-hoidolla, mielitekojen toteutuksilla, mielikuvaharjoitteilla ja huomioimalla myös potilaan henkinen puoli. Joissain vastauksissa mainittiin Decubitus-patja ja erilaiset pehmusteet, liikunta, ravinto ja omaisten mahdollisuus olla läsnä koko ajan.

Kyselyn vastauksissa kerrottiin lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä luetelonomaisesti, eikä käyttöä kuvailtu sen tarkemmin. Joissain vastauksissa tuli ilmi, että lääkkeetön kivunhoito riippuu paljon hoitajan mielikuvituksesta. Eräälle vastaajalle ei tullut mieleen yhtään lääkkeetöntä kivunhoidon keinoa. Vastauksien mukaan lääkkeettömiä hoitoja kuitenkin toteutetaan yksiköissä paljon ja

monipuolisesti. Kivunhoidon kehittämistä kysyttäessä yhdessä vastauksessa toivottiin lääkkeettömien hoitomuotojen lisäämistä ja niiden käytön opettamista.

## **8 Pohdinta**

### **8.1 Tulosten pohdintaa**

Tutkimussuunnitelmaa tehtäessä olimme asettaneet työllemme kolme tutkimuskysymystä joihin halusimme löytää vastaukset. Kysely antoi selkeitä vastauksia siihen millaista on hyvä kivunhoito, minkälaisia haasteita se asettaa ja miten sitä voisi kehittää sairaanhoitajan mielestä tutkimuksen kohteena olleissa yksiköissä. Koimme lisäksi jo suunnitelmavaiheessa, että tällaiselle tutkimukselle on tarvetta. Vaikka suoria ratkaisuja puoleen tai toiseen ei löytyisikään, tutkimus herättää keskustelua ja sitä kautta varmasti myös toimintaa. Työyksiköiden toimintaa on silloin tällöin hyvä pohtia sekä yksin että yhdessä. Kuten kyselyn tuloksistakin kävi ilmi, myös kivunhoito vaatii hoitohenkilökunnalta hyvää vuorovaikutusta sekä keskenään että potilaan ja omaisten kanssa.

Lähestulkoon jokainen vastaaja oli johonkin asiaan tyytyväinen kuolevan potilaan kivunhoidon osalta. Me opinnäytetyöntekijöinä olemme tähän tyytyväisiä, koska tutkimuksen kohteiksi olimme valinneet Eksotesta juuri ne yksiköt, joissa oletimme olevan kaikkein eniten tietotaitoa kuolevan potilaan kivunhoidosta. Sairaanhoitajien mielestä lääkärin ja hoitajien toimissa löytyi kehitettävääkin. Sairaanhoitajat osasivat mielestämme kriittisesti arvioida sekä omaa että lääkäreiden toimintaa kivunhoidon osalta.

Kivunhoidon suunnitelmallisuutta pidettiin tärkeänä asiana. Kyselyssä ilmeni, että osittain kivunhoidon suunnitelmallisuus toteutui, mutta parantamisen varaa vielä oli. Syöpäpotilaiden kohdalla kivunhoidon suunnitelmallisuus toteutui paremmin kuin esimerkiksi sisätautipotilaiden kohdalla. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että ennakointi kivunhoidossa on tärkein asia hyvän kivunhoidon kannalta. Kyselyssä ennakkoinnilla tarkoitettiin hyvissä ajoin alkanutta kivunhoidon suunnittelua sekä yllättäviin tilanteisiin varautumista. Tilanteet, joissa potilaan tila muuttui viikonlopun tai yön aikana tuntuivat rankoilta sairaanhoitajille, jos heidän piti tukeutua päivystävään lääkäriin joka oli kokematon ja kiireinen,

tai jos yhteistä kieltä ei meinannut löytyä. Itse mietimme sitä, kuinka sattumanvaraista kuolevan potilaan kivunhoito voi mahdollisesti olla.

Sairaanhoitaja on vastuussa kivunhoidon toteuttamisesta käytännössä. Kyse-lystä jäi meille kuva, että vastuuta on paljon, mutta vaikutusmahdollisuudet riip-puvat paljon lääkäristä, jonka kanssa yhteistyötä tehdään. Kun yhteistyö toimi, sen kyllä pystyi lukemaan hoitajan vastauksesta, mutta surullista luettavaa oli-vat sellaiset vastaukset, joissa lääkäri ei tuntunut kuuntelevan sairaanhoitajaa sen enempää kuin potilastakaan.

Tuloksissa ilmeni, että sairaanhoitajien mielestä kivunhoito on pääsääntöisesti riittävää, koska kivunhoitoa arvioidaan yksilöllisesti. Sairaanhoitajat kokivat haasteelliseksi tilanteiksi yhteisen kielen puuttumisen lääkärin kanssa. Myös sairaanhoitajan kokemusta ja uskallusta toteuttaa riittävää kivunhoitoa lääkärin määräämien ohjeiden mukaan pidettiin erittäin tärkeänä asiana. Hoitajan koke-mattomuus tai hoitajan ammattitaidottomuus näkyi vastauksissa riskinä hyvän kivunhoidon toteutuksen kannalta. Yksiköissä tulisikin mielestämme paremmin varautua muuttuviin tilanteisiin, niin ettei kivunhoidon toteutus jäisi kokematto-mien tai epävarmojen hoitajien ja lääkäreiden varaan.

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden asenteita ja motivaatiota kivunhoidon kehittämi-seen pidettiin merkittävänä tekijänä, lisäkoulutusta toivottiin. Mielestämme kou-lutusta olisi hyvä järjestää sairaanhoitajille yhdessä lääkäreiden kanssa, jotta jo siellä voitaisiin pohtia yhteisiä linjoja ja toimintatapoja. Lääkäreiden ja hoitajien keskinäiseen luottamukseen toivottiin parannusta. Avoin vuorovaikutus ja suun-nitelmallisuus ovat kulmakiviä kivunhoitoon. Omalla luottamusta herättävällä toiminnallaan sairaanhoitaja voi tukea kokemattonta lääkäriä. Kivunhoidon kehit-tämisen kannalta toivottiin yhtenäisiä hoitolinjoja, rohkeutta hoitaa kipua, hyvää asennetta ja parempaa lääkäreiden tavoitettavuutta.

Pääsääntöisesti tutkimuksista saatu tieto vastasi odotuksiamme. Kun aloimme suunnitella tätä opinnäytetyötä, meillä kaikilla oli jonkinlainen käsitys kivunhoi-dosta ja se oikeastaan vain vahvistui vastauksia analysoitaessa. Kiinnostavaa oli se, että syöpäsairaiden kivunlievitys on paremmalla tolalla kuin muiden poti-laiden ja erittäin kiinnostavaa olisi jatkossa selvittää mistä tämä johtuu. Sai-

raanhoitajien mainitsema potilaiden eriarvoisuus kivunhoidossa tuntui vaikealta ymmärtää. Syöpäkivusta puhutaan paljon, mutta kaikkiin muihinkin sairauksiin liittyy kipua, eikä kai näiden kipujen hoito ole potilaan kannalta yhtään vähemmän merkityksellistä. Kivunlievitys on paljon kiinni hoitohenkilökunnan motivaatiosta ja yhteistyöstä. Ammattitaitoinen ja työstään innostunut lääkärisairaanhoitaja pari onnistuu varmimmin pääsemään potilaan kannalta hyvää lopputulokseen myös kivunlievityksessä. Koska meillä on koulussa opiskeltu melko pintapuolisesti kivunhoitoa, ei tullut yllätyksenä sairaanhoitajien lisäkoulutuksen tarve. Positiivinen yllätys oli hoitajien vastausinnostus kyselyymme ja se kuinka monisanaisesti kysymyksiin vastattiin.

Asiaa sivuten on viime aikoina tehty useampiakin opinnäytetöitä, sen sijaan hoitotieteellisiä artikkeleja oli vaikeaa löytää. Saattohoitopotilaan kivunhoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta tutkineet Kylmämetsä ja Sallinen (2016) ovat myös tulleet siihen tulokseen, että suunnitelmallisuus, ennakointi ja kivunmittaaminen ovat tärkeässä osassa hyvää kivunhoitoa. Kehittämishaasteetkin olivat samankaltaisia, viikonloppujen lääkäritilanne ja se, jos tilanteisiin ei oltu varauduttu etukäteen, eli lääkehoidon puutteellinen suunnittelu. Louhema (2015) on tutkinut syöpäpotilaiden kivunhoitoa saattohoitovaiheessa. Hän oli haastatellut sekä sairaanhoitajia että lääkäreitä. Tässäkin tutkimuksessa peräänkuulutettiin suunnitelmallisuutta, ja lääkäreiltä toivottiin selkeitä lääkemääräyksiä, työssä oli myös huomattu sama ongelma kuin meidänkin tutkimuksessamme; pätevän lääkärin löytäminen päivystysaikaan.

Kyselylomakkeemme kysymyksiä olisi voinut muokata vielä niin, että lääkkeettömiin menetelmiin liittyneet vastaukset olisivat olleet kertovampia. Vastaukset olivat nyt luettelonomaisia, eikä menetelmien käyttöä sen enempää kuvailtu tai kerrottu, kuinka usein niitä käytetään. Lääkkeettömien kivunlievityskeinojen käyttö on kuitenkin erittäin tärkeässä osassa kivunhoitoa, käytöstä olisimme halunneet lisää tietoa niiden käytöstä.

## **8.2 Eettiset näkökulmat**

Tutkimussuunnitelma tehtiin tutkimuseettisten ohjeiden mukaisesti, ja tutkimuslupa saatiin Eksotelta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja se ta-

pahtui nimettömänä, eikä se aiheuttanut vahinkoa tutkimukseen osallistuville. Tutkimus oli rajattu vain muutamaankin yksikköön, ja tutkimusta voivat lukea hoitajien avustuksella myös kuolevien potilaiden omaiset. Kyselylomaketta tehtäessä mietittiin kysymysten muotoilun niin, että kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat pysyvät anonyymeina. Aineisto analysoitiin teemoittamalla.

Riskejä tutkimustyöhön toi se, ettei lomakkeita palautuisi takaisin niin paljon, että saisimme tarpeeksi tietoa tutkimukseen. Riskinä olisi voinut olla myös se, että kyselylomakkeeseen muotoillut kysymykset olisivat olleet sellaisia, että vastausten saaminen tutkimuskysymyksiin olisi ollut vaikeaa. Keskustelu kysymyksistä työelämänohjaajan kanssa suunnitelmavaiheessa antoi vinkkejä kysymyksen asetteluihin, jotta pystyttiin välttämään pelkät kyllä ja ei vastaukset.

Palautuskuoriin kirjoitettiin palautusosoitteet valmiiksi ja niihin liimattiin postimerkitkin. Tällä haluttiin turvata se, että vastaukset palautuisivat suoraan opinnäytetyöntekijöille. Tutkimuksesta on toivon mukaan hyötyä yhteiskunnalle, sillä sen avulla saatiin arvokasta tietoa siitä, minkälaista kivunhoitoa kuolevat potilaat saavat sairaanhoitajien näkökulmasta tällä hetkellä Eksoten alueella kuin myös hoidon kehittämistarpeista.

Koska kuolema on arka aihe, koimme eettisesti vaikeana tehdä potilaan kivunhoitoa koskevaa kyselyä esimerkiksi omaisille. Omaisille tehtävä kysely olisi tulevaisuudessa erittäin mielenkiintoinen ja puhutteleva tutkimuksen aihe. Tulevia tutkimuksen aiheita voisivat olla myös lääkkeettömät menetelmät kivunhoidossa ja kivunhoito lääkäreiden näkökulmasta.

### **8.3 Raportin luotettavuus**

Opinnäytetyön luotettavaksi teki se että kyselymme vastausinnostus oli erittäin hyvä. Etukäteisinfossa työ sai hyvän vastaanoton, ja kiinnostusta aiheen ympärillä tuntui olevan, mikä näkyikin vastausten määrässä. Joidenkin sairaanhoitajien kanssa keskusteltaessa opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa, kävi ilmi, että kyselyyn vastaaminen olisi helpompaa paperiversiona kuin webropol-kyselynä. Tutkimuksen tulosten luotettavuudesta kertoo myös se, että eri yksiköistä tulleet vastaukset alkoivat toistaa itseään. Silloin puhutaan aineiston kyläntymisestä eli saturaatiosta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Luotettavuutta tutkimukseen lisäsi myös se, että tiedonantajat ovat sairaanhoitajia, jotka tekevät työtä kuolevien potilaiden ja heidän kivunhoidon kanssa. Edellisessä kappaleessa mainituissa samankaltaisissa opinnäytetöissä oltiin tultu samansuuntaisiin johtopäätöksiin, joten sekin kertoo vahvistettavuudesta. Vahvistettavuus on yksi laadullisen tutkimuksen luotettavuus kriteereistä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 136). Toisaalta vahvistettavuutta olisi lisännyt se, että olisimme tarkastelleet tuloksia kyselyyn vastanneiden sairaanhoitajien kanssa. Tutkimus on helposti toistettavissa muissa kipuhoidon tarjoavissa terveydenhuollon yksiköissä. Toistettavuus ei kuitenkaan laadullisessa tutkimuksessa ole välttämätön luotettavuuden kannalta.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt myös se, jos olisimme etukäteen tehneet koekyselyn ja siten harkinneet kysymysten onnistumista ja laadukkuutta. Hoitajien yksilölliset haastattelut olisivat varmasti antaneet enemmän tietoa tutkimukseen, sillä vastaukset olisivat saaneet sitä kautta enemmän tarkkuutta kuin kirjoitetut anonyymit vastaukset.

Työmme lähdekirjallisuus on ollut laadukasta, ja työssä on hyödynnetty viimeisimpiä tutkimuksia, joita aiheesta on löytynyt. Samaa aihetta sivuavia opinnäytetöitä on myös tehty muissa ammattikorkeakouluissa, ja tutkimustulokset ovat olleet samankaltaisia kuin tässäkin tutkimuksessa.

Opinnäytetyöryhmän yhteistyössä oli jonkun verran hankaluuksia johtuen osittain välimatkoista ja osittain siitä, että kaikki työryhmän jäsenet olivat jo palanneet työelämään, eivätkä aikataulut kohdanneet. Lisäksi asiaan vaikutti myös se, että kahdella ryhmästä oli tarkoitus valmistua tänä keväänä ja kahdelle valmistuminen siirtyy syksyyn tai kauemmaksikin. Kevääksi valmistumista suunnittelevat olivat selkeästi motivoituneempia työskentelemään ja ottivat paljon vastuuta työn etenemisestä. Nämä seikat eivät varsinaisesti vaikuta työn luotettavuuteen, mutta kyllähän neljän henkilön täysi määräinen panos olisi tehnyt työstä vieläkin laadukkaamman ja kattavamman.

## **Kuvat**

Kuva 1. VAS - asteikko, s. 12

Kuva 2. Kuva 2. Lasten kasvo asteikko, s. 12

Kuva 3. VRS - asteikko, s. 12

Kuva 4. Kipuun vaikuttavat tekijät, s. 13

Kuva 5. Lääkehoidon portaat, s. 14

## **Taulukot**

Taulukko 1. Lämpilyöntikivun analyysi, s. 10

Taulukko 2. Tietokantojen hakutulokset, s. 28

Taulukko 3. Tutkimusaineiston analysointi, s. 30

## Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Anttonen, M. & Kiuru, S. 2014. Palliativisen hoidon määrittely. Teoksessa. Erjanti, H., Anttonen, M., Grönlund, A. & Kiuru. Palliativisen- ja saattohoidon nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki. Fioca.

Anttonen, M. & Pajunen, T. 2008. Elämänlaadun turvaaminen suomalaisen saattohoidon haasteena. Sairaanhoidajalehti 2.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Psykologiset menetelmät. Teoksessa. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Erjanti, H., Anttonen, M., Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki. Fioca Oy.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki. Edita Prima.

Hamunen, K. 2012. Palliativinen sedaatio. Finnanest. 2012; 45 (5). 470 - 473. [www.finnanest.fi/files/hamunen\\_palliativinen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/hamunen_palliativinen.pdf). Luettu 14.4.2016

Hamunen, K. & Kalso, E. 2009. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Huttunen, M. 2015. Lääkkeet mielen hoidossa. Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00039&p\\_haku](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039&p_haku). Luettu 9.4.2016

Hänninen, J. 2007. Palliativinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Duodecim. 123:2207-13. 2207 – 2212. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>. Luettu 4.5.2015

Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas. Helsinki. Sahalan kirjapaino Oy.

Hänninen, J. & Anttonen, M. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa. Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki. Silverprint Oy.

Kaikkonen, M. 2012. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä Kuolevan potilaan kivunhoito. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Kalso, E. 2009. Kivun lääkehoito. Teoksessa. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Kalso, E & Kontinen, V. 2009. Kivun fysiologia ja menetelmät. Teoksessa. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Korhonen, T & Poukka, P. 2013. Kuolevanpotilaan hoito. Duodecim. 129:440-5. 440-445

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=080F72404CAA696A65021DC66450D848?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo10821](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=080F72404CAA696A65021DC66450D848?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo10821). Luettu 6.4.2016

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima.

Kylmämetsä, T. & Sallinen, L. 2016. Saattohoitopotilaan kivunhoito sairaanhoidtajien näkökulmasta. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyökoulutusohjelma.

Käypä hoito –suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>. Luettu 5.12.2014

Lahtinen, M., Heino-Tolonen, T., Rantanen, A. & Joronen, K. 2015. Lääkkeetön kivunlievitys ja sen kirjaaminen lasten sairaalahoidon aikana. Hoitotiede 27 (4), 324-337.

Lampinen, A. & Haapio, M. 2000. Vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Teoksessa. Sainio, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Louhema, S. 2015. ”Tärkeintä on kivuttomuus” Hoitohenkilöstön kokemuksia syöpäpotilaan palliatiivisen vaiheen kivunhoidon toteutumisesta. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden koulutus (YAMK).

Lyhty, M. 2016. Osaatko saattaa? Superlehti 3. 46-47.

Mikkelsson, M. & Leppäluoto, J. 2005. Tekeekö kylmä hyvää. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 121(4), 462-464.  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=FC8CEE4885DE5878EBA88691A291F17A?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_p\\_frompage=uusinnumero&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo94813](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=FC8CEE4885DE5878EBA88691A291F17A?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo94813). Luettu 26.4.16

Mustajoki, P., Kunnamo, I. 2009. Sairauksien ehkäisy.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147). Luettu 4.5.2015

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. 2013. Sairaanhoidajankäsikirja. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf). Luettu 2.5.2015

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2016. Kivun arviointi. <http://www.pkssk.fi/kivun-arviointi>. Luettu 3.4.2016.

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Pöyhä, R. 2002. Lämpilyöntikivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla. Finnanest. Vol. 35, Nro 1. [file:///C:/Users/Ant/Downloads/a\\_poyhia.pdf](file:///C:/Users/Ant/Downloads/a_poyhia.pdf). Luettu 3.4.2016

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja].  
[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_2\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2_2.html). Luettu 29.4.2016

Sailo, K. 2000. Kuolevan potilaan kivun hoito. Teoksessa. Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito. Tampere. Tammer-Paino Oy.

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

Sinkkonen, T. 2011. Työvuorojen välisen raportoinnin kehittäminen pilottiasetoilla Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Tasmuth, T., Saarto, T. & Kalso, E. 2004. Onnistuuko syöpäpotilaan palliatiivinen hoito Husin alueella. Suomen lääkärilehti 17 (59), 1809-1814.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Hansaprint Oy.

Vaajoki, A. & Haatainen, K. 2014. Kivunhoito näkyviin ammattikorkeakoulujen uudistuvassa opetussuunnitelmassa. Tutkiva Hoitotyö 12(3) 45-46.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Vainio, A. 2009a. Kivunhallinta.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00062&p\\_haku=22.1.2009](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00062&p_haku=22.1.2009). Luettu 9.4.2016

Vainio, A. 2009b. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Vainio, A. 2014. Konsensus vanhusten saattohoidossa. Palliatiivinen hoito. N:o 38. 5/2014.

Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Vainio, A., Saarto, T. & Hänninen, J. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa. Vainio, A. & Hietanen, P. Palliatiivinen hoito. Saarijärvi. Kustannus Oy Duodecim.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2015. Kivunhoito.

<http://www.vsshp.fi/fi/hoito-ja-tutkimukset/leikkaukseen-valmistautuminen/Sivut/kivunhoito.aspx>. Luettu 3.4.2016

Vuorinen, E. 2015. Syöpäpotilaan kivunhoito. Suomen syöpäpotilaat ry. Redfina.

Yliaho, S. 2014. Kuolevan potilaan kipu sairaanhoitajan kuvaamana. Opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Sosiaali- ja terveysala

**Arvoisa vastaaja!**

Olemme neljä sairaanhoitajaopiskelijaa Saimaan ammattikorkeakoulusta, hoitotyön koulutusohjelmasta. Opinnäytetyömme aihe on kuolevan potilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta. Työn tarkoituksena on selvittää miten kuolevan potilaan kivunhoito toteutuu eri yksiköissä, mitä haasteita kivunhoito tuo ja miten kivunhoitoa voisi kehittää. Tavoitteena on kuolevan potilaan kivunhoidon ja sairaanhoitajan työn kehittäminen tulosten perusteella.

Valitsimme tutkimuskohteeksi teidän yksikön laajan osaamisen ja ammattitaidon perusteella. Keräämme tutkimuksen aineiston kyselylomakkeella, jotka toimitamme teidän yksikköön, liitteenä suljettava vastauskuori. **Kysymyksiin vastaamiseen on aikaa kaksi viikkoa.** Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja kenenkään henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa tutkimusta esille. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia. Aineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Vastauksenne on tärkeä mahdollisimman kattavan tiedon saamiseksi. Teidän avullanne kuolevan potilaan kivunhoidon kehittäminen mahdollistuu. Jos teillä on kysyttävää tutkimukseemme liittyen, pyydämme teitä ottamaan yhteyttä sähköpostitse alla olevaan sähköpostiosoitteeseen.

**Toivomme että teillä olisi hetki aikaa vastata kysymyksiimme, kiitos yhteistyöstä!**

**Ystävällisin terveisin,**

Katariina Tuuliainen

Susanna Seppä

Sairanhoitajaopiskelija, Saimaan AMK

Sairanhoitajaopiskelija, Saimaan AMK

e-mail: [katariina.tuuliainen@student.saimia.fi](mailto:katariina.tuuliainen@student.saimia.fi)

Susanna Saavalainen

Jenni Ryösa

Sairanhoitajaopiskelija, Saimaan AMK

Sairanhoitajaopiskelija, Saimaan AMK



4. Mitä haasteita tai ristiriitoja hyvä kivunhoito tuo kuolevan potilaan kohdalla?

5. Minkälaisia lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä teillä on käytössä?

6. Mitä asioita voitaisiin kehittää, jotta taattaisiin hyvä kivunhoito kuolevan potilaan kohdalla?

**Kiitos vastauksistanne!**

<b>Sukupuoli:</b>	<b>Ikä:</b>	<b>Työvuodet:</b>
-------------------	-------------	-------------------

**Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon  
kuntayhtymä**  
**Eettinen työryhmä**  
Valto Käkelän katu 3  
53130 LAPPEENRANTA

**Tutkimuslupa koulutuspalveluille/  
Lausuntohakemus eettiselle työryhmälle**

11 / 11 2015  
Päiväys

Ohje lomakkeen täytöstä:  
Klikkaa yläreunassa keltaisella olevaa tekstiä: Ota muokkaus käyttöön. Tallenna lomake omiin tiedostoihisi. Lomake on tarkoitus täyttää koneella.

Opinnäytetyön/Tutkimuksen nimi:  
Kuolevan potilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta

Opinnäytetyön tekijä (t) / tutkija (t): Saavalainen Susanna, Ryösä Jenni,  
Seppä Susanna, Tuulainen Katriina

Ohjaavan opettajan allekirjoitus

Oppilaitos/organisaatio: Saimaan ammattikorkeakoulu

Ohjaavan opettajan nimi: Lehto Birgitta



Opinnäytetyön/Tutkimuksen tarkoitus ja lyhyt yhteenveto tutkimussuunnitelmasta:

Opinnäytetyömme aiheena on kuolevan potilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta. Työn tarkoituksena on selvittää miten kuolevan potilaan kivunhoito toteutuu eri yksiköissä, mitä haasteita kivunhoito tuo ja miten kivunhoitoa voisi kehittää. Tutkimuksemme on laadullinen. Aineistonkeruu toteutuu kyselylomakkeella, joka sisältää 6 avointa kysymystä. Tutkimuskohteeksi valitsimme laajan osaamisen ja hoitotyön ammattitaidon perusteella kuolevien potilaiden kanssa työskenteleviä sairaanhoitajia kolmesta eri yksiköstä. Tutkimuskohteemme ovat Armilan kuntoutusyksikkö, palliatiivisen hoidon osasto 4, Etelä-Karjalan keskussairaala osasto A9 ja Tehosa Eksoten alueelta. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää sairaanhoitajan työtä. Tavoitteena on herättää keskustelua ja pohdintaa työyksiköissä kuolevan potilaan kivunhoidon laadusta ja riittävydestä. Tutkimuskysymyksiin vastaaminen on vapaaehtoista ja se tapahtuu nimettömänä. Aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Työelämän ohjaaja ja yksikkö:  
Parkkari Nina  
Armilan kuntoutusyksikkö, palliatiivisen hoidon osasto 4

Työelämän ohjaajan allekirjoitus



Opinnäytetyön/Tutkimusaineiston suuruus ja kokoamistapa:  
Tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeen mukaan liitetään postimerkillä varustetut palautuskuoret. Jokainen palautuskuori on henkilökohtainen. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä ei pysty määrittämään tutkimusaineiston suuruutta.

Opinnäytetyön/Tutkimuksen ajoitus:

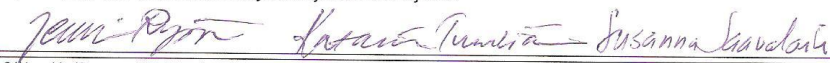
Tutkimuskysymysten lähettäminen ajoittuu Joulukuun 2015 - Tammikuun 2016 väliselle ajalle. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa 2 viikkoa, jonka jälkeen alkaa aineiston analyysi.

Haetaanko

- Tutkimuslupaa
- Eettisen työryhmän lausuntoa
- Liitteet
- Opinnäytetyö/Tutkimussuunnitelma
  - Saate
  - Suostumus
  - Kyselylomake
  - Haastattelurunko
  - tai joku muu, mikä/mitkä

Opinnäytetyöntekijän/tutkimuksen tekijän yhteystiedot (postiosoite, puhelinnumero, sähköposti)  
Tuulainen Katriina  
Mehiläisentie 3 b 8, 53650 Lappeenranta, puh. 0405392682  
katriina.tuulainen@student.saimia.fi

Opinnäytetyön/Tutkimuksen tekijän/tekijöiden allekirjoitus



<p>TEEMA 1: Moniammatillinen yhteistyö</p> <p>Suunnitelmallisuus</p> <p>Kivun arviointi</p> <p>Kipuhoitajan apu</p> <p>Lääkärin konsultaatio</p> <p>Ennakointi</p> <p>Kipulääkityksen riittävyys</p> <p>Oikea lääkkeenantoreitti</p> <p>Lääkäreiden ammattitaito</p> <p>Hoitajan ammattitaito</p>	<p>TEEMA 2: Oikeat lääkkeenantomenetelmät</p> <p>Kipupumppu</p> <p>PCA-pumppu</p> <p>Ylimääräisten pistämisten minimointi</p> <p>Rauhoittavat lääkkeet</p> <p>Hyvä perushoito</p> <p>Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät</p> <p>Asentohoito</p> <p>Kylmä/lämmin</p> <p>Kosketus</p> <p>Hieronta</p>
<p>TEEMA 3: Lääkkeen antoon liittyvät ongelmat</p> <p>Ei riittävää kipulääkitystä saatavilla</p> <p>Kipulääkkeet eivät ole riittävän vahvoja</p> <p>Lääkkeen annosnosto viiveellä</p> <p>Pumpun annosnostot ongelmallisia</p>	

TEEMA 1: Hoitoketjuun liittyvät haasteet	TEEMA 2: Potilaslähtöiset haasteet
<p>Kipulääkityksen riittävyys riippuu siitä miltä osastolta potilas kotiutuu</p> <p>Kokematon hoitaja</p> <p>Viikonloppuisin ei omalääkäreitä paikalla -&gt; kipulääkityksen muuttunut tarve</p> <p>Päivystävän lääkärin rohkeus määrätä tarpeeksi kipulääkettä -&gt; hoitohenkilökunnan itseohjautuvuus</p> <p>Potilas eriarvoisessa asemassa riippuen kuka häntä hoitaa</p> <p>Ulkomaalaiset lääkärit</p> <p>Sisätautipotilaat heikommassa asemassa kuin onkologiset potilaat, esim. lääkemääräykset viiveellä</p> <p>Muuttunut vointi kotiloissa</p> <p>Voinnin nopeat muutokset myös osastolla</p> <p>Hoitajan ja lääkärin näkemys erot/ luottamuksen puute</p> <p>Suunnitelmallisuuden puute</p> <p>Ei ennakoida</p> <p>Lääkemääräyksiä ei toteuteta</p> <p>Potilas ei pysty ilmaisemaan kipuaan</p> <p>Oikean lääkkeen löytäminen ja oikea annostus</p>	<p>Potilaan asenne kivunhoitoon</p> <p>Potilaan ja hoitohenkilökunnan erinäkeymykset</p> <p>Omatoimisuuden ja elämänlaadun laskeminen</p> <p>Kipua vai ahdistusta vai molempia?</p>

<p>TEEMA 1: Hoitohenkilökunnan kliininen osaaminen ja ammattitaito</p> <p>Ennakointi kivunhoidossa</p> <p>Lääkäreiden rohkeus</p> <p>Hoitajien rohkeus</p> <p>Oikea asennoituminen</p> <p>Omaisten huomioiminen</p> <p>Erilaisten kivunhoitomenetelmien ja antotapojen osaaminen</p> <p>Suunnitelmallisuus</p> <p>työmotivaatio</p> <p>Rehellisyys potilasta/ omaista kohtaan</p> <p>Kiireetön toiminta</p> <p>Ammattitaidon päivittäminen</p>	<p>TEEMA 2 Hoitohenkilökunnan yhteistyö</p> <p>Toimivat hoitolinkit</p> <p>Riittävästi lääkäreitä =riittävät resurssit</p> <p>potilaan hoidon jatkuvuus</p> <p>Toimiva ja tasa-arvoinen työyhteisö</p> <p>Yhtenäiset hoitolinjat</p>
--	--