



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Saattohoitovaiheen kivunhoidon kehittäminen Helsingin kotisairaaloissa

Peltola, Elina

2018 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Saattohoitovaiheen kivunhoidon kehittäminen Helsingin kotisairaaloissa

Elina Peltola
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2018

Peltola, Elina

Saattohoitovaiheen kivunhoidon kehittäminen Helsingin kotisairaaloissa

Vuosi	2018	Sivumäärä	42
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää kotona toteutettavaa saattohoitotyötä kivunhoidon näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa nykytilan kuvaus saattohoitopotilaan kivunhoidosta kotisairaalan työntekijöille ja täten tukea ohjaustyötä. Nykytilan kuvausta käsiteltiin lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon osalta ja ne jaoteltiin lääkehoidon suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheeseen. Opinnäytetyön tehtävänä oli nykytilan kuvauksen avulla tuottaa esite saattohoitopotilaan kivunhoidosta kotisairaalan potilaille ja omaisille. Tämä esite tukee potilaiden ja omaisten osallistumista potilaan omaan hoitoon, ja hoitohenkilöstö voi hyödyntää esitettä arviointikäyntien yhteydessä. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina oli Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin saattohoidon, kivun ja kivunhoidon käsitteitä. Teoriassa käsiteltiin myös potilaiden ja omaisten osallistamista hoitoon.

Opinnäytetyö oli toiminnallinen ja tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista teemahaastattelua. Teemahaastattelun tarkoituksena oli saada tietoa kotisairaalan kivunhoidon käytännöistä saattohoidossa nykytilan kuvausta varten. Aineisto käsiteltiin luokittelemalla aineisto teemojen mukaisesti. Haastattelun tulosten perusteella tuotettiin nykytilan kuvaus esitteen muodossa Helsingin kotisairaaloitten käyttöön. Esite käsittelee saattohoitovaiheen kivunhoidon nykytilaa ja tulee tulevaisuudessa palvelemaan kotisairaalan palliatiivisen- ja saattohoidon piirissä olevia potilaita sekä heidän omaisiaan. Kotisairaalan työntekijät voivat käyttää tätä esitettä arviointikäynneille mennessään ja potilasohjauksen tukena.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kehittämissuhteeksi olisi laatia yhteinen käsikirja kotisairaalan, kotihoidon ja Terhokodin toiminnasta, missä olisi selkeästi mainittu eri toimijoiden työnkuva saattohoitopotilaan hoidossa. Tämä edistäisi saattohoitopotilaan hoitoa ja yhtenäistäisi sekä selkeyttäisi hoidon toteuttamista eri toimijoiden näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheena voisi kartoittaa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä kotihoidon toimesta.

Peltola, Elina

Improving Pain Relief Methods in Palliative Care at Home Hospitals in Helsinki

Year	2018	Pages	42
------	------	-------	----

The purpose of this study was to improve pain management methods in palliative care at patients' home. The aim was to describe the current state of terminal care patients' pain management for the employees of home hospitals and to provide tools for their guidance work. In the description of the current state of palliative care medical and non-medical treatment were taken into consideration. Medical treatment was divided into planning-, realization- and evaluation phases. The objective of this study was also to produce a guide book of pain management methods to terminal care patients in home hospitals and to their relatives. This guide book encourages patients themselves and their relatives to participate in the care of terminal care patients. Nursing staff can also make use of this guide book while making evaluation visits. A cooperation partner for this thesis was the department of social services and health care of the city of Helsinki. The theoretical framework of the thesis discusses the concepts of palliative care, pain and pain management. The theory section of the study also includes the involvement of patients and relatives in the treatment.

This thesis was functional and qualitative theme interview was used as the research method. The aim of the theme interview was to gather information of how terminal care patients' pain is currently treated in home hospitals. The content of the interview was processed by categorizing the content according to the themes. Based on the results of the interview, a guide book was produced to describe the current state of terminal care patients' pain management for employees at home hospitals in Helsinki. The guide book includes the description of the current state of palliative care and it will serve palliative and terminal care patients and their relatives in the future. The employees at home hospitals can use this guide book while making evaluation visits and instructings the patients.

Based on the results of this thesis, a common handbook which describes the function of home hospitals, home care and terminal care homes, could be created regarding palliative care of patients. It would improve palliative care and harmonize and clarify treatment between different actors. A further study could survey the use of non-medical treatment of home care agencies.

Keywords: Terminal care, Pain relief, Home hospital, Patient education

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä	7
3	Saattohoito Suomessa	7
4	Saattohoidon kehittäminen	8
5	Saattohoito kotisairaalassa	9
6	Kivun ja kärsimyksen monimuotoisuus saattohoitopotilaan hoidossa	10
6.1	Kivun kokeminen	11
6.2	Saattohoitopotilaan fyysinen kipu	12
6.3	Saattohoitopotilaan sosiaalis-psykykinen kipu	13
7	Lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi	14
8	Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät saattohoitovaiheessa	15
9	Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät saattohoitovaiheessa	16
10	Potilaan ja omaisten osallisuus kivunhoidossa	17
11	Opinnäytetyön toteutus	18
11.1	Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus	20
11.2	Opinnäytetyön aineiston keruu	20
11.3	Opinnäytetyön aineiston käsittely	22
12	Opinnäytetyön tulokset	23
12.1	Nykytilan kuvaus saattohoidon lääkkeellisestä kivunhoidosta kotona	23
12.2	Nykytilan kuvaus saattohoidon lääkkeettömästä kivunhoidosta kotona	25
12.3	Kehittämisehdotukset kivunhoidon edistämiseksi	26
13	Opinnäytetyön arviointi	27
14	Opinnäytetyön yhteistyön arviointi	27
15	Opinnäytetyön prosessin arviointi	28
16	Helsingin kotisairaaloille tuotetun esitteen arviointi	28
	Lähteet	30
	Liitteet	33

1 Johdanto

Lähes viisikymmentätuhatta ihmistä kuolee vuosittain Suomessa. Suurin kuolemia aiheuttava tautiryhmä on verenkiertoelinten sairaudet. Suomessa syöpään kuolee vuosittain noin 11 000 ihmistä. Suurimpana potilasryhmänä saattohoidossa ovatkin syöpäpotilaat. Lisäksi saattohoitoa tarvitsevat myös monet sydämen vajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia, munuaisten ja maksan vajaatoimintaa sekä eteneviä neurologisia sairauksia sairastavat potilaat. (Hänninen 2013, 25–26.)

Perustana saattohoidolle on ihmisarvon sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Lähtökohtana saattohoidossa on ihminen, jolla kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan ihmisen lähestyessä kuolemaa, jolloin tehdään hoitolinjaukset yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa ja kirjataan ne potilaan hoitosuunnitelmaan. Hoitopäätökset perustuvat lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön ja niistä vastaa hoitava lääkäri. Saattohoito toteutetaan yhdessä potilaan, omaisten ja moniammatillisen ryhmän kanssa. Lääkärit ja hoitajat ovat koulutettu saattohoitoon ja moniammatillista ryhmää täydentävät vapaaehtoistyöntekijät sekä muu henkilökunta. Saattohoidossa osaamisen alueet ovat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa riittävällä taidolla ja systemaattisesti psyko-sosiaalisiin, eksistentiaalisiin, fyysisiin, psyykkisiin, hengellisiin, kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin sekä niiden ymmärtämiseen ja toteuttamiseen hoidossa. Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan toiveisiin ja tarpeisiin, toiminnan hyvään laatuun sekä Käypä hoito -suositusten noudattamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.)

Saattohoidossa kivunhoidon mahdollisuudet ja käytäntö eivät aina täysin kohtaa. Osaamista ja välineitä on, kuitenkin toistuvasti tulee esiin, että niitä ei käytetä oikeaan aikaan tai riittävästi. Kipu on siis usein alihoidettua tai aktiivisia tautiin suuntautuavia keinoja käytetään, vaikka niillä lähinnä aiheutetaan sivuvaikutuksia. Kivunhoidon ongelmana nähdään vaikeus arvioida potilaan kivun luonne ja kyseisen potilaan kivun hoidossa tarvittavan lääkkeen ja annoksen valinta, titraus ja seuranta. ”Hoitoon reagoimatonta kipua ei ole olemassa, on vain kipuun reagoimattomia hoitajia tai lääkäreitä.” (Aalto 2013, 31.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on edistää kotona toteuttavan saattohoitopotilaan kivunhoitoa luomalla puolistrukturoidun haastattelun avulla nykytilan kuvaus kivun hoidosta. Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen ja siinä käsitellään lääkkeellistä ja lääkkeetöntä kivunhoitoa hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin näkökulmasta. Opinnäytetyö rajattiin käsittelemään pelkästään kivunhoitoa. Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä oli Helsingin kotisairaalan eteläinen alue. Opinnäytetyö tulee palvelemaan Helsingin kaikkia kotisairaaloita, heidän potilaita ja omaisia sekä toimii työntekijöille potilasohjauksen apuna

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää kotona toteutettavaa saattohoitotyötä erityisesti kivunhoidon osalta. Tavoitteena on tuottaa nykytilan kuvaus saattohoitopotilaan kivunhoidosta kotisairaalan työntekijöille tukien samalla potilastyötä ohjauksen näkökulmasta. Nykytilan kuvauksessa kuvataan saattohoitopotilaan lääkkeellistä ja lääkkeetöntä kivunhoitoa hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin osalta. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa nykytilan kuvaukseen perustuen esite saattohoitoon liittyvästä kivunhoidosta kotisairaalan potilaille ja heidän omaisilleen. Esitteessä tullaan käsittelemään lääkkeellistä ja lääkkeetöntä kivunhoitoa sekä niiden eri vaiheita. Kotisairaalan työntekijät voivat hyödyntää tästä opinnäytetyöstä syntyvää tietoa potilasohjauksessa. Esite saattohoitopotilaan kivunhoidosta kotisairaalaan julkaistaan Helsingin kaupungin internet-sivuilla, josta kotisairaalan työntekijät voivat tulostaa sen potilaalle ja omaisille. Otollisin aika esitteen hyödyntämiseen työntekijöiden osalta on kotisairaalan tekemän arviointikäynnin aikana potilaan ollessa jo palliatiivisen hoidon piirissä.

3 Saattohoito Suomessa

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen ”Hyvä saattohoito Suomessa” mukaan 15 000 potilasta Suomessa tarvitsee vuosittain saattohoitoa. Palliatiivista hoitoa tarvitsee 200 000–300 000 potilasta vuosittain Suomessa. Saattohoitoa toteutetaan yksityisissä hoitolaitoksissa, perusterveydenhuollossa, vanhainkodeissa, erikoissairaanhoidon sairaaloissa, kehitysvammlaitoksissa, yksityisissä hoitolaitoksissa ja potilaan kotona. Vuonna 2008 Suomessa kuoli valtaosa sairaaloissa, 13% ”muualla” lähinnä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa ja 17% kotonaan. (Tasmuth, Poukka & Pöyhä 2012.)

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa ennen kuolemaa silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien- tai viikkojen aikana. Se voi olla osa palliatiivista eli oireenmukaista hoitoa ja sen tarkoituksena on hoitaa yksilöllisesti ja tukien kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään parhaimmalla mahdollisella tavalla ja ihmisarvoa kunnioittaen. Saattohoito mahdollistaa kuolevan sekä hänen läheistensä valmistautumisen tulevaa kuolemaa varten. (Saattohoito 2008.)

Kuolevaksi potilaaksi yleensä mielletään toimintakyvyltään selkeästi heikentynyt potilas, jolla elintoimintojen hiipussa on nähtävissä jo kuoleman merkit. Kuitenkin osa potilaista säilyttää toimintakykynsä kohtalaisena kuolemaansa saakka. Kuolevan potilaan tunnistaminen on tärkeää hoitotoimenpiteiden suunnittelun kannalta, sillä siten potilas saa mahdollisimman nopean avun. On tärkeä muistaa, että hyvä saattohoito ei lopu potilaan kuolemaan, vaan läheisiä tuetaan heidän surussaan vielä kuoleman jälkeenkin. (Hänninen 2015, 10-11.)

Saattohoitovaiheeseen siirryttäessä tehdään saattohoitopäätös, josta on säädetty potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa. Saattohoitopäätös on hoitopäätös, josta on keskusteltava potilaan tai hänen läheistensä kanssa, mikäli potilas ei enää itse kykene päättämään hoidostaan. Päätökseen kirjataan saattohoidon sisältö ja potilaan omat toiveet. Saattohoitopäätös pitää sisällään DNR-päätöksen, joka tarkoittaa elvytyksestä pidättäytymistä. Päätökseen kirjataan päätöksen tekijät, lääketieteelliset perusteet, potilaan ja/tai omaisten kanssa käyty keskustelu sekä heidän mahdollinen kannanotto asiaan. (Saattohoito 2008.)

4 Saattohoidon kehittäminen

Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe (PACE) on tutkimus- ja kehittämishanke, joka vertailee ikääntyneiden loppuvaiheen hoitoa. Hanke toteutetaan seitsemässä Euroopan maassa (Alankomaat, Belgia, Englanti, Italia, Puola, Suomi ja Sveitsi) pitkäaikaishoidon yksiköissä ajalla 1.2.2014-31.1.2019. Hankkeen tavoitteina on kehittää pitkäaikaishoidossa asuvien iäkkäiden ihmisten elämän loppuvaiheen hoitoa sekä hoitojärjestelmiä Euroopassa. Tavoitteena on myös integroida elämän loppuvaiheen hoidon PACE- Menestyksen askeleet osaksi hoitotyön arkea, tutkia koulutusintervention vaikuttavuutta ohjelmaan liittyen sekä levittää elämän loppuvaiheen hoidon parhaita käytänteitä, jotka perustuvat tutkittuun tietoon ja näyttöön. PACE jakautuu kahteen osahankkeeseen. Ensimmäisessä osahankkeessa kerättiin tietoa kolmen kuukauden ajanjaksolla kuolleiden asukkaiden elämän loppuvaiheen hoidosta lääkärin, omahoitajan sekä läheisten näkökulmista. Lisäksi tarkastelun alla oli henkilöstön asenteet ja osaaminen sekä hoitoyksikköön liittyvien tietojen kartoittaminen. Tähän valtakunnalliseen tiedonkeräämiseen vuonna 2015 osallistui 91 pitkäaikaishoidon osastoa, jotka sijaitsivat eri puolilla Suomea. Samanlainen kartoitus tullaan tekemään osahankkeessa kaksi. Osahankkeessa kaksi on tarkoituksenaan toteuttaa PACE- Menestyksen askeleet koulutusohjelma, jossa koulutetaan hoitotyön ammattilaisia, jotka työskentelevät pitkäaikaishoidon yksiköissä antamaan hyvää loppuelämän hoitoa. Tässä osahankkeessa kaksi on mukana 12 pitkäaikaishoidon yksikköä Uudeltamaalta. (THL 2018.)

Suomessa on toteutettu vuosina 2015–2017 valtakunnallinen saattohoidon hanke nimeltään Kuolevan hyvä hoito–yhteinen vastuumme. Hanke toteutettiin Yhteisvastuukeräyksen varoin. Vanhustyön keskusliitto oli yksi hankkeen yhteistyökumppaneista ja julkaisi yhdessä hankkeen kanssa kannanoton hyvän saattohoidon toteuttamiseksi. Kannanotossa mainitaan ensimmäisenä, että hyvä ja arvokas kuolema on kaikkien oikeus, myös iäkkäiden ihmisten. Tämä pitää sisällään yksilöllisen saattohoitosuunnitelman tekemisen, saattohoitosuosituksen huomioisen ja iäkkään ihmisen hyvän saattohoidon turvaamisen niin laitoksessa kuin kotonakin. Toisena kohtana kannanotossa on ennakoiva yhteissuunnittelu keskiöön. Konkreettisesti tämä tarkoittaa, että saattohoito olisi suunniteltava yhteistyössä ennalta potilaan, läheisten ja yhteistyötahojen kanssa. Ennalta suunnitellun saattohoidon avulla voidaan välttää turhia ja kuormittavia siirtoja sairaalaan elämän loppuvaiheessa. Kolmanneksi kannanotossa on mainittuna henki-

löstön koulutuksen, ohjauksen ja tuen tarve kuolevan ihmisen kohtaamiseen ja hyvän saattohoidon toteuttamiseen. Täten voidaan huolehtia henkilöstön pätevyydestä saattohoitotyöhön ja samanaikaisesti tuetaan henkilöstön voimavaroja. Viimeisimpänä kannanotossa on todettu vapaaehtoisten merkitys saattohoidon toteuttamisessa. Vapaaehtoisten toiminta saattohoitotyössä on arvokas tuki ja heidän läsnäolo edistää hyvän ja arvokkaan kuoleman toteutumista. Tämä kannanotto on valmisteltu työryhmässä, johon on osallistunut vanhustyön keskusliiton jäsenyhteisöjen ja yhteistyökumppaneiden edustajia. (VTKL 2018.)

5 Saattohoito kotisairaalassa

1970-luvulla Suomessa käynnistyi keskustelu ihmisen oikeudesta kuolla rauhassa ja arvokkaasti. Tämän keskustelun sai aikaan lääketieteellisen teknologian kehittyminen. Elvytyshoidot tulivat mahdollisiksi erilaisten teknisten laitteiden ansiosta. Samaan aikaan elettiin siinä käsitöksessä, että ihmisen ainoa mahdollinen kuolinpaikka on laitoksessa. Toukokuussa 1984 Henrik Tikkanen; tunnettu kirjailija ja taitelija kuoli Helsingissä. Hän oli toivonut yhdessä perheensä kanssa, että saisi viettää viimeiset hetkensä kotona ja kuolla rauhallisesti läheisten ympäröimänä. Potilaan kotiin viemiseksi oli vaikea saada lupaa sairaalan vahvasti vastustaessa siirtoa. Sairaala esitti monenlaisia perusteluita, joiden mukaan kotona kuoleminen olis lähes mahdotonta. Lopulta mies pääsi kotiin ja sai viettää viimeisen elinpäivänsä kotona. Tämä episodi herätti suurta kiinnostusta mediassa ja siitä keskusteltiin julkisuudessa. Noista ajoista on edetty pitkälle ja nykyaika on mahdollistanut kuoleamisen kotona. Kuitenkin valtaosa kuolemista tapahtuu edelleen laitoksissa, vaikka useiden potilaiden ja heidän omaistensa toiveena olisi kuolla kotona. (Grönlund & Huhtinen 2011, 96.)

Kotisairaala toimii monille useasti vieraana käsitteenä ja sekoitetaankin helposti kotisairaanhoidon tai kotihoitoon. Ne tarjoavat pitkäaikaista ja toistuvaa apua, joka mahdollistaa sairaa kotona asumisen. Pohjoismaisen määritelmän mukaan kotisairaala on sairaalahoidon korvaava kotihoito, joka toimii lääkärijohtoisesti ja tarjoamalla ympärivuorokautisen hoitotiimin. Kotisairaala tuo hoitotoimet mukanaan potilaan kotiin. Potilaan ollessa saattohoitovaiheessa on kotiin voitu tuoda jo monenlaisia apuvälineitä sairaalasängystä WC-istuimeen—kaikkea, mikä vain helpottaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Kotisaattohoidon mahdolliseksi tekee lääkityksen toteuttaminen ihonalaisen tai harvemmin suonensisäisen lääkeannostelijan kautta. Tällä tavoin pystytään huolehtimaan myös hyvästä oirehoidosta siinä vaiheessa kun potilas ei enää kykene ottamaan lääkkeitä suun kautta. Kotisairaalahoidon tavoitteena on tuoda hoito ja turva potilaiden ja omaisten tuttuun ympäristöön eli omaan kotiin pois sairaalan seinien sisäpuolelta. (Poukka & Manninen 2013,90-93.)

6 Kivun ja kärsimyksen monimuotoisuus saattohoitopotilaan hoidossa

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys (International Association for the Study of Pain, IASP) on määritellyt kivun epämiellyttäväksi, emotionaaliseksi tai sensoriseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudonvaurio tai sitä kuvaillaan samalla tavalla. Myöhemmin määritelmää on täydennetty siten, että henkilön ollessa kyvytön ilmaisemaan kipua ei se tarkoita sitä, etteikö hän voisi sitä kokea. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 47.)

Vuonna 2008 julkaistiin Käypä hoito -suositus parantumattomia tautia sairastavan aikuisen oireenmukaisesta hoidosta yhdessä Suomalaisen lääriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen kanssa. Suositus pitää sisällään oireenmukaisen hoidon tilanteessa, jossa tautiin suunnattu hoito on osoittautunut tehottomaksi tai liian raskaaksi potilaalle. Kuolemaan johtavia sairauksia ovat muun muassa keuhkojen alueen, paksusuolen, rinta- ja mahasyövän lisäksi iskeemiset sydänsairaudet, dementia, keuhkohtaumatauti sekä aivoverenkierron sairaudet. Kaikille kuoleville potilaille annetaan oireenmukaista hoitoa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 113.)

Käypä hoito -suosituksessa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta (2018) mainitaan, että WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville ihmisille ilman diagnoosirajauksia. Palliatiivisella hoidolla eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaa johtavaa sairautta tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä holistista hoitoa, jonka tavoitteena on vaalia elämänlaatua ja pyrkiä lievittämään ja ehkäisemään kärsimystä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) Saattohoito kuuluu osaksi palliatiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon ensimmäisenä päämääränä on ymmärtää, että kuolema toimii elämässä normaalina päätepisteenä. Palliatiivisessa hoidossa lievitetään kaikkia oireita ja pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua. Palliatiivista hoitoa on tavanomaisesti tarjottu syöpäpotilaille parantavien hoitokeinojen loputtua. (Grönlund & Huhtinen 2011, 77.) Palliatiivisessa hoidossa lievitetäviä oireita ovat uupumus, kipu, toimintakyvyn heikkeneminen ja univaikeudet. Edellä mainitut oireet esiintyvät useimmiten kaikissa tautiryhmissä. Syövän aiheuttamina oireina esiintyvät useimmiten krooninen väsymysoireyhtymä, kipu ja voimattomuus. Masennusta ja unettomuutta esiintyy myös. Muita syövän aiheuttamia oireita ovat hengenahdistus, ummetus ja turvotus. (Hänninen 2015, 32–33.)

Potilas olisi syytä nähdä biopsykososiaalisena kokonaisuutena hoidettaessa kaikkia kiputiloja. Tällä tarkoitetaan sitä, että kivunhoito koostuu myös mielen tukemisesta ja ymmärtämisestä, kuten myös stressiä aiheuttavien tekijöiden huomioimisesta. Kipu ja ahdistus ovat symbioosisa; ahdistus voimistaa kipua ja samanaikaisesti vähentää opioidien vaikutusta. (Kalso 2013; 98, 100.) Kärsimys voidaan jaotella kolmeen ryhmään: fyysiseen kärsimykseen, sairauteen, joka pitää ihmisen huomion kiinni sairaudessa ja afflektiiviseen kokemukseen ilman kehollista

tuntemusta. Kärsimys käsitteenä on ristiriitaa tavoitteiden ja mahdollisuuksien välillä. (Hänninen 2015, 50.) Kärsimyksestä puhuttaessa käsitettä voidaan pohtia seuraanvanlaisten kysymysten avulla; onko se tunne tai kokemus epäonnesta, vaikeuksista, elämän raskaudesta tai toivottomuudesta? Vaativassa elämäntilanteessa on mahdollista, että ihminen on ajautunut tilanteeseen, jossa hänen voimavaransa eivät riitä toteamaan, että hänellä on kärsimystä. Ihmisen sairastaessa parantumattomia tautia ja hänen lähestyessään kuolemaansa, toiset miettivät usein, että kärsiikö hän. Sairaus, kuolema, kuoleman odottaminen sekä läheisistä luopuminen aiheuttavat kärsimystä. Kärsimys on moninaista ja sitä aiheuttavat erilaiset kivut, pahoinvointi ja muut sairauden mukanaan tuomat fyysiset oireet. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 91.)

Yleisenä oireena kuolemaan johtavissa taudeissa esiintyy kipu. Loppuvaiheen syövässä kipua esiintyy 35–96%:lla, keuhkohtaumataudissa 34–77%:lla, sydänsairauksissa 41–77%:lla ja muuinaissairauksissa 47–50%:lla. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) Yksi eniten pelättyistä oireista vaikeaa kuolemaan johtavaa sairautta sairastavien mielestä onkin juuri kipu. Myös terveet ihmiset pelkäävät esimerkiksi syövän kohdalla nimenomaan kipua ja kuolemaa. Usein nämä asiat mielletään myös yhteen: mitä enemmän ihminen kokee kipua sitä lähempänä kuolemakin on. Osin asia onkin näin, mutta ei kuitenkaan aina. (Vainio & Vuorinen 2015, 45.)

6.1 Kivun kokeminen

Aristoteles (384–322eKr) on esittänyt kiputeoriassaan kivun olevan pelkästään tunne-elämys, mielihyvän vastakohta. Myöhemmissä teorioissa keskitytään kuvaamaan kipua fysiologisena ilmiönä, muun muassa tuntoaistin osana. Hoitotieteessä kipua pidetään kokonaisvaltaisena ja subjektiivisena kokemuksena. Kipua pidetään monimutkaisen mielen, ruumiin ja hengen suhteen selkeänä esimerkkinä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 83–84.)

Kipu kuvataan epämiellyttävänä kokemuksena, joka liittyy kudosvaurioon tai sen uhkaan tai sitä voidaan kuvaila kudosvaurion käsittein. Kipu on aina henkilökohtainen kokemus ja sitä ei pidä kyseenalaistaa vaan pikemminkin pyrkiä kartoittamaan sen taustoja ja mekanismeja. Kivun kokemiseen vaikuttavat myös psykososiaaliset tekijät, kuten mieliala, pelot, odotukset sekä aiemmat kokemukset ja opitut käyttäytymismallit. (Haanpää & Pohjolainen 2015, 49.) Opituilla käyttämismalleilla tarkoitetaan yksilön lapsuudessa opittuja tapoja suhteessa vanhempiin. Pohjimmaltaan kipukäyttäytymisen on todettu olevan geneettisesti määräytyvää, mutta toisaalta ihminen oppii omassa kulttuuriympäristössään sille ominaisia sekä hyväksytyjä kivun ilmaisutapoja jo lapsena. Opitut käyttämismallit vaikuttavat siis yksilön kipukokemukseen, kipukynnykseen ja kivun toleranssiin eli sietokykyyn. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 84.)

Kivun kokeminen on jokapäiväinen ilmiö ja ihminen kykenee kuvailemaan sitä verbaalisesti laaja-alaisesti. Tutkivalle lääkärille kivun erilaiset ilmaisutavat osoittavat kipua aiheuttaneen patologisen prosessin luonteen. Ihmiset reagoivat kipuun vaihtelevasti ja samankin ihmisen kipureaktiot riippuvat kipua aiheuttavasta tilanteesta. (Hyvärinen ja Pertovaara 2018.) Aiemmin mainittujen psykososiaalisten tekijöiden lisäksi kipuun vaikuttavat kivun syy esimerkiksi syöpä ja sen hoito, fysiologiset ja ympäristöön liittyvät tekijät. Nämä tekijät muovaavat kipuviestin kulkua somatosensorisessa radastossa ja lopputuloksena prosessoinnin jälkeen syntyy yksilöllinen kokemus kivusta. Merkitys eri tekijöiden kohdalla voi vaihdella ajankohdittain. Esimerkkinä voidaan mainita, että masennus ja voimakas huolestuneisuus voivat voimistaa kipukokemusta. Tästä syystä masennusta hoidetaan samanaikaisesti kuin kipua. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 47.)

6.2 Saattohoitopotilaan fyysinen kipu

Syöpäsairauden aiheuttama kipu voidaan lajitella kolmeen luokkaan. Ajallinen kipu tarkoittaa joko kroonista, akuuttia ja etiologista eli syihin liittyvää kipua. Patofysiologinen kipu voi johtua sensoristen hermopäätteiden ärsytyksestä, jotka aistivat kipua. Tämä kipu voi olla somaattista, viskeraalista tai neuropaattista. Lisäksi se voi olla perifeeristä eli ääreisosiin liittyvää taikka sentraalista eli keskusosiin liittyvää kipua. Kolmannessa luokassa taas on kyse etiologisesta kivusta. Tällainen etiologinen kipu voi johtua syövästä, sen hoidosta ja syövän heikentämästä yleiskunnosta tai voi olla, että sillä ei ole mitään tekemistä syövän tai sen hoidon kanssa. Kivuista 70% johtuu kasvaimesta ja 20% hoitotoimista. 10% kivuista eivät liity syöpään tai ne voivat johtua yleiskunnan heikkenemisestä, jonka on aiheuttanut sairaus. (Grönlund & Huhtinen 2011, 114.)

Kipu voidaan jaotella akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutilla kivulla tarkoitetaan lyhytaikaista kipua, joka normaalisti hellittää hyvissä ajoin ennen täydellistä kudonvaurion korjaantumista. Ensisijaisesti akuutin kivun merkityksenä nähdään elimistön suojaava vaikutus. Sillä on yleensä selkeä syy, jota voidaan hoitaa tehokkaasti. Joissakin tapauksissa akuutti kipu kuitenkin jatkuu ja sen pitkittyessä kipu muuttuu krooniseksi. Kroonisella kivulla tarkoitetaan pitkäaikaista kipua, mikä on kipuhermon toiminnan tai kipuradan vaurion merkki. Pitkäaikaiseksi kivuksi luokitellaan kipu, joka on kestänyt yli kuusi kuukautta tai se on kestänyt normaalin kudosten paranemisaajan yli. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 85–86.)

Tavallisimmin syöpäsairauksiin liittyvän kivun syynä ovat itse syöpäkasvain tai sen etäpesäkkeet. Myös syövän hoito esimerkiksi solunsalpaajahoidon jälkeinen polyneuropatia saattaa aiheuttaa kipua. Yleisterminä pidetty ”syöpäkipu” kattaa laajan kirjon eri mekanismeilla syntyneitä kipua. Neuropaattisen kivulle syynä voidaan pitää vauriota tai sairautta somatosensorisessa radastossa. Neuropaattinen kipu on siis syntynyt hermojen vaurioitumisesta. Tämä vaurio voi olla ääreis- tai keskushermostossa tai molemmissa. Muun muassa diabetekseen,

hermovammoihin, neurologisiin sairauksiin jne liittyy neuropaattisia kipuja. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 47.) Neuropaattinen kipu voi johtua leikkauksesta, syövästä tai syövän aiheuttamista oireista. Oikeastaan mikä tahansa tuntorataa vaurioittava prosessi voi aiheuttaa neuropaattista kipua. Potilaat voivat kuvata neuropaattista kipua polttavana tai sähköiskumaisena tunteena. (Haanpää 2015, 67-69.)

Viskeraalinen kipu syntyy vatsa- ja rintaontelon kipuherkkien kapselien venytyksestä. Viskeraalisen kivun huomioimisessa on tärkeää selvittää mahdollisen kasvaimen sijainti. Lisäksi huomioon otetaan kivun ajallisuus eli onko kipu aaltoilevaa, jatkuvaa vai kohtauksittaista ja kivun tyyppi eli millä tavoin kipu tuntuu; polttavasti, terävästi tai repivästi jne. Arvioidaan myös kivun intensiteettiä; onko kipu lievää, kohtalaista, vaikeaa tai sietämätöntä. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 86.)

Suurella osalla syöpään sairastuneista esiintyy syöpään liittyvän jatkuvan kivun lisäksi kohtauksittain esiintyvää läpilyöntikipua päivittäin. Se voi esiintyä joko spontaanisti tai liikkumisen tai muun ärsykkeen aikaansaamana vaikka peruskipu olisikin hyvin hallinnassa säännöllisellä kipulääkityksellä. Läpilyöntikipu kestää yleensä puolesta tunnista tuntiin ja se saattaa voimistua huippuunsa muutamasta minuutista neljänneksi tuntiin. (Heiskanen 2015, 64.) Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan läpilyöntikipua esiintyy 70–80%:lla edennyttä syöpää sairastavista ja se on yleistä myös muilla loppuvaiheen potilailla

6.3 Saattohoitopotilaan sosiaalis-psykkinen kipu

Potilaan saadessa syöpädiagnoosin on se hänelle aina suuri järkytyksen aihe. Sairauden eri vaiheissa noin kolmasosa kärsii psyykkisistä oireista. Tavallisimpia psyykkisiä oireita ovat masennus ja ahdistus. Masennukseen liittyy useimmiten vireystilan muutoksia kuten väsymystä tai ylivirittyneisyyttä sekä unihäiriöitä. Psykkisen oireilun ytimessä syöpäpotilaalla on usein pelko. Uhka ja pelko kytkeytyvät toisiinsa. Näin ollen voidaan ajatella, että oireet herättävät pelkoa synnyttämällä epämiellyttäviä tautiaistimuksia ja tietoisuus taudista taas toimii kognitiivisena porttina ahdistukselle. Uhkakuviin liittyvä ahdistus ja käsittämättömiin oireisiin liittyvät pelot voivat esiintyä somaattisina oireina ja motorisena toimintana tai tavoittaa mieli-kuva-ajattelun kautta käyttäytymisen ja tunne-elämän kognitiiviset säätelykerrokset. Tällöin voidaan todeta, että henkilö kokee voimakasta psyykkistä ahdistusta. (Idman 2015, 218.)

Pitkäkestoisen kivun seurauksena ilmenee myös mielialan ja tunne-elämän ongelmia. Kipukokemus voi kuormittaa potilasta aiheuttaen ahdistuksen, aggression, toivottomuuden ja pettymyksen tunteita. Pitkäkestoinen kipu voi rajoittaa työhön, aktiviteetteihin ja perhe-elämään osallistumisesta sekä heikentää taloudellista tilannetta, joten huolestuneisuus, mielialan lasku ja ahdistus ovat ymmärrettäviä ja yleisiä kivun pitkittyessä. Toisaalta nämä psykososiaaliset oireilut voivat myös voimistaa kipukokemusta ja samalla altistaa kivun pitkittymiselle. (Haan-

pää & Pohjolainen 2015, 54–55.) Myös fyysisiin oireisiin kuten pahoinvointiin ja monenlaisiin kipuihin liittyy usein myös psyykkistä kärsimystä. Tämä hankala oire pitää mielen kiinni sairaudessa, joka etenee ja päättyy lopulta kuolemaan. Kärsimys voi nousta elämän vääjäämättömän rajallisuuden tunteesta, rakkaidensa hyvästelystä, yksinäisyyden kokemuksesta ja pelosta sekä lyhyen elinajan tietoisuudesta. Osa kärsimyksestä liittyy kuitenkin konkreettisesti elämään. Tällaisia asioita ovat muun muassa huoli pienistä lapsista, pelko vaikeasta kuoleman hetkestä tai siitä pettymyksestä, että jotakin odotettua ja tärkeää jää näkemättä. ”Kärsimyksen ytimessä on kuitenkin tuska siitä, mikä on elämän tarkoitus.” (Surakka ym. 2015, 91–92.)

7 Lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi

Lääkehoitoprosessiin kuuluu lääkehoidon tarpeen arviointi, lääkkeen valinta, toimittaminen, lääkkeen oikea annostelu ja sen antaminen potilaalle, motivointi, neuvonta, potilaan sitouttaminen lääkehoitoon sekä tiedonkulun varmistaminen potilaalle ja kaikille hoitoon osallistuville. Lisäksi lääkehoitoa seurataan ja lääkkeiden vaikuttavuutta arvioidaan säännöllisesti. Aluksi laaditaan potilaskohtainen lääkehoitosuunnitelma, joka on osa potilaan hoitosuunnitelmaa. Lääkehoitosuunnitelmaa päivitetään säännöllisesti ja tämä potilaskertomukseen kirjattu lääkelista pitää sisällään potilaan käyttämät lääkkeet, käyttötarkoituksen sekä annosteluohjeet. Lääkäri on vastuussa lääkehoidon aloittamisesta, muutoksista ja lopettamisesta ja suunnittelee lääkehoitoa yhteistyössä potilaan kanssa. Lääkehoitoa suunniteltaessa asetetaan hoidolle tavoitteet, jotka tehdään yhteistyössä potilaan kanssa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 129.) Syöpäkivun hoidossa lääkehoitoa suunniteltaessa on otettava huomioon kivun voimakkuus, minkä arvioinnissa käytetään hyväksi WHO:n kipuportaita. Kipulääkkeiden tuomien mahdollisten haittavaikutusten ilmaantumiseen varaudutaan suunnitteluvaiheessa. Tärkeää on huolehtia myös suullisesta ja kirjallisesta potilasohjauksesta. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.)

Lääkärin määrättyä potilaan käyttämät lääkkeet ovat hoitajat vastuussa lääkehoidon toteuttamisesta. Hoitajat tarkkailevat potilasta ja havaitsevat lääkehoidon tarpeita ja mahdollisia muutostarpeita ja informoivat asiasta lääkärille. Turvallisen lääkehoidon perustana toimivat luotettavat ja selkeät havainnot. Lääkehoitoa toteutettaessa on tärkeää kiinnittää huomiota lääkkeen vahvuuteen ja antotapaan. Hoitajan tehtävänä on saattaa lääke antovalmiiksi. Hoitaja varmistaa ennen lääkkeen antamista, että kyseessä on oikea potilas, oikea lääke oikeaan aikaan, oikea vahvuus ja oikein annosteltu lääkemäärä sekä informoi potilaalle lääkettä antaessa, mitä lääkettä potilas saa ja miksi. (Rautava-Nurmi ym. 2015; 129-130, 133.)

Lääkehoitoa arvioitaessa punnitaan lääkkeen antamiseen tai ottamiseen liittyviä haittoja tai hyötyjä lääkehoidon tavoitteiden näkökulmasta. Lääkkeistä esiintyy lähes poikkeuksetta sivu- tai haittavaikutuksia, jotka on huomioitava lääkehoidossa. Potilaiden lääkevaste on myös hyvin yksilöllinen. Usein lääkeannosta tarvitsee sovittaa jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Lää-

kevasteen yksilöllisyyteen vaikuttaa sairauden vaihe ja sen vaikeusaste. Toisekseen jokaisen potilaan elimistöllä on erilainen kyky käsitellä lääkettä maksan ja munuaisten toiminnan mukaan. Lääkevasteeseen vaikuttavat myös potilaan ikä, muiden lääkkeiden yhteisvaikutukset, muut sairaudet, perintötekijät sekä potilaan koko. Potilaalle voi myös ajan mittaan syntyä kasvaa lääketoleranssi lääkettä vastaan, jolloin lääke ei enää vaikuta niin hyvin. Tällöin lääkehoitoa arvioitessa on syytä arvioida lääkannoksen nostamista tai lääkkeen vaihtamista. Lääkkeelle voi olla myös olemassa tai syntyä ajan mittaan resistenssi, joka tarkoittaa lääkkeen toivotun vaikutuksen puuttumista tai vähenemistä. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 136-137.) Kivun arvioinnissa voidaan lääkehoidon näkökulmasta voidaan käyttää VAS-mittaria eli visual analogy scale, jonka avulla potilas kuvaa itse kipunsa voimakkuuden. Kuolevan potilaan elimistö ei aina kykene hyödyntämään parhaimpiakaan hoitoja farmakokineettisistä syistä. Esimerkiksi suoliresektio voi vaikuttaa lääkeaineen imeytymiseen tai kakektisuus eli kuihtuminen voi mahdollisesti vaikuttaa lääkeaineiden sitoutumiseen. Hyvän kivunhoidon edellytyksenä on kivun arviointi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 114-115.)

8 Lääkkeelliset kivunlievitysmenetelmät saattohoitovaiheessa

Palliatiivisessa hoidossa sekä saattohoidossa eri lääkkeiden tarpeellisuutta tulee arvioida säännöllisesti (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018). Mikäli potilaalla on jo olemassa oleva säännöllinen kipulääkitys ja kivut on hallinnassa, jatketaan lääkitystä entisellä annoksella tai entistä vastaavalla annoksella tarvittaessa vain toista annostelureittiä käyttäen, kuten ihonalaista kipupumppua käyttäen. Potilas tuntee kipua vaikka hänen tajunnantonsa olisi alentunut. Potilaan ollessa tajuissaan, mutta tablettien nieleminen ei enää onnistu, voi pitkävaikutteisen morfiini- tai oksikodonilääkityksen vaihtaa liuosmuotoiseen lyhytvaikutteiseen opioidiin vastaavalla vuorokausiannoksella, joka annetaan aina 4 tunnin välein. Yleensä tämä muutos on riittävä siinä vaiheessa, jos elinaikaa on enää jäljellä noin vuorokausi. Ihonalainen annostelureitti tarjoaa tehokkaan ja hyvän vaihtoehdon siinä vaiheessa kun nieleminen ei enää onnistu. Ihonalaisella lääkeannostelijalla voidaan antaa koko vuorokauden kipulääkitys ja tarvittaessa myös lisäannoksia. Tällöin muut opioidit lopetetaan. (Poukka & Korhonen 2015, 260–261.)

Käypä Hoito-suosituksen (2018) mukaan käytettävissä ei ole muuta tietoa saattohoitopotilaan muusta kivun hoidosta kuin syöpäkivun. Samat periaatteet, jotka koskevat syöpäkivun hoitoa kuitenkin koskevat muunkin kivun hoidossa saattohoitovaiheessa.

Useimmiten lääkitys on syytä aloittaa suoraan vahvalla opioidilla ja liittää mukaan sopiva nonopioidilääke kuten tulehduskipulääke ja mahdollisesti myös neuropaattisen kivun lääke. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) Tulehduskipulääkkeillä on todettu olevan paljon positiivisia vaikutuksia. Mikäli niiden käyttöön ei ole vasta-aiheita, tulisi niitä käyttää enemmän. Erittäin tehokkaita tulehduskipulääkkeet ovat luustoperäisen kivun hoidos-

sa. Ne vähentävät tulehdusta ja hidastavat syöpäsolujen kasvua estämällä niiden tarvitsemaa COX-2-entsyymiä sekä parantavat opioidien tehoa. (Kalso 2013, 98.)

Syöpäkivun hoidossa vahvat opioidit ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Toisena indikaationa opioidien käyttämiseen on parantumattomasti sairaan potilaan hengenahdistus. Kohtalaisen tai lievän kivun hoidossa voidaan harkinnanvaraisesti käyttää heikkoja opioideja. Heikkoihin opioideihin kuuluu tramadoli ja kodeiini. Edellä mainitut heikot opioidit voivat lievittää syöpään liittyvää lievää tai keskivaikeaa kroonista kipua, mutta tutkimusnäyttö asiasta on riittämätöntä. Tämän vuoksi onkin yleensä tarkoituksenmukaista siirtyä käyttämään suoraan vahvoja opioideja. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.)

Yhtenä lääkkeellisenä kivunlievityskkeinona on palliativinen sedaatio, jota on syytä harkita siinä vaiheessa, kun potilaan hallitsemattomiin ja sietämättömiin oireisiin ei ole muuta lievitystä. Palliativisella sedaatiolla tarkoitetaan kuolevan potilaan rauhoittamista lääkkein ja tajunnantason alentamisesta oireiden lievittämiseksi tavalla, jonka potilas ja hänen läheisensä sekä hoitohenkilöstö hyväksyvät. Sedaatio voidaan toteuttaa annostelemalla esimerkiksi midatsolaamia 0,5-5mg/h (ad 20mg/h erityistapauksissa) tai loratsepaamia 0,5mg/h jatkuvana laskimosisäisenä tai ihonalaisena infuusiona. Anestesiologian erikoislääkärin ohjauksessa voidaan antaa propofolia 20-30mg/h laskimoon. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.)

9 Lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät saattohoitovaiheessa

Käypä hoito- suosituksessa keskitytään oireiden lievittämiseen lääkkeellisesti. Lääkkeettömistä menetelmistä ja vuorovaikutuksesta tarvitaan vielä lisää tutkittua tietoa. Kuitenkin ne ovat merkittävä osa kuolevan potilaan hoitoa. (Surakka ym. 2015, 68.)

Termisiin hoitoihin kuuluvat lämpö- ja kylmähoitot. Lämpöhoidoilla on todettu olevan fysiologisia vaikutuksia muun muassa verenkiertoon, aineenvaihduntaan, lihasspasmeihin sekä kiipuun. Lämpö on liike-energiaa, joka kiihdyttää elintoimintoja. Useimmiten lämpöhoitoja käytetään tuki- ja liikuntaelinsairauksien kipuhoidoina. Pintalämpöhoitoja voidaan toteuttaa esimerkiksi lämpöpakkauksilla tai kuumavesipullolla noin 10-20minuuttia kerrallaan, jolloin ehkäistään ihoärsytys. Kylmähoitoilla fysiologiset vaikutukset ovat päinvastaiset kuin lämpöhoidon, jolloin verisuonet supistuvat, aineenvaihdunta ja turvotuksen muodostus hidastuvat. Kylmähoitoja käytetään useimmiten pehmytkudosvammojen sekä nivelsairauksien hoidossa. Kylmähoitoa annetaan paikallisesti 5-15 minuuttia kerrallaan useita kertoja päivässä esimerkiksi jääpakkauksien tai kylmägeelien avulla. (Arokoski, Heinonen & Ylinen 2015, 393–394.) Termisillä hoidoilla on myös vasta-aiheita kuten teoriassa mainitaan, mutta niitä voidaan myös hyödyntää saattohoitopotilaan kivun hoidossa, mikäli niiden käyttöä ei mikään estä.

Asentohoidolla pystytään helpottamaan potilaan hengitystyötä ja ehkäisemään painehaavojen syntymistä. Vuodepotilaan asentoa olisi hyvä vaihdella. Puoli-istuva kohoasento ehkäisee keuhkokuumeen kehittymistä keventämällä potilaan hengitystyötä ja samalla se estää vatsan elimiä painamasta keuhkoja ja vähentää mahansisällön henkeenvetämistä. Säännöllinen vuodepotilaan asentohoito parantaa liman irtoamista keuhkoista, hapen kulku keuhkoissa paranee ja kudosten hapensaanti helpottuu. Asentohoito edistää myös potilaan verenkiertoa. Selällään vaakatasossa makaaminen ei hengitystyön helpottumisen näkökulmasta ole paras mahdollinen asento. Selällään maataessa rintakehä ei pääse vapaasti laajenemaan ja vatsan alue painaa palleaa ja keuhkoja. Kylkiasento on tajuttomalle ja itsehengittävälle potilaalle paras ja turvallisin vaihtoehto. Kylkiasennossa potilaan hengitystiet pysyvät avoimena ja aspiraation vaara on pienempi. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 328–329.)

”Olemisemme on fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista.” Myös kuolemisessa ovat nämä kaikki tasot esillä. Elimellisiä oireita hoidettaessa olisi hyvä hahmottaa aistien merkitys kärsimyksen, pahanolon kuin myös mielihyvän ja rauhoittumisen kannalta. Ihon merkitys aistivana elimenä on tärkeä tunnistaa. Siinä vaiheessa kun sanat eivät enää puhuttele tai kosketa, aistii keho kuitenkin koskettamisen. Kehollisen vuorovaikutuksen ja lempeän kosketuksen merkitys korostuu etenkin huonokuntoisilla potilailla, joiden tajunnantaso on jo alentunut eivätkä he kykene ilmaisemaan olemistaan sanallisesti. (Idman 2013, 143–145)

Kuoleva potilas kokee useimmiten kuolemanpelkoa ja tämän vuoksi hoitotyöhön tulee sisältyä myös hengellinen tai henkinen tukeminen. Tällaisia hengellisiä ja henkisiä tukemisen muotoja ovat muun muassa läsnäolo, kuuntelu, hyväksyvä suhtautuminen ja toivon ylläpitäminen. Uskonnollisia tarpeita olisi myös kuunneltava ja järjestettävä tarpeen mukaan potilaalle tapaaminen sairaalapastorin kanssa. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 448–449.) Potilaan henkisiä tarpeita, voidaan huomioida vuorovaikutuksen, kuuntelun ja ohjauksen avulla. Psyykkisen oirehoidon kulmakivinä nähdään oireilun ehkäisy, varhainen tunnistaminen, vaikeusasteen arviointi sekä asianmukainen hoito. Ehkäistäessä ahdistusta ja masennusta keskeistä on aktiiviseen kuunteluun perustuva vuorovaikutus sekä hyvä potilasohjaus. Psyykkisiä oireita hoidetaan kysymällä, kuuntelemalla ja keskustelemalla potilaan kanssa. Kysymällä potilaalta osoitetaan mielenkiintoa ja voidaan nostattaa esille asioita, jotka vaivaavat potilaan mieltä. Täten saadaan aikaiseksi keskustelu, jonka avulla on mahdollista ehkäistä ja hoitaa potilaan psyykkistä kärsimystä. (Idman 2015, 219–220.)

10 Potilaan ja omaisten osallisuus kivunhoidossa

Potilaita ja omaisia on mahdollista osallistaa hoitoon vaikuttavalla ja laadukkaalla ohjauksella. Lääkehoidon ohjaus on yksilöllistä ja saa alkunsa potilaan ja hänen omaistensa tarpeista. Onnistunut ohjaus perustuu sairaanhoitajan kommunikointikykyyn ja taitoon ohjata potilasta sekä farmakologiseen tietoperustaan. Taitavalta ohjaajalta edellytetään, että hän tukee poti-

laan lääkehoitoon sitoutumista ja arvioi potilaan ja hänen omaistensa voimavaroja. Ohjauksen tavoitteena on lääkkeiden turvallinen, oikea ja tarkoituksenmukainen käyttö. Potilaalla on mahdollisuus osallistua lääkehoidon eri vaiheisiin, jotka ovat suunnittelu, toteutus ja arviointi. Erityisen tärkeänä nähdään, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön. Ohjaus on aina sidoksissa psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja kognitiivisiin tekijöihin. (Heikkinen 2013, 111–113.) Lääkehoitoa ohjattaessa potilaalle annetaan useimmiten kirjallinen ohje, joka auttaa potilasta muistamaan keskeiset asiat hänen lääkehoidossaan. Useimmat ohjeet ovat yleisohjeita, jotka on kirjoitettu keskivertopotilaalle ja niitä on mahdollista täydentää potilaan yksilölliset tarpeet huomioimalla. Kirjallinen materiaali toimii suullisten ohjeiden tukena. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 160.)

Lääkehoidon sitoutumisella tarkoitetaan, että potilas itse osallistuisi aktiivisesti hoidon suunnitteluun (päätöksentekoon), toteutukseen ja arviointiin. Keskeisenä merkityksenä korostuu lääkehoidon ohjauksen merkitys hoitoon sitoutumisen edistämässä. Ohjausta tulisi tarjota riittävästi ja kaikissa hoidon vaiheissa. Erityisesti ohjausta olisi hyvä tarjota ennen hoitoon tuloa, jotta potilaille jäisi aikaa pohtia vaihtoehtojaan. Omaisilla on myös keskeinen rooli ja olisi tärkeää tarjota myös heille tietoa hoidon eri vaiheissa. (Heikkinen 2013, 116–117.)

Kuitunen (2017) on tehnyt tutkimuksen kuolevan potilaan läheisten toimijuuden toteutumisen ta. Kuolevan potilaan omaisten päämäärät vaikuttivat lähtevän potilaan olotilan parantamisesta ja hänen toiveidensa toteuttamisesta toteaa Kuitunen (2017, 72) tutkielmassaan. Tutkimusaineisto on kerätty 56 omaisen kirjallisesta kertomuksesta. Kertomukset kerättiin avoimella kirjoituspyynnöllä keväällä 2015 osana ”Kuolevan hyvä hoito–yhteinen vastuumme” hanketta. Tutkimustuloksista käy ilmi, että omaiset osallistuivat aktiivisesti lääkehoidon toteutukseen ja arviointiin. Lisäksi heillä oli mielipiteitä hoitolinjauksia kohtaan ja he etsivät ja jakoivat tietoa. Omaiset raportoivat läheisensä voinnista samalla vointia arvioiden ja vaativat tarvittaessa lisää kipulääkettä. Omaisten osallistaminen hoitoon huomioiden hoitolinjaukset ja omaisten asiantuntijuuden näkeminen hoitohenkilöstön puolelta osoittautui omaisten kertomuksissa oleelliseksi osaksi onnistunutta saattohoitoa. (Kuitunen 2017, 72–73.)

11 Opinnäytetyön toteutus

Kehittämisprosessi muodostuu erilaisista tehtäväkokonaisuuksista, joihin kuuluu perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi. Kehittäminen edellyttää perusteluja siihen miksi ja mitä kehitetään ja toisekseen toiminnan organisointia eli kuka tekee ja milläkin resursseilla. Kolmantena kohtena on itse kehittämistyö, jonka jälkeen työtä arvioidaan. Viimeisimpänä aihealueena kehittämistyössä on uusien palveluiden ja tuotteiden levittäminen. Toiminnan perustelussa on olennaista vastata kysymykseen: miksi jotakin pitää kehittää nyt? Kun lähtökohdat on perusteltu on helpompi organisoida, toteuttaa ja arvioida kehittämistyötä.

Perusteluvaiheessa toiminnalle asetetaan tavoitteet, sillä organisointivaihe perustuu tavoitteennasettelun hyväksyntään ja virallistamiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 56–58.)

Organisoinnilla tarkoitetaan käytännön toteutuksen suunnittelua ja valmistelua. Kehittämistoiminnan organisointivaiheessa määritellään toimijat, jotka lähtevät viemään kehittämistoimintaa eteenpäin. Keskeiset toimijat voivat muodostaa työryhmän ja useimmiten isommissa hankkeissa on mukana erillinen koordinaattori. Toteutusvaiheessa kehittämistoiminta muodostuu erilaisista ideoista, toiminnan priorisoinnista, kokeiluista sekä mallintamisesta. Ideointi on useimmiten läsnä jo perustelu- ja organisointivaiheessa, mutta siihen voi palata vielä toteutusvaiheessa, laajentaa ja tarkastella uusista näkökulmista. Toteutusvaiheessa kysymyksenä korostuu, että miten saavutettuun tavoitteeseen voidaan päästä. Priorisoitaessa toimintaa on otettava huomioon oman työn jäsentäminen ja uusien työtapojen kokeileminen. Useasti toteutus joudutaan kohdentamaan vain tiettyyn kohteeseen työryhmässä, mikä toimii myös toiminnan rajauksena. Toteutusvaihe on konkreettista kehittämistoimintaa, johon liittyy myös pohtiva ja analysoiva taso. (Toikko & Rantanen 2009, 58–60.)

Arviointivaihe on yksikertaisimmillaan vastaamista kysymykseen; saavutettiin toiminnalla haluttu tarkoitus? Arviointiedolla pyritään osoittamaan tietoa kehitetyn asian hyvydestä ja toimijuudesta. Yhtenä tehtävänä kehittämistoiminnan arvioinnissa on suunnata kehittämistoiminnan prosessia. Arviointivaihetta voitaisiin kutsua eräänlaiseksi solmukohdaksi, jossa kehittämisen perustelua, organisointia ja toteutusta puntaroidaan. Tämankaltainen prosessiarviointi voi tuoda näkyviin sen, että toiminnan tavoitteet ja keskeiset toimintatavat voivat muuttua toiminnan kuluessa. Tulosten levittämisestä voidaan käyttää myös nimitystä juurruttaminen ja valtavirstaistaminen. Tulosten levittäminen voi vaatia ihan oman prosessinsa. Tuotteistamisen avulla voidaan edistää tulosten levittämistä. Tuotteistaminen voi tarkoittaa esimerkiksi kehitettävän työmenetelmän mallintamista, joka edistää kehitetyn asian ymmärtämistä ja täten levittämistä (Toikko & Rantanen 2009, 61–62.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan saattohoitovaiheen kotona toteutettavan kivun hoidon nykytilaa. Nykytilan kuvaus tullaan tekemään hyödyntäen erilaisia menetelmiä. Tässä opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytetään teemahaastattelua ryhmässä. Hirsniemen, Remeksen ja Sajavaaran mukaan (2009, 205) mukaan tiedonkeruumenetelmän valinnan tulee olla perusteltua. Opinnäytetyön tekijä valitsi teemahaastattelun ryhmässä selvittääkseen ja syventääkseen tietoa kotisairaalan kivunhoidon nykytilasta.

Tämä opinnäytetyö on muodoltaan toiminnallinen ja tuotetaan laadullisen tutkimusmenetelmän eli teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu tullaan toteuttamaan ryhmässä, jolloin haastattelun tarkoituksena on käydä läpi yhtä teemaa, mutta vastaajia on useampia. Teemahaastattelun tarkoituksena tässä opinnäytetyössä on selvittää Etelän kotisairaalan käyttämät

kivunhoidon käytänteet saattohoitopotilaan hoidossa. Teemahaastattelu tulee toimimaan opinnäytetyön nykytilan kuvauksen työvälineenä. Useampi vastaaja mahdollistaa laajemman ja monipuolisen näkökulman siitä, miten työntekijät kokevat kotona toteutettavan kivunhoidon ja miten he kehittäisivät sitä parempaan suuntaan. Opinnäytetyön tehtävinä on tuottaa nykytilan kuvaus kotisairaalan vallitsevista kivunhoidon käytänteistä sekä potilaita ja omaisia palvelemaan esite, joka kuvailee saattohoitovaiheen kivunhoidon nykytilaa.

Työelämän tutkimusavusteisissa kehittämishankkeissa, joissa tavoitteena voi olla käsitteiden, toimintatapojen, yhteisen kielen ja keskustelun luominen sekä ymmärtäminen, olisi mielekäs-tä kokeilla tutkimusaineiston keräämisen keinona ryhmähaastattelua (Vilkkä 2015, 125). Ryhmähaastattelussa saadaan tietoa ilmiöstä mikäli jäsenet ovat olleet ilmiön kanssa tekemisissä, mutta tietoon sekoittuu ryhmän vaikutus. Ryhmähaastattelu kertoo miten ilmiötä käsitellään ryhmässä. (Kananen 2014, 92.)

11.1 Opinnäytetyön toimintaympäristön kuvaus

Helsingin kaupungilla on yhteensä neljä kotisairaala, jotka on jaettu aluettain. Helsingissä toimii Etelän kotisairaala, Lännen kotisairaala, Pohjoisen kotisairaala sekä Idän kotisairaala. Kotisairaalassa vuorossa on 3-5 hoitajaa, yöllä kotihoito. Jokaisella alueella on osaston lääkäri sekä erikoistuva lääkäri. Lisäksi käytössä on nimetty sosiaalityöntekijä sekä fysioterapeutti. Kotisairaalan potilaat saavat hälytettäessä apua 30 minuutin sisällä hälytyksen teosta. Kotisairaallalla on mahdollisuus siirtää asiakas tarvittaessa suoraan kaupunginsairaalaan. Potilaat tulevat kotisairaalan potilaiksi aina lääkärin läheteellä. Tässä vaiheessa diagnoosi ja hoitolinjaukset ovat jo tiedossa. Perushoitoa tarvitseville potilaille otetaan kotihoito mukaan toteuttamaan perushoitoa. Palliatiiviset potilaat jaotellaan ei-kiireellisiin, kiireellisiin ja heti hoidettaviin potilasryhmiin. Luokittelun avulla soitetaan potilaalle ja sovitaan kartoituskäynti. Kotisairaalan toiminnasta 50% koostuu palliatiivisten potilaiden hoidosta. (Poukka 2018.)

11.2 Opinnäytetyön aineiston keruu

Aineiston keruu aloitettiin kokoamalla opinnäytetyön teoriaosuutta, jossa oli hyödynnetty kirjallisuutta, sähköisiä lähteitä ja tutkimuksia. Aineiston keräys toteutettiin teemahaastattelun avulla, mikä on toiminut kvalitatiivisen tutkimuksen päämenetelmänä (Hirsniemi, Remes, Sajavaara 2009, 205). Haastattelun tarkoituksena oli selvittää kotisairaalassa toteutettavan saattohoitopotilaan kivun hoidon käytänteet nykytilan kuvausta varten. Haastattelu toteutettiin keskiviikkona 2.5.2018 Etelän kotisairaalan tiloissa. Ennen haastattelua opinnäytetyön tekijä oli sopinut haastatteluajan kotisairaalan osastonhoitajan kanssa, joka oli suunnitellut haastatteluajan työntekijöiden työajalle. Osastonhoitaja tiedotti työntekijöitä mahdollisuudesta osallistua haastatteluun. Haasteltavia oli kolme kotisairaalan sairaanhoitajaa ja heitä haasteltiin samaan aikaan. Haastateltavat istuivat rivissä ja tunnistetietojen vuoksi haastatel-

tavat aakkostettiin, joista ensimmäinen haastateltavista oli henkilö A, toinen rivissä oli henkilö B ja kolmas rivissä henkilö C. Haastattelutila oli pieni työhuone. Ennen haastattelun toteutumista opinnäytetyön tekijä valmisteli huoneen asettelemalla videointia varten tarvittavat välineet. Huoneessa olevat tuolit järjestettiin riviin. Huoneessa oli valmiiksi pieni kahvipöytä ja opinnäytetyön tekijä haki käytävältä yhden ylimääräisen penkin ja asetti penkin pöydän päälle. Videokamera asetettiin penkin päälle, joka mahdollisti optimaalisen kuvakulman. Videokameran toimivuus testattiin lyhyellä kuvausotolla, jossa myös varmistettiin kaikkien haastateltavien näkyvyys kuvassa. Ennen haastattelun alkua opinnäytetyön tekijä kertoi haastateltaville mistä haastattelussa on kyse. Samassa asiayhteydessä mainittiin, että haastattelu videoidaan ja videonauha tuhotaan haastattelun analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyön tekijä kertoi haastatteluun osallistumisen olevan vapaaehtoista ja työntekijöiden anonymiteetin säilyvän. Opinnäytetyöprosessin aikana eikä sen jälkeen julkaista haastatteluun osallistuneiden nimiä. Haastateltaville ei jaettu kirjallista materiaalia haastattelun tueksi. Päätös olla antamatta kirjallista materiaalia oli perusteltu siten, että haastattelutilanne sujuisi luontevammin ilman valmiiksi jaettua materiaalia. Tästä syystä johtuen opinnäytetyön tekijä on avannut verbaalisesti keskusteltavat teemat haastateltaville. Haastattelussa oli kolme teemaa; saattohoitopotilaan lääkkeellinen kivunhoito kotona, lääkkeetön kivunhoito kotona ja konkreettiset kehittämisehdotukset kivunhoidon parantamiseksi kotiolosuhteissa. Teemoihin liittyen oli suunniteltu apukysymyksiä, joita hyödyntäen syntynyt keskustelu oli luontevaa ja melko aukotonta.

Hirsjärvi ja Hurme (2008) toteavat teoksessaan, että monet kirjoittajista vertaavat haastattelua keskusteluun. Tämän vuoksi yksinkertaisinta on nimetä haastattelu keskusteluksi, jolla on valmiiksi päätetty tarkoitus. Yksi olennainen asia kuitenkin erottaa haastattelun keskustelusta: haastattelu tähtää informaation keräämiseen ja se on suunniteltu ennalta, kun taas keskustelulla voi olla pelkkä yhdessäolofunktio. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42.) Yksi yleisimmin käytetty tutkimushaastattelun muoto on teemahaastattelu, joka toiselta nimitykseltään on puolistrukturoitu haastattelu. Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset teemat tai aiheet, jotta pystytään käsittelemään ja vastaamaan itse tutkimusongelmaan. Teemahaastattelussa tavoitteena on, että vastaaja antaa kaikista teemoista oman kuvauksensa ja, että ne on käsitelty vastaajan kannalta luontevassa järjestyksessä. (Vilkkä 2015, 124.)

Teemahaastattelu sopi opinnäytetyön aineiston keruumenetelmäksi, sillä tässä puolistrukturoidussa menetelmässä keskustelu kohdentuu tiettyihin teemoihin. Oleellisinta tässä haastattelumuodossa on haastattelun eteneminen tiettyjen teemojen varassa sen sijaan, että käytettäisiin yksityiskohtaisia kysymyksiä. Hirsjärvi ja Hurme (2008) toteavat myös, että ryhmähaastattelua voidaan pitää keskusteluna, jonka tavoite on verraten vapaamuotoinen. Haastattelijan on huolehdittava, että myös ryhmähaastattelussa keskustelu pysyy valituissa teemoissa. Teemahaastattelu ryhmässä oli tiedonsaamisen kannalta oleellinen asia. Ryhmähaastattelulla

on nimittäin erityinen merkitys siinä vaiheessa, kun halutaan selvittää henkilöiden yhteinen kanta johonki ajankohtaiseen kysymykseen. (Hirsjärvi & Hurme 2008; 47–48, 61.) Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kotisairaalassa kivunhoidon nykytila. Ryhmähaastattelu tiettyjä teemoja hyödyntäen antoi laajemman kuvan työntekijöiden toteuttamasta kivunhoidosta.

11.3 Opinnäytetyön aineiston käsittely

Aineistoa on mahdollista analysoida monin eri tavoin. Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Laadullinen analyysi valitaan yleensä silloin kun pyritään ymmärtämään käsiteltävää asiaa. Pääperiaatteena voidaan sanoa, että tutkija valitsee sellaisen analyysitavan, joka tuo parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan tai tutkimustehtävään. Tavallisimmat analyysimenetelmät laadullisen aineiston käsittelyyn ovat tyypittely, teemoittelu, sisällöerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. (Hirsjärvi, Hurme & Sajavaara 2009, 224–225.)

Sisällöanalyysia voidaan pitää yksittäisenä metodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Eri nimillä kulkevat analyysimenetelmät kytkeytyvät sisällöanalyysiin, jos sisällöanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen ja nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. Tämä opinnäytetyö oli toiminnallinen ja siinä hyödynnettiin aineiston luokittelua teemojen mukaisesti. Teemoittelu on oikeastaan luokittelun kaltaista, mutta siinä painotetaan, että mistä kussakin teemassa on kyse. Aineisto pilkottiin ja ryhmiteltiin erilaisten teemojen mukaisesti. Teemoittelun ideana on etsiä aineistosta niitä näkemyksiä, jotka kuvaavat tiettyä teemaa. Tämän opinnäytetyön aineistonkeruu toteutettiin teemahaastattelun avulla, mikä teki aineiston pilkkomisesta suhteellisen helppoa. Teemat itsessään muodostivat jäsenyyksen aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91.)

Tässä laadullisessa opinnäytetyössä kuvattiin opinnäytetyön analyysin toteutus. Aineisto käsiteltiin purkamalla haastattelumateriaali. Aineisto olisi syytä lukea useampaan otteeseen ja etsiä vastauksia kysymyksiin: kuka, mikä, miksi, milloin ja missä. Aineistoa lukiessa olisi hyvä kiinnittää huomiota seuraavanlaisiin teemoihin kuten muun muassa olosuhteisiin, prosesseihin ja toimintaan. Laadullisen aineiston käsittely edellyttää monia vaiheita. Aineiston kuvailu on aineiston analyysin perusta. Aineiston kuvailussa pyritään kartoittamaan henkilöiden, kohteiden tai tapahtumien ominaisuuksia ja piirteitä. Aineiston luokittelu taas on olennainen osa analyysia. Haastatteluaineistoa on helpompi tulkita aineiston luokittelun jälkeen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143-147.) Analyysi toteutettiin luokittelemalla aineisto teemojen mukaan.

Aineiston käsittely on aloitettu purkamalla videohaastattelu. Videohaastattelu litteroitiin ja litteroitua tekstiä kertyi 10 sivua fonttikoolla 11, fontilla Calibri ja rivivälillä 1. Litterointi tarkoittaa laadullisen aineiston puhtaaksi kirjoittamista sanasta sanaan (Hirsjärvi, Remes &

Sajavaara 2009, 222). Litteroinnin jälkeen opinnäytetyöntekijä luki aineiston aluksi läpi kahden kertaan. Tämän jälkeen aineisto luokiteltiin kolmen eri teeman mukaisesti eli lääkkeelliseen kivunhoitoon, lääkkeettömään kivunhoitoon ja kehittämisehdotuksiin. Teemat oltiin kirjoitettu litterointivaiheessa auki ja sen vuoksi tulostettu haastattelumateriaali oli helppo jakaa kolmeen eri pinoon. Aineistoa kuvailtiin teemoittain kronologisessa järjestyksessä aloittaen lääkkeellisestä kivunhoidosta kotona. Lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon teemoissa alateemoina toimivat hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Aineiston kuvailu eteni haastattelurunkoa mukaillen, samaa järjestystä noudattaen.

12 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus perustui saattohoitovaiheen kivun hoidon nykytilan kartoitukseen. Kaikki haastateltavat olivat samaa mieltä siitä, että ohjeistukset saattohoitopotilaan lääkehoidosta ovat hyvät ja niitä noudatetaan samalla tavalla. Teoriaosuudessa (Aalto 2013, 31) oltiin mainittu, että saattohoidon toteuttamiseen on paljon välineitä ja osaamista, mutta niitä ei aina osata käyttää tai käytetä tarpeeksi. Tästä johtuen kipu voi olla alihoidettua. Haastatteluun osallistuneet työntekijät todensivat teorian toteutuvan myös käytännössä. Tällä viitataan siihen, että kotihoidon työntekijöillä ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa saattohoitopotilaan kivunhoidosta ja uskallusta lääkitä potilasta, pelätään ylilääkitsemistä. Haastattelussa myös ilmeni, että lääkkeettömän kivunhoidon hoitovastuuta voisi tuoda enemmän kotihoidolta kotisairaalan työntekijöille.

12.1 Nykytilan kuvaus saattohoidon lääkkeellisestä kivunhoidosta kotona

Läikehoidon suunnitteluvaiheessa kotisairaalan hoitaja tekee arviokäynnin ja informoi lääkärille tarvittavat tiedot käynnin jälkeen. Mikäli potilas on elämänsä lopputaipaleella, aloitetaan useimmiten kipupumppu. Kipupumpun aloittamisessa otetaan myös huomioon se, että kykeneekö potilas nielemään, potilaan kunto sekä hänen omat ja omaisten toiveet. Haastattelussa selvisi, että kivun hoidon suhteen lääkehoidon suunnittelussa ei ole mitään kaavaa. Potilailla on aina henkilökohtaiset annokset. Nämä annokset voivat olla riippuvaisia asiakkaan aiemmasta kipulääkityksestä, joka on aiemmin mennyt suun kautta. Lääkehoidon suunnitteluvaiheessa on tärkeintä kuunnella potilasta, jolloin potilas voi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja päästä sillä tavoin vaikuttamaan.

”Sehän suunnitellaan niin et hoitaja käy siellä, tekee oman arvion, kertoo lääkärille ja jos se on semmonen et se on siinä elämän lopputaipaleella ni mahdollisesti aloitetaan kipupumppu. Jos ei sit oikeastaan pysty nielee ja niin.” (A)

”Kyllä se haastattelu tapahtuu aina sen pohjalta, että potilaalta aina kysytään se kipu, kun useimmiten kuitenkin he ovat vielä kyvykkäitä ilmaisemaan, niin vaikka se omainen/puoliso siinä on, jolla ei ole kipuja niin kyllä se vähäpätöisempää ja painoltaan se omaisen näkemys, niin kyllä se potilas on ykkösenä ehdottomasti.”(B)

Lääkehoidon toteutus kotona toteutettavassa saattohoidossa on riippuvainen monesta eri tekijästä. Mikäli potilas pystyy vielä nielemään ja vointi sen sallii, on kipulääkitys mahdollista ottaa suun kautta. Kotisairaala tekee yhteistyötä kotihoidon kanssa, joten on tärkeä selvittää, että kuka huolehtii siitä, että potilas saa lääkkeensä, silloin on kyse on suun kautta otettavasta lääkityksestä. Tällöin kotihoito, omainen tai potilas itse huolehtii lääkityksestään, mutta kotisairaala huolehtii lääkkeiden titrauksesta. Omaisat ja potilas ovat myös aktiivisesti hoidossa mukana. Potilaan ollessa vielä voimissaan ja liikkuvainen on hänellä käytössään kantolaukku, jossa kipupumppu on. Omainen voi tällöin itse antaa lisäannoksen kipupumppua käyttämällä. Potilaan ollessa vuodepotilas ja hän ei ole enää kykeväinen antamaan lisäannoksia eli bolustamaan, voi omainen tehdä sen hänen puolestaan. Haastateltavat kokivat, että lääkehoidon toteutetaan samalla tavalla eikä käytäntöjen eroavaisuuksia ole. Lääkehoitoa toteutettaessa arvioidaan samalla kipulääkkeiden vastetta. Mikäli potilaan tarvitsee useasti päivän aikana hyödyntää tarvittaessa otettavia kipulääkkeitä, voidaan todeta, että peruskipulääkitys ei ole riittävä ja sitä olisi syytä nostaa. Kotisairaalan hoitajilla on myös mahdollista käyttää hätälääkitystä siinä vaiheessa kun mikään muu ei auta lievittämään kipuja. Tämä hätälääkitys on saatu etukäteen lääkäriltä.

”Periaattees millään näillä syöpäkipupotilaan kipulääkityksessä ei ole mitään ylärajaa, et sitä annetaan kunnes se kipu on poissa ja sitte katotaan mitä pitää lisätä ja täytyykö tehdä muutoksia ja näin.” (C)

Kipulääkkeiden vaikuttavuutta arvioidaan kotisairaalassa yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Omainen voi aina tarvittaessa soittaa kotisairaalaan, jos hänen omaisensa on kovin kivulias ja tällöin kotisairaalan työntekijä voi mennä pistämään ylimääräisen kipulääkkeen lihakseen. Lääkkeiden vaikuttavuuden arvioinnissa hoitaja arvioi, että auttaako kipulääke kipuun ja, jos näin ei ole toistetaan annoksen antaminen noin 10–15 minuutin päästä ensimmäisestä annoksesta.

”Kyl siin on sellaset tietyt särmit et, jos sä annat kipulääkettä, vaikka meet pistää morfiinia, on kivulias tai hengenahdistus ni sä voit toistaa sen. Yleensä noi lääkärit tai ne onkin lääkärin tekemiä määräyksiä ni sä voit tavallaan toistaa sen, 15 minuutin päästä tai 10 riippuen siit tilanteest.” (A)

Lääkkeellinen kivunhoito suunniteltiin yhteistyössä potilaan, omaisten ja lääkärin kanssa. Sitä toteutettiin samalla tavalla yhteisten ohjeistuksien mukaisesti. Lääkkeellistä kivunhoitoa arvioitiin toteutuksen yhteydessä. Lääkkeellisen kivunhoidon arviointiin osallistui kotisairaalan työntekijät, mutta myös potilaiden ja omaisten näkemyksiä kuunneltiin ja huomioitiin arviointivaiheessa.

12.2 Nykytilan kuvaus saattohoidon lääkkeettömästä kivunhoidosta kotona

Lääkkeettömässä kivunhoidossa käytettävät menetelmät suunnitellaan ja merkitään hoitosuunnitelmaan mikäli niitä käytetään. Useimmat lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät eivät päde syöpäkipupotilaan hoidossa paitsi ehkä asentohoito. Huomioon pitää ottaa myös, että jotkut potilaista ovat niin kivuliaita, että kääntäminen ei onnistu, sillä se tuottaa vain enemmän kipua. Asentohoidossa on huomioitava myös mahdolliset painehaavat, jotka voivat myös lisätä kipua. **Lääkkeetöntä kivunhoitoa toteuttaa** enemmän kunnallinen kotihoito. Kotihoito huolehtii pääsääntöisesti asennonvaihoista ja muiden lääkkeettömien hoitomenetelmien toteuttamisesta. **Lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien vaikuttavuutta arvioidaan** kotisairaalan toimesta mikäli ne ovat suunniteltu potilaan hoitosuunnitelmassa ja he ovat itse niitä käyttäneet.

”Kyllä ainakin nyt minä näen et meidän puolelta ni kyllähän se omaisen/potilas ni on sellainen symbioosi, et ei käynnillä ainakaan mun mielestä voi edes mennä ajattelematta et se omaisen on siinä vähän sivuseikka, vaan kyllähän ne on siinä yhteinen kokonaisuus.” (B)

”Ne käynnit on useimmiten et saattaa olla et meillä oo mitään muuta tekemistä ku mennään vaan seuraa tilannetta ja omaisen, miten omaisen pärjää. Meilähän on siis ihan mahdollisuus tai siis joskus ehdotetaan sitä sellaista vapaaehtoistyöntekijää et omaisen pääsee vaikka ulos välillä, jos tilanne sillee et voi kestää vielä ennenku loppu tulee.” (C)

Lääkkeetön kivunhoito oli ilmeisen vähän kotisairaalan työntekijöiden käytössä. Asentohoidoista ja mahdollisista muista lääkkeettömistä keinoista vastasivat muut toimijat. Potilaiden ja omaisten tukeminen, kuunteleminen ja läsnäolo kuuluivat kotisairaalan työntekijöiden käyntien yhteyteen. Kaikki haastateltavista olivat samaa mieltä, että omaisten huomiointi kuuluu käyntien yhteyteen. Kehittämisehdotuksena tuli, että kotihoidon ja kotisairaalan yhteistyötä ja ohjeistusta yhteistyöhön voisi parantaa. Perusteluna ehdotukselle toimi, että kotihoidon työntekijät näkevät saattohoidossa olevaa potilasta useammin ja täten tietävät paremmin hänen vointinsa ja kipujen tilanteen.

12.3 Kehittämisehdotukset kivunhoidon edistämiseksi

Kivunhoidon todettiin toteutuvan laadukkaasti. Yhtenä ongelmakohtana nähtiin toiminnan jakautumisen aiheuttamat vaikeudet. Toiminta on pilkottu ja palliatiiviselta puolelta saattaa tulla nopeastikin uusi potilas kotisairaallalle esimerkiksi viikonloppua vasten. Palliatiiviselta puolelta tulee lääkemäärät ja ohjeistukset, joiden mukaisesti kotisairaala toteuttaa hoitoa. Ongelmaksi kuitenkin muodustuu se, että jotkut tulevat liian aikaisin kotisairaalan potilaiksi ja jotkut liian myöhään. Varsinkin potilaan siirtyessä liian myöhään kotisairaalan potilaaksi ei välttämättä ehditä ajoissa löytämään oikeaa kivunlievitystä. Monesti on käynyt niin, että potilas siirtyy liian myöhään ja kotisairaalassa aloitetaan kipupumppu, joka tulee omaiselle täytenä shokkina.

”Mut tosiaan se on se, että kumpi on sit parempi, olla kivulias tai sitte kivuton. Et se on niin vaikee, mut se tulee omaiselle ihan täytenä shokkina. Koska jos se kivunlievitys ja hoito alkaa vähän liian myöhään, ni se on päässy päälle jo se kipu ennen ku se kipupumppu laitetaan ni sit siin käy monesti niin et sitte ne oo enää kontaktis samal lailla ku ne oli vaikka puol vuorokautta aikaisemmin.” (A)

Potilaan ja omaisten informointi kotisairaalan tarjoamista kivunhoito mahdollisuuksista kerrottiin potilaille ja omaisille jo palliatiivisella puolella. Yksi haastateltavista tarkensi, että informaatio elämän loppuvaiheen hoitoon liittyen tarjotaan sen mukaan, kuinka paljon potilas ja omaiset pystyvät sitä ottamaan vastaan. Informaation antaminen vaatii tietynlaista ihmistuntemusta; miten sen antaa potilaille ja omaisille sekä missä vaiheessa.

”Kyllä nää yleensä siellä palliatiivisella puolella käydään läpi. Sekin että miten paljon potilas ja potilaan omaiset pystyy ottamaan vastaan. Et mitenkä paljon he ovat hyväksyneet tilansa ja tietoisuuden loppuvaiheesta. Ja joittenkin kipulääkkeiden aloittaminen ja ottaminen niinku miten me ohjeistetaan, voi olla aika vaikeeta et siin voi mennä tovi, ettei kannata ottaa ku ei ne auta.” (C)

Kotisairaala tekee yhteistyötä kotihoidon kanssa, mutta ajoittain myös Terhokodin kotisairaanhoidon kanssa. Terhokodin kotisairaanhoidon käynnit ovat yleensä nuoremmille ja perheellisille henkilöille suunnattu ja he käyvät antamassa lähinnä henkistä ja kokonaisvaltaista tukea koko perheelle. Näissä tapauksissa kotisairaala toteuttaa kivunhoidon ja Terhokodin hoitohenkilöstö käy huolehtimassa psyykkisestä jaksamisesta. Ajoittain tämänkaltaiset tilanteet aiheuttavat vaikeuksia, sillä aina ei ole selkeää, että kuka hoitaa ja mitä hoitaa. Kehittämisen kohteena nähtiin siis eri organisaatioiden toiminnan selkeyttäminen. Tämä koskee niin kotisairaalan ja kotihoidon yhteistyötä kuin myös kotisairaalan ja Terhokodin yhteistyötä.

”Elikkä siis Terhokodin kotihoito toimii näin et ne menee sinne et niinku tukemaan ihmisiä tässä tilanteessa. Ne juurikaan niinku lääkitse. Mut niiden lääkäri on innokas muuttaa lääkkeitä kokoajan, ne kertoo sitte meille ja meidän pitäis se toteuttaa.”(C)

13 Opinnäytetyön arviointi

Työ oltiin rajattu pelkästään saattohoidon kivunhoitoon ja opinnäytetyön tekijän mielestä rajaus pysyi hyvin. Aikataulun suhteen opinnäytetyössä oli ajoittain vaikeuksia. Opinnäytetyön tekijä näki vaikeudet myös mahdollisuuksina ja kaikkien muutoksien jälkeen työ on kokonaisuudessaan selkeä ja tiivistetty. Opinnäytetyön tekijä valitsi aiheen kokiessaan sen mielenkiintoiseksi ja antoisaksi. Lisäksi mainittakoon, että opinnäytetyön tekijä oli aiemmin tehnyt ammattikoulussa saattohoitoaiheisen opinnäytetyön ja koki haluavansa syventää tietojaan. Opinnäytetyössä on hyödynnetty kirjallisuuden lisäksi muutamia tutkimuksia, jotka lisäävät luotettavuutta. Tämän opinnäytetyön luottamuksellisuuteen ei opinnäytetyön tekijän mielestä vaikuttanut aikataulun viivästyminen. Haastattelun jälkeen opinnäytetyön tulosten tarkasteluun jäi vielä hyvin aikaa. Työn luottamuksellisuutta olisi voinut lisätä toisen samanlaisen haastattelun tekeminen eri alueelle, jolloin tieto olisi ollut informatiivisempaa. Toki siinä vaiheessa myös opinnäytetyö olisi muuttunut kokonaisuudessaan enemmän vertailututkimukseksi. Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää opinnäytetyön tekijän kokemattomuus tutkimuksen tekemisessä ja se voi lisätä riskiä virhetulkinnoille. Eettisyys opinnäytetyössä on huomioitu siten, että opinnäytetyön tekijä on huomioinut anonymiteetin työn eri vaiheissa. Haastatteluvaiheessa osallistuneille kerrottiin työn perimmäinen tarkoitus ja, että osallistuminen on vapaaehtoista ja haastatteluun osallistuneiden työntekijöiden henkilöllisyys pysyy salassa. Samassa yhteydessä tiedotettiin haastattelumateriaalin oikeaoppisesta tuhoamisesta haastattelun tuloksien analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyön prosessin sujuvuutta vaikeuttivat jonkin verran tutkimusluvan viivästyminen sekä haastattelun toteutuminen huomattavasti myöhäisemmässä vaiheessa.

14 Opinnäytetyön yhteistyön arviointi

Tilaa opinnäytetyölle löytyi tammikuussa 2018 Pohjoisen kotisairaalaan laitetun sähköpostiviestin välityksen kautta. Helsingin pohjoisen alueen kotisairaala todensi työn tarpeellisuuden ja heidän ehdotuksensa kautta tuli Etelän kotisairaalaasta yhteistyökumppani tälle opinnäytetyölle. Yhteistyöhenkilöksi opinnäytetyölle ryhtyi Etelän kotisairaalan apulaisosastonhoitaja. Yhteistyö opinnäytetyön tekijän ja yhteistyöhenkilön kanssa toimi enimmäkseen sähköpostin kautta sisältäen myös yhden tapaamisen. Tämän tapaamisen funktiona oli tarkentaa työn tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä yhteistyössä yhteishenkilön kanssa. Opinnäytetyön tekijä laitto kuukausittain sähköpostiviestiä yhteishenkilölleen ja informoi opinnäytetyön etenemisestä. Teemahaastattelu ryhmässä—haastattelupäivä sovittiin osastonhoitajan kanssa sähköpostin

välityksen kautta. Opinnäytetyön tekijä tapasi haastattelupäivänä kolme kotisairaalan sairaanhoitajaa, jotka osallistuivat mielellään haastatteluun. Opinnäytetyön tekijä laittoi sähköpostin välityksellä Etelän kotisairaalaan valmistuneen opinnäytetyön, jossa liitteenä on myös tuotettu esite. Yhteistyö oli antoisaa ja Etelän kotisairaala tuki opinnäytetyön tekijää antamalla kehittämisehdotuksia ja osoittamalla mielenkiintoa tätä opinnäytetyötä kohtaan.

15 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Opinnäytetyön tekijän mielestä opinnäytetyön prosessi kokonaisuutena oli mielekäs ja opettavainen. Prosessi sai alkunsa opinnäytetyön tekijän mielenkiinnosta aihetta kohtaan ja tilaajan tarpeesta. Toisekseen saattohoito on ollut lähivuosina keskustelun aiheena. Julkisuudessa on ollut paljon keskustelua eutanasiasta ja sen hyväksymisestä vastakohtanaan saattohoidon kehittämistyöhön keskittyminen. Seuraavassa vaiheessa prosessia opinnäytetyön aloitti organisointivaiheen. Organisoinnilla tarkoitetaan kehittämistyön suunnittelua ja valmistelua (Toikko & Rantanen 2009, 58). Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa opinnäytetyön tekijä oli suunnitellut kokoavansa opinnäytetyön teoriapohjan valmiiksi. Tämän teorian pohjalta opinnäytetyön tekijä oli orientoitunut toteutettavaan teemahaastatteluun paremmin. Teemahaastattelun toteuttamista varten opinnäytetyön tekijä tapasi yhteyshenkilönsä ja tämän tapaamisen funktiona oli sopia teemahaastattelua varten tarvittavat resurssit. Tapaamisen yhteydessä sovittiin, että haastateltavien määräksi 4–6 työntekijää ja, että haastattelu pidettäisiin Etelän kotisairaalan toimitiloissa. Teemahaastattelurunko suunniteltiin vastaamaan kysymyksiin, joiden avulla nykytilan kartoittaminen oli mahdollista. Toteuttamisvaiheessa opinnäytetyön tekijä muokkasi vielä valmiiksi tehtyä haastattelurunkoa. Haastattelu pidettiin 2.5.2018 Etelän kotisairaalan tiloissa ja kesti noin 45 minuuttia. Haastattelutila oli melko pieni, joka loi omat haasteensa haastattelutilanteen videoinnille. Haastattelutilanteen jälkeen opinnäytetyön tekijä litteroi haastattelumateriaalin sanasta sanaan kolmen päivän sisällä. Opinnäytetyön tulokset analysoitiin luokittelemalla haastattelumateriaali teemoittain. Konkreettisesti tämä tarkoitti materiaalin jakamista lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon sekä konkreettisten kehittämisehdotusten teemojen mukaisesti. Lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon käsittelyssä oli huomioitu myös alateemat, jotka olivat hoidon suunnittelu, toteutus sekä arviointi.

16 Helsingin kotisairaaloille tuotetun esitteen arviointi

Esitteen tarkoituksena oli informoida lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon nykytilanne Helsingin kotisairaaloissa. Opinnäytetyön tekijä oli kerännyt nykytilan kuvaukseen käytetyn tiedon teemahaastattelun avulla. Tämän tiedon opinnäytetyön tekijä pyrki kirjoittamaan selkeästi ja ytimekkäästi esitteeseen, joka oli kohdennettu potilaille. Tekstin suunnittelu parantaa tekstin sisältöä ja kirjoitettaessa on pidettävä mielessään tavoite, johon kirjoittaja on pyrkimässä (Honkala, Kortetjärvi-Nurmi, Rosenström & Siira-Jokinen 2010, 24-25). Esitteessä

oltiin hyödynnetty mind map- tekniikkaa, joka auttoi tekstin suunnittelussa. Esitteen luotettavuutta voitiin arvioida käytetyn tiedon perusteella. Esite rakennettiin tutkittuun tietoon perustuen sekä teemahaastattelun antia hyödyntäen. Esitteeseen oltiin lyhyesti tiivistetty tämän opinnäytetyön sisältö.

Lähteet

Painetut lähteet

Arokoski, J., Heinonen, A & Ylinen, J. 2015. Fysioterapian ohjaus- ja terapiakäytännöt. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura. (toim.) Fysiatría. 5., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 390-399.

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

Haanpää, M. 2015. Neuropaattinen kipu ja kivun syytä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 67-69.

Haanpää, M & Pohjolainen, T. 2015. Kivun käsite ja kliininen merkitys. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura. (toim.) Fysiatría. 5., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 49-50.

Haanpää, M & Pohjolainen, T. 2015. Pitkäkestoiseen kipuuun liittyvät psykologiset tekijät. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura. (toim.) Fysiatría. 5., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 54-56.

Hagelberg, N & Heiskanen, T. 2015. Kivun mekanismit ja jaottelu patofysiologisen mekanismin mukaan. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 47-48.

Heikkinen, K. 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa Sulosaari, V., Hahtela, N & Ranta, I (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2013—Sairaanhoitaja & lääkehoito. Keuruu: Otavan kirjapaino, 111—121.

Heiskanen, T. 2015. Opioidien kliininen käyttö. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 62-67.

Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Honkanen, P., Kortetjärvi-Nurmi, S., Rosenström, A. & Siira-Jokinen, S. 2010. Linkki—Työyhteisön viestintä. Helsinki: Edita Prima.

Hänninen, J. 2015. Oireiden esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 32-34.

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 10-11.

Hänninen, J. 2013. Saattohoito tänään. Teoksessa Aalto, K. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja, 25-26.

Hänninen, J. 2015. Total pain -käsite. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 50-51.

Idman, I. 2013. Kuolevan potilaan tynnyttely. Teoksessa Hänninen, J & Luomala, M. Elämän puu. Keuruu: Otava, 143—151.

Idman. I. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Teoksessa Saarto. T., Hänninen. J., Antikainen. R & Vainio. A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 218-223.

Kalso. E. 2013. Kivun lievittäminen parantaa elämän laatua. Teoksessa Hänninen. J & Luomala. M. Elämän puu. Keuruu: Otava, 97-104.

Kananen. J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Poukka. P & Korhonen. T. 2015. Kipulääkitys saattohoidossa. Teoksessa Saarto. T., Hänninen. J., Antikainen. R & Vainio. A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 260-262.

Puokka. P & Manninen. P. 2013. Kotisairaala vie hoidon potilaan luokse. Teoksessa Hänninen. J & Luomala. M. Elämän puu. Keuruu: Otava, 89-94.

Rautava-Nurmi. H., Westergård. A., Henttonen. T., Ojala. M & Vuorinen. S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Surakka. T., Mattila. K-P., Åstedt-Kurki. P., Kylmä. J. & Kaunonen. M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö: Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Fioca.

Toikka. T & Rantanen. T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino.

Vainio. A & Vuorinen. E. 2015. Kivun esiintyvyys palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Saarto. T., Hänninen. J., Antikainen. R & Vainio. A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 45-46.

Vilka. H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Juva: Bookwell.

Sähköiset lähteet

Hyvärinen. J & Pertovaara. A. 2018. Kipuaistin toiminta ja kivun neurofysiologia. Duodecimlehti 97. Viitattu 5.5.2018.

http://duodecimlehti.fi/api/pdf/1981_14_1018-1030

Kuitunen. A. 2017. Tietoa, hoivaa ja tiivistä yhteisöllisyyttä—Tutkimus omaisten toimijuudesta läheisen saattohoidon aikana. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 17.5.2018

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/193621/Kuitunen_Sosiologia.pdf?sequence=2

Käypä hoito. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Duodecim. Viitattu 16.2.2018.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50063>

Poukka. P. 2018. Kotisairaala -Mitä, missä, milloin. Viitattu 19.3.2018.

<https://www.hel.fi/static/sote/vanhusneuvosto/kokoukset/161012-kotisairaala-esittely.pdf>

Saattohoito. 2008. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 10.1.2018.

http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Hyvä saattohoito Suomessa—Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Viitattu 29.3.2018.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aBNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tasmuth. T., Poukka. P. & Pöyhä. R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnanest. Viitattu 29.1.2018. http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf

THL. 2018. Elämän loppuvaiheen hoidon kehittämis- ja tutkimushanke PACE. Viitattu 29.3.2018. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/elaman-loppuvaiheen-tutkimus-ja-kehittamishanke>

Vanhustyön keskusliitto. 2018. Kuolevan hyvä hoito. Viitattu 8.5.2018. http://www.vtkl.fi/fin/kehittaminen_kit/kuolevan_hyva_hoito_saattohoitohanke/

Liitteet

Liite 1: Teemahaastattelu.....	34
Liite 2: Helsingin kotisairaaloiden saattohoitopotilaan kivunhoidon nykytila-esite.....	35
Liite 3: Tutkimuslupa.....	39

Liite 1: Teemahaastattelu

TEEMAHAASTATTELU RYHMÄSSÄ KOTISAIRAALAN TYÖNTEKIJÖILLE

Haastattelijana sh-opiskelija Elina Peltola

Aika ja paikka: 2.5.2018 klo 14-15, Etelän kotisairaala; Lääkärintie 8 00250 Helsinki

Teema 1: Lääkkeellinen kivunhoito saattohoitovaiheessa

- Lääkehoidon suunnittelu
 - Miten lääkehoito suunnitellaan? Onko lääkehoidon suunnittelu- vaiheessa jokin kaava/käytäntö?
- Lääkehoidon toteutus
 - Miten/millä tavoin lääkehoito toteutetaan? Eroaako lääkehoidon toteuttaminen vai toteutetaanko sitä samalla tavalla?
 - Antotavat/antoreitit?
- Lääkehoidon arviointi
 - Miten lääkehoito arvioidaan? Kuka arvioi ja missä vaiheessa? Onko kivunhoidon arvioinnista säädetty jotenkin?

Miten omaiset huomioidaan lääkehoidon eri vaiheissa (suunnittelu, toteutus, arviointi), kun kyse on kivunhoidosta? Otetaanko omaiset mukaan suunnitteluvaiheessa

Miten yhteiset käytännöt näkyvät kivunhoidon eri vaiheissa? Jos joku toimii eri tavalla niin miten asia käsitellään, minkälaisia tunteita asia herättää? Onko käytäntöjen eroavaisuuksilla vaikutusta hoitoon?

Teema 2: Lääkkeetön kivunhoito saattohoitovaiheessa

- Lääkkeettömän kivunhoidon suunnittelu
 - Onko lääkkeettömät keinot suunniteltuja? Merkitäänkö hoito- suunnitelmaan?
- Lääkkeettömän kivunhoidon toteutus
 - Miten toteutatte lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä?
- Lääkkeettömän kivunhoidon arviointi
 - Millä tavoin arvioitte?

Onko käytössä lääkkeettömiä keinoja? Asentohoito, läsnäolo, kylmä-kuumahoidot?

Yhteistyötahojen hyödyntäminen kuten hengellinen hoito, fysioterapeutin arvio?

Miten omaiset huomioidaan kivunhoidossa?

Yhteiset käytänteet?

Teema 3: Kehittämiskohteet

Miten kehittäisitte saattohoitopotilaan kivun lievittämistä kotiolosuhteissa?

Onko potilaille ja omaisille kerrottu minkälaisia lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä kivunlievitys- menetelmiä kotona voi käyttää?

Konkreettiset kehittämisehdotukset

Liite 2: Helsingin kotisairaaloiden saattohoitopotilaan kivunhoidon nykytila-esite

SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO HELSINGIN KAUPUNGIN KOTISAIRAA- LOISSA—omaisille & potilaille

Kivunhoitoa on mahdollista toteuttaa lääkkeellisesti sekä lääkkeettömästi. Kotisairaaloiminnassa olemme enemmän erikoistuneet lääkkeelliseen kivunhoitoon. Hoidosta vastaa lääkäri yhteistyössä hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisten kanssa. Käytettävät hoitomuodot suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Käytössämme on moniammatillinen ja luotettava tiimi, jonka puoleen on helppo kääntyä. Pidämme tärkeimpänä tavoitteena kivutonta loppuelämää ja pyrimme omalta osaltamme huolehtimaan potilaan elämänlaadun säilymisestä.

Toteutamme hoitoa Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisten saattohoitosuositusten mukaisesti. Lähtökohtana hyvälle saattohoidolle on itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen. Osaamisen alueina nähdään ihmisen kohtaaminen kokonaisvaltaisesti muun muassa huomioiden psyykkiset, hengelliset, psyko-sosiaaliset ja fyysiset tarpeet sekä toiveet, joiden mukaan hoitoa toteutetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.)

Potilaana toimit oman kipusi asiantuntijana. Tiedät parhaiten omat tuntemuksesi ja sinulla on oikeus viestittää ne hoitavalle henkilökunnalle. Toisaalta myös hoitohenkilökunnan tehtävänä on ottaa selvää sinun tuntemuksistasi. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 87–88.) Hoitohenkilöstö välittää sinulle ja läheisillesi tietoa ja ohjaa sinua lääkeshoidon eri vaiheissa sekä vastaa mieltäsi askarruttaviin kysymyksiin. Hyvällä potilasohjauksella mahdollistetaan sinun ja läheistesi osallistuminen lääkehoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ohjauksessa huomioimme yksilöllisesti sinun tarpeesi ja voimavarasi. Hyvällä lääkehoidon ohjauksella tuemme lääkehoitoon sitoutumista, jolloin voit aktiivisesti osallistua päätöksentekoon sekä turvalliseen lääkehoidon toteuttamiseen. Lääkehoidon ohjausta tarjotaan samalla läheisillesi, sillä heillä on keskeinen rooli lääkehoidon eri vaiheissa. (Heikkinen 2013; 113, 116.)

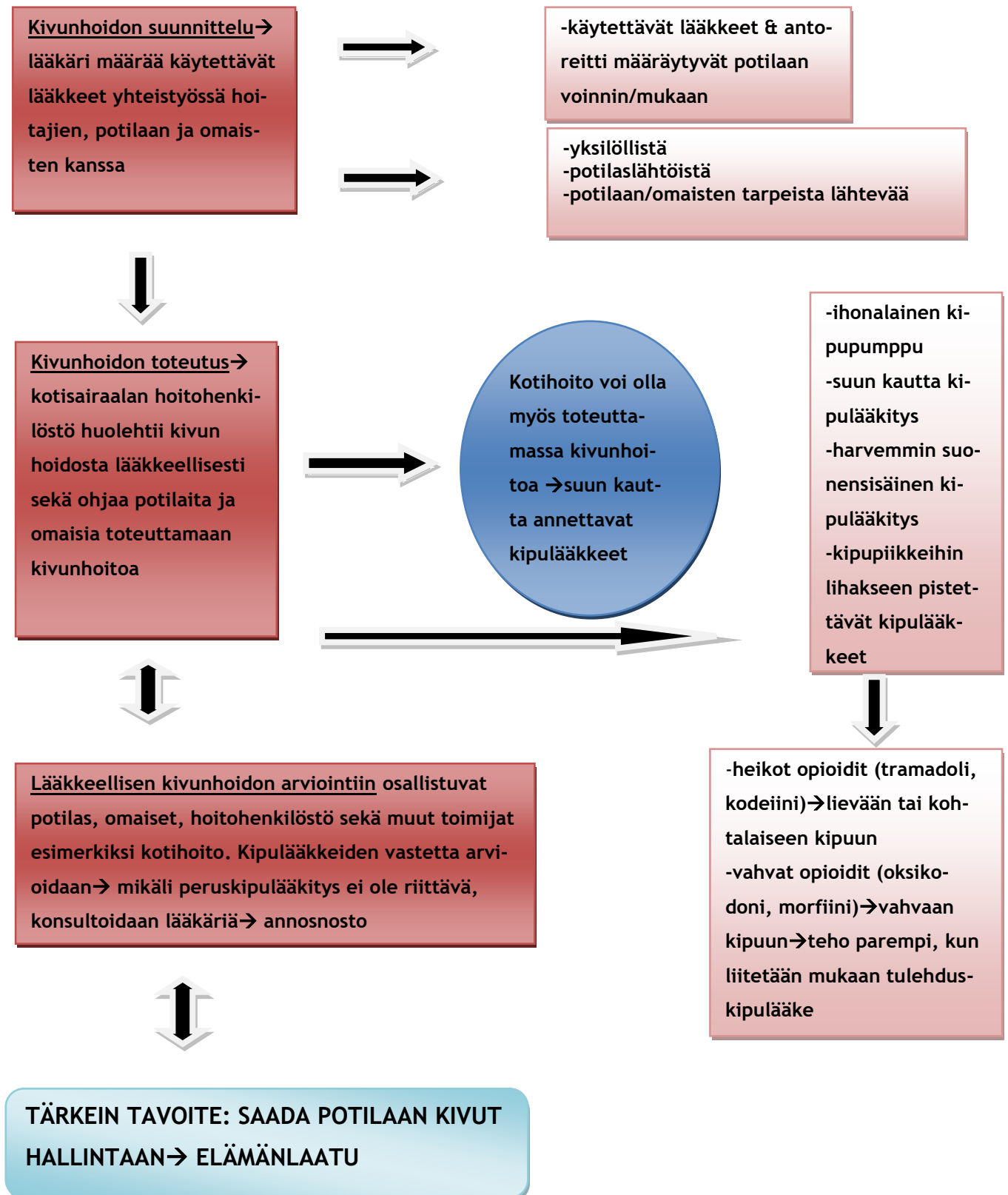
Alla on Helsingin kotisairaaloiden yhteystiedot. Voit ottaa yhteyttä hoitoosi liittyvissä asioissa hoitavan alueesi yhteyspuhelimeen.

Pohjoisen kotisairaala
Talvelantie 6, rak. 4
00700 Helsinki
p. 09-310 67480

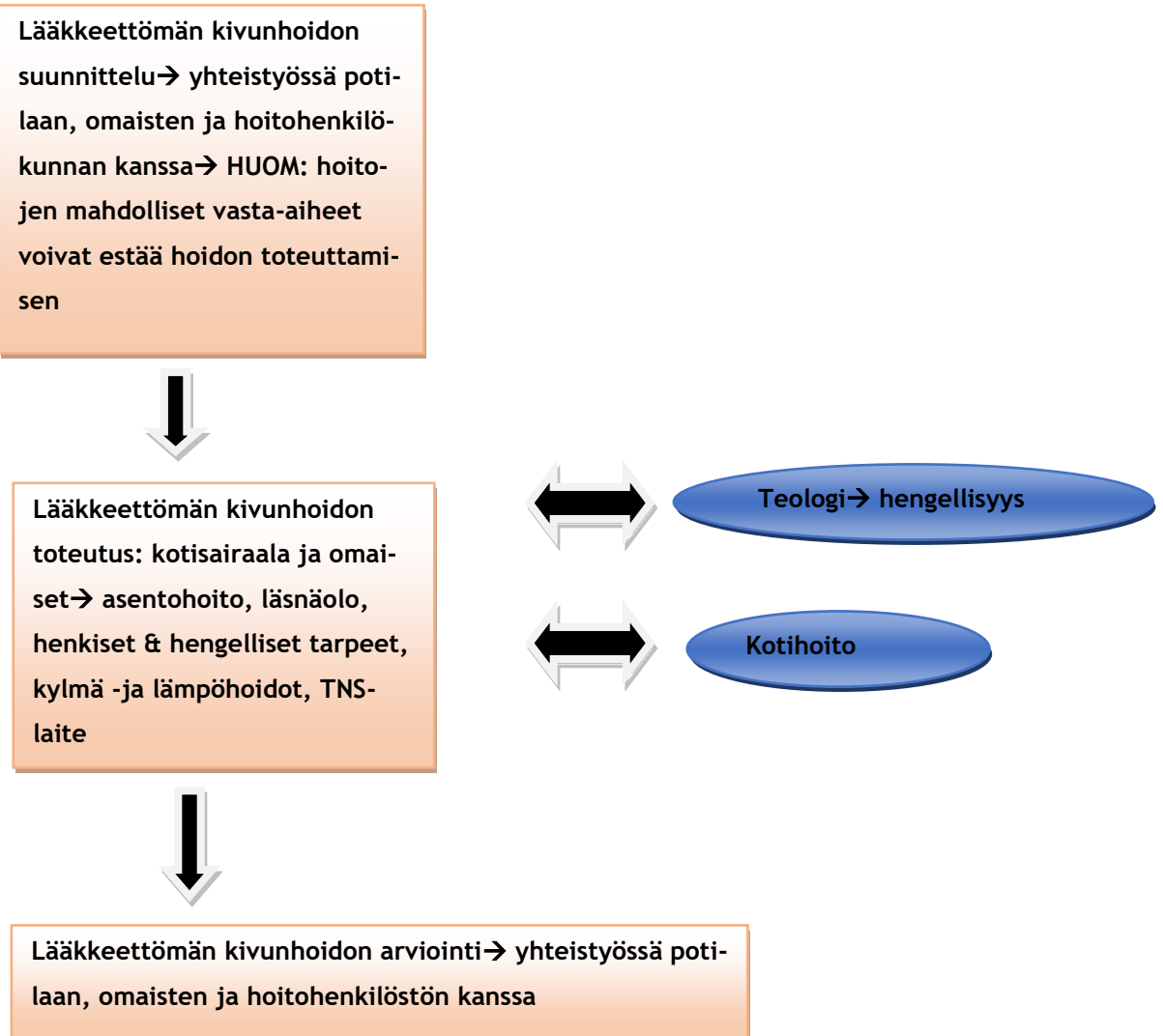
Etelän kotisairaala
Lätkärinkatu 8
00250 Helsinki
p. 09-310 4701

Idän kotisairaala
Laivalahdenkatu 2B
00880 Helsinki
p. 09-310 55770

Lännen kotisairaala
Käpyläntie 11
00600 Helsinki
p. 09- 310 50510



Lääkehoidon rinnalle suosittelemme hyödyntämään myös lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja. Tällaisia ovat muun muassa rentoutus, asento- ja liikehoidot, psyykinen tuki ja erilaiset hoitotyön menetelmät. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.)



Lähteet:

Heikkinen. K. 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa Sulosaari. V., Hahtela.N & Ranta. I (toim.)
Hoitotyön vuosikirja 2013–Sairaanhoitaja & lääkehoito. Keuruu: Otavan kirjapaino, 111–121.

Rautava-Nurmi. H., Westergård. A., Henttonen. T., Ojala.M & Vuorinen. S. 2015. Hoitotyön
taidot ja toiminnot. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Käypä hoito. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Duodecim. Viitattu 5.6.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Hyvä saattohoito Suomessa—
Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Viitattu 5.6.2018.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tämän esitteen on tuottanut sairaanhoitajaopiskelija Elina Peltola Laurean ammattikorkea-
koulusta.
7.6.2018

Liite 3: Tutkimuslupa



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimiala
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut -
palvelukokonaisuus
Helsingin sairaala

Pöytäkirjanote

1 (2)

16.04.2018

Johtajalääkäri

Elina Marjukka Peltola
Keinutie 9 b 36
00940 Helsinki



5 § Päätös tutkimuslupahakemuksesta

HEL 2018-002823 T 13 02 01

Päätös

Helsingin sairaalan johtajalääkäri päätti myöntää tutkimusluvan Elina Peltolan tutkimuslupahakemukselle "Saattohoitotyössä toteutettavan kivunhoidon kehittäminen Helsingin kotisairaaloissa" (amk opinnäytetyö). Opinnäytetyön yhteyshenkilö sosiaali- ja terveystoimessa on apulaisostonhoitaja Heidi Knichter. Tutkimuslupa on voimassa 31.12.2018 saakka.

Päätöksen perustelut

Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea kotona toteutettavan saattohoitotyön kehittämistä, erityisesti kivunhoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa työväline saattohoitopotilaan kivunhoidosta kotisairaalan työntekijöille sekä yhtenäistää kivunhoitoon liittyviä käytänteitä. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa kotisaattohoitoon tarkoitettu kivunhoito-opas. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä toimii teemahaastattelu, joka toteutetaan ryhmähaastatteluna. Haastattelun tarkoituksena on selvittää, millaista kivun hoitaminen kotiolosuhteissa on tänä päivänä ja minkälaista kehitystä siihen toivottaisiin.

Tutkimuslupaan sovelletaan seuraavia ehtoja:

Tutkimusraportista ei saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkimuksesta ei tule koitua kustannuksia sosiaali- ja terveystoimelle.

Tutkija saapuu pyydettyäessä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveystoimeen.

Tutkimuksen valmistuttua toimitetaan tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, sosiaali- ja terveystoimen käyttöön



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimiala
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut -
palvelukokonaisuus
Helsingin sairaala

Pöytäkirjanote

2 (2)

16.04.2018

Johtajalääkäri

(osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveystoimi, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki).

Lisätiedot

Helena Soini, erityissuunnittelija, puhelin: 310 46933
helena.soini(a)hel.fi

Liitteet

- 1 Tutkimuslupahakemus, saattohoitotyössä toteutettavan kivunhoidon kehittäminen
- 2 Tutkimuslupahakemus, saattohoitotyössä toteutettavan kivunhoidon kehittäminen
- 3 Opinnäytetyö, saattohoitotyössä toteutettavan kivunhoidon kehittäminen
- 4 Saate, saattohoitotyössä toteutettavan kivunhoidon kehittäminen
- 5 Tutkimushaastattelukysymysten runko,saattohoitotyössä toteutettavan kivunhoidon kehittäminen

Muutoksenhaku

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

Otteet

Ote
Hakija

Otteen liitteet

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

Yhteyshenkilö

- Liite 1
- Liite 2
- Liite 3
- Liite 4
- Liite 5

Pöytäkirjanote on lähetetty asianosaiselle 27.4.2018.

Johtajalääkäri



Helsingin kaupunki

Pöytäkirja

MUUTOKSENHAKUOHJEET

OHJEET OIKAISUVAATIMUKSEN TEKEMISEKSI

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla tuomioistuimeen.

Oikaisuvaatimusoikeus

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä

- se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen)
- kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimusaika

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista.

Oikaisuvaatimuksen on saavuttava Helsingin kaupungin kirjaamoon määräajan viimeisenä päivänä ennen kirjaamon aukioloajan päättymistä.

Mikäli päätös on annettu tiedoksi postitse, asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon seitsemän päivän kuluttua siitä, kun pöytäkirja on nähtävänä yleisessä tietoverkossa.

Mikäli päätös on annettu tiedoksi sähköisenä viestinä, asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, kolmen päivän kuluttua viestin lähettämisestä.

Tiedoksisaantipäivää ei lueta oikaisuvaatimusaikaan. Jos oikaisuvaatimusaajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen tehdä ensimmäisenä arkipäivänä sen jälkeen.

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, on Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunta.

Oikaisuvaatimusviranomaisen asiointiosoite on seuraava:

Sähköpostiosoite: helsinki.kirjaamo@hel.fi

Postiosoite: PL 10



Helsingin kaupunki

Pöytäkirja

00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Faksinumero: (09) 655 783

Käyntiosoite: Pohjoisesplanadi 11-13

Puhelinnumero: (09) 310 13700 (Yleishallinto)

Kirjaamon aukioloaika on maanantaista perjantaihin klo 08.15–16.00.

Oikaisuvaatimuksen muoto ja sisältö

Oikaisuvaatimus on tehtävä kirjallisena. Myös sähköinen asiakirja täyttää vaatimuksen kirjallisesta muodosta.

Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava

- päätös, johon oikaisuvaatimus kohdistuu
- miten päätöstä halutaan oikaistavaksi
- millä perusteella päätöstä halutaan oikaistavaksi
- oikaisuvaatimuksen tekijä
- millä perusteella oikaisuvaatimuksen tekijä on oikeutettu tekemään vaatimuksen
- oikaisuvaatimuksen tekijän yhteystiedot

Pöytäkirja

Päätöstä koskevia pöytäkirjan otteita ja liitteitä lähetetään pyynnöstä. Asiakirjoja voi tilata Helsingin kaupungin kirjaamosta.

3989
CL/1
4/4