

SAATTOHOITO VUODEOSASTOLLA HOITAJIEN KUVAAMANA

Tutkimus saattohoidon laadusta keskisuomalaisen kunnan
terveyskeskuksen vuodeosastolla

Häkkinen Heidi & Manninen Sini-Maria

Opinnäytetyö, Syksy 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Itä, Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Manninen, Sini-Maria & Häkkinen, Heidi Saattohoito vuodeosastolla hoitajien kuvaamana. Tutkimus saattohoidon laadusta keskisuomalaisen kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pieksämäki, syksy 2011. 56 s. ja 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa terveyskeskuksen vuodeosaston saattohoitokäytänteitä hoitajien kokemana. Tutkimusaihetta ehdotimme työelämän yhteistyökumppanille, terveyskeskuksen vuodeosastolle, jossa hoidetaan saattohoitopotilaita. Tarkoituksena oli tuoda tietoa kuolevan potilaan hoitotyöstä, jotta hoitajilla olisi enemmän valmiuksia ja rohkeutta hoitaa kuolevaa ja kohdata heidän omaisiaan. Tutkimustulosten pohjalta hoitohenkilökunta voisi parantaa saattohoidon laatua.

Tutkimus on määrällinen eli kvantitatiivinen kyselytutkimus, jota varten laadittiin strukturoitu lomake viidellä avoimella kysymyksellä. Kyselyitä jaettiin 20 kappaletta terveyskeskuksen vuodeosastolle. Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja aineistoa tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Viisi avointa kysymystä analysoitiin laadullisesti. Tutkimustulokset avattiin kirjallisesti ja osa havainnollistettiin kuvioiden avulla.

Tutkimustulosten mukaan saattohoidon toteutus vuodeosastolla on pääasiassa onnistunutta. Hoitohenkilökunta koki saattohoidettavan kivunhoidon ja perushoidon olevan onnistunutta ja riittävää. Samalla kuitenkin todettiin, että hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä ei ole riittävästi aikaa potilaan hoitoon. Tutkimuksen tuloksista pidimme henkilökunnalle osastotunnin. Osastotunnin pääaiheita olivat tutkimustulostemme esittely peilaten muihin tutkimuksiin sekä kuolevan potilaan kivunhoito ja hyvä perushoito.

Asiasanat: saattohoito, kuolevan hoito, palliatiivinen hoito, kivunhoito ja oireenmukainen hoito.

ABSTRACT

Manninen, Sini-Maria & Häkkinen, Heidi

Palliative care described by nurses. Research on hospice quality of a Finnish municipal health center in central ward.

56 p. and 3 appendices. Language: Finnish Pieksämäki, Autumn 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing.

Degree: Nurse

The purpose of this study was to examine Finnish health care center palliative care as experienced by nurses. As a working life partner, we proposed health ward where many palliative care patients are treated. The intention of this study was to bring to the fore a dying patient's care, that nurses would have more capacity and courage to care for the dying patient and their families. Research results help nursing staff to improve the quality of hospice care.

The study is a quantitative or a quantitative survey, which was prepared for the structured form and five in an open question. Questionnaires were divided into 20 tracks health ward. The data were analyzed using SPSS software and the data were examined using cross-tabulation. Five open questions were analyzed qualitatively. The results were written open and the part of the writing was illustrated with graphs.

Our study of the implementation of inpatient hospice care is generally successful. The medical staff felt dying pain management and primary care to be successful and sufficient, but felt that the nursing staff and doctors do not have enough time for patient care. Based on the results of the study we had a personnel department hour for the staff. Department hour presentation focused on the research results that were mirrored in other studies, as well as on the dying patient's pain management and good basic care.

Key words: palliative care, treatment of the dying, pain management and symptomatic treatment.

ODOTTAJA

*"Sydämessä armo rauhan
varron mielin iloisin,
kivun hetkin lyhyin, lauhan
levon hetkin pitemmin,
miten kääntyy elämäni,
minne, askel, minut viet,
vaikka vielä silmiltäni
suljettu on kaikki tiet."*

*"Kahden valtakunnan rajaa
tyyni laakso vartioi.
Siellä odottajan majaa
sydän harras pitää voi.
Musta kuilu yksin johtaa
maahan, jota tunne en;
jyrkän vuoren jalka kohtaa
tiellä kodin entisen."*

*"Ohenevan hunnun maisen
tiedän tiellä molempain,
selkenevän jumalaisen
poven salaisuuden vain.
Siksi laakson vihannalla
helppo odotella on,
rakkauden siiven alla,
kypsyessä kohtalon."*

(Saima Harmaja 1937)

SISÄLLYS

1 JOHDATUS SAATTOHOITOON	6
2 SAATTOHOITO	7
3 PALLIATIIVINEN HOITO SAATTOHOIDOSSA	9
3.1 Saattohoitopotilaan oirehoito ja oireiden yleisyys.....	10
3.2 Saattohoidettavan fyysiset ja psyykkiset oireet	11
3.3 Saattohoidettavan sosiaaliset tarpeet	12
3.4 Saattohoidettavan hengelliset tarpeet	13
4 KIPU JA KIVUN HOITO.....	14
4.1 Tutkimuksia kivusta	14
4.2 Kipu ja sen arviointi	15
4.3 Kipulääkitys saattohoidossa	16
4.4 Kipupotilaan hoitotyö	18
5 HYVÄ PERUSHOITO SAATTOHOIDOSSA	20
5.1 Asentohoito.....	20
5.2 Suunhoito.....	22
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	24
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	25
7.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä	25
7.2 Tutkimusmenetelmä	25
7.3 Kyselylomakkeen laatiminen, aineiston keruu ja analysointi.....	26
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
8.1 Koulutusmahdollisuudet.....	28
8.2 Saattohoidon toteutus osastolla	29
8.3 Hyvä saattohoito, perushoito ja kivunhoito osastolla.....	31
8.4 Kehittämisehdotuksia ja muita kommentteja henkilökunnalta.....	32
9 TULOSTEN JA OPINNÄYTETYÖN ESITTELY YHTEISTYÖKUMPPANILLE	33
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	34
10.1 Tutkimustulosten yhteenveto ja jatkotutkimusaiheet	34
10.2 Opinnäytetyöprosessi.....	35
LÄHTEET.....	37
Liite 1 Saatekirje	41
Liite 2 Kyselylomake	42
Liite 3 Saattohoitomateriaali	45

1 JOHDATUS SAATTOHOITOON

Viime vuosikymmenten aikana kuolema on etäännytynyt ja vieraantunut arjesta. Sitä ei enää pidetä elämän luonnollisena realiteettina, vaan kaukaisena ja itselle vieraana asiana. Kuolema on muuttunut nykyaikana monimutkaisemmaksi. Lääketieteen kehittyessä ihmisten elinaika ja ennuste sairauden toteamisen jälkeen ovat pidentyneet. Elämää on voitu pitkittää, ja tämä usein merkitsee kärsimyksen jatkumista. (Hänninen 2003,13) Saattohoito, jota hoitajat työssään kohtaavat päivittäin, on aihe josta terveydenhuollon henkilökunnalla ei ole tietoa koskaan liikaa. Päinvastoin usein koetaan, että siitä tiedetään liian vähän. Omaisten kohtaaminen koetaan usein hankalana ja kiusallisena tilanteena. Lääketiede on keskittynyt parantamaan ja hoitamaan, mutta saattohoito vaatii aivan toisenlaisen näkökulman.

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähellä olevan potilaan hoitoa sekä omaisten ja potilaan tukemista. Hyvä perushoito ja kivunhoito ovat olennainen osa saattohoitopotilaan hoitoa. Se on aktiivista oirehoitoa eli palliatiivista hoitoa. Perushoitoon kuuluu puhtaudesta, henkilökohtaisista tarpeista ja ravinnosta huolehtiminen. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu potilaan kärsimysten lievittäminen ja lisäksi omaisten tukeminen sekä potilaan sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista huolehtiminen. (Vainio, Hietanen, Pitkälä & Moilanen 2004, 16–32.)

Saattohoitoa toteutetaan lähes kaikilla vuodeosastoilla ympäri maan. Teimme opinnäytetyömme yhteistyössä perusterveydenhuollon yksikön kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien tietoja ja kokemuksia saattohoitopotilaiden hoidosta. Tavoitteena oli yhtenäistää ja selkiyttää saattohoito-käytänteitä. Opinnäytetyössämme haluamme perehtyä kivunhoidon ja hyvän perushoidon toteutukseen, sillä ne ovat keskeisiä saattohoidossa.

2 SAATTOHOITO

Saattohoito sanana tarkoittaa, että ihminen saatetaan elämänsä viimeiselle matkalle. Kuoleman ollessa jo hyvin lähellä ja potilaan hiipussa siirrytään palliatiivisesta eli oikeinmukaisesta hoidosta saattohoitoon eli potilaan elämän viimeiseen vaiheeseen. Saattohoidossa kuolemaa lähestyville potilaille pyritään takaamaan mahdollisimman aktiivinen, arvokas ja oireeton loppuelämä. Siinä pyritään mahdollisimman yksilölliseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. Saattohoito on arvoperustaista toimintaa ja sen lähtökohtana ovat hyvä hoito ihmisarvoa kunnioittaen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Saattohoitopäätös tehdään yleensä potilaille, jotka sairastavat pahanlaatuista, levinnyttä ja etenevää tautia. Lisäksi potilaat oireilevat vaikeasti, ovat huonokuntoisia ja heidän elinennusteensa on lyhyt. Saattohoitopäätöksen tekee yleensä kokenut ja lisäkoulutusta saanut lääkäri. Diagnoosista riippumatta saattohoidossa korostuvat oireiden lievitys, perheen tai muun lähipiirin tukeminen ja tarpeettomista hoidoista tai diagnostisista toimenpiteistä luopuminen. Suomessa noin 15 000 potilasta tarvitsee vuosittain saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa puolestaan tarvitsee 200 000–300 000 vuosittain. Potilaan hoitopolku ennen varsinaista saattohoitopäätöstä rakentuu hyvin erilaisilla tavoilla ja erimittaisilla hoitokausilla. Samalla potilaalla saattaa olla useita eripituisia hoito- ja seurantajaksoja perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Suomessa yleisimmät kuolinsyyt ovat sydän- ja verisuonitaudit ja syöpätaudit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Hänninen 2003, 16; Vainio ym. 2004, 16–32.)

Suomessa on kolme saattohoitoon erikoistunutta hoitokotia, mutta vain pieni osa potilaista viettää elämänsä loppuvaiheen saattokodissa. Suurin osa potilaista sairastaa ja kuolee vanhainkodeissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja yliopistollisissa sairaaloissa. Saattohoitopäätös tulisi tehdä yhteistyössä potilaan, omaisten ja lääkärin kanssa. Potilaat saattavat suostua raskaisiin hoitoihin ja mahdollisesti kestämiin vaikeita sivu-oireita paranemisen toivossa. Lääkäreillä on kuitenkin päävastuu hoitoratkaisujen teosta. Hyötyjen ja haittojen arvioiminen on hoidon keskeisiä ongelmia. (Hänninen i.a; Vainio ym. 2004, 16–32; Mattila 2002, 28, 34, 150.)

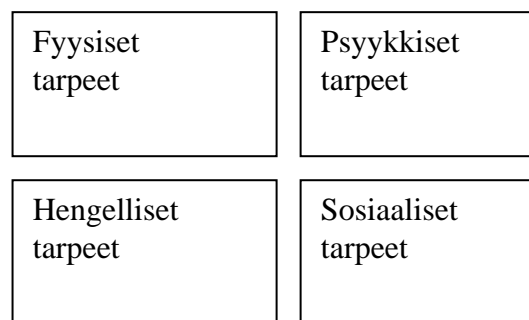
Hoitolinjauksiin tehdään päätös, että elämää ylläpitävää hoitoa ei annetta, esimerkiksi pidättäydytään intubaatiosta, hengityskoneesta ja dialyysista. Kuoleman lähestyessä lääkkeellistä hoitoa yksinkertaistetaan. (Hänninen i.a; Vainio ym. 2004, 16–32; Mattila 2002, 28, 34, 150.)

Potilaalle annettavaa hoitoa arvioidaan aluksi päivittäin. Potilaan sairauskertomukseen voidaan kirjata myös DNR (do not resuscitate)- tai SLK (sallitaan luonnollinen kuolema) -päätös, mitkä tarkoittavat, että potilasta ei elvytetä, jos sydämen toiminta ja hengitys heikkenevät. Näiden merkintöjen tarkoitus on säästää kuolevaa potilasta rasittavilta ja tarpeettomilta hoidoilta. (Hänninen i.a; Vainio ym. 2004, 16–32; Mattila 2002, 28, 34, 150.)

Kuolevan potilaan hyvä ja yksilöllinen hoito ovat terveydenhuollon eettisyyden ja laadun tärkeä mittari. Suomessa saattohoidon parissa tehdään hyvää työtä, mutta aina eivät perus- ja ihmisoikeudet toteudu kuolevan hoitotyössä. Saattohoitoa suunnitellessa potilaalle tulisi pystyä turvaamaan mahdollisimman hyvä hoito. Hyvän hoidon yhtenä perusedellytyksenä on tuntee potilaan koko hoitopolku. Hoitopolun tunteminen helpottaa potilaan kokemuksen huomioon ottamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

3 PALLIATIIVINEN HOITO SAATTOHOIDOSSA

Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito eroaa saattohoidosta siten, että se voi olla jopa vuosia kestävä. Käsitettä saattohoito käytetään lähempänä kuoleman todennäköistä ajankohtaa. Palliatiivinen hoito on aktiivista ja moniammatillista parantumattomasti sairaan ja kuolevan potilaan oireita lievittävää kokonaisvaltaista hoitoa ja saattohoito on yksi sen osa-alueista. Palliatiivisen hoidon lähestymistapa on kuolevan potilaan ja hänen omaistensa elämän laadun parantaminen, jonka tarkoituksena on lievittää kipuja ja muita vaikeita oireita. Palliatiivinen hoito pyrkii sairauden aiheuttamien oireiden mahdollisimman hyvään hallintaan ja hyvän elämän laadun ylläpitoon. Saattohoidettavan oireet ja tarpeet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, hengellisiä tai sosiaalisia, kuten kuviossa 1. (Hänninen 2003, 29–32; Hänninen & Riikola 2008; Vainio ym. 2004, 16–32.)



KUVIO 1 Kuolevan tarpeet (Aalto 2003 263–268.)

Palliatiivista hoitoa tulee antaa kaikille, joiden kuolemaan johtavan perussairauden etenemistä ei voida enää hoidoilla pysäyttää tai parantaa. Palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon tulisi ennen kaikkea olla potilaslähtöistä ja korostaa potilaan omia kokemuksia ja mielipiteitä hoitoon liittyen. Jokaista potilasta tulee kohdella yksilöllisesti ja ainutlaatuisesti. (Hänninen 2003, 16–20).

Oireita lievittävään hoitoon siirtyminen on tärkeä päätös, jonka periaatteista sovitaan yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Oireita lievittävään hoitoon ei siirrytä äkisti vaan se otetaan rinnalle sairauden edetessä ja hoidon tehon huonontuessa. Hoitokeskustelut ja päätökset kirjataan potilaan sairaskertomukseen. Hoitopäätöksessä tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa, kuten Suomen lainsäädäntö edellyttää. Oireita lievittävä hoito edellyttää potilaan yksilöllistä huomioimista ja hänen

toiveidensa kuuntelua, joten hoitopäätös tulisi tehdä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. (Hänninen & Riikola 2008; Leino 2003, 40–43; Saarto 2009.)

3.1 Saattohoitopotilaan oirehoito ja oireiden yleisyys

Potilaan aktiivisesta taudin hoidosta siirrytään oirehoitoon, kun sairautta ei voi enää parantaa. Tällaisia potilasryhmiä ovat esimerkiksi kuolevat syöpäpotilaat, keuhkoah-
taumatautia sairastavat, dementia, MS- ja ALS-potilaat. (Hänninen & Riikola 2008.)
Oireenmukaisessa hoidossa korostetaan oirekokonaisuuksia, mutta potilaan omat koke-
mukset vaikuttavat oirehoitoon. Oireenmukaisen hoidon käsite muuttuu ja käsitykset
vaihtelevat riippuen siitä, kuka siitä puhuu. Toiset käsittävät sen niin sanottuna paranta-
vien hoitojen lopettamisena kun taas toiset kokevat sen lähestyvän kuoleman merkinä.
Oireenmukainen hoito on myös kaikkea muuta. Oirehoito käsittää kaiken kivunhoidos-
ta, taudin esiintyvyydestä ja oireiden esille tuomisesta hyvään perushoittoon. (Hänninen
2003, 24–29.)

Potilaan oireita ja niiden vaikeusastetta tulee kartoittaa jatkuvasti aina kuolemaan saak-
ka, koska ne saattavat vaihdella hoidon alusta. Kaikkien lääkäreiden tulee hallita oireita
lievittävän hoidon perusteet. Palliatiivinen hoito ei myöskään sulje pois joitain tiettyjä
hoitomuotoja kuten palliatiivinen kirurgia ja solunsalpaajahoidot. Palliatiivisen hoidon
rinnalla voidaan käyttää myös tukihoitoja kuten potilaan ravitsemushoito ja infektioiden
torjunta. Hoitomuotoja valitessa on tärkeää arvioida ja tiedostaa hoitojen haitat sekä
hyödyt. Hyvällä palliatiivisella hoidolla parannetaan huomattavasti potilaiden elämän
laatua ja moniin oireisiin on olemassa hyviä sekä tehokkaita hoitoja. (Hänninen & Rii-
kola 2008; Vainio ym. 2004, 16–32; Kaleva-Kerola 2002.)

Oireenmukaisen hoidon tulisi ennen kaikkea olla potilaslähtöistä ja korostaa potilaan
omia kokemuksia ja mielipiteitä hoitoon liittyen. Hoidon tulisi myös olla kokonaisval-
taista ja moniammatillista hoitoa, sekä korostaa fyysisen, psyykkisen ja eksistentiaalisen
eli hengellisen kokonaisuuden hoitoa, sillä ”kivulla on monet kasvot”. Oireenmukaises-
sa hoidossa on tärkeää, että potilas ja lääkäri ovat päätöksenteossa yhdenmukaisia käsi-
teltäessä esimerkiksi hoidon tavoitteita ja hoitolinjoja. (Hänninen 2003, 28) Saattohoi-
topotilaat kärsivät useista oireista samanaikaisesti.. Taudin oireiden ilmenemiseen ja

esiintyvyyteen vaikuttavia tekijöitä on useita. Keskeisimpiä ovat taudin luonne, potilaan yksilöllisyys ja potilaskohtaiset tekijät, sekä ympäristö ja annetut hoidot, jotka vaikuttavat suurelta osalta siihen kuinka oireet ilmenevät. (Vainio ym. 2004, 16–32.)

3.2 Saattohoidettavan fyysiset ja psyykkiset oireet

Kuolevilla syöpäpotilailla yleisimpiä oireita ovat hengenahdistus, kipu, ummetus, yskä, uupumus, heikkous, laihtuminen, ahdistuneisuus ja masennus. Parantumattomasti sairasta 30 %:lla esiintyy oksentelua loppuvaiheessa ja pahoinvointia jopa 60 %:lla. Delirium eli akuutti sekavuustila lisääntyy viimeisinä elinpäivinä syöpää sairastavilla potilailla. Kuolevilla potilailla ovat yleisiä myös muut psyykkiset oireet kuten kuoleman pelko, unettomuus ja huoli läheisistä. (Hänninen & Riikola 2008; Saarto 2009.)

Kipu on keskeisin oire yhdessä hengenahdistuksen kanssa. Kivun muotoja on useita, ja niistä ongelmallisin on neuropaattinen eli hermoperäinen kipu. Neuropaattisen kivun hoito on usein vaikeaa eikä oikeaa hoitoa yleensä tahdo löytyä. Neuropaattinen kipu on usein myös kroonista ja se hankaloittaa kivun hoitoa. (Kipuklinikka 2008.) Fyysistä kipua aiheuttavat syöpäpotilailla muun muassa kasvaimen aiheuttamat paineoireet ja metastaasien eli etäpesäkkeiden aiheuttamat tukkeumat. Oireita voi aina lievittää, mutta on tärkeää, että hoitajana ei lupaa niiden poistamista. (Stenvik 2010.)

Saattohoidettavan psyykkinen kipu ilmenee monin eri tavoin, muun muassa ahdistuneisuutena, masennuksena, sekavuutena, unettomuutena ja erilaisina pelkoina. Hoitajalla on suuri rooli näiden oireiden lievityksessä. Tärkeintä on kuunnella potilasta, tarjota apua ja tukea sekä olla läsnä, potilasta ei myöskään pitäisi jättää yksin pelkojensa kanssa. (Stenvik 2010.) Sekavuus voi ilmetä myös deliriumina johtuen polyfarmasiasta. Polyfarmasialla tarkoitetaan useiden eri lääkeaineiden yhteisvaikutuksia. Monilla saattohoitopotilailla polyfarmasia on välttämätöntä kiputilojen lievittämiseksi. Muita syitä yleisimmin deliriumille ovat hypoksia eli hapenpuute, keskushermoston sairaus, sekä infektio ja metaboliset häiriöt. Delirium on erotettavissa esimerkiksi dementiasta, koska se alkaa akuutisti ja deliriumtila on palautettavissa normaaliksi oireet hoitamalla. Deliriumin diagnosointia helpottaa kognitiivisen toiminnan mittaaminen, esimerkiksi MMSE- eli mini mental status exam -testin avulla. (Hänninen 2003, 216–221.)

3.3 Saattohoidettavan sosiaaliset tarpeet

Saattohoidettavan emotionaalinen tukeminen on erittäin tärkeää. Hoitajan emotionaalinen tuki muodostuu kuuntelemisesta ja myötäelämisestä. On tärkeää rakentaa luottamuksellinen hoitosuhde hoidettavaan sekä omaisiin. Läsnä oleminen ja toivomusten huomioon ottaminen on yksi emotionaalisen tuen tärkeä osa-alue. (Heikkinen, Kannel & Latvala, 2004, 42–45.) Hoitoon tullessa on hyvä keskustella potilaan ja omaisten kanssa hoitolinjoista sekä tarpeista. Hyvä on kartoittaa tilannetta ja selkiyttää hoidossa vastaantulevia asioita, ja näistä asioista olisi hyvä pitää hoitoneuvottelu, jossa asiat käy-täisiin läpi. Hoitoneuvottelu edesauttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä (Stenvik 2010; Iivanainen & Syväoja 2008, 546.)

Hoidon alussa hoidettavan tarpeiden määrittely on tärkeää, sillä tilanteessa voidaan kartoittaa esimerkiksi ruoka ja musiikkitoiveita. Jokaiselle potilaalle tulisi luoda yksilöllinen hoitosuunnitelma. Suunnitelma sisältää muun muassa potilaan tavat ja tottumukset esimerkiksi ruuan, tv:n katsomisen ja radion kuuntelemisen suhteen. Hoitosuunnitelmassa voi myös ilmetä realistiset hoitotoiveet liittyen kivunhoitoon sekä liikkumiseen (Stenvik 2010.)

Omaisten tukeminen ja opastaminen sekä lohduttaminen kuuluvat kuolevan potilaan sosiaalisiin tarpeisiin. Hoitotyötä toteutettaessa omaisille on myös annettava aikaa. Omaisiin tulee suhtautua arvoa antavasti ja kunnioittavasti, sillä he ovat saattohoidettavan suuri tuki ja turva. Omaisia tulee opastaa ja neuvoa käytännön asioissa sillä omaiset viettävät kuolevan luona paljon aikaa ja haluavat olla läsnä yleensä omaisen viime hetkiin saakka. (Heikkinen, Kannel & Latvala, 2004, 71.)

Omaisille on myös annettava mahdollisuus osallistua läheisensä perushoitoon niin halutessaan. Omaisille on tärkeää kertoa saattohoidettavan voinnin muutoksista sekä taudin etenemisen aiheuttamista muutoksista, esimerkiksi hengityskatkoista, limaisuudesta ja verenkierron heikkenemisestä, että omaiset eivät säikähdä muutoksia. Omaisten kanssa myös tulee keskustella siitä, kuinka kuolemasta ilmoitetaan. Jotkut omaiset haluavat, että kuolemasta ilmoitetaan kaikkina vuorokauden aikoina ja toiset ovat sitä mieltä, että yöllä ei tarvitse ilmoittaa. (Stenvik 2010.)

3.4 Saattohoidettavan hengelliset tarpeet

Saattohoidettavan hengelliset tarpeet saattavat nousta esille missä vaiheessa hoitoa tahansa. Jokaisella on luontainen tarve hengellisyyteen ja jokaisella hengellisyys ilmenee yksilöllisellä tavalla. Jokaisella on yksilöllinen tarve elää omien arvojen ja tarpeiden mukaan. Tarpeita, hengellisyyttä ja yksilöllisyyttä tulee aina kunnioittaa hoitotyötä toteutettaessa. Hengellisyys voi olla saattohoidettavalle voimavara, joka oirehoidossa on tärkeää huomioida. Parhaimmillaan hengellisyys antaa saattohoidettavalle tukea ja turvaa ja monet saattavat jopa sovittaa elettyä elämäänsä sielunhoidon kautta. Sairaalapastorin käymisestä esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla on hyvä keskustella saattohoidettavan ja omaisten kanssa. (Laajalahti, 2010, 15–17.)

Läsnäolo, kuunteleminen ja kosketus ovat osa kuolevan potilaan sielunhoitoa. Hengelliset tarpeet ovat yksilölliset ja osalle riittää läsnäolo ja hiljaisuus, toiset haluavat keskustella kuolemasta ja sairaalapastorin paikalle. Potilaiden sielunhoito on yksilöllistä. Usein kuolevan potilaan sielunhoito on hiljaista läsnäoloa, johon hoitajilla tulisi olla aikaa. Sielunhoidon tulee olla potilaan uskonnon ja vakaumuksen mukaista. Hengellisten tarpeiden huomiointi voi olla rukoilua yhdessä tai raamatun lukemista, mutta myös kosketaminen on hengellisten tarpeiden huomiointia. (Hänninen 2003, 24- 26; Nissilä 2004, 253.)

4 KIPU JA KIVUN HOITO

Kivunhoito on palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon yksi osa-alue. Kivunhoidolla tarkoitetaan kivun lääketieteellistä hoitoa ja lääkehoito on oireita lievittävää hoitoa. (Hänninen 2003, 26–30.) Kipu määritellään tunnepohjaiseksi aistimukseksi, ja se on epämiellyttävä aistikokemus. Kipu voi olla pidempiaikaista eli kroonista tai lyhyempi aikaista äkillistä kipua. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

4.1 Tutkimuksia kivusta

Useat tutkimukset osoittavat sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamisen tasoa saattohoidossa. Potilaan kivunhoidosta tehtyjen tutkimusten mukaan (mm. Kuuppelomäki 2002 ja Prieur 2002) hoitajien tieto kivunhoidosta on vähäistä ja useat hoitajat kokevat tarvitsevänsä lisäkoulutusta, mutta hoitajat kokevat havaitsevänsä potilaan kivun hyvin. Kuuppelomäki (2002) tutki kuolevan potilaan kivunhoitoa terveyskeskuksissa hoitajien arvioimana ja tulokset osoittivat hoitajien käyttävän tavallisimpina kivunlievityskeinoina asentohoitoa ja kipulääkitystä. Asentohoito oli kivunlievityskeinona kipulääkitystä yleisempi. Prieurin (2002) ja Nurmen (1999) tutkimukset potilaiden kivusta ja tyytyväisyydestä kivunhoitoon sairaalassa osoittivat, että potilaiden oma arvio kivusta tulisi ottaa paremmin huomioon ja informointia tulisi lisätä. Kipumittareiden ja asteikkojen käyttö kivun voimakkuuden arvioinnissa oli myös vähäistä. (Kuuppelomäki 2002, 170–174; Prieur 2002, 45; Nurme 1999, 89.)

Kuuppelomäki (2002) on tutkinut kuolevan potilaan kivunhoitoa terveyskeskuksissa sairaanhoitajien kuvaamana. Tulokset osoittivat, että terveyskeskuksessa hoidettavana olevalla kuolevalla potilaalla on usein kipuja. Kuuppelomäen (2002) tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista (n=385) arvioi, että potilailla esiintyy usein kipuja, joita ei voida tai pystytä useista yrityksistä huolimatta lievittämään. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että kivun arviointi terveyskeskuksissa perustuu keskusteluun, jossa potilasta pyydetään asteikolla määrittämään kivun voimakkuuden tunnetta. Useat tutkimukset osoittavat, että arviointiasteikkojen ja mittareiden käyttö on melko vähäistä (Kuuppelomäki 2002, 170–174; Prieur 2002, 45; Nurme 1999, 89.)

Tutkimuksessa (Kuuppelomäki 2002) käy myös ilmi, että kipulääkkeiden lisäksi asentohoito oli yleinen kivunlievityksessä käytettävä hoitokeino. Asentohoito oli kivunlievityskkeinona yleisempi kuin kipulääkitys. Sairaanhoitajat (n=326) arvioivat muiden kivunlievitysmenetelmien olevan harvinaisia. Tutkimuksessa kipulääkityksen osalta sairaanhoitajat arvioivat, että morfiinia annettiin potilaille usein liian myöhäisessä vaiheessa ja liian pieninä annoksina. Yleisesti ottaen tutkimuksessa käy ilmi, että sairaanhoitajat arvioivat kivunhoidon tason ja toteuttamisen terveyskeskuksissa melko hyväksi. (Kuuppelomäki 2002, 170.)

4.2 Kipu ja sen arviointi

Kipu on epämiellyttävä ruumiillinen kokemus ja kärsimys, jonka kukin ilmaisee omalla tavallaan. Toisen ihmisen käsitys potilaan kivusta syntyy potilaan kivun ilmaisutavasta. Potilas esimerkiksi ontuu, voihtii, äänтелеe tai koskettaa kipukohtaa. Lisäksi emotionaaliset ja kognitiiviset tekijät vaikuttavat siihen kuinka kipu koetaan. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 12–13 & Estlander 2003, 9-13.) Lämpilyöntikivulla tarkoitetaan hetkittäistä kovaa kipua, joka ilmenee kivun lievittämisestä ja kivun hoidosta huolimatta. Lämpilyöntikipua hoidetaan antamalla lisäannos opioidia, nopeavaikutteista lisäkipulääkettä. (Hänninen & Riikola 2008.)

Saattohoidossa kipu on potilaalla tavallinen oire ja etenkin syöpäpotilaille kipuja taudin edetessä on runsaasti. Suurin osa fyysisestä kivusta on hallittavissa lääkehoidolla (Vainio 2000, 94–95.) Tutkimukset osoittavat (mm. Matikainen, 1999.), että kivunhoitoon on olemassa runsaasti eri vaihtoehtoja kivun lievittämiseksi. Kipua tulisi arvioida ja mitata säännöllisesti ja kirjata tarkasti, koska kipulääkitys valitaan sen mukaan kuinka voimakasta kipu on. Kipulääkityksen annos valitaan vasteen mukaan yksilöllisesti. (Hänninen & Riikola 2008.)

Potilaan kipu on yksilöllinen tuntemus, ja potilas itse on oman kipunsa paras asiantuntija. Hoitajan tulisi arvioida aina potilaan kipua esimerkiksi käytössä olevan kipumittarin avulla, sillä kivun voimakkuuden mittaaminen edistää kivun hallintaa ja hoitoa. Kipulääkityksen vasteen arvioiminen ja sen potilasasiakirjoihin kirjaaminen on tärkeää yksi-

öllisen suunnittelun kannalta. Tavoitteena olisi kivun arvioiminen niin että potilaalta tulisi määrittää vuorokauden aikana kovin sekä vähäisin kiputuntemus. Kipua tulee arvioida visuaalisten, sanallisten tai numeraalisten asteikkojen avulla, esimerkiksi VAS (visual analogue scale) -janalla. (Hänninen 2003, 44–45.) VAS-jana on numeerinen mittari, jonka avulla voidaan määrittää kivun voimakkuus numeerisesti asteikolla 0-10, tarkoittaen 0= ei kipua ja 10= kovaa kipua. Useiden tutkimusten mukaan (Nurme 1999; Hovi 1997.) kipumittareiden ja arviointiasteikkojen käyttö on kuitenkin suomalaisissa hoitokäytänteissä vähäistä. (Hänninen & Riikola 2008.) Kivun hoidon tärkein periaate on lievittää kipua lääkehoidon avulla. Lääkehoito on moninaista, mutta sen pääperiaatteet saattohoidossa ovat melko selkeät. Hyvän lääkehoidon peruslähtökohtana saattohoidossa on potilaan oireiden hallinta, koska oireita ei voida kokonaan poistaa. Lääkehoidon pääperiaatteet siitä syystä mukautuvat potilaan kroonisten vaivojen mukaan. (Hänninen 2003, 44–45.)

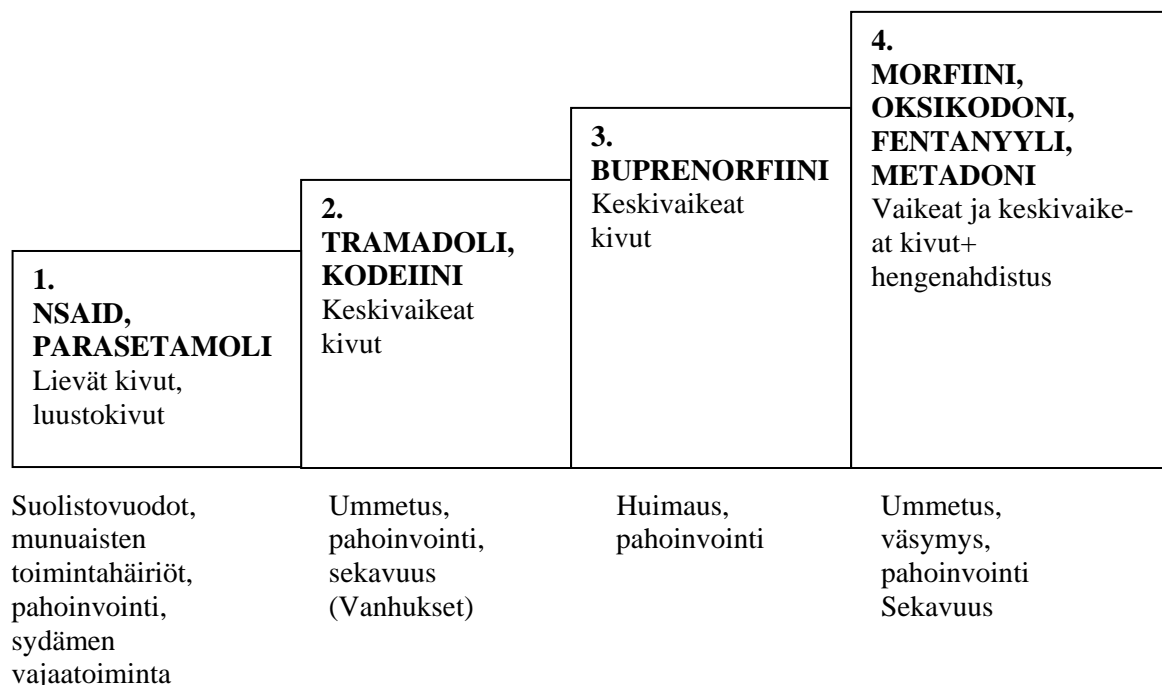
4.3 Kipulääkitys saattohoidossa

Kivunhoidon pääperiaatteena pidetään asianmukaista kipulääkitystä antamalla se mahdollisimman oikealla ja potilaskohtaisesti suunnitellulla antotavalla. Saattohoidossa käytetään usein monia lääkeaineita yhtä aikaa potilaan oireiden runsauden vuoksi. Tällaista lääkkeiden yhtäaikaiskäyttöä kutsutaan polyfarmasiaksi. Polyfarmasia on usein välttämätöntä saattohoitopotilailla, koska esim. sivuoireiden lievittämiseksi käytetään toista lääkettä ja toiseen oireeseen toista. Saattohoitopotilaalla on keskimäärin käytössä 5-10 eri lääkeainetta. (Hänninen 2003, 46–49.)

Useiden eri lääkeaineiden lisäksi on käytössä useita erilaisia lääkkeen antoreittejä. Kivunhoidossa voidaan käyttää enteraalisesti annosteltavia lääkkeitä, esimerkiksi suun kautta (p.o.) otettavia kipulääkkeitä tai peräsuolen kautta (p.r.). Parenteraalisia antoreittejä käytetään usein eli laskimoon (i.v.) ja lihakseen (i.m.) annosteltavat sekä erilaisia kipulaastareita tai kipupumppua käytetään yleisesti kivunhoidossa. Usein kivunhoidossa edetään miedoista suun kautta otettavista kipulääkkeistä keskivahvoihin ja vahvoihin lääkkeisiin eli opioideihin. Saattohoitopotilaalla kuitenkin siirrytään yleensä suoraan vahvoihin kipulääkkeisiin. Niiden käyttö on myös saattohoidossa avainasia. (Matikainen 1999, 3.)

Kivun lääkehoito luokitellaan lääkeaineiden mukaan ja se jaotellaan seuraavasti: tulehduskipulääkkeet eli NSAID (non-steroid anti-inflammatory drug), parasetamoli, opiaatit ja muut lääkeaineet. Tulehduskipulääkkeistä esimerkkinä ovat ibuprofeeni (Ibumax®, Ibumetin®, Burana®) ja ketoprofeeni (Ketorin®). Parasetamolia (Panadol®) käytetään usein vain lievään kipuun ja kuumeeseen, kun halutaan välttää hengityslama. Kivunhoito potilaalle tulisi aina ajoittaa kivunhoitoa toteutettaessa niin, ettei kipua ehdi potilaalle ilmaantua. (Hänninen 2003, 88–89; Nurminen 2006, 248.)

Kipulääkityksen pääperiaate on sen portaittainen aloitus (kuvio 2), eli ensin tulisi antaa tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia, jonka jälkeen siirrytään mietoihin opioideihin kuten tramadoli (Tramal®) ja vasta sitten vahvoihin huumaaviin opioideihin. Opioidit eli morfiinin kaltaiset kipulääkkeet vaikuttavat tehokkaasti ja niitä tulisi antaa keskivaikean tai vaikean kivun hoidossa (VAS >5) saattohoitopotilailla (Hänninen & Riikola 2008). Opioidista käytetyimpiä ovat vahvat opioidit eli morfiini (Morfin®), oksikodoni (Oxanest®) ja fentanyyli (Fentanyl®). Opioidit on syytä aloittaa pienillä annoksilla, sillä ne usein aiheuttavat muun muassa sekavuutta ja huimausoireita. (Hänninen i.a.)



KUVIO 2. Kipulääkityksen portaittainen aloitus ja kipulääkkeiden sivuoireet (Hänninen 2003, 89.)

Lääkehoito ja vahvat kipulääkkeet eli opioidit tuovat mukanaan yleensä sivuoireita, jotka hoitajan on syytä tunnistaa. Vahva kipulääkitys tuo mukanaan ruoansulatuskanavan oireita, kuten ummetusta. Ummetus voi omalta osaltaan tuoda lisää kipuja sekä ruokahaluttomuutta. (Hänninen 2003, 95–97.)

4.4 Kipupotilaan hoitotyö

Suomen sairaanhoitajaliitto on hyväksynyt sairaanhoitajan eettiset ohjeet, joiden mukaan yksi sairaanhoitajan tehtävistä on potilaan kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Hoitajan tehtävä on kuunnella ja tukea potilasta sekä auttaa häntä selviytymään kivusta. Hänen tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta myös kivunhoitoon liittyvissä asioissa. (Sailo & Varti 2000, 63.) Joskus henkilökunta ja potilas ovat eri mieltä potilaan hoitoa koskevissa asioissa, tällöin itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on hankalampaa ja joudutaan miettimään tehdäänkö asia potilaan tahdon mukaan vai toimitaanko vasten hänen tahtoaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 138.)

Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna potilaalla on oikeus hyvään kivunhoitoon terveydenhuollossa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/ 785) sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. Oikeus hyvään kivunhoitoon tarkoittaa tutkittuun tietoon ja vankkaan kliiniseen kokemukseen perustuvaa hoitovaihtoehtojen valintaa, käyttöä ja arviointia. Sairaanhoitajan työssä tämä tarkoittaa kykyä tunnistaa kipu, hallita erilaisia kivun hoitomenetelmiä ja arvioida hoidon vaikuttavuutta. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 68–72).

Hoitajalta odotetaan kykyä työskennellä itsenäisesti kroonisen kivun hoitotyössä, osana moniammatillista tiimiä. Hän tarvitsee vankan tietoperustan kroonisesta kivusta, sen hoitokeinoista ja vaikuttavuudesta, voidakseen ohjata ja neuvoa potilasta. (Salanterä ym. 2006). Vankka tietopohja on perusta potilaan luottamuksen ja yhteistyön onnistumiselle. Hoitajan on osattava kertoa potilaalle faktatietoa hänen sairaudestaan ja lisätä näin potilaan tietämystä asiasta. Hoitajana olisi ensiarvoisen tärkeää yrittää ymmärtää potilasta hänen elämäntilanteestaan käsin. (Heikkinen-Lefort 2009, 64.)

Hoitajan omat tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat siihen, miten hän kohtaa kivun ja kipupotilaan. Sairaanhoitajan on osattava kohdata myös oma ahdistus, avuttomuus ja voimattomuus, sillä kroonisen kipupotilaan hoidossa auttamismenetelmät ovat rajalliset. (Eloranta, 2002 69–70.) Terveystieteiden ammattihenkilöiden asennoituminen kipuun tulee olla tukea antavaa ja hyväksyvää. Välinpitämätön ja vähättelevä asennoituminen kivun hoitoon sekä eri ammattiryhmien puute estävät kivun hoitotyön onnistumista. (Kauppila ym. 2008, 40.)

Eloranta (2002) on tutkinut kroonista kipua ja tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnalta vaaditaan joustavuutta ja monipuolista ammattitaitoa. Erityisen tärkeäksi tutkimuksessa nousi toimiva potilas-lääkärisuhde. Kroonisen kipupotilaan kannalta tärkeää oli ihmisarvoinen kohtelu ja tukea antava ja osaava henkilökunta, joka oli perehtynyt potilaan ongelmaan. Myös riittävän tehokas kivunhoito koettiin merkittäväksi ja tämä toteutuu tehokkailla yhdistelmäkipulääkkeillä, kiireettömällä keskustelulla ja olemalla aidosti kiinnostunut potilaan elämästä kroonisen kivun kanssa. Kipupotilaan on tärkeää tulla kuulluksi ja hänet tulee kohdata aidosti, empaattisesti ja tukea antavasti. Potilaiden olisi saatava purkaa myös pettymyksiään ja hoitajien tulisi ohjata heitä suuntaamaan energiaa omiin voimavaroihinsa. (Eloranta 2002, 69–70.)

Kipupotilaan hoitotyössä kivun auttamismenetelmiä ovat lääkehoidon toteuttaminen ja ohjaaminen, fyysisten toimintojen auttaminen, emotionaalinen ja tiedollinen tuki sekä puolesta puhuminen. Kokonaisvaltainen lähestyminen, kuunteleminen, jatkuvuuden ja turvallisuuden luominen sekä toivon virittäminen ovat myös hoitotyön keinoja kipupotilaan auttamisessa. Ajan antaminen, ystävällisyys, empatia, suvaitsevaisuus ja välittäminen toimivat sairaanhoitajan työvälineinä. (Eloranta 2002, 69–70.)

5 HYVÄ PERUSHOITO SAATTOHOIDOSSA

Perushoito tarkoittaa ravinnon saantia, huolehtimista puhtaudesta, asentohoidosta ja eritystoiminnasta sekä lääkkeiden antoa. Perushoidolliset toimenpiteet ovat suuri ja merkittävä osa palliatiivista hoitotyötä. Asentohoidolla ja suun hoidolla tuotetaan potilaalle fyysistä mukavuutta sekä ennaltaehkäistään mahdollisia kärsimystä aiheuttavia oireita. Perushoito toteutetaan rauhallisesti ja siten, että potilaalla on turvallinen olo. Kuoleva potilas tarvitsee huolenpitoa ja välittämistä. Potilaan tarpeiden huomioiminen on ihmisarvon kannalta merkittävää. Perushoidossa on tärkeää kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä. (Hänninen 2011, 42.)

5.1 Asentohoito

Asentohoidon tarkoitus on ehkäistä haavaumien, painehaavaumien ja lymfedeeman eli kudosturvotuksen syntymistä. Palliatiivisessa hoidossa 15–43 prosentille potilaista syntyy kuitenkin painehaavaumia. Painehaavaumalla tarkoitetaan paikallista vauriota iholla tai sen alla olevassa kudoksessa. Painehaavaumia esiintyy usein vuodepotilailla, jotka eivät pysty itse liikkumaan sängyssä ja ovat pitkään samassa asennossa, jolloin paine kohdistuu samaan kehon kohtaan. Painehaavojen syntyyn vaikuttavat useat eri osatekijät. Pienempikin paineen kohdistuminen pidempikestoisena voi aiheuttaa samanlaisen vaurion kuin suurempi paine. Painehaavaumat syntyvät ihoalueille, joissa luu painaa ihoa ja estää sen normaalin verenkierron. Kudosvaurion riski pienenee, jos paine väliaikaisesti poistuu kudoksista ja veri pääsee kiertämään esteettä. (Hänninen 2003, 188–192, Huovinen 2009; Iivanainen & Syväoja 2008, 522–523.)

Painehaavaumia esiintyy yleisimmin ristiluun ja lonkkien alueella, mutta asentohoidossa tulisi huomioida myös kantapää, kyynärpäät, korvat ja olkavarret. Suurin riskiryhmä ovat laihat ja huonokuntoiset potilaat. Painehaavojen ehkäisyssä asentohoidon lisäksi käytetään yleensä erikoispatjoja, esimerkiksi korkealuokkaiset vaahtomuovipatjat ja pehmusteita. Painehaavojen ehkäisyssä on syytä huomioida myös hyvä potilaan ravitsemus sekä ihon kunto. Ravitsemuksen tukena on vuodepotilaalla hyvä olla erilaisia ravintoliuoksia. Markkinoilla on useita ravintovalmisteita, jotka on kehitetty painehaa-

vojen ehkäisyä varten. Valmisteet sisältävät runsaasti kaliumia. Tulokset osoittavat, että ravintovalmisteilla on suuri merkitys myös jo syntyneiden painehaavaumien hoidossa. Ihon kunto ja päivittäinen hygienia on kudosaaurioiden yksi tärkeimmistä ehkäisykeinoista. On tärkeää tarkistaa, ettei potilaan alle jää vuodevaatteista tai vaatteista kurttuja, jotka painavat. Ihon hoidon keskeisimmät osa-alueet ovat ihon puhtaus ja rasvaus. Kuivalle ja likaiselle iholle hankaumia syntyy herkemmin. Asentohoitoa toteutettaessa on tärkeää, etteivät potilaan raajat painu toisiaan vasten, sillä painehaavaumia syntyy luiseville alueille herkästi. (Hänninen 2003, 188–192, Huovinen 2009, Iivanainen ym. 2008, 522–523.)

Liikuntakyvyttöä vuodepotilasta on käännettävä kahden tunnin välein. Asennon vaihdolla vähennetään riskialttiille alueille syntyvän paineen kestoa ja voimakkuutta. Asentoa vaihdetaan siten, jotta paine lievenee ja jakautuu uudestaan. Potilasta käännettäessä käytetään apuvälineitä, jotka esimerkiksi vähentävät kitkaa potilasta liikuteltaessa, kuten liukulakanat vuoteessa. Asennon vaihdon yhteydessä on huolehdittava, ettei potilaan iho hankaudu tai rikkoudu. On hyvä, että hoitajia on kaksi asennon vaihdossa, jotta asentohoidon toteuttaminen on potilaalle vähiten kivuliasta. Asentohoidossa vältetään potilaan makuuttamista asennoissa, jotka lisäävät painetta esimerkiksi puoli-istuva asento. Jos vuoteessa istuminen on välttämätöntä, tuetaan potilasta siten, että risti- ja häntäluun alueelle syntyy vähän venytystä ja painetta. Potilaan asennon ylläpitämiseksi käytetään apuna tyynyjä tai muita pehmusteita. Asentohoitoa toteutettaessa on huomioitava lääkinnälliset laitteet ettei esimerkiksi katetrit tai happiletkustot aiheuta painevaurioita. (Hänninen 2003, 188–192; EPUAP & NPUAP 2009; Iivanainen ym. 2008, 522–523.)

Istuvan potilaan asennon muutoksista on myös huolehdittava. Potilaalle valitaan asento, jossa ihoon ja pehmytkudoksiin kohdistuu mahdollisimman vähän painetta. Potilaan jalat nostetaan korokkeelle tai jakkaralle, jos ne eivät yletä lattiaan. Potilas käyttää painetta jakavaa istuintyynyä. Istuvassa asennossa suuri paine kohdistuu pienelle alueelle kuten istuinkyhmyihin, jolloin tulisi rajoittaa potilaan istumisaikaa. Istuvan potilaan asentohoidossa tulisi huomioida erityisesti kantapäät. Kantapäiden alla pidetään pehmustealustaa. Kuormituksen laskemiseksi kantapäät tulisi nostaa ilmaan, siten että jalat tuetaan pohjelihaksen alta esimerkiksi tyynyillä, jolloin paine kohdistuu suurelle alueelle ja polvet ovat lievässä koukkuasennossa. Asentohoidon kirjaaminen on tärkeää.

Kirjaamisessa huomioidaan asennon muutokset, tiheys ja käytetyt asennot, mutta myös asentohoidon vaikuttavuuden arviot. (EPUAP & NPUAP 2009.)

5.2 Suunhoito

Kuiva suu ja suukipu ovat yleisiä saattohoitopotilaiden oireita. Muita yleisiä oireita saattohoitopotilailla ovat puhumis- ja syömisvaikeudet. Yhdessä nämä oireet pahentavat potilaan kuivumista ja anoreksiaa, koska potilaalla saattaa olla vaikeuksia syödä ja makuaisti on alentunut. Oireiden synnylle on useitakin syitä. Yleisimmin potilaan käyttämät lääkkeet kuivattavat suuta tai esimerkiksi solunsalpaajat ja sädehoidot pään ja kaulan alueella aiheuttavat limakalvomuutoksia. Saattohoitopotilaan syljen erityys saattaa vähentyä ja mahdolliset sieni- tai virusinfektiot suun alueella vaurioittavat limakalvoja. Hoitotyössä pyritään huolehtimaan suun kosteudesta ja tukemaan suun omien sylkirauhasten eritystoimintaa suun säännöllisellä kostuttamisella. (Hänninen 2003, 168–172; Iivanainen ym. 2008, 522–523.)

Kserostomia eli suun kuivuuden tunnetta esiintyy 70 prosentilla saattohoitopotiilaista. Suun kuivuminen lisääntyy viimeisten elinviikkojen aikana, sillä elintoimintojen heikentyessä myös sylkirauhasten eritystoiminta heikkenee. Kserostomian syyt ovat syljen erityksen väheneminen ja syljen koostumuksen muutokset, esimerkiksi sylki muuttuu paksuksi ja tahmeaksi. Potilaan oireita ovat nielemis- ja puhevaikeudet, makuaistin muutokset ja polttava sekä pistelevä tunne kielellä ja limakalvoilla. Lääkkeistä opioidit, epilepsia- ja masennuslääkkeet sekä diureetit aiheuttavat suun kuivumista. Potilaan oireita voidaan lievittää keinosyljen, kostutusgeelien, imeskelytablettien (esimerkiksi ksytilitolituotteet), jään ja ananaspalojen avulla. Lääkehoidon avulla potilaan syljen tuotantoa voidaan edistää. (Hänninen 2003, 168–172; Suomen Hammaslääkäriliitto i.a.a.)

Suun infektiot ovat yleisimmin sienien tai viruksen aiheuttamia. Potilaan suu on kipeä, kuiva, punoittava ja usein katteinen. Potilaan suupielet saattavat olla arat ja punaiset. Potilaalla on myös nielemis- ja puheentuottovaikeuksia. Infektiot ovat hoidettavissa paikallis- tai tablettilääkityksellä tai antibioottihoidolla. Paikallislääkityksen tulisi olla riittävän pitkä eli noin kolme tai neljä viikkoa. Irritettavat proteesit on myös käsiteltävä lääkkeellä, koska esimerkiksi sienet saattavat jäädä proteeseihin. Oireita voidaan lievittää.

tää myös puudutegeelillä, esimerkiksi 1 prosenttisella morfiinilla, joka annostellaan paikallisesti tai tarvittaessa vahvalla kipulääkkeellä. Suunhaavaumien hoidossa on ensisijaista kivunhoito, jotta potilas pystyisi syömään. Kivunhoidossa voidaan käyttää paikalliskivunhoitoa esimerkiksi puudutegeeliä. Suussa liukenevien vahvojen kipulääkkeiden käyttöä ei suositella. (Hänninen 2003, 168–172; Suomen Hammaslääkäriliitto i.a.b.)

Tärkeintä on huomioida suun hoito ja puhdistus. Suu ja hampaat puhdistetaan kaksi kertaa päivässä. Hoitohenkilökunta ohjaa ja kannustaa potilasta omatoimisessa suunhoidossa toimintakyvyn mukaan. Suunhoitoon kuuluu hampaiden harjaus, hammasvälien sekä kielen pinnan puhdistus. Hampaiden harjaus tapahtuu järjestelmällisesti ja kaikki purupinnat huomioiden. Hampaiden harjauksen tulisi kestää vähintään kaksi minuuttia. Hammasvälit puhdistetaan hammaslangalla tai väliharjalla. Hammasproteesit puhdistetaan lämpimällä vedellä ja harjataan proteesihammasharjalla. Hammasproteesit säilytetään yön yli ilmavassa rasiassa ja desinfioidaan säännöllisesti. Suun limakalvot voidaan pyyhkiä pehmeällä harsotaitoksella. Suu tulisi huuhdella aina ruokailun jälkeen. Hoitohenkilökunta voi ohjata myös omaisia suun hoidossa. (Helsingin kaupunki. Terveyskeskus; Metropolia & Helsingin yliopisto 2009, 13–15, 17–19; Suomen Hammaslääkäriliitto i.a.c.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoitus on kartoittaa keskisuomalaisen kunnan terveyskeskuksen vuodeosaston saattohoitokäytänteitä hoitajien kokemana. Selvittää, millaista saattohoito oli vuodeosastolla. Tutkimusongelmat liittyvät hoitajien valmiuksiin saattohoidon toteutuksesta vuodeosastolla ja saattohoidon toteutukseen. Keskeisimmät tutkimusongelmaa selvittävät kysymykset liittyvät hoitajien koulutukseen, osastolla tehtäviin saattohoitopäätöksiin sekä osastolla toteutettavan saattohoidon käytänteisiin. Tutkimuksen tavoitteena on yhtenäistää ja selkiyttää kivunhoitoon ja hyvään perushoittoon liittyviä saattohoitokäytänteitä. Tarkoitus on parantaa kivunhoidon ja perushoidon laatua osastolla ja järjestää hoitajille osastotunti tutkimustuloksista ja saattohoidon toteutuksesta. Työyhteisölle järjestetty koulutus on opinnäytetyömme tuotos.

Tutkimusongelmaa selvittävät kysymykset:

- Millaista saattohoito on vuodeosastolla?
- Kuinka saattohoitoa toteutetaan vuodeosastolla?
- Millaiset valmiudet osastolla on saattohoidon toteutukseen?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Tutkimusympäristö on keskisuomalaisen kunnan terveyskeskuksen 25-paikkainen vuodeosasto, jossa työskentelee sairaanhoitajia yhdeksän, perus- tai lähihoitajia 16 ja kuusi osastoapulaista. Osastolla työskentelee lisäksi yksi vakituinen terveyskeskuslääkäri. Siellä on kaksi yhden hengen huonetta, jotka on varattu saattohoidettaville potilaille. Huoneet ovat pääsääntöisesti aina saattohoitopotilaiden käytössä. Osastolla hyödynnetään moniammatillista yhteistyötä saattohoitopotilaiden hyväksi. Tarvittaessa osastolla vierailevat pappi ja diakoni sekä sosiaalityöntekijä. Fysioterapeutin ja ravintokeskuksen palvelut ovat myös käytettävissä päivittäin.

Esitimme osastolle yhteistyön mahdollisuutta ja kysyimme heidän kiinnostustaan osallistua tutkimukseen. Otimme yhteyttä osastonhoitajaan sähköpostitse ja hän oli kiinnostunut. Osastonhoitajaa informoimme tutkimuksemme eri vaiheista. Aineiston kohderyhmänä oli koko osaston henkilökunta. Tutkimukseen aineisto kerättiin terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalta kyselylomakkeella. Kyselylomakkeita lähetimme osastolle 20-kappaletta ($n=20$), joista saimme takaisin kymmenen kappaletta ($n=10$). Vastausprosentiksi saimme 50 prosenttia.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusongelmamme olivat kvalitatiivisia eli laadullisia. Kvalitatiivisen lähestymistavan tarkoituksena on kuvailla todellista elämää. Tutkimussuuntauksessa ihminen toimii tiedon keruun välineenä. Tarkoituksenamme oli löytää yhteyksiä ja uusia näkökulmia vastanneiden keskuudesta. Tutkimusotteemme oli kartoittava tutkimus, jossa pyrimme selvittämään hoitajien valmiuksia saattohoidon toteutuksessa. Tutkimusmenetelmänä käytimme survey-tyyppistä kyselytutkimusta. Survey-tutkimuksen lähtökohdat ovat kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Kvantitatiivinen tutkimus on menetelmäsuuntaus, joka perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen sekä numeroiden avulla. Tutkimuksessamme oli kvantitatiivisia kysymyksiä 20 sekä kvalita-

tiivisia avoimia kysymyksiä viisi. Tutkimusongelmat ja -kysymykset muodostimme aikaisempien tutkimuksien ja teorioiden pohjalta (mm. Kuuppelomäki 2002 ja Prieur 2002, sekä Nurme 1999 ja Hovi 1997.) Survey-tutkimukselle on tyypillistä, että tietoa kerätään kyselylomakkeilla. Kyselyn suoritimme strukturoidulla lomakekyselyllä. (Hirsjärvi; Remes & Sajavaara 2009, 134, 139–141, 160–164,181.)

7.3 Kyselylomakkeen laatiminen, aineiston keruu ja analysointi

Aineiston kokoamiseen käytimme kyselylomaketta (liite 2), joka sisälsi kaksikymmentä strukturoitua väittämää ja viisi avointa kysymystä. Kyselylomakkeen avulla keräsimme tietoja terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan asenteista ja toimintatavoista liittyen saattohoitoon sekä sen toteutukseen. Lomakkeella oli vastaajien taustatietojen selvittämiseen liittyviä kysymyksiä, kuten vastaajan työkokemus, työskentelyaika osastolla ja tutkintonimike. Kysymykset esitimme väittäminä, joissa käytimme asteikkoihin perustuvaa vastaustyyppiä. Asteikko oli viisiportainen ja vastaaja valitsi niistä mielipidettään lähinnä vastaavan. Avoimissa kysymyksissä jätimme tyhjää tilaa vastausta varten. (Hirsjärvi; Remes & Sajavaara 2009, 139–141.)

Kyselylomake laadittiin ja suunniteltiin tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeen esitautettiin Pieksämäen aluesairaalan osaston henkilökunnalla (n=6). Esitestauksen pohjalta muokkasimme kysymyksiämme. Saattohoitoa koskevien kysymysten laadinnassa käytettiin apuna kirjallisuutta (mm. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009) ja aikaisempia tutkimuksia saattohoidosta (mm. Kuuppelomäki 2002 ja Prieur 2002, Nurme 1999 ja Hovi 1997.)

Kyselylomakkeiden mukana lähetimme saatekirjeen, jossa kerroimme osaston hoitohenkilökunnalle työmme tarkoituksesta, sekä ohjeistimme kaavakkeiden täytöstä. Saatekirje sisälsi tietoa myös vastausajan pituudesta. Painotimme saatekirjeessä vastauksien luottamuksellista käsittelyä ja sitä, että kyselyyn voi vastata nimettömästi. Rohkaisimme ja kannustimme hoitajia vastaamaan oman kokemuksensa kautta ja painotimme vastauksien tärkeyttä meille. (Hirsjärvi; Remes & Sajavaara 2009 193–201, 204.)

Aineiston keruu tapahtui osastonhoitajalle lähetetyillä kyselylomakkeilla. Hänen tehtävänä oli jakaa lomakkeet ja suorittaa kysely hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeet lähetimme postitse ja mukana oli palautusta varten erillinen kuori, jossa postimaksun olimme valmiiksi suorittaneet.

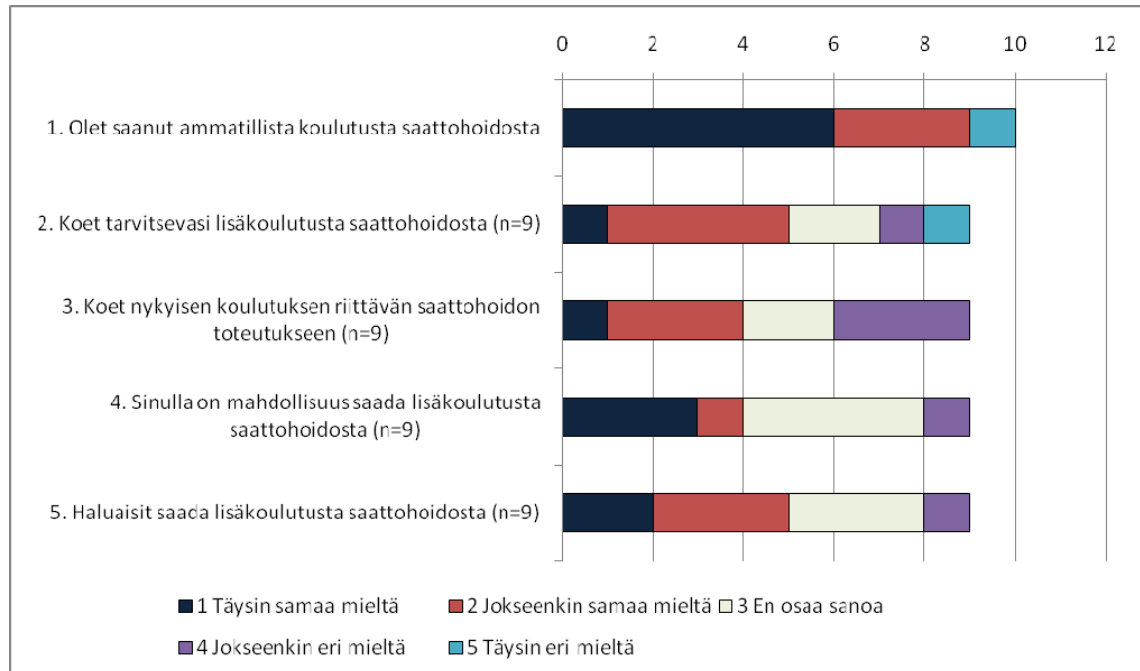
Kyselylomakkeen kvantitatiiviset eli määrälliset kysymykset analysoitiin SPSS (Statistical program for social sciences)- tilasto-ohjelmalla ja tulokset kirjoitettiin ja analysoitiin. Aluksi litteroimme eli auki kirjoitimme avoimet kysymykset, jonka jälkeen luokitelimme avoimet kysymykset vastauksien pohjalta eri teemoihin sekä erittelimme sisältöään samankaltaisiin.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselylomakkeita lähetimme 20 kappaletta, vastauksia saimme kymmenen (n=10), joten vastausprosentti oli 50. Vastanneista oli sairaanhoitajia kuusi, lähihoitajia kolme ja yksi osastoapulainen. Työkokemuksesta koskevaan kysymykseen vastasi yhdeksän. Enintään 15 vuotta työskennelleitä oli neljä ja yli 15 vuotta työskennelleitä vastaajista oli viisi, yksi ei vastannut kysymykseen. Alle viisi vuotta työskennelleitä ei ollut yhtään. Työskentelyaika kyseisessä yksikössä jakautui vastanneiden kesken niin, että enintään 10 vuotta työskennelleitä oli viisi ja yli kymmenen vuotta työskennelleitä oli viisi.

8.1 Koulutusmahdollisuudet

Seuraavaksi vastaajille esitettiin viisi väittämää koulutuksesta. Oheisessa kuviossa 3 ovat väittämien tulokset.



KUVIO 3. Hoitajien kokemukset saattohoitokoulutuksen riittävydestä

Kuusi koki saaneensa riittävää koulutusta. Sairaanhoitajista yli puolet ja lähihoitajista kaksi oli täysin samaa mieltä. Vain yksi lähihoitaja koki ettei ole saanut riittävää koulu-

tusta. Enintään 15 vuotta työskennelleistä kaksi oli jokseenkin samaa mieltä lisäkoulutuksen tarvittavuudesta.

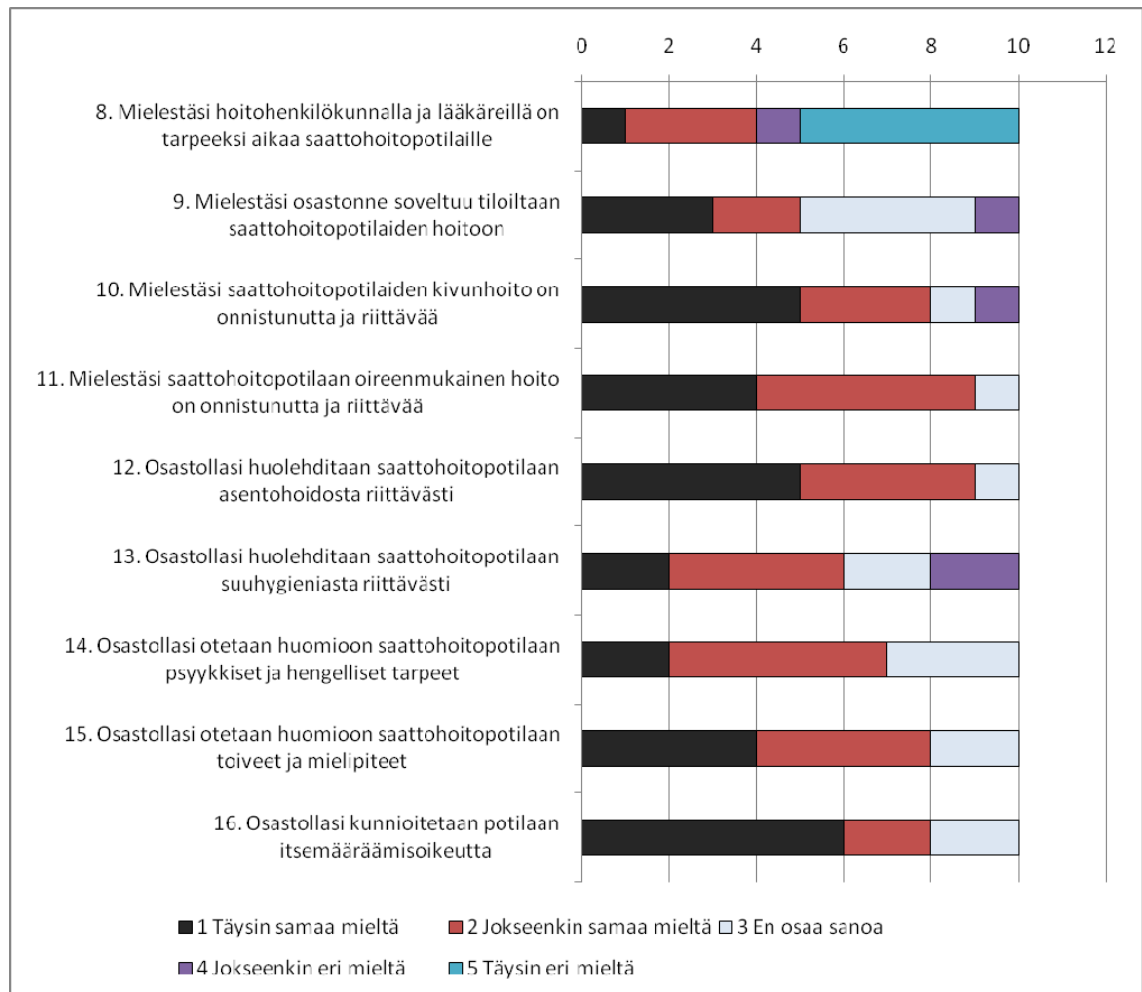
Enintään 10 vuotta osastolla työskennelleistä kaksi oli sitä mieltä, että nykyinen koulutus on riittävää. Yli 10 vuotta työskennelleistä vastaajista kolme oli jokseenkin eri mieltä koulutuksen riittävydestä. Sairaanhoitajat kokivat, että heillä oli mahdollisuus saada lisäkoulutusta. Lähihoitajat eivät osanneet sanoa tai olivat eri mieltä lisäkoulutuksen mahdollisuudesta. Enintään 10 vuotta ja yli 10 vuotta työskennelleistä suurin osa haluaisi lisäkoulutusta.

8.2 Saattohoidon toteutus osastolla

Seuraavaksi vastaajille esitettiin kolme väittämää saattohoitopäätöksistä. Kuusi oli täysin samaa mieltä, kaksi oli jokseenkin samaa mieltä ja kaksi jokseenkin eri mieltä saattohoitopäätösten selkeydestä. Seitsemän oli täysin samaa mieltä ja kolme oli jokseenkin eri mieltä, että hoitajilla on yhteiset hoitolinjat. Vastanneista seitsemän oli täysin samaa mieltä, kaksi jokseenkin samaa mieltä ja yksi jokseenkin eri mieltä, että saattohoitopäätöksestä keskustellaan potilaan ja omaisten kanssa.

Saattohoitopäätösväittämiin ei tullut huomattavia eroja ammattien, eikä kyseisellä osastolla työskentelyajan välillä. Eniten eroja oli enintään kymmenen vuotta työskennelleiden ja yli kymmenen vuotta työskennelleiden välillä osaston henkilökunnan yhteisistä hoitolinjauksista saattohoitopotilaiden hoidossa. Enintään kymmenen vuotta työskennelleistä kaksi vastaajista oli täysin samaa mieltä ja kaksi oli jokseenkin samaa mieltä. Yli kymmenen vuotta työskennelleistä viisi oli täysin samaa mieltä ja yksi jokseenkin samaa mieltä.

Oheinen kuvio 4 kuvaa vastausten jakautumista saattohoidon toteutuksesta osastolla.



KUVIO 4. Hoitajien kokemukset saattohoidon toteutuksesta osastolla n=10

Kokemukset olivat melko yhteneväisiä ajan riittävydestä, tilojen soveltuvuudesta ja kivunhoidon toteutuksesta saattohoitopotilaan hoidossa. Potilaan toiveet ja mielipiteet otetaan vastaajien mielestä hyvin huomioon. Huomattavia eroja ei tullut ammattien, työskentelyaikojen ja työkokemusten välillä. Yli puolet vastanneista koki, että oireenmukainen hoito on onnistunutta ja riittävää, eikä huomattavia eroja ollut työskentelyaikojen välillä.

Asentohoidon riittävydestä (n=9) enintään viisitoista vuotta kyseisellä osastolla työskennelleistä kolme oli täysin samaa mieltä ja yksi oli jokseenkin samaa mieltä. Yli 15 vuotta osastolla työskennelleistä yksi oli täysin samaa mieltä, kolme jokseenkin samaa mieltä ja yksi ei osannut sanoa onko asentohoito riittävää.

Saattohoitopotilaan suuhygieniasta huolehditaan riittävästi kahden enintään 10 vuotta osastolla työskennelleen mielestä, kun taas yksi oli täysin eri mieltä. Lähes vastaava jakauma oli yli 10 vuotta työskennelleiden kesken.

Sairaanhoitajista kaksi oli täysin samaa mieltä, kaksi jokseenkin samaa mieltä ja kaksi ei osannut sanoa huomioidaanko potilaan psyykkiset ja hengelliset tarpeet riittävästi. Vastanneista lähihoitajista kolme oli jokseenkin samaa mieltä ja yksi ei osannut sanoa.

Saattohoitopotilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan osastolla neljän lähihoitajan ja kahden sairaanhoitajan mielestä. Lähes vastaava jakauma oli jokseenkin samaa mieltä olevien kanssa.

8.3 Hyvä saattohoito, perushoito ja kivunhoito osastolla

Kyselylomakkeella esitimme hoitohenkilökunnalle avoimia kysymyksiä, joihin vastaajat saivat vapaasti kirjoittaa annetun tilan puitteissa. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli tuottaa henkilökohtaisempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa hoitajien kokemuksista ja asenteista kuin väittämien avulla. Kysymykset pyrkivät selvittämään millaisia asioita hoitajat pitivät tärkeinä hyvän saatto-, perus- ja kivunhoidon perustana. Kaikki vastanneet olivat kirjoittaneet paljon kokemuksistaan ja asenteistaan.

Avoimiin kysymyksiin vastanneista kymmenen (n=10) piti riittävää kivunhoitoa saattopotilaan hoitotyössä tärkeänä. Kuusi mainitsi potilaan psyykkisten tarpeiden huomioimisen tärkeänä, esimerkiksi potilaan pelon ja hädän huomioiminen, ajan antaminen ja kuuntelu, sekä kosketus ja läheisyys nousivat esille. Seitsemän piti tärkeänä omaisten huomioimisen ja mahdollisuuden yöpyä potilaan luona hyvän saattohoidon perustana.

Neljä piti potilaan henkistä hyvinvointia tärkeänä hyvän saattohoidon toteutuksessa. Esimerkiksi potilaan mahdollisuus keskustella oman uskontokuntansa sairaalapastorin kanssa tai rukoilun mahdollisuus hoitajan läsnä ollessa nousivat esille. Yksi koki hengellisten voimavarojen huomioimisen olevan tärkeää saattohoidossa.

Hyvään perushoittoon vastaajien mielestä kuuluvat puhtaudesta, hygieniasta, suunhoidosta ja eritystoiminnasta huolehtiminen. Vastanneista kuusi koki asentohoidon olevan tärkeää hyvän perushoidon toteutumiseksi. Kuusi vastanneista piti saattohoitopotilaan hyvästä ravitsemuksesta huolehtimisen tärkeänä. Vastaajat mainitsivat, että ravitsemuksesta voidaan huolehtia esimerkiksi tarjoamalla potilaalle mieleisiä lempiruokia, omaiset voisivat osallistua syöttämiseen ja nälän tunne pyritään poistamaan. Vastanneiden mielestä hyvään perushoittoon kuuluu myös hengellinen apu, kuten seurakunnan palvelujen tarjoaminen, ahdistuksen ja masennuksen lievittäminen hoitajan läsnäololla.

Kaikki vastaajat pitivät potilaan kivuttomuutta tärkeänä hyvän kivunhoidon lähtökohtana. Kuuden vastaajan mielestä potilasta tulisi lääkittää monipuolisesti ja huomioida kivun eri muodot sekä mahdollistaa kipulääkitys jokaiselle yksilöllisesti tarpeen mukaan. Hyvään kipulääkitykseen vastaajien mielestä kuuluu kipulääkkeen eri antotapojen huomiointi, esimerkiksi kipupumpun- ja laastarien käytöllä. Kolme koki hoitajan suhtautumisen kivunhoitoon erityisen tärkeänä, esimerkiksi potilaan riittävä lääkitseminen kelloon katsomatta mainittiin useaan otteeseen. Yksi piti potilaan riittävää lääkitsemistä tärkeänä sivuoireista huolimatta. Esimerkiksi potilaan tajunnan tason aleneminen vastaajan mielestä ei pitäisi häiritä kivunhoitoa.

8.4 Kehittämisehdotuksia ja muita kommentteja henkilökunnalta

Kolme vastaajaa koki osaston tilat riittämättömiksi saattohoidettavan hoidon toteutukseen. Joka kolmas parantaisi osaston tiloja niin, että jokaisella saattohoidettavalla olisi yhden hengen huone, joka mahdollistaisi myös omaisten yöpymisen. Neljä haluaisi enemmän hoitajia työvuoroihin, jotta omahoitajuus toteutuisi jokaiselle potilaalle ja aikaa olisi enemmän potilaan tarpeille. Omaisten kohtaaminen ja tukeminen koettiin haasteellisimmaksi saattohoidossa. Yksi vastaaja haluaisi ”selkeämmät pelisäännöt saattohoidon toteutukseen”, koskien erityisesti kivunhoitoa ja päätöksiä pitkäaikaispotilaiden hoidosta. Vastaajan mielestä potilaan hoitoa koskevat linjaukset tulisi tehdä ennen potilaan voimien heikkenemistä, mukaan lukien ei elvytetä päätökset (SLK ja DNR).

9 TULOSTEN JA OPINNÄYTETYÖN ESITTELY YHTEISTYÖKUMPPANILLE

Syksyllä 2011 pidimme osastotunnin terveystieteiden vuodeosastolle. Paikalla oli kolme sairaanhoitajaa ja viisi perushoitajaa sekä osastonhoitaja. Esittelimme kartoituksemme tulokset, kivunhoidon pääperiaatteet sekä hyvän perushoidon kulmakivet osastolle. Esityksessämme käsitelimme erityisesti kivunhoitotyötä ja huomioimme myös lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät, mitä opinnäytetyössämme emme muuten ole käsitelleet. Perushoidosta käsitelimme asentohoidon ja suunhoidon. PowerPointin (Liite 2) avulla esittäminen sujui hyvin ja esittäminen oli luontevaa sekä johdonmukaista.

Palautetta esityksestämme kysyimme heti osastotunnin jälkeen ja palaute oli hyvin positiivista. Hoitajat kokivat, että oli hyödyllistä kartoittaa osaston asenteita ja suhtautumista saattohoitoon. Hoitohenkilökunta oli hyvin kiinnostunut kartoituksemme tuloksista ja johtopäätöksistä. Osastonhoitaja oivalsi myötämme osaston kehittämisideoita ja kertoi aikovansa lisätä koulutusta saattohoitoon liittyvästä kivunhoidosta osastolleen.

Esityksemme jälkeen osastonhoitaja pahoitteli vastauslomakkeiden vähyyttä ja kertoi, että osastolla on tällä hetkellä paljon sijaisia, jotka eivät osallistuneet kartoitukseen. Päättelimme tämän jo palautetut lomakkeet saatuaamme, koska työskentelyaika osastolla oli usein yli vuoden tai enemmän. Osastonhoitaja kertoi, että vain vakituinen henkilökunta oli vastannut kysymykseen. Kartoitus ei vastannut täysin osaston tämän hetkistä tilannetta. Työyhteisö oli otettu siitä, että halusimme juuri heidät yhteistyökumppaniksemme, koska kyseiseen työyhteisöön ei ollut tehty opinnäytetöitä yli kymmeneen vuoteen.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

10.1 Tutkimustulosten yhteenveto ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksemme mukaan hoitajat kokivat nykyisten tietojensa ja taitojensa riittävän saattohoidon toteuttamiseen. Vain muutama oli sitä mieltä, että tarvitsee lisäkoulutusta. Onnistuneen saattohoidon toteutuksen edellytyksenä kuitenkin on hoitajien koulutus. Saattohoitokoulutus lisää valmiuksia saattohoitotyöhön sekä antaa valmiuksia kohdata potilaan omaiset (ETENE 2004, 35–36.) Tutkimuksessa käy ilmi, että hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus saada lisäkoulutusta.

Saattohoidon toteutus osastolla on selkeää ja päätökset mm. pitkäaikaispotilaiden elvytyskielloista ovat selkeitä ja yhdenmukaisia. Hoitohenkilökunta on sitoutunut toteuttamaan saattohoitoa yhteisten linjauksien mukaan. Ilmi kävi myös, että hoitohenkilökunta koki saattohoidettavan kivunhoidon ja perushoidon kuten asentohoidon, olevan onnistunutta ja riittävää. Positiivista on myös, että potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan, mutta hoitajat kokivat, että hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä ei ole riittävästi aikaa potilaan hoitoon. Suurin osa kyselyyn vastanneista koki, että osaston tilat soveltuivat hyvin saattohoidon toteutukseen.

Tämän kartoituksen mukaan osastolla toteutettava saattohoito on onnistunutta ja riittävää, sillä potilaan tarpeet ja toiveet otetaan hyvin huomioon. Hengelliset ja psyykkiset tarpeet otettiin myös hyvin huomioon. Vastaajista suurin osa mainitsi potilaan pelon ja hädän tuntemuksien huomioimisen erittäin tärkeäksi sekä potilaalle ja omaisille ajan antamisen merkittäväksi saattohoitoa toteutettaessa. Samalla kuitenkin todettiin, että aikaa ei ole riittävästi. Osastolla on hoitajien mielestä omaisilla hyvin mahdollisuus yöpyä potilaan kanssa.

Kivunhoito osastolla on kaikkien vastanneiden mielestä onnistunutta ja riittävää. Myös Kuuppelomäki (2002) on omassa tutkimuksessaan tullut samaan tulokseen. Sairaanhoidajat kokivat Kuuppelomäen tutkimuksessa, että kivunhoidon tunnistaminen hoitotyössä on hoitohenkilökunnan mielestä hyvää ja näin oli myös meidän tutkimuksessamme.

Jatkotutkimusaiheet nousivat hyvin esille. Perushoito on aihe, jota on käsitelty ja tutkittu saattohoidon näkökulmasta hyvin vähän. Aiheesta löytyi vain opinnäytetöitä, mutta ei laajempia tutkimuksia. Kivunhoidosta löytyi tutkimuksia hyvin, eikä siitä nouse esille jatkotutkimusaihetta. Omaisten kohtaamisesta ja tukemisesta on liian vähän tutkimuksia, ja kyselyssämme hoitajat kokivat myös omaisten kohtaamisen hoitotyössä haasteelliseksi. Hoitajien jaksamisesta saattohoitopotilaiden hoidossa voisi tehdä jatkotutkimuksen kyseiselle osastolle.

10.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi oli mielekäs, sillä aihe on hoitotyölle läheinen ja sellainen, että siitä on aina uutta opittavaa. Kivunhoidon ja perushoidon osa-alueet olivat mielenkiintoisia ja niistä tietoa löytyi hyvin. Rajasimme perushoidon asento- ja suunhoidon osa-alueisiin, koska koimme ne tärkeimmiksi. Yhteistyömme sujui hyvin ja tavoitteemme opinnäytetyön suhteen olivat hyvin yhtenevät. Teimme paljon itsenäistäkin kirjoitustyötä jakamalla opinnäytetyötä osa-alueisiin. Tiedonkulku välillämme oli onnistunutta ja riittävää. Suunnittelimme yhteiset välitavoitteet, jotka toteutuivat aikataulussa. Välitavoitteet olivat myös edellytys opinnäytetyön onnistumiselle, sillä toinen meistä oli ulkomaan vaihdossa syksyllä 2010. Koko opinnäytetyön prosessin ajan pidimme opinnäytetyöpäiväkirjaa, jossa oli kerättynä tietoa muistiinpanoina ja välitavoiteasioita.

Ohjaavaan opettajaan olimme yhteydessä sähköpostitse ja muutaman kerran tapasimme henkilökohtaisesti. Ohjaavalta opettajalta saimme hyvin tukea ja ohjeita opinnäytetyöhön. Hyödynsimme koulun tarjoamia opinnäytetyöpajoja, joissa saimme neuvoa eri alojen opettajilta. Ongelmatilanteissa otimme yhteyttä opettajiin sähköpostitse. Saimme erityisen hyvää ohjausta tutkimustulosten raportointiin ja kuvioden tekemiseen sekä lähdemerkintöihin. Erityiskiitos tietotekniikan ja äidinkielen opettajille. Olimme melko itsenäisiä esimerkiksi tiedon hankinnassa, joten siihen emme tarvinneet ohjausta.

Yhteistyökumppanimme oli motivoitunut ja sitoutunut prosessiimme, vaikka idea tutkimukselle tuli meiltä, eikä se ollut suoranaisesti työelämälähtöinen. Työelämän yhteistyökumppanimme oli jo pitkään ajatellut, että heidän osastollaan olisi tarvetta saattohoito-aiheiselle työlle, sillä osastolla on runsaasti saattohoitopotilaita. Osaston henkilökun-

nan vastaamisprosentti yllätti, sillä oletimme, että työelämästä kyselyymme vastaajia olisi ollut huomattavasti enemmän. Vastanneiden lukumäärä vaikuttaa olennaisesti tulosten luotettavuuteen. Kyselyn lähetimme lomien aikaan, jonka vuoksi vastauksia tuli oletettua vähemmän.

LÄHTEET

- Aalto, Kirsi 2004. Sielunhoito saattokodeissa. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hieta-
nen. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Eloranta, Maj-Britt 2002. Krooninen kipu osana elämää. Pro gradu-tutkielma. Tampe-
reen yliopisto.
- EPUAP & NPUAP 2009. European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure
Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick
reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel.
Viitattu 17.8.2011.
http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Finnish.pdf
- Estlander, Ann-Mari. 2003. Kivun psykologia. Porvoo: WSOY.
- ETENE 2004. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon neuvottelukunnan
(ETENE) muistio. ETENE-julkaisuja 8.
- Heikkinen, Helena; Kannel, Virpi & Latvala, Eila 2004. Saattohoito. Haaste moniam-
matilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY.
- Heikkinen-Lefort, Saanamaria 2009. Kipu muutoksena elämäntarinassa. Tutkimus
kroonisen kivun kokijoiden identiteetin rakentumisesta. Pro gradu -
tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Viitattu 25.1. 2011.
<http://tutkielmat.uta.fi/tutkielma.php?id=19637>.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. Potilaat ja läheiset. 12.7.2006. Viitattu
20.9.2010. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,1941>.
- Helsingin kaupunki. Terveyskeskus; Metropolia & Helsingin yliopisto 2009. Suunhoi-
don abc- ohjeita kotihoidon asiakkaan suunhoitoon. Viitattu 20.9.2011.
<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/cce44a804dae1a7c828983f1c66cafa7/Suunhoidonabc+fin.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=cce44a804dae1a7c828983f1>
- Hirsjärvi, Hilikka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsin-
ki: Tammi
- Hovi, Sirpa-Liisa 1997. Sairaanhoitajien tiedot ja taidot syöpäpotilaan kivun arvioinnis-
sa. Lisensiaatin tutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Huovinen, Pentti 2009. Painehaavat. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 25.8.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313

- Hänninen, Juha & Pitkälä, Kaisu 1999. Kun kuolema lähestyy. *Duodecim*. 115 (15), 1634.
- Hänninen, Juha & Riikola, Teija 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 12.5.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00072>.
- Hänninen, Juha 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, Juha 2004. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Viitattu 6.9.2010.
<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/saatto/>
- Hänninen, Juha 2011. Saattohoito-potilaan ja omaisen opas. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ja TERHO-säätiö.
- Hänninen, Juha i.a. Saattohoito Viitattu 2.9.2011.
<http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Saattohoito>
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Kaleva-Kerola; Jaana 2002. Palliatiivinen hoito. Ylilääkäri, LPKS syöpätautien poliklinikka. Oulun yliopisto ja OYS. Viitattu 28.4.2011.
<http://cc.oulu.fi/~sisawww/esit/020418.htm>.
- Kalso, Eija; Haanpää, Anneli & Vainio, Anneli. 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Karvinen, Marjatta 2010. ETENE herättää keskustelua. *Sairaanhoitaja-lehti* (10), 40–41.
- Kauppila, Marja; Axelin, Anna; Kiuru, Marja; Koukkula, Rauni; Nikula, Sirkka; Onkionen, Kaarina; Ratinen, Pirkko; Rintala-Salminen, Tuula & Salanterä, Sanna. 2008. Suomalainen hoitotieteellinen kipututkimus. *Kipuviesti* 2008: 2, 38–40
- Kipuklinikka 2008. Hermoperäinen eli neuropaattinen kipu. Viitattu 20.11.2010
<http://www.tohtori.fi/?page=0271342&id=4835564>.
- Kuuppelomäki, Merja 2002. Kuolevan potilaan kivunhoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. *Hoitotiede* (5), 243–253.
- Laajalahti, Tiina 2010. Vuodeosaston hoitajien käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. *Diakonia-ammattikorkeakoulu. Porin toimipaikka*. Viitattu 6.8.2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010052410374>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/ 785. Viitattu 15.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785>
- Leino, Timo 2003. Kuolema suomalaisessa saattokodissa. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

- Matikainen, Hanne 1999. Kuolema osana elämää. Hoitajien kokemuksia saattohoidosta Elim-kodissa ja Scillassa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin toimipaikka. Viitattu 20.9.2010.
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki1999/MatikainenHanne.pdf.
- Mattila, Kati-Pupita 2002. Syöpäpotilaan palliatiivisen hoidon keskeiset eettiset ongelmat. Helsinki: Suomalainen teologinen kirjallisuusseura.
- Nissilä, Kalervo 2004. Eksistentiaalinen kipu – kristillinen sielunhoito saattohoidossa. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Nurme, Pia 1999. Potilaiden kipu ja tyytyväisyyskokemukset sairaalassa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Nurminen, Maija-Leena 2006. Lääkehoito. Oppimateriaalit Oy. Helsinki: WSOY.
- Prieur, Virpi 2002. Potilaiden kipukokemukset ja tyytyväisyys kivunhoitoon sairaalassa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Saarto, Tiina 2009. Palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito- koska ja kenelle? Viitattu 28.4.2011.
http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Saarto_Palliatiivinen%20hoito.pdf
- Sailo, Eriikka & Vartti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marjo & Närhi, Matti. 2006. Kivun hoito. Helsinki: WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Tiedote 75/2009. Potilaan hoitopolku sujuvammaksi. Viitattu 28.11.2010. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1394241>.
- Stenvik, Pia 2010. Oireenmukainen hoito. Luento, Pirkanmaan saattohoitokoti, 8.9.2010.
- Suomen hammaslääkäriliitto. i.a.a. Suun kuivuus. Viitattu 20.8.2011.
<http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suun-hoito/suun-kuivuus/>
- Suomen hammaslääkäriliitto. i.a.b. Suun sienitulehduksen hoito. Viitattu 20.8.2011.
<http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suun-hoito/suun-sienitulehduksen-hoito/>
- Suomen hammaslääkäriliitto. i.a.c. Suun sieni-infektio. Viitattu 20.8.2011.
<http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suun-hoito/suun-sieni-infektio/>

- Vainio, Anneli. 2000. Kivun lääketieteellinen hoito. Teoksessa E, Erikson. & Merja Kuuppelomäki (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo: WSOY. 94–95.
- Vainio, Anneli; Hietanen, Päivi; Pitkälä, Kaisu & Moilanen, Kari 2004. Palliativisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen Palliativinen hoito Helsinki: Duodecim
- WHO 1999. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen. www.who.ch.

Liite 1. Saatekirje

Arvoisa vastaaja!

Opiskelemme Diakonia-ammattikorkeakoulussa Pieksämäen yksikössä sairaanhoitajiksi. Opinnäytetyömme aiheena ovat saattohoidon osa-alueet, kivun hoito ja hyvä perushoito. Tutkimustamme varten keräämme tietoja oheisella kyselylomakkeella. Opinnäytetyömme lopputuotoksena valmistamme Teidän työyhteisölle palliatiivisen hoidon-oppaan, vastauksienne pohjalta.

Kyselykaavakkeeseen saatte vastata nimettömästi. Monivalintakysymyksissä ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto ja avoimiin kysymyksiin voitte vastata annetun tilan puitteissa.

Vastausaikaa Teillä on kolme viikkoa ja täytetyt kyselykaavakkeet voitte laittaa mukana tulleeeseen kirjekuoreen. Kaikki vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti ja tietoja tullaan käyttämään vain opinnäytetyötämme varten. Teidän kokemuksenne saattohoidosta ovat tärkeitä!

Kiitos vaivannäöstänne jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin

Sini-Maria Manninen & Heidi Häkkinen

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Liite 2

KYSELY SAATTOHOIDON TOTEUTUKSESTA**Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto****Tutkintonimikkeenne**

1. Sairaanhoitaja

2. Perus-/lähihoitaja

3. Muu, mikä?

Työkokemuksenne valmistumisenne jälkeen

1 alle 5 vuotta

2 5-10 vuotta

3 11–15 vuotta

4 yli 15 vuotta

Työskentelyaikanne kyseisessä yksikössä

1 alle vuoden

2 1-5 vuotta

3 6-10 vuotta

4 yli 10 vuotta

Ympyröikää jokaiselta riviltä tilannettanne kuvaava numerovaihtoehto

1 = Täysin samaa mieltä

2 = Jokseenkin samaa mieltä

3 = En osaa sanoa

4 = Jokseenkin eri mieltä

5 = Täysin eri mieltä

KOULUTUS

1. Olet saanut ammatillista koulutusta saattohoidosta	1	2	3	4	5
2. Koet tarvitsevasi lisäkoulutusta saattohoidosta	1	2	3	4	5
3. Koet nykyisen koulutuksen riittävän saattohoidon toteutukseen	1	2	3	4	5
4. Sinulla on mahdollisuus saada lisäkoulutusta saattohoidosta	1	2	3	4	5
5. Haluaisit saada lisäkoulutusta saattohoidosta	1	2	3	4	5

SAATTOHOITOPÄÄTÖS

5. Osastollasi tehdään selkeitä saattohoitopäätöksiä	1	2	3	4	5
6. Osastosi henkilökunnalla on yhteiset hoitolinjat saattopotilaan hoidossa	1	2	3	4	5
7. Saattohoitopäätöksestä keskustellaan potilaan ja omaisten kanssa	1	2	3	4	5

Ympyröikää jokaiselta riviltä tilannettanne kuvaava numerovaihtoeto

- 1** = Täysin samaa mieltä
2 = Jokseenkin samaa mieltä
3 = En osaa sanoa
4 = Jokseenkin eri mieltä
5 = Täysin eri mieltä

SAATTOHOITO OSASTOLLASI

8. Mielestäsi hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä on tarpeeksi aikaa saattohoitopotilaille
1 2 3 4 5
9. Mielestäsi osastonne soveltuu tiloiltaan saattohoitopotilaiden hoitoon
1 2 3 4 5
10. Mielestäsi saattohoitopotilaiden kivunhoito on onnistunutta ja riittävää
1 2 3 4 5
11. Mielestäsi saattohoitopotilaan oireenmukainen hoito on onnistunutta ja riittävää
1 2 3 4 5
12. Osastollasi huolehditaan saattohoitopotilaan asentohoidosta riittävästi
1 2 3 4 5
13. Osastollasi huolehditaan saattohoitopotilaan suuhygieniasta riittävästi
1 2 3 4 5
14. Osastollasi otetaan huomioon saattohoitopotilaan psyykkiset ja hengelliset tarpeet
1 2 3 4 5
15. Osastollasi otetaan huomioon saattohoitopotilaan toiveet ja mielipiteet
1 2 3 4 5
16. Osastollasi kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta
1 2 3 4 5

AVOIMET KYSYMYKSET**Vastatkaa omin sanoin alla oleviin kysymyksiin****Millaista Teidän mielestänne on hyvä saattohoito?**

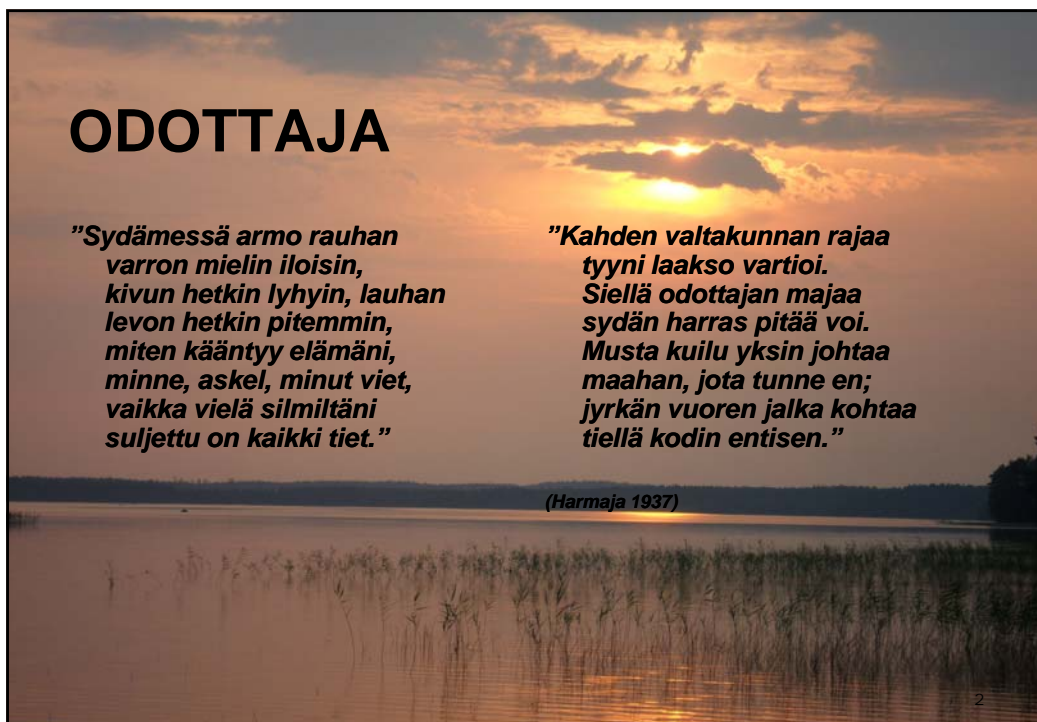
Millaista mielestäsi on hyvä perushoito saattohoidossa?

Millaista on mielestäsi hyvä kivunhoito saattohoidossa?

Millaisia parannusehdotuksia sinulla on osastollanne toteutettavaan saattohoitoon?

Mitä muuta haluaisit sanoa?

KIITOS VASTAUKSISTASI!



SAATTOHOITO

- Saattohoito sanana tarkoittaa, että ihminen saatetaan elämänsä viimeiselle matkalle
- Kuoleman ollessa jo hyvin lähellä ja potilaan hiipuesssa siirrytään palliatiivisesta eli oireenmukaisesta hoidosta saattohoitoon
- Saattohoito on arvoperustaista toimintaa ja sen lähtökohtana ovat hyvä hoito ihmisarvoa kunnioittaen

3

- Saattohoitopäätös tehdään yleensä potilaille, jotka sairastavat pahanlaatuista, levinnyttä ja etenevää tautia.
- Saattohoitopäätös tulisi tehdä yhteistyössä potilaan, omaisten ja lääkäreiden kanssa.
- Saattohoitopäätöksen tekee yleensä kokenut ja lisäkoulutusta saanut lääkäri.
- Suomessa noin 15 000 potilasta tarvitsee vuosittain saattohoitoa
- Suomessa on kolme saattohoitoon erikoistunutta hoitokotia, mutta suurin osa potilaista sairastaa ja kuolee vanhainkodeissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja yliopistollisissa sairaaloissa.

4

PALLIATIIVINEN HOITO

- Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito eroaa saattohoidosta siten, että se voi olla jopa vuosia kestävä.
- Palliatiivinen hoito on aktiivista ja moniammatillista parantumattomasti sairaan ja kuolevan potilaan oireita lievittävää kokonaisvaltaista hoitoa ja saattohoito on yksi sen osa-alueista
- tarkoituksena on lievittää kipuja ja muita vaikeita oireita
- hoito pyrkii sairauden aiheuttamien oireiden mahdollisimman hyvään hallintaan ja hyvän elämän laadun ylläpitoon

5

- palliatiivista hoitoa puolestaan tarvitsee 200 000–300 000 vuosittain
- potilasryhmiä ovat esimerkiksi kuolevat syöpäpotilaat, keuhkohtaumatautiin sairastavat, dementia, MS- ja ALS-potilaat
- Palliatiivisessa hoidossa voidaan käyttää hoitomuotoina esimerkiksi palliatiivista kirurgiaa ja solunsalpaajahoitoja
- rinnalla voidaan käyttää myös tukihoitoja kuten potilaan ravitsemushoito ja infektioiden torjunta.

6

Saattohoidettavan fyysiset ja psyykkiset oireet

- Kuolevilla syöpäpotilailla yleisimpiä oireita ovat hengenahdistus, kipu, ummetus, yskä, uupumus, heikkous, laihtuminen, ahdistuneisuus ja masennus
- Parantumattomasti sairaista 30 %:lla esiintyy oksentelua loppuvaiheessa ja pahoinvointia jopa 60 %:lla
- Delirium eli akuutti sekavuustila lisääntyy viimeisinä elinpäivinä
- Kipu on keskeisin oire yhdessä hengenahdistuksen kanssa

7

Saattohoidettavan sosiaaliset ja hengelliset tarpeet

- Emotionaalinen ja hengellinen tuki muodostuu kuuntelemisesta, koskettamisesta ja myötäelämisestä
- Läsnä oleminen ja toivomusten huomioon ottaminen, sekä hyvän hoitosuhteen luominen on tärkeää
- Omaisten tukeminen ja opastaminen sekä lohduttaminen kuuluvat kuolevan potilaan sosiaaliin
- Hengellisyys antaa saattohoidettavalle tukea ja turvaa ja monet saattavat jopa sovittaa elettyä elämäänsä sielunhoidon kautta.
- Sielunhoidon tulee olla potilaan uskonnon ja vakaumuksen mukaista

8

KIPU

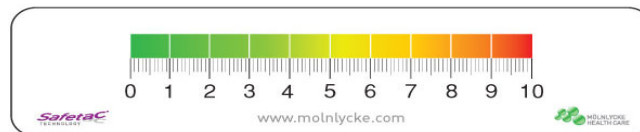
- ”Kipu on sitä, mitä potilas katsoo sen olevan ja kipu on olemassa juuri silloin, kun potilas sanoo sen olevan.”
(M.McCaffery)
- Kipukokemukseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, kulttuurilliset, hengelliset ja henkiset tekijät.
- Kipuun vaikuttaa myös se millainen käsitys potilaalla on omasta hyvinvoinnistaan ja millainen hänen mielialansa on.
- Ahdistus, pelko, masennus, kyllästyminen, unettomuus ja väsymys alentavat kipukynnystä.

9

- Lämpilyöntikipulla tarkoitetaan hetkittäistä kovaa kipua, joka ilmenee kivun lievittämisestä ja kivun hoidosta huolimatta.
- Lääkityksen tulee olla säännöllistä ja potilaalla tulee olla listakivulääkitys lämpilyöntikipuja varten
- hoitona käytetään nopeavaikutteista ja käytössä olevaa opioidia, antamalla lisäannos
- Riittävät kipulääkemääräykset myös päivystysaikoina!
- Kivusta kärsivän potilaan hoidon onnistumisen edellytyksenä on hoitohenkilökunnan hyvät tiedot kivusta, sen hoidosta sekä myönteinen asennoituminen tehokkaaseen kivunhoitoon.
- Onnistumisen edellytyksiin kuuluvat myös kyky työskennellä moniammatillisessa työryhmässä ja sitoutuminen yhteisesti sovittuihin hoitokäytäntöihin.

10

- Kipu on aina yksilöllinen kokemus ja potilaan tulee saada kuvata kipua omalla tyyllillään ja sanoillaan, mutta sen voimakkuutta voidaan mitata erilaisilla siihen kehitetyillä asteikoilla.
- VAS – mittari on 10 cm:n pituinen jana, joka kuvaa kipua jatkumona. Janan vasen ääripää tarkoittaa kivutonta tilaa ja oikea pahinta mahdollista kipua.
- Saattohoitopotilaalla kipu ei saa olla yli kolme ilman, että hoitoa tehostetaan tai potilaasta konsultoidaan esimerkiksi kipupoliklinikkaa.



11

KIVUN HOIDON PERIAATTEET

- Tehokkuus
- Yksinkertaisuus toteuttaa
- Pyrkimys jatkuvaan tasaiseen lievitykseen pitkävaikutteisella lääkkeellä
- Kipuhuippujen tasaus nopeavaikutteisella valmisteella
- Haittavaikutusten minimointi opioidia tai annostelureittä vaihtamalla tai hoitamalla ne sopivin lääkkein
- Kivunhoidon jatkuva kirjaaminen (auttaa seuraamaan kivunhoitoa)



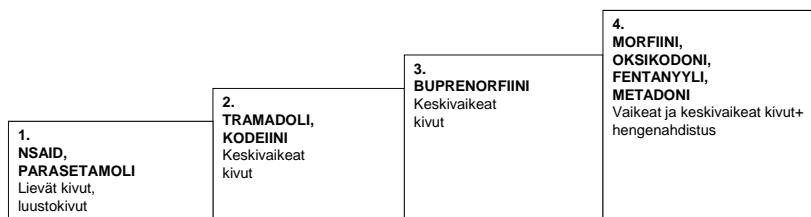
• <http://www.nordic.stryker.com>

12

- Turhaa tekniikkaa ja pistelyä tulee välttää. Saattohoitopotilaalla on vähän lihaskudosta, mihin pistää, pistokset ovat kivuliaita ja ne joudutaan toistamaan 2 - 4 tunnin välein.
- Haittavaikutusten minimointi opioidia tai annostelureittiä vaihtamalla tai hoitamalla ne sopivin lääkkein.
- Opioidit eli morfiinin kaltaiset kipulääkkeet vaikuttavat tehokkaasti ja niitä tulisi antaa keskivaikean tai vaikean kivun hoidossa (VAS >5)
- Kivun hoito perustuu tehokkaaseen lääkehoitoon. Hoidossa noudatetaan WHO:n porrasteista kivun hoidon mallia

13

KIVUNHOIDON PORTAAT



Suolistovuodot
munuaisten
toimintahäiriöt
pahoinvointi,
sydämen
Vajaatoiminta

Ummetus,
pahoinvointi,
sekavuus
(Vanhukset)

Huimaus,
pahoinvointi

Ummetus,
väsymys,
pahoinvointi
Sekavuus

(Hänninen, Juha 2003)

14

PERUSHOITO SAATTOHOIDOSSA

- tarkoittaa ravinnon saantia, huolehtimista puhtaudesta, asentohoidosta ja eritystoiminnasta, sekä lääkkeiden antoa
- toteutetaan rauhallisesti ja siten, että potilaalla on turvallinen olo.
- Asentohoidolla ja suun hoidolla tuotetaan potilaalle fyysistä mukavuutta sekä ennaltaehkäistään mahdollisia kärsimystä aiheuttavia oireita

15

ASENTOHOITO

- tarkoitus on ehkäistä haavaumien, painehaavaumien ja lymfedeeman eli kudosturvotuksen syntymistä
- 15–43 % vuodepotilaista syntyy kuitenkin painehaavaumia
- vuodepotilasta on käännettävä kahden tunnin välein
- asennon vaihdolla vähennetään riskialttiille alueille syntyvän paineen kestoa ja voimakkuutta
- Asennon vaihdossa aina kaksi hoitajaa, apuvälineitä käyttäen, kuten liukulakanat
- Vuodepotilaan asentohoidossa käytetään decubitus-patjaa ja asennon tueksi tyyny/pehmusteet

16

SUUN HOITO

- Oireita saattohoitopotilailla kuiva suu ja suukipu, sekä puhumis- ja syömisvaikeudet
- suun kuivuuden tunnetta esiintyy 70 % saattohoitopotilaista
- Lääkkeistä opioidit, epilepsia- ja masennuslääkkeet sekä diureetit aiheuttavat suun kuivumista
- hoitotyössä pyritään huolehtimaan suun kosteudesta ja tukemaan suun omien sylkirauhasten eritystoimintaa suun säännöllisellä kostuttamisella
- lievittää keinosyljen, kostutus- ja puudutegeelien, imeskelytablettien (esimerkiksi ksylitolituotteet), jään ja ananaspalojen avulla
- Suunhoitoon kuuluu hampaiden harjaus, hammasvälien sekä kielen pinnan puhdistus.

17

HOITOTYÖN VAIHTOEHTOISET MENETELMÄT

- asentohoito
- fysikaalinen hoito
- TENS
- hieronta
- lämpöhoito
- kylmähoito
- psykoterapia ja rentoutus
- musiikki
- sielunhoito
- emotionaalinen tukeminen



18

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

- Opinnäytetyömme tarkoitus oli kartoittaa keskisuomalaisen kunnan terveyskeskuksen vuodeosaston saattohoitokäytänteitä hoitajien kokemana.
- Selvitämme, millaista saattohoito on vuodeosastolla.
- Tutkimusongelmat liittyvät hoitajien valmiuksiin saattohoidon toteutuksesta vuodeosastolla ja saattohoidon toteutukseen.
- Keskeisimmät tutkimusongelmaa selvittävät kysymykset liittyvät hoitajien koulutukseen, osastolla tehtäviin saattohoitopäätöksiin sekä osastolla toteutettavan saattohoidon käytänteisiin.

19

- Tarkoitus on parantaa kivunhoidon ja perushoidon laatua osastolla ja järjestää hoitajille osastotunti tutkimustuloksista ja saattohoidon toteutuksesta.
- Tutkimusongelmaa selvittävät kysymykset:
 - Millaista saattohoito on vuodeosastolla?
 - Kuinka saattohoitoa toteutetaan vuodeosastolla?
 - Millaiset valmiudet osastolla on saattohoidon toteutukseen?

20

TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA KOHDERYHMÄ

- Tutkimusympäristönä toimii 25- paikkainen vuodeosasto, jossa työskentelee sairaanhoitajia yhdeksän, perus- tai lähihoitajia 16 ja kuusi osastoapulaista.
- Tutkimukseen aineisto kerättiin keskisuomalaisen kunnan terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnalta
- Tutkimusmenetelmänä käytimme survey- tyyppistä kyselytutkimusta
- Tutkimuksen toteuttamiseen käytimme kyselylomaketta, joka sisälsi kaksikymmentä strukturoitua väittämää ja viisi avointa kysymystä

21

KESKEISIMMÄT TUTKIMUSTULOKSET

- Hoitajat kokivat nykyisten tietojensa ja taitojensa riittävän saattohoidon toteuttamiseen.
- Vain muutama oli sitä mieltä, että tarvitsee lisäkoulutusta
- Tutkimuksessa käy ilmi, että hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus saada lisäkoulutusta.
- Saattohoidon toteutus osastolla on selkeää ja päätökset mm. pitkäaikaispotilaiden elvytyskielloista ovat selkeitä ja yhdenmukaisia.
- hoitohenkilökunta koki saattohoidettavan kivunhoidon ja perushoidon, kuten asentohoidon olevan onnistunutta ja riittävää.

22

- Koettiin, että potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan
- mutta hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä ei ole riittävästi aikaa potilaan hoitoon.
- osaston tilat soveltuivat hyvin saattohoidon toteutukseen.
- Tämän kartoituksen mukaan osastolla toteutettava saattohoito on onnistunut ja riittävä, sillä potilaan tarpeet ja toiveet otetaan hyvin huomioon.
- Hengelliset ja psyykkiset tarpeet otettiin myös hyvin huomioon.

23

LÄHTEET

- Estlander, Ann-Mari. 2003. Kivun psykologia. Porvoo: WSOY.
- Hänninen, Juha 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim
- Hänninen, Juha 2011. Saattohoito-potilaan ja omaisen opas. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ja TERHO-säätiö.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo. Hoida ja kirjaa 2008. Helsinki: Tammi.
- Nurminen, Maija-Leena 2006. Lääkehoito. Oppimateriaalit Oy. Helsinki: WSOY
- Saarto, Tiina 2009. Palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito- koska ja kenelle? Viitattu 28.4.2011.
- Sailo, Eriikka & Varti, Anne-Marie 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi
- Stenvik, Pia 2010. Oireenmukainen hoito. Luento, Pirkanmaan saattohoitokoti, 8.9.2010.
- Suomen hammaslääkäriliitto. i.a.a Suun kuivuus. Viitattu 20.8.2011.
<http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suun-hoito/suun-kuivuus/>
- Vainio, Anneli; Hietanen, Päivi; Pitkälä, Kaisu & Moilanen, Kari 2004. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen Palliatiivinen hoito Helsinki: Duodecim

24