



**SAATTOHOITOPOTILAIEN KIVUN KOKEMISEN,
HOIDON JA HOIDON VAIKUTTAVUUDEN
ARVIOINNIN KIRJAAMINEN YPTH:n
VUODEOSASTOPALVELUISSA**

Senja Hangaslahti

Susanna Salmi

Kevät 2012
Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HANGASLAHTI, SENJA & SALMI, SUSANNA:
Saattohoitopotilaiden kivun kokemisen, hoidon ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaaminen YPTH:n vuodeosastopalveluissa

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Huhtikuu 2012

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa saattohoitopotilaiden kivun kokemisen arvioinnin, kivun hoidon toteuttamisen, sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamista Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueen vuodeosastopalveluissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan myöhemmin laatia ohjeistus kohdeosastoille siitä, miten saattohoitopotiilaan kipua ja sen hoitoa tulisi kirjata.

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Kohdejoukko oli Mäntän sairaalan sekä Ruoveden terveystieteiden kahden vuodeosaston potilasasiakirjat. Otoksena oli viiden saattohoidossa olevan potilaan asiakirjoista neljän viikon kirjaukset välillä 29.12.2011 – 8.3.2012. Aineisto oli hankittu osastoilla käytössä olevasta Mediatrista, ja sen keräämisen toteuttivat kohdeosastojen osastonhoitajat kevään aikana. Aineisto analysoitiin käyttäen deduktiivista sisällönanalyysiä.

Aineistossa kipua arvioitiin eniten kuvailemalla saattohoitopotiilaan eleitä, ilmeitä ja ääntelyitä. Toiseksi eniten löytyi kirjauksia, joissa potilas oli itse kertonut kivusta. Paljon oli myös kirjauksia, joissa hoitaja oli vain saanut sellaisen vaikutelman, että potilas oli kivulias tai kivuttoman oloinen, ilman tarkempaa selvitystä. Kivun lääkehoito oli lähes aina kirjattu ”Lisälääkitys” -otsikon perään, johon oli merkitty lääke, määrä, antotapa ja kellon aika. Lääkkeetöntä kivunhoitoa oli kirjattu ainoastaan asentohoidon ja happihoidon osalta, ja sitäkin niukasti. Hoidon vaikuttavuutta oli monesti arvioitu vertailemalla potilaan olotilaa hoitoa edeltäneeseen olotilaan. Nukahtaminen oli yleisin hoidon hyvän vasteen merkki. Välillä oli vain todettu lääkkeen auttaneen ilman, että asiaa olisi selvitetty tarkemmin.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että kivun arvioinnin ja kivun hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaaminen YPTH:n vuodeosastopalveluissa on puutteellista. Kirjauksissa oli erittäin suuria eroja; ne vaihtelivat kattavista arvioinneista yksinkertaisiin oletuksiin tai toteamuksiin potilaan kivusta. Lääkehoidon toteutuksen kirjaaminen oli selkeää ja johdonmukaista, ja se noudatti lähes aina samaa kaavaa.

Asiasanat: kipu, kivunhoito, kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, saattohoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Public Health Nursing

HANGASLAHTI, SENJA & SALMI, SUSANNA:
Reporting of Pain Assessment, Pain Management and Treatment Evaluation in
Writing during Terminal Care

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 2 pages
April 2012

The purpose of this thesis was to collect information on the written reporting of pain treatment with terminal care patients. The information for the study was gathered by the head nurses of wards in the hospital of Mänttä and the health care centre of Ruovesi. The gathered data of five patients was then analyzed using qualitative content analysis with deductive approach.

The results of this study suggest that the written reports on pain management in Mänttä and Ruovesi wards lack some of the required information, especially when it comes to pain assessment and evaluation of the given treatment. Pain management with analgesics was reported as should in almost all cases. Other types of pain treatment, such as giving oxygen or mental support, were reported only occasionally.

The findings indicate that knowledge of correct reporting should be taught more, especially when it comes to reporting pain. More detailed education about written reporting should possibly be included already in the curriculums of the universities, to ensure that nurses have the required skills of reporting when they finish their studies and enter the working life.

Key words: pain, pain management, written report, terminal care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	7
3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1 Teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet.....	8
3.2 Kirjaaminen hoitotyössä	9
3.2.1 Lainsäädäntö kirjaamisessa.....	9
3.2.2 Hoitotyön prosessi – mitä kirjataan?	9
3.2.3 Kirjaamisen merkitys hoitotyölle – miksi kirjataan?	10
3.2.4 Miten kirjaaminen tapahtuu?	11
3.2.5 Rakenteinen kirjaaminen	13
3.3 Kivun arviointi	14
3.3.1 Kipu yksilöllisenä kokemuksena	14
3.3.2 Kipu potilaan kuvaamana.....	14
3.3.3 Kivun tulkitseminen	15
3.3.4 Kipumittarien käyttäminen.....	16
3.3.5 Kivun tutkiminen	17
3.4 Kivun hoito.....	18
3.4.1 Lääkkeellinen hoito	19
3.4.2 Syöpä kivun lääkehoito	22
3.4.3 Lääkkeetön hoito	23
3.4.4 Kivun hoidon vaikuttavuuden arviointi.....	24
3.5 Saattohoito	25
3.5.1 Hoidon tavoitteet.....	25
3.5.2 Hoitotahto	25
3.5.3 Saattohoitopotilaan kipu.....	27
3.5.4 Kivun hoidon toteuttaminen	28
3.5.5 Oireen mukainen hoito.....	29
3.5.6 Eksistentiaalinen toivo ja ahdistus	30
3.5.7 Kuoleman lääketieteellistyminen ja pitkittyminen	31
3.5.8 Iäkkään potilaan saattohoito	32
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	34

	5
4.1 Kohdejoukko.....	34
4.2 Toteutus ja analysointi.....	34
5 TULOKSET	36
5.1 Kivun arvioinnin kirjaaminen.....	36
5.1.1 Eleet, ilmeet, ääntely.....	36
5.1.2 Kipu potilaan kertomana	37
5.1.3 Vaikutelma ja oletus kivusta.....	37
5.2 Kivun hoidon kirjaaminen	38
5.2.1 Lääkkeellinen hoito	38
5.2.2 Lääkkeetön hoito	39
5.3 Kivun hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaaminen	39
5.3.1 Olotila.....	40
5.3.2 Nukahtaminen.....	40
5.3.3 Ääntely.....	41
5.3.4 Hoidon vaikuttavuus potilaan kertomana	41
5.3.5 Muu hoidon vaikuttavuuden arviointi.....	42
6 POHDINTA	43
6.1 Käytetyn menetelmän pohdinta	43
6.2 Tulosten tarkastelu	43
6.3 Eettisyys ja luotettavuus	47
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	50
8 SUOSITUKSET.....	52
LÄHTEET.....	54
LIITTEET	59

1 JOHDANTO

Useissa aikaisemmissa kivun hoidon kirjaamisesta tehdyissä tutkimuksissa on kirjaamisen todettu olleen puutteellista (Idvall & Ehrenberg 2002; Salanterä 2005). Samanlaisesta aiheesta tehdyssä opinnäytetyössä on tullut esille, että hoitajien tekemässä rakenteisessa kirjaamisessa on suuria puutteita niin kivun arvioinnin, hoidon kuin hoidon vaikuttavuuden arvioinninkin kohdalla (Holopainen & Kantonen 2010). Kivun hoito kärjistyy etenkin saattohoitopotilaiden kohdalla, sillä saattohoidossa olevan potilaan hoidon päätavoite on kaiken muun oireenmukaisen hoidon lisäksi taata mahdollisimman kivuton kuolemaa edeltävä elämä (ETENE, Työryhmäraportti 2003).

Kyseinen aihe kiinnosti meitä erityisesti koska kivun hoito on tullut esille opinnoissamme useasti tärkeänä osana potilaan hoitoa. Kirjaamista taas emme olleet käsitelleet opintojemme aikana kovinkaan paljon, joten oli mielenkiintoista kehittää omia tietojamme kirjaamisesta sekä saada selville, miten nämä kaksi asiaa käytännössä toteutuvat.

Aiheemme rajaus tuli työelämäkontaktin pyynnöstä, sillä YPTH:n vuodeosastoilla koulutettiin syksyllä 2011 hoitohenkilökuntaa saattohoitoa varten. Tämän vuoksi kyseisten osastojen osastonhoitajat halusivat kartoittaa saattohoitopotilaiden kivun kirjaamisen osaamista Mänttä-Vilppulan sairaalassa sekä Ruoveden terveyskeskuksessa.

Tässä työssä käsittelemme kirjaamisen perusteita ja lainsäädännöllisiä osa-alueita, kivun arviointia, eri hoitomuotoja sekä hoidon vaikuttavuuden arviointia. Lisäksi luomme lyhyen katsauksen saattohoitopotilaan hoitoon ja saattohoidon maailmaan sekä sen erityispiirteisiin kivun hoidon kannalta. Aineistoa käsittelemme työssämme teorialähtöisesti tuoden selkeän kuvan kirjaamisen tämän hetkisestä tilanteesta kohdeosastoilla.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa saattohoitopotilaiden kivun kokemisen arvioinnin, kivun hoidon toteuttamisen, sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamista YPTH:n vuodeosastoilla tällä hetkellä. Kartoitusta tehdään perehtymällä potilasasiakirjoihin.

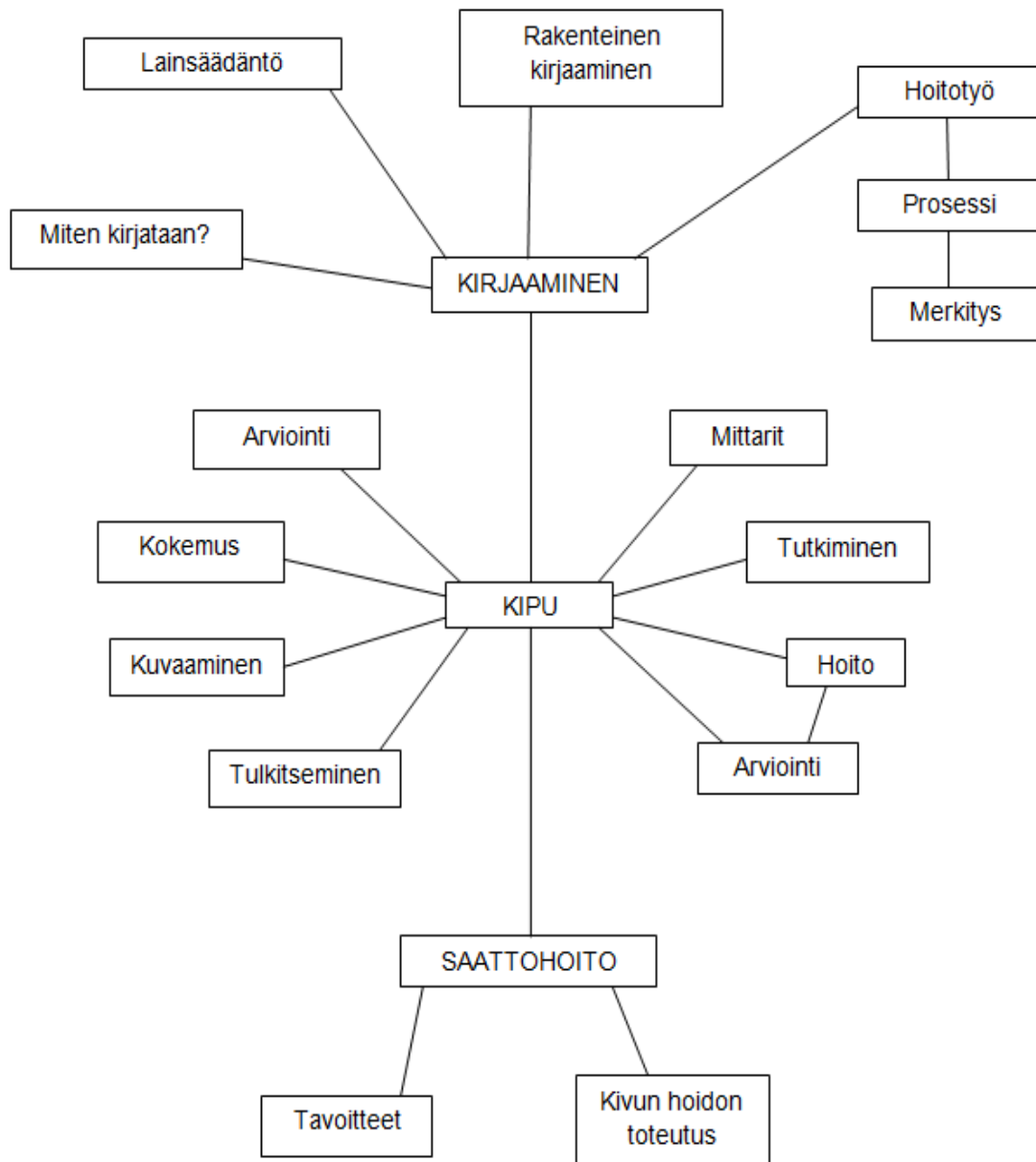
Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Miten kivun arviointi kirjataan?
2. Miten kivun hoidon toteuttaminen kirjataan?
3. Miten kivun hoidon vaikuttavuuden arviointi kirjataan?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan myöhemmin laatia ohjeistus YPTH:n vuodeosastoille siitä, miten saattohoitopotilaan kipua ja sen hoitoa tulisi kirjata.

3 TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys.

Työssämme keskeisiä käsitteitä ovat kipu, kivun hoito, kirjaaminen, saattohoito, palliatiivinen hoito, hoitotyö, sähköinen kirjaaminen, rakenteinen kirjaaminen, kirjaamisen lainsäädäntö ja kirjaamisen etiikka.

3.2 Kirjaaminen hoitotyössä

3.2.1 Lainsäädäntö kirjaamisessa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) säättää terveydenhuollon ammattihenkilön potilasasiakirjoihin kirjaamista. Kirjaamisessa tulee näkyä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 12 §.)

Kirjaamiseen oikeutettuja ovat potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja muut tahot niiltä osin kuin he hoitoon osallistuvat. Myös opiskelijat voivat kirjata toimiessaan sijaisina, muissa tapauksissa ohjaajan tai muun työntekijän tulee hyväksyä kirjaukset. Potilasasiakirjoihin kirjatessa pitää huolehtia, että merkinnät ovat virheettömiä. (Hedman & Hänninen 2010, 9.)

3.2.2 Hoitotyön prosessi – mitä kirjataan?

Hoitotyön prosessi alkaa potilaan hoidon tarpeen arvioinnista. Aluksi kartoitetaan potilaan ongelmat ja voimavarat, sekä asetetaan hänen tarpeensa tärkeysjärjestykseen. Tietoja potilaasta saadaan haastattelemalla potilasta, tekemällä havainnoiteja ja mittauksia. Tärkeää tietoa voidaan saada myös haastattelemalla omaisia ja tutkimalla aikaisempaa potilaskertomusta. Hoidon kannalta merkittävät tiedot kirjataan potilaskertomukseen. (Iivanainen & Syväoja, 2008. 651–654.) Kirjaamista ohjaa sama sääntö kuin itse hoitotyötäkin: potilaan parhaan mukaan toimiminen sekä parhaan tuloksen saavuttaminen on tärkeää (Haho 2009).

Seuraavaksi on määriteltävä hoidon tavoitteet, jotka ovat aina potilaskeskeisiä ja realistisia. Hoidolle asetetaan kokonaistavoite sekä yksi tai useampi välitavoite. Kokonaistavoite kuvaa potilaan tilaa, johon hoidolla pyritään. Tavoite kuvaa esimerkiksi potilaan selviytymistä itsenäisesti tai autettuna. Tavoite on tärkeää ilmaista lyhyesti ja selkeästi. (Iivanainen & Syväoja, 2008. 651–653.)

Tavoitteiden jälkeen valitaan tarkoituksenmukaiset hoitotyön toiminnot. Näitä ovat erilaiset auttamismenetelmät ja keinot, joiden valinnassa ja käytössä on huomioitava hoitotyön periaatteet. Auttamiskeinoja ovat muun muassa ohjaaminen, tukeminen, seuranta ja jonkin hoitotoimenpiteen tekeminen. Potilaskertomukseen kirjaaminen tapahtuu menneessä muodossa, sillä siinä vaiheessa toiminto on jo tehty potilaalle. (Iivanainen & Syväoja, 2008. 653-654.)

Hoitotyön toimintojen toteuduttua arvioidaan, ovatko tavoitteet olleet sopivia ja realistisia, miten ne on saavutettu, onko potilaan hoidontarpeeseen vastattu, sekä millaisia muutoksia potilaan tilassa on tapahtunut. Lisäksi kuvataan potilaan omat kokemukset hoidosta. Arviointi aloittaa uuden tarpeenmäärityksen, ja prosessia jatketaan kaikkien tavoitteiden saavuttamiseen asti. (Iivanainen & Syväoja 2008, 654.)

Päivittäin arviointia tehtäessä on huomioitava potilaan oma arviointi hoitohenkilökunnan arvioinnin lisäksi. Arviointiin otetaan mukaan myös yksittäiset hoitomenetelmät ja niiden vaikutus mittaamalla muutoksia, joita hoito on potilaassa aiheuttanut. Lisäksi potilasta haastatteleamalla ja tarkkailemalla saadaan tietoa tämän voimien muutoksista sekä tilan kehittymisestä. Kun arviointi tai väliarviointi on tehty hyvin, se voi nopeasti antaa kattavaa tietoa potilaan hoidon vaiheista sitä etsiville. (Saranto ym. 2007, 78.) Hyvään kirjaamiseen kuuluu oleellisen tiedon kirjaaminen, asiallinen kielenkäyttö, totuudenmukaisuus sekä luotettava tietojen käsittely ja säilyttäminen (Haho 2009).

3.2.3 Kirjaamisen merkitys hoitotyölle – miksi kirjataan?

Hoitotyölle kirjaamisella on suuri merkitys. Jos esimerkiksi hoitoon osallistumaton henkilö lukee hoitotyön kirjauksia, ovat ne ainut keino muodostaa käsitys potilaan hoidosta sekä hoidon etenemisestä. (Saranto ym. 2007, 72.) Kirjatun tekstin täytyy olla yhdenmukaista ja rakenteista, jotta potilaan tietoja on nopea käydä läpi silloin, kun niistä tarvitsee löytää jotakin tiettyä, kuten aiempaa lääkehoidon toteutumista tai potilaan kiputuntemuksia

(Saranto ym. 2007, 12). Rakenteessa tulee ottaa huomioon tarkoituksenmukaisuus potilaan neuvonnan, hoidon ja niiden jatkuvuuden kannalta (Ensio & Saranto 2004, 23). Potilaan hoidon jatkuvuutta voidaan kirjaamisella parantaa myös hoitopaikan vaihtuessa (Ensio & Saranto 2004, 24). Potilaan oikeuksien kannalta hoitotyön kirjaaminen on merkittävää, sillä kirjauksista näkyy potilaalle suoritettut toimenpiteet ja hänelle kerrottu informaatio hoidon aikana. Myös potilaan oman äänen kuuluminen kirjauksissa on tärkeää. Kirjaamisesta voidaan päätellä, onko potilas saanut laadukasta hoitoa vai ei. (Saranto ym. 2007, 15.)

3.2.4 Miten kirjaaminen tapahtuu?

Kuten hoitotyössä, myös kirjaamisessa keskeisiä periaatteita ovat potilaslähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja turvallisuus (Ensio & Saranto 2004, 9). Yleisesti Suomessa on käytössä WHO:n prosessimalli kirjaamiselle, mutta riippuen yksiköstä ja siellä painotettavasta hoidosta, on myös kirjattavien asioiden tärkeysjärjestys erilainen eri paikoissa (Haho 2009). Jo pidemmän aikaa on kirjaamisessa käytetty yhtenäistävänä rakenteena prosessi- tai ongelmanratkaisumallia: tarve, suunnitelma, toteutus ja arviointi (Ensio & Saranto 2004, 9), joka myös kivun kirjaamiseen on hyvin sovellettavissa etenkin tarpeen, toteutuksen ja arvioinnin osilta. Kirjatessa on otettava huomioon hoitotyön lisäksi myös eettiset periaatteet, jossa voidaan käyttää mallina esimerkiksi Thiroux'n vuonna 1998 laatimaa eettisten periaatteiden luetteloa: elämän kunnioittaminen, hyvyys ja oikeamielisyys, oikeudenmukaisuus ja reiluus, totuuden puhuminen ja rehellisyys sekä yksilön vapaus. (Hallila 2005, 23.)

STM on julkaissut vuonna 2004 ohjeistuksen ydintiedoista, jotka sähköisessä potilaskertomuksessa tulisi olla. Nämä tiedot ovat seuraavat: potilaan tunnistetiedot, hoidon antajan tunnistetiedot, hoitajakson ja -tapahtuman tunnistetiedot, riskitiedot, hoidon syy, diagnoosi, terveyteen vaikuttavat tekijät, fysiologiset mittaukset, hoitotyön ydintiedot, toimenpiteet, lääkehoito, ennaltaehkäisevä hoito ja neuvonta, lausunnot, toimintakyky, apuvälineet,

elinluovutustestamentti, hoitotahto, hoitajakson yhteenveto, jatkohoito sekä suostumus. (Hallila 2005, 30-32.)

3.2.5 Rakenteinen kirjaaminen

Elektronisen kirjaamisen myötä on kyetty tuomaan kirjaamiseen uusia, jäsentäviä keinoja, kuten rakenteistaminen. Tämä tarkoittaa sitä, että kirjaamisen rakennetta sekä sisältöä voidaan kehittää. (Saranto ym. 2007, 66.) Rakenteinen, eli strukturoitu tieto hoitotyön merkinnöissä helpottaa tiedon käsittelyä ja lisää sen uudelleen käytön mahdollisuuksia (Saranto ym. 2007, 96).

Kirjaamisen rakenteisuus muodostuu ennalta määrättyjen luokitusten perusteella. Esimerkkejä tällaisista luokituksista ovat suomalainen hoitotyön toimintoluokitus (SHTol) sekä suomalainen hoitotyön tarveluokitus (SHTaL) jotka perustuvat amerikkalaiseen Home Health Care (HHC) -luokitukseen. Esimerkiksi HHC -luokitus muodostuu komponenteista, jotka kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, käyttäytymistä sekä selviytymistä. Näiden komponenttien alle sitten kirjataan hoitotyön diagnooseja ja toimintoja. (Ensio & Saranto 2004, 44 – 46.)

Sarannon ym. mukaan kivun hoitoprosessi voidaan kirjata rakenteisesti seuraavasti: ensin kirjataan kivun hoidon tarve, jonka jälkeen kertomusjärjestelmä ohjaa suoraan arvioimaan kivun laadun pääluokilla, akuutti tai krooninen kipu, ja edelleen pääluokkaan sopivalla alaluokalla. Hoitotyön toiminnoksi kirjataan kivun seuranta, jota voidaan tarkentaa alaluokilla. Lisäksi kirjataan kivun voimakkuuden mittaaminen esimerkiksi VAS -asteikolla tai muuten arvioidaan kipua, kuten sen laatua, sijaintia ja esiintyvyyttä. Tämän jälkeen kirjataan annettu hoito sekä ohjaus pääluokalla, jota voidaan täydentää vapaamuotoisella tekstillä. Hoidon arviointi kirjataan aistitoiminta -komponentin alle vapaamuotoisesti esimerkiksi kuvailemalla hoidon vaikuttavuutta potilaaseen. Tällä tavalla systemaattinen kirjaaminen voi tuottaa tietoa hoidon laadusta, kun tarkastellaan eri komponenttien käyttöä ja kokonaisuudessaan kivun hoidon kirjaamisten määrää. Näiden tulosten perusteella voidaan sitten arvioida lisäkoulutuksen tarvetta esimerkiksi kivunhoidon, kivun mittaamisen tai kivun hoidon kirjaamisen suhteen. (Saranto ym. 2007, 192 – 194.)

3.3 Kivun arviointi

3.3.1 Kipu yksilöllisenä kokemuksena

Kivun kokeminen on aina yksilöllistä. Kiputilan ollessa erittäin vaikea, on syytä arvioida potilaan kokemaa kipua entistä tiheämmin. Arviointi tapahtuu potilaan tarkkailun, tutkimusten ja haastattelun lisäksi erilaisia apuvälineitä käyttämällä. (Kotovainio & Mäenpää 2010, 592.)

Kärsimyksen hoidossa työntekijän työkaluja ovat herkkyys, empatia ja taito kuunnella (Vainio 2009, 17). Kivun merkitys ja syy luovat pelkoa. Selvää on, että henkilön tilanne ja kokemukset vaikuttavat ratkaisevasti pelon kohteeseen ja määrään. Pelot kohdistuvat melko harvoin itse kuolemaan, mutta erittäin usein kuolintapaan. Pelot voivat liittyä esimerkiksi työhön, urheiluun ja seksiin, sekä muihin henkilökohtaisiin tarpeisiin. Pelko aiheuttaa ahdistusta, joka puolestaan keskittää huomion. Mitä voimakkaammin huomio on itse kivussa, sitä sietämättömämpää kipu on. Tämän vuoksi ahdistuksen ja kivun välillä on selvä korrelaatio. Siksi hoidon yksi tärkeä tavoite olisikin tunnistaa, ymmärtää ja hoitaa myös ahdistusta. (Wall 1999, 174–175.)

3.3.2 Kipu potilaan kuvaamana

Potilaan haastattelu on erittäin tärkeä osa kivun arviointia. Haastattelussa selvitetään potilaan näkökulmasta kivun intensiteetti, luonne ja kuinka häiritsevää kipu on. Kivun ajallisuus kysytään, milloin kipu tuntuu ja kuinka kauan. Selvitetään, mitkä asiat pahentavat ja mitkä helpottavat kipua, ja kuinka kipu vaikuttaa potilaan aktiivisuuteen ja hyvinvointiin. Kipuhistorian, aiempien kipuun liittyvien hoitojen sekä muiden kipuun liittyvien oireiden selvittäminen haastattelussa on myös tärkeää. Kivun sijainti ja sen mahdollinen säteily kysytään erityisen tarkkaan. Potilasta pyydetään näyttämään kehollaan kivun sijainti. Kivun sijainnista pyritään määrittämään, onko se hyvin paikannettavissa vai epämääräinen, onko kipu pinnallista vai jossain syvällä, säteileekö kipu

jonnekin ja minne, onko kipuja useita ja esiintyvätkö ne samanaikaisesti. (Holmia ym. 2008, 178-179.)

Haastattelussa selvitetään tapahtumat ennen kivun alkamista, esimerkiksi mitä potilas on syönyt ja milloin, onko tapahtunut jokin tapaturma tai onko potilas altistunut jollekin haitalliselle aineelle. Otetaan selvää potilaan aikaisemmista samankaltaisista kipukokemuksista ja kuinka potilas on aiemmin suhtautunut kipuun. Kysytään potilaan aiemmat sairaudet, lääkitys, allergiat, mahdolliset leikkaukset ja minkälaista kipulääkitystä tai muita kivunhoitomenetelmiä on käytetty ja miten ne ovat vaikuttaneet. Potilaan työn luonne ja työtehtävät sekä työstä poissaolot kivun vuoksi on myös huomioitava. On tarpeen selvittää myös kivun vaikutus lepoon ja uneen. (Kotovainio & Mäenpää 2010, 592.)

3.3.3 Kivun tulkitseminen

Ihminen reagoi kipuun käytöksellään. Tyypillinen reaktio, levottomuus, on epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänenkäyttöön liittyvää käyttäytymistä. Katastrofireaktio taas puolestaan on äkillinen levottomuusoireisto, joka ilmenee tavallisesti itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtauksena. (Mustakangas 2012, 14.)

Akuutin kivun yhteydessä tyypillisiä reaktioita ovat kipeän paikan suojaaminen, koskettaminen, erilaiset äännähtelyt ja kasvojen ilmeet. Käyttäytymisen muutokset voidaan jakaa kuuteen eri havaintokategoriaan: kehon kielen, kasvojen ilmeiden, ääntelyn, kanssakäymisen, toimintojen ja mielentilan muutokset. Tyypillisen irvistelyn, huutelun ja rauhattomuuden sijaan hoitamaton kipu voi siis aiheuttaa myös masennusta ja sosiaalista eristäytyneisyyttä sekä heikentää liikuntakykyä. Tavallisimpia kipua ilmaisevia kasvonilmeitä ovat kulmien kurtistaminen, otsan rypistäminen ja suun suipistaminen. Kroonisessa kivussa kipukäyttäytymisen tulkitseminen on vaikeampaa koska heillä on todettu olevan muuta väestöä enemmän pelko-välttämiskäyttäytymistä. (Mustakangas 2012, 14.)

3.3.4 Kipumittarien käyttäminen

Kivun mittaamista tarvitaan, jotta kliinisten hoitovasteiden seuranta olisi mahdollinen. Jos mitattavaa suuretta ei ole, tulosten tilastollinen käsittely on hankalaa. Kun hoitovastetta arvioidaan, kivun mittaaminen on muiden mittareiden, kuten toimintakyvyn ja työhön paluun, ohella tärkeä osa arviointia. (Kalso & Kontinen 2009, 54.) Kipua voidaan mitata käyttämällä erilaisia apuvälineitä. Tällaisia apuvälineitä on muun muassa erilaiset visuaaliset asteikot, kipusanasto, kipuanalyysi sekä numeerinen luokitteluasteikko. (Kotovainio & Mäenpää 2010, 592.)

Visuaalinen analogiasteikko, VAS, on yleisimmin käytetty kipumittari. Mittarista on olemassa erilaisia versioita, mutta alkuperäisessä muodossaan se on 10cm pitkä jana, jonka vasen ääripää merkitsee, että kipua ei ole lainkaan, ja oikea ääripää merkitsee pahinta mahdollista kipua. Potilas piirtää pystyviivan sille kohdalle janaa, jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Janan sijaan käytetty kipukiila, jossa asteikko kasvaa punaisemmaksi, havainnollistaa ja yksinkertaistaa kipujanana käyttöä. Lapsia varten puolestaan on kehitetty kasvoasteikko, jossa on vähintään viisi erilaista ilmettä kuvaamassa kivun voimakkuutta. Myös sanallisten asteikoiden käyttö on mahdollista. Kivun voimakkuutta voi kuvailla esimerkiksi seuraavasti: 0= Ei lainkaan kipua, 1= Lievää kipua, 2= Kohtalaisen voimakasta kipua, 3= Voimakasta kipua ja 4= Sietämättömän voimakasta kipua. (Kalso & Kontinen 2009, 55.)

McGillin yliopistossa vuonna 1975 Ronald Melzack loi ensimmäisen sanallisen kipumittarin, jonka pohjalta Heikki Ketovuori kehitti vuonna 1980 vastaavan suomenkielisen vakioitun sanallisen kipumittarin. Jokaista mittariin otettua kipusanaa kohtaan on asetettu numeerinen arvo, joka kuvaa kivun voimakkuutta. Siirtyminen sanasta toiseen kunkin luokan sisällä merkitsee tilastollisesti merkittävää muutosta kivun voimakkuudessa. Kipusanojen, joita potilas valitsee, numeeristen arvojen keskiarvo on niin kutsuttu kipuindeksi, joka kuvaa potilaan kokeman kivun voimakkuutta sillä hetkellä. Toinen tunnusluku saadaan valikoitujen sanojen lukumäärästä. (Kalso & Kontinen 2009, 56.) Kipua, sen laatua, ajallisuutta ja sijaintia kuvaavia sanoja ovat muun muassa aaltoileva, jyskyttävä, pinnallinen, säteilevä, riuhtova, polttava, ahdistava,

lävistävä, vyömainen, kouristava, tainnuttava, pelottava ja kiusallinen (Holmia ym. 2008, 179).

3.3.5 Kivun tutkiminen

Tutkimuksen tärkein osa on kipupotilaan anamneesi (Haanpää 2009, 119). (Katso kappale 3.3.2 Kipu potilaan kuvaamana)

Kipupotilaan statuksen tutkimiseen kuuluvat yleisstatuksen lisäksi kipualueen paikallisstatus sekä psyykkisen tilan arviointi. Potilasta tutkittaessa on tärkeää kertoa hänelle, mitä tehdään ja mitä häneltä odotetaan eri vaiheissa. Löydöksen ollessa epävarma, on tutkimus toistettava, kunnes tutkija on vakuuttunut löydöksestä. Yleisstatusta määriteltäessä tarkastellaan yleisvaikutelmaa, rakennetta, liikkumista ja kehon käyttöä. Keuhkojen ja sydämen auskultaatio sekä verenpaineen mittaus suoritetaan. Tutkimusta tehtäessä havainnoidaan samalla potilaan vireyttä, tunnetilaa ja kognitiivisia toimintoja. (Haanpää 2009, 120.)

Kivun sijaintia arvioidaan ensisijaisesti tunnustelemalla (palpaatio), koputtelemalla (perkussio) sekä kuuntelemalla (auskultaatio) (Iivanainen & Syväoja 2008, 471). Kipualueen paikallisstatukseen kuuluu olennaisena osana myös inspektio, jossa tarkastellaan ihon väriä ja vitaliteettia, turvotuksia sekä tutkittavan kohteen mahdollisesti poikkeavaa muotoa. Kun kivun sijainti on määriteltä, tutkitaan kyseinen kehonosa tai elinjärjestelmä käyttäen vakiintuneita statustestejä. Tuki- ja liikuntaelinten tutkimuksessa lihasvoima ja liikelaajuudet testataan sekä arvioidaan liikkeiden sujuvuutta ja liikerytmiä. Mikäli epäillään neuropaattista kipua, suoritetaan paljaalle iholle tehtävä ihotunnon tutkimus. Tuntotestiin kuuluu kosketus-, terävä-, kylmä- sekä värinätunnon testaus. Testattavaa aluetta verrataan vastakkaisen kehon kohtaan, mikäli oire on toispuoleinen. Oireen ollessa symmetrinen, verrataan keskenään tyviosaa ja ääriosaa. Myös aistimuksen voimakkuus, laatu sekä tuntemuksen mahdollinen jatkuminen ärsykkeen loppumisen jälkeen kysytään potilaalta. (Haanpää 2009, 120.)

Kipua voidaan arvioida myös esimerkiksi erilaisten provokaatiotestien sekä röntgentutkimusten avulla. Provokaatiotestissä kipuoireita vahvistetaan esimerkiksi fyysisellä ärsykkeellä. Testiä voi käyttää muun muassa välilevyn pullistumaa epäiltäessä. Röntgentutkimuksissa on mahdollista selvittää tuki- ja liikuntaelinvaivoja, havaita luumuutoksia, tutkia varjoaineen avulla niveliä ja rankaa ympäröivien rakenteiden tilaa, sekä arvioida esimerkiksi keuhkoverekkyyttä, sydäntä, sen muotoa ja kokoa. (Kotovainio & Mäenpää 2010, 592.)

Psykologin tutkimus on tärkeä osa kipupotilaan hoitoa ja hoidon suunnittelua, joskin aivan kaikille kipupotilaille psykologin tutkimus ei ole tarkoituksen mukaista (Elomaa & Estlander 2009, 144). Kipuongelman psykososiaalisia ulottuvuuksia ovat muun muassa kivun voimakkuus, haitta, psyykinen rasittuneisuus, hallinta ja sosiaalinen tuki. Näiden ulottuvuuksien kartoittamiseen kehitetystä lomakkeesta MPI (Multiaxial Pain Inventory) on tehty suomenkielinen versio, SIMPI, jonka tilastollisia ominaisuuksia on selvitetty laajalti potilasaineistossa Suomessa. (Elomaa & Estlander 2009, 146-147.)

3.4 Kivun hoito

Kivunhoidon keskeisimmät teemat ovat kärsimyksen lievittäminen, vaikuttavien hoitomenetelmien käyttö, hyötyjen ja haittojen puntarointi, sekä potilaiden tasavertainen kohtelu. Nämä teemat ovat sekä eettisten ohjeiden, että lainsäädännön keskeistä sisältöä. (Haanpää 2009, 508.)

Lääketieteen keinot eivät usein yksin riitä auttamaan pitkäaikaisesta kivusta kärsivää potilasta. Siihen vaaditaan pitkäjänteistä ja tiivistä yhteistyötä kivusta kärsivän ihmisen ja kiputiimin kanssa. Kiputiimiin kuuluu terveydenhuollon eri asiantuntijoita, kuten lääkäreitä, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia, psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä. (Holmia ym. 2008, 181.) Ryhmään voi, ainakin osittain, kuulua myös neurologi ja psykiatri. Jokainen tiimin jäsen tuo keskusteluun oman ammattikuntansa näkemyksen potilaan tilanteesta. Työryhmytyöskentelyn etu on myös siinä, ettei kukaan joudu yksin prosessoimaan ja kantamaan vaikeita hoitohaasteita. (Granström 2010, 93–94.)

Myös vertaistukiryhmät, jotka koostuvat toisista kipuongelmista kärsivistä ihmisistä, ovat erittäin tärkeä apu monille kipupotilaille (Holmia ym. 2008, 181).

3.4.1 Lääkkeellinen hoito

Lääkehoidon tärkein tavoite on kivun ehkäisy tai jo syntyneen kivun poistaminen. Jotta tämä olisi mahdollista, toteutumiseen tarvitaan oikea lääkevalinta, kyllin tehokas annostelu ja riittävän usein toistetut kerta-annokset. (Iivanainen & Syväoja 2008, 473.) Yleensä kivun ehkäisy on helpompaa kuin pahaksi yltäneen kivun helpottaminen. Koska potilaat ovat aina yksilöitä, oikea lääke, sopiva annostus ja paras mahdollinen kivun hallinta löytyy tarkan seurannan avulla. (Kotovainio ym. 2010, 592.) Potilaan ollessa rauhaton ja mahdollisesti kivulias, on viisaampaa käyttää kipulääkkeitä kuin rauhoittavia lääkkeitä (Iivanainen & Syväoja 2008, 473).

Tulehduskipulääkkeet oikein käytettyinä ovat tehokkaita lievittämään kipua ja tulehdusta. Niiden tärkeimpiä indikaatioita ovat leikkauksen jälkeiset ja vammoihin liittyvät kivut, syövästä aiheutuvat kivut, lihas- ja luustoperäiset kiput ja tulehdukselliset, erityisesti reuma- ja artroosikivut, kuukautiskivut, migreeni sekä tietyt koliikit. (Kalso 2009, 181.) Kipua lieventävä vaikutus alkaa yleensä 30–60 minuutissa ja sen kesto vaihtelee lääkaineesta ja muodosta riippuen kuudesta tunnista vuorokautteen. Tulehduskipulääkkeet voidaan akuutissa kivussa annostella laskimonsisäisesti, lihakseen, peräsuoleen ja hoidon jatkuessa myös suun kautta. (Kotovainio ym. 2010, 593.)

Tulehduskipulääkkeistä eniten käyttökokemusta on asetyylisalisyylihaposta, joka on myös selvästi muita tulehduskipulääkkeitä edullisempi, mutta jonka haittavaikutukset asettavat rajoituksia sen käytölle. Asetyylisalisyylihapolla on pitkäkestoinen verihitaleiden aggregaatiota (solujen liittyminen toisiinsa) estävä vaikutus, joka lisää verenvuototaipumusta esimerkiksi leikkausten yhteydessä. Lisäksi se aiheuttaa myös eniten allergisia reaktioita. Asetyylisalisyylihapon annostus on 0,3- 0,9 g x 3-4. (Kalso 2009, 186–187.)

Ibuprofeenia pidetään laajasti käytetyistä tulehduskipulääkkeistä kaikista turvallisimpana ja siitä on lisäksi paljon tutkimuksia kivun hoidossa. On

osoitettu, että ibuprofeeni syöpäkivun hoidossa annoksina 400-600 mg x 4 lisää merkittävästi vahvojen opioidien tehoa ja vähentää niiden tarvetta. Tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että tulehduskipulääkkeiden maksimaalinen kipua helpottava vaikutus tulee vähitellen noin viiden vuorokauden kuluessa. Sen, kuten samankaltaisen lääkkeen ketoprofeeninkin, tavallisin haittavaikutus on ylävatsavaivat. Ibuprofeenin annostus on 400-800 mg x 3-4. (Kalso 2009, 189-190.)

Parasetamolin anti-inflammatorinen vaikutus on hyvin heikko, joten sitä ei voi lukea tulehduskipulääkkeisiin kuuluvaksi (Kalso 2009, 187). Lääkeaineen kipua poistava teho on kuitenkin sama kuin tulehduskipulääkkeillä (Kotovainio ym. 2010, 594). Parasetamolia käytetään erityisesti vanhusten peruskipulääkityksenä, koska tulehduskipulääkkeet aiheuttavat vanhuksille herkästi suolistovuotoja (Tilvis 2010, 339). Lääkeaine on turvallisin myös muun muassa astmaatikoille, maha- ja pohjukkaissuolihaavapotilaille, lisääntyneen vuotoriskin potilaille, vastasyntyneille, raskaana oleville ja imettäville (Kotovainio ym. 2010, 594). Parasetamoli ei estä verihituleiden aggregoitumista eikä ärsytä mahaa, lisäksi se aiheuttaa harvoin allergisia reaktioita. Parasetamolin tärkein myrkytysoire on maksavaurio, mutta kerta-annoksen tulee tällöin olla yli 10-20 g ennen kuin vaikea vaurio kehittyy. Parasetamolin annostus on 0,5-1,0 g x 3-4. (Kalso 2009, 187-188.)

Euforisoivat analgeetit, opioidit, ovat käytössä olevista kipulääkkeistä voimakkaimpia. Vaikeissa kiputiloissa nämä vähentävät myös ahdistuneisuutta. Opioidit jaetaan kolmeen ryhmään niiden vaikutuksen mukaan: vahvat opioidit, kuten esimerkiksi morfiini, oksikodoni ja fentanyyli, keskivahvat opioidit, kuten esimerkiksi buprenorfiini sekä heikot opioidit, kuten esimerkiksi tramadoli ja kodeiini. Pitkäaikaiskäytössä suositeltavaa on käyttää peroraalista annostelua tai laastareita, mutta akuutissa kivussa lääke annostellaan laskimonsisäisesti. Morfiinin ja oksikodonin i.v.-vaikutus alkaa noin viidessä minuutissa ja on maksimissaan noin kahdessakymmenessä minuutissa. Lyhytvaikutteisten opioidien i.v.-vaikutus alkaa alle minuutissa ja maksimin saavutus kestää vain yhdestä viiteen minuuttiin. Opioidien yleisimpiä haittavaikutuksia ovat muun muassa hengityksen ja verenkierron lamautuminen, ruoansulatuskanavan

lamautuminen, pahoinvointi, oksentelu, keuhkoputken supistuminen, virtsaretentio, sekavuus ja riippuvuus. (Iivanainen & Syväoja 2008, 473-474.)

Erityisesti kroonisen kivun hoidossa on syytä harkita erilaisten lääkeaineiden yhdistelmäkäyttöä, jonka periaatteena on yhdistää kivunsäätelyjärjestelmään eri kohdissa vaikuttavia aineita. Näin on mahdollista saavuttaa parempi kivunlievitys vähäisemmällä haittavaikutuksilla. Näin ollen esimerkiksi eri tulehduskipulääkkeitä ei ole suositeltavaa käyttää samanaikaisesti, samoin kuin eri opioideja ei ole mielekästä yhdistää, vaan heikomman opioidin tehon heikentyessä on siirryttävä vahvempaan. (Kalso 2009, 211.)

Opioidien ja tulehduskipulääkkeiden on todettu vahvistavan toistensa vaikutusta, joten on perusteltua käyttää niitä yhdessä. Tästä yhdistelmästä on eniten näyttöä akuutin kivun hoidossa, sekä paljon hyviä kokemuksia syöpäkivun hoidossa. Lisäksi syöpäkivun hoidossa opioideihin on yhdistetty trisyklisiä masennuslääkkeitä, koska amitriptyliini saattaa lisätä morfiinin biologista hyötyosuutta. Neuropaattisen kivun hoidossa parempi vaste saavutetaan yhdistämällä trisyklisiä masennuslääkkeitä epilepsialääkkeisiin. Bentsodiatsepiinien ja tulehduskipulääkkeiden tai opioidien yhdistäminen on mielekästä kiputiloissa, joihin liittyy lihasjännitystä. Pitkäaikaiskäyttö ei kuitenkaan ole suositeltavaa. (Kalso 2009, 211–212.)

Mikäli potilas kärsii kivun lisäksi myös masennuksesta, on mahdollista yhdistää illalla annettava pieniannoksinen amitriptyliini, joka nostaa kipukynnystä ja auttaa nukkumaan, sekä aamulla annettava SSRI-tyyppinen masennuslääke. On kuitenkin huomioitava, että jotkin SSRI-lääkkeet, kuten fluoksetiini ja paroksetiini, nostavat trisyklisten masennuslääkkeiden ja tramadolin pitoisuuksia. Sen sijaan SSRI-lääkkeistä sitalopraami, fluvoksamiini ja sertraliini vaikuttavat vähiten trisyklisten masennuslääkkeiden farmakokinetiikkaan. Mikäli potilas on selvästi masentunut, on suositeltavaa aloittaa lääkitys, joka lievittää masennusta samoilla annoksilla kuin kipua. Tällainen lääke on esimerkiksi duloksetiini, joka on hyvin siedetty lääke myös iäkkäillä potilailla, koska sillä on vähiten antikolinergisiä vaikutuksia. (Kalso 2009, 212.)

3.4.2 Syöpäkivun lääkehoito

Jotta saataisiin aikaan välitön kipua lievittävä vaikutus, tarvitaan syöpäkasvaimeen kohdistuvan hoidon lisäksi tehokas lääkehoito. Mikäli kivun syyhyn on mahdollista vaikuttaa, voi kipulääkkeitä vähentää myöhemmin tarpeen mukaan. Syöpäkivun, kuten muidenkin kipujen, hoidon avainsana on yksilöllisyys, ja hoito räätälöidään aina jokaiselle potilaalle erikseen. Heti ensimmäisellä tapaamiskerralla ei aina löydy oikeaa lääkettä ja annosta, ja toisaalta aluksi hyvän vasteen antanut lääkehoito saattaa hoidon edetessä menettää tehoaan. Hyvän hoidon edellytys on tarkka seuranta ja kivunlievityksen säännöllinen mittaaminen. Hoidon toteuttamisen tulee olla tehokasta, mutta myös yksinkertaista. Pyrkimyksenä on saavuttaa jatkuva tasainen kivunlievitys käyttäen pitkävaikutteisia lääkkeitä, ja kipuhuippujen tasaaminen nopeavaikutteisilla valmisteilla. (Vainio ym. 2004, 76–77.)

Syöpätautien aiheuttamista kivuista suurin osa on hallittavissa yksinkertaisella lääkehoidolla, joka noudattaa WHO:n porrasteista hoitomenetelmää. Hoitomenetelmästä on olemassa kaavio, jonka mukaan lääkkeen valinnan kriteerinä on kivun voimakkuus. Jos kipu luokitellaan lieväksi, kipuun valitaan mieto särkylääke, kuten tulehduskipulääke tai parasetamoli. Kivun ollessa kohtalainen, edellä mainittuun lääkkeeseen liitetään särkylääke, jolla on heikko tai keskivahva opioidivaikutus. Tällaisia lääkkeitä ovat muun muassa kodeiini, tramadoli ja buprenorfiini. Voimakkaaseen kipuun määrätään vahva opioididiagonisti, kuten esimerkiksi morfiini, oksikodoni tai fentanyyli. Jokaiseen portaaseen voi WHO:n kaavion mukaan liittää myös niin sanotun oheislääkkeen, spesifisen lääkkeen, jonka tarkoitus on joko lisätä analgesiaa tai lievittää kipulääkkeiden haittoja. Tällaisia oheislääkkeitä ovat muun muassa trisykliset masennuslääkkeet ja epilepsialääkkeet neuropaattiseen kipuun, spasmolyytit, sekä opioidien aiheuttamaan pahoinvointiin haloperidoli. (Vainio ym. 2004, 76–77.)

3.4.3 Lääkkeetön hoito

Ei-farmakologisia kivunhoitomenetelmiä voisi kuvailla elimistön omien kivunlievitysmekanismien käytöksi ilman lääkkeitä. Tällaisia menetelmiä on kahdenlaisia, psykologisia ja fysiologisia. Psykologisiin menetelmiin kuuluvat muun muassa potilaan kanssa keskustelu, aito läsnäolo ja huomion suuntaaminen pois kivusta. Hyviä keinoja ovat esimerkiksi rentoutus, huumori, mielikuvien luominen, musiikki ja kosketus. (Holmia ym. 2008, 180.)

Asentohoidot ovat yleisimpiä hoitajien suorittamia toimenpiteitä hoitolaitoksissa. Asentohoitojen avulla ehkäistään painehaavojen syntymistä, helpotetaan hengitystä, ylläpidetään verenkiertoa, parannetaan liikkuvuutta, ehkäistään spastisuutta, nivelkontraktuurien kehittymistä sekä kiputiloja. Esimerkiksi psoas-asento, jossa tehdään koukistus lonkka- ja polviniveliin, on hyvä muun muassa selkäkipu-, vatsakipu-, hengitysvajaus- ja halvauspotilaalle sekä potilaalle, jolla on spastisuutta tai turvotusta alaraajoissa. Kylkimakuuasento puolestaan on hyödyllinen kaikkien vuodepotilaiden asentohoidossa, mutta erityisesti toispuolihalvauspotilaiden hoidossa. Kylkiasentoa varten tarvitaan tukityynyjä ja tukia. (Iivanainen & Syväoja 2008, 19–21.)

Kivun hoitoon käytetään paljon erilaisia fysikaalisia hoitoja. Kipua voidaan hoitaa muun muassa lämpöhoidolla ja kylmähoidolla. Lämpöhoitomuotoja on olemassa kahdenlaisia: pintalämpöhoito, kuten esimerkiksi savihoido ja lämpöpakkaukset, ja syvälämpöhoito (UKW). Lämpöhoidon tarkoitus on vilkastuttaa verenkiertoa, kiihdyttää aineenvaihduntaa, alentaa pehmytkudosten jäykkyyttä sekä laukaista lihasjännityksiä. Hoidon vasta-aiheita ovat tulehdukset, verenvuoto, hoitoalueen ihottumat, vauriot, vammat, ihon tuntopuutokset ja elimistön mahdolliset vierasesineet. Kylmähoitoa toteutetaan muun muassa jääpussien, kylmäpakkausten ja kylmävoiteiden avulla. Sen tarkoitus on lievittää kipua hidastamalla hermoärsyksen johtumisnopeutta ja aiheuttamalla ihon tunnottomuutta. Kylmähoitoa on eniten käytetty vammojen ensihoidossa ja kroonisessa kivussa. (Iivanainen & Syväoja 2008, 475.)

Sähköä voidaan käyttää muun muassa synnytyskipujen, kroonisten kipujen, aavesäryn sekä vyöruusun hoidossa. Hoitomenetelmiä on monia, niistä

esimerkkinä mainittakoon TNS, URS, interferenssi, galvaaninen virta sekä DIDY. Sähkön avulla voidaan hoitaa myös ääreishermon vaurioita. Sähköärsytyksellä voidaan tavoitella esimerkiksi halvaantuneen lihaksen toimintakyvyn palautumista. (Iivanainen & Syväoja 2008, 475.)

Hieronta on mekaaninen kivunhoitokeino. Se on helposti toteutettavissa, koska käsien avulla on mahdollista esimerkiksi taputella, hangata, sivellä, pusertaa, venyttää ja ravistella kipualuetta. Imunestekiertoa voi vilkastuttaa lymfaterapian avulla, joka myös on eräänlaista hierontaa. Hieronnan vasta-aiheita ovat muun muassa laskimotukokset, verenvuototauti ja kaulavaltimoahtautumat. (Iivanainen & Syväoja 2008, 475.)

Manipulaatiohoitojen tarkoitus on palauttaa jäykän nivelen tai rangan lukkiutuneiden alueiden liikelaajuus. Manipulaatiohoitoja tekevät napropaatit, kiropraktikot sekä osteopaatit. (Iivanainen & Syväoja 2008, 475.)

3.4.4 Kivun hoidon vaikuttavuuden arviointi

Potilaan kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi on systemaattinen, jatkuva prosessi, joka tulee toteuttaa yhteistyössä potilaan kanssa (Holmia ym. 2008, 181). Kivun voimakkuus tulee mitata aina ennen annettavaa hoitoa, hoidon aikana oletettuna vaikutusaikana sekä hoitomuotojen vaihtuessa. Kivun voimakkuutta tulee mitata koko hoitajakson ajan samalla menetelmällä, jotta saadaan vertailukelpoiset mittaustulokset (katso luku 3.3.4 Kipumittarien käyttäminen). Tuloksettomat kivunlievitysyriytykset on myös kirjattava. (Kuusisto 2010, 591.)

Mikäli potilas valittaa kipua hoidosta huolimatta, on syytä miettiä, onko potilaan kivun arviointi ollut riittävää tai onko kipudiagnoosi, siihen annettavat kivunhoitomenetelmät ja lääkkeenantoreitit oikeat. On myös varmistettava, että potilas ottaa lääkkeensä, ja että hän on myös ymmärtänyt saamansa ohjeet oikein. Joskus kivunhoidon huonon vasteen syynä on taudin eteneminen. (Holmia ym. 2008, 181.)

3.5 Saattohoito

3.5.1 Hoidon tavoitteet

Saattohoidon päämäärä on taata kuolevalle mahdollisimman kivuton ja rauhallinen elämä ennen kuolemaa sekä tukea myös kuolevan omaisia läpi vaikean ajan. Kaikessa huomioidaan potilaan toiveet ja pyritään antamaan parasta mahdollista hoitoa loppuun saakka. Tärkeää on suojata kuolevan yksilöllisyys ja inhimillisyys. (ETENE, Työryhmäraportti 2003.) Hyvän saattohoidon edellytyksenä on, että potilaiden tila ja ennuste tunnustetaan ja tehdään päätökset asianmukaisista hoidoista (Hänninen 2006, 51). Kuolevan ihmisen hoito on kokonaisvaltaista: siinä on otettava huomioon fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, hengellinen ja henkinen näkökulma (Hyvä saattohoito Suomessa. STM 2010).

WHO antoi palliativisen hoidon suositukset vuonna 2002. Niissä korostetaan kivun ja oireiden mukaista hoitoa, elämää ja kuolemaa luonnollisena prosessina, ihmisen psyko-sosiaalisia ja hengellisiä tarpeita, oireenmukaista hoitoa ja omaisten tukea. (Hyvä saattohoito Suomessa. STM 2010.)

3.5.2 Hoitotahto

Hoitotahtokäsitteen loi vuonna 1967 Right to Die –liikkeen johtaja Luis Kutner. Kardio-pulmonaarinen elvytys oli juuri otettu käyttöön, ja Right to Die -liike syntyi vastalauseeksi tilanteessa, jossa kyseistä elvytystä sovellettiin varauksetta kaikkiin sydänpysähdyksen saaneisiin potilaisiin. Tästä seurasi, että osa elvytetyistä potilaista jäi henkiin vaikeasti neurologisesti vammautuneena. (Hildèn 2006, 29.)

Hoitotahto sisältää ennalta annetut ohjeet koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. Potilaalla on lain mukaan oikeus kieltäytyä kaikesta itseään koskevasta hoidosta mukaan lukien elämää ylläpitävä hoito, ja tämä oikeus ulottuu tuleviin

hoitopäätöksiin. Hoitotahto pitää sisällään potilaan itsensä laatiman ja allekirjoittaman yleisluontoisen vaatimuksen elämää ylläpitävän hoidon lopettamisesta tilanteessa, jossa potilaan ennusteen katsotaan olevan kohtuuttoman huono hoidosta huolimatta. Hoitotahto voi myös sisältää erilaisia hoitovaihtoehtoja, joista on tarkoitus luopua tällaisessa tilanteessa. (Hildèn 2006, 29.)

Hoitotahtoja on olemassa eri muodoissa. Se voi olla esimerkiksi valmis kaavake, potilaan itse muotoilema hoitotahto tai suullinen hoitotahto. Olennaisena asiana hoitotahtoon sisältyy vaatimus hyvästä kivunhoidosta ja muusta palliatiivisesta hoidosta. Hoitotahto tulee juridisten vaatimusten mukaan päivätä, ja sille tulee pyytää kahden todistajan allekirjoitukset. Suullinen hoitotahto tulee kirjata potilastietoihin. Kirjaamisen suorittaa terveydenhuollon viranomainen. Velvollisuus huolehtia siitä, että hoitotahto on tiedossa ja saatavilla silloin, kun sitä tarvitaan, on hoitotahdon tekijällä itsellään. Potilaalla on kuitenkin oikeus milloin tahansa muuttaa tekemäänsä hoitotahtoa tai perua se. Hoitotahdon yleisestä kannatuksesta huolimatta harva potilas tekee sellaisen. Suomessa hoitotahdon yleisyys on vaihdellut erityyppisissä potilasaineistoissa 1,5–12 prosenttiin. (Hildèn 2006, 30-31.)

Hoitotahto astuu voimaan, kun ihminen ei itse enää kykene kommunikoimaan ja kertomaan hoitotoiveitaan. Lääkärin on sitouduttava toimimaan hoitotahdon antamien ohjeiden mukaisesti, ja on esitetty, että lääkäreiden ei tulisi kyseenalaistaa hoitotahtoa lääketieteellisin perustein. (Hildèn 2006, 30-31.) Hoitotahtoon liittyy kuitenkin myös ongelmia. Omaiset saattavat ymmärtää väärin hoidon merkityksen tai he eivät hyväksy sitä. Potilasta saatetaan myös tutkia ja hoitaa liian vähän hoitotahdon vuoksi. (Hildèn 2006, 32.)

Hoitotahtoon liittyvien epäilyjen vuoksi on esitetty, että se tulisi laatia lääkärin ja potilaan välisen keskusteluprosessin kautta. Keskustelun tulisi jatkua koko hoitosuhteen ajan, ja sen seurauksena lääkäri ymmärtäisi paremmin potilasta ja vakuuttuisi hänen toiveistaan. (Hildèn 2006, 34.) Myös mahdollisen masennuksen vaikutus hoitotoiveisiin on syytä arvioida (Laakkonen & Pitkälä 2006, 86). Potilas puolestaan oppisi ymmärtämään paremmin, mikä hänen hoitotoiveidensa todellinen merkitys on. Hänelle tulisi myös tarkempi kuva siitä,

mitä hän oikeasti haluaa. (Hildèn 2006, 34.) Potilaan ja lääkärin hienovarainen keskustelu hoitotoiveista auttaisi potilasta myös ymmärtämään ja kohtaamaan sairautensa ja kuolemansa avoimemmin (Laakkonen & Pitkälä 2006, 80). Yhteenvetona todettakoon, että hoitoneuvottelut tulisi räätälöidä yksilöllisesti sen mukaan, kuinka paljon kukin potilas on halukas niihin osallistumaan (Hildèn 2006, 35).

Suomessa lääkäri keskustelee nykyisin syöpäpotilaiden kanssa hoidoista ja sairauden ennusteesta. Näissä keskusteluissa sivutaan myös potilaan toiveita liittyen elämän loppuvaiheen hoitoon. Muiden kuin syöpäpotilaiden kohdalla näistä asioista puhutaan hyvin harvoin. Kirjallisuuden mukaankin lääkärit keskustelevat elvytystoiveista useammin syöpäpotilaiden kanssa kuin vaikeaa sydänsairautta sairastavan kanssa. Potilaat, jotka olivat keskustelleet hoitotoiveistaan hoitavan lääkärin kanssa, saivat kaksi kertaa todennäköisemmin sellaista hoitoa, joka oli heidän toiveidensa mukaista. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 80.)

3.5.3 Saattohoitopotilaan kipu

Yleisin kuolinsyy Suomessa on sydän- ja verisuonitaudit. Sepelvaltimotauti on kansantauti, joka uhmaa kaikkia kirurgisia ja konservatiivisia hoitoyrityksiä. Refraktorista anginaa sairastavista monilla on kolmen suonen tauti, ja heistä noin 70 % on leikattu aikaisemmin. Pienikin rasitus aiheuttaa näillä potilailla iskeemisen kivun, joka vie sairaalahoitoon. Elämänlaatua huonontaa kivun lisäksi jatkuva ja todellinen äkkikuoleman uhka. (Vainio ym. 2004, 21-22.)

Syöpä aiheuttaa noin neljänneksen kaikista kuolemantapauksista (Vainio ym. 2004, 21). Levinnyttä syöpää sairastavista loppuvaiheen potilaista 50–90 % kärsii kivuista. Kivut ovat erilaisia akuutteja ja pitkäaikaisia kipuja, ja monilla syöpäpotilailla on 2-4 kiputilaa samanaikaisesti eri puolilla kehoa. Kroonisen kivun äkillinen paheneminen, läpilyöntikipu, on yleistä esimerkiksi liikkuesssa. (Vainio & Kalso 2009, 478–479.) Syöpäkivuista noin 75 % on peräisin itse taudista, noin 15 % johtuu hoidoista ja hoitokomplikaatioista ja 10 % aiheutuu muista tekijöistä. Kiputiloista 35 % johtuu luuston ja 45 % muiden kudosten

nosiseptoreiden ärsytyksestä, Grondin tutkimuksen mukaan. Tutkimuksessa 33 % kivusta oli viskeraalista ja 34 % neuropaattista kipua. Syövästä johtuvia kiputiloja on muun muassa luustometastaasit, patologiset murtumat, nikaman luhistuminen ja hermo- tai medullakompressio, onteloelimen tukos, verisuonten tukkeutuminen, tulehdusreaktio kasvaimen nekroosin tai infektion takia sekä kohonnut kallonsisäinen paine. (Vainio & Kalso 2009, 480-481.)

Kivun ja kärsimyksen mittaavuuden vaikeus näkyy selkeimmin kuolemaa lähestyvien potilaiden kohdalla. Kipu on usein vain osa kärsimystä, kuten myös halu välttää nöyryytystä ja elämän epäjärjestystä. Oma keho muuttuu lisääntyvän nöyryytyksen lähteeksi vaikean sairauden loppuvaiheessa: jatkuvaa itsensä häpeämisen pelkoa ja sosiaalista eristäytymistä aiheuttavia tekijöitä muun muassa inkontinenssi, ripuli, epäesteettisyys sekä hajut. (Vainio 2009, 19.)

3.5.4 Kivun hoidon toteuttaminen

Riittävä kivun hoito on saattohoidon kulmakivi. Tämä mielletään helposti pelkäsi määrätyn lääkkeen antamiseksi ajallaan, mutta hyvä kivun hoito vaatii kokonaiskivun ymmärtämisen ja sen osa-alueiden huomioonottamisen ja lievittämisen. Hoitohenkilökunnan on syytä havainnoida potilaan käytöstä ja keskustella sekä potilaan, että omaisten kanssa. Potilasta voi pyytää tekemään myös itsearviointeja, joita varten on olemassa erityisiä valmiita kyselykaavakkeita. Näiden avulla pystytään arvioimaan kivun eri osa-alueita. (Hublin & Hämäläinen 2009, 11–14.)

Saattohoidossa kivun hoito on subjektiivista. Tämä tarkoittaa, että kaikki hoitokeinot, joista potilas kokee hyötyvänsä, ovat tarpeellisia. Hoitomenetelmillä ei tarvitse tässä vaiheessa olla objektiivista, tutkittua pohjaa, vaan hoitovalinnat voivat hyvin nojata potilaan omiin mieltymyksiin. Tuloksia mitataan tällöin potilaan subjektiivisen kokemuksen perusteella. Lääkkeettömiä keinoja olon helpottamiseen voivat olla esimerkiksi keskustelu, hyvä hoitosuhde, asentohoito, kylmä- ja lämpöhoidot, musiikki, hieronta ja rentoutus. Lisäksi voidaan tarpeen mukaan käyttää myös TNS-hoitoa (transkutaaninen

hermostimulaatio). Lääkkeelliset ja ei-lääkkeelliset hoitomuotodot tulisi yhdistää ja räätälöidä yksilöllisesti potilaalle toimivaksi kokonaisuudeksi. (Hublin & Hämäläinen 2009, 11–14.)

Syöpäpotilaan kivuista noin 75–85 % on hoidettavissa yksinkertaisen kipu- ja oheislääkityksen avulla, joka noudattaa WHO:n kehittämää porrasteista hoito-ohjetta (Hänninen 2006, 102). (Katso luku 3.4.2 Syöpäkivun lääkehoito.)

Palliatiivinen sedaatio voi olla tarpeen silloin, kun kipu tai henkinen tuska on sietämätöntä tai tavanomaisista kivun hoitomuodoista ei ole apua. Henkistä tuskaa voivat aiheuttaa muun muassa yleinen heikkous, väsyminen sairastamiseen ja kuoleman lähestymiseen, koettu elämän merkityksettömyys ja oman persoonan hajoaminen. Palliatiivinen sedaatio on voitu nähdä myös yhtenä eutanasian muotona, mutta hoitohenkilökunnan on koettava se tapana lievittää sietämätöntä kärsimystä. Sedaatio on potilaan tietoisuuden alentamista lääketieteellisin keinoin, ja sen tarkoituksena on saada potilaan oireet hallintaan - ei tuottaa potilaan kuolemaa. Sedaatiolla voidaan saavuttaa eritasoisia tajunnan asteita: lääkehoito ilman tarkoituksellista sedaatiota, lievä tai kevyt sedaatio, intermittoiva syvä sedaatio sekä syvä, jatkuva sedaatio. (Hänninen 2006, 92–95.)

3.5.5 Oireen mukainen hoito

Saattohoidossa olevista syöpäpotilaista 55 %:lla on infektioita, joista $\frac{3}{4}$ on virtsatie tai hengitystieinfektioita. Infektion hoidolla on onnistuttu myös lievittämään kipua ja muita oireita. Hengenahdistusta helpotetaan oikealla asento- ja lääkehoidolla (loratsepaami, morfiini). (Hänninen 2006, 64–65.) Hapesta on todettu olevan hyötyä vaikeasta hypoksiasta kärsivillä potilailla (COPD). Hengenahdistusta on kyetty lievittämään myös avaamalla ikkuna tai suuntaamalla tuulettimen ilmavirta kohti potilaan kasvoja. (Hänninen 2006, 66.)

Verituotteiden anto saattohoidossa on oireenmukaista. Punasolujen anto tulee kysymykseen silloin, kun potilas on selkeän anemisoitunut (Hb <80) ja kärsii hengenahdistuksesta sekä väsymyksestä. Potilaan voinnin paraneminen on

onnistuneen anemianhoidon merkki. Saattohoidossa potilaiden vuoto-ongelmia on hoidettu farmakologisesti (traneksaamihappo, K-vitamiini, desmopressiini). (Hänninen 2006, 66.)

Saattohoitopotilaille tehtäviä toimenpiteitä ovat muun muassa erilaisen punktiot nesteiden poistamiseksi ruumiin onteloista ja oireita lievittävät toimenpiteet. Vatsaontelon askitekseen poistamiseksi voidaan asettaa dreeni, jonka kautta nestettä poistetaan 4-7 litraa vuorokaudessa. Dreenin laitto onnistuu niin potilaan kotona, kuin vuodeosastolla tai vanhustenhuoltolaitoksessakin. Pleuraneste voidaan poistaa vuodeosastolla. Sappistaasipotilaalle asennetaan stentti kutinan ja keltaisuuden hoitoon. (Hänninen 2006, 66.) Kirurgiaa tarvitaan saattohoidossa yleensä kipujen hoitoon. Yleisimmin kyseessä on reisi- tai lonkkamurtuma. Mikäli potilaan jäljellä oleva elinaika on hyvin lyhyt, hoidetaan murtumakipu opiaattien ja puudutuksien avulla. (Hänninen 2006, 67.)

3.5.6 Eksistentiaalinen toivo ja ahdistus

Elämän vaikeatkin kysymykset tulevat pääasiassa elämän sisältä, mutta eksistentiaaliset kysymykset tulevat ikään kuin elämän ulkopuolelta tai ainakin reunoilta. Eksistentiaalisissa kysymyksissä haetaan olemuksellisesti vastauksia elämän äärioviivoihin: alkukohtaan, lopputulokseen ja kaiken merkitykseen. Eksistentiaalinen ahdistus paljastaa rajapinnat, ja samalla näyttää ihmiselle jotakin olennaista olemassaolosta. (Mattila 2006, 39.) Jos potilaalle ei puhuta kuolemasta suoraan, hänestä voi tuntua, että siitä puhuminen on kielletty. Saatuaan tällaisia viestejä, joko sanallisia tai sanattomia, potilas ei uskalla ottaa kuolemaan liittyviä seikkoja puheeksi. Potilas voi jopa hävetä eksistentiaalista ahdistustaan, koska on vaikenemisesta ja asioiden ulkonaisesta käsittelystä ymmärtänyt, ettei eksistentiaalista ahdistusta saisi olla. (Mattila 2006, 41.)

Kun ihminen saa mahdollisuuden käydä ahdistuksensa läpi, voi eksistentiaalinen ahdistus muuttua eksistentiaaliseksi toivoksi. Toivoa sairauden paranemisesta ei ole syytä enää ylläpitää. Sen sijaan on ylläpidettävä toivoa ihmisarvoisen elämisen arvoisen elämän jatkumisesta, hoidosta ja huolenpidosta sekä oireiden lievityksestä ja tuesta elämän loppuun asti. (Mattila

2006, 45–46.) Jos eksistentiaalinen ahdistus kuitenkin ei lakkaa psyykkisistä hoidoista ja keskustelusta huolimatta, on siihen ehdotettu käytettävän hoitona sedaatiota. Yleensä sedaatio on kuitenkin käytössä fyysisten oireiden hoitomuotona. (Baird & Rosenbaum 2002, 144.)

3.5.7 Kuoleman lääketieteellistyminen ja pitkittyminen

Toisinaan kuolema voi olla myös seurausta annetuista hoidoista. Leikkauksiin ja moniin muihin raskaisiin hoitoihin liittyy riskejä. On olemassa myytti, jonka mukaan etenkin saattohoitopotilaiden kivun hoitoon liitetään monesti riski, että kipua lievitetään sen elämää lyhentävästä vaikutuksesta huolimatta. Totuus kuitenkin on, että kipulääkitys lyhentää elämää vähemmän kuin itse kipu. Tällöin kyseessä saattaakin olla sedatointi, joko tahaton tai tarkoituksellinen. (Hänninen 2006, 25.)

On usein lääketieteen harjoittajien syytä, että potilailla on virheellisiä uskomuksia muun muassa erilaisista tukihoidoista. Tällaisia uskomuksia ovat esimerkiksi luottamus siihen, että suonensisäisellä nesteytyksellä on hyvää tekeviä vaikutuksia, oli tilanne mikä hyvänsä. Toisena esimerkkinä mainittakoon usko automatisoidun kivunhoidon, kipupumppujen, paremmuuteen. (Hänninen 2006, 25.)

Kuoleminen on pitkittynyt lääketieteellisen teknologian myötä. Kuolevan potilaan elämän pitkittäminen on kuitenkin harvoin merkityksellistä, sillä se usein merkitsee vain ongelmien ja kärsimyksen pitkittymistä. Lisäksi lähestyvän kuoleman salaaminen kuolevalta potilaalta yleensä vain pitkittää tämän kärsimystä. (Hänninen 2006, 26–27.) Lääketieteellisiä keinoja, joita käyttämällä lähestyvää kuolemaa voidaan – ainakin teoriassa - yrittää loitontaa, kutsutaan elämää ylläpitäviksi hoidoiksi. Tällaisia hoitoja ovat esimerkiksi suonensisäinen nesteytys ja ravinnon anto joko suonensisäisesti, nenämahaletkulla tai käyttäen erilaisia apuvälineitä. Joidenkin lääkitysten, kuten kortisonin ja antibioottien, käyttö voitaneen laskea myös tähän ryhmään. Lisäksi elvyttäminen sekä hengityskoneen tai vastaavien elintoimintoja ylläpitävien laitteiden tai toimintojen käyttö kuuluvat myös kyseisiin toimiin. Tähän kategoriaan kuuluu niin ikään erilaisten verituotteiden ja solutuotantoa stimuloivien valmisteiden käyttö. (Hänninen 2006, 55.)

Moraalinen ongelma syntyy pohdittaessa, onko elämää mahdollista pitkittää nesteytyksellä ja onko mahdollinen pitkitys potilaalle sen arvoista, että hän sitä haluaisi, jos hänellä olisi ennakkotieto tulevasta elämänlaadusta. Toinen kysymys on, joudutetaanko potilaan kuolemaa, jos nestettä ei anneta. (Hänninen 2006, 57.)

3.5.8 Iäkkään potilaan saattohoito

Iäkkäät potilaat, jotka eivät sairasta syöpää vaan jotain muuta kuolemaan johtavaa sairautta, kuten dementiaa, verisuonisairauksia, sydämen vajaatoimintaa, sokeritautia tai kroonista keuhkohtaumatautia, ovat suuressa vaarassa jäädä riittävän palliatiivisen hoidon ulkopuolelle. Todennäköisin syy siihen, miksi kokonaisvaltaista palliatiivista hoitoa ei näille potilasryhmille tarjota, on ennusteen arvioimisen vaikeus. Siksi on myös hyvin vaikeaa ottaa esille elämän loppuvaiheen hoitoon liittyviä kiperiä asioita. Kroonisia sairauksia sairastavia potilaita hoitavien lääkäreiden ja hoitajien tulisi pohtia mielessään, olisivatko he yllättyneitä, jos potilas kuolisi seuraavan 12 kuukauden aikana. Jos vastaus olisi ”ei”, kokonaisvaltaisen palliatiivisen hoidon organisointi ja toteutus olisi syytä aloittaa. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 81–82.)

Omaisista tulisi liittää lisääntyvästi mukaan iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen suunnitteluun, mikäli potilas ei sitä nimenomaisesti kiellä (Laakkonen & Pitkälä 2006, 84). Kuten syöpäpotilaiden kanssa, myös dementiapotilaan ja hänen omaisensa kanssa tulisi suunnitella hoito erityisesti palliatiivisen hoidon näkökulmasta käsin ja pyrkiä mahdollisimman hyvään dementiaperheen elämänlaatuun (Laakkonen & Pitkälä 2006, 86). Muistisairaalla vanhuksella on mahdollisuus myös nimetä sijaispäättäjä hoitotahdossa tai edunvalvontavaltuutuksessa (Hyvä saattohoito Suomessa, STM 2010). Suomalaiset tutkimukset ovat selvittäneet iäkkäiden potilaiden saamaa hoitoa elämän lopussa. Tutkimukset ovat tuoneet potilaan, perheen ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksessa esiin puutteita, jotka ovat heikentäneet kuolevan potilaan hoitoa. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 89.)

Dementiapotilaiden ennalta ehkäisevän fyysisen kuntoutuksen, käytösoireiden ja muiden psyykkisten oireiden hoidossa oleviin puutteisiin tulisi kehittää

erityisosaamista. Myös dementiapotilaiden kivunhoidossa on puutteita, sillä useiden tutkimusten mukaan se on alimitoitettua. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 87–88.) läkkäistä potilaista suuri osa on monisairaita ja rikkovat monien hoitojärjestelmien ja –ketjujen rajoja, ja myös siksi he ovat varsin haasteellisia potilaita (Laakkonen & Pitkälä 2006, 85).

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kohdejoukko

Opinnäytetyömme kohdejoukko on Mäntän sairaalan sekä Ruoveden terveyskeskuksen kahden vuodeosaston potilasasiakirjat. Otoksena on viiden saattohoidossa olevan potilaan asiakirjoista neljän viikon kirjaukset välillä 29.12.2011 – 8.3.2012.

4.2 Toteutus ja analysointi

Opinnäytetyömme on tehty kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä, joka Hirsjärven ym. mukaan lähtee todellisen elämän kuvaamisesta sisältäen ajatuksen siitä, että todellinen elämä on moninainen. Laadullinen tutkimus pyrkii tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja arvojen johdattamana, tutkimuksen tulosten rajoituksessa johonkin tiettyyn paikkaan ja aikaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 157.)

Sisällön analyysi on opinnäytetyössämme tehty deduktiivisella eli teorialähtöisellä menetelmällä. Aineiston luokittelu deduktiivisessa sisällön analyysissä perustuu johonkin olemassa olevaan teoriaan tai käsitejärjestelmään, jolloin analyysiä myös ohjaa joku teema tai käsitekartta. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 113.)

Asiakirjat saimme työstettäväksi 19.3.2012 Mäntän sairaalan yhteyshenkilöltä. Kohdeosastojen osastonhoitajat olivat keränneet tätä ennen materiaalin osastoilla käytössä olevasta Mediatrista sen mukaan, kun osastoilla saattohoitopotilaita oli.

Aloitimme aineiston analysoinnin sillä, että luimme erikseen koko aineiston kertaalleen läpi ja merkitsimme jo alustavasti kivun kirjaamiseen liittyviä kohtia muistiin. Seuraavaksi kävimme aineiston yhdessä suullisesti läpi, jolloin teimme myös aiempien merkintöjen perusteella värikoodauksen. Koodauksessa

käytimme apuna opinnäytetyölle asetettuja tehtäviä sekä teorian viitekehystä. Tämän jälkeen siirsimme koodatut asiat tietokoneelle, jolla luokittelimme materiaalin deduktiivisen mallin mukaisesti edeten suurista kokonaisuuksista pienempiin yksityiskohtiin (LIITE 1).

Lähdimme liikkeelle kolmesta yhdistävästä luokasta, joista erottelimme yhteensä 10 yläluokkaa ja niistä edelleen 15 tarkentavaa alaluokkaa. Kaikissa yläluokissa, kuten lääkehoidon kirjaamisessa, ei ollut aihetta edetä pienempiin alaluokkiin, joten jätimme ne suuremmiksi kokonaisuuksiksi.

5 TULOKSET

5.1 Kivun arvioinnin kirjaaminen

Kirjauksia kivun arvioimisesta löytyi aineistosta hyvin vaihtelevasti eri potilaiden välillä. Joidenkin potilaiden kohdalla kirjauksessa arvioitiin kipua päivittäin, joidenkin potilaiden kohdalla taas hyvin vähän. Myös kirjausten laaduissa oli merkittävään suuria eroja, jotka vaihtelivat lyhyestä toteamuksesta kivun olemassaolosta laajaan selvitykseen ja kuvailuun, kuinka potilas elehtii, äänтелеe ja kertoo kivustaan.

5.1.1 Eleet, ilmeet, ääntely

Eniten löytyi sellaisia kirjauksia, joissa on luonnehdittu potilaan eleitä, ilmeitä ja ääntelyitä. Näissä kirjauksissa tulee esille paljon erilaisia merkkejä, mistä voi hyvin päätellä, onko potilaalla kipuja vai ei ilman, että potilas kykenee itse kertomaan kivustaan. Eleistä, joista pääteltiin potilaan olevan kivulias, yleisimpiä olivat levoton liikehdintä, pään ja käsien heiluttelu, hoidon vastustelu, säpsähtely, nykiminen, haukkova hengitys ja tarraaminen. Esille tulleita ilmeitä olivat enimmäkseen otsan ja kulmien kurtistus sekä tuskainen ilme. Kivusta kertovista ääntelyistä yleisimpiä olivat valittelu, huutelu, voihkiminen, vaikertaminen ja ähinä. Potilaan kivuliaisuutta ja huonoa oloa on kuvailtu paljon käyttämällä sanoja ”tuskainen”, ”ahdistunut” ja ”vaikea”. Myös potilaan kivuttomuutta on kuvailtu eleiden avulla, kuten esimerkiksi rauhallisuus, levollisuus, kääntelyihin reagoimattomuus ja se, että potilas nukkuu paljon, on tulkittu kivuttomuudeksi. Se, kuinka tarkasti elehdintää on kuvailtu kirjauksissa, vaihtelee suuresti. Elehdintää on saatettu kirjata hyvinkin laajasti mainitsemalla useita kivusta kertovia merkkejä, tai erittäin suppeasti parilla sanalla mainiten vain yhden kipuun viittaavan eleen, ilmeen tai ääntelyn, sekä kaikkea tältä väliltä.

”...otsa kovin kurtussa ja pientä voihkimista...”

”...kovin tuskainen, ähisee ääneen, kasvot punaiset, ei osaa sanoa onko kipua ja missä, mutta mahaan koskettaessa yrittää työntää hoitajan käsiä pois ja valitus lisääntyy.”

”Levoton, kivulias...”

5.1.2 Kipu potilaan kertomana

Toiseksi eniten löytyi kirjauksia, joissa kerrotaan, mitä potilas on vastannut kysyttäessä kivusta tai potilas on muuten itse kertonut kivustaan. Kirjauksissa tuli ilmi, että potilaita usein kysyttiin kivusta. Kirjauksista päätellen potilaat olivat useimmiten pystyneet kertomaan kivustaan tai kivuttomuudestaan, ja melko usein olivat jopa pystyneet tarkasti paikallistamaan kivun. Lisäksi monessa kirjauksessa oli potilaan kertomaa tuettu luonnehtimalla hänen ääntelyään ja elehdintäänsä. Myös ristiriitaiset tilanteet oli kirjattu. Tällaiset ristiriitaiset tilanteet ovat sellaisia, joissa potilas on eleillään ja ilmeillään antanut ymmärtää olevansa hyvin kivulias, mutta kysyttäessä kivuista sanoo, ettei niitä ole. Myös tilanteet, joissa potilas ei ole osannut vastata, onko kipua ja missä, oli kirjattu. Lisäksi oli joitakin kirjauksia, joissa oli vain todettu, että potilas ei ole valitellut kipua. Näistä edellä mainituista kirjauksista ei selvinnyt, onko kivusta kysytty potilaalta.

” Kysyttäessä kipua kertoo sitä olevan.”

”Valittaa kovaan ääneen...kysyttäessä myöntää kipuja olevan, etenkin selkäpuolella”

”Ei ole valitellut kipua.”

5.1.3 Vaikutelma ja oletus kivusta

Vähiten, mutta kuitenkin melko paljon, löytyi kirjauksia, joissa hoitaja on syystä tai toisesta saanut sellaisen vaikutelman, että potilas on kivuliaan oloinen, tai vastaavasti, että potilas ei vaikuta kivuliaalta. Lisäksi oli yllättävän paljon kirjauksia, joissa hoitaja on vain todennut potilaan olevan kivulias tai kivuton.

Näistä kirjauksista ei selvinnyt ollenkaan, millä perusteella hoitaja on ollut niin varma, että potilaalla on tai ei ole kipuja.

”Käännettäessä hieman kivuliaan oloinen.”

”Jotenkin tulee vaikutelma myös kivusta.”

”Kivulias on.”

5.2 Kivun hoidon kirjaaminen

Kivun lääkkeellistä hoitoa oli aineistossa kirjattu selkeästi eniten. Myös lääkkeetöntä hoitoa, kuten asentohoitoa ja happihoitoa, oli kirjattu jonkin verran. Samoin kuin kivun arvioinnin kirjaamisessa, myös kivun hoidon kirjaamisessa eri potilaiden ja kirjaajien välillä oli huomattavia eroavaisuuksia esimerkiksi lyhenteiden käytössä sekä kirjausten rakenteessa.

5.2.1 Lääkkeellinen hoito

Kaikista kirjauksista lääkkeellisen hoidon kirjaukset nousivat esiin määrällisesti suurimpana. Yleisimmin aineistossa lääkitys on eroteltu muusta tekstistä ”Lisälääkitys” -otsikolla, jonka perään on kirjattu lääkeaine, määrä, antotapa ja kellonaika. Joissain tapauksissa kirjauksesta puuttui esimerkiksi kellonaika tai lääkkeenantotapa. Kipulääkityksestä on mainittu myös muualla tekstissä muun muassa kertomassa toistetuista lääkkeen annoista sekä lääkeluvattoman kirjaajan havaitseman kivun yhteydessä. Muutamassa kirjauksessa lääkkeen annon yhteydessä on kerrottu vielä syy lääkitsemiseen.

” Oxanest 6mg s.c. klo...”

” Saanut kipulääkkeen tasan 4:n tunnin välein.”

”Paraceon 1g supp. klo... kivuliaisuuteen.”

5.2.2 Lääkkeetön hoito

Kivun muuta hoitoa ei kirjauksissa tullut esille kovinkaan paljon. Asentohoitoa sekä happihoitoa oli kirjattu jonkin verran kivun hoidon yhteydessä. Asentohoidon toteutusta on kirjauksissa kuvattu asennon korjaamisella, vaihtamisella ja kohentamisella, sekä vain mainitsemalla, että asentohoito on suoritettu. Useimmissa happihoitoa kuvaavissa kirjauksissa on kerrottu, kuinka monta litraa happea virtaa minuutissa. Kahdessa kirjauksessa on mainittu happihoidon suurpiirteinen kesto sekä vastaavasti kahdessa kirjauksessa on kerrottu hapenannotus tapa. Aineistosta löytyi vain yksi maininta, jossa potilaan kipua on helpotettu olemalla potilaan vierellä, sekä yksi maininta jossa kivun vuoksi on asetettu rektaaliputki.

” Asentoa korjailtu ja vaihdettu.”

” Happiviikset, virtaus 1,5l/min...”

” Laitettu rektaaliputki...”

5.3 Kivun hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaaminen

Kivun hoidon vaikuttavuutta on kirjauksissa arvioitu paljon kuvaamalla potilaan olotilaa lääkkeenannon tai hoitotoimenpiteen jälkeen. Myös potilaan nukahtaminen on usein nähty hyvän kivunhoidon vasteena kirjauksissa. Hoidon vaikuttavuutta on arvioitu myös vertaamalla potilaan ääntelyä kivun hoitoa edeltäneeseen ääntelyyn. Aineistossa oli jonkin verran kirjauksia, joissa hoitaja on vain todennut kivun hoidon vaikuttavuuden ilman tarkempaa selvitystä. Hoidon vaikuttavuutta potilaan kertomana oli kirjattu melko vähän. Osa merkinnöistä oli kattavia ja niissä oli kuvattu useampaa merkkiä kivunhoidon vaikuttavuudesta sekä selkeästi vertailtu potilaan vointia hoitoa edeltäneeseen tilaan. Osa merkinnöistä oli puolestaan hyvin suppeita ja lyhytsanaisia.

5.3.1 Olotila

Hoidon vaikuttavuutta on arvioitu kuvailemalla potilaan olotilaa. Hoidon hyvää vastetta on kuvailtu enimmäkseen käyttämällä termejä ”rauhallinen” ja ”levollinen”, sekä lisäksi kerran on käytetty termiä ”helpottunut”. Vastaavasti tilanteissa, joissa kivun hoito on nähty riittämättömäksi, potilaan olotilaa on useimmin kuvailtu levottomaksi. Monessa kirjauksessa on kerrottu myös se, minkä hoidon vaikuttavuutta arvioidaan. Etenkin läikehoito on mainittu usein olotilan tarkastelun yhteydessä. Potilaan olotilaa on useissa kirjauksissa vertailtu hoitoa edeltäneeseen olotilaan esimerkiksi käyttämällä termejä ”rauhallisempi”, ”levollisempi” sekä ”edelleen kivulias”.

”...hetken päästä rauhoittuu ja on levollinen.”

”Edelleen kivulias, levoton.”

”Rauhoittui pian lääkityksen jälkeen.”

5.3.2 Nukahtaminen

Aineistossa potilaan nukahtamista on pidetty merkinä kivun hoidon hyvästä vasteesta. Silloin kun kivun hoidon on katsottu auttaneen, kirjauksissa nukkumista on kuvailtu käyttämällä sanoja ”nukkuu rauhallisesti”, ”nukkuu levollisesti”, ”nukkuu sikeästi”, ”vaipuu uneen” sekä ”nukahtaa levolliseen/rauhalliseen uneen”. Lisäksi pitkäaikaista unijaksoa on pidetty kivun hoidon onnistumisena. Kivun hoidon on katsottu auttaneen jonkin verran silloin, kun potilas on nukkunut vain lyhyitä pätkiä. Tätä on kuvailtu käyttämällä esimerkiksi ilmaisuja ”...vähän torkahdellut.”, ”...nukkui jonkin aikaa...” sekä ”Vain pieniä torkkuja nukkunut...”. Jos potilas ei ole nukkunut kivun hoidosta huolimatta, on tämä tulkittu kivun hoidon riittämättömyydeksi. Kirjausten rakenne vaihtelee kattavasta merkinnästä, jossa kuvataan unen pituutta sekä laatua, yksinkertaiseen toteamukseen nukkumisesta.

”Perfalganin jälkeen nukkui rauhallisesti...”

”Vain pieniä torkkuja nukkunut lääkkeen annon jälkeen.”

”...mutta ei siltikään oikein nuku.”

5.3.3 Ääntely

Kuten kipua arvioidessa, myös hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa on huomioitu potilaan ääntelyä ja vertailtu sitä kivun hoitoa edeltäneeseen ääntelyyn. Mikäli ääntely on hoidon jälkeen jatkunut samanlaisena, on tämä tulkittu kivun hoidon huonoksi vasteeksi. Mikäli ääntely on lääkkeenannon tai hoitotoimenpiteen jälkeen vähentynyt tai lakannut kokonaan, hoidon vaste on nähty hyväksi. Aineistossa on kuitenkin huomattavasti enemmän kirjauksia potilaan ääntelystä niissä tilanteissa, kun hoito ei ole tehonnut potilaan kipuun kuin tilanteissa, joissa hoito on ollut riittävää. Ääntelyä on kuvailtu pääasiassa seuraavin ilmauksin: ”Valittaa edelleen”, ”Huutelee edelleen” sekä ”Ääntelee taukoamatta.” Jonkin verran aineistosta nousi esiin myös kirjauksia, joissa ääntelyä kuvailemalla on kerrottu lääkkeen tai hoidon hetkellisestä kivun lievittymisestä. Näissä kirjauksissa ääntelyn on kerrottu hetkeksi vaimenevan, mutta voimistuvan taas uudelleen kivun yltyessä.

”Lääkityksestä ei apua, valittaa edelleen.”

”Tästä ehkä hieman apua, ääntely vaimeampaa, mutta koventui taas jonkin ajan päästä.”

”ei ääntele.”

5.3.4 Hoidon vaikuttavuus potilaan kertomana

Aineiston mukaan kivun hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa on muutaman kerran käytetty apuna myös potilaan haastattelua. Potilaalta on kysytty kivusta, ja hän on joko sanoin tai pään liikkeillä vastannut hoitajan kysymykseen myöntävästi tai kieltävästi. Reilussa puolessa tällaisista kirjauksista tulee selkeästi ilmi, että kipua on kysytty ja myös kuinka potilas on siihen vastannut. Loput kirjauksista sisältävät ainoastaan potilaan oman kertoman siitä, auttoiko lääke kipuun vai ei.

”...kysyttäessä kivuista, ei kerro niitä olevan.”

”Kertoi myöhemmin, että lääkkeestä oli apua.”

5.3.5 Muu hoidon vaikuttavuuden arviointi

Kirjauksista löytyi myös muutama yksittäinen tai harvoin toistuva tapa arvioida kivun hoidon vaikuttavuutta. Näistä useimmin käytetty on pelkkä toteamus kivun hoidon vaikuttavuudesta ilman perusteluja. Lisäksi kerran on käytetty kasvojen ilmettä ja elekieltä arvioinnin apuna.

”Mahakivun helpottivat.”

”...kasvot kurtussa edelleen ja hieroo vatsaansa...Perfalganista ei apua.”

6 POHDINTA

6.1 Käytetyn menetelmän pohdinta

Koimme, että laadullinen menetelmä ja etenkin deduktiivinen sisällön analyysi olivat erinomaisia valintoja juuri tähän opinnäytetyöhön, koska heti alusta lähtien tiesimme, mitä aineistosta haemme. Määrällisenä tutkimuksena tällaista aihetta tuskin olisi edes mahdollista toteuttaa niin, että tulokset olisivat yhtä kattavat kuin laadullisessa tutkimuksessa. Toki myös kirjausten toistuvuutta sekä määrää voi tarkastella ja siitä saada paljonkin arvokasta tietoa, mutta silloin jäisi mahdollisesti moni erilainen kirjaamistyyli huomioimatta kokonaan. Laadullisessa tutkimuksessa ongelmaksi nousee lähinnä tutkijoiden omien mielipiteiden ja ennakkokäsitysten mahdollinen vaikuttaminen analyysiin. Voi myös olla, että deduktiivisen sisällönanalyysin tyylin vuoksi esimerkiksi jo koodausvaiheessa olemme saattaneet sokaistua etsimään vain tiettyjä, ennalta määrättyjä kokonaisuuksia tekstistä ja siten ehkä jopa jättäneet huomioimatta jotain olennaista. Tätä yritimme välttää lukemalla aineiston yhdessä ja erikseen useampaan kertaan.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan laatia myöhemmin ohjeistus YPTH:n vuodeosastoille siitä, miten saattohoitopotilaan kipua ja sen hoitoa tulisi kirjata. Opinnäytetyöllämme oli kolme tehtävää. Ensimmäisenä tehtävänä oli tarkastella, miten kivun arviointi kirjataan. Toisena tehtävänä oli selvittää, miten kivun hoito kirjataan. Kolmantena tehtävänä oli tutkia, miten kivun hoidon vaikuttavuuden arviointi kirjataan.

Kivun arviointia oli aineistossa kirjattu määrällisesti varsin paljon. Kipua oli arvioitu potilasta haastatteleamalla, havainnoimalla potilaan eleitä, ilmeitä ja ääntelyä sekä potilaasta hoitajalle välittyneen vaikutelman avulla. Kaikista eniten kivun arvioinneista löytyi kirjauksia, jotka kuvasivat potilaan elehdintää, ilmeitä ja ääntelyä. Nämä merkinnät olivat hyvin monipuolisia, joskin tietyt eleet,

äänteet ja ilmeet toistuivat selkeästi useammin kuin muut. Esimerkiksi levottomuus ja otsan rypistäminen toistuivat aineistossa jatkuvasti. Levottomuus on hyvin tyypillinen reaktio kipuun, ja tavallisimpia kipua ilmaisevia kasvonilmeitä ovat kulmien kurtistaminen, otsan rypistäminen ja suun suipistaminen (Mustakangas 2012, 14). Nämä täsmäsivät hyvin kirjauksissa käytettyjen ilmausten kanssa, ainoastaan suun suipistamisesta ei ollut mainittu kertaakaan.

Potilaan omaa kertomaa kivusta tuli esille suhteellisen paljon, mutta usein jäi epäselväksi, oliko potilasta varsinaisesti haastateltu. Potilaan haastattelu on tärkeä osa kivun arviointia, ja haastattelun avulla selvitetään muun muassa kivun intensiteetti, luonne, ajallisuus, sijainti ja kuinka häiritsevää kipu on (Holmia ym. 2008, 178–179). Kirjauksissa ei tullut esille, oliko potilaita pyydetty lainkaan kuvailemaan kipujaan. Sen sijaan kirjaukset antoivat ymmärtää, että yleisin potilaalle esitetty kysymys oli ollut ”Onko kipuja?”. Kivun intensiteettiä ja sijaintia oli kirjauksissa kuvattu yllättävän vähän. Löytyi vain muutamia mainintoja, joissa potilas oli kysyttäessä kyennyt paikallistamaan kipunsa.

Kivun mittaamista tarvitaan kliinisten hoitovasteiden seurannan mahdollistamiseksi. Hoitovastetta arvioitaessa kivun mittaaminen on muiden mittareiden, kuten toimintakyvyn ja työhön paluun, ohella tärkeä osa arviointia. (Kalso & Kontinen 2009, 54.) Toisin sanoen teoria painottaa kipumittarien käytön tärkeyttä, mutta yllätykseksemme kirjauksista ei löytynyt ainuttakaan viittausta minkäänlaisten mittarien käytöstä. Kipua voidaan mitata myös kipusanaston avulla. Kipusanastoon kuuluu paljon kipua, sen laatua, ajallisuutta ja sijaintia kuvaavia sanoja, joita ovat muun muassa aaltoileva, jyskyttävä, pinnallinen, säteilevä, riuhtova, polttava, ahdistava, lävistävä, vyömäinen, kouristava, tainnuttava, pelottava ja kiusallinen. (Holmia ym. 2008, 179.) Tämän sanaston käyttö ei myöskään noussut kirjauksissa esiin lainkaan.

Potilaan kipua oli useissa kirjauksissa arvioitu pelkän vaikutelman avulla, tai oli jopa ainoastaan todettu, että potilas on tai ei ole kivulias. Näistä kirjauksista puuttui täysin kuvailu ja selvitys siitä, miten hoitaja on tullut sellaiseen johtopäätökseen. Kivun arvioinnin tulee tapahtua potilaan tarkkailun, tutkimusten ja haastattelun lisäksi käyttämällä erilaisia apuvälineitä (Kotovainio

& Mäenpää 2010, 592). Koska nämä elementit puuttuivat kirjauksista, oli oletettavaa, ettei niitä oltu käytetty apuna kivun arvioinnissa. Voisi kuvitella, että puutteellinen kivun arviointi ennen hoitotoimenpidettä tai kipulääkitystä johtaisi helposti myös puutteelliseen hoidon vaikuttavuuden arviointiin ja sitä kautta hidastaisi tai jopa estäisi sopivimman kivunhoidon tai lääkityksen löytymistä.

Kipua tutkittaessa tehdään keuhkojen ja sydämen auskultaatio sekä mitataan verenpaine. Tutkimuksen yhteydessä havainnoidaan potilaan vireyttä, tunnetilaa ja kognitiivisia toimintoja. (Haanpää 2009, 120.) Kivun sijainnin arviointi suoritetaan ensisijaisesti tunnustelemalla, koputtelemalla sekä kuuntelemalla (Iivanainen & Syväoja 2008, 471). Kipualueen paikallisstatukseen kuuluu olennaisena osana myös inspektio, jossa tarkastellaan ihon väriä ja vitaliteettia, turvotuksia sekä tutkittavan kohteen mahdollisesti poikkeavaa muotoa (Haanpää 2009, 120). Kirjauksissa ei ollut kertaakaan mainittu, oliko potilaan kipua tutkittu millään menetelmällä. Verenpaineen mittauksia oli paljon, mutta koska niitä ei ollut millään tavalla liitetty kivun arviointiin, ne oli tulkittava muista syistä määräytyiksi verenpaineen seurannoiksi.

Kivun hoidon kirjaaminen painottui selvästi lisälääkitysten kirjaamiseen. Rakente näissä merkinnöissä oli lähestulkoon kaikissa samanlainen. Kipulääke oli erotettu muusta tekstistä Lisälääkitys –otsikolla, joka helpotti lääkkeen annon löytämistä tekstin keskeltä. Otsikon perässä oli kirjattuna lääke, määrä, antotapa sekä kellonaika. Vain yksittäisissä kirjauksissa oli esimerkiksi antotapa tai kellonaika unohtunut merkitä, mutta suurin osa näistä kirjauksista sisälsi kaikki tarpeellisimmat tiedot. Kirjaamisen tulisi olla yhdenmukaista ja rakenteista, jotta potilaan tietoja on nopea käydä läpi silloin, kun niistä tarvitsee löytää jotakin tiettyä, kuten aiempaa lääkehoidon toteutumista tai potilaan kiputuntemuksia (Saranto ym. 2007, 12). Lääkehoidon kirjaamisessa tämä toteutui hyvin.

Lääkkeettömän kivun hoidon kirjaamista oli melko vähän. Asentohoito ja happihoito olivat lähes ainoat menetelmät, mitä kirjauksissa tuli esille. Lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä on olemassa kahdenlaisia, fysiologisia ja psykologisia. Psykologisiin menetelmiin kuuluvat muun muassa potilaan kanssa keskustelu, aito läsnäolo, ja huomion suuntaaminen pois kivusta. Hyviä

keinoja ovat esimerkiksi rentoutus, huumori, mielikuvien luominen, musiikki ja kosketus. (Holmia ym. 2008, 180.) Voisi kuvitella, että hoitajat olisivat voineet käyttää edellä mainittuja keinoja, mutta tällaisia kirjauksia löytyi kuitenkin ainoastaan yksi, ja sekin oli vain lyhyt toteamus: ”oltu vierellä”.

Kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi kirjauksessa oli hyvin vaihtelevaa. Toisinaan se puuttui kokonaan, mutta paljon oli myös erittäin kattavia ja selkeitä arviointeja hoidon vaikuttavuudesta. Kivun voimakkuutta tulee mitata koko hoitajakson ajan samalla menetelmällä, jotta saadaan vertailukelpoiset mittaustulokset (Kuusisto 2010, 591). Toisin sanoen, jos potilaan kipua ennen hoitotoimenpidettä on kirjauksessa arvioitu esimerkiksi ääntelyn ja ilmeiden perusteella, on kivun hoidon jälkeen huomioitava, onko ääntely ja ilmeet yhä samat vai muuttuneet jollakin tavalla. Nämä on kirjattava ylös. Tämä toteutui aineistossa välillä todella hyvin ja välillä ei ollenkaan. Pelkkä toteamus ”lääke auttoi kipuun” jättää sellaisen vaikutelman, että hoitaja ei ole joko ollenkaan tai ainakaan riittävästi tarkastellut potilaan vointia lääkityksen jälkeen. Myös tuloksettomat kivunlievitysyrietykset tulee aina kirjata (Kuusisto 2010, 591). Tämä puolestaan oli toteutunut aineistossa pääasiassa oikein hyvin ja selkeästi.

Myös potilaan omat kokemukset annetusta hoidosta tulisi näkyä kirjauksessa (Iivanainen & Syväoja 2008, 654). Tällaisia kirjauksia, joissa potilas itse kertoo, autoiko lääke kipuun, oli hyvin vähän. Sen sijaan erittäin paljon oli kirjauksia, joissa kivun hoito oli todettu riittäväksi, koska potilas oli nukahtanut ja nukkunut rauhallisesti. Tietysti on ymmärrettävää, että levollisesti nukkuvaa potilasta ei pidä herättää haastattelua varten.

Potilaskertomukseen kirjaaminen tapahtuu menneessä muodossa, sillä siinä vaiheessa toiminto on jo tehty potilaalle (Iivanainen & Syväoja 2008, 653–654). Aineistossa oli kuitenkin huomattavan paljon kirjattu preesensissä. Esimerkiksi kirjaus ”Saa uudelleen Oxanest 6mg s.c. klo...” kuulostaa oudolta, sillä lääke on annettu potilaalle ennen kirjaamista.

Aineistossa oli jonkin verran esimerkillisiä kirjauksia, joissa kipua oli aluksi arvioitu selkeästi kuvailemalla potilaan elehdintää ja ääntelyä. Tämän perään oli merkitty lisälääkitys sisältäen kaiken tarpeellisen tiedon, jonka jälkeen lääkkeen

vaikuttavuutta oli arvioitu vertailemalla potilaan eleitä ja ääntelyä hoitoa edeltäneisiin. Tällaiset kirjaukset olivat selkeimpiä, kaikki tarvittava tieto löytyi helposti ja kirjauksissa ei ollut tulkinnaa varaa. Kirjaukset kivun arvioinnista ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnista olivat kuitenkin melko suureksi osaksi puutteellisia. Pelkkä toteamus siitä, että potilas on kivulias tai että lääke auttoi kipuun ei riitä, jos todella halutaan saavuttaa tai pitää yllä hyvää kivun hoitoa.

6.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen hyvä eettisyys edellyttää tutkimuksen teossa noudatettavan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen teossa on muun muassa pidettävä huolta siitä, että toisen tekemää tekstiä ei plagioida eli kopioida omiin nimiin eikä myöskään esitetä omaa aikaisempaa tutkimustietoa uutena tietona. Tutkimuksen tuloksia ei saa kaunistella, niitä ei saa keksiä eikä myöskään yleistää ilman kritiikkiä. Raportoitaessa tutkimuksen tuloksia on pidettävä huoli siitä, että itse raportti ei johda harhaan tai ole puutteellinen. (Hirsjärvi ym. 2008, 23, 26.)

Työssämme olemme alusta asti pyrkineet siihen, että toimimme mahdollisimman eettisesti tutkimuksessamme. Tutkimusluvut työllemme saimme eettiseltä toimikunnalta, sillä tutkimuksemme sisältää potilastietojen tarkastelua. Olemme teorian tietoa etsiessämme pitäneet huolen siitä, että tieto on luotettavista tieteellisistä lähteistä peräisin silloinkin, kun olemme käyttäneet Internetiä. Välttääksemme plagiointia, olemme huolellisesti merkinneet kaikki lähteet ja tekstiviitteet ylös heti, kun olemme jotakin tietoa työhömmme lisänneet.

Tutkimusaineistomme on arkaluontoista, sillä se sisältää potilaiden tietoja. Pidimme huolen siitä, että emme vieneet sairaalan ulkopuolelle näitä tietoja, vaan yhteyshenkilömmme sairaalalla poisti tiedot aineistosta ensin. Olemme silti myös sopineet, että opinnäytetyön valmistuttua viemme koko materiaalin takaisin sairaalalle hävitettäväksi. Tutkimuksen aikana olemme pitäneet materiaalin yhdessä paikassa emmekä ole näyttäneet sitä kenellekään ulkopuoliselle. Meillä myös on vaitiolovelvollisuus kaikesta lukemastamme

materiaalista. Tutkimuksessa esittämämme lainaukset materiaalista on otettu niin, ettei niistä pysty tunnistamaan kirjoittajaa eikä hoidettavaa potilasta.

Raportissamme esitämme tiedon niin kuin se tutkimuksen analyysissä nousi esille, kaunistelematta tai muuttelematta sitä. Pyrimme pohtimaan kaikkia tuloksia monipuolisesti ja etsimään kritiikkiä siinä missä positiivisiakin tuloksia. Tuloksia esittäessä olemme pitäneet huolen siitä, että emme yleistä tietoa kohdeosastojemme ulkopuolelle.

Tutkimusten luotettavuutta usein kuvataan sanoilla validiteetti (tutkimuksessa tutkittu sitä mitä on luvattu) ja reliabiliteetti (tutkimustulosten toistettavuus). Koska tämä käytäntö on peräisin määrällisestä tutkimuksesta, se ei sovellu laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin kovinkaan hyvin. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 136.)

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi kuitenkin myös laadullisessa tutkimuksessa mitata jollakin tavalla. Hyvä tapa on kuvata kaikki tutkimuksen vaiheet mahdollisimman tarkasti ja tutkimukseen mahdollisesti vaikuttavat olosuhteet huomioon ottaen. (Hirsjärvi ym. 2008, 227.)

Validiteetiltaan työmme on onnistunut hyvin. Olemme koko tutkimuksen ajan pitäneet mielessämme tutkimuksemme tarkoituksen, tavoitteen ja tehtävät. Olemme myös analyysissä käyttäneet tutkimuskysymyksiämme kiinteänä osana analysointia. Työn edetessä pyrimme jatkuvasti pitämään tarkastelumme kirjaamisen näkökulmassa. Vaikka hoitoalaa itse opiskelevina meidän huomiomme materiaalia lukiessa helposti kiinnittyikin itse hoitoon ja saatoimme pohtia mielessämme hoitajien tekemiä ratkaisuja, emme silti antaneet tämän vaikuttaa työhömmme, vaan pyrimme jatkuvasti katsomaan materiaalia ulkopuolisen ”maallikon” silmin.

Tutkittavana ilmiönä kivun hoidon kirjaamista oli suhteellisen helppo tarkastella aineistossa ja useimmiten kirjaukset selkeästi osoittivat, mikä oli kipuun liittyvää kirjausta ja mikä ei. Joissain tilanteissa kuitenkin jäi hieman tulkinnan varaiseksi esimerkiksi se, mikä oli tulkittu kivuksi tai mitä keinoja oli käytetty kivun hoitamiseen ja mitä ei. Näissä tilanteissa luimme merkinnän useaan otteeseen

ja yhdessä pohdimme, kuinka asia on. On kuitenkin selvää, että joku muu saattaisi tulkita nämä epäselvät merkinnät eri tavalla kuin me, ja olemme saattaneet myös tulkita joitain merkintöjä eri tavalla kuin niiden kirjoittaja on ne tarkoittanut.

Koska työmme tutki hoitotyön merkintöjä, voidaan olettaa, että saatu materiaali vastaa nykyistä kirjaamisen tasoa etenkin, jos hoitohenkilökunta ei ole ollut tietoinen tutkimuksestamme. Määrällisesti otoksemme on varsin pieni, mutta tässä tapauksessa tarpeeksi kattava antamaan suhteellisen tarkan kuvan kohdeosastojen kirjaamisen laadusta. Tutkittavien osastojen kirjausten välillä oli kuitenkin melko suuria eroavaisuuksia, joten kaikkien kohdeosastojen kesken ei voida tuloksia täysin yleistää.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tekemämme tutkimus tuotti tärkeää tietoa etenkin Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueen käytettäväksi kivun hoidon kirjaamisesta. Tulokset olivat samankaltaisia kuin aiemmissakin kivun kirjaamista käsittelevissä tutkimuksissa. Esimerkiksi Väänänen pro gradu –tutkielmassaan ”Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa” tuo esille puutteellisuuden kivun hoidon kirjaamisessa arvioinnin, hoidon sekä hoidon vaikuttavuuden arvioinnin osalta rakenteista kirjausta tukevassa käyttöjärjestelmässä. (Väänänen 2008, 67.) Omassa tutkimuksessamme tulokset olivat hieman erilaiset, sillä kivun hoitoa oli kyllä kirjattu tarpeeksi kattavasti, mutta arviointi ennen ja jälkeen hoidon oli puutteellista tai puuttui kokonaan. Koska tulokset ovat olleet samanlaisia muissakin tutkimuksissa, ei meidän tutkimuksemme tuota suurta yllätystä. Uutta tietoa valtakunnallisella laajuudella tämä opinnäytetyö tuskin tuo, mutta tutkimuksen tilaajat kuitenkin saavat tämän avulla tietoonsa osastojen nykytilanteen kivun kirjaamisen suhteen. Koemme siis, että opinnäytetyölle asettamamme tarkoitus on toteutunut erittäin hyvin. Tulosten perusteella pystyy kehittämään ohjeistuksen kivun hoidon kirjaamisen parantamisesta tavoitteemme mukaisesti. Myöhemmin pidettävillä osastotunneilla osastojen henkilökunnalle jaetaan tieto tutkimuksen tuloksista ja hieman teoriaa aiheesta, jotta kirjaamisen kehittäminen voisi käynnistyä.

Jatkossa suosittelimme yhtenäisempää kirjaamiskäytäntöä, joko rakenteisen kirjaamisen avulla tai sitten yhteisesti sovittujen, ehkä jopa valtakunnallisten käsitteiden ja selkeiden käytänteiden käyttöön ottamisella. Teoriaa kirjaamisen rakenteesta ja kirjauksessa mainittavista asioista löytyy suhteellisen paljon. Olisi kuitenkin hyvä saada tarkempaa, pelkkään kivun kirjaamiseen painottuvaa materiaalia, jonka avulla pystyisi yhtenäistämään koko Suomen alueen kivun kirjaamisen laadultaan samanlaiseksi. Kirjaamista voisi myös jo opiskelun aikana käsitellä enemmän, jotta valmistuessa hoitajalla olisi hyvin selkeä kuva siitä, mitä kirjataan, miten kirjataan ja milloin kirjataan. Tulevaisuudessa voisi tutkia esimerkiksi sitä, minkälaiset käsitykset valmistuvilla sairaanhoitajilla on kivun kirjaamisesta. Laajempänä tutkimusehdotuksena, jos mahdollista, olisi

tutkia monien erilaisten rakenteisten järjestelmien antamia valmiuksia kivun hoidon kirjaamiseen.

8 SUOSITUKSET

Saattohoitopotilaan kivun kirjaaminen YPTH:n vuodeosastopalveluissa, erityisesti kivun arvioinnissa ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa, oli hyvin vaihtelevaa ja usein puutteellista. Tutkimuksen tulosten perusteella kirjaaminen kaipaa yhtenäisempää mallia, jolloin kivun hoidon vaikuttavuuden seuraaminen olisi helpompaa ja sitä kautta kivun hoito voisi kehittyä parempaan suuntaan.

Kivun arvioinnin kirjaaminen on tärkeää suorittaa selkeästi, mutta ei liian pitkästi. Arviointia ei kannata sijoittaa tekstin keskelle niin, että sitä joutuu etsimään, vaan sille voi antaa otsikon, kuten esimerkiksi ”Kipu”. Kirjauksessa kuvaillaan lyhyesti potilaan eleitä, ilmeitä ja ääntelyitä, ja jos potilas pystyy puhumaan tai muuten kommunikoimaan, kivusta kannattaa aina kysyä ja vastaus kirjata. Selkeä arviointi kivusta auttaa hoidon vasteen arvioimisessa merkittävän paljon. Jos kivun olemassaolo on vain todettu, on hoitajan vaihtuessa mahdotonta verrata potilaan kivun hoidon jälkeistä olotilaa hoitoa edeltäneeseen. Tämä pätee etenkin niissä tilanteissa, kun potilas ei itse pysty kertomaan kivustaan. Selkeä kirjaus potilaan kivun arvioinnista voisi olla esimerkiksi seuraavanlainen: ”Potilas voivottelee, liikehtii levottomasti ja kurtistaa kulmiaan. Kysyttäessä kivusta ei kykene vastaamaan, mutta voivottelu yltyy. Kiputila ilmeisen voimakas.”

Kivun lääkehoito oli aineistossa kirjattu selkeästi, ja ”Lisälääkitys”-otsikko oli hyvin tarpeellinen ja auttoi lääkehoidon löytämisessä tekstin keskeltä. Lisäksi kirjauksista löytyi kaikki tarpeellinen tieto, kuten lääke, määrä, antotapa ja kellonaika. Tämä kirjaustapa on hyvä säilyttää. Muita kivunhoitotapoja voisi kirjata enemmän. Esimerkiksi psykologiset hoitomenetelmät, kuten potilaan kanssa keskustelu ja huomion siirtäminen pois kivusta, olisi hyvä mainita kirjauksissa, jolloin niidenkin vaikutusta pystyisi paremmin seuraamaan.

Kivun hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa on erittäin tärkeää joka kerralla verrata potilaan ilmeitä, eleitä ja ääntelyitä hoitoa edeltäneisiin. Jos potilas on tulkittu kivuliaaksi esimerkiksi vaikertamisen ja käsillä huitomisen vuoksi, näihin asioihin kiinnitetään kirjauksessa huomiota myös hoidon vaikuttavuutta

arvioitaessa. Kommunikointikykyisiltä potilailta lisäksi kysytään, oliko hoidosta apua, ja vastaus kirjataan. Luontevin paikka hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaamiselle on heti lääkehoidon tai muun kivun hoidon jälkeen, jolloin se on helppo löytää. Kirjaaminen tapahtuu samoin periaattein kuin kivun arvioinnissakin: selkeästi ja ei turhan pitkästi. Esimerkiksi näin: ”Potilas hieman rauhallisempi, voivottelu muuttunut hiljaiseksi vaikertamiseksi, kulmia kurtistelee edelleen: lääkkeestä ei riittävää apua kipuun.”

Aineistossa ei tullut kertaakaan esille mainintaa kipumittareiden käytöstä. Joidenkin saattohoitopotilaiden kohdalla jokin yksinkertainen kipumittari, kuten esimerkiksi kipukiila, voisi toimia erittäin hyvin. Mittarin säännöllinen käyttö ja tuloksen kirjaaminen ennen ja jälkeen kivun hoidon auttaa hoidon vaikuttavuuden seurannassa ja parhaimman tuloksen, eli mahdollisimman kivuttoman loppuelämän saavuttamisessa.

LÄHTEET

Baird, R. & Rosenbaum, S. 2002. Caring for the dying. Critical issues at the edge of life. New York: Prometheus Books.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Kipupotilaan psykologinen arviointi. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A: (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 144-147.

ETENE. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Helsinki.

Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. Sairaanhoitaja-lehti. 12/2009, 38 – 39. Luettu 29.1.2012.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hildèn, H-M. 2006. Hoitotahto. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 29-35.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. 13.-14., osin uudistettu painos, 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. 4.-6. Painos. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Holopainen, O. & Kantonen, T. 2010. Kivunhoidon kirjaaminen terveyskeskuksen sairaalassa. Retrospektiivinen asiakirja-analyysi hoitajien

kivunhoidon kirjaamisesta. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hublin, L. & Hämäläinen, S. 2009. Saattohoitopotilaan kivun hoito hoitotyöntekijöiden näkökulmasta – katsaus tutkimustietoon. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja AMK. Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki.

Hänninen, J. (toim.), Kirj.: Hildén, H-M., Hänninen, J., Jonquire, R., Jylhäkangas, L., Järvimäki, V., Laakkonen, M-L., Louhiala, P., Mattila, K-P., Pahlman, I., Pitkälä, K., Sirkiä, K & Takala, T . 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. 1. Painos. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu. Otavan Kirjapaino OY.

Hänninen, J. 2006. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 48-67.

Hänninen, J. 2006. Kuoleman lääketieteellistyminen. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 15-28.

Hänninen, J. 2006: Palliatiivisen sedaation periaatteet. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 92–101.

Idvall, E. & Ehrenberg, A. 2002. Nursing documentation of postoperative pain management. Journal of Clinical Nursing; 11, 734 – 742.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. 1.-2. painos. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Kalso, E., 2009. Kivun lääkehoito. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A: (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 181-217.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A: (toim.) 2009. Kipu. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A: (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 118-122

Kauppila, M. 2008. Potilaan oma kokemus kivusta kirjaamalla näkyväksi. Haava: vol 11, 3: 10–11.

Kotovainio, T. & Mäenpää, L., 2010. Kivun arviointi. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M: (toim.) Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy. 592.

Kotovainio, T., Mäenpää, L. & Kuusisto, P., 2010. Kivun lääkehoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M: (toim.) Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy. 592-595.

Kuusisto, P., 2010. Akuutin kivun hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M: (toim.) Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy, 591-592.

Laakkonen, M-L. & Pitkälä, K. 2006. Miten kohdella ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen hoitotoiveita. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 76-89.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Mattila, K-P. 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 38-46.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M: (toim.). Sairaanhoidajan käsikirja. 2010. 5., uudistettu painos. Kustannut Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Mustakangas, H. 2012. ”Kyllä se on niin, että silmät on sielun peili”. Dementoituneen asiakkaan kivun tunnistaminen hoitajien kuvaamana. Hoitotyön koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. 5. uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos, 2008. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tilvis, R., 2010. Vanhuksen kipu. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T. & Viitanen, M: (toim.) Helsinki: Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy. 335-338.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T. & Viitanen, M: (toim.) 2010. Geriatria. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Vainio, A. 2009. Kipu ja kärsimys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A: (toim.) Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 12-19.

Vainio, A. & Hietanen, P: (toim.) 2004. Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Vainio, A., Saarto, T. & Hänninen, J. 2004. Oireiden hoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P: (toim.) Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy. 58-139.

Vainio, A., Hietanen, P., Pitkälä, K. & Moilanen, K. 2004. Palliativisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P: (toim.) Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy. 16-32.

Väänänen, A. 2008. Kivun hoidon kirjaaminen sähköisessä hoitokertomuksessa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Wall, P. 1999. Kivun anatomia. Pain – The Science of Suffering. Suom. Onttonen, T. Helsinki: Art House Oy.

LIITTEET

LIITE 1

Yhdistävä luokka	Pääluokka	Alaluokka
Kivun arvioinnin kirjaaminen	Potilas kertoo	Kertoo, että kipua on: ”...kysyttäessä sanoo olevan kipua...” ”...kertookin, että pissaaminen tuntuu ikävälle.”
		Kertoo, että kipua ei ole: ” Kysyttäessä sanoo, ettei kipua.” ” Illalla sanoo, ettei ole kipua...”
		Ei osaa sanoa: ” ...kipua ei osaa paikallistaa.” ”Kysyttäessä ei osaa sanoa onko kipua.”
		Valittelu/ääntely: ” ...valitteli kipuja joka paikassa...” ”...valittaa kipua kyljessä ja lonkan seudussa.”
		Eleet, ilmeet, ääntely
	Ääntely: ” ...ääntelyä, kipua ei tunnusta olevan.” ”...voihkii ääneen.”	
	Ilmeet: ” ...otsa kovin kurtussa” ”Kääntelyyn reagoi otsaa rypistämällä.”	
	Eleistä päätellen ei kipuja: ” ...ei juuri reagoi kääntöihin. Ei ole kivulias.” ”Asenonvaihdossa ei reagoi, ei kipuja.” Ahdistus,tuskaisuus, hengitysvaikeudet: ”...hengitys sekä haukkovaa mutta myös raskasta.” ”Kivuliaan ja ahdistuneen oloinen.”	
	Muut havainnot: ” Maha kuttaaltaan kova, jännittynyt.” ”...huononvärinen”	

	Vaikutelma tai oletus kivusta/kivutto muudesta	Vaikutelma/oletus kivusta: "Vaikuttaa kivuliaalta..." "Aamulla tuskaisen kivuliaan oloinen." Vaikutelma/oletus kivuttomuudesta: "Kipua ei havaittavissa." "...kivuliaalta ei vaikuta."
Kivun hoidon kirjaaminen	Lääkehoito: "Sai Pamol 500mg klo...päünsärkyyn..." "...saanut Oxanest 2mg sc klo..."	
	Lääkkeetön hoito	Asentohoito: "Asentoa vaihdettu useaan otteeseen..." "Asentoa käyty korjaamassa..."
		Happihoito: "...laitettu happiviikset..." "O2 ollut koko yön."
		Muu hoito: "...oltu vierellä." "Laitettu rektaaliputki..."
Kivun hoidon vaikuttavuuden arvioinnin kirjaaminen	Potilas kertoo: "Kertoi myöhemmin, että lääkkeestä oli apua." "...mutta kipuja kysyttäessä, ei myönnä kipuja olevan."	
	Olotila: "Levollisempi tämän jälkeen." "Morfiini rauhoitti potilasta."	
	Ääntely: "Lääkityksestä ei apua, valittaa edelleen." "Kipulääkkeistä huolimatta huutelee levottomasti."	
	Nukahtaminen: "Hetken päästä nukkui rauhallisesti..." "Perfalganin jälkeen nukkui rauhallisesti..."	
	Muu: "Panadolista ei apua kipuun" "Näyttää siltä, että lääkkeistä ei juurikaan apua ole."	