



Karelia-ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja (AMK)

# Laadukas kivunhoito palliatiivisessa hoidossa

Koulutusmateriaali Palvelukeskus Pihlajiston henkilökunnalle

Sirpa Hukkanen

Opinnäytetyö, tammikuu 2024

[www.karelia.fi](http://www.karelia.fi)



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Tammikuu 2024**  
**Sairaanhoitajakoulutus**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
+358 13 260 600 (vaihde)

**Tekijä**  
Sirpa Hukkanen

**Nimeke**  
Laadukas kivunhoito palliatiivisessa hoidossa: koulutusmateriaali Palvelukeskus Pihlajiston henkilökunnalle

**Toimeksiantaja**  
Mehiläinen Terveyspalvelut Oy

**Tiivistelmä**

Palliatiivista hoitoa on arvioitu tarvittavan elämän loppuvaiheessa 30 000 henkilöllä vuosittain. Ikääntyneiden pitkäaikaishoito on lähes aina palliatiivista hoitoa; noin 80 %:lta ikääntyneiden pitkäaikaishoidon asiakkaista löytyi yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus. Kipu on yleinen oire kaikissa kuolemaan johtavissa sairauksissa, mutta kansainvälisten tutkimusten mukaan muistisairaiden kipu on alihoidettua muihin vanhuksiin verrattuna. Tämä ilmeisesti johtuu vaikeudesta tunnistaa muistisairaana potilaan kipua. Lisäkoulutuksen tarve sekä saattohoidon että kivunhoidon osalta on tutkimustulosten mukaan ilmeinen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa Palvelukeskus Pihlajiston filippiiniläisille lähihoitaja-opiskelijoille valmiuksia laadukkaaseen kivunhoitoon palliatiivisen hoidon ja saattohoidon aikana. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa koulutusmateriaalia Palvelukeskus Pihlajistolle. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotos oli koulutusmateriaali, jota tullaan hyödyntämään lähihoitajien ja hoiva-avustajien kouluttamisessa ja työhön perehdyttämisessä. Koulutusmateriaali tehtiin selkokielenä, koska Pihlajistossa työskentelee filippiiniläisiä oppisopimuksella lähihoitajaksi opiskelevia hoiva-avustajia.

Toimeksiantaja on tyytyväinen koulutusmateriaaliin; se on sopivan mittainen ja selkeä. Saadun palautteen perusteella se on lisännyt hoitajien valmiuksia laadukkaaseen kivunhoitoon. Koulutusmateriaalia voi halutessaan täydentää ja päivittää. Sen läpikäynti voidaan ottaa vuosittaiseksi käytänteeksi esimerkiksi samassa yhteydessä, kun lääkehoitosuunnitelmaa päivitetään ja käydään läpi.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 43  
Liitteet 3  
Liitesivumäärä 9

**Asiasanat**  
kipu, kivunhoito, palliatiivinen hoito, saattohoito



**THESIS**  
**January 2024**  
**Degree Programme in Nursing**

Tikkarinne 9  
FI-80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 13 260 600

**Author**  
Sirpa Hukkanen

**Title**  
High-Quality Pain Management in Palliative Care: Training Material for Pihlajisto Service Centre Staff

**Commissioned by**  
Mehiläinen Health Services Ltd

**Abstract**

It is estimated that annually 30 000 people need palliative care at the end of their lives. Long-term care for older people is almost always palliative care; about 80% of these clients have one or more terminal illnesses. Pain is a common symptom in all terminal illnesses, but according to international studies, pain in people with memory disorders is undertreated compared to other older people. This is apparently due to the difficulty in identifying pain in patients with a memory disorders. The need for further training in both end-of-life care and pain management is evident according to research results.

The aim of the thesis was to equip Filipino practical nurse students in Pihlajisto Service Centre with the skills to provide high-quality pain management during palliative care and end-of-life care. The objective of the thesis was to produce training material for Pihlajisto Service Centre. The output of this practise-based thesis was the training material that will be used in the training and induction of practical nurses and care assistants. The training material was written in plain language because there are Filipino nursing assistants who work in Pihlajisto and are studying to become practical nurses through apprenticeship training.

The commissioning organisation is satisfied with the training material; it is of appropriate length and explicit. According to the feedback, it has increased the competence of nurses to provide high-quality pain treatment. The training material can be supplemented and updated. Its review can be conducted as an annual practice, for example, when the pharmacotherapy plan is updated.

**Language**  
Finnish

Pages 43  
Appendices 3  
Pages of Appendices 9

**Keywords**  
pain, pain management, palliative care, end-of-life care

## Sisältö

1	Johdanto .....	5
2	Palliatiivinen hoito ja saattohoito .....	6
2.1	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määrittely .....	6
2.2	Ennakoiva hoitosuunnitelma ja hoidonrajaus .....	7
2.3	Palliatiivinen hoito hoivakotiympäristössä .....	8
3	Kipu ja sen arviointi .....	10
3.1	Kivun määritelmä .....	10
3.2	Kiputyypit .....	11
3.3	Kivun arviointi ja mittaaminen .....	13
4	Kivunhoito palliatiivisessa hoidossa .....	16
4.1	Lääkkeellinen kivunhoito .....	16
4.2	Lääkkeetön kivunhoito .....	22
5	Opinnäytetyön tavoite ja tehtävä .....	25
6	Menetelmälliset valinnat ja lähtötilanteen kuvaus .....	26
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	26
6.2	Toimeksiantaja .....	27
6.3	Tiedonhaku .....	28
6.4	Koulutusmateriaalin suunnittelu .....	29
6.5	Koulutusmateriaalin toteutusvaihe .....	30
6.6	Koulutusmateriaalin arviointi .....	32
7	Pohdinta .....	33
7.1	Tuotoksen tarkastelu .....	33
7.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	35
7.3	Ammatillinen kasvu .....	36
7.4	Työn hyödynnettävyys ja jatkokehittämissideat .....	37
	Lähteet .....	39

## Liitteet

Liite 1	Tiedonhakutaulukko
Liite 2	Palautekysely
Liite 3	Koulutusmateriaali

## 1 Johdanto

Tilastokeskuksen (2023) mukaan, vuonna 2022 Suomessa kuoli 63 219 henkilöä. Viimeksi vastaaviin lukuihin on päästy sotavuonna 1944. Palliatiivista hoitoa on arvioitu tarvittavan elämän loppuvaiheessa 30 000 henkilöllä vuosittain (Saarto ym. 2022, 9). Ikääntyneiden pitkäaikaishoito on lähes aina palliatiivista hoitoa; noin 80 %:lta ikääntyneiden pitkäaikaishoidon asiakkaista löytyi yksi tai useampi kuolemaan johtava sairaus. Yleisimmin tämä oli verenkiertoelinten sairaus, kasvain tai muistisairaus. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmät 2019a, 99–102.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on vuonna 2018 kerännyt ikääntyneiden palvelujen tuottajilta arvioita saattohoidon ja kivun hoidon osaamisesta. Lisäkoulutuksen tarve molempien osalta oli tutkimustulosten mukaan ilmeinen. (Saarto ym. 2019a, 99–102.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena on antaa Palvelukeskus Pihlajiston filippiiniläisille lähihoitajaopiskelijoille valmiuksia laadukkaaseen kivunhoitoon palliatiivisen hoidon ja saattohoidon aikana. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa koulutusmateriaalia Palvelukeskus Pihlajistolle.

Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa iäkkään ihmisen osalta. Opinnäytetyössä ei käsitellä lasten tai aikuisten erilaisten somaattisten sairauksien aiheuttamaa palliatiivista hoitoa tai saattohoitoa. Myös syöpäsairaana iäkkään ihmisen kivunlievitys on spesifiydessään rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle. Hoitomuodoista käsitellään vain sellaisia lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä hoitomuotoja, joita voidaan toteuttaa hoivakodeissa lähihoitajan ja sairaanhoitajan koulutuksella.

## 2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

### 2.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määrittely

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan palliatiivisella hoidolla eli oireenmukaisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johdavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan ja hänen läheistensä aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Hoidolla pyritään ehkäisemään ja lievittämään kärsimystä ja ylläpitämään mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Hoidon tarkoitus ei ole pidentää eikä myöskään lyhentää elämää. Tavoiteltavina hyvän palliatiivisen hoidon tuloksina ovat hyvä oirekontrolli, potilaan ja läheisten tyytyväisyys, liiallisten hoitojen välttäminen sekä potilaan toiveiden mukainen kuolinpaikka (Saarto ym. 2022, 12).

Hoitolinjauksen muutoksen kuratiivisesta eli parantavasta hoidosta palliatiiviseen hoitolinjaan tekee lääkäri yhdessä potilaan ja hänen suostumuksellaan myös tämän omaisten kanssa. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu osaltaan saattohoito, joka sijoittuu oletetun kuolemanhetken läheisyyteen. Saattohoito kestää yleensä päiviä tai maksimissaan viikkoja. Myös siirtymisestä saattohoitoon päättää lääkäri. Päätöksen mukaisesti potilaan tietoihin lisätään DNR (Do not resuscitate) eli elvyttämättäjättämispäätös, mikäli sitä ei olla jo erillisenä aikaisemmin lääkärin päätöksellä kirjattu. Muut hoidonrajaukset tehdään erikseen eikä elvyttämättäjättämispäätös tarkoita muista hoitomuodoista luopumista. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevaa omaa lainsäädäntöä ei vielä ole, mutta sitä ohjaavat samat lait ja eettiset ohjeet kuin muutakin terveyden- ja sairaudenhoitoa. Eettisistä ohjeista huolimatta palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa velvoittavan oman lainsäädännön puute voi aiheuttaa resurssien niukkuuden vuoksi epätasa-arvoa hyvinvointialueiden kesken. (Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys 2023.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Suomen perustuslaki (731/1999) velvoittavat, että potilaan ihmisarvoa ei saa loukata ja hänellä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä sosiaalipalveluihin. Potilasta on myös hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Terveydenhuoltolain 3 luvun 24 §:ssä (1326/2010) sanotaan, että hyvinvointialueiden järjestämiin sairaanhoitopalveluihin kuuluu kärsimyksen lievittäminen. Lääkintähallituksen vuonna 1982 julkaisema terminaalihoidon ohjeet hoitolaitoksille toimii saattohoidon ohjauksen perustana (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 36).

## **2.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma ja hoidonrajaus**

lökkään ihmisen polku pitkäaikaishoidossa on usein pitkä ja toimintakyky vaihteleva. Tämän vuoksi varsinaisen saattohoidon alkua on usein vaikea hahmottaa varsinkin muistisairailla potilailla. Muistisairaahan toimintakyky hiipuu tasaisemmin ja vähitellen toisin kuin esimerkiksi syöpäpotilaalla, jolla toimintakyky voi säilyä kohtuullisen hyvänä elämän viime metreille saakka. Muut somaattiset sairaudet aiheuttavat osaltaan vaihtelua potilaan toimintakykyyn pahenemis- ja paranemisvaiheiden kautta. (Saarto ym. 2019a, 100.)

Palliativisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksessa (2019) on lueteltu merkkejä, joita voidaan käyttää apuna elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman tarpeen tunnistamisessa. Yleisesti ottaen palliativiseen hoitoon tulisi siirtyä, kun hoitava lääkäri ei yllättyisi, jos potilas kuolisi seuraavan 6–12 kuukauden kuluessa. Muistisairauden osalta palliativinen hoitolinjaus tulee kyseeseen myös silloin, kun ollaan niin sanotussa vaikean vaiheen dementiassa eli potilas ei kykene tunnistamaan enää läheisiään tai kommunikoidaan mielekkäästi. Lisäksi silloin, kun muistisairas ei kykene liikkumaan itsenäisesti tai muutoinkaan suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista, ja hänellä on virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyttömyys. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Hoitosuunnitelman ja hoidonrajauksen pohjana tulisi käyttää ennakoivaa hoitosuunnitelmaa, johon on kirjattu lääketieteellisten faktojen lisäksi potilaan ja hänen läheistensä toiveet ja pelot sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä.

Hoitosuunnitelmaa tarkennetaan keskustelujen myötä sairauden edetessä. Ennakoivan hoitosuunnitelman merkitys korostuu sairauksissa, joiden loppuvaiheeseen liittyy kyvyttömyys ilmaista tahtoaan tai mielipidettään. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Hoidonrajauksella tarkoitetaan ihmisen lakisääteistä oikeutta ilmaista tahtonsa kieltäytyä kivuliaista tutkimuksista, hoidoista tai sydämen käynnistämisestä elämän loppuvaiheessa. Myös lääkäri voi rajata hoitoa lääketieteellisin perustein. Tämä edellyttää arviota siitä, millaiset hoidot tai tutkimukset ovat potilaalle ennemminkin rasittavia tai tuottavat enemmän haittaa kuin hyötyä. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijaryhmät 2019b, 118–124.)

### **2.3 Palliatiivinen hoito hoivakotiympäristössä**

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksesta palliatiivinen hoito ja saattohoito porrastetaan Suomessa neljään tasoon: perustasoon sekä A-, B- ja C-tasoon. Perustason terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköiden päätehtävänä ei ole saattohoito, mutta niissä tarjotaan kuitenkin hoitoa elämän loppuun saakka. A-tason saattohoitoyksiköissä on saattohoitoon soveltuvat puitteet ja vastuulääkärillä sekä -sairaanhoitajalla jatkokoulutus saattohoitoon. A-tasolla hoidetaan niin sanotut komplisoitumattomat saattohoitopotilaat. Erityis- eli B-tason saattohoitoa tarjoavien yksiköiden henkilökunta on erityiskoulutettua ja yksiköiden pääasiallinen toiminta on palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. C-tason eli vaativan erityistason yksiköt eli yliopistosairaaloiden palliatiiviset yksiköt sekä saattohoitokodit tarjoavat myös konsultaatioapua muille yksiköille. (Tasmuth 2019.)

Vanhainkodit ja muut ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat yksiköt, joissa potilaita hoidetaan kuolemaan saakka, kuuluvat perustason palliatiivista hoitoa tarjoavaan portaaseen. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville henkilöille. Tämän vuoksi henkilökuntaa on paikalla koko ajan. Palveluasuminen on tätä kevyempi hoiva-asumisen muoto, missä hoivan ja hoidon tarve on pienempi, mutta henkilölle tarjotaan asunto palvelutalossa sekä tarvittavat palvelut. Palveluasuminen voi olla myös



lyhytaikaista lyhythoitoa tai intervallihoitoa esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivien ajan tai kuntoutuksellisista syistä. (Terveyskylä 2023.) Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2017 julkaisemien osaamis- ja laatukriteereiden mukaan perustasolla työskennellessä tulisi osaamisvaatimuksena olla palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perusteet, ennakoivan hoitosuunnitelman teko sekä saattohoitopäätös. (Saarto ym. 2019a, 17.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on vuonna 2018 kerännyt ikääntyneiden palvelujen tuottajilta arvioita saattohoidon ja kivun hoidon osaamisesta. Lisäkoulutuksen tarve molempien osalta oli tutkimustulosten mukaan ilmeinen. Lisäksi havaittiin, että tutkimukseen osallistuneet omahoitajat eivät osanneet tunnistaa elämän loppuvaihetta tai he eivät osanneet sitä kirjata. Tämä puolestaan kertoi osaltaan kasvaneesta riskistä siihen, etteivät potilaat saaneet saattohoitovaiheessa oikeanlaista hoivaa ja huolenpitoa. Riskiä kasvattivat myös sairaanhoitajien työpanoksen painottuminen arkipäiviin, jolloin esimerkiksi viikonloppujen osalta saattohoitopotilaan hoito jäi lähihoitajien vastuulle, jolloin lähihoitajien peruskoulutus ei välttämättä antanut valmiuksia yksinään toteuttaa laadukasta saattohoitoa. Myös henkilöstön niukkuus asettaa haasteita kohdentaa resursseja nimenomaan kuolevan ihmisen tarpeisiin. (Saarto ym. 2019a, 99–102.)

Myös kansainvälisesti vertaillen elämänlaadun kohentamisessa viimeisten elinviikkojen ja -kuukausien aikana on Suomessa paljon parannettavaa; hoidon laadun on tutkittu olevan heikkoa tai lähes heikkoa verrattuna muihin maihin. Fyysisten oireiden, kuten kivun hoito, oli heikointa Suomessa. Opioideja käytettiin tutkimuksen mukaan selvästi harvemmin kuin esimerkiksi verrokkimaina olleissa Belgiassa ja Hollannissa. Selvästi vähiten kaikista maista rauhoittavia lääkkeitä käytettiin Suomessa. Tutkimustulokset on julkaistu vuosina 2018–2019. (Saarto ym. 2019b, 122.)

Yleisesti ottaen palliatiivinen hoito oirehoitoineen on moniammatillista tiimityöskentelyä, jossa sen eri ammattilaisten osaamista ja voimavaroja hyödynnetään. Hoitoon voi osallistua sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi esimerkiksi seurakunnan työntekijöitä ja vapaaehtoistoimijoita. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.) Moniammatillisuuteen kuuluu myös

konsultointiosaaminen, jolla mahdollistetaan tarvittava erityisosaaminen hoitopaikasta riippumatta (Finne-Soveri ym. 2022, 11).

### **3 Kipu ja sen arviointi**

#### **3.1 Kivun määritelmä**

IASP eli International Association for the Study of Pain (Kansainvälinen kivuntutkimusjärjestö) on määritellyt kivun epämiellyttävänä aistimus- ja tunnekokemuksena, joka liittyy todettuun tai mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan samalla tavoin. Williamsin ja Craigin vuonna 2016 tekemän, tarkennetun määritelmän mukaan ”kipu on ahdistava kokemus, johon voi liittyä kudonvaurio. Kipukokemus sisältää epämiellyttävän tuntemuksen ohella erilaisia tunteita, uskomuksia, käsityksiä ja asenteita sekä myös erilaisia sosiaalisia tekijöitä.” (Ojala 2020, 30–35.) Yksinkertaisimmillaan kuvattuna kivun aistiminen on kemiallisten ja sähköisten tapahtumien toimintaketju kudosten kipuhermopäätteistä keskushermoston kautta aivokuoreen (Hagelberg & Heiskanen 2015, 48).

Akuutille kivulle on yleensä hoidettavissa oleva, selvä syy. Sillä on ensisijaisesti suojaava merkitys; akuutti kipu varoittaa kudonvauriosta ja estää väistöheijasteen avulla lisävaurioiden syntymistä. Akuuttia kipua tulisi hoitaa tehokkaasti, jotta se ei pitkittyisi ja näin ollen muuttuisi krooniseksi kivuksi. Akuutin kivun aiheuttajana ollut kudonvaurio paranee yleensä päivissä tai viikoissa hyvän kivunlievityksen edesauttamana. (Kalso 2018, 109–110.)

Kroonisella kivulla tarkoitetaan yli kolme kuukautta kestänyttä kipua. Krooninen kipu jaetaan puolestaan primaariseen tai sekundaariseen kipuun, joista sekundaarisen kroonisen kivun aiheuttaja voidaan osoittaa esimerkiksi tulehduksen tai vaikkapa diabeteksen aiheuttamaksi. Primaarisessa kroonisessa kivussa kipua ei voida yhdistää minkään muun tekijän aiheuttamaksi, mutta kipu itsessään aiheuttaa kärsimystä ja hätää. (Ojala 2020, 31–36.) Valtaosa kroonisesta

kivusta johtuu tuki- ja liikuntaelinten sairauksista. Vanhuusikää kohti mentäessä eritoten nivelrikkovaivat yleistyvät. (Haanpää & Vainio 2018, 123–124).

Kipu on yleinen oire kaikissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Esimerkiksi loppuvaiheen syövässä kipua esiintyy 35–96 %:lla ja vaikeaa dementiaa sairastavista 25–52 %:lla. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.) Kansainvälisten tutkimusten mukaan muistisairaiden kipu on alihoidettua muihin vanhuksiin verrattuna. Tämä ilmeisesti johtuu vaikeudesta tunnistaa muistisairaana potilaan kipua. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 79–80) Esimerkiksi Alzheimerin tauti ja hypertonia voivat nostaa vanhuksen kipukynnystä, mutta toisaalta kivun muuttuminen sietämättömäksi voi tapahtua nuorempia potilaita nopeammin. Tämän on epäilty johtuvan kipua vaimentavien endogeenisten eli sisäsyntyisten mekanismien heikentymisestä. (Tasmuth 2019.)

### 3.2 Kiputyypit

Krooninen kipu jaetaan nosiseptiseen eli kudonsvauriokipuun, neuropaattiseen kipuun eli hermovauriokipuun, idiopaattiseen kipuun eli syntymekanismeiltaan tuntemattomaan kipuun sekä psykogeeniseen kipuun eli psyykkisiin mekanismeihin selittyvään kipuun (Neuropaattisen kivun hoito-opas 2007). Mekaaniset, tulehdukselliset ja iskeemiset kivut ovat nosiseptistä kipua. Mekaaninen kipu voi aiheutua nimensä mukaisesti mekaanisesta ärsykkeestä, kuten kudoksen puristuksesta tai venytyksestä; tietty liike provosoi kipua eikä lepokipua esiinny. Tulehduksellinen kipu syntyy tyypillisimmin vamman seurauksena, kun taas tyypillinen iskeeminen kipu on asentoperäinen ja liittyy ergonomisiin ongelmiin, kuten istumiseen tai päätetyöskentelyyn. Tulehdukselliseen kipuun liittyy niin lepokuin yökipuakin tiettyjen liikkeiden aiheuttaman kivun lisäksi. Myös aamujäykkyys on tyypillistä. (Luomajoki 2020, 53–55.)

Viskeraalinen kipu eli sisäelinperäinen kipu on huonosti paikallistuvaa, koska se säteilee muualle kehoon. Esimerkiksi umpilisäkkeen tulehdus tuntuu yleensä aluksi epämääräisenä kipuna koko vatsan alueella. Sydäninfarktiin liittyvä kipu puolestaan heijastuu usein myös vasempaan käsivarteen rintakivun lisäksi.

Toisaalta taas kaikkien viskeraalisten elinten ärsytys ei aiheuta kipua. (Kalso & Konttinen 2018, 73–78.)

Neuropaattista eli hermovauriokipua voi syntyä esimerkiksi leikkauksen tai aivoinfarktin jälkeen. Taustalta voi löytyä muun muassa diabetesta (diabeettinen neuropatia), vyöruusua (postherpeettinen neuralgia) tai MS-tautia. Neuropaattinen kipu voi olla jatkuvaa, ilman erityistä ulkoista ärsykettä aiheutunutta tai esimerkiksi sähköiskumaista tuikkaavaa kipua. Tuntoaisti voi olla puutteellista tai yliherkistynyttä. (Neuropaattisen kivun hoito-opas 2007.)

Jos kroonisen kivun aiheuttajana ei ole kudosis- tai hermovauriota eikä se täytä kroonisen kipuoireyhtymän tunnusmerkkejä, kyseessä on idiopaattinen kipu. Yleisin tällainen kiputila esiintyy fibromyalgiassa. Vaikka fibromyalgia on luokiteltu pehmytkudosreumaksi, siinä ei esiinny tulehdus- eikä rappeumamuutoksia. Kivun lisäksi fibromyalgiaan liittyy unen ja kognitiivisten toimintojen häiriöitä. Fibromyalgiaa sairastavan kivunsäätelyjärjestelmä on yliherkistynyt, minkä vuoksi kipuileva alue on laajentunut, ja kosketuskin voi tuntua kivuliaalta. Idiopaattinen kipu reagoi yleensä huonosti lääkehoitoon, joten lääkkeettömien hoitomuotojen käyttö korostuu. Lääkehoitona voi kuitenkin kokeilla neuropaattiseen kipuun tarkoitettuja lääkkeitä. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2023, 10–25.)

Psykogeeninen eli psyykkisistä tekijöistä johtuva kipu liittyy krooniseen kipuun, jolle ei löydy varsinaisesti fysiologista syytä. Puhdas psykogeeninen kipu on yksinään harvinaista, mutta psyykkiset tekijät voivat vaikuttaa kivun esiintyvyyden ja voimakkuuden kokemiseen. (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2023, 4.) Esimerkiksi katastrofointi eli asioista negatiivisesti ajattelu ja pakonomainen murehtiminen on yksi merkittävimmistä krooniseen kipuun vaikuttavista psykologisista tekijöistä. Katastrofointi itsessään lisää kärsimystä, mutta se voi myös vaikuttaa toimintakykyyn heikentävästi. Vastaavasti optimistisuus kivunhoitoon ja kivusta selviämiseen vaikuttavat päinvastaisesti. (Röning 2020, 112–113). Vaikka tutkimukset eivät täysin pysty selittämään erilaisen masentuneisuuden ja kivun linkittymistä toisiinsa, masentuneiden riski sairastua krooniseen kipuun on kaksinkertainen ei-masentuneisiin verrattuna (Ojala 2020, 31).

Total pain -käsitteen on kehittänyt jo 1960-luvulla englantinen sairaanhoitaja, lääkäri ja kirjailija Cicely Saunders. Total pain eli niin sanottu kokonaiskipu tarkoittaa, että kipukokemus sisältää fyysisten oireiden lisäksi myös psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen ulottuvuuden (Korhonen & Poukka 2013). Esimerkiksi saattohoitopotilaan fyysiseen kipukokemukseen voi sekoittua pelkoa tulevasta, tuskaa läheisistä ja elämästä luopumisesta, huolta läheisten pärjäämisestä, ahdistusta muiden avusta riippuvuudesta ja epätietoisuutta siitä, mitä tapahtuu kuoleman jälkeen. Tämän vuoksi ihmisen hyvän hoidon on oltava kokonaisvaltaista; ei pelkästään fyysisiin oireisiin keskittyvää. (Pihlaja 2020.)

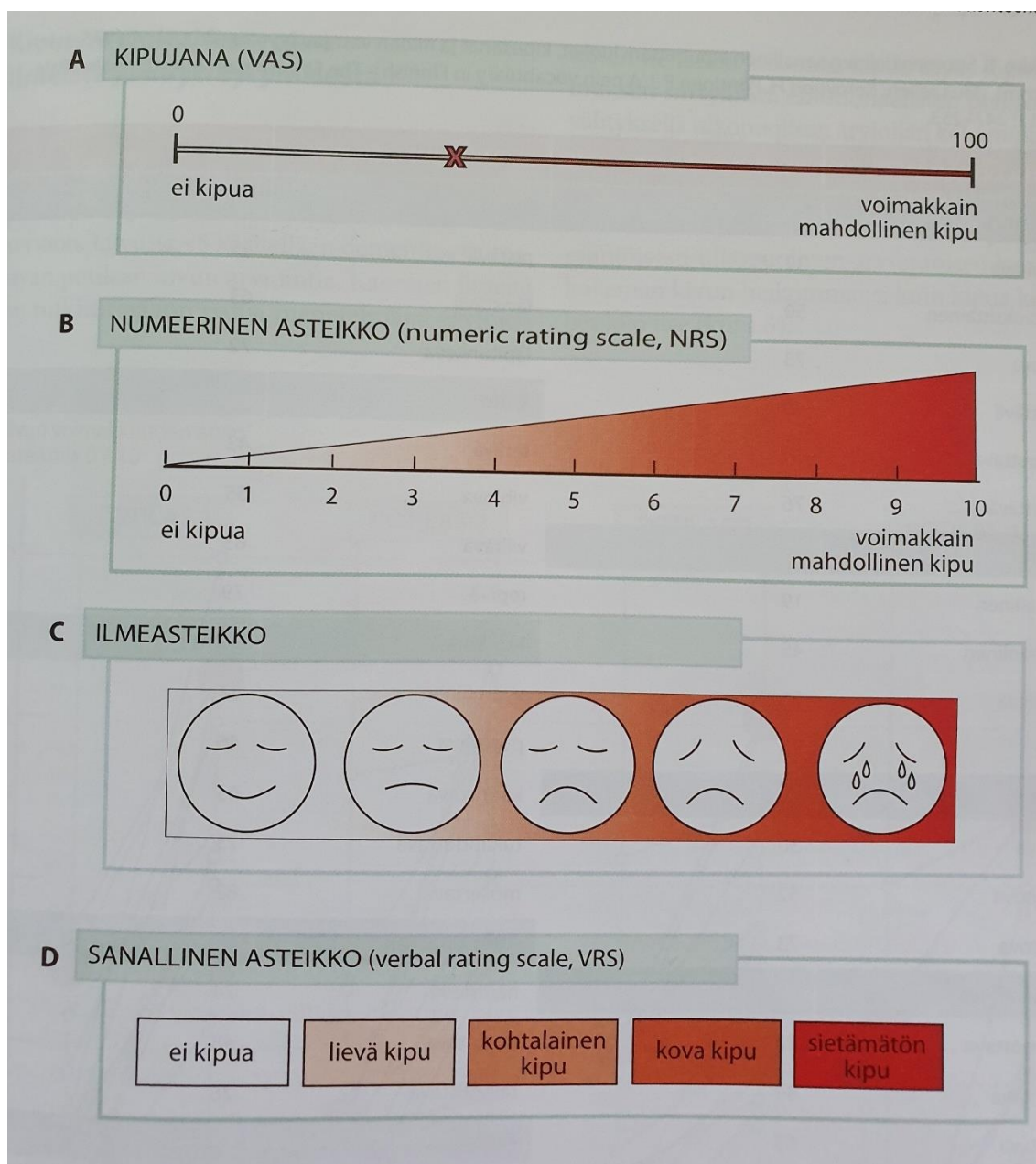
### 3.3 Kivun arviointi ja mittaaminen

Hyvän hoidon edellytyksenä on, että kipua arvioidaan säännöllisesti. Lääkitysvasteen selvittämiseksi kipua arvioidaan ennen lääkkeenottoa ja sen jälkeen. (Heiskanen, Haakana & Koivusalo 2015, 52.) Lisäksi arvioinnin tulokset tulee kirjata. Kivusta arvioidaan sen voimakkuutta, sijaintia, esiintyvyyttä ja luonnetta sekä sen vaikutusta toimintakykyyn, mielialaan, liikkumiseen ja nukkumiseen. Lisäksi havainnoidaan, aiheutuuko kivusta muita oireita, kuten tunteohäiriöitä. (Tasmuth 2019.)

Kivunhoidolle asetetaan tavoitteet ja niiden toteutuminen sekä hoidon vaikuttavuus kirjataan ylös. Myös potilaan omat odotukset kivunhoidosta kirjataan. (Heiskanen ym. 2015, 52–53.) Potilas voi esimerkiksi toivoa, että saisi nukuttua yöllä. Oireet voivat myös sekoittua ja niiden voimakkuutta voi olla vaikea kuvailla. Esimerkiksi kysyttäessä, onko potilaalla kipuja, hän voi ymmärtää kysymyksen niin, että onko hänellä kipua juuri nyt, kun taas hoitaja voi tarkoittaa kysymyksellään pidempiaikaista tilannetta. (Hänninen 2015, 34.)

Kivun arviointiin on luotu erilaisia mittareita, joilla mitataan potilaan omaa kokemusta kivun voimakkuudesta verraten aiempaan arvioon. Kipua arvioidaan aina mahdollisuuksien mukaan sekä levossa että liikkeessä. Liikkeellä tarkoitetaan myös esimerkiksi yskiessä tapahtuvaa liikettä. (Heiskanen ym. 2015, 52.) Mittari

voi olla esimerkiksi numeerinen (NRS) tai visuaalinen analogiasteikko eli ”kipujana” (VAS) (kuva1). (Hänninen 2015, 35.)



Kuva 1: Neljä erilaista kipumittaria (Kalso 2018, 91).

Kivun arviointi perustuu potilaan itsensä kertomaan, mutta mikäli hän ei kykene kertomaan kivustaan, havainnoidaan ilmeitä, eleitä ja ääntelyä (Tasmuth 2019). Tällaisista mittareista esimerkiksi PAINAD-asteikkoa (kuva 2) käytetään demen-tiapotilailla. PAINAD-asteikossa hoitoon osallistuva henkilöstö arvioi potilaan ki-pua havainnoimalla potilaan hengitystä, ääntelyä, ilmeitä ja kehonkieltä

asteikolla nolasta kymmeneen, jolloin nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja kymmenen voimakasta kipua (Tasmuth 2019).

Dementoituneen vanhuksen äkillisen sairastumisen ja kivun oirehdinta voi olla pelkästään levottomuutta tai kiihtyneisyyttä (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 79). Kun sanat ovat hukassa, on vaikeaa hahmottaa, onko potilaan kokema tuntemus kipua vai onko kyseessä muu tunne, kuten pelko tai ahdistus, kutina, kuiva suu tai epämukava asento (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 82). Selkä-, alaraaja-, lonkka- ja polvikipujen lisäksi dementiapotilailla esiintyy erilaisiin tunteisiin ja painehaavaumiin liittyvää sekä ruoansulatuskanava- ja sydänperäistä kipua. Mitä pidemmälle dementia etenee, sitä yleisempää on vähintään keskivaikea päivittäinen kipu. (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 80.)

Havaintokategoria	Pisteluokka		
	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne–Stokes-tyyppinen hengitys.
Ääntely	Ei ääntelyä	Satunnaista vaikerointia tai voihketta	Rauhatonta huutelua
	Tyytyväinen ääntely	Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä Levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyntää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntäminen ei onnistu.

Kuva 2: PAINAD-mittari (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 83).

Suun alueen kipuja ei tule myöskään unohtaa mietittäessä dementiapotilaan mahdollista kivun aiheuttajaa; Candida-hiivasieni ja muut erilaiset suun infektiot yleistyvät elämän loppuvaiheessa aiheuttaen kipua (Hävölä, Flinkkilä, Laine & Nivala-Huhtaniska 2022, 3). Suun alue on hyvin hermottunut, joten pienikin kipu vaikuttaa suuresti arkipäivän toimintoihin (Nousiainen & Nivala-Huhtaniska 2015, 124.) Kysyttäessä palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevilta

potilailta, he ovat kertoneet kokevansa suun alueen ongelmien vuoksi olonsa sietämättömäksi. Suun ja kasvojen alueen kipuilu vaikeuttaa myös kommunikointia. (Hävölä ym. 2022, 11)

Hyvinvointialueet on veloitettu 1.4.2023 alkaen arvioimaan iäkkään ihmisen toimintakykyä ja palveluntarpeita RAI-mittariston avulla. RAI-järjestelmä on iäkkäiden palvelujen ja kehitysvammaisten palvelujen asiakkaiden palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen kehitetty standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin mittaristo. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a.) Mittaristoon kuuluu myös kivun arviointi neli- ja viisiluokkaisen mittarin avulla. Mittarit ja mittariston kautta syntyneet herätteet auttavat tunnistamaan hoidon- ja palveluntarpeita. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023b.)

## **4 Kivunhoito palliativisessa hoidossa**

### **4.1 Lääkkeellinen kivunhoito**

Yleisenä periaatteena ikääntyneiden ihmisten kohdalla kipulääkkeiden käytössä on huomioitava keskushermoston suurempi alttius lääkkeiden haittavaikutuksille. On myös otettava huomioon iäkkäiden potilaiden olemassa olevat elinvauriot ja muut lääkitykset sekä hidastunut aineenvaihdunta ja munuaisten heikentynyt toiminta. (Kalso 2018, 538.)

Kivunhoidon lähtökohtana on suun kautta annosteltava lääke. Kivun ollessa lievää aloitetaan lääkitys parasetamolilla (kuviot 1) (Tasmuth 2019). Parasetamoli on oikein annosteltuna turvallinen lääke, mutta yliannos voi aiheuttaa vakavan maksavaurion (Kontinen 2015, 58). Maksatoksisuuden riski liittyy lähinnä yli 4 gramman vuorokausiannokseen (Paakkari 2015, 318).

Tulehduskipulääkkeillä on moninkertainen haittavaikutusten riski iäkkäillä, joten niiden käyttöä tulisi välttää. Ruuansulatuskanavan verenvuodot ovat haittavaikutuksista salakavalimpia niiden kivuttomuuden vuoksi. Yhteiskäyttö



antikoagulanttilääkkeiden kanssa lisää riskiä entisestään ja vaatii näin ollen tarkempaa vuoto- ja hyytymisarvojen seuranta. (Kalso 2018, 538–539.) Tulehduskipulääkkeet kasvattavat myös sydänsairaiden potilaiden sydämen vajaatoiminnan riskiä jopa kymmenkertaisesti. Niillä on myös vaikutusta verenpaineauodin pakenemiseen sekä verenpainelääkkeiden tehoon. Tulehduskipulääkkeet heikentävät munuaisten toimintaa ja niiden verenvirtausta aiheuttaen anuriaa eli virtsanerityksen puutetta sekä hyperkalemiaa. (Kalso 2018, 183.)

				<b>KOVA KIPU</b>
		<b>KOHTALAINEN KIPU</b>		
			<b>KESKIVAHVAT OPIOIDIT:</b>	<b>VAHVAT OPIOIDIT:</b>
	<b>HEIKOT OPIOIDIT:</b>		<b>OPIOIDIT:</b>	<b>Morfiini, oksikodoni</b>
	<b>Kodeiini</b>		<b>Buprenorfiini</b>	<b>metadoni, fentanyl</b>
<b>LIEVÄ KIPU</b>	<b>Tramadoli</b>			
<b>PARASETAMOLI JA TULEHDUSKIPULÄÄKKEET</b>				
<b>TUKILÄÄKKEET ESIM. PAHOINVOINTILÄÄKE, UMMETUSLÄÄKE</b>				

Kuvio 1: Kivunhoidon portaat (mukaillen Huovinen, Hynynen, Karhemia, Koponen & Mäkeläinen. 2023, 574).

Kohtalaisen ja vaikean kivun lääkehoito toteutetaan opioideilla (kuvio 1). Opioideja käytettäessä kivun välittyminen estyy aivoissa, selkäytimessä sekä ääreishermostossa. Olo voi helpottua myös opioidien lievittäessä stressiä ja ahdistusta. (Kalso 2018, 187–188.) Kuolevan potilaan hoidossa käytetään opioideista vain vahvoja, kuten oksikodonia, morfiinia, hydromorfonia ja fentanyyliä. Näitä miedommilla opioideilla, kuten kodeiinilla, tramadolilla ja buprenorfiinilla on katovaikutus eli lääkkeen vaikutuksen kasvu alkaa hidastua ja lopulta pysyä samana, vaikka annosta lisättäisiin. (Tasmuth 2019.)

Kodeiini on heikko opioidi ja sen kivunlievitys on yksilöllistä riippuen potilaan metaboliasta kyseenomaiselle aineelle; hidas metaboloija ei välttämättä hyödy kodeiinista. Nopeilla metaboloijilla myös haittavaikutukset korostuvat, minkä vuoksi kodeiini onkin vasta-aiheinen erittäin nopeille metaboloijille, joita arvioidaan suomalaisista olevan noin 7 %. Heillä yhteisvaikutus munuaisten vajaatoiminnan tai muiden lääkkeiden kanssa voi johtaa jopa kuolemaan. (Kalso 2018,

194–197.) Kodeiinia käytetään yhdistelmänä parasetamolin tai ibuprofeenin kanssa; yksin se on lähestulkoon tehoton (Kalso 2023, 21), vaikka se metaboloituukin elimistössä morfiiniksi (Kouri 2020, 373).

Tramadoli luetaan myös heikoksi opioidiksi ja se soveltuu pitkäaikaisen kivun hoitoon; myös hermovauriooperäiseen kipuun. Tramadolिन yleiset haittavaikutukset, kuten pahoinvointi, päänsärky ja huimaus, voivat estää etenkin iäkkäiden potilaiden pitkäaikaisen lääkkeen käytön. Yhteiskäyttöä masennuslääkkeiden kanssa tulee tarkoin harkita serotoniinioireyhtymän riskin vuoksi. (Kalso 2018, 197.)

Keskivahvaksi opioidiksi luettavaa buprenorfiinia käytetään kivunhoidossa ihon kautta imeytyvänä, seitsemän vuorokauden välein vaihdettavana annostelukalvona eli laastarina tai kielen alle laitettavana tablettina. Ihon kautta annosteltava buprenorfiini ei sovellu akuuttiin kipuun ja sen haittavaikutukset, kuten huimaus, pahoinvointi ja väsymys korostuvat liikkuvilla potilailla. (Kalso 2018, 199.) Laastarista vapautuvat lääkemäärät ovat pieniä, mutta isoilla annoksilla buprenorfiini voi estää muiden opioidien vaikutuksen (Kalso 2023, 21).

Morfiini on keksintönä vanha, mutta se on pitänyt paikkansa perusopioidina, joihin muita opioideja verrataan. Sen vaikutus alkaa hitaasti, koska se on huonosti rasvaan liukeneva. Suun kautta annosteltaessa vaikutus alkaa 30–60 minuutissa. Teholtaan ja haittavaikutuksiltaan morfiini on muiden opioidien tavoin yksilöllinen, minkä vuoksi annoskokoa ja sen vaikutuksia on tarkkailtava ja säädettävä sen mukaisesti. Morfiinin vaikutus kestää yleensä vain noin neljä tuntia. Hitaasti liukenevien tablettien vaikutus alkaa vieläkin hitaammin; noin kahdessa tunnissa, mutta vaikutus on puolestaan pitkäkestoisempi jatkuen aina noin 12 tuntiin. Hydromorfoni on vaikutuksiltaan morfiinin kaltainen. (Kalso 2018, 199–200.)

Oksikodonia voidaan käyttää oraaliiliuksena tai tabletteina. Lisäksi siitä on olemassa yhdistelmävalmiste yhdessä ummetusta helpottavan naloksonin kanssa. (Kalso 2018, 201.) Vaikean ja akuutin kivun hoidossa voidaan käyttää myös injektionestettä laskimonsisäisenä tai lihaksensisäisenä boluksena. Ihonalaisena

kestoinfuusiona oksikodonia käytetään lähinnä syöpäkivun hoidossa. (Pharmaca Fennica 2022.)

Oksikodoni on vaikutukseltaan morfiinia tehokkaampi opioidi ja se siirtyy keskushermostoon nopeammin. Haittavaikutukset ovat morfiinin kaltaiset, mutta oksikodoni ei aiheuta niin paljon kutinaa, koska sen vapauttaman histamiinin määrä on morfiinin verrattuna vähäinen. Oksikodoni ei myöskään aiheuta yhtä paljon hallusinaatioita kuin morfiini. (Kalso 2018, 200.) Hoivakodeissa saattohoidossa käytettäväksi sopiva opioidi on 10 mg/ml oksikodoniliuos. Aloitusannoksena voidaan käyttää 0,3–0,5 ml kerta-annosta noin neljän tunnin välein. Liuos imeytyy suun limakalvoilta, jolloin nielemisvaikeus ei ole käytön este. (Marjamäki 2015, 329.)

Fentanyyliä ei käytetä oraalisesti sen olemattoman hyötysuhteen vuoksi. Sen sijaan fentanyyli imeytyy hyvin annostelukalvolta eli laastarista ihon rasvakerrokseen, jossa sen varastoituu imeytyen vähitellen verenkiertoon. Laastarin teho ensimmäisellä käyttökerralla saavutetaan noin 12 tunnissa ja se kestää hoitotasolla noin 72 tuntia, jolloin laastari on vaihdettava. Kakektisilla potilailla fentanyylin imeytyminen verenkiertoon on heikompaa rasvakerroksen puuttessa. Laastarin poiston jälkeen fentanyylin vaikutus puoliintuu keskimäärin 17 tunnissa. Sen vaikutus saattaa puolestaan kasvaa liki 30 % ihon lämpötilan noustessa 40 °C:een. (Kalso 2018, 201–202.)

Fentanyyllaastari on helppokäyttöinen, minkä vuoksi se on yleisesti käytetty vanhusten kivunhoidossa. Se aiheuttaa vähemmän ummetusta, mutta toisaalta laastari voi aiheuttaa ihoärsytystä. (Kalso 2018, 202.) Fentanyyli ei vapauta ollenkaan histamiinia, joten se ei myöskään laastarina käytettäessä aiheuta kutinaa (Kalso 2023, 21). Hitaan vaikutuksensa vuoksi se ei sovellu akuuttiin kipuun (Kalso 2018, 202).

Vahvat opioidit aloitetaan vanhuksilla noin 25–50 % pienemmillä annoksilla kuin tavallisesti ja niitä lisätään vastetta seuraten noin 30 % kerrallaan. (Tasmuth 2019.) Opioidit lisäävät kaatumisriskiä sekä luunmurtumia. Lisäksi opioidit lisäävät iäkkäille jo muutoinkin tyypillistä ummetusta, pahoinvointia sekä sekavuutta,

mielialan muutoksia, hallusinaatioita sekä kutinaa. (Kalso 2018, 539.) Ummetus kehittyy lähes jokaiselle potilaalle, mutta sitä voidaan estää ja hoitaa laksatiiveilla sekä naloksonilla, joka on opioidiantagonisti. Kutina voi olla myös erittäin häiritsevä opioidien haittavaikutus. Antihistamiinin lisäksi naloksoni voi tässäkin tapauksessa pieninä annoksina auttaa. (Kalso 2023, 21.)

Yksi vakavimmista opioidien haittavaikutuksista on hengityslama, jonka riski on suurin ensikertaa opioideja käyttävällä, aikaisemmin kivuttomalla potilaalla. Hengityslamaa voi esiintyä myös pitkään jatkuneen opioidilääkityksen yhteydessä, jos lisänä käytetään esimerkiksi puudutteita. Erityisesti uniapnea lisää hengityslaman riskiä. Yleisesti ottaen toleranssi hengityslamaan opioideja käytettäessä kehittyy 1–2 viikon aikana. Lisäksi kipupotilaan kipu toimii hengityslaman vastavaikuttajana, koska se stimuloi hengityskeskusta (Kalso 2018, 191).

Neuropaattisessa kivussa tärkein hoitomuoto on lääkehoito, jota täydennetään esimerkiksi fysioterapeuttisin hoidoin. Lääkehoito aloitetaan yleensä yhtä lääkettä kokeilemalla, mutta yleisimmin käytössä on eri mekanismein vaikuttavia kipulääkkeitä. Jo 30 %:n kivuttomuuden hoitovastetta pidetään tyydyttävänä, koska lääkkeillä harvoin saavutetaan täyttä kivuttomuutta. (Neuropaattisen kivun hoito-opas 2007.)

Neuropaattisen kivun lääkehoidon kulmakivenä käytetään trisyklisiä masennuslääkkeitä, joissa kivunlievitys perustuu serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estoon. Masennuslääkkeiden lisäksi neuropaattiseen kipuun käytetään myös epilepsialääkkeitä ja opioideja. (Neuropaattisen kivun hoito-opas 2007.) Esimerkiksi epilepsialääkkeistä gabapentiinia ja pregapaliinia käytetään kivunlievitykseen enemmän kuin epilepsian hoitoon. Kivunlievityksen lisäksi ne lievittävät myös ahdistusta ja parantavat unta. Haittavaikutukset ovat muita epilepsialääkkeitä pienempiä, mutta esimerkiksi väsymystä, päänsärkyä, muisti- ja puhehäiriöitä sekä painonnousua esiintyy. (Kalso 2018, 209.)

Iholle annosteltavalle lidokaiinilla on myös tutkimusnäyttöä yliaktiivisten hermo päätteiden toiminnan rauhoittamisessa (Neuropaattisen kivun hoito-opas 2007.) Lidokaiinivoidetta tehokkaampi kivunlievitys saadaan annoskalvolla, mutta sitä

on saatavilla Suomessa vain erityisluvalla, joten sen käyttö on potilaalle kallista (Kalso 2018, 212).

Siinä vaiheessa, kun perustasolla hoidettava saattohoitopotilas ei kykene enää nielemään lääkkeitään, kivunlievitys aloitetaan lyhytvaikutteisilla, tarvittaessa ihon alle injektioina annosteltavilla opioideilla. Kivuliaiden injektioiden ollessa toistuvia, opioideja voidaan siirtää annostelemaan ihonalaisella kanyylilla. Kun kipuvasteen vaatima vuorokausiannos on saatu selville, olisi suositeltavaa siirtää ihonalaisen infuusion antamiseen lääkannostelijan (PCA) kautta. Kivunlievityksen tehostamiseen voidaan käyttää lisäksi ahdistusta helpottavaa lääkettä; tämä voi korvata kipulääkityksen nostamisen tarvetta. (Tasmuth 2019.)

Kipu voi myös voimistua itsestään eri ärsykkeiden, kuten fyysisen rasituksen vuoksi. Tällaisia siedettävän kivun ylittäviä kipukohtauksia varten lääkärin tulee määrätä peruskipulääkityksen rinnalle lisäkipulääkkeeksi eli läpilyöntikipulääkkeeksi nopeavaikutteinen opioidi. Käytännössä lääkkeenä käytetään morfiiniliuosta tai oksikodonia. Läpilyöntikiput ovat yleisiä erityisesti syöpäpotilailla. Suuntaa antavana lääkannoksena voidaan käyttää 1/6 suuruista osaa päivittäisen pitkävaikutteisen opioidin vuorokausiannoksesta kipua ennakkoiden tai sen voimistuessa. Vanhuksilla läpilyöntiopioidin määrä aloitusvaiheessa voi olla esimerkiksi 3–5 mg oksikodonia. Mikäli läpilyöntikipulääkettä joudutaan antamaan runsaasti vuorokauden aikana, tämä viittaa riittämättömään peruskipulääkitykseen, jolloin sitä tulisi tarkistaa. (Heiskanen 2015, 65–66.)

Mikäli kivut ovat sietämättömät eikä niitä voida tavanomaisin keinoin lievittää, tulee potilaan ja mahdollisesti läheisten suostumuksella harkita palliatiivista sedaatiota. Muita syitä sedaatiolle ovat akuutti verenvuototilanne, hengenahdistus, pahoinvointi, levottomuus ja henkinen kärsimys. Tällöinkin sedaatio voidaan ottaa käyttöön, kun kaikki muu voitava potilaan hyväksi on tehty. Sedaatiossa tajunnantaso alennetaan, niin että potilas on rauhoittunut tai kevyessä unessa. (Terveyskylä 2021a.)

Sedaatio ei poista kipulääkkeiden tai muiden tarvittavien oirelääkkeiden antamisen tarvetta. Sedaatio voi olla kestoaltaan väliaikainen muutamasta tunnista

päiviin. Joskus voi olla tarpeen sedatoida potilas viimeisiksi elinpäivikseen kuolemaansa saakka. (Terveyskylä 2021a.) Palliatiivinen sedaatio tulee erottaa eutanasiasta, jonka tavoite on kuoleman jouduttaminen tai tuottaminen (Pöyhiä 2015, 270).

## 4.2 Lääkkeetön kivunhoito

Kaikkea kipua ei aina pystytä hoitamaan pelkästään vahvoilla kipulääkkeillä. Esimerkiksi kuivan suun aiheuttamaan kipuun auttaa parhaiten suun kostutus ja hoito. Painehaavakipuihin puolestaan auttaa säännöllinen asentohoito ja painehaavapatjat. Myös ulostus- ja virtsaamisongelmat aiheuttavat kiputuntemuksia. (Poukka & Korhonen 2015, 262.)

Lämpö- ja kylmähoidot sopivat erityisesti nivelrikko- ja reumakipuihin. Pintalämpöhoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi lämpötyynyillä ja kuumavesipulloilla. Lämpöhoiton kesto vaihtelee potilaan omien tuntemusten mukaan, mutta yleisimmin 10–20 minuutin hoitojakso kerrallaan on sopiva. Kylmähoitoa voidaan niin ikään toteuttaa kylmä- ja jääpakkauksilla 10–30 minuuttia kerrallaan. Myös lämpö- ja kylmägeelit sekä -voiteet ovat soveltuvia kivunhoidossa. (Pohjolainen 2018, 247–248.)

Asentohoito on yksi tärkeimmistä kivun hoitomuodoista, koska asennonvaihdot helpottavat kiputuntemusta vähentämällä kipureseptorien ärsytystä. Vaihtamalla säännöllisesti potilaan asentoa hänelle pyritään saamaan mahdollisimman mukava asento, mikä samalla helpottaa hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa. Asentohoidolla ehkäistään myös painehaavojen syntymistä, nivelten virheasentoja, keuhkokuumetta ja laskimotukosten syntyä. (Pesonen-Sivonen 2015, 63.) Yleisimmät lepoasennot ovat selin- ja kylkimakuulla, tarvittaessa tyynyillä tukien. Painehaavariskiä vähennetään huomioimalla luiset ulokkeet, kuten lonkat ja polvet, pehmusteiden avulla. Ideaalisin asento kyljellään on 30 asteen kulma suhteessa patjaan. (Kinnunen ym. 2015, 17.)

Saattohoitopotilaan asentohoitoa voidaan toteuttaa mikroasentohoidolla, mikä periaatteeltaan on tavallista asentohoitoa, mutta pienemmillä liikkeillä ja asennon muutoksilla. Mikroasentohoidon ideana on, että potilasta liikutetaan esimerkiksi pyyhkeen tai lakanan avulla vetämällä hitaasti kankaan reunoista muutama sentti kerrallaan ulospäin potilaan alta. Mikroasentohoitoa annetaan aina hoitajan käydessä potilaan luona. Potilaaseen ei tarvitse koskea eikä hänen peittoon siirtää syrjään. (Pesonen-Sivonen 2015, 63–64.)

Erilaisia hierontamenetelmiä on useita; potilaan ihoa ja lihaksia voidaan esimerkiksi sivellä, hangata, puristella, taputtaa, täristellä ja ravistella (Pohjolainen 2018, 246). Lymfaterapiaa voidaan käyttää turvotusten vähentämisen lisäksi kivunlievityksessä. Manuaalinen lymfaterapia on hierontaa, jossa hitain, pyörivin ja pumppaavin liikkein hierotaan vartaloa läpi aloittaen terveeltä alueelta. Hieronnan tarkoituksena on saada vahvistettua elimistön omaa imusuoniston virtausta. Lymfahierontaa voidaan käyttää esimerkiksi osana säärihaavojen hoitoa. Virallista lymfaterapiaa voi antaa hyväksytyt lymfaterapiakoulutuksen suorittanut fysioterapeutti, sairaanhoitaja tai kuntahoitaja. (Pohjolainen 2018, 251.)

Sähkövirtaa on hyödynnetty kivunhoidossa jo antiikin ajoista lähtien, jolloin päänsärkyä hoidettiin sähkörauskujen antamien sähköiskujen avulla (Kouri 2020, 379). TNS eli transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio -hoitoa (engl. TENS) käytetään useimmiten kroonisten kiputilojen, tuki- ja liikuntaelinten kipujen, neuropatian sekä hermojuuri- ja hermovaurioiden hoidossa. Vahvin tutkimusnäyttö on saatu polven nivelrikkovaivojen hoidossa. Lisäksi sen vaikuttavuutta on tutkittu diabeettisen neuropatian ja reumavaivojen hoidossa. (Haanpää & Pohjolainen 2018, 232–233.) Stimulaatiohoidot, kuten myös hieronta, perustuvat pääasiassa Melzackin ja Wallin vuonna 1965 kehittäneen niin sanottuun porttikontrolliteoriaan, jossa kipuradan liikenne ”ruuhkautetaan” muulla informaatiolla, jolloin varsinainen kipuviesti ei pääse niin hyvin eteenpäin. Kipua helpottava vaikutus on tilapäinen. (Kouri 2020, 379.) TNS:ssä sähkövirta johdetaan ihon lävitse elektrodien välityksellä. Elektrodit sijoitetaan kipualueelle tai sen lähelle, minkä vuoksi se soveltuu lähinnä paikallisiin kiputiloihin. (Pohjolainen 2018, 249–250.) TNS-laitteet ovat edullisia ja niitä on saatavilla niin kotiin kuin laitostyttöönkin (Haanpää & Pohjolainen 2018, 232).

Psykologisilla menetelmillä pyritään vaikuttamaan kipukokemukseen ja siihen suhtautumiseen, koska esimerkiksi negatiiviset ajatukset ja pelko lisäävät kiputuntemusta. Menetelminä voidaan käyttää esimerkiksi rentoutumista ja mindfulnessia. (Elomaa & Sipilä 2018, 253.) Erilaisilla hengitys- ja keskittymisharjoituksilla sekä lihasrentoutustekniikoilla voidaan vähentää kipuun liittyvää lihasjännitystä ja helpottaa esimerkiksi nukahtamista. (Elomaa & Sipilä 2018, 256.)

Rentoutumisen positiivinen vaikutus kivunhallintaan selittyy autonomisen hermoston toiminnan kautta; kiputuntemus aktivoi sympaattisen hermoston taistelee tai pakene -reaktion. Keho jännittyy ja valpastuu, syke kiihtyy ja hengitysrhythmi muuttuu. Kroonisessa kivussa tämä elimistön hälytysjärjestelmä jää päälle. Rentoutusharjoitukset saavat elimistön parasympaattisen hermoston aktivoitumaan, mikä puolestaan saa lihakset rentoutumaan sekä sykkeen ja hengityksen rauhoittumaan. (Terveyskylä 2018a.)

Mindfulness- eli tietoisuustaitomenetelmillä pyritään kehittämään hetkessä elämisen taitoja eli tietoista läsnä olemista. Tietoisella toiminnalla ajatuksia saadaan pois kivusta kiinnittämällä huomiota esimerkiksi ympäristöön tai pieniin arkitöihin. Potilasta voi esimerkiksi ohjata tiedostamaan tuntemuksia, kun hän istuu tuolilla; mitkä kehon osat ovat tuolin pintaa vasten, miltä kova tuolinpinta tuntuu ja niin edelleen. (Terveyskylä 2018b.) Huonokuntoisille ja kognitioltaan heikentyneille mindfulness –harjoitteet eivät sovi, mutta muutoin se parhaimmillaan lievittää stressiä, masennusta, ahdistusta ja väsymystä jo pienillä harjoitteilla. Valmiita harjoitteita löytyy esimerkiksi Mielenterveystalon nettisivuilta eikä niiden vetäminen vaadi aikaisempaa kokemusta. (Paviala & Muuri-nen 2023.)

Fyysiset oireet vaikuttavat sosiaaliseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psykkinen, sosiaalinen, henkinen ja hengellinen ahdistuneisuus puolestaan vaikuttavat fyysiseen oirehdintaan. (Terveyskylä 2022.) Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa keskusteluavulla ja läsnäololla lievitetään myös ahdistuksen, masennuksen ja levottomuuden tunteita, mikä on tärkeää myös kivunlievityksen kannalta. (Tasmuth 2019.)



Keskustelun apuna voidaan käyttää esimerkiksi Palliativisen talon Puhetta elämästä -kortteja. Kortteja voi käyttää sekä oman pohdinnan tukena että hoitohenkilöstön ja omien läheisten kanssa. Korttien avulla kerrotaan tunteista ja ajatuksista, joita eletty elämä, elämän rajallisuus ja lähestyvä kuolema tuovat pintaan. (Terveyskylä 2021b.)

Hengellisen ja henkisen tuen tarvetta voidaan arvioida esimerkiksi Arvokkuusterapia- tai Avaus- malliin liittyvillä kysymyksillä. Arvokkuusterapia eli Dignity-interventio on erityisesti elämän loppuvaiheeseen kehitetty lyhytpsykoterapian muoto (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019). Arvokkuusterapia-mallin kysymysten avulla potilas voi kertoa elämästään sekä hänelle tärkeistä asioista ja ihmisistä. Avaus-mallissa puhutaan arvoista ja vakaumuksesta, voimavaroista ja arvioidaan omia hengellisiä ja henkisiä tarpeita. Hengellisen ja henkisen tuentarpeen arvioinnissa tulee myös pohtia, onko hoitohenkilöstön tarjoama psykologinen tuki riittävä vai olisiko papin tai potilaan oman uskontokunnan edustajan tai esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan käynti potilaalle hyödyllinen. (Sipola, Peippo & Paju 2023.)

## **5 Opinnäytetyön tavoite ja tehtävä**

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa Palvelukeskus Pihlajiston filippiiniläisille lähihoitajaopiskelijoille valmiuksia laadukkaaseen kivunhoitoon palliativisen hoidon ja saattohoidon aikana. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa koulutusmateriaalia Palvelukeskus Pihlajistolle.

## 6 Menetelmälliset valinnat ja lähtötilanteen kuvaus

### 6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö on mahdollista tehdä joko toiminnallisena tai tutkimuksellisenä työnä. Molempien mallien perustana on tietopohja ja prosessin kulku on samankaltainen; ensin valitaan aihe, rajataan käsiteltävää materiaalia ja aineistoa, työskennellään suunnitelmallisesti sekä organisoidusti ja lopulta aikaansaadaan valmis tuotos tai tulos. Eri opinnäytetyömallit eroavat toisistaan käytetyissä menetelmissä, tiedonhankintatavoissa, aineistossa ja sen käsittelytavoissa sekä lopputuloksessa. Tutkimuksellisen opinnäytetyön tuloksena saadaan uutta tietoa, jonka synnystä tehdään tutkimusraportti, kun taas toiminnallisessa opinnäytetyössä lopputuloksena syntyy tuotos. (Salonen 2013, 5–6.) Tämän opinnäytetyön tuotos on koulutusmateriaali, jota tullaan hyödyntämään lähihoitajien ja hoiva-avustajien kouluttamisessa ja työhön perehdyttämisessä.

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu myös eri vaiheissa mukana olevat toimijat. Tämän opinnäytetyön tuotos tehdään yhteistyössä Palvelukeskus Pihlajiston kanssa. Salosen (2013, 6) mukaan keskustelu sekä palautteen anto ja vastaanotto ohjaavat opinnäytetyön tekemistä. Opinnäytetyöprosessin aikana olen säännöllisesti yhteydessä toimeksiantajaan, jolta saatu palaute ohjaa työskentelyäni. Myös opinnäytetyön ohjaajalla on tärkeä rooli opinnäytetyöprosessissa; hänen tehtävänsä on tukea ja kannustaa. Ohjaus luo mahdollisuuksia, eikä sitä tule vain ajatella opinnäytetyön tekemisen pakollisena osana. (Kostamo, Airaksinen & Vilka 2022, 30–31.) Opinnäytetyössäni tuotan koulutusmateriaalin lisäksi raportin. Tämä on tärkeää, jotta kokonaisuus olisi enemmän kuin pelkkä tuotos. Opinnäytetyön raportista käy ilmi toiminnallisen opinnäytetyöprosessin ymmärtäminen, alakohtainen ammatillisuus ja oma oppimisprosessi (Salonen 2013, 25).

## 6.2 Toimeksiantaja

Toimeksiantajani Palvelukeskus Pihlajisto sijaitsee Kestilässä, Siikalatvan kunnassa. Siikalatva kuuluu OYSin erityisvastuualueeseen, mikä taas jakaantuu viiteen eri sairaanhoitopiiriin Siikalatvan kuoluessa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin alueella asuu vuoden 2019 tiedon mukaan noin 412 000 asukasta. Pohjois-Pohjanmaalla etäisyydet terveydenhuollon yksiköihin ovat suuret. Erityisvastuualueen perustason saattohoitopalvelut ovat suhteellisen kattavat, mutta muilla tasoilla esiintyy puutteita osaamisessa ja palveluiden tarjonnassa. (Saarto ym. 2019b, 69–71.)

Siikalatvan sosiaali- ja terveystalvelut on ulkoistettu kokonaan Mehiläiselle vuodesta 2017 alkaen. Palvelukeskus Pihlajiston palveluvalikoimaan kuuluu tehostettu palveluasuminen, tilapäinen tai jatkuva palveluasuminen sekä tilapäinen kuntoutus. Tehostetun palveluasumisen paikkoja on 15 - tilapäisen kuntoutumisen ja palveluasumisen paikkoja 7. (Mehiläinen 2021.)

Toimeksiantajassani Palvelukeskus Pihlajistossa työskentelee yksi sairaanhoitaja, kahdeksan lähihoitajaa ja kahdeksan hoiva-avustajaa. Hoiva-avustajat ovat yhtä lukuun ottamatta filippiiniläisiä. Jokainen näistä kahdeksasta hoiva-avustajasta opiskelee oppisopimuksella lähihoitajaksi. (Väyrynen 2023.) Pihlajisto kuuluu Mehiläinen Terveystalvelut Oy konserniin, minkä vuoksi lääkehoidossa noudatetaan valtakunnallista lääkehoitosuunnitelmaa ja sen osana yksikkötasoisia suunnitelmaa. Pihlajiston asukkaisen lääkehoidosta vastaava lääkäri hyväksyy lääkehoitosuunnitelman ja se päivitetään kerran vuodessa. (Akbaba, Väyrynen & Keskitalo 2022.)

Pihlajiston lääkehoidon käytännön toteuttamisesta vastaa sairaanhoitaja. Seurannan ja valvonnan lisäksi hän huolehtii, että lääkehoitoa toteuttavien osaaminen on vaadittavalla tasolla, päivittää lääkehoitosuunnitelman ja tekee yhteistyötä lääkärin ja apteekin kanssa. Sairaanhoitajan lisäksi lähihoitajat ja hoiva-avustajat toteuttavat lääkehoitoa lääkehoito-osaamisensa mukaisesti. Kivun havainnointi ja kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi kuuluvat koko henkilöstölle. (Akbaba ym. 2022.)

Pihlajiston oma lääkäri on jo valmiiksi tehnyt suurimmalle osalle asukkaista selkeät hoitolinjaukset yleisvoinnin romahtaessa. Hoitolinjauksissa otetaan kantaa IV-antibiootin, IV-nesteytyksen ja sairaalasiirtojen mahdollisuuteen tai niiden poisrajaamiseen. Ennakoivassa hoitosuunnitelmassa on voitua ottaa huomioon saattohoidossa käytettävä kipulääkitys jo ennen saattohoitoon siirtymistä. Kipulääkkeeksi on voitua määrätä esimerkiksi Oxynorm. Akuuttitilanteissa lääkityksen määrää päivystävä lääkäri. (Akbaba ym. 2022.)

Tarvittaessa asukkaan tilanteen niin vaatiessa, hänelle voidaan ottaa käyttöön vuodeosastolta lainattava lääkannostelija. Vuodeosaston henkilökunta antaa myös koulutuksen annostelijan käyttöön. Riittävän perehdytyksen jälkeen kipupumpun boluksen antamiseen lääkäri voi antaa erillisluvan myös lähihoitajalle. (Akbaba ym. 2022.)

### **6.3 Tiedonhaku**

Toiminnallisen opinnäytetyön aineistoina voidaan käyttää opinnäytetyön tekijästä riippumatonta tai hänestä riippuvaista aineistoa. Tekijästä riippumatonta aineistoa ovat jo valmiit aineistot kuten tilastot, raportit ja ohjeistukset. Opinnäytetyöntekijästä riippuvaiseksi aineistoksi luetaan haastattelut, kyselyt ja havainnointi. (Kostamo ym. 2022, s 47.) Tämän opinnäytetyön aineistona on käytetty muun muassa valmiita oppaita, ohjeistuksia, tilastoja ja tutkimuksia. Omia kokeuksiani ja havainnointia olen hyödyntänyt lähinnä pohdinnan tukena.

Tiedonhakutaulukkoon (liite 1) on koottu eri hakusanoilla saatuja tuloksia ja niiden käytettävyyttä. Tiedonhakuvaiheessa Hotus-hoitosuosituksia en palliatiiviseen hoitoon liittyen löytänyt kuin yhden. Hyödynsin tätä ja mieleeni muistunutta aikaisemmin käyttämäni hoitosuositusta painehaavojen hoidosta. Tiedonhakuvaiheen jälkeen on julkaistu muun muassa Hotus-suositus palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan läheisten kohtaamisesta ja tukemisesta. Käypä hoito -suositusta löysin sekä kivusta että palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta muutamia. Oppiportista löytynyttä materiaalia en suoraan

pystynyt käyttämään lähteenä, koska julkaisut ovat käyttäjätunnusten ja salasanojen takana. Löysin kuitenkin kirjastosta vastaavat painetut teokset.

Opinnäytetyön edetessä tein tarvittavia lisähakuja. Myös tavallisen Googlen antamista osumista löysin ”kipu” ja ”palliativinen hoito” hauilla luotettavia lähteitä. Luotettavuus perustuu omaan arviooni. Etsin tietoa myös selkokielistä oppaista sekä toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä.

#### **6.4 Koulutusmateriaalin suunnittelu**

Päädyin tekemään koulutusmateriaalin selkokielistä, koska suuri osa Pihlajiston työntekijöistä on filippiiniläisiä. He opiskelevat suomen kieltä, mutta eivät täysin ymmärrä yleiskieltä. Kehitysvammaliiton Selkokeskus (2021a) on määrittellyt selkokielen seuraavalla tavalla: Selkokieli on suomen kielen muoto, joka on mukautettu sisällöltään, sanastoltaan ja rakenteeltaan yleiskieltä luettavammaksi ja ymmärrettävämmäksi. Se on suunnattu ihmisille, joilla on vaikeuksia lukea tai ymmärtää yleiskieltä.

Selkokeskuksen sivuilta löytyy ohjeita informoivien tekstien kirjoittajalle. Sanaston osalta kehoitetaan käyttämään lyhyitä ja yleisesti tunnettuja sanoja. Samaan asiaan viitataan samalla sanalla ja lyhenteitä pyritään välttämään. Lauserakenteissa on hyvä käyttää mahdollisimman helppoja ja lyhyitä rakenteita suomen kielelle tyypillisten aika- ja sijamuotojen sijaan. (Selkokeskus 2021b.)

Toimeksiantajani halusi lyhyen ja ytimekkään koulutusmateriaalin, josta tiedot tulevat esille ymmärrettävästi ilman liiallista ammattisanastoa. Lyhyt koulutusmateriaali tulee myös luettua. Materiaaliin tuli lyhyesti tietoa erilaisista kiputyypeistä pyrkien korostamaan kivun fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta. Kivun arviointi ja mittaaminen saivat suurimman huomion koulutusmateriaalissa, koska materiaalin kohderyhmänä ovat lähihoitajaksi opiskelevat filippiiniläiset hoiva-avustajat, joiden pääasiallinen tehtävä kivunhoidossa on sen arviointi ja mittaaminen. Lisäksi kivun arvioinnin ja havainnoinnin onnistuminen on olennainen osa koko kivunhoitoa. Lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä

kävin koulutusmateriaalissa lyhyesti läpi. Pääasiallinen lääkehoitovastuu on sairaanhoitajalla, joten mielestäni lähihoitajaopiskelijoille riittää tässä vaiheessa yleisellä tasolla oleva tieto siitä, minkälaisia lääkkeitä kivunhoidossa käytetään.

Tutustuin koulutusmateriaalin tuottamisen tueksi Työterveyslaitoksen (2023) ”Millainen on hyvä ohje? Kahdeksan vinkkiä ohjeiden tekemiseen työpaikalla” artikkeliin. Sen mukaan hyvä ohje on johdonmukainen ja rakenteeltaan selkeä. Ohjetta voidaan selkeyttää esimerkiksi väliotsikoin tai numero- ja pallukkalistoilla. Hyvä ohje sisältää vain oleellisen tiedon ilman turhia täytesanoja. Asiat ilmaistaan kuitenkin tarkasti ja aukottomasti huomioiden myös välivaiheet.

Valmista ohjetta olisi hyvä testauttaa sellaisella henkilöllä, joka ei ole osallistunut ohjeen tekemiseen. Testaajan avulla ohjeen mahdolliset epäselvyydet ja aukot voidaan havaita ennen ohjeen laajempaa levitystä. Valmis ohje tulee käydä läpi yhdessä ohjeen käyttäjien kanssa. Myös keskustelulle tulisi varata aikaa. Ohjeen läpikäyminen yhdessä auttaa ohjeen sisäistämisessä ja sitouttaa käyttämään ohjetta. (Työterveyslaitos 2023.) Samalla löytyvät myös kirjoitusvirheet, jotka ovat voineet itse ohjeen tekijältä jäädä huomaamatta (Hyvärinen 2005).

## **6.5 Koulutusmateriaalin toteutusvaihe**

Kokeilin ensin koulutusmateriaalin tekemistä Canva -ohjelmalla. Canva oli minulle kuitenkin vielä niin uusi ohjelma, että koin aikaa menevän turhan paljon ohjelman sujuvan käytön opetteluun. Tämän vuoksi päädyin tekemään materiaalin tutulla Power Pointilla. Power Pointin kuvatiedostoista löysin myös valmiin, kauniin ja rauhallisen taustan materiaalille.

Aloitin koulutusmateriaalin tekemisen jakamalla sisällön eri dioille. Ensimmäisillä sivuilla selitin erilaisten kiputyyppeiden ja esimerkkien avulla, mitä kipu on. Koulutusmateriaalin pääpaino on kivun arvioinnissa ja havainnoinnissa, joten arviointia käsittelemällä aloittaen yleisestä kivunarvioinnista. PAI-NAD-asteikon tein itse mukaillen kirjoista löytämäni taulukkoa. Myös kivunhoidon portaat tein itse mallikuvioiden perusteella.

Arvioinnin jälkeen käsittelin koulutusmateriaalissa lääkkeelliset ja lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät. Mielestäni tämä järjestys on johdonmukainen ja kronologinen. Loppuun kokosin vielä mielestäni tärkeitä huomioita kivunarvioinnista. Jotta ohjeen lukija myös käyttäisi ohjeita, ne tulee perustella (Hyvärinen 2005). Tämä toiseksi viimeinen dia toimii omalta osaltaan materiaalin ohjeiden perusteina ja vastaa kysymykseen, miksi on tärkeää panostaa laadukkaaseen kivun arviointiin ja hoitoon. Viimeiselle dialle kirjoitin tiedot itsestäni, ja että kyseessä on opinnäytetyöhön liittyvä koulutusmateriaali (opas), jonka tarkemmat lähdetiedot löytyvät opinnäytetyön lähdeluettelosta.

Järjestin pienen koulutustilaisuuden filippiiniläisille lähihoitajaopiskelijoille testatakseni, minkälaisia esimerkkejä he kaipaivat esimerkiksi PAINAD-asteikon sisäistämiseen. Siirryimme erään asukkaan huoneeseen ja havainnoimme hänen ilmeitään ja ääntelyään asteikon mukaisesti. Kyselin samalla, minkälaisia pisteitä he antaisivat missäkin tilanteessa. Koulutustilaisuuden perusteella kehitte-  
lin koulutusmateriaaliin kaksi erilaista esimerkkiä PAINAD-asteikon käytöstä. Kävin materiaalia ja sen case-esimerkkejä läpi hoiva-avustajien ja lähihoitajien kanssa pienemmissä ryhmissä tai kahden kesken oikeissa hoivatilanteissa. Koulutusmateriaalia ei käyty läpi koko henkilöstön yhteisessä koulutustilaisuudessa. Mielestäni hoiva-avustajat ja lähihoitajat sisäistivät koulutusmateriaalin sanoman parhaiten pienemmissä ryhmissä keskustellen.

Kysyin eri henkilöiltä mielipidettä materiaaliin valitsemastani taustakuvasta. Sain palautetta, että joissain kohden teksti jäi hieman epäselväksi, joten vaihdoin kuvan neutraalimmaksi. Päädyin käyttämään taustalla sinisävyistä liukuväritäyttöä. Väri sopii mielestäni teemaan ja on sopivan harmoninen. Pyysin myös välipalautetta lääkehoidosta vastaavalta sairaanhoitajalta koulutusmateriaalin sisäl-  
löstä sekä tekstien pituudesta.

Kun koulutusmateriaali oli mielestäni valmis, tulostin sen dia kerrallaan A4- kokoon vaakatasoon ja kokosin materiaalin mappiin. Keskusteltuani Pihlajiston henkilöstön kanssa, tämä oli mielestäni paras ratkaisu; paperinippu hukkuu kai-  
ken muun paperin sekaan, kun taas mappi jo kokonsa puolesta herättää

huomiota paperinippua enemmän. Asettelin mapin kanteen koulutusmateriaalin kansidian, jotta siitä näkee heti, mitä kansio sisältää.

Alkuperäinen tarkoitukseni oli, että opinnäytetyön tuotoksena olisi opas. Tehdyäni päätöksen lopullisen tuotoksen ulkoasusta ja keskusteltuani aiheesta ohjaavien opettajieni kanssa, tuotoksen nimeksi muodostui koulutusmateriaali. Koulutusmateriaali -nimi on kuvaavampi materiaalille, joka on koottu kovakantisen mapin väliin eikä sitä ole taitettu paperiesitteeksi. Palautekyselyssä puhutaan vielä oppaasta. Kyselyn pohjana oleva materiaali kuitenkin vastaa lopullista tuotosta.

## 6.6 Koulutusmateriaalin arviointi

Tulostettuani materiaalin, pyysin Pihlajiston henkilöstöä tutustumaan siihen ja täyttämään sen jälkeen tekemäni palautekyselyn (liite 2). Aikaa kyselyn täyttämiseen oli kaksi viikkoa. Kyselyn kysymykset olivat suomeksi, mutta annoin luvan vastata niihin myös englanniksi, koska se oli osalle filippiiniläisistä hoivaavustajista helpompaa. Näin ollen kyselyn täyttäminen ei jäänyt kiinni siitä, että vastaaja ei osannut ilmaista mielipidettään suomeksi.

Palautekyselyjä palautettiin seitsemän kappaletta. Palautteesta kävi ilmi, että hoiva-avustajat oppivat materiaalin avulla, että kipuun voi olla useita eri syitä ja että lääkkeellisen kivunhoidon lisäksi lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat yhtä tärkeitä. Palautteen mukaan materiaali oli selkeä ja ymmärrettävä. Se oli myös koulutustuokioissa käyty läpi informatiivisesti ja yksityiskohtaisesti. Tiedon lisääminen kivun mittaamisesta ja sen tunnistamisesta oli koettu tärkeänä. Palautekyselyyn oli myös kirjoitettu, voisiko koulutusmateriaalin saada myös sähköpostitse, koska materiaali koettiin hyödylliseksi sekä työssä että lähihoitajaopinnoissa.

Palautekyselyn lisäksi sain suullista palautetta sairaanhoitajalta, tiimiesimieheltä sekä palvelupäälliköltä. Myös tämän palautteen mukaan materiaali oli selkeästi tuotettu ja kipu sekä kivunhoitomenetelmät oli tuotu esille hyvin. Materiaali oli



riittävän lyhyt ja esille oli tuotu olennaisimmat asiat. Palautteessa sanottiin, että materiaalia voidaan käyttää opiskelijoiden ohjaamisessa asiakkaan ollessa esimerkiksi saattohoidossa ja näin toteuttaa laadukasta kivunhoitoa. Palautteessa oli otettu myös esille materiaalissa esitellyt kivunarvioinnin mittarit. Esimerkit olivat palautteen mukaan olleet hyviä ja informatiivisia. Tulostetun materiaalin lisäksi koulutusmateriaali lisätään Pihlajiston sähköiseen materiaalipankkiin.

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Tuotoksen tarkastelu**

Sairaanhoitajaopintojen ohella olen työskennellyt erilaisissa vanhusten hoivakohteissa niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella. Jo opintojeni varhaisessa vaiheessa päätin, että syvennyn nimenomaan palliatiiviseen hoitoon, koska tajusin sekä käytännön kokemuksen että opiskelujen tuoman informaation vuoksi, miten tärkeää laadukas oirehoito elämän loppuvaiheessa on, ja miten tämä ei valitettavasti välttämättä hyvästä tahdosta huolimatta aina toteudu. Koen suurimpana ongelmana, että varsinkaan muistisairaana kipua ei aina tunnisteta. Lisäksi vahvojen opioidien käyttäminen koetaan pelottavaksi siihen liittyvän hengityslamariskin vuoksi.

Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa Palvelukeskus Pihlajiston filippiiniläisille lähihoitajaopiskelijoille valmiuksia laadukkaaseen kivunhoitoon palliatiivisen hoidon ja saattohoidon aikana. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa koulutusmateriaalia Palvelukeskus Pihlajistolle. Mielestäni pääsin tavoitteeseeni. Tuottamaani koulutusmateriaalia (liite 3) tullaan käyttämään myös jatkossa hoitajien perehdytyksessä ja sen tuomaa tietoa hyödynnetään erityisesti saattohoitovaiheessa olevan potilaan hoidossa. Ajankohdallisesti opinnäytetyöni ja sen tuotoksena syntynyt koulutusmateriaali osuivat ideaaliseen hetkeen, koska JEDUssa (Jokilaaksojen koulutuskuntayhtymä) opiskelevat, tulevat lähihoitajat, kävivät syksyn opinnoissaan läpi kipua ja kivunhoitoa. Pystyin ohjaamaan ja opettamaan heitä

Pihlajistossa sekä koulutusmateriaalin että henkilökohtaisen ohjauksen avulla; osaamiseni tuoma hyöty oli konkreettinen.

Toimeksiantajani oli tyytyväinen koulutusmateriaaliin. Se oli toiveiden mukaisesti sopivan lyhyt ja tuotettu selkokielellisesti. Työterveyslaitoksen (2023) ”Millainen on hyvä ohje? Kahdeksan vinkkiä ohjeiden tekemiseen työpaikalla” artikkelin mukaan ohjeen läpikäyminen yhdessä auttaa ohjeen sisäistämässä ja sitouttaa käyttämään ohjetta. Olen käynyt koulutusmateriaalin läpi ja keskustellut siitä yhdessä ohjeen käyttäjien kanssa. Ohjeen läpikäyminen yhdessä auttoi materiaalin ohjeiden sisäistämässä ja se myös sitouttaa käyttämään ohjeita. Koulutusmateriaali on tuotettu selkokielellisesti, mutta hyödynsin puhekielessä englantia tarkentaessani materiaalin sisältöä. Selkokeskuksen ohjeissa (2021b) kehoitetaan käyttämään lyhyitä ja yleisesti tunnettuja sanoja. Samaan asiaan viitataan samalla sanalla ja lyhenteitä pyritään välttämään. Olen pyrkinyt käyttämään koulutusmateriaalissa yleisesti tunnettuja sanoja ja mahdollisimman helppoja lauserakenteita. Olen myös välttänyt lyhenteitä kirjoittamalla ne ”auki”.

Koulutusmateriaalin tärkein anti oli mielestäni tuoda esille PAINAD-asteikko kivun havainnoinnin tueksi. Mitä pidemmälle dementia etenee, sitä yleisempää on vähintään keskivaikea päivittäinen kipu (Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 80). Mikäli kipua ei tunnisteta, aiheutuu potilaalle tarpeetonta kärsimystä. Sain mielestäni tuotua esille, miten tärkeää eleiden, ilmeiden ja ääntelyjen havainnointi on kivunarvioinnissa varsinkin silloin, kun potilas ei kykene kipua sanallisesti ilmaisemaan.

Koulutusmateriaalissani halusin korostaa lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien mahdollisuuksia lääkehoidon rinnalla, koska vahvatkaan kipulääkkeet eivät aina poista kaikkea kipua. Tähän liittyen myös Total pain -käsite on mielestäni välttämätöntä ymmärtää, jotta palliatiivista hoitoa antavat hoitajat ymmärtäisivät, että fyysisen kivun lisäksi kiputuntemukseen vaikuttavat myös psyykkiset, sosiaaliset ja eksistentiaaliset tekijät. Kivunhoitoa ei voida ilman tätä ymmärrystä toteuttaa laadukkaasti.

## 7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa. Tämän vuoksi on tärkeää, että luotettavuutta arvioidessa selvitetään tiedon todenmukaisuutta. Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta käsitellään laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerein. Näitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2012, 127–128.)

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa sitä koskevan aiheen parissa vietetty aika, siitä saadut kokemukset ja niistä tehdyt muistiinpanot. Uskottavuutta lisää niin sanottu aineistotriangulaatio; tutkimusaineistoa kerätään eri näkökulmista kuten potilaalta, hänen läheisiltään sekä hoitohenkilökunnalta. Uskottavat tutkimustulokset ovat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden vahvistettavissa. (Kylmä & Juvakka 2012, 128–129.) Olen varmistanut tämän opinnäytetyön uskottavuuden käyttämällä luotettavista lähteistä saatua tutkimustietoa. Käyttämäni materiaali on vahvistanut työelämässä saamaani ennakkokäsitystä aiheesta.

Kylmän ja Juvakan oppaassa (2012, 129) todetaan, että ollakseen vahvistettava, koko tutkimusprosessia, sen kulkua ja siitä kirjattua tietoa on pystyttävä pääpiirteissään seuraamaan. Tämän opinnäytetyön vahvistettavuus on varmistettu tarkalla ja kattavalla raportoinnilla; lukija voi seurata opinnäytetyöprosessiani ideasta lopputulokseen.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkimuksen tekijä tietää omat lähtökohtansa ja ne on myös kuvattava tutkimusraportissa (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Tässä opinnäytetyössä on kyse pian valmistuvan sairaanhoitajan tietope-  
rustan ja elämäkokemuksen yhdistämisen aikaansaamasta halusta vaikuttaa tulevaisuuden hoitotyöhön, jotta siitä tulisi entistäkin laadukkaampaa.

Kylmän ja Juvakan (2012, 129) kirjassa todetaan, että siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Opinnäytetyön tuotoksena syntyneen koulutusmateriaalin sisältö on siirrettävissä muihin vastaaviin yksiköihin.

Tieteellistä ja eritoten terveystutkimusta ohjaavat eettiset periaatteet ja lainsäädäntö. Tutkimusetiikka ohjaa tekemään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta, josta on hyötyä yhteiskunnalle, joka ei aiheuta tarpeetonta kärsimystä ja on osallistujilleen vapaaehtoista. Lainsäädäntö määrittelee ehdot, joiden puitteissa eettisiä ohjeita noudatetaan. Lainsäädännöstä perustuslaki ja henkilötietolaki määräävät henkilökohtaista koskemattomuutta ja yksityisyyden suojaa. Laissa säädetään myös erityisryhmien kuten vajaakykyisten ja alaikäisten osallistumisesta tutkimukseen. Myös tutkimuksessa saadun hyödyn on oltava siitä aiheutunutta haittaa suurempi. (Kylmä & Juvakka 2012, 137–141.)

Opinnäytetyöni on eettisesti perusteltu, koska sen pyrkimyksenä on luoda hyvää ja vähentää kärsimystä. Siitä on hyötyä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon potilaille. Opinnäytetyössä ei ole käytetty yksittäiseen ihmiseen liittyviä tietoja vaan aineistona on aikaisemmin tuotettua, luotettavaa näyttöön perustuvaa tutkimustietoa.

### **7.3 Ammatillinen kasvu**

Palliatiiviseen hoitoon tulisi siirtyä siinä vaiheessa, kun hoitava lääkäri ei yllätyisi, jos potilas kuolisi seuraavan 6–12 kuukauden kuluessa ja muistisairaiden osalta silloin, kun ollaan niin sanotussa vaikean vaiheen dementiassa (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019). Työskennellessäni vanhusten hoivakodeissa olen kuitenkin huomannut, että niin sanotuilta tavallisilta terveyskeskuslääkäreiltä puuttuu tältä osin geriatriinen osaaminen. Tämä tulee ilmi esimerkiksi siinä vaiheessa, kun vanhuksesta soitetaan lääkärille ja kerrotaan kuoleman lähestymisestä. Lähes poikkeuksetta lääkäri muuttaa hoitolinjauksen vasta tässä vaiheessa palliatiiviseksi, vaikka mielestäni palliatiivista hoitolinjausta on noudatettu lähestulkoon jo siitä asti, kun vanhus on tullut tehostetun palveluasumisen piiriin. Käytännössä tuossa soittovaiheessa puhutaan jo saattohoitopäätöksestä. Juha Hännisen mukaan pitkälle dementoivan sairauden elinaikaennuste on samaa luokkaa kuin pitkälle edenneen syövän. Siitä huolimatta suuri osa palliatiivisen hoidon piirissä olevista potilaista on syöpäpotilaita. (2015, 38–40).

Olen kuullut vanhusten hoivakodissa työskennellessäni hoitajan pohtivan ääneen opioidien aiheuttaman riippuvuuden kehittymistä vanhukselle. Mielestäni tämän pohtiminen elämän ehtopuolella olevan potilaan kohdalla on tarpeellista; opioidien hyödyt ovat haittoja suuremmat. Lisäksi esimerkiksi syöpään tai muuhun vaikeaan sairauteen liittyvään kipuun saatu opioidihoito harvoin aiheuttaa riippuvuuden syntymistä; keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla on pienempi riippuvuusriski nuoriin verrattuna keskushermoston pienemmän muovautuvuuden vuoksi. Jatkuva tai päivittäinen kipu myös estää opioidien aikaansaaman mielihyvätuntemuksen syntymisen. (Heiskanen 2015, 67.)

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaus on osaltaan vahvistanut omaa näkemystäni palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa koskevan kivunhoidon nykytilasta. Myös omasta mielestäni lisäkoulutuksen tarve on ilmeinen. Perehdyttyäni opinnäytetyöprosessin aikana tarkemmin kivunhoidon tutkimustietoon ja koulutusmateriaaliin, osaan myös itse jatkossa toteuttaa laadukasta kivunhoitoa paremmin. Ennen kaikkea olen saanut luotettavaa tietoa, jonka avulla voin perustella paremmin esimerkiksi vahvojen opioidien käytön tärkeyden ja turvallisuuden.

#### **7.4 Työn hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat**

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry:n kannanotossa (2020) todetaan, että Suomessa saattohoito on eriarvoista ja eikä siitä tiedetä riittävästi. Kyseessä on ihmisoikeuskysymys; laadukas palliatiivinen hoito vähentää inhimillistä kärsimystä. Se on myös taloudellisesti perusteltua vähentyneiden turhien tutkimus- ja lääkekulujen vuoksi.

Opinnäytetyötäni ja sen avulla tuottamaani koulutusmateriaalia voidaan käyttää osana uusien työntekijöiden perehdytystä. Myös pitkään alalla toimivien tulisi tassaikin väliajoin päivittää tietonsa. Esimerkiksi tässä opinnäytetyössä lähteenä käytetty vuonna 2015 valmistunut hoitosuositus painehaavojen ehkäisystä ja tunnistamisesta on saanut vuonna 2023 uuden hoitosuosituksen. Tuottamaani koulutusmateriaalia voidaan halutessaan täydentää ja päivittää. Sen läpikäynti

voidaan ottaa vuosittaiseksi käytänteeksi esimerkiksi samassa yhteydessä, kun lääkehoitosuunnitelmaa päivitetään ja käydään läpi.

## Lähteet

- Akbaba, A., Väyrynen, T. & Keskitalo A-L. 2022. Toimintayksikön lääkehoito-suunnitelma. Palvelukeskus Pihlajisto Mehiläinen.
- Elomaa, M. & Sipilä, R. 2018. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 253–259.
- Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T. & Hammar, T. 2022. Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN\\_ISBN\\_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN_ISBN_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 25.7.2023.
- Haanpää, M. & Pohjolainen, T. 2018. Transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 231–233.
- Haanpää, M. & Vainio, A. 2018. Kroonisen kivun epidemiologia ja kustannukset. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 122–127.
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Kipu iäkkäillä ja muistisairailta potilailla. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 79–81.
- Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaahan potilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 82–85.
- Hagelberg, N. & Heiskanen, T. 2015. Kipujärjestelmän toiminta. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 48–50.
- Heiskanen, T. 2015. Opioidien kliininen käyttö. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 62–67.
- Heiskanen, T., Haakana, S. & Koivusalo, A-M. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 51–53.
- Huovinen, A., Hynynen, M-A., Karhema, A., Koponen, L. & Mäkeläinen, T. 2023. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 574.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2005 (16). <https://www.duodecimlehti.fi/duo95167>. 28.10.2023.
- Hänninen, J. 2015. Oireiden arviointi. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 34–37.
- Hänninen, J. 2015. Elämän loppuvaihe eri sairauksissa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 38–40.
- Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S. & Nivala-Huhtaniska, N. 2022. Hoitosuositus. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunniteltu hoito. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/hoitosuositus-suunhoito-netti-1.pdf>. 31.7.2023.

- Kalso, E. 2018. Voiko kipua mitata. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 91.
- Kalso, E. 2018. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 108–113.
- Kalso, E. 2018. Kivun lääkehoito. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 177–221.
- Kalso, E. 2018. Iäkkäiden kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 535–543.
- Kalso, E. 2023. Opioidivalmisteet. Teoksessa Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell M. (toim.) Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. [https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160\\_opioidit-opas.pdf](https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf). Tampere: Puna-Musta Oy, 20–24.
- Kalso, E. & Konttinen, V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 56–84.
- Kehitysvammaliitto. Selkokeskus. 2021a. Selkokielen määritelmä. <https://selkokeskus.fi/selkokieli/selkokielen-maaritelma/>. 30.8.2023.
- Kehitysvammaliitto. Selkokeskus. 2021b. Näin kirjoitat selkokieltä. <https://selkokeskus.fi/selkokieli/nain-kirjoitat-selkokielta/>. 30.8.2023.
- Kinnunen, U.-M., Ahtiala, M., Hynninen, N., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>. 2.8.2023.
- Kontinen, V. 2015. Parasetamolin vaikutusmekanismi ja haittavaikutukset. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 58.
- Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013 (4). <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>. 28.7.2023.
- Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilka, H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi - opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Tallinna: AS Printon. 30–47.
- Kouri, J-P. 2020. Stimulaatiohoidot ja invasiiviset menetelmät. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. 1. painos. Lahti: VK-Kustannus Oy, 379–391.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. 127–141.
- Kouri, J-P. 2020. Lääkehoito osana muuta kivunhoitoa. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. 1. painos. Lahti: VK-Kustannus Oy, 363–377.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Luomajoki, H. 2020. Kipumeکانismit ja -mallit. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. 1. painos. Lahti: VK-Kustannus Oy, 53–61.
- Marjamäki, E. 2015. Lääkityksen tarkistaminen palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 328–329.



- Mehiläinen. 2021. Ikääntyneiden palvelut. <https://siikalatva.mehilainen.fi/palvelut/ikaantyneiden-palvelut>. 2.8.2023.
- Neuropaattisen kivun hoito-opas. 2007. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix00086>. 8.6.2023.
- Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. 2015. Suun kiputilat. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 124–125.
- Ojala, T. 2020. Mitä kipu on - Kivun yleisyydestä ja määritelmästä. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. 1. painos. Lahti: VK-Kustannus Oy, 27–37.
- Paakkari, P. 2015. Muistettavia asioita tavallisimmista lääkkeistä. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 318–321.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>. 5.6.2023.
- Paviala, J. & Muurinen, K. 2023. Mindfulness - lääkkeetön keino lievittää oiretaakkaa. Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry:n verkkolehti. Vain sisäiseen käyttöön. <https://www.palliatiivinenhoito-lehti.fi/artikkelit/mindfulness-laakkeeton-keino-lievittaa-oiretaakkaa.html>. 25.7.2023.
- Pesonen-Sivonen, T. 2015. Fysioterapian mahdollisuudet. Myller, H. (toim.) Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa. Joensuu: Laser Media Oy, 61–65.
- Pharmaca Fennica. 2022. Oxanest injektioneste. <https://pharmacafenica.fi/spc/2192511>. 31.7.2023.
- Pihlaja, R. 2020. Saattohoidon vapaaehtoiset. Selvitys saattohoidon vapaaehtoistoiminnasta. Terhokoti, Syöpäjärjestöt & Kirkkohallitus. <https://bin.yhdistysavain.fi/1551831/NVloH-SNcWbiL9kLLmRjG0VXuNb/Saattohoidon%20vapaaehtoiset%20-raportti.pdf>. 28.7.2023.
- Pohjolainen, T. 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 242–252.
- Poukka, P. & Korhonen, T. 2015. Kipulääkitys saattohoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 260–262.
- Pöyhiä, R. 2015. Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 265–271.
- Röning, T. 2020. Kivun psykologiaa. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J-P. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. 1. painos. Lahti: VK-Kustannus Oy, 99–117.
- Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijaryhmät. 2019a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö

- [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliativisen\\_hoidonjasaattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliativisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 29.5.2023.
- Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijaryhmät. 2019b. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM\\_2019\\_68\\_Rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=4&isAllowed=y). 19.6.2023.
- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022\\_004\\_08042022.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf). 1.7.2023.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. <https://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>. 9.8.2023.
- Sipola, V., Peippo, T. & Paju, J. 2023. Kirkon sielunhoito. Sairaalasielunhoito. <https://evl.fi/documents/1327140/0/Henkinen+ja+hengellinen+tuki+palliativisessa+hoidossa.pdf/528cf420-0a13-cb24-d901-631527cb6bef?t=1677055102911>. 3.8.2023.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap\\_2017\\_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y). 3.8.2023.
- Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry. 2023. Kroonisen kivun hoito-opas. [https://bin.yhdistys-avain.fi/1596852/SGPoucDJbUoUWh8H08h60XwWwf/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas\\_final.pdf](https://bin.yhdistys-avain.fi/1596852/SGPoucDJbUoUWh8H08h60XwWwf/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf). 28.7.2023.
- Suomen palliativisen lääketieteen yhdistys. 2023. Suomen palliativisen lääketieteen yhdistys ilmaisee huolensa tämänhetkisestä palliativisen hoidon ja saattohoidon toteutumisesta Suomessa: Palliativinen hoito on saatava lainsäädäntöön ja alan koulutus tulee varmistaa. <https://urly.fi/3oE1>. 28.7.2023.
- Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys ry. 2020. Saattohoitoon on nyt laatukriteerit. <https://www.sphy.fi/yhdistys/lausunnot-ja-kannanotot/>. 6.12.2023.
- Suomen perustuslaki 731/1999.
- Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärilehti 2019 (9). <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>. 10.6.2023.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023a. Tietoa RAI-järjestelmästä. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>. 22.10.2023.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023b. RAI-järjestelmän mittareita. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita#erityiset>. 28.7.2023.

- Terveyskylä. Kivunhallintatalo. 2018a. Rentoutumalla kohti kivunhallintaa. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/rentoutumalla-kohti-kivunhallintaa>. 1.8.2023.
- Terveyskylä. Kivunhallintatalo. 2018.b Tietoisuustaidot osana kivunhallintaa. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/tietoisuustaidot-osana-kivunhallintaa>. 1.8.2023.
- Terveyskylä.fi. Palliatiivinen talo. 2021a.Palliatiivinen sedaatio. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/saattohoidossa/saattohoidon-erityiskysymykset/palliatiivinen-sedaatio>. 19.6.2023.
- Terveyskylä. Palliatiivinen talo. 2021b. Puhetta elämästä -kortit. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/pohdi-ja-testaa/puhetta-el%C3%A4m%C3%A4st%C3%A4-kortit>. 3. 8.2023.
- Terveyskylä. Palliatiivinen talo. 2022. Mistä kärsimys muodostuu. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/el%C3%A4m%C3%A4nlaatu-ja-k%C3%A4rsimys/mist%C3%A4-k%C3%A4rsimys-muodostuu>. 3.8.2023.
- Terveyskylä. Ikätalo. 2023. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen>. 30.8.2023.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Tilastokeskus. 2023. Kuolleisuus kasvoi historiallisesti Suomessa vuonna 2022. <https://www.stat.fi/julkaisu/cl8jvt9h8rtp0cvzvoaviukd>. 1.7.2023.
- Työterveyslaitos. 2023. Millainen on hyvä ohje? Kahdeksan vinkkiä ohjeiden tekemiseen työpaikalla. <https://www.ttl.fi/tyopiste/millainen-on-hyva-ohje-kahdeksan-vinkkia-ohjeiden-tekemiseen-tyopaikalla>. 28.10.2023.
- Väyrynen, T. 2023. Sairaanhoidtaja. Mehiläinen Terveyspalvelut Oy. Haastattelu 25.8.2023.

## Tiedonhakutaulukko

Tiedonhaku aiheesta Laadukas kivunhoito palliatiivisessa hoidossa

Tietokanta	Hakusanat ja rajaukset	Osumat	Valitut
Hoitotyön suositukset	Kipu	1	0
	Kivun	1	0
	Palliatiivinen (suun hoito)	1	1
Käypähoito-suositukset	Kipu akuutti	83	3
	Kipu krooninen	28	0
	Palliatiivinen	79	1
Lait ja asetukset	Laki kivunhoito saattohoito	3090	9
Oppiportti	Kivunhoito	1125	6
	Saattohoito	170	8
Medic	Kipu AND saattohoito	94	1
Cochrane	Pain relief AND terminal care AND palliative care	14	1
Cinahl	Pain relief AND terminal care, full text	34	0
Pubmed	Pain relief AND terminal care AND elderly, free full text		
	2003 – 2023	65	0
Google scholar	Kivunlievitys + saattohoito	542	0
Google	Kivunhoito palliatiivinen	14.800	12

**PALAUTEKYSELY KIVUNHOITO-OPPAASTA**

1. Saitko oppaasta riittävästi tietoa siitä, mitä kipu on?
2. Saitko riittävästi tietoa eri kivunhoitomenetelmistä?
3. Saitko oppaasta valmiuksia toteuttaa laadukasta kivunhoitoa palliativisen ja saattohoidon aikana?
4. Saitko oppaasta valmiuksia kivun arviointiin?
5. Oliko opas mielestäsi selkeä ja ymmärrettävä?
6. Millainen oppaan ulkoasu mielestäsi oli?
7. Mikä oppaassa mielestäsi on hyvää ja millaisia kehitysehdotuksia Sinulla on oppaalle?

Vapaa palaute:

# KIVUNHOITO

Palvelukeskus Pihlajisto

## Mitä kipu on?

- **Kudosvauriokipu**
  - Haava, ruhje, nivelrikko, tulehduskipu
- **Sisäelinperäinen kipu**
  - Sydäninfarkti, kuukautiskipu, ärtyvän suolen oireyhtymään liittyvä kipu
- **Hermovauriokipu**
  - Diabeteksen hermovaurio, vyöruusu, Ms-tauti
- **Idiopaattinen eli tuntemattomasta syystä johtuva kipu**
  - Fibromyalgia
- **Psyykkisistä tekijöistä johtuva kipu**
  - Yksinään harvinainen, mutta esim. negatiivinen ajattelu voi lisätä kiputuntemusta

## Mitä kipu on?

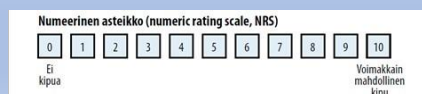
- **Total pain** eli kokonaiskipu =
    - Fyysiset oireet
    - Psyykkiset oireet
    - Sosiaaliset syyt
    - Eksistentiaaliset syyt
  - **Akuutti kipu** = yleensä aiheuttajana ollut kudosvaurio paranee muutamassa päivässä tai viikossa
  - **Krooninen kipu** = yli 3 kuukautta kestänyt kipu
- Esimerkiksi syöpäkipu + epäusko paranemiseen + riita läheisen kanssa + kuolemanpelko = kokonaiskipu

## Kivun arviointi

- Kipua on arvioitava säännöllisesti.
- Kipua arvioidaan ennen lääkkeenottoa ja sen jälkeen.
  - Kuinka voimakasta kipu on?
    - Missä kipu tuntuu?
  - Milloin ja missä tilanteessa kipua tuntuu?
    - Millaista kipu on?
- Vaikuttaako kipu nukkumiseen, mielialaan, liikkumiseen, toimintakykyyn?
- Aiheuttaako kipu muita oireita (tuntohäiriöt, pahoinvointi, huimaus)?
- **ARVIOINNIN TULOS ON KIRJATTAVA!**

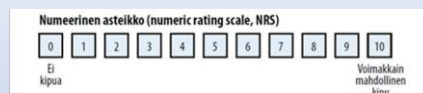
## Kivun arviointi

- Potilas näyttää siltä, että hänellä on kipuja.
- Hoitaja arvioi kivun voimakkuutta käyttämällä kipumittaria: Potilas sanoo kivun olevan 8 (asteikko 0 – 10. 0 = ei kipua, 10 = suurin kipu, jonka potilas voi kuvitella)
- Hoitaja kysyy ja havainnoi, missä kipu tuntuu: Potilas ontuu kävellessään. Hän kertoo, että hän ei pysty polkaisemaan vasemmalla jalalla. Kipu on viiltävä.
- Potilas kertoo, että jalka on kipeä myös nukuessa. Hän on itkuinen eikä halua osallistua yhteiseen laulutuokioon.
- Potilas kertoo, että vasen jalka tuntuu oudolta. Hoitaja testaa tuntoaistia ja havainnoi, että potilas ei tunne, kun hoitaja koskettaa kantapäättä ja varpaita.
- Hoitaja kirjaa potilaan tietoihin tiedot kivusta ja tuntuuutuksesta.
- Hoitaja antaa potilaalle kipulääkettä ->
- Hoitaja arvioi kivun voimakkuutta uudelleen. Hän käyttää samaa kipumittaria: Potilas sanoo kivun olevan nyt 3. Tuntuuutus edelleen kantapäässä ja varpaissa.
- Hoitaja kirjaa kipulääkkeen vaikutuksen potilaan tietoihin.
- Hoitaja antaa potilaalle lisää kipulääkettä, koska kipu on vielä liian kovaa. Lisäksi hoitaja raportoi jalkakivusta ja tuntuuutuksesta lääkärille sekä muille hoitajille. Kuva: Kalso 2018, 91



## Kipumittareita

Numeerinen asteikko eli NRS  
(numeric rating scale)



Sanallinen asteikko eli VRS  
(verbal rating scale)



Kipujana eli VAS  
(visual analogue scale)



Kuvat: Kalso 2018, 91

## PAINAD

	Pisteluuokka		
	0	1	2
<b>HENGITYS</b>	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Hengitys äänekästä ja vaivalloista Pitkä hyperventilaatiojaksoja Cheyne-Stokes-tyyppinen hengitys
<b>ÄÄNTELY</b>	Ei ääntelyä Tyytyväinen ääntely	Satunnaista vaikerointia tai voihtetta Valittavaa tai moittivaa, hiijaista puhetta	Rauhatonta huutelua Äänekästä vaikerointia tai voihtetta Itkua
<b>ILMEET</b>	Hymyilevä tai ilmeeton	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
<b>KEHON KIELI</b>	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä Levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
<b>LOHDUTTAMINEN</b>	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu

PAINAD-mittari (mukaillen Hagelberg & Finne-Soveri 2015, 83).

**PAINAD-asteikossa hoitaja arvioi potilaan kipua tarkkailemalla potilaan hengitystä, ääntelyä, ilmeitä ja kehonkieltä asteikolla 0 - 10, jolloin 0 tarkoittaa "ei kipua" ja 10 "kipu on voimakasta"**

## PAINAD-asteikon käyttö esimerkki 1

- Hoivakotiin on saapunut uusi potilas. Hänellä on Alzheimerin tauti. Hän kävelee, mutta hän ei puhu.
- Potilas on koko päivän kävellyt levottomasti edestakaisin käytävällä.
- Potilaan kasvot ovat vihaiset ja kädet ovat nyrkissä.
- Potilaan omaiset kertovat, että tämä ei ole potilaalle normaalia käytöstä, joka selittyisi muistisairaudella.
- Kun hoitaja menee potilaan luo ja yrittää koskettaa ja lohduttaa potilasta, potilas lyö hoitajaa.
- Hoitaja käyttää PAINAD-asteikkoa arvioidakseen, onko potilaalla mahdollisesti kipuja.
- Hengitys on normaalia = 0 p.
- Ääntelyä ei ole = 0 p.
- Ilme on tuima = 1 p.
- Kehonkieli (kädet ovat nyrkissä) = 2 p.
- Lohduttaminen ei onnistu 2 p.
- Yhteensä 5 p./10 p.-> MAHDOLLISESTI KIPUA
- Käytöstä ei voida selittää pelkästään muistisairauteen kuuluvana käytöshäiriönä.
- ----->

## PAINAD-asteikon käyttö esimerkki 1

- Hoitaja tutkii potilaan tietoja ja huomaa, että kotihoito on kirjannut, että potilas on kärsinyt ummetuksesta.
- Hoitaja kysyy omaisilta, milloin potilas on viimeksi ulostanut.
- Omainen kertoo, että potilas on ulostanut viimeksi viisi päivää sitten.
- Hoitaja päättää antaa potilaalle hänen lääkelistallaan olevaa ummetukseen käytettävää peräruisketta.
- Lääke vaikuttaa tunnin kuluttua ja ulostetta tulee runsaasti.
- Potilas on ulostamisen jälkeen rauhallinen ja hoitomyönteinen.
- Hoitaja kirjaa koneelle laskemansa PAINAD-pisteet sekä kirjaa kivun syyksi ummetuksen ja siihen annetun lääkkeen.
- Potilas saa jatkossa säännöllisesti vatsanpehmittäjä, jotta ummetusta ei pääsisi syntymään.

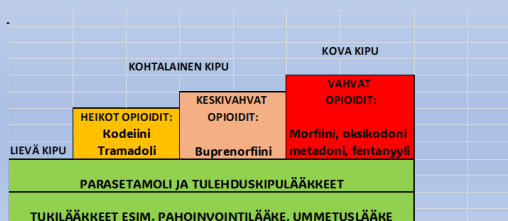


## PAINAD-asteikon käyttö esimerkki 2

- Hoivakodissa asuu vuodepotilas.
- Potilaalla on pitkälle edennyt muistisairaus.
- Potilaalle vaihdetaan kerran viikossa buprenorfiini-laastari.
- Potilaalle annetaan lisäksi paracetamolita 1 g kolme kertaa vuorokaudessa.
- Hoitajat huomaavat, että potilas vaikeri aina kun häntä käännetään vaipan vaihdon yhteydessä.
- Hoitajat päättävät arvioida PAINAD -asteikon avulla, onko potilaalla kipuja.
- Hengitys kiihtyy, kun potilasta käännetään (lyhyitä hyperventilaatiojaksoja) = 1 p.
- Potilas vaikeri aina kun häntä käännetään = 1 p.
- Ilme on surullinen ja potilas itkee kun häntä käännetään = 1 p.
- Potilas on jäykkä ja kädet ovat nyrkissä = 2 p.
- Lohduttaminen ei onnistu. Itku ja vaikerointi jatkuvat vielä vähän aikaa vaipanvaihdon jälkeen = 2 p.
- Yhteensä 7 p./10 p. -> KOVA KIPU
- ----->

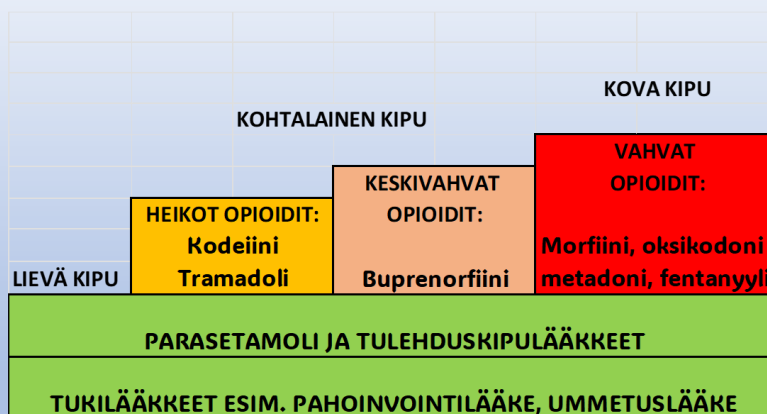
## PAINAD-asteikon käyttö esimerkki 2

- Hoitajat kirjaavat havaintonsa ja kivun arvioinnin tuloksen potilaan tietoihin.
- Hoitajat kertovat havainnoistaan sairaanhoitajalle.
- Sairanhoitaja konsultoi lääkärää.
- Lääkäri kyselee potilaasta tarkempia tietoja.
- Lääkäri toteaa, että buprenorfiini-laastari ei ole enää riittävä kipulääke potilaalle, koska potilaalla ei ole enää tarpeeksi rasvakerrosta eikä lihaksia-> kipulääke ei imeydy laastarista
- Lääkäri määrää potilaalle vahvemman opioidin.
- Hoitajat havainnoivat, että kipulääke auttaa.
- Hoitajat kirjaavat potilaan tietoihin havaintonsa lääkkeen vaikutuksesta.



Kuvio: Kivunhoidon portaat (mukaillen Huovinen, Hynynen, Karhema, Koponen & Mäkeläinen. 2023, 574).

## Kipuläkkeet



Kuvio: Kivunhoidon portaat (mukaillen Huovinen, Hynynen, Karhema, Koponen & Mäkeläinen. 2023, 574).

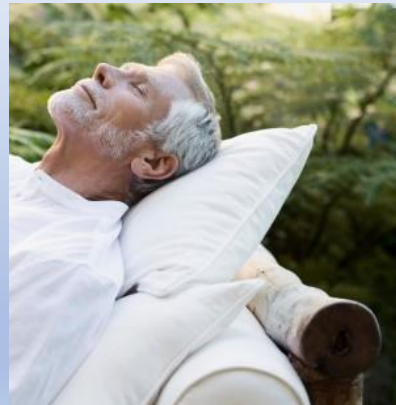
## Muut kivunhoitomenetelmät

- Lämpö- ja kylmähoidot
  - Lämpötyyny, kuumavesipullot, lämpögeelit
  - 10 – 20 minuuttia kerrallaan
  - Kylmä- ja jääpakkaukset, kylmägeelit
  - 10 – 30 minuuttia kerrallaan



## Muut kivunhoitomenetelmät

- Asentohoito
  - Selin- tai kylkimakuulla tarvittaessa tyynyillä tukien
  - Paras lepoasento kyljellään 30 asteen kulmassa patjaan nähden
  - Huomioidaan luiset ulokkeet kuten lonkat ja polvet
  - Asentoa vaihdetaan säännöllisesti
- Mikroasentohoito
  - Pyyhkeen tai lakanan avulla vedetään hitaasti kankaan reunoista muutama sentti kerrallaan ulospäin aina hoitajan käydessä potilaan huoneessa
  - Ei tarvitse koskea potilaaseen eikä siirtää peittoa



## Muut kivunhoitomenetelmät

- Hieronta
  - ihoa ja lihaksia voidaan kevyesti sivellä, hangata, puristella, taputtaa, täristellä ja ravistella.
- Rentoutuminen ja mindfulness
  - Musiikki, hengitysharjoitukset
- Keskusteluapu ja läsnäolo
  - Helpottaa ahdistusta, masentuneisuutta ja levottomuutta
- Hengellinen ja henkinen tuki



## Muista että...

- **Alzheimerin tauti nostaa kipukynnystä, mutta kipu muuttuu sietämättömäksi muita nopeammin!**
- **Vaikeaa dementiaa sairastavista 25 – 52 % tuntee kipua!**
- **Muistisairaiden kipua hoidetaan liian vähän, koska sitä ei aina tunnisteta!**
- **Suun alueen tulehdukset ja pienetkin haavat voivat tehdä olon sietämättömäksi!**
- **Opioidit aiheuttavat lähes aina ummetusta, mutta sitä voidaan estää ja hoitaa laksatiiveilla!**

## Lähteet

Elomaa, M. & Sipilä, R. 2018. Psykologiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna:Printon, 253–259.

Hagelberg, N. & Finne-Soveri, H. 2015. Muistisairaana potilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. RiikaLivonia Print, 82–85.

Huovinen, A., Hynninen, M-A., Karhema, A., Koponen, L. & Mäkeläinen, T. 2023. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 574.

Hävölä, H., Flinckkilä, M-L., Laine, S. & Nivala-Huhtaniska, N. 2022. Hoitosuositus. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. Hoitotyön tutkimussäätiö <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/hoitosuositus-suunhoito-netti-1.pdf>. 31.7.2023.

Kalso, E. 2018. Voiko kipua mitata. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 91.

Kalso, E. 2018. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna: Printon, 108–113.

Kalso, E. 2023. Opioidivalmisteet. Teoksessa Kalso, E., Paakkari, P. & Forsell M. (toim.) Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. [https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160\\_opioidibpas.pdf](https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidibpas.pdf). Tampere: PunaMusta Oy, 20–24.

Kalso, E. & Konttinen, V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna:Printon, 56–84.

Kinnunen, U.-M., Ahtiala, M., Hynninen, N., Iivanainen, A., Seppänen, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2015. Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiö <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>. 2.8.2023.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2013 (4). <https://www.duodecimlehti.fi/duo1082128.7.2023>.

Luomajoki, H. 2020. Kipumekanismit ja mallit. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tämänen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J.P. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. 1. painos. Lahti: VK Kustannus Oy, 53–61.

Neuropaattisen kivun hoito-opas. 2007. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix00086> 8.6.2023.

Nousiainen, A. & Nivala-Huhtaniska, N. 2015. Suun kiputilat. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.). Palliatiivinen hoito. Riika: Livonia Print, 124–125.

Ojala, T. 2020. Mitä kipu on- Kivun yleisyydestä ja määritelmästä. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tämänen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. & Kouri, J.P. (toim.) Ammattilaisen Kipukirja. 1. painos. Lahti: VK-Kustannus Oy, 27–37.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063> 5.6.2023.

Pesonen-Sivonen, T. 2015. Fysioterapian mahdollisuudet. Myller, H. (toim.) Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa. Joensuu: Laser Media Oy, 61–65.

Pohjolainen, T. 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Konttinen, V. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Tallinna:Printon, 242–252.

Suomen Kivuntutkimusyhdystys ry. 2023. Kroonisen kivun hoitopas.

[https://bin.yhdistysavain.fi/1596852/SGPoucDJbUoUWh8H08h60XwWw/Kroonisen%20kivun%20hoiteopas\\_final.pdf](https://bin.yhdistysavain.fi/1596852/SGPoucDJbUoUWh8H08h60XwWw/Kroonisen%20kivun%20hoiteopas_final.pdf). 28.7.2023.

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa. Lääkärehti 2019 (9).

<https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyvakiivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>. 10.6.2023.

Terveyskylä. Kivunhallintatalo. 2018.Tietoisuustaidot osana kivunhallintaa.

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/tietoisuustaidot-osana-kivunhallintaa>. 1.8.2023.

Terveyskylä. Palliatiivinen talo. 2021. Puhetta elämästä -kortit. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/pohdijatestaa/puhetta-el%C3%A4m%C3%A4st%C3%A4-kortit>. 3. 8.2023.

**Tämä kivunhoito-opas on tehty Karelia  
ammattikorkeakoulun Sairaanhoidajaopintojen (AMK)  
opinnäytetyönä Palvelukeskus Pihlajistolle  
Tekijä: Sairaanhoidajaopiskelija Sirpa Hukkanen**