

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

2014

Veera Anttila, Susanna Bäcklund & Minna Gröhn

KIVUNHOITO KOTISAATTOHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Veera Anttila, Susanna Bäcklund & Minna Gröhn

KIVUNHOITO KOTISAATTOHOIDOSSA

Kotisaattohoito on kuolevan ihmisen elämän loppuvaiheen hoitamista kotona. Kotisaattohoitokulttuuri on kehittynyt Suomessa viime vuosina ja ihmiset haluavat kuolla yhä enemmän kotonaan. Kivunhoito on keskeisessä roolissa kun toteutetaan kotisaattohoitoa. Kivunhoidossa on tärkeää ottaa huomioon kivun eri jaottelutavat, joita ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen kipu. Kotisaattohoitopotilaan kivunhoidossa käytetään sekä lääkkeellisiä, että lääkkeettömiä hoitomuotoja. Ohjauksen merkitys korostuu kotisaattohoidossa.

Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Lounais-Suomen Syöpäyhdistykseltä. Tarkoituksena on selvittää vuosina 2004- 2014 tehtyjen tutkimusten (n=39) pohjalta systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen kotisaattohoitopotilaan kivunhoitoa. Opinnäytetyössä selvitetään miten kivunhoito toteutuu potilaan, omaisten ja hoitohenkilöstön näkökulmasta kotisaattohoidossa. Samalla tuodaan esiin kotisaattohoidossa käytetyt kivunhoidon menetelmät. Tavoitteena on kotisaattohoidossa toteutuneen kivunhoidon kehittäminen.

Hoitohenkilökunnan ja omaishoitajien välinen yhteistyö, sekä omaishoitajien saama koulutus parantaa merkittävästi potilaan kivunhoidon laatua. Kivunhoidon onnistumiseen vaikuttaa olennaisesti omaisten kyky arvioida potilaan kipua ja hallinnoida kokonaisvaltaisesti lääkehoitoa. Puutteita ilmenee kivun arvioinnissa, lääkkeiden annostelussa sekä lääkehoidon kirjaamisessa. Omaisten tietämättömyys, pelot, väsymys ja väärät uskomukset kipulääkkeisiin liittyen ovat este potilaan onnistuneeseen kivunhoitoon. Lisätietoa ja perehdytystä tarvitaan enemmän kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksista.

Hoitohenkilöstö ei aina anna riittävästi tietoa ja ohjausta omaisille potilaan kivunhoidosta. Tarvitaan enemmän resursseja ja selkeitä toimintatapoja siihen, miten voidaan tukea omaisia kivun arvioinnissa ja kivunhoidon toteutuksessa. Hoitohenkilöstön perehtyneisyys kivunhoitoon edistää potilaan hyvää oireenmukaista hoitoa ja tukee omaisia kotisaattohoidossa. Jatkossa olisi tarpeellista tutkia potilaiden kivunhoidon kokemuksia kotisaattohoidossa. Tutkimustietoa tarvitaan myös siitä, olisiko lääkkeettömiä hoitomuodoista apua kivunhoidossa.

ASIASANAT:

kivunhoito, saattohoito, hoitomenetelmät, lääkehoito, lääkkeetön hoito, potilaat, omaishoitajat, hoitohenkilöstö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Registered nurse

November 2014 | 76

Tuija Leinonen

Veera Anttila, Susanna Bäcklund & Minna Gröhn

PAIN MANAGEMENT IN HOME HOSPICE CARE

Home hospice care means caring for the dying person at home in the last stages of life. Hospice home care has been developing in Finland in the past few years, and more and more people want to die at home. In home hospice care pain management plays a central role. In pain management it is important to take into account different classifications of pain: physical, mental, social and spiritual pain. When taking care of the dying patient at home both medical and non-medical methods of treatment are used. In home hospice care the importance of guidance becomes more pronounced.

The topic has been received from the Southwestern Finland Cancer Society. The aim is to explain pain management of patients receiving palliative care at home, based on studies (n=39) conducted in 2004–2014 and applying a systematic overview of literature. The thesis describes pain management on a practical level from the perspective of the patient, family members and the healthcare professionals while highlighting the methods of pain control used in home hospice care. The aim is to develop pain management in home hospice care.

The cooperation between nursing staff and family caregivers as well as training of family caregivers improves the quality of pain management considerably. An essential element of success in pain management is the ability of family members to assess the level of pain the patient is experiencing and to administer integrated medical treatment. There are weaknesses both in the assessment of pain, administration of medicine and maintenance of medical records. The ignorance of family members, their fears, tiredness and false beliefs about pain relieving drugs prevent successful treatment of pain. There is a need for more information and training about pain-relieving medications and their effects.

The nursing staff does not always give the family caregivers enough information and guidance about pain management. There is a need for more resources and clear methods of action that can help the family members to learn to assess the pain and arrange pain relief on a practical level. If the nursing staff is well informed on pain management, it will contribute positively to symptom control and support the family members in hospice home care. In the future it would be necessary to study the experiences of patients themselves about pain control in home hospice care. There is also a need for more research data on the benefits of non-medical treatments in pain management.

KEYWORDS:

analgesia, hospice care, therapeutics, drug therapy, non- pharmacological pain management, patients, caregivers, medical staff

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KOTISAATTOHOITOPOTILAAN HOIDON PERUSTA	7
2.1 Keskeiset käsitteet	7
2.2 Hoitotahto ja saattohoitopäätös	8
2.3 Saattohoidon oikeudellinen perusta ja suositukset	9
2.4 Kotisaattohoidon erityispiirteet	11
2.5 Saattohoidon nykytila Suomessa	13
3 KIPU	15
3.1 Kivunhoidon etiikka	15
3.2 Kivun erilaiset jaottelutavat	16
4 KIVUNHOITO	22
4.1 Lääkkeellinen kivunhoito	22
4.2 Lääkkeetön kivunhoito	27
4.3 Potilasohjaus	32
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ	34
5.1 Tarkoitus	34
5.2 Toteuttamismenetelmä, julkaisujen hakuprosessi ja aineisto	35
6 TULOKSET	45
6.1 Kotisaattohoidossa hyvin toteutunut kivunhoito	45
6.2 Kotisaattohoidossa huonosti toteutunut kivunhoito	54
6.3 Kotisaattohoidossa käytetyt kivunhoidon menetelmät	64
6.4 Yhteenveto tuloksista	66
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	67
8 POHDINTA	69
LÄHTEET	72

LIITTEET

Liite 1. Kivunhoidon toteutuminen kotisaattohoidossa.

TAULUKOT

Taulukko 1. Opinnäytetyöhön analysoitavaksi valittujen julkaisujen haku	36
Taulukko 2. Opinnäytetyössä analysoitavat julkaisut	37

1 JOHDANTO

Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen elämän loppuvaiheen hoitamista, kun parantavasta hoidosta on luovuttu. Kotisaattohoidosta puhutaan silloin, kun saattohoito toteutetaan kotona. Kotisaattohoitokulttuuri on kehittynyt Suomessa viime vuosina ja ihmiset haluavat kuolla yhä enemmän kotonaan. Suomessa arviolta noin 15 000 ihmistä tarvitsee saattohoitoa vuosittain. Heistä noin puolet hoidetaan kotona. Yksi keskeisimmistä kanteluista, joita Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoon eli Valviraan tulee koskien kotisaattohoitoa, on puutteellinen kivunhoito. (Hänninen 2012, 7-9; ETENE 2013; Valvira 2014.)

Kotisaattohoidon kivunhoidossa on puutteita. Omaishoitajille kivunhoidon hyvä toteutuminen ja se, että he pystyvät turvallisesti toteuttamaan kivunhoitoa kotisaattohoidossa on todella tärkeää. Tarvitaan enemmän resursseja ja toimintatapoja kivun arviointiin ja toteutukseen. (Seuna ym. 2004; Joyce & Lau 2012.) Yksi suurimpia esteitä hyvälle kivunhoidolle kotisaattohoidossa on potilaiden, omaishoitajien ja hoitohenkilökunnan huono kommunikointi. Tulisi muistaa, että omaishoitajien koulutus ja tiedon saanti antaa heille rohkeutta hoitaa omaistaan kotisaattohoidossa. (Oliver ym. 2008; Mehta ym. 2011.)

Opinnäytetyön aihe on lähtöisin Lounais-Suomen Syöpäyhdistykseltä, joka yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun kanssa toteuttaa hankkeen nimeltä Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku- hanke (Nurminen 2010). Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen kivunhoitoa kotisaattohoidossa. Opinnäytetyön aihe on hyvin tarpeellinen ja tavoitteena on kotisaattohoidossa toteutuneen kivunhoidon kehittäminen.

2 KOTISAATTOHOITOPOTILAAN HOIDON PERUSTA

2.1 Keskeiset käsitteet

Saattohoidolla, palliatiivisella hoidolla ja terminaalihoitolla tarkoitetaan kaikilla elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa. Saattohoito on kuolevan potilaan oireiden hoitoa, jonka keskiössä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, silloin kun potilaan sairaus ei ole enää parannettavissa. Palliatiivinen hoito voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia ja sen päämääränä on potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi. Palliatiivisen hoidon tarkoitus on tukea elämää, johon kuolema kuuluu normaalina prosessina. Terminaalihoitolla taas tarkoitetaan välitöntä kuolemaa edeltävää hoitoa. (ETENE 2013, 6.) Tässä opinnäytetyössä elämän loppuvaiheen hoidosta käytetään termiä saattohoito.

Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen hoitamista, kun tilanne on sellainen, että parantavasta hoidosta on luovuttu ja taudin etenemiseen ei voida vaikuttaa (Hänninen 2012, 7-9). Saattohoitoon kuuluu potilaan huomioon ottaminen, mahdollisimman hyvä oireiden hoito ja potilaan valmistaminen lähestyvään kuolemaan sekä potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen. Saattohoidon päämäärä on kärsimyksen lievitys. Kaikkea kipua ja kärsimystä ei voi aina poistaa, mutta lievityskeinoja on useita. (ETENE 2013, 6.) Tulee muistaa, että vaikka ei ole tarjota potilaalle enää parantavaa hoitoa on vielä paljon tehtävissä hänen olonsa helpottamiseksi. Saattohoidon keskipisteenä tulisi olla ihminen ja hänen elämänsä. Pyrkimyksenä on potilaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu hänen elämänsä loppumetreillä. Saattohoidon tavoitteena ei ole kuolema, vaan mahdollisimman hyvä elämä loppuun saakka. Saattohoidossa nousevat vahvasti esiin eettiset arvot kuten hyvä hoito, kunnioitus ihmisarvoa kohtaan, itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuus. Jokaisella tarvitsevalla tulisi olla oikeus hyvään saattohoitoon. (Aalto 2013, 12.) Yleisimmin saattohoidossa kysymys on syöpätaudeista, mutta saattohoitoa voidaan antaa muihinkin

sairauksiin. Saattohoidolla tähdätään potilaan hyvinvoinnin, turvallisuuden sekä aktiivisuuden lisäämiseen. (Hänninen 2003, 16- 17; 2012, 7-9.)

2.2 Hoitotahto ja saattohoitopäätös

Saattohoidon aloitus vaatii päätöksen hoitolinjasta. Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös. Päätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa ja sen tekee yleensä hoitava lääkäri tai useampi lääkäri yhdessä. Saattohoitopäätös voi olla yksi hoitolinjapäätös. Se voi olla myös lopputulos pitkästä prosessista, kun on tultu tulokseen, ettei parantavaa hoitoa ole olemassa. Saattohoitopäätöksessä on kyse siitä, että siirrytään parantavasta hoidosta oireenmukaiseen hoitoon. (Hänninen 2003, 16- 17; 2012, 7-9; ETENE 2013, 6.) Saattohoitopäätöstä edeltää hoitoneuvottelut, joissa käydään läpi potilaan hoitoon ja sairauteen liittyvät asiat. Sovitaan hoitolinjauksista, jossa otetaan huomioon potilaan yksilöllisyys ja tarpeet. Käydään läpi mm. potilaan ravitsemus- ja nestehoito, erilaisten tutkimusten ja muiden hoitomuotojen tarpeellisuus ja hyöty. Potilaan omat toiveet ja ajatukset käydään läpi. Saattohoitopäätös voidaan tehdä erikoissairaanhoidossa sekä perusterveydenhuollossa. Saattohoitopäätös ja perustelut siitä kirjataan selkeästi potilasasiakirjoihin. (ETENE 2013, 10.)

Potilas voi ilmaista oman tahtonsa hoidostaan hoitotahtolla. Hänellä on oikeus kieltäytyä hoidosta ja keskeyttää jo aloitettu hoito. Hoitotahtoon merkitys tulee ajankohtaiseksi silloin, kun potilas ei enää itse kykene ilmaisemaan tahtoaan hoidostaan. (ETENE 2013, 8.) Hoitotahtoon merkitys voi korostua myös silloin jos lääkäriillä ja omaisilla on eri näkemys potilaan hoidosta (Lääkäriliitto 2013, 156). Hoitotahtossa ilmenee potilaan oma kanta siitä, mikä on hoitoratkaisu silloin, kun hänen sairautensa on parantumaton. Hoitotahto koskee niitä toimenpiteitä, jotka liittyvät lähestyvään kuolemaan. Potilaan tekemää hoitotahtoa voidaan käyttää niissä tilanteissa joihin se soveltuu. Tulee muistaa, että hoitotahto on potilaan oma subjektiivinen ratkaisu, jota ei tule arvioida esimerkiksi lääkinnällisestä näkökulmasta. Hoitotahtoa tulee kunnioittaa ja se

voidaan sivuuttaa vain silloin, jos lääkrillä on vahvat perusteet siitä ettei tahdonilmaisu ole pätevä tai vakaa. Hoitotahdon ilmaiseella on oikeus peruuttaa hoitotahto tai muuttaa sen sisältöä. Suullisesti tehty hoitotahto tai sen peruuttaminen tulee kirjata potilasasiakirjoihin jos potilas ilmaisee asian sairaalassaoloaikana. Vakaa hoitotahto on sellainen, jonka potilas ilmaisee toistuvasti, pitkän harkinnan jälkeen tai kirjallisesti. Luotettavin tapa ilmaista tahdon vakaus on kirjallinen hoitotahto todistajien vakuutuksineen. (ETENE 2013, 8-9.)

2.3 Saattohoidon oikeudellinen perusta ja suositukset

Terveysthuollon perussäännöksistä ja perustuslain perusoikeuksista löytyy saattohoidolle oikeudellinen perusta. Eettinen perusta saattohoidolle tulee ilmi terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista ja kuolevaa potilasta koskevista suosituksista ja julistuksista. (ETENE 2013, 7.) Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus ja Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus ovat tärkeimmät saattohoitoa ohjaavat ihmisoikeussopimukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 14). Perustuslain mukaan yksilön perusoikeuksiin kuuluu vahvasti yhdenvertaisuus, oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731). Ihmisarvon kunnioittaminen saattohoidossa on hyvän hoidon antamista elämän loppuun asti ja henkilökohtaisella vapaudella saattohoidossa tarkoitetaan potilaan hoitamista yhteisymmärryksessä hänen loppuelämänsä ajan (ETENE 2013,7). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa, että potilaalla on itsemääräämisoikeus sekä oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan on saatava ymmärrettävää tietoa hoidostaan ja tutkimuksista ennen niiden aloittamista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä edistää terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta. Laissa edellytetään, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on vaadittava koulutus ja ammatillinen pätevyys. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.) Päätökset kuolevan potilaan hoidosta ja hoitolinjauksista tulee kirjata sairauskertomukseen

(Käypä hoito 2012). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista velvoittaa, että asiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla ymmärrettäviä. Hoitotahdosta tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut saattohoitosuositukset hyvän saattohoidon toteutumiselle Suomessa. Kuolevan potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus korostuvat saattohoitosuosituksissa. Saattohoidon eettiset periaatteet sekä kivun ja kärsimyksen lievitys ovat suositusten keskiössä. Hyvä ja laadukas saattohoito edellyttää osaavaa, ammattitaitoista henkilökuntaa ja saattohoito järjestetään potilaan toiveiden mukaan laitoksessa tai kotona. Terveystieteiden ammattihenkilöstön, joka vastaa saattohoidosta tulee olla saatavilla ympäri vuorokauden. Saattohoitosuositusten mukaan henkilökunnan tulee saada erikoistumiskoulutusta saattohoitoon ja kustannuksia tulee kohdentaa uudelleen laadukkaaseen saattohoidon takaamiseksi. Saattohoidon jatkuvuutta tulisi varmistaa jatkuvasti ja hoitoa arvioida. Suositusten mukaan saattohoidosta on vastuussa sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset. Saattohoito tulisi järjestää mahdollisuuksien mukaan siellä missä potilas asuu tai elää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Käypä hoito suosituksessa kuolevan potilaan oireiden hoidosta ohjataan lääketieteellistä saattohoitoa. Suositellaan, että oireenmukaista hoitoa annetaan kaikille kuoleville potilaille ja lääkehoito kuuluu osana oireenmukaista hoitoa. Tulee kiinnittää huomioita potilaan psykologisiin, maailmankatsomuksellisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin tarpeisiin. Kuolevan potilaan hoito kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille ja lääkäreille tulee hallita saattohoidon periaatteet. Elämän viimeisinä viikkoina oireita ovat muun muassa uupumus, heikkous, masennus, kipu ja hengenahdistus. Oireita ja niiden vaikeusastetta tulee tarkkailla ja arvioida hoidon vaikutusta oireisiin. Tarpeettomia lääkkeitä tulee karsia kuolevan potilaan hoidossa. Suosituksessa keskitytään

kärsimyksen sekä haittaavien oireiden lievittämiseen potilailla, joiden kuolemaan johtavan sairauden etenemiseen ei voida vaikuttaa hoidolla. Lisäksi suosituksissa keskitytään oireiden lääkehoitoon sekä tuodaan esiin neste- ja ravitsemushoidon ja hapen annon hyödyllisyys saattohoito vaiheessa. Suositusten kohderyhmä on kuolevan potilaan hoitoon osallistuva henkilökunta. (Käypä hoito 2012.)

2.4 Kotisaattohoidon erityispiirteet

Saattohoidon tapahtuessa potilaan kotona, puhutaan kotisaattohoidosta. Kotisaattohoidossa läheiset ja ystävät turvaavat potilaan perustarpeet ja kotisairaanhoidon vastuulla on lääkehoito. Kotisaattohoidossa voidaan hoitaa hyvin huonokuntoisiakin potilaita. Tärkeää on se, että potilasta hoitavalla lääkäriillä ja kotisairaanhoidolla on selkeä potilaskohtainen suunnitelma siitä, miten erilaisissa tilanteissa tullaan toimimaan. Sairaalatasoisen hoidon tuominen kotiin on mahdollista, mikä tarkoittaa sitä, että omaiset voidaan opettaa esimerkiksi pistämään injektioita. Yleisin syy miksi kotisaattohoito ei onnistu on se, että hoito on fyysisesti liian raskasta. Omaishoitajalta vaaditaan paljon. Potilaan kääntäminen, nostot, wc- toimissa ja peseytymisessä avustaminen esimerkiksi saattavat käydä liian raskaaksi, jolloin on syytä harkita sairaalahoitoa. (Hänninen 2012, 7-9.)

Kotisaattohoito on kokonaisvaltainen tapahtuma kuolevalle, hänen perheelleen sekä kuolevan hoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalle. Kulttuurissamme kuolemaa ei koeta luonnolliseksi osaksi ihmisen elämänkaarta. Kuolemasta puhuminen on usein haastavaa ja kuolemaan liittyvät asiat halutaan kieltää tai torjua. Kuolema käsitetään helposti sairaaloihin ja siihen liittyvät toimenpiteet ja asiat halutaan jättää alan ammattilaisille. Kotisaattohoito tuo ihmisille uudenlaisen haasteen. Kuoleva onkin osa ympäristöään hänen elämänsä loppuun asti, jonka vuoksi kotisaattohoito vaatii potilaalta sekä läheisiltä rohkeutta kohdata kuolema ja sen olemassaolo aivan uudella tavalla. Omaiset ovat kuolevan vierellä kotisaattohoidossa ja kohtaavat kuoleman ja sen

aiheuttamat muutokset läheltä. Kuolema on läsnä jokaisen osapuolen elämässä koko saattohoidon ajan. Potilas ja läheiset tarvitsevat tämän prosessin ajaksi kaiken mahdollisen avun. Hyvän kotisaattohoidon edellytyksiä ovatkin muun muassa potilaan omat toiveet hoidostaan, läheisten sitoutuminen ja osallistuminen hoitoon sekä läheisten tuki ja ohjaus. Kotisaattohoidon onnistumisen edellytyksinä ovat myös turvallisuus kotona, tehokas oireenmukainen hoito, mahdollisuus olla yhteydessä hoitohenkilökuntaan ympäri vuorokauden, kotikäynnit potilaan luona ja henkilökunnan ammatillisuus. (Sairaanhoitajaliitto 2005.)

Kotisaattohoidossa on tärkeää keskustella ennakkoon sairauden etenemisestä ja sairauden tuomista muutoksista potilaan voinnissa potilaan ja omaisten kanssa. Muutokset voivat olla yllättäviä ja nopeita, erityisesti silloin jos niihin ei ole varauduttu etukäteen. (Hänninen 2012, 7-9; Valvira 2014.) Omaisten kanssa on hyvä käydä läpi lähestyvän kuoleman oireet kotisaattohoidossa. Oireita ovat muun muassa hengityksen pinnallisuus ja hengityskatkokset, limaisuus, levottomuus, lämpöily ja vähenevä tietoisuus omasta ympäristöstä. Nielemisen heikkeneminen enteilee lähestyvää kuolemaa useimmiten. Tässä vaiheessa on hyvä arvioida lääkityksen tarve ja varmistaa lääkehoidon onnistuminen esimerkiksi lääkkeen antotapaa muuttamalla. Omaisille tulisi kertoa myös mahdollisista muutoksista, jottei heille tulisi sellaista vaikutelmaa, että kuoleman olisi aiheuttanut säännöllisen lääkityksen poisjäänti tai injektiona annettu kipulääke. Omaisten informoinnilla on suuri merkitys. Sen avulla voidaan useimmiten välttää tiedon puutteesta johtuvia hoitovirhe-epäilyjä. (Valvira 2014.) Hoitolinjauksesta tulisi sopia hyvissä ajoissa hoidettavan ja hänen läheisten kanssa. Hoidettavan tulisi olla tietoinen hoitopäätöksistä, sen perusteista ja seuraamuksista. Hoitokeskustelujen sisältö ja päätökset tulee kirjata sairauskertomukseen. (Käypä hoito 2012.)

2.5 Saattohoidon nykytila Suomessa

Saattohoidon suunnitelmallisuus Suomessa on kehittynyt viime vuosina. Sairaanhoidopiirien vastuulle on siirtynyt saattohoidon kokonaisvaltainen suunnittelu. Tavoitteena on, että saattohoidossa oleva potilas ja hänen omaisensa olisivat tietoisia siitä, missä ja miten hoito järjestetään ja että potilas saa hyvää ja ammattitaitoista hoitoa. (ETENE 2012a, 8.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran tehtävänä on selvittää ja arvioida sitä, onko terveydenhuollon ammattihenkilö noudattanut lakia toiminnassaan sekä ammattieettisiä ohjeita ja määräyksiä. Valviran tehtäviin kuuluu sellaiset kantelut, joissa hoidon epäillään johtaneen potilaan kuolemaan tai vammautumiseen. Valviraan tulevista kanteluista saadaan paljon tietoa terveydenhuollon toiminnasta, myös saattohoidon toteutumisesta Suomessa. (Valvira 2011.) Valviraan tulevat keskeisimmät saattohoitoa koskevat kantelut ovat vähäinen tiedon saanti, yhteisen hoitoneuvottelun puuttuminen, puutteellinen kivunhoito sekä erimielisyydet nestehoidosta. Valvira muistuttaa hoitohenkilöstöä siitä kuinka tärkeää on, että saattohoidossa olevan potilaan omaisille annetaan riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa potilaan hoidosta, voinnista ja sen mahdollisista muutoksista. (Valvira 2014.)

Yleisin kantelun kohde saattohoitoon liittyen on puutteellinen kivunhoito. Aina potilaan kivusta ei ole kysytty, sitä ei ole mitattu tai seurattu. Puutteellinen kivunhoito on näkynyt esimerkiksi siinä, että pitkäaikaisen kivun hoidossa onkin käytetty lyhytvaikutteisia opioideja eikä tarvittaessa annettavista kipulääkkeistä ole sovittu heti hoidon alussa tai tarvittavaa kipulääkettä ei ole annettu ennen kivuliasta toimenpidettä. Hoitajien ja lääkäreiden toiminnassa on myös todettu puutteita kivunhoitoon liittyen. Hoitajilla ja lääkäreillä on ollut pelko antaa potilaalle opioideja ja on ollut epävarmuutta lääkemannostuksen kanssa. Myös riippuvuuden syntyä lääkkeisiin on pelätty, vaikka kyseessä on saattohoitovaiheessa oleva potilas. Kanteluissa tulee ilmi, että joskus hoitajilla on haluttomuutta soittaa päivystävälle lääkärille vaikka kivut ovat selvästi lisääntyneet. Yksi syy puutteellisessa kivunhoidossa on se, että potilaan tilan

nopeasti huonontuessa on vielä etsitty sopivaa kipulääkitystä tai annosta eli tilanteeseen ei ole varauduttu riittävän aikaisin. Jotkut kantelut kivunhoitoon liittyen koskivat myös sitä, että potilas olisi saanut liikaa lääkkeitä. Kysymys oli useimmiten siitä, etteivät omaiset olleet saaneet riittävää informaatiota lääkehoitoon liittyen. (Valvira 2011.)

3 KIPU

3.1 Kivunhoidon etiikka

”Maailman terveysjärjestön WHO:n (1994) ja Lissabonin (1995) julistuksissa todetaan, että potilaalla on oikeus nykyaikaisen lääketieteellisen tietämyksen mukaiseen kivun lievitykseen” (Salanterä ym. 2006, 28). Suomi on myös sitoutunut Euroopan neuvoston biolääketiedettä koskevaan yleissopimukseen (1997), jossa korostetaan potilaan oikeutta saada sekä kliiniseen kokemukseen että tieteelliseen tietoon perustuvaa kivun hoitoa, jossa huomioidaan myös uudet menetelmät. Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa toimiville eri ammattiryhmille on määritelty eettiset ohjeet, jotka mm. velvoittavat kärsimyksen lievittämiseen. (Salanterä ym. 2006, 28.)

Suomen valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on laatinut yhteiset eettiset periaatteet (2001) terveydenhuollossa työskenteleville. Potilaan oikeus hyvään hoitoon edellyttää päättäjiltä vastuuta ja velvollisuutta huolehtia riittävästä resursseista ja edellytyksistä kivusta kärsivien potilaiden hoitamiseksi. Palvelun tuottaja on se, joka vastaa kivun hoidon laadusta. Ihmisarvon kunnioitus ja itsemääräämisoikeus kivun hoidossa tarkoittaa sitä, että potilaalla on kyetessään oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Pystyäkseen tekemään päätöksiä, potilas tarvitsee tietoa kivustaan, sen hoidosta ja ennen kaikkea hoitovaihtoehdoista. Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa tulee kertoa vaihtoehdoista niin, että potilas ymmärtää hoitojen vaikuttavuuden. Potilasta ei saa johdatella tai painostaa hänen valinnoissaan, vaan pyritään yhteisymmärryksessä löytämään sopivat hoitovaihtoehdot. Tarvittaessa ammattihenkilö konsultoi ja kuulee myös muita asiantuntijoita. Kivunhoidon oikeudenmukaisuuden periaatteen toteutumiseksi tulee kiinnittää huomiota erityisesti ikääntyneiden, lasten ja sanallisesti kommunikoimaan kykenemättömien kohdalla, sillä he eivät usein kykene ilmaisemaan kipuaan. Kuitenkin myös heillä on yhtäläinen oikeus hyvään kivunhoitoon, vaikka se vaatii enemmän perehtyneisyyttä ja aikaa

ammattihenkilöltä. Ammattitaidon ylläpitämisen velvoite edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöltä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksien kehittämistä sekä työn sisältöosaamista. Hyvä kivunhoito vaatii osaamista ja moniammatillisia yhteistyötaitoja. Eri tahojen täytyy seurata hoidon vaikuttavuutta ja tehokkuutta kuin myös kustannusten hallintaa. (Salanterä ym. 2006, 29.)

3.2 Kivun erilaiset jaottelutavat

Kipu on erittäin yleinen oire useissa kuolemaan johtavissa sairauksissa ja sitä esiintyy loppuvaiheen syövässä 35- 60%, aidsissa 63-80%, sydänsairauksissa 41-77%, keuhkohtaumataudeissa 34-75% ja munuaissairauksissa 47-50%. Lämpilyönti kipua on kaikissa potilasryhmissä, etenkin levinnyttä syöpää sairastavilla 70- 80%:lla esiintyy läpilyöntikipua. Kipua tulee arvioida ja kirjata säännöllisesti, joka on hyvän hoidon perusedellytys. Kivun oireista kirjataan sen voimakkuus, haittaavuus (esim. nukkumiseen, toimintakykyyn, liikkumiseen ja mielialaan), laatu ja mekanismi, sijainti, esiintymisaika vuorokaudesta, läpilyöntikipun esiintyminen, käytössä olevat lääkkeet sekä niiden teho ja haittavaikutukset. Oikeaoppinen tapa arvioida peruskipulääkkeen riittävyttä on seurata kivun voimakkuutta sekä läpilyöntikipuun käytetyn lääkkeen kulutusta vuorokausittain. (Käypä hoito 2012.)

Kipua määritellään epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein. Kivun määritelmän lisäyksessä todetaan lisäksi, että yksilön kyvyttömyys kommunikoida sanallisesti ei sulje pois sitä, ettei hän voisi kokea kipua tai olla kivunlievityksen tarpeessa. Määritelmä kattaa sekä akuutin että kroonisen kivun. Kipu on samalla sekä fysiologinen ilmiö, että tunne- ja aistikokemus. Kipua voidaan aistia ja kokea, vaikka kudonvauriota ei olekaan. Kivun tuntemus on aina henkilökohtainen ja eri ihmiset voivat tuntea yhtä voimakkaan kivun eri tavoin. Yksilön kokemukset sekä kulttuuri ovat sidoksissa kivun tuntemiseen. Kipuun liittyy fysiologiset muutokset, tunteet,

ajatukset, yksilön toiminta, sosiaaliset suhteet sekä monet muut tekijät. (Salanterä ym. 2006, 7.)

Fyysiselle kivulle on luotu monia erilaisia luokittelusysteemejä, mutta yleisin luokittelun on jako akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutin kivun merkitys on ensisijaisesti elimistöä suojaava, joka varoittaa kudოსvauriosta ja estää väistöheijasteen avulla lisävaurioiden syntyä. Tuki- ja liikuntaelinten sekä sisäelinten vauriot aiheuttavat lihasspasmeja, jotka pyrkii immobilisaation avulla antamaan vaurioituneelle kudokselle mahdollisuuden parantua. Akuutille kivulle on yleensä löydettävissä selvä syy, joka voidaan hoitaa ja nykyään käytössä olevilla kivunhoitomenetelmillä saadaan tehokas akuutin kivun lievitys. (Kalso ym. 2009, 105- 106.)

Krooniseksi kivuksi määritellään kipu, joka kestää pidempään kuin mitä todennäköinen kudoksen paranemisaika on. Yleensä krooniseksi kivuksi luokitellaan jos kivun kesto on yli 3-6 kuukautta. Kroonisessa kipuoireyhtymässä on osittain kyse potilaan psykososiaalisen kokonaisuuden vasteesta kudოს tai hermovaurioon liittyneisiin tapahtumiin. Myös potilaan aikaisemmat elämäkokemukset, kuten opittu kipukäyttäytyminen sekä käsitykset kivusta ja omista vaikutusmahdollisuuksista voivat vaikuttaa kivun luonteeseen ja kroonistumiseen. (Kalso ym. 2009, 106- 110.)

Etioptogeneesin perusteella kipua voidaan myös luokitella nosiseptiiviseksi eli kudოსvauriokivuksi, neuropaattiseksi eli hermovauriokivuksi ja idiopaattiseksi eli mekanismeiltaan puutteellisesti tunnetuksi kivuksi. Nosiseptiivinen kipu muodostuu kun nosiseptorit reagoivat voimakkaaseen, kudოსvaurioita aiheuttavaan ärsykkeeseen. Tällaisia tilanteita syntyy esimerkiksi tulehduksissa, iskemiassa ja tuumorin aiheuttamissa tiloissa. Osa hermokipupäätteistä reagoi vain mekaanisiin stimuluksiin, kuten vaikka paineeseen. Erilaiset syöpäkasvaimet voivat aiheuttaa kipua painamalla ympäristön kipuherkkiä rakenteita, venyttämällä parenkyympielimiä ympäröiviä kalvoja tai onttojen elimien sileää lihasta. Syöpäkasvain voi painaa myös verisuonia tai aiheuttaa kudოსiskemiaa. (Kalso ym. 2009, 155- 156.)

Neuropaattisessa kivussa eli hermovauriokivussa vika on kipua välittävissä hermojärjestelmässä. Näin ollen hermosolut ovat herkistyneet reagoimaan stimuluksiin, jotka eivät normaali oloissa aiheuta kipua. Hermovaurio voi johtaa krooniseen neuropaattiseen kipuun esimerkiksi diabeettinen vaurio perifeerisessä kudoksessa, sentraalisessa kiputiloissa kuten aivohalvauksen jälkeen tai kombinoitunut. Neuropaattisen kivun muutokset voivat olla hitaita eikä kipu aina myöskään tunnu vauriokohdassa vaan vahingoittuneen hermon hermotusalueella, kuten koko yläraajassa kaulahermopunoksen vaurion seurauksena. Neuropaattisen kivun ilmentymiselle on tyypillistä epänormaalit tuntemukset kuten pistely, polttava tunne tai puutuneisuus kipualueella sekä kliinisesti todettavat tuntohäiriöt. Kipeytyneeltä kudosalueelta voi samanaikaisesti puuttua esimerkiksi kosketustunto tai toisaalta kevyt kosketus voi laukaista ankaran, pitkään kestävä kivun. Neuropaattinen kipu voi syntyä monella eri mekanismilla kipujärjestelmän monimutkaisuuden vuoksi. Puhtaalle neuropaattiselle kivulle on tyypillistä huono vaste tavallisiin kipulääkkeisiin. Akuutissa vaiheessa vamman tai leikkauksen varhainen hyvä kivunhoito saattaa estää kroonisen kiputilan syntymisen. (Kalso ym. 2009, 156- 157.)

Idiopaattinen kipu syntyy kun potilaalla ei voida todeta kipua selittävää hermo- tai kudolvauriota. Tämä kipupotilasryhmä, jolla ei voida todeta somaattisia kudos- tai hermovaurioita, on jaoteltu erilaisten käyttäytymistä kuvaavien diagnoosien perusteella monin eri tavoin. Kiputila voi liittyä vakavaan depressioniin tai deluusiohäiriöön ja kroonisissa kipuoireyhtymissä kuuluu kuitenkin usein sekä orgaanisia muutoksia, sekundaarisia tai primaarisia persoonallisuushäiriöitä ja neuroottisia oireita. Psyhykeen osuus kivun etiologiassa jää nykytiedon valossa kiistanalaiseksi. (Kalso ym. 2009, 157.)

Elinsysteemin mukaan voidaan kipua jaotella myös ruoansulatuselimien kiputilaksi ja jako somaattiseen sekä viskeraaliseen kipuun on myös perinteinen. Viskeraalinen kipu eli sisäelinperäinen kipu erotetaan somaattisesta kiputilasta usealla eri tavalla. Viskeraaliseen kipuun ei aina liity kudolvauriota esimerkiksi suolen leikkaamisesta ei tule kipua mutta sitten taas virtsarakon venyntyminen aiheuttaa kiputilan. Viskeraalinen kipu on myös

huonosti paikallistettavaa eikä kaikkien sisäelimiä ärsytys aiheuta kipua esim. maksa tai munuainen. Viskeraalisessa kivussa on tavallista, että se säteilee myös muualle kehoon. (Kalso ym. 2009, 93- 94; Haanpää & Salminen 2009.)

Läpilyöntikipulla tarkoitetaan usein äkillisesti alkavaa, suhteellisen lyhytkestoista kipua. Potilaan peruskipu on yleisesti ottaen hallinnassa, mutta potilas kokee hetkellisesti äkillistä kipua. Monesti hyvässäkin kivunhoidossa potilas kokee ajoittaista läpilyöntikipua. Läpilyöntikipujen hoitaminen on tärkeää koska intensiteetiltään voimakkaan kivun hoitamiseen vaaditaan nopeaa reagoitua sekä nopeavaikutteisten kipulääkkeiden ottoa. Läpilyöntikipun kesto on usein vain 30- 60 minuuttia ja se saattaa toistaa itseään useamman kerran päivässä. Läpilyöntikipua ilmenee lähes kahdella kolmasosasta saattohoitopotilaista ja sitä ilmenee vähiten öisin. Jos läpilyöntikipu on lyhytaikaista, ei säännöllistä peruskipulääkitystä tarvitse muuttaa, vaan silloin paras lievitys on nopeavaikutteinen lisäkipulääke. Toisaalta jos kipua tuntuu jatkuvasti vuorokauden mittaan, tulisi tarkistaa säännöllistä kipulääkitystä. (Hänninen 2003, 85; Hänninen 2012, 30- 31.)

Psyykinenkipu on kaikkea sitä, joka ahdistaa, pelottaa, huolestuttaa ja aiheuttaa henkistä tuskaa. Sitä voi kutsua myös sielun kivuksi. Kaikenlainen suru on sielun kipua. Parantumattomasti sairaan potilaan pelko oman elämänhallinnan menettämisestä aiheuttaa hänen perusturvallisuuden järkkymisen, kun koko elämä on uhattuna. (Sailo & Varti 2000, 37.) Tieto sairauden pahenemisesta voi laukaista psyykkisen kriisin, jonka akuutissa vaiheessa oirekuva voi olla joko potilaan hämmennyksen sävyttävä lamaannus tai kaoottinen kiihtymystila (Vainio & Aalto 2004, 206). Se, miten ihminen pystyy sopeutumaan muuttuneisiin elämäntilanteisiin ja menetyksiin, riippuu hänen ns. psyykkisestä selkärepuustaan, lapsuuden vuorovaikutussuhteista ja kokemuksista, sekä koko elämän aikana saaduista elämäneväistä. Vakava sairastuminen ja kuoleman lähestyminen synnyttää monissa hajoamisen ja jopa intensiivisiä psyykkisen kivun tunteita. Iäkkäiden on yleensä nuoria helpompi sopeutua, koska he jo ovat kokeneet menetyksiä elämässä. Jos potilas ei kykene sopeutumaan tilanteeseen, hänen saattaa olla vaikea antautua

hoidettavaksi ja luottaa häntä hoitaviin henkilöihin. Potilas voi tuntea katkeruutta ja pettymystäkin elämättömästä elämästä. Tällaisten potilaiden tunnistaminen on haastavaa henkilökunnalle ja he tarvitsevat enemmän tukea ja kärsivällisyyttä hoitajalta. (Vainio & Aalto 2004, 213.) Nykyaikainen kipututkimus on paljastanut, että usein mielipahaa aiheuttavat tekijät lisäävät kroonista kipua, kun taas mielihyvää aiheuttavat tekijät vähentävät sitä. Kipupotilaan pyrkimyksenä pitäisi olla päästä eroon mielipahaa tuottavista asioista. (Vainio 2009, 162.)

Sosiaaliseksi kivuksi voi kutsua yhteisömme luomaa kipua. Perhe, ystävät, harrastustoverit ja työyhteisö ovat tärkeitä elämän kokonaisuudelle ja siksi sairauden vuoksi yhteisön ulkopuolelle jääminen saa aikaan sosiaalista kipua. Usein potilaat kokevat olevansa vaivaksi tai rasitteena perheelleen. Moni tuntee jopa syyllisyyttä siitä, että heräilee öisin kipuihin ja joutuu liikkumaan ja näin häiritsee toisten unta. Kipu aiheuttaa usein vihaisuutta ja ärtyneisyyttä, joka taas heijastuu läheisiin ihmissuhteisiin ja hoitosuhteisiin. Toimintakyvyn huononeminen suututtaa, kun arkisten toimien tekeminen ei enää onnistu. Myös elinympäristö ja siitä aiheutuvat äänet, kuten lasten meluisa leikki voi saada ärsytyskynnyksen ylittymään. Yhteisiä menemisiä ei enää uskalleta suunnitella, koska kipuoireiden arvaamattomuus estää esim. pienen matkan tai teatterireissun tekemisen. Perhe-elämässä voi tulla muutoksia myös siinä, kuka pitää yhteyttä perheen ulkopuolelle. Kipu saattaa haitata yhteydenpitoa ystäviin ja sukulaisiin. Roolit perheessä voivat muuttua ja päätöksenteko saattaa siirtyä terveelle vanhemmalle. (Granström 2010, 38, 77- 78.)

Hengellinen kipu eli olemassaolon kipu on jumalasuhteeseen liittyvää ahdistusta ja huolta. Vakaumuksestamme ja uskonnostamme riippuen koemme jumalan tai jonkun korkeamman olennon olemassaolon merkityksen ja suhteen tärkeänä. Elämän loppuvaihe herättää aina ihmisessä monia kysymyksiä ja ahdistavia ajatuksia. Silloin tunne tai ajatus jonkun korkeamman olemassaolosta saattaa rauhoittaa. Eksistentiaalinen eli olemassaolon kipu on ahdistusta ja kuolemanpelkoa toivottoman tulevaisuuden edessä. (Sailo & Vartti 2000, 37.) Ihmisten hengellisten tarpeiden huomioon ottaminen ns. sielunhoito,

on tärkeä osa saattohoitoa. ”Hengellisissä tarpeissa korostuu potilaan tarve tulla sovitetuksi 1) läheistensä, itsensä ja Jumalan kanssa 2) tarve suojautua jollain tavalla kaiken uhatessa tuhoutua 3) tarve löytää elämänsä eheys 4) tarve saavuttaa täyttymys ja kiitollisuus elämässä” (Vainio & Aalto 2004, 264). Moni miettii, mitä heille tapahtuu kuoleman jälkeen ja saattaa kysellä onko hän elänyt kelvollisen elämän. Nämä kysymykset voivat nostaa mieleen syyllisyyttä, jonka juuret saattavat olla vuosien tai vuosikymmenien takana. Potilaan hengellinen kipu voi nousta esim. syyllisyydestä, josta perheessä vuosia on vaiettu. Kuolevan ihmisen sanattomien ja sanallisten viestien kuuntelu on tärkeä osa kokonaisuhoitoa, sillä toisen ihmisen läsnäolo merkitsee kuolevalle välittämistä, huolenpitoa ja turvallisuutta. (Vainio & Aalto 2004, 263- 264, 266.)

4 KIVUNHOITO

4.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Kivun hoidossa käytetään WHO:n porrasteista hoitomenetelmää. Alkuvaiheessa käytetään miedompia kipulääkkeitä kuten tulehduskipulääkkeet ja parasetamolia ja kivun voimakkuuden lisääntyessä siirrytään porrasteisesti vahvempiin kipulääkkeisiin. Kivun ollessa jo kohtalaista voidaan käyttää opioidivaikutukseltaan heikkoja opioideja ja voimakkaaseen kipuun määrätään vahvoja opioideja. Vahvempia euforisoivia kipulääkkeitä eli opioideja tarvitaan vasta esimerkiksi pitkälle edenneen syövän hoidossa. Varsinaisten kipulääkkeiden ohella käytetään myös kipua lievittäviä psyyke- ja neuropaattisia lääkkeitä. Kipulääkitys tulisi aina etukäteen suunnitella niin, ettei kipua ehtisi ilmaantua. Lääkkeiden annostelureittejä on monia esimerkiksi rektaalinen, ihonalainen, lihaksensisäisen, iholta imeytyvä, epiduraalinen, suonensisäinen sekä suun ja nenän limakalvoilta imeytyvä. Lääkityksen antoreitti tulee arvioida potilaskohtaisesti. (Kalso ym. 2009, 459- 491; Nurminen 2011, 302- 303.)

Tulehduskipulääkkeitä eli analgeetteja on Suomessa saatavilla useita erilaisia. Oikein käytettynä tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita tulehduksen ja kivun lievittäjiä, mutta niihin liittyy myös useita haittavaikutuksia kuten yliherkkyydet, vaikutukset mahan limakalvoon, verihiutaleiden toimintaan ja munuaisiin liittyvät ongelmat. Useimmat tulehduskipulääkkeet tehostavat antikoagulanttien vaikutusta. Tulehduskipulääkkeet ovat tehokkaita tilanteissa joihin liittyy kudonsvauriota kuten mm. syövästä aiheutuvat kivut. Keskivaikeaan tai vaikeaan kipuun ei tulehduskipulääke yksinään ole enää tehokas vaan tulehduskipulääkkeiden yhdistäminen opioideihin on välttämätöntä. Tulehduskipulääke pienentää tarvittavaa opioidiannosta. Erilaisissa neuropaattisissa kivuissa ei näistä kipulääkkeistä paljoakaan ole hyötyä. Tulehduskipulääkkeet ovat myös antipyreettisiä. Ibuprofeenia on pidetty turvallisimpana tulehduskipulääkkeenä, koska siitä on tehty paljon tutkimuksia. Vanhempi tulehduskipulääke on asetyyliisalisyylihappo, jota käytetään

särkylääkkeenä, mutta uudemmat lääkeaineet kuten ibuprofeeni, ketoprofeeni ja naprokseeni ovat käytetyimpiä lääkeaineita. Näillä lääkkeillä on vastaavanlainen teho kivunhoitoon, mutta vähemmän haittavaikutuksia. Asetyylisalisyyli pieninä määrinä estää verihiutaleiden yhteentakertumista, minkä vuoksi sitä käytetään paljon sydän- ja verisuonisairauksissa. (Kalso ym. 2009, 181- 189, 490; Nurminen 2011, 290- 291.)

Parasetamolin tulehdusta estävä eli anti-inflammatorinen vaikutus on hyvin heikko, joten sitä ei luokitella tulehduskipulääkkeisiin. Parasetamolilla on hyvä kipua lievittävä ja kuumetta alentava vaikutus, eikä se ärsytä maha-suolikanavaa tai aiheuta allergisia reaktioita. Parasetamoli metaboloituu maksassa, joten sen tärkein myrkytysoire on maksavaurio. Huono ravitsemustila, geneettiset tekijät, alkoholin runsas käyttö sekä tietynlaiset lääkkeet voivat lisätä parasetamolin maksatoksisuutta. Maksavaurion merkit tulevat esille viiveellä noin 1-4 vuorokauden kuluttua. (Kalso ym. 2009, 187-189; Nurminen 2011, 300- 301.)

Opioidit ovat keskushermoston kautta vaikuttavia niin kutsuttuja euforisoivia analgeetteja, jotka ovat voimakkaimpia käytössä olevia kipulääkkeitä. Opioidit luokitellaan heikkoihin, keskivahvoihin sekä vahvoihin opioideihin. Yhteistä heikoille ja keskivahvoille opioideille on niiden kattovaikutus eli annoksen suurentaminen yli tietyn annoksen ei enää lisää lääkkeen analgeettista tehoa, vaan lääkkeen haittavaikutukset vain kasvavat. Tähän ryhmään kuuluvat kodeiini, buprenorfiini ja tramadoli. Yleisimpiä vahvoja opioideja on morfiini, oksikodoni, fentanyyli, alfentaniili ja metadoni. Tunnetuin tämän ryhmän lääkkeitä on morfiini. Opioideja käytetään vaikeissa ja voimakkaissa kiputiloissa kuten leikkauksissa, sydäninfarkteissa ja syöpäkivun lievityksessä. Lisäksi ne vähentävät ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta ja saavat aikaan euforian eli voimakkaan hyvinolontunteen. Opioideihin liittyvä psyykinen riippuvuus on harvinaista potilailla, jotka käyttävät lääkettä niihin vastaavaan kipuun. Pitkäjaksoisen ja jatkuvan opioidilääkityksen lopettaminen yhtäkkiä aiheuttaa aina vieroitusoireita kuten ahdistusta, huonovointisuutta, vatsan kouristuksia, lihaskrampeja, palelua, kipua jne. Opioidin käyttöön liittyy myös toleranssin

kasvaminen mikä tarkoittaa, että opioidiannosta joudutaan lisäämään tehon säilyttämiseksi. Syöpäpotilaan opioidiannoksen nostaminen yleensä tarkoittaa taudin etenemistä, johon liittyy kivun lisääntyminen. Haittavaikutuksia opioideilla on runsaasti, joista yleisimpiä ovat väsymys, pahoinvointi, suun kuivuminen ja hengityslama vakavimpana. Kroonisessa käytössä ummetus on hankala haittavaikutus. Haittavaikutusten ilmeneminen potilaille on hyvin yksilöllistä ja vaihtelevaa. Kipu stimuloi voimakkaasti hengityskeskusta, joten opioidit eivät oikein annosteltuna aiheuta kivuliaalle potilaalle hengityslamaa. Kivuttomalle potilaalle hengityslaman mahdollisuus on suuri jos hän ei ole aiemmin saanut opioideja. Kroonisessa opioidi lääkityksessä olevalle saattaa kehittyä hengityslama jos kipu poistetaan äkillisesti puudutuksessa. (Kalso ym. 2009, 192- 202, 491- 493; Nurminen 2011, 297.)

Opioidirotaatio on palliatiivisen hoidon tuoma käsite, jolla tarkoitetaan opioideilla saavutettavan kivuttomuuden suhteellista tehostumista vaihdettaessa opioidi toiseen opioidiin. On jopa pohdittu, että jatkuva rotaatio opioidien välillä vähentäisi toleranssin kehittymistä, mutta tästä ei ole vielä tutkimuksia. Kuitenkin annosvalinnoissa kannattaa olla varovainen siirryttäessä opioidista toiseen. (Kalso ym. 2009, 203.)

PCA eli patient controlled analgesia on potilaalle asennettu kipupumppu, johon on ohjelmoitu opioidi-taustainfuusio, annosväli, sopiva kerta-annos ja enimmäisannos tunnissa. PCA tekniikalla saadaan vaivattomasti säädettyä yksilöllinen analgeettisesti hyvä vaikutus, myös epiduraalisesti ja intratekaalisesti. Markkinoilla on elektronisia pumppuja sekä ns. ruiskupumppuja eli infuusoreita. Ruiskupumput ovat potilaalle helppoja käyttää, varmatoimisia sekä yksinkertaisesti ohjelmoitavia. Ruiskupumput soveltuvat suonensisäiseen sekä ihonalaiseen käyttöön. Elektroniset pumput ovat myös varmatoimisia, helppokäyttöisiä hyvän perehdytyksen jälkeen sekä monipuolisia. Haittapuolena niissä on kalleus sekä rikkoutumisriski. Elektroniset pumput soveltuvat suonensisäiseen, ihonalaiseen, epiduraaliseen, intratekaaliseen sekä intraventrikulaariseen käyttöön. Lääkeinfuusio on helppo toteuttaa suonensisäisesti sekä ihonalaisesti myös avohoidossa ja potilaan

kotona. Hyvän ja osaavan henkilökunnan avulla myös epiduraalinen, intratekaalinen sekä intraventrikulaarinen hoito onnistuu kotona tai avohoidossa. (Kalso ym. 2009, 497- 498.)

Spinaalista, epiduraalista tai intratekaalista kivunhoitoa harkitaan silloin kun potilaan kipulääkitys ei enää onnistu suun kautta tai se ei tehoa. Spinaalinen opioidi poistaa lähes täydellisesti jatkuvan somaattisen ja viskeraalisen kivun, mutta neuropaattiseen kipuun se ei tehoa niin hyvin. Neuropaattisen kivunhoidossa voidaan opioidin lisäksi lisätä puudutetta. Käytettävistä opioideista spinaaliseen annosteluun sopivat morfiini ja fentanyl. Tämän annostelumuodon komplikaatioita ovat infektiot, katetrin okluusio ja irtoaminen sekä annostelijan tekniset toimintahäiriöt. (Kalso ym. 2009, 499- 501.)

Masennuslääkkeillä on todettu kliinisissä tutkimuksissa olevan analgeettinen vaikutus lukuisissa eri kiputiloissa kuten kroonisen, erityisesti hermovauriokivun hoidossa. Trisyklisten masennuslääkkeiden teho on masennuksesta riippumaton ilmiö. Lääkityksen alkuvaiheessa tulee lähteä pienistä annoksista haittavaikutusten estämiseksi ja potilaan hoitomyönteisyyden säilyttämiseksi. Masennuslääkkeillä on paljon haittavaikutuksia joista yleisin on väsymys. Tätä voidaan myös hyväksikäyttää, sillä kipupotilaalla on usein univaikeuksia, joten lääkettä voidaan hyödyntää annostelemalla pääosa lääkkeestä illalla. Useimmat masennuslääkkeet helpottavat kipupotilaan ahdistusta. (Kalso ym. 2009, 204-205.) Psykelääkkeet eivät ole ensisijaisesti kipulääkkeitä, mutta joillakin lääkeaineilla on myös kipua lievittävää vaikutusta, joka saattaa kroonisen kivun hoidossa olla merkittävää. Masennuslääkkeistä esim. amitriptyliini ja doksepiini sekä psykoosilääkkeistä levomepromatsiini lievittävät kipua. Masennus- ja psykoosilääkkeiden käyttö kivunhoidossa ei aiheuta riippuvuutta, mutta niiden haittavaikutukset rajoittavat kuitenkin pitkäaikaiskäyttöä. (Nurminen 2011, 301.)

Neuroleptien on osoitettu toisinaan tehoavan hermovauriosta johtuvaan kipuun, johon liittyy viiltävä tai sähköiskumainen tuntemus. Näiden lääkkeiden teho perustuukin vähentämään spontaanien hermoimpulssien syntymistä vaurioituneissa hermoissa. Syövissä joissa pahanlaatuiset kasvaimet infiltroivat hermoja kuten rinta- ja keuhkosityöpä olkapunosta, voivat epilepsialääkkeet

tällöin olla apuna kivun lievityksessä. Neuroleptien hankalimpina haittavaikutuksina on ekstrapyramidaalioireet eli lihasjäykkyyttä tai erilaisia pakkoliikkeitä voi esiintyä. Kivun lievittyminen lääkkeillä alkaa hitaasti ja käytetyimpiä lääkkeitä ovat esimerkiksi gapapentiini, lamotrigiini ja pregabaliini. (Kalso ym. 2009, 211; Nurminen 2011, 304.)

Lääkeaineiden yhdistelmäkäyttöä tulisi harkita erilaisissa kroonisissa kivunhoidoissa. Tarkoituksena lääkityksessä olisi yhdistää eri kohtiin vaikuttavia lääkeaineita, jolloin pyritään saamaan tehokkaampi kivunlievitys vähäisemmin haittavaikutuksin. Kroonisen kivunhoidossa on testattu useita eri lääkevalmisteita ja monilla niistä on yksittäistapauksissa saatu hyviä tuloksia. Kuitenkaan eri tulehduskipulääkkeiden tai samanvahvuisten opioidien samanaikainen käyttö ei ole suositeltavaa. Opioidien käytössä pyriään ensisijaisesti etenemään miedosta opioidista vahvempaa kivun edetessä. Tutkitusti on todettu, että syöpäkivun hoidossa on saatu hyviä kokemuksia tulehduskipulääkkeiden ja opioidien yhteiskäytöstä. Syöpähoidoissa on paljon yhdistelty myös trisyklisten masennuslääkkeiden ja opioidien käyttöä. Bentsodiatsepiinien yhdistämistä opioideihin tai tulehduskipulääkkeisiin on tarkoituksenmukaista vain tilanteissa, joihin liittyy lihasjännitystä. Yhdistelmä lääkkeiden valintaan vaikuttavat aina lääkeaineiden teho sekä haittavaikutukset ja eri potilaiden yksilöllisyys. Lääkeaineiden interaktiot tulee myös huomioida. (Kalso ym. 2009, 211- 213.)

Puudutuksilla, kuten bupivakaiinilla saadaan lisää tehoa kivunhoitoon. Infuusion antonopeuden tulee olla niin hidasta, että ei synny varsinaista puutumista tai motorista salpausta. Erityyppisiä puudutuksia voidaan käyttää kivun hoidossa silloin kun kipua ei mitenkään saada hallintaan, tarvitaan lyhytaikaista tehokasta kivunlievitystä tai potilaan odotettavissa oleva elinaika on lyhyt. Neurolyyttisellä puudutuksella tarkoitetaan yleensä palautuvaa somaattisten tai sympaattisten hermojen aksonien ja solujen tuhoamista, johon käytetään kemiallista ainetta kuten muun muassa fenolia, alkoholia tai glyserolia. (Kalso ym. 2009, 501.)

Palliativisella sedaatiolla tarkoitetaan kuolevan potilaan rauhoittamista lääkkeillä niin, että hänen tajuntansa heikennetään oireiden lieventämiseksi.

Tähän tarvitaan potilaan, omaisten sekä hoitohenkilöstön hyväksyntä ja ennen hoidon aloittamista on varmistettava, että muut keinot oireiden hallitsemiseksi on kokeiltu. Tulee myös varmistaa, että kaikki osapuolet ovat ymmärtäneet hoidon tavoitteet ja toteutuksen. Palliatiivinen sedaatio on loppuvaiheen viimeinen keino hallita sietämättömiä oireita, joita ei kyetä hallitsemaan muilla keinoilla. Näitä ovat mm. hallitsematon kipu, hengenahdistuksen, deliriumin, agitaation sekä ahdistuneisuuden hoito. Hoidon annos määritellään potilaan mukaan yksilöllisesti ja sitä suurennetaan asteittain vastetta seuraten. Sedaatiosta voidaan tehdä myös jatkuvaa ja syvää mutta silloin potilaan odotettavissa oleva elinaika on enää tunteja tai päiviä. Sedaatio voidaan toteuttaa suonensisäisenä infuusiona seuraavilla lääkeaineilla esim. midatsolaamilla, loratsepaamilla, propofolilla tai deksmedetomidinilla. Potilaan kipulääkkeitä ei tule lopettaa vaan säännöllistä kipulääkitystä tulee jatkaa ja tarvittaessa antoreittiä muutetaan. Kuitenkaan palliatiivisen hoidon tarkoitus ei ole kuoleman edistäminen. Palliatiivisen sedaation yleisyydestä ei ole tutkimuksia. (Käypä hoito 2012.)

4.2 Lääkkeetön kivunhoito

Kognitiivis-behavioraalisilla menetelmillä voidaan pyrkiä vaikuttamaan suoraan itse kipuongelmaan eli kipukäyttäytymiseen, kivun kokemiseen, kipuun liittyviin tunnereaktioihin, kipukäyttämiseen ja uskomuksiin sekä elimellisiin seikkoihin, kuten lihasjännitykseen. Myös passiivisuuteen, ylenmääräiseen varomiseen tai lääkkeiden käyttämiseen potilas voi saada apua käyttäytymisterapeuttisilla menetelmillä. Kun potilaan käsitykset ja uskomukset muuttuvat ja hän esimerkiksi alkaa ajatella positiivisemmin itsestään ja kyvyistään, myös käyttäytyminen ja tunteet muuttuvat: potilas tulee aktiivisemmaksi ja toiveikkaammaksi. Tällä tavalla muutos yhdellä alueella johtaa oletettavasti muutokseen myös toisella alueella. Potilaan käsitykset itsestään ja pystyvyydestä muuttuvat, kun hän omaksuu uusia toimintatapoja. (Estlander 2003, 184- 185.)

Ajatustottumusten muuttamisten avulla potilasta opetetaan jäsentämään ajatuksiaan kohti rationaalisempia ajatus- ja toimintatapoja. Hän oppii ymmärtämään ja jäsentämään mitä eri tilanteissa ajattelee ja ennen kaikkea mistä tunteet tulevat. Tämä auttaa ongelmatilanteissa. Tämän avulla kipuun liittyvät tunneongelmat tai ihmissuhdeongelmat saattavat lievittyä. (Estlander 2003, 184,193.) Ihmisen mielellä on aina oma osuutensa kivun kokemuksen synnyssä, sillä kipu toimii mielen ja ruumiin rajapinnalla. Kipu ja mieli vaikuttavat siis toisiinsa, ja kipuun voidaan vaikuttaa paitsi lääkkein toisinaan myös muuttamalla ihmisen sisäistä puhetta itselleen, asenteita ja ajatustottumuksia. (Vainio 2009, 136; Granström 2010, 10.) Usein pessimistiset itseä, ympäristöä ja tulevaisuutta koskevat käsitykset ja uskomukset ylläpitävät masentunutta mielialaa. Voimistuvaan kipuun liittyen potilaalla saattaa myös esiintyä katastrofiajattelua, joka voi lisätä hänen ahdistustaan ja pelkoaan. Jäsentelemällä tulkintatapojen, ajatusten ja käsitysten vaikutusta tunteisiin ja käyttäytymiseen, potilas voi oppia ymmärtämään paremmin, miten kipuongelmaa ylläpitävät ”noidankehät” syntyvät ja pystyy mahdollisesti muuttamaan toimintatapojaan. (Kalso ym. 2009, 247.)

Jatkuva kipu saa elimistössä aikaan ns. taistele tai pakene reaktion, johon rentoutuksella pystytään vaikuttamaan. Kohdistettaessa tietoisuus yhteen pisteeseen, mieli tyhjennetään ajatuksista ja keskitytään ainoastaan omaan hengityksen, voidaan vähentää kipuun liittyvää lihasjännitystä ja negatiivisia tunnereaktioita sekä parantaa kivunhallinnan tunnetta. Rentoutuminen voidaan saavuttaa erilaisilla mielikuvilla, suggestioilla, hengitysharjoituksilla tai lihasrentoutustekniikoilla. Rentoutus sopii erityisen hyvin potilaille, joiden kipuun liittyy ahdistusta tai emotionaalisia ongelmia, ja jotka ilmenevät fysiologisina tai toiminnallisina reaktioina esim. lihasjännityksenä tai hikoiluna. (Salanterä ym. 2006, 154; Kalso ym. 2009, 248.) Rentoutus vaikuttaa välittömästi alentaen verenpainetta. Myös sydämen lyöntinopeus, hengitysfrekvenssi ja hapenkulutus alenevat. Säännöllisen rentoutuksen pitkäaikaisvaikutukset vähentävät potilaan ahdistusta ja masennusta ja auttavat selviytymään paremmin stressitilanteissa. (Vainio 2009, 137.)

Huomion suuntaamisen menetelmiä ja mielikuvaharjoituksia käytetään kipukokemuksen muuntamiseksi niin, että kipu koetaan vähemmän kielteisiä tunteita herättävänä tai huomiota sitovana ja lievempänä. Menetelmän avulla ei pyritä pääsemään eroon tai kontrolloimaan kipua, vaan tarjotaan potilaalle yksilöllisiä tilanteeseen sopivia keinoja tulla paremmin toimeen kipukokemusten kanssa. Potilaan huomiota suunnataan pois kivusta esim. mielikuviin, hengitykseen tai ympäristöön. Näiden mielikuvien avulla potilas voi oppia muuttamaan kipukokemustaan esim. polttavasta viileäksi. (Kalso ym. 2009, 248- 249.) Kipukokemuksen hallintaan saaminen on lähtökohtaisesti mielen tapahtuma. Hallinnalla tarkoitetaan sitä, että sekä kipukokemuksen luonne että sen merkitys arvioidaan uudelleen. Länsimaisessa kulttuurissa on totuttu asioiden hallintaa ajattelun avulla. Mielen hallinnassa voidaan keskittyä johonkin asiaan niin, että muut seikat, jopa kipu jäävät syrjään. Kivunhallinnalla tarkoitetaan kahta asiaa: kivun saamista mielessä mahdollisimman vähän elämää haittaavaksi ja toisaalta kipukokemuksen minimoimista. (Granström 2010, 115.)

Uusia tutkimusmenetelmiä tutkitaan ja kehitellään kivunhoidossa jatkuvasti ja kivun hyväksymiseen tähtäävät ohjelmat (acceptancebased treatment) ovat esimerkkejä näistä. Kivun hyväksymisellä tarkoitetaan sitä, että kipuun liittyvistä tunteista ja rajoitteista huolimatta potilas pyrkii mahdollisimman täysipainoiseen elämään. Usein kivunhallintayritykset, kuten jatkuva kivun syiden pohtiminen tai välttämiskäyttäytyminen voi lisätä potilaan kärsimystä ja estävät häntä elämästä täysipainoista elämää. (Kalso ym. 2009, 249.) Pitkäaikaiseen kipuun suhtautumisessa on kaksi ääripäätä. Jotkut taistelevat kipuaan vastaan ”loppuun saakka” ja toiset suhtautuvat hyväksyvästi keskittyen rakentamaan parempaa elämäntilannetta. Taistelu kipua vastaan kuluttaa aina paljon resursseja. Keskittyminen johonkin asiaan voimistaa sen vaikutusta, jolloin huomion suuntaaminen kipuun pitää mielen tiukasti kivun maailmassa eikä auta irtautumaan siitä. Hyväksyminen ei tarkoita kivun vastaanottamista avosylin vastaan. Mutta potilas voi yrittää aktiivisesti hallita kipuoiretta tarkoituksena poistaa se tai rauhallisesti todeta, että kipu on olemassa, mutta juuri nyt en voi sille mitään. Näin ollen kipu kuuluu elämän sekä sairauden haittapuoliin, mutta

sitä ei pyritä kuitenkaan aktiivisesti vastustamaan. Kuitenkin sekä kivun hallinnassa että hyväksymisessä on sama hankaluus kuin vastaan taistelemisessakin, joka on se että molemmissa keskitytään kipuun. (Granström 2010, 116- 117.)

Kivun hyväksymisellä tarkoitetaan myös itsearvostuksen ylläpitämistä, kun kipua ei nähdä henkilökohtaisen heikkouden merkinä eikä toimintakyvyn menettämistä liitetä ihmisarvoon. Kivun hyväksyminen ei siis suinkaan ole passiivista sopeutumista, alistumista, luovuttamista eikä omasta itsenäisyydestä ja identiteetistä luopumista. Hyväksymiseen tähtäävissä hoito-ohjelmissa käytetään erilaisia menetelmiä esimerkiksi ”mindfulness training”, jolla pyritään hyväksyvään tietoiseen läsnäoloon. Potilasta opetetaan suhtautumaan ajatuksiinsa, kokemuksiinsa, ongelmiinsa ja itseensä tiedostaen ja mahdollisimman neutraalisti. Potilasta opetetaan neutraalilla ja rauhallisella tavalla kohtaamaan ja hyväksymään vaikeita kokemuksia sellaisena kun ne ovat, arvioimatta ja avoimesti. Nämä opetetaan sen sijaan, että hän kontrolloisi tai välttäisi ja jopa ahdistuisi niistä. (Kalso ym. 2009, 249.)

Fysioterapeuttisilla hoitomenetelmillä pyritään ylläpitämään potilaan toimintakykyä mahdollisimman pitkään ja näin saattohoito omassa kodissa ei tule liian raskaaksi hoitaville omaisille. Saattohoidossa potilas pystyy näin itse kääntymään ja nousemaan vuoteesta, sekä pukemaan ja ruokailemaan omatoimisesti. Fysioterapiaa on käytetty ja sen roolia on tutkittu saattohoidossa vielä melko vähän. Sen tavoitteena on parantaa potilaan elämänlaatua ja helpottaa kärsimyksiä elämän viimeisinä hetkinä. Fysioterapeutti voi osaltaan auttaa saattohoitopotilaan laadukkaassa ja kokonaisvaltaisessa hoidossa. Tarvittaessa potilaalle voidaan suunnitella ja toteuttaa yksilöllinen fysioterapia moniammatillisessa tiimissä potilaan oireet huomioiden. Fysioterapian avulla voidaan parantaa saattohoitopotilaan elämänlaatua ehkäisemällä niveljäykkyyttä ja painehaavoja, helpottamalla kipuja, ja ennen kaikkea ylläpitämällä potilaan omatoimisuutta ja toimintakykyä. (Muuttolintu ry 2014.)

Asentohoito on tärkeä kivunlievitysmenetelmä hoitotyössä, sillä asennonmuutos lieventää kipureseptoreihin kohdistuvaa ärsytystä. Kun potilas joutuu olemaan

pitkän ajan vuoteessa samassa asennossa kykenemättä itse muuttamaan asentoaan, on vaarana, että veri ei pääse kiertämään kudoksiin. Sen seurauksena potilaalle tulee kehon eri osiin puutumisen tunnetta. Kudosten hapenpuutteen seurauksena taas potilaalle syntyy kivuliaita painehaavoja. Tämän voi välttää vaihtamalla säännöllisesti potilaan asentoa ja käyttämällä tyynyjä ja pehmusteita hyvän asennon löytämiseksi. (Sailo & Varti 2000, 135.) Asentohoidolla edistetään tärkeitä elintoimintoja, kuten hengitystä ja verenkiertoa ja estetään myös nivelten virheasentoja (Iivanainen & Syväoja 2011, 19).

Lämpöä käytetään kudosten verenkierron vilkastuttamiseen, kudosten verenkierron lisääntymiseen, lihasten rentouttamiseen ja aineenvaihdunnan lisäämiseksi kudoksessa. Lämpö auttaa laukaisemaan lihasjännityksiä, ja sen seurauksena potilas rentoutuu ja kivut lieventyvät. Lämpö- ja kylmähoito sopivat hyvin kivun itsehoidoksi ja niitä on helppo toteuttaa kotioloissakin. Molemmat menetelmät ovat turvallisia ja hyvin siedettyjä ja vaikutuksen huomaa yleensä hyvin nopeasti. (Muuttolintu ry 2014.) Kylmähoitoa puolestaan käytetään poistamaan kipua ja turvotuksia. Hoidon vaikutukset perustuvat kudosten lämpötilan alenemiseen ja siitä johtuvaan hermojen johtumisnopeuden alenemiseen. Kylmähoito myös helpottaa liikesuorituksia vähentämällä spastisen lihaksen tonusta, jolloin nivelten liikkuvuutta voidaan säilyttää tai jopa parantaa. Hoito toteutetaan yleensä 20- 30 minuutin jaksoina kylmäpakkauksen tai -pyyhkeen avulla. Kylmä on tehokas, halpa ja varsin turvallinen vaihtoehto. (Kalso ym. 2009, 237- 239.)

Hieronnan osalta hoitomyöntyvyys on suurta, sillä se on useimmille tuttu hoitomuoto. Valinnanvaraa on runsaasti, sillä erilaisia hierontatekniikoita ja -menetelmiä on paljon. Tavallisimmin hierontaa käytetään fysioterapeuttisten hoitokäsittelyiden esihoitona, sillä se pehmittää ja rentouttaa jännittyneitä ja kireitä kudoksia. Hieronnalla pyritään vaikuttamaan kipuun käsittelemällä useita lihasryhmiä, jolloin voidaan aikaansaada reflektorisia toimintoja, jotka helpottavat kipuja ja lihaskouristuksia. (Kalso ym. 2009, 239- 240.) Lymfaterapialla pyritään vilkastuttamaan imunestekiertoa aiheuttamalla tietyillä

otteilla sekunnin kestäviä painejaksoja. Hoitoa käytetään kehon turvotusten vähentämiseen (Kalso ym. 2009, 240).

4.3 Potilasohjaus

Hyvän potilasohjauksen tavoitteena on, että potilaalle annetaan tarpeeksi tietoa omasta kivustaan sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Hänelle kerrotaan hoidoista ja käytettävissä olevista erilaisista hoitomenetelmistä. Näin hän kykenee paremmin tekemään omaan kivunhoitoonsa liittyviä päätöksiä ja kokee hallitsevansa omaa elämäänsä kivusta huolimatta. (Salanterä ym. 2006, 91.) Sekä potilas että hänen läheisensä tarvitsevat tietoa kivusta ja sen hoidosta. Usein juuri tietämättömyys aiheuttaa kivunhoidon epäonnistumisen. Potilailla on usein vääränlaisia uskomuksia kipulääkkeiden turvallisuudesta, lääkeriippuvuuden syntymisestä tai lääkärin ja hoitajien työstä. Yleinen virheajatus on, että kaikki kipulääkkeet aiheuttavat vaikeita haittavaikutuksia, tai vahvoista kipulääkkeistä tulee riippuvaiseksi. Potilaat myös usein kuvittelevat, ettei kivusta tarvitse kertoa, koska hoitajat ja lääkärit ammattilaisina sen tietävät kertomattakin. Antamalla potilaille ajantasaista, asianmukaista ja ristiriidatonta tietoa ja varmistamalla tiedon perille meno edesautetaan parhaiten kivunhoitoa. (Salanterä ym. 2006, 91.)

Erityisesti pitkäkestoista kipua hoidettaessa potilas ja myös hänen läheisensä tarvitsevat tietoa sekä suullisesti että myös kirjallisesti. Potilaan annetaan valita sopiva ajankohta ja tietoa annetaan sellaisella tahdilla, että ohjattava potilas sen pystyy hahmottamaan ja sisäistämään. Ohjauksessa on otettava huomioon ihmisten erilainen tapa oppia ja pyritään välttämään liian tiedon ”kaataminen” potilaalle. Puhuttu materiaali ei saa olla ristiriidassa kirjallisen materiaalin kanssa. Potilaalle tulee kertoa hänen omista mahdollisuuksista ja keinoista lievittää kipuja ja siitä, miten hän itse voi vaikuttaa hoitoihinsa. On tärkeää kertoa potilaalle ja hänen läheisilleen vertaistukiryhmistä ja antaa vinkkejä mistä he tarvittaessa saavat lisää tietoa kivunhoidosta. Usein kipua voi lievittää jo keskustelu toisten samaa kokeneiden kanssa. Potilaalle annettavan kirjallisen

materiaalin tulisi olla helppolukuista, selkeää ja visuaaliselta ilmeeltään kuvitettua. Vieraskielisiä sanoja ja monimutkaisia lauserakenteita tulisi tekstissä välttää. (Salanterä ym. 2006, 91- 92.)

Ohjatessaan kroonista kipua sairastavaa potilasta sairaanhoitajan on tärkeä osata kartoittaa koko potilaan elämäntilanne ja siihen vaikuttavat tekijät. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ja kokonaistilanteen ymmärtäminen ratkaisee potilaan ohjauksen onnistumisen. Ohjaustilanteessa tärkeintä on potilaan kuuntelu, hänen tarpeidensa arviointi ja niihin vastaaminen. Sen jälkeen hoitajan on helpompi antaa neuvoja ottamalla huomioon ja tunnistamalla potilaan yksilölliset tarpeet. Hoitajan on tiedettävä potilaan hoitolinjoista ja tarjottava hänelle realistista tietoa kivusta ja sen hoidosta, sekä korjattava mahdolliset epärealistiset käsitykset paranemismahdollisuuksista. Kipupotilas tarvitsee tietoa mm. kivun vaikutuksista tunteisiin, toimintakykyyn, sosiaalisiin suhteisiin ja taloudellisiin asioihin. Hoitajan on hyvä antaa ohjausta ja rohkaisua erilaisista itsehoitomenetelmistä ja niiden käytöstä kivun hoidossa. (Salanterä ym. 2006, 93.) Syöpää sairastaville potilaille annetaan tietoa lääketoleranssin kehittymisestä ja kerrotaan lääkehoidon vaikuttavuuden seurannan tärkeydestä. On tärkeää, että kaikilla terveystalouden eri tasoilla tiedetään mitkä ovat potilaan kivun hoidon tavoitteet ja mahdollisuudet. Hoitajan on varmistettava tiedonkulku potilaan yksilöllisistä hoidon ja tiedon tarpeista kotihoidon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Salanterä ym. 2006, 94.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TOTEUTTAMISMENETELMÄ

5.1 Tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen kivunhoitoa kotisaattohoidossa. Vastauksia etsitään seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä kivunhoitoon liittyvät asiat toteutuvat hyvin kotisaattohoidossa?
 - 1.1. Mitkä asiat toteutuvat hyvin potilaan näkökulmasta?
 - 1.2. Mitkä asiat toteutuvat hyvin omaisen näkökulmasta?
 - 1.3. Mitkä asiat toteutuvat hyvin ammattilaisen näkökulmasta?
2. Mitkä kivunhoitoon liittyvät asiat toteutuvat huonosti kotisaattohoidossa?
 - 2.1. Mitkä asiat toteutuvat huonosti potilaan näkökulmasta?
 - 2.2. Mitkä asiat toteutuvat huonosti omaisen näkökulmasta?
 - 2.3. Mitkä asiat toteutuvat huonosti ammattilaisen näkökulmasta?
3. Mitkä ovat kotisaattohoidossa käytetyt kivunhoidon menetelmät?
 - 3.1. Mitä kipulääkkeitä kotisaattohoidossa käytetään?
 - 3.2. Mitkä ovat kipulääkkeiden antoreitit?
 - 3.3. Mitä lääkkeettömiä hoitotyötoimintoja kotisaattohoidossa käytetään?

5.2 Toteuttamismenetelmä, julkaisujen hakuprosessi ja aineisto

Kirjallisuuskatsauksessa kartoitetaan aikaisempia tutkimuksia aiheesta. Se auttaa selvittämään alan jo tutkimaan tietoa aiheesta ja löytämään aihealueet, joista ei ole vielä riittävästi tutkittua tietoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 121; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 92-93.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kootaan tietoa tarkasti valitusta ja rajatusta aiheesta. Se on itsenäinen tutkimus, jossa pyritään virheettömyyteen ja toistettavuuteen. (Johansson ym. 2007, 4, 46.)

Aineiston haussa käytettävät sähköiset tietokannat ovat Medic, Cinahl, Medline, Ebsco host, Elsevier, Pubmed, Science Direct ja Wolters Kluwer. Lisäksi käsitteistöjen selvittämiseksi hyödynnetään alaan liittyvää kirjallisuutta. Tiedonhaussa käytetään aiheeseen liittyviä hakusanoja, joita ovat saattohoito (hospice care, hospice), kotisaattohoito (home hospice care), koti (home), kotihoito (home care), terminaalihoito (terminal care), kuolemansairas (terminally ill), palliatiivinen hoito (palliative care), elämän loppu (end of life), kipu (pain), kivunhoito (pain management, analgesia, pain treatment), lääkehoito (medication management) lääke (medicine), potilas (patient), omaishoito (family caregiving) ja sairaanhoitaja (nurse). Haussa käytetään edelle esitettyjä hakusanoja ja niiden yhdistelmiä aiheeseen sopivien tutkimusten löytämiseksi. Haku rajataan vuosille 2004- 2014 ja rajauksia tehdään niin, että tutkimuksesta on saatavilla ilmainen kokoteksti. Tutkimukset valitaan otsikon ja kokotekstin perusteella. Valitut tietokannat, hakusanat, niiden yhdistelmät sekä osumien ja kokotekstien määrät on esitetty taulukossa 1. Taulukossa esitellään vain niiden julkaisujen haut, jotka opinnäytetyöhön on valittu.

Taulukko 1. Opinnäytetyöhön analysoitavaksi valittujen julkaisujen haku

Tietokanta	Hakusana(t) and asiasana(t) ja niiden yhdistelmät (and/or/not)	Osumien määrä	Valitut
MEDIC	Hospice care and home	7	1
CINAHL	pain management and end of life and hospice	56	1
	home care and pain and terminally ill	11	2
	pain and pain management and palliative care	51	1
	home and hospice care and pain	15	1
	hospice care and pain and terminally ill	14	2
MEDLINE	home care and terminally ill and nurse	370	1
	home care and pain and terminally ill	427	1
	pain and end of life and home hospice care	280	1
	home care and terminally ill and pain management	120	1
EBSCO HOST	pain management and home care	79	2
	home hospice care and pain management	3	1
	Terminal care and analgesia and home	10	1
	Terminal care and pain treatment and home	9	1
	Terminal care and home and medicine	10	1
	home hospice care and patient	18	1
	palliative care and family caregiving	13	1
ELSEVIER	home hospice care and pain management	5000	1
PUBMED	home hospice care and medication management	15	7
SCIENCE DIRECT	home hospice care and pain management	122	1
WOLTERS KLUWER	home hospice care and pain and patient	62	2
	hospice care and home and pain management	19	1
	hospice care and home and medicine	76	1
	palliative care and home and analgesia	14	1
Manuaalinen haku	-	-	5
Valitut julkaisut		Yhteensä	39

Yhteensä opinnäytetyöhön valikoitui 39 tutkimusta. Tutkimukset valikoituivat siten, että ne antaisivat mahdollisimman hyvin vastauksia tässä opinnäytetyössä kirjallisuudelle esitettyihin kysymyksiin. Opinnäytetyössä analysoiduista julkaisuista on koottu taulukko, josta käy ilmi tutkimuksen tekijät, maa, julkaisuvuosi, tutkimuksen tarkoitus ja tulokset (Taulukko 2).

Taulukko 2. Opinnäytetyössä analysoidut julkaisut

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Osallistujat Tutkimusmenetelmä	Tulokset
Sheehy-Skeffington ym. Irlanti, 2014	Selvittää omaisten käytännön kokemuksia lääkehoidon toteutuksesta kotisaattohoidossa	n= 16 Haastattelut	Omaiset kokivat monilääkityksen hankalaksi kotisaattohoidossa, hankaloitti lääkehoidon toteutusta. Ruiskupumpuista omaisilla oli hyviä kokemuksia.
Gibbins ym. United Kingdom, 2014	Selvittää levinnyttä syöpää sairastavien kivun hallintaa ja mitä he haluavat kivun hoidolta.	n=15 Haastattelut kasvotusten	Potilaat kokivat haastavaksi keskustella kivusta ja sen merkityksestä terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Potilaat haluavat ottaa sen verran kipulääkettä, että he voivat elää normaalisti ja tehdä jokapäiväisiä askareitaan. Osallistujat korostivat tarvetta kivun hyvään hallintaan.
Sera ym. USA, 2014	Määrittää yleisemmin määrätyt lääkkeet saattohoidon potilaille.	n=4252 Asiakirja-analyysi	Potilasasiakirjoista käy ilmi minkälaista lääkitystä käytetään hoidoksi erilaisiin elämän loppuvaiheen oireisiin, kuten kivun hoitoon. Syöpäpotilaille määrättiin merkittävästi enemmän opioideja ja antipsykootteja. Kotihoidossa oleville syöpäpotilaille useimmin käytettyjä lääkkeitä oli ranitidiini, hidas vaikutteinen morfiini, metyyliiprednisolon ja diclofenaakki
Chellappan ym. Intia, 2013	Arvioi oireenmukaisen hoidon koulutusohjelman merkitystä omaishoitajille akuutin oireiden hoidossa kotisaattohoidossa.	n= 30 Seuranta-käynnit, strukturoitu kyselylomake	Koulutusohjelmasta on hyötyä omaishoitajille akuuttien oireiden hoidossa kotisaattohoidossa. Omaiset kokivat, että tarvitsevat aiheesta koulutusta, jotta voisivat hallita näitä oireita kotisaattohoidossa. Yleisin oire kotisaattohoidossa kuolevalla potilaalla on yleensä kipu.

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Osallistujat Tutkimus- menetelmä	Tulokset
Kelley ym. USA, 2013	Kuvailee kotisaattohoidon omaishoitajien kohtaamia kivunhoidon haasteita.	n=29 Haastattelut ja kyselylomake	Useiden haastatteluiden ja kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin 6 kivunhoitoon liittyvää pääteemaa tunnistettua: omaishoitajakeskeiset asiat, Omaishoitajan lääketaidot ja – tiedot, palliativisten oireiden tunnistaminen, viestintä ja tiimityö asiat, organisointikykyyn liittyvät asiat ja potilaskeskeiset asiat.
Oliver ym. USA, 2013	Ymmärtää paremmin omaishoitajien kokemuksia kivunhoidossa kotisaattohoidossa.	n=146 Puoli-strukturoitu haastattelu	Tunnistettiin viisi omaisia huolestuttavaa osaa: kipulääkkeiden hallinnointi, huoli kipulääkkeiden sivuvaikutuksista, epävarmuus kivun tunnistamisessa, kommunikointi hoitohenkilöstön kanssa turhautti, muistot läheisen hoitamattomista kivuista kuolinhetkellä.
Stajduhar ym. Kanada, 2013	Tutkia miten omaishoitajat kuvailevat oppineensa hoitamaan palliativisia potilaita	n=156 Haastattelu- tutkimusten analysointi	Omaishoitajat oppivat hoitokäytäntöjä: yrityksen ja erehdyksen kautta, etsimällä aktiivisesti tietoa ja ohjausta, soveltamalla aikaisempia tietoja ja taitoja ja reflektoiden heidän tämänhetkistä kokemustaan. He arvostivat eniten tuettua ja ohjattua oppimisprosessia.
Sanders ym. USA, 2013	Määrittää vanhempien syöpäpotilaiden kipuun liittyvien tekijöiden vaikutusta lääkehoitoon.	n=65 Kyselylomake	Vanhempien saattohoidossa olevien osallistujien sitoutuminen lääkehoitoon on suurta. Tutkimuksen mukaan ne joilla oli 24 h aikana ollut kipua enemmän hallinnassa olivat sitoutuneet lääkehoitoon paremmin kuin ne joilla ei pariin päivään ole ollut kipua.
Joyce & Lay USA, 2012	Selvittää miten ulkopuoliset tahot esim. kotisairaanhoidon voisi tukea omaisia paremmin kivunhoidollisissa asioissa kotisaattohoidossa	n= 98 Puoli-strukturoitu kyselylomake	Omaisten kivunhoidon toteutuksessa oli vaikeuksia kotisaattohoidossa. Omaishoitajien tukeminen lääkehoidossa on tärkeää, mutta haastavaa. Kotisairaanhoidon ja hoitohenkilökunta tarvitsisivat enemmän resursseja omaisten tukemiseen kivunhoitoon liittyen.

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Osallistujat Tutkimus- menetelmä	Tulokset
Lau ym. USA, 2012	Tarkastelee keskeisiä lähestymistapoja, joiden avulla saattohoitohenkilöstö helpottaa omaishoitajien lääkehoitoa.	n=22 Puolisruk- turoitu, osittain avoin haastattelu	Omaisten lääkehoitoa helpotettiin tarjoamalla heille tukea, antamalla tietoa, edistämällä itseluottamusta, tarjoamalla helpotusta arkeen. Omaisten lääkehoitoa ja sen ymmärtämistä ja osaamista arvioitiin kotikäynneillä. tarvittaessa lääkärit yksinkertaistivat potilaan lääkitystä, jotta omaisilla olisi helpompaa.
Shoemaker ym. USA, 2012	Tarkastella lääkärin kotikäyntejä kotisaattohoidossa olevien potilaiden luona, mistä käynnit koostuu.	n= 58 Tutkimus- tapaamiset ja tietojen raportointi	Yleisin oire kotisaattohoidossa oli potilailla kipu. Lääkäreiden kotikäynnillä oli tärkeä rooli lääkityksen tarkastelussa ja muutoksissa sekä ohjata oireiden tunnistamisessa.
Candy ym. Englanti, 2011	Kartoittaa tämän hetken saattohoidon tilannetta sisältäen kotisaattohoidon ja saattohoitokodit ja niiden kokemuksia jotka palveluita käyttää ja tuottaa.	n= 122 tutkimusta Systemaat- tinen kirjallisuus- katsaus	Saattohoitopalvelut vähentävät yleisen terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Saattohoidonpalvelut lisäävät myös elämän loppuvaiheen laatua ja auttavat parempaan kivunhoitoon ja mahdollistaa kuoleamisen kotona.
Meeker ym. USA, 2011	Selvittää omaishoitajien kokemuksia ja tarpeita liittyen syöpäpotilaan kivunhoitoon	n= 37 tutkimusta Systemaat- tinen kirjallisuus- katsaus	Omaishoitajilla on vääriä uskomuksia kivunhoitoon ja kipulääkkeisiin liittyen. Omaishoitajien rooli kivunhoidossa on korvaamaton. Tarvitsevat enemmän ohjausta ja koulutusta kivunhoitoon liittyen. Potilaat pääosin tyytyväisiä omaisten antamaan kivunhoitoon.
Luijckx & Scholms Hollanti, 2011	Tutkia kuolevien potilaiden ja omaisten käsityksiä kotisaattohoidosta ja laitoshoidosta	n= 13 Haastattelut	Kotisairaanhoidon tuki koettiin riittäväksi, kotona turvallista kuolla.
Wittenberg- Lyles ym. USA, 2011	Tutkia hoidonantajan huolenaiheita neljästä kategoriasta: Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen	n=125 Nauhoitettu haastattelu	Potilaan kiputila voi johtaa hoidonantajan väsymykseen ja kärsimykseen. Hoidonantajan toiseksi suurin huolenaihe oli potilaan fyysinen kipu. Hoitajan keskittyminen potilaan kivunhoitoon auttoi myös hoidonantajaa tähän rooliin. Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoidonantajat tarvitsivat koulutusta potilaan kivunhoitoon.

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Osallistujat Tutkimus- menetelmä	Tulokset
Mehta ym. USA, 2011	Kuvantaa kiputyyppejä kotisaattohoidossa ja sitä miten omaishoitajat niihin osaavat reagoida ja miten hoidetaan.	n= 24 Haastattelu	Omaisilla vaikeutta erottaa eri kiputyyppejä ja siksi hoitaa kipua. Sairaanhoidajilla on tärkeä rooli kivun määrittelyssä ja omaisten ohjauksessa. Kivunhoitoon käytettiin lääkkeellisiä ja lääkkeettämiä menetelmiä.
Lau ym. USA, 2010a	Saattohoidon tuottajien kannalta tutkittiin esteitä, jotka saattavat haitata tuottajasuhteita ja lääkkeiden toimitusta/antoa hoitokodeissa ja yksityiskodeissa	n=22 Puolistruk- turoitu haastattelu	Hoitohenkilöstö puhuivat samanlaisista esteistä sekä hoitokodeissa että yksityiskodeissa. Kodeissaan omaiset käyttäytyivät kuin tietäisivät mikä on parasta potilaalle, kuin ”omistajina” omalla maallaan. Osoittivat epäluottamusta hoidon tuottajia kohtaan, eivätkä hyväksyneet heidän ohjausta. Huonoa kommunikaatiota aiheutti valtavan vastuukuorman hoidon tuottajille. Huonot suhteet alensivat lääkehoidon tehokkuutta ja laatua.
Lau ym. USA, 2010b	Tutkittiin mitkä asiat vaikuttavat siihen miten omaishoitajat oppivat lääkehoitoa, joka on osa saattohoitopotilaan hoitoa.	n=45 Puolistruk- turoitu haastattelu, osittain avoin haastattelu	Sekä hoitohenkilöstö että omaishoitajat tunnustivat samanlaisia tosiasioita, jotka helpottivat tai estivät omaisen lääkehoitoprosessia. Omaisen elämäkokemus ja hyvä itsetunto olivat asioita, jotka helpottivat lääkehoidon hallintaa. Kun taas negatiivinen mieliala, kognitiiviset ja fyysiset rajoitteet, huono lukutaito, kilpailevat velvollisuudet, potilaan huono mieli ja monimutkainen lääkitys haittasivat lääkehoitoa. Omaisen hyvä suhde potilaaseen helpotti ja huono suhde haittasi lääkehoitoprosessia.
Mehta ym. Kanada, 2010	Tarjota kotona oleville omaisille mahdollisuuksia hoitaa palliatiivisen syöpäpotilaan kipua.	n=24 Haastattelut	Tutkimuksessa kävi ilmi, että vaikka omaiset kotona hyväksyivät vastuun kivunhoidosta, niin he eivät aina olleet hyvin perehtyneitä edellyttämään asianmukaista kivunhoitoa ja optimaalista tukea. Omaiset tarvitsevat tukea ja arviointia kivunhoidon prosessissa.
Bush ym. Englanti, 2009	Tarkastella palliatiivisen erikoislääkärin kotikäynnejä saattohoitopotilaan luona	n= 91 Aineiston keruu kotikäynneistä	Yleisin oire potilailla on kipua. Lääkärin käynnit koostuivat paljon lääkehoidosta ja lääkemutoksista. Lääkäreiden kotikäynneillä positiivista vaikutusta potilaan kipujen hallinnassa, mahdollistaa saattohoidon toteutuksen kotona paremmin.

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Osallistujat Tutkimus- menetelmä	Tulokset
Lau ym. USA, 2009	Tarkoituksena ehdottaa teoreettista rakennetta, jonka avulla tehostetaan omaishoitajien lääkityksen hallintataitoja kotisaattohoitopotilaiden hoidossa.	n=45 Puoli- strukturoitu haastattelu kasvokkain	Hoitohenkilöstö ja omaishoitajat painottivat teknisiä taitoja kuten lääkkeiden hallinnointia. Omaiset korostivat lääkeshoidon organisointia, palkatun apulaisen koordinoimista ja vastustelevalan potilaan hoitamista. Tehokkaan omaisen lääkeshoidon hallinnaksi määriteltiin omaisen kyky helpottaa oireita yhteistyöllä, organisoimalla, oireiden tunnistamisella, lääketuntemuksella ja yksilöllisyydellä.
Tsigaroppo ulos ym. Kreikka, 2009	Tarkastella ja merkitä moninaisia ongelmia joita hoitaja kohtaa saattohoitopotilaan kotona	n=76 Kysymys- kaavake, haastattelu	Potilailla oli jatkuvia ongelmia joista suurin oli ahdistuneisuus liittyen tulevaan (61%) ja toiseksi suurin ongelma potilailla oli hankala kivunhoito (54%). Toisaalta 46% potilaista ei kärsinyt kivusta lainkaan! Olennaisin vaatimus hoidonantajalta kotona on kivun lievitys. Hoitoalan ammattilaisten tieto ja huomiointi voisivat edistää ratkaisun löytymistä ja voisivat auttaa moninaisissa asioissa.
Anderson & Kralik Australia, 2008	Ymmärtää omaishoitajien näkemyksiä ihonalais-injektioiden annosta kotisaattohoidossa	n= 14 Puolistruk- turoidut haastattelut	Omaishoitajat tyytyväisiä ihonalaisinjektio-lääkehoitoon. Kokivat, että saivat osallistua potilaan lääkeshoitoon ja se oli turvallista ja auttoi nopeammin potilaan oireisiin.
Bee ym. UK, 2008	Selvitettiin millaista käytännön tietoa omaishoitajat tarvitsevat hoitaessaan syöpäpotilasta kotisaattohoidossa.	N= 26 tutkimusta Systemaatti- nen kirjallisuus- katsaus	Tutkimuksissa korostui riittämätön käytännön tuen puute liittyen usein riittämättömään tiedonvaihtoon. Nämä puutteet liittyvät tyypillisesti sukulaisten omaksumaan ”yritys ja erehdys”-tapaan oppia palliatiivista hoitoa. Omaishoitajat vaativat enemmän käytännön asioihin liittyvää tietoa.
Brink. & Smith Kanada, 2008	Selvittää palliatiivisessa kotihoidossa olevien potilaiden taustatekijöitä kotona kuolemiseen.	n=536 Tietokone- pohjainen kysely- lomake	Tärkeä taustatekijä kotona kuolemiseen on potilaan mieltymys asiaan. Kotonaan yksin asuvat halusivat vähemmän kuolla kotona kuin ne joilla oli perheenjäsen tai ystävä. Yllättävää oli, että kipu ei liittynyt kotona kuolemiseen. Tutkimus havainnollistaa myös perheen tuen tärkeyden elämän loppupuolella.

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Osallistujat Tutkimus- menetelmä	Tulokset
Brown, United Kingdom, 2008	Tutkittiin opioidien määräämisten eroja syöpäpotilailla jotka olivat saattohoidossa kotona ja sairaalassa sekä ei syöpää sairastavia, jotka olivat sairaalassa.	n=152 Kysely- lomake	Opioidien määräämisessä eri ryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja mutta suurimmat opioidi annokset ja määräykset olivat tehty kotisaattohoitoon. Kotisaattohoitoon osallistunut palliatiivisen hoitotiimin avulla saatiin parempi kivunhoito sekä tietoa opioidien käytöstä. Eniten käytetty opioidi oli injeksiolla annettava morfiini (93%).
Oliver ym. USA, 2008	Ymmärtää nykyistä käytäntöä saattohoidon arvioinnissa ja yhteistyötä omaishoitajien kanssa kivunhoitoon liittyvissä kysymyksissä.	n=30 CPMQ- kysely- kaavake, kokous- video analysoinnit	Melkein 90% vastaajista oli vähintään yhden toteaman kanssa, joka ilmaisi varautuneisuutta tai väärää tietoa kivun hoidosta tai lääkityksen hallinnoinnista vahvasti samaa mieltä tai samaa mieltä. Moniammatillisissa kokouksissa melkein 38% ajasta käytettiin keskusteluun kipuun liittyvistä asioista. Henkiseen, fyysiseen ja psyykkiseen kipuun puututtiin, mutta sosiaalisesta kivusta ei keskusteltu lainkaan. Omaisista ja heidän osallistumisesta kivunhoitoon ei kokouksissa paljoakaan puhuttu, vaan heidät jätettiin huomioimatta.
McMillan ym. Florida, 2007	Testata intervention vaikutusta oireiden hallitsemiseksi kotisaattohoidossa	n= 329 COPE interventio Kysely- lomake	Ryhmässä, jossa omaishoitajat koulutettiin paremmin tunnistamaan ja hoitamaan potilaiden oireita, oireet olivat paljon paremmin hallinnassa.
Vogel- Voogt ym. Hollanti, 2007	Saada käsitys saattohoidon vahvuuksista ja puutteista Hollannissa saattohoitovaiheessa olevien potilaiden kokemuksia kartoittamalla.	n= 128 Haastattelu, kysely- lomake	Potilaiden kokemat isoimmat ongelmat elämän loppuvaiheen hoidossa olivat ettei osattu puuttua tarpeeksi nopeasti akuutteihin ongelmiin. He kokivat myös että eri ammattiryhmien välillä oli informaatiokatkosta tai ohjeistuksia ja informaatiota ei saatu kirjallisesti. Pääosin tyytyväisiä hoitoonsa.

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu).

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Osallistujat Tutkimusmenetelmä	Tulokset
Peters & Sellick, Australia, 2006	Verrata palliatiivisessa kotihoidossa ja laitoshoidossa olevien potilaiden oireiden kokemista, fyysistä ja psyykkistä terveyttä, sairauden hallintaa ja elämänlaatua.	n=58 Strukturoidut kysymykset, henkilökohtainen haastattelu	Yleisimmät oireet potilailla olivat kivut, uupumus, kokopäivä nukkuminen ja heikkous. Kotihoidossa olevilla oli tilastollisesti vähemmän oireita ja he kokivat paremmin sairauden oireiden sekä lääkehoidon olevan hallittavissa.
Aubin ym. Ottawa, 2006	Arvioida levinnyttä syöpää sairastavien potilaiden kivunhoidon tehokkuutta kotihoidon koulutusohjelman avulla	n=80 Haastattelut ja kipupäiväkirja	Potilaiden uskomusten muuttaminen opioidien käyttöön koulutuksen avulla onnistui hyvin. Kontrolliryhmän potilailla kipu pysyi ennallaan kun taas koulutusohjelman ryhmällä kipu vähentyi merkittävästi. Koulutus interventiot voivat tehokkaasti helpottaa potilaan kipuja kotihoidossa
McMillian ym. Florida, 2005	Selviytymiskeino intervention vaikutuksia saattohoidossa olevien syöpäpotilaiden omaishoitajiin	n= 354 COPE-interventio, kyselylomake	Interventiolla oli vaikutusta hoitajien elämänlaatuun sekä se vähensi taakkaa potilaiden oireista. Emotionaalisella tuella iso merkitys omaishoitajien jaksamiseen antaa hyvää, oireenmukaista hoitoa.
Becovitch & Adunsky Israel, 2004	Selvitettiin miten korkeat annokset morfiinia kotisaattohoidossa vaikuttavat potilaan elinajan ennusteeseen.	n=661 Haastattelut	Valitusta aineistosta 435 potilasta sai morfiinia kivunhoitona. Keskimääräinen selviytyminen potilailla, jotka saivat suuria annoksia morfiinia, oli 27- 35 päivää. Potilaat, jotka saivat pieniä annoksia morfiinia, selviytyivät keskimäärin 18 päivää. Potilaat, jotka eivät saaneet morfiinia selviytyivät 22 päivää.
Tilden ym. Oregon, 2004	Tutkittiin kotona kuolleiden sekä heidän perheenjäsenten loppuajan kokemuksia.	n=1189 Puhelinhaastattelut	Kaiken kaikkiaan potilaan koetut kärsimykset olivat alhaiset. Tietyt oireet koettiin menehtyneen mielestä kärsimyksenä kuten kipu, hengenahdistus sekä ummetus. Lähes puolet menehtyneistä kärsi näistä oireista. Myös taloudelliset vaikeudet olivat hoidonantajalla rasituksena.

(jatkuu)

Taulukko 2 (jatkuu):

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Osallistujat Tutkimus- menetelmä	Tulokset
Teno ym. USA, 2004	Kuvailee USA:ssa kuolleiden kokemuksia sekä kotona että laitoksissa.	n= 1578 Kuolleisuuden seuranta/ palautetutkimus, puhelinhaastattelut	Omaisten keskuudessa oli tyytymättömyyttä oireiden hoitoon liittyen. Yksi neljäsosa potilaista ei saanut riittävää hoitoa kipuihinsa. Kiuvnhoitoon olivat tyytymättömämpiä kotisaattohoidon potilaiden omaiset.
Volker ym. Texas, 2004	Paljastaa mitä levinnyttä syöpää sairastavat ihmiset haluavat koskien henkilökohtaista hallintaa ja mukavuutta elämän loppuvaiheessa.	n=7 Nauhoitetut haastattelut	Tuloksena oli kuusi erilaista osa-aluetta joista yksi oli hyvä kivunhallinta potilaan sairaudessa. Potilaat toivoivat kunnioitusta heidän henkilökohtaisiin arvoihinsa ja uskomuksiin sekä omaa kontrollointia sairauden hoitamisessa. Tämän johdosta hoitajien tulisikin olla herkkätunteisia moninasiin asioihin liittyen kuten potilaan hoitamiseen ja päivittäisiin asioihin.
Vallerand ym. Detroit, 2004	Osoittaa ohjelman vaikutuksia kouluttamalla kotisairaanhoidajia kivunhoidossa ja opioidien sivuvaikutuksista kotihoidossa.	n=202 Haastattelut	Koulutusryhmän hoitajilla lisääntyi tietoisuus merkittävästi kuten positiivinen asenne kivunhoitoon, vähemmän koettuja esteitä kivun hoitamiseksi ja lisääntynyt kivun hallinta verrattuna niihin hoitajiin jotka eivät osallistuneet interventioihin. Kotihoidon sairaanhoitajien tulee olla tietoisempia liittyen hoitovaihtoehtoihin ja pystyä kommunikoimaan lääkärille potilaan puolestapuhujana kivun paremmasta hallinnasta
Seuna ym. Suomi, 2004	Selvittää kotisaattohoidon laatua omaisilta.	n= 79 puoli-strukturoitu kyselylomake	Kotisaattohoito oli pääosin onnistunutta. Lääkärin käyntimäärät olivat liian vähäistä omaisten mielestä. Omaisten tukemisessa potilaan kuoleman jälkeen oli puutteita.

6 TULOKSET

6.1 Kotisaattohoidossa hyvin toteutunut kivunhoito

Potilaiden näkökulmasta sitoutuminen kivunhoidon lääkehoidon suunnitelmaan on tärkeää ja toteutuu hyvin saattohoidossa. Saattohoitopotilaita tulee kuitenkin varoittaa siitä, että vaikka kipu on hallinnassa, niin tulee lääkehoitoa jatkaa säännöllisesti kivuttomuudesta huolimatta. Potilailla, joilla kivut on 24 h aikana ollut enemmän hallinnassa, ovat sitoutuneet lääkehoitoon paremmin kuin ne, joilla ei pariin päivään ole ollut kipua. (Sanders ym. 2013.) Kotihoidossa olevilla on tilastollisesti vähemmän sairauden oireita ja he kokevat paremmin oireiden sekä kivunhoidon olevan hallittavissa kuin sairaalahoidossa olevat. Yleisimmät oireet potilailla ovat kivut, heikkous, uupumus ja kokopäivä nukkuminen. (Peters & Sellick, 2006.) Paperille kirjoitettu toimintasuunnitelma auttaa potilasta reagoimaan nopeammin pahenevaan kipuun ja näin pystytään välttämään kovaksi ja hankalaksi hoidettava kiputila (Aubin ym. 2006).

Potilaat kokevat kotisairaanhoidon tuen riittäväksi kotisaattohoidossa ja heidän mielestään kotona on turvallista ja hyvä kuolla. Oireenmukainen hoito on riittävää. (Luijckx & Schols 2011; Lau ym. 2012.) Potilaat ovat tyytyväisiä omaishoitajan antamaan kivunhoitoon kotisaattohoidossa (Vogel-Voogt ym. 2007; Meeker ym. 2011). Omaishoitajien saama koulutus on tärkeää potilaiden näkökulmasta. Kun omaishoitajat saavat hyvää koulutusta potilaiden oireiden tunnistamiseen, kuten kivun arviointiin, osaavat he myös hoitaa potilaan oireita paremmin. Näin potilas saa parempaa oireenmukaista hoitoa ja kivut pysyvät paremmin kurissa. (McMillian & Small 2007; Lau ym. 2012.)

Kotisaattohoidossa kotihoidon ja kotisairaanhoidon palveluilla on suuri merkitys kuolevan potilaan elämänlaatuun. Potilaat kokevat, että hoitohenkilökunnan käynnit auttavat siihen, että heidän kokonaisvaltainen vointi on parempi ja kivunhoito on hyvää. Hoitohenkilökunnan ja omaishoitajien välinen hyvä yhteistyö auttaa siihen, että potilas saa parempaa kivunhoitoa. (Candy ym. 2011.) Hoidon laatua ja jatkuvuutta parantaa se, kun lääkärit tekevät potilaan

luona kotikäyntejä ja käyntien aikana esim. uusitaan kiireellisiä lääkemääräyksiä. Näin pystytään takamaan riittävä kivunhoito, kun lääkkeiden saanti on taattua. Lääkäreiden kotikäynneillä on iso vaikutus potilaan kipujen hallinnassa. Potilas saa parempaa kivunhoitoa ja kivut pysyvät paremmin kurissa. Kivun hallinnassa kotisaattohoidossa on tärkeää se, että lääkäri huolehtii lääkehoidon optimoinnista eli tarkastaa lääkeannokset sekä tekee mahdolliset lääkemutokset. Lääkärien kotikäynneillä pystytään takaamaan, että potilaalla on riittävä ja oikea kipulääkitys. (Bush ym. 2009.)

Omaisien näkökulmasta on saatu myönteisiä kuvia kivunhoidon onnistumisesta kotisaattohoidosta. Suurin osa omaisista on sitä mieltä, että heidän läheisensä saivat kuolla arvokkaasti. Omaisit kokevat, että keskeinen asia kotisaattohoidon onnistumisen kannalta on tieto siitä, että kipuja hoidetaan. Ohjeet kivun hoitoon ovat tärkeitä. Omaisit kokevat kivunhoidon ja sen onnistumiseen hyvin tärkeäksi. (Seuna ym. 2004.) On tärkeää, että omaishoitajat pystyvät turvallisesti toteuttamaan kotisaattohoidossa kivunhoitoa potilaan kuoleman ollessa lähellä. Sillä on suuri merkitys, että kotisairaanhoido tukee omaisia kivunhoitoon liittyvissä asioissa. Omaishoitajien koulutus ja tiedon lisääminen lisää heidän omaa varmuuttaan kivunhoitoon liittyen ja antaa rohkeutta hoitaa omaistaan kotisaattohoidossa. Hoitajien tuki omaisille on tärkeää kotisaattohoidossa erityisesti silloin jos tulee ongelmia lääkehoidon kanssa. (Candy ym. 2011; Mehta ym. 2011; Joyce & Lau 2012.) Omaisit arvostavat sairaanhoitajien työtä suuresti. Omaisit kokevat, että heiltä saa hyvää tukea. Omaishoitajilla on mahdollisuus auttaa kuolevaa potilasta, helpottaa kipua, eikä katsoa vain vieressä ja näin he kokevat olevansa tarpeellisia. Omaisit kokevat onnellisuutta, kun saavat osallistua lääkehoidon toteutukseen ja näkevät, että potilaan ei tarvitse kärsiä tai hän saa helpotusta oireisiinsa. (Andersson & Kralik 2008; Sheehy- Skeffington ym. 2014.)

Tyytyväisyyttä omaisten keskuudessa tuo se, että heti potilaan kirjauduttua kotisaattohoitoon hoitohenkilöstö aloittaa yhteistyön perheen kanssa. Perheelle soitetaan jo ensimmäisenä iltana kotiin ja varmistetaan, että kaikki on hyvin. (Lau ym. 2012.) Hoitajat kertovat omaisille, että he ovat 24 tuntia

vuorokaudessa tavoitettavissa, jos tulee jotain kysyttävää. Hoitajat valmistelevat omaiset hyvin tulevaan tehtäväänsä antamalla tietoa kivunhoidon tärkeydestä ja omaishoitajan roolista. (Seuna ym. 2004; Lau ym. 2012.) Ympäri vuorokauden oleva puhelinpalvelu, josta saa apua esimerkiksi kivunhoitoon liittyvissä asioissa on omaishoitajille korvaamaton. Se, että tukea ja apua on saatavilla milloin vain rauhoittaa omaisia. (Andersson & Kralik 2008.)

Hoitajat käyttävät erilaisia tapoja opettaessaan kivunhoidon hallintaa omaishoitajille. Otetaan huomioon mm. omaisten mahdolliset lääkemääräysten lukutaitokyvyt. Kun selittäminen ei riitä, niin hoitaja esim. näyttää miten lääke laitetaan tippa-annostelijaan. Jos omaisella on kognitiivisia tai fyysisiä esteitä jonkun sairauden vuoksi, hoitajat avustavat heitä kotona lääkkeiden käsittelyssä. Hoitajat jakavat lääkkeet valmiiksi ja täyttävät jääkaappiin valmiiksi 10- 15 morfiiniruiskua. Kun potilaalle on määrätty parin päivän välein vaihdettavia lääkelaastareita, niin hoitajat ajoittavat kotikäyntinsä niiden vaihtopäiviin. (Lau ym. 2012.) Ammattilaisten antama ohjaus on merkittävässä roolissa kotisaattohoidossa. Hoitajat osoittavat omaishoitajille, miten kivunilmaisua tunnistetaan ja miten kipulääkkeiden aiheuttamia sivuoireita hoidetaan. Omaishoitajille näytetään neulojen käyttöä, ruiskujen täyttämistä ja kipulaastarien vaihtoa sekä opetetaan läpilyöntikivun hoitoa (Stajduhar ym. 2013.)

Omaisia rohkaistaan miettimään itse ratkaisua kivunhoidossa esiintyviin ongelmiin. Monet omaisista haluavat selkeitä ja suoria ohjeita hoitajilta lääkehoitoon liittyen. Ohje saattaa olla esimerkiksi, että annetaan lääke ennen potilaan nukkumaanmenoa. Lääkkeistä kerrotaan yksinkertaisilla termeillä, vältetään ns. ”lääkärijargonian” käyttöä. Ohjeet toistetaan useaan kertaan, riippuen kunkin omaishoitajan omaksumiskyvystä. Omaishoitajien ymmärrettyä lääkeohjeet hoitajat auttavat heitä rakentamaan itseluottamusta ja pääsemään irti opioidien käsittelyn ja annostelun peloista. Hoitajan vieressä oleminen ja omaishoitajan kehuminen ensimmäistä kertaa tehdessä parantaa uusien lääkkeenantotapojen oppimista. (Lau ym. 2012.) Hoitajien antama

emotionaalinen tuki auttaa omaishoitajia hoitamaan paremmin kuolevaa potilasta ja heidän oireitaan, kuten kipua (McMillian ym. 2005).

Omaishoitajien omat voimavarat auttavat omaisia selviämään lääkehoidon haasteista. Voimavaroja ovat oma elämäkokemus ja taustakokemukset, joita he pystyvät hyödyntämään. Näitä ovat esimerkiksi terveydenhoitoalankoulutus, lasten kasvatus, sairaalassa vapaaehtoisena työskentely tai kokemus omaishoidosta. Hyvä itsetunto ja - luottamus auttavat heitä tekemään päätöksiä kivunhoidosta ja voittamaan pelkonsa. Koko perheen ja ystävien osallistuessa potilaan hoitoon omaishoitaja saa kaivatun hengähdystauon. Hyvä suhde potilaaseen ja tuki muilta hoitoon osallistujilta helpottaa kivun lääkehoidon hallintaa ja potilaan hoitomyöntyvyys on parempi. (Lau ym. 2010b.)

Omaiset etsivät aktiivisesti itse tietoa potilaan hoidosta. He etsivät tietoa erilaisista lähteistä, kuten terveydenhuoltoalan ammattilaisilta, perheenjäseniltä, ystäviltä sekä kirjoista ja internetistä. Tiedon lisääntyminen antaa omaishoitajille itseluottamusta ja varmuutta hoitaa potilaan kipua. (Mehta ym. 2010; Stajduhar ym. 2013.) Omaisia kannustetaan tarkkailemaan muutoksia potilaan voinnissa ja oireilussa sekä kertomaan siitä hoitohenkilöstölle, koska omaiset tuntevat potilaan yleensä parhaiten (Lau ym. 2012). Osa omaishoitajista kommunikoi hyvin ja he ovat tietoisia potilaan voinnista. He kysyvät tarvittaessa jatkokysymyksiä hoitohenkilökunnalta selventääkseen asiaa ja tekevät muistiinpanoja hoitajan ohjeistuksesta. Hoitajat antavat tietoa mm. siitä, miten syövän eteneminen vaikuttaa potilaaseen, millaisia oireita on luvassa ja miten niitä hoidetaan. (Lau ym. 2009.)

Omaiset kokevat hyvin tärkeäksi, että osaavat arvioida ja tulkita potilaan verbaalista ja kehollista kivunilmaisua. Potilaan oireiden seuraamiseen käytetään aikaa, jotta niistä osataan kertoa hoitajan kysyessä. Jos perheeseen on palkattu hoitaja avustamaan potilaan hoidossa, hänen toimintaansa ja lääkkeiden antoa seurataan. Lääkehoidon organisoinnin tärkeys ymmärretään ja siitä pidetään kirjaa joko käsin tai tietokoneella. Kotiin annetaan ns. oireiden helpotus lääkelaatikko, jossa on nopeasti vaikuttavia, reseptillä määrättyjä lääkkeitä hankaliin oireisiin. Hoitajat ohjeistavat omaishoitajaa ottamaan heti

yhteyttä, kun potilaan tilassa tapahtuu äkillinen romahdus. Lääkelaatikon avulla omainen pystyy heti soitettuaan saattohoidon järjestäjälle ja saatuaan tältä hoito-ohjeet antamaan aloitusannoksen. Näin hän helpottaa potilaan oloa, kunnes hoitajat ehtivät paikalle jatkamaan hoitoa. (Lau ym. 2009.)

Lääkäri rohkaisee omaisia soittamaan, jos lääkkeiden hallinnointi tuottaa stressiä. Tarvittaessa lääkärit saattavat yksinkertaistaa tai jopa vähentää potilaalle määrättyjä lääkkeitä helpottaakseen omaisen taakkaa lääkkeiden hallinnoinnissa. Useasti päivässä annettavat tabletit lääkäri muuttaa muutaman päivän välein vaihdettavaan lääkelaastariin. Oireiden tarkkailua vaativat ja vain tarvittaessa annettavat lääkkeet muutetaan annettavaksi säännöllisesti. (Lau ym. 2012.) Lääkäriin annettu koulutus oireiden tunnistamisesta ja kivun hallinnasta on tärkeää omaisille ja potilaille (Bush ym. 2009). Omaishoitajille on tärkeää, että lääkärit pitävät heidät ajan tasalla potilaan kunnosta, kertovat lähestyvistä kuolemasta ja siihen liittyvistä oireista (Stajduhar ym. 2013). Omaiset kokevat tärkeäksi sen, että apteekista saa hyvää lääkehoitoon liittyvää informaatiota (Sheehy- Skeffington ym. 2014).

Omaiset ovat kokeneet ihonalaisinjektioiden annon hyväksi kotisaattohoidossa. Omaishoitajat ovat olleet pääosin oikein tyytyväisiä kyseiseen lääkehoitomuotoon. He kokevat, että saavat osallistua potilaan lääkehoitoon ja se on turvallista. Omaisista tuntuu hyvältä, että on mahdollista hoitaa kuoleva kotona loppuun asti, kun he pystyvät antamaan lääkettä itse. Ihonalaisinjektio koetaan hyväksi, kun potilas ei enää voi ottaa lääkkeitä suun kautta. Ihonalaisinjektioista ja sen annosta tulee nopeasti rutiinia omaishoitajille. Alkuun ihonalaisinjektioiden anto tuntuu omaishoitajista ahdistavalta, mutta se helpottuu nopeasti kun tulee kokemusta. Kotisairaanhoidolta saa riittävää tukea ja opetusta ihonalaisinjektion antoon ja on tärkeää, kun he kysyvät miltä lääkkeenanto tuntuu. On hyvä, että hoitajat opettavat omaishoitajille kädestä pitäen sen, miten injektio annetaan ja varmistavat ensin omaishoitajien osaamisen. Omaisista tuntuu, että ihonalaisinjektiot ovat tehokkaampia kivunhoidossa kuin suun kautta otettavat tabletit. (Andersson & Kralik 2008.) Omaishoitajat kokevat potilaan kivunhoidossa hyvänä ruiskupumppujen käytön.

Se on hyvä ottaa käyttöön silloin, kun potilas ei voi enää ottaa lääkkeitä suun kautta. Omaishoitajien kokemuksen mukaan ruiskupumpuilla on nopea vaikutus ja helpotus kipuihin ja se voitaisiin ottaa käyttöön jo aikaisemmin. Osa omaisista kokee, ettei ruiskupumpun käytössä ollut ongelmia ja hoitohenkilökunta osaa huolehtia sen käytöstä ja toimimisesta hyvin. (Sheehy- Skeffington ym. 2014.)

Omaishoitajat kokevat koulutusohjelman akuuttien oirein hoidosta todella hyväksi. He kokevat, että tarvitsevat aiheesta koulutusta, jotta voisivat hallita akuuttia, yllättävää kipua. Omaiset ovat sitä mieltä, että he tarvitsevat opetusta ihonalaisinjektion annosta kotona ja koulutus siihen liittyen on koettu hyväksi. Koulutuksessa käydään läpi ihonalaisinjektion anto ja demonstroidaan se omaishoitajille. Eri oireisiin tarkoitettuihin lääkkeisiin laitetaan omat värikoodit. Värikoodit eri oireille koetaan todella selkeäksi. On helppo antaa lääkettä, kun on värikoodi siihen, mihin oireeseen kyseinen lääke on tarkoitettu. Näin ei tarvitse miettiä erikseen, että mikä lääke kuuluu mihinkin oireeseen. Koulutusohjelman myötä potilaiden ei enää tarvitse käydä niin usein sairaalahoidossa akuuttien oirein vuoksi, koska omaiset osaavat hoitaa niitä kotona. (Chellappan ym. 2013.) Omaishoitajille on hyötyä potilaan oireiden tunnistuksen ja hoidon koulutuksesta. He osaavat paremmin koulutuksen avulla hoitaa potilaan kipua. (McMillian & Small 2007.) Omaishoitajille suunniteltu selviytymiskeino- koulutus auttaa omaisia ajattelemaan potilaan kivusta optimistisemmin ja ajattelemaan että heillä on kyky auttaa kivunhoidossa. Koulutus vähentää omaishoitajien taakkaa potilaiden oireista ja hoidosta. (McMillian ym. 2005.)

Ammattilaisten näkökulmasta on tärkeää, että heti potilaan siirtyessä saattohoitoon, aloitetaan yhteistyö ja luottamuksen rakentaminen omaishoitajien kanssa. Perheelle soimitaan ja varmistetaan, että kaikki on kunnossa ja heille kerrotaan, että hoitajat ovat ympärivuorokauden tavoitettavissa. Omaishoitajia kohdellaan tiimin jäsenenä ja luodaan pohja luottamukselle. Luottamuksen synnyttyä perhe on halukkaampi kuuntelemaan ja seuraamaan hoitajien antamia ohjeita. Potilaan tarpeet sekä omaishoitajien kyky ja kapasiteetti omaksua uutta tietoa arvioidaan. Omaisille annetaan juuri heille räätälöityä

tietoa, joka valmistelee heitä tuleviin tapahtumiin. Tietoa ei anneta liikaa yhdellä kertaa. (Lau ym. 2012.)

Lääkäreiden kotikäynnillä on tärkeä rooli, kun tarkastellaan kotisaattohoidon lääkitystä ja sen muutoksia, sekä ohjataan omaisia tunnistamaan potilaan oireita. Lääkäreiden kotikäyneillä ja heidän ohjeistuksella on suuri merkitys sekä omaiselle että potilaalle lääkeshoidon ymmärtämisessä ja hoidossa. (Shoemaker ym. 2012.) Lääkärit pyrkivät helpottamaan omaisten lääkeshoittoa esim. määräämällä potilaille, joilla oli nielemisvaikeuksia, lääkkeitä nestemäisessä muodossa tai lääkelaastareita (Lau ym. 2010b).

Omaishoitajat osaavat hoitaa kipua paremmin saadessaan hyvää informaatiota kivunhoidosta. Omaishoitajista on koulutuksen jälkeen enemmän apua kivunhoidossa ja he kykenevät antamaan informaatiota potilaan oireista. (Meeker ym. 2011.) Omaishoitajille on hyödyllistä opettaa lääkeshoittoa, akuutin kivunhoitoa ja oireiden hallintaa kotisaattohoidossa. Silloin, kun omaiset osaavat hoitaa oireita, he pärjäävät paremmin kotona potilaan kanssa. Tämä vähentää myös terveydenhuollon kustannuksia, kun potilaat eivät enää tarvitse niin paljon sairaalahoitoa. (Lau ym. 2010a; Chellappan ym. 2013.) Kuoleman lähestyessä muuttuu kivunhoito haasteellisemmaksi. Saattohoitotiimin ja omaisen välinen keskustelu kivusta auttaa kivunhoidossa ja sen suunnitelmallisuudessa. (Oliver ym. 2008; Bee ym. 2009.) Moniammatillisissa hoitokokouksissa käytetään yli kolmasosa ajasta kivunhoidollisista asioista keskusteluun. Eniten aikaa käytetään keskusteluun fyysisestä, psyykkisestä ja henkisestä kivusta. (Oliver ym. 2008.)

Omaisten perehdytys kivunhoitoon onnistuu paremmin, kun tietoa kivunhoidosta annetaan sanallisesti, kirjallisessa muodossa ja näyttämällä kädestä pitäen. Omaishoitajia pyydetään kirjoittamaan ohjeet omin sanoin ylös, jotta se edistäisi heidän oppimistaan. Joidenkin omaisten kanssa ongelmia lähestytään ratkaisukeskeisesti, ja jotkut taas vaativat selkeitä ohjeita selviytyäkseen tehtävistä. Lääkkeistä kerrotaan yksinkertaisilla termeillä, eikä käytetä ”lääkärijargonia” ja ohjeet toistetaan tarvittaessa useainkin kertaan. Lääkkeiden annon kirjaamisen tärkeyttä korostetaan, ja näin seurataan toimiiko esim.

kipulääke vai pitääkö se vaihtaa toiseen. Saattohoitopotilaan loppuvaiheen oireita kuvaillaan, jotta omaiset tietävät miten toimia, kun niitä alkaa ilmaantua. (Lau ym. 2012.) Hoitohenkilökunnan ja omaisen yhteistyötä auttaa se, että potilaan kotona on sekä lääkelista, että selkeät ohjeistukset annostuksista ja siitä, mitä lääkettä mihinkin oireeseen käytetään (Joyce & Lau 2012).

Sairaanhoitajien osallistuminen potilaan hoitoon auttaa paremmin jo varhaisemmassa vaiheessa huomaamaan potilaiden oireita, kuten kipua ja sen hoitoa. Sairaanhoitajat pystyvät myös vahvistamaan potilaiden sairauden kontrollointia ja oireiden hoitoa. (Peters & Sellick 2006.) Saattohoidosta vastuussa olevat hoitajat rohkaisevat omaishoitajia ottaa yhteyttä heti, kun heillä on jotain kysyttävää. Kyseessä saattaa olla esimerkiksi lääkkeen unohdus, äkillinen muutos terveydentilassa tai potilaan kontrolloimaton oire. Lääkehoitoa pystytään koordinoimaan paremmin, kun perheeseen nimetään päävastuussa oleva omaishoitaja, joka sekä hallinnoi lääkkeitä, että pitää yhteyttä hoitohenkilöstöön. Vaihtoehtoisesti voidaan suunnitella aikataulu, johon merkitään kuka, milloin, ja minkä lääkkeen antaa potilaalle. Kun omaishoitajat perehdytetään hyvin lääkehoitoon, he osaavat säilyttää lääkkeitä, seurata niiden käyttöä ja tarvittaessa hävittää ne oikealla tavalla, jotta vältetään väärinkäytön mahdollisuudelta. Potilaan tilan akuuttia huononemista varten omaisille annetaan lääkelaatikko. Lääkelaatikossa olevien lääkkeiden avulla omaisen pystyy aloittamaan ohjeiden mukaisen hoidon jo ennen hoitajien saapumista. (Lau ym. 2009.)

Omaisten itseluottamusta pyritään lisäämään, jotta he uskaltavat ja oppivat toteuttamaan lääkehoitoa. Omaisia rohkaistaan sekä sanallisesti että olemalla vieressä, kun he opettelevat lääkehoitoa. Lääkehoitoa kotisaattohoidossa helpotetaan mm. jakamalla lääkkeitä valmiiksi ja esitäyttämällä ruiskuja. Omaisia autetaan hallinnoimaan lääkehoitoa ja seuraamaan sen vaikuttavuutta esim. kalenterin avulla. Omaishoitajilta varmistetaan, että he ovat ymmärtäneet annetut lääkitsemisohjeet ja mitä he eivät mahdollisesti ole omaksuneet. Näin voidaan ehkäistä virheitä lääkehoidossa. Omaishoitajien toteuttamaa lääkehoitoa arvioidaan ja annetaan heille palautetta turvallisuudentunteen

vahvistamiseksi. Hoitajat varmistavat opin perille menon pyytämällä omaishoitajia toistamaan määräykset ja näyttämään uusi opittu taito. Tällä parannetaan omaisten itseluottamusta ja vähennetään virheiden mahdollisuutta. Hoitajat kuitenkin tarkistavat lääkkeet, jolloin he näkevät jos on ylimääräisiä lääkkeitä unohduksen tai ymmärtämättömyyden vuoksi. Lisäksi tarkistetaan onko mahdollisesti annettu tupla-annoksia vahingossa. Omaiset pystyvät välittämään hoitajille tietoa potilaan kivuista ja oireista, sillä he tuntevat hänet paremmin kuin hoitaja. Tarvittaessa kotiin järjestetään päivittäistä kotiapua arjen pyörittämiseen. (Lau ym. 2012.) Hoitohenkilöstö auttaa omaisia laittamaan lääkepurkkeihin omat etiketit, jotka kertovat mihin oireisiin niitä annetaan. Näin omaisten ei tarvitse opetella lääkkeiden pitkiä ja hankalia kaupunimiä. (Kelley ym. 2013.)

Ihmissuhdeongelmat vaikeuttavat kivunhoitoa ja saattavat lisätä potilaan kivuntuntemuksia, jolloin hoitajat joutuvat arvioimaan perheen dynamiikkaa ja pyrkivät auttamaan kaikin tavoin perheenjäseniä konfliktitilanteiden ratkaisuisissa. Hoitajien resursseja pystytään jakamaan ja lisäämään kotikäyntejä sellaisissa perheissä joilla oli kotona esim. huollettavia ja paljon muitakin kotitöitä kilpailemassa omaisen rajallisesta ajasta. Vähemmän kotikäyntejä ja tukea lääkehoidossa tarvitaan sellaisissa perheissä, jonka omaisella on pitkä elämäkokemus ja hyvä suhde potilaaseen. (Lau ym. 2010b.)

Sairaanhoitajien koulutuksen avulla pystytään muuttamaan potilaiden opioideihin liittyviä uskomuksia ja pelkoja. Hyvän perehdytyksen ja koulutuksen kivunhoitoon saaneet sairaanhoitajat pystyvät vähentämään potilaidensa kipua merkittävästi. Saamaansa koulutusta sairaanhoitajat pystyvät hyödyntämään tavallisiin kotikäynteihin ja he osaavat antaa kotisaattohoidon potilaille hyvää tietoa kivunhoidosta. (Aubin ym. 2006.) Lisäkoulutuksen avulla parannetaan sairaanhoitajien tietoa kivunhoidosta ja saadaan aikaan muutoksia joita ovat mm. positiivinen asenne kivunhoitoon, kivun hoitamisen esteiden väheneminen sekä lisääntynyt kivun hallinta. Sairaanhoitajien tulee olla tietoisia eri hoitovaihtoehdoista ja heidän tulee toimia potilaan puolestapuhujana lääkärille, jotta kivut saadaan hallittua paremmin. (Vallerand ym. 2004.)

6.2 Kotisaattohoidossa huonosti toteutunut kivunhoito

Potilaan näkökulmasta useita oireita hoidetaan huonosti kotisaattohoidossa. Näitä ovat kipu, hengenahdistus sekä ummetus. Lähes puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista kärsii näistä oireista. (Tilden ym. 2004.) Potilaat kokevat haastavaksi keskustella kivusta ja sen merkityksestä terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Potilaat haluavat ottaa sen verran kipulääkettä, että pääsevät kivun ”päälle”, jotta he voivat elää normaalisti ja tehdä jokapäiväisiä askareitaan. He eivät halua olla muista riippuvaisia. Potilaat korostavat tarvetta parempaan kivun hallintaan, mutta eivät odota kivun katoavan kokonaan. Potilaat pelkäävät liiallisen kipulääkkeen käyttöä niiden sivuvaikutusten vuoksi, joista eniten haittaavat päiväväsytys ja unisuus. Potilaiden mielestä numeerinen arviointiasteikko kertoo huonosti kivun laadusta. Tämän sijaan he haluaisivat, että heiltä kysyttäisiin esimerkiksi sitä, mitä kipu estää heitä tekemästä ja mitä he pystyvät tekemään kivusta huolimatta. (Gibbins ym. 2014.)

Huonosti toteutunut kivunhoitokaan ei vaikuttanut potilaan haluun kuolla kotona. Useimmin kotona haluavat kuolla ne joilla on perhe tai ystäviä lähellä. Perheen tuen tärkeys korostuu elämän loppupuolella. (Brink & Smith, 2008.) Levinnyttä syöpää sairastavat ihmiset haluavat henkilökohtaista hallintaa sairauteensa ja mukavuutta elämän loppuvaiheessa. Näistä tärkein on hyvä kivunhallinta. Potilaat toivovat kunnioitusta heidän henkilökohtaisiin arvoihinsa ja uskomuksiin sekä omaa kontrollointia sairauden ja kipujen hoitamisessa. Kun potilas tarvitsee apua kipuihin, hän haluaa, että joku on tukena, eikä sano ettei hän tarvitse kipulääkettä. Potilaat ovat sitä mieltä, että koska he ovat kuolemassa, heidän tulisi saada kaikki kipulääkkeet, joita tarvitsevat. Osa potilaista on huolissaan oireiden hallinnasta, kun tauti etenee. He pelkäävät, että oireiden esiintyminen, kuten kipu ei ole enää hallittavissa. Tämän vuoksi sairaanhoitajien tuleekin olla herkkätunteisia moninasiin asioihin liittyen, kuten potilaan kivunhoitoon ja päivittäisiin asioihin. (Volker ym. 2004.) Potilaat kokevat, että yksi isoista ongelmista kotisaattohoidossa on, ettei osata puuttua nopeasti akuutteihin ongelmiin. Potilaat tarvitsevat paljon lääkehoidollista apua kotisaattohoidossa. (Vogel- Voogt ym. 2007.)

Toiseksi suurin ongelma potilailla on hankala kivunhoito (54%) (Bush ym. 2009; Shoemaker ym. 2012; Chellappan ym. 2013). Toisaalta osa potilaista (46%) ei kärsinyt kivusta lainkaan. Olennaisin vaatimus omaishoitajalta kotona on kivun lievitys. On huomattu, että monet ongelmat voivat jäädä omaiselta huomaamatta, joten hoitoalan ammattilaisten tieto ja huomiointi voivat edistää ratkaisun löytymistä ja auttaa monissa asioissa. (Tsigaroppoulos ym. 2009.) Potilaan on vaikea tulla kuulluksi ja saada lievitystä kipuihin, jos omaishoitajalla on pieniä lapsia hoidettavana samassa tilassa. Potilas joutuu kärsimään turhaan kivusta, kun omainen ei tunnista potilaan kipua tai morfiinin sivuvaikutuksia. Omaiset tulkitsevat väärin kuolemaan liittyviä oireita ja tämä aiheuttaa potilaalle paniikkia, kun kipukuorma kasvaa. (Kelley ym. 2013.) Perheiden sisäiset erimielisyydet saattavat aiheuttaa sen, että potilas ei saa tarpeeksi lääkettä kipuihinsa (Lau ym. 2010a; Kelley ym. 2013). Osa omaishoitajista on läheisen vakavan sairauden vuoksi henkisesti etäinen potilasta kohtaan. Jotkut ovat niin surun murtamia, että heidän on vaikea hallita lääkehoitoa ja seurata hoitajien antamia ohjeita. Huono kommunikointi vaarantaa lääketurvallisuuden ja potilas saattaa sen johdosta saada tuplaannoksen kipulääkkeitä. Toisinaan omaiset eivät anna potilaalle tarpeeksi kipulääkettä, koska he haluavat viettää viimeiset päivät niin, että potilas on hereillä, eikä sedatoitu. (Lau ym. 2010a.)

Omaisten näkökulmasta potilaan oireiden hoidossa on puutteita. Yksi neljäsosa potilaista ei saa riittävää hoitoa kipuihinsa. Kivunhoitoon ovat tyytymättömämpiä kotisaattohoidon potilaiden omaiset. (Teno ym. 2004.) Omaishoitajien yksi suurimmista huolenaiheista kotisaattohoidossa on potilaan fyysinen kipu. Haasteena potilaan kivunhoidossa on lääkkeen liian suuri tai liian pieni annostelu. Potilaan kiputila saattaa johtaa omaishoitajan väsymykseen ja kärsimykseen. Tietämättömyys ja pelot ovat suurin este potilaan onnistuneeseen kivunhoitoon. (Wittenberg- Lyles ym. 2011.)

Omaishoitajan kykyyn hoitaa ja arvioida potilaan kipua vaikuttavat monet toiminnalliset asiat, sekä fyysiset että psyykkiset. Erilaiset sairaudet vaikeuttavat lääkehoidon toteutusta. Vanhempien omaishoitajien esimerkiksi puolison

fyysiset ja kognitiiviset vammat haittaavat lääkehoitoa enemmän kuin nuoremmilla omaisilla. Arjen velvoitteet, kuten työssäkäynti, lastenhoito, muun perheen hyvinvoinnista huolehtiminen ja raha-asioista huolehtiminen estävät omaishoitajaa keskittymästä täysin potilaan kivunhoitoon. (Lau ym. 2010b; Kelley ym. 2013.) Eryityisesti nestemäisten lääkkeiden annostelu on haasteellista, jos annostelijalla on huono näkö. Huono näkö vaikeuttaa tippalaitteen merkkiviivojen näkemistä ja sitä, kuinka monta tippaa tiputetaan kielen alle. Huono lukutaito saattaa estää oppimista ja lääkemääräysten ymmärtämistä. (Lau ym. 2010b.)

Psykososiaaliset asiat, kuten väsymys ja potilaan kieltäytyminen tai vastahakoisuus ottaa lääkettä aiheuttavat ongelmia kivunhoidossa. Omaiset kokevat, että väsymys vaikuttaa siihen, etteivät he aina osaa tunnistaa ja arvioida potilaan kipua. Unet jäävät usein liian vähäiseksi, koska potilaan hoito on ympärivuorokautista. (Kelley ym. 2013; Oliver ym. 2013; Sheehy-Skeffington ym. 2014.) Potilaan negatiivinen mieliala tuo myös haasteita omaisille lääkehoidon toteutuksessa. Potilas saattaa kieltäytyä ottamasta lääkkeitään. Hyvän lääke- ja kivunhoidon esteinä on omaishoitajan negatiivinen mielentila, jonka taustalla saattaa olla väsymystä ja surua. Väsymys lisää mahdollisuutta annostella lääkettä väärin, unohtaa sen anto tai antaa vääränlainen annos. (Lau ym. 2010b.) Voimakkaan surun vuoksi monella on vaikeuksia keskittyä lääkehoitoon ja seurata annettuja ohjeita (Lau ym. 2010a).

Tiimityötaitoissa on puutteita. Omaishoitajat eivät ymmärrä ympärivuorokautista saattohoitoajatusta ja tämän vuoksi he eivät ota yhteyttä hoitohenkilöstöön apua saadakseen. He ovat liian hämmentyneitä myöntääkseen, etteivät nyt tiedä kuinka toimia tilanteessa tai ajattelevat turhaan vaivaavansa hoitajia. Koordinointi- ja organisointiongelmia tiimityössä ilmenee siinä, että potilas saa tupla-annoksia, kun tieto ei kulje perheessä. (Lau ym. 2009.) Osa omaishoitajista ei luota saattohoitoa järjestävään hoitolaitokseen aikaisempien kokemustensa vuoksi, jonka vuoksi heidän on mahdotonta luoda toimivaa yhteistyösuhdetta. He eivät pysty sopimaan kivunhoidosta, vaan ilmaisevat tietävänsä hoitajia paremmin, mitä kipulääkettä potilas tarvitsee tai ei tarvitse.

(Lau ym. 2010a.) Hoitohenkilöstön ja omaisten välillä on erimielisyyksiä kivunhoidosta. Yhteydenpito lääkäriin reseptin saamiseksi on hankalaa. Kykenemättömyys arvioida potilaan kipua aiheuttaa epävarmuutta omaisissa. Osalle omaisista on mielikuva, että heidän omaisensa kokevat kipua vielä lähellä kuolemaakin. (Oliver ym. 2013.) Lääkäriin käyntimäärää omaiset pitävät liian vähäisenä. Osa omaisista kaipaa lisäapua kivun hoidossa. (Seuna ym. 2004.)

Omaishoitajien erimielisyydet kipulääkkeiden annostelusta aiheuttaa ristiriitoja perheessä (Kelley ym. 2013). Joidenkin omaishoitajien läheiset ovat huolissaan siitä, osaavatko omaishoitajat antaa oikean määrän lääkettä potilaalle (Andersson & Kralik 2008). Perheen syvään juurtuneet sisäiset ristiriidat, huonot suhteet ja yhteenkuulumattomuudentunne haittaavat hyvää kivunhoitoa. Perheen palkkaamat ulkopuoliset apulaiset häiritsevät lääkehoitoprosessia, sillä he eivät aina toteuta lääkehoitoa, jos perhe ei itse ole paikalla. (Lau ym. 2010b.) Morfiinin annostelua ei kirjata ylös kotona, jolloin omaisen on vaikea arvioida hoitajalle, että onko antanut enemmän lääkettä kuin on suositeltu (Kelley ym. 2013).

Suurella osalla omaishoitajista on vaikeuksia kipulääkkeiden hallinnoinnin kanssa. Tähän kuuluvat vaikeudet löytää tehokkain kipulääke, sopivan annoksen määrittäminen, lääkkeenannon oikea ajoittaminen tai oikean antoreitin valitseminen. (Oliver ym. 2013; Sheehy- Skeffington ym. 2014.) Lääkehoidosta huolehtiminen on enemmän stressaavaa silloin, kun potilaalla on käytössä monia eri lääkkeitä. Lääkkeiden koko, maku ja muotoilu herättävät kaikki kysymyksiä. Jotkut suun kautta otettavat tabletit ovat niin isoja, että omaishoitajilla on haastetta saada potilas ottamaan ne. Omaishoitajat toivovat enemmän nestemäisiä vaihtoehtoja tai annostelua peräsuolen kautta. (Sheehy- Skeffington ym. 2014.) Ihonalaisinjektioiden anto tuottaa omaishoitajissa ahdistusta ja heillä on pelko, että se tuottaa kipua potilaalle (Meeker ym. 2011; Chellappan ym. 2013).

Omaishoitajilla on vaikeuksia kivun määrittelyssä, jonka vuoksi he eivät osaa valita sopivaa kivunhoitomenetelmää. Haastavaa omaisten mielestä on erottaa

kiputyypit esim. syövästä johtuva tai vatsavaivoista johtuva kipu. (Mehta ym. 2011.) Omaishoitajilla ei ole riittävää tietoa lääkkeiden erilaisista vaikutuksista eikä kivun luonteen hoidosta. Huolta aiheuttaa myös lääkehoidon hallinnointi, oireiden tulkitseminen, tietämättömyys lääkkeitä ja se, ettei muisteta kivunhoitosuunnitelmia. (Bee ym. 2008; Mehta ym. 2010; Kelley ym. 2013.) Kykenemättömyys hoitaa läheisensä kipua tehokkaasti saa omaiset tuntemaan surua, vihaisuutta, epätoivoa, voimattomuutta, kärsimättömyyttä ja turhautuneisuutta (Bee ym. 2008). Omaishoitajilla on pelko siitä, etteivät osaa arvioida tai huomioida oireita. Pelkoa on myös siitä, osaavatko he lääkitä kipua oikein. (Meeker ym. 2011.)

Potilaiden monimutkainen lääkitys koetaan omaisten keskuudessa haasteelliseksi. Erityisesti tarvittavien lääkkeiden anto ja lääkkeen vaikuttavuuden seuranta on haasteellista. Jotkut omaiset saattavat vetäytyä niin keskittyneesti lääkehoitotehtäviin, että hoitajien on muistutettava heitä olemaan myös potilaan vieressä ja tukena. (Lau ym. 2010b.) Potilas ei välttämättä aina kerro omaisille kivuistaan, vaikka nämä sitä kysyvätkin. Jos lääke on erilaisessa pullossa tai tippalaitte ei toimi, omaiset kokevat paniikinomaisia tunteita pelätessään tekevänsä jotain väärin. Myös kivun tason arviointi ja morfiinin sivuvaikutusten tunnistaminen tuottaa ongelmia arjessa. (Kelley ym. 2013.) Joskus opioidilääkkeitä on vaikea saada, jos apteekkeissa on puute kyseisestä lääkkeestä. Tämä aiheuttaa sen, ettei potilas saa välttämättä heti tarvitsemaansa lääkettä. (Meeker ym. 2011.) Välillä lääkärit kirjoittavat pienen määrän morfiinia ja se loppuu liian nopeasti. Joistakin omaishoitajista on häiritsevää säilyttää morfiinia kotona. (Andersson & Kralik 2008.)

Omaishoitajilla on väriä uskomuksia kivunhoitoon liittyen esimerkiksi opioideihin. He pelkäävät lääkkeen aiheuttavan sivuvaikutuksia, riippuvuutta ja toleranssia. Omaishoitajien arvio potilaan kivusta on useimmiten korkeampi kuin potilaan oma arvio. (Meeker ym. 2011.) Kivunhoitolääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset, kuten uneliaisuus, sekavuus, nukkuminen tai tunne siitä, että kipulääkkeet nopeuttavat rakkaan kuolemaa aiheuttavat myös huolta läheisissä. Aina ei uskalleta antaa lääkettä, koska pelätään sivuvaikutuksia (Meeker ym.

2011; Oliver ym. 2013.) Joillakin omaisilla on väärä käsitys, että vain lääkkeellisestä hoidosta on apua kipuun (Mehta ym. 2011). Morfiinin anto aiheuttaa monessa yli- tai alilääkitsemisen pelkoa (Kelley ym. 2013).

Omaishoitajat ottavat kotisaattohoidossa ison vastuun lääkehoidosta ja he tarvitsevat enemmän hoitohenkilökunnan tukea tässä roolissa. Omaishoitajat tarvitsevat enemmän koulutusta potilaan kivunhoitoon liittyen. Sairaanhoidajilla on keskeinen rooli siinä, että omaiset oppivat hoitamaan potilaan kipua ja arvioimaan sitä. Kivunhoidon parempi ymmärtäminen omaishoitajien keskuudessa auttaa potilaan kivun hoidossa. Omaisten ohjauksella ja koulutuksella on iso merkitys, että he osaavat ja uskaltavat hoitaa kipua. (Bush ym. 2009; Meeker ym. 2011; Wittenberg- Lyles ym. 2011; Mehta ym. 2011.) Omaiset kaipaavat enemmän informaatiota kipulääkkeistä. He tarvitsevat enemmän tietoa lääkkeistä ja siitä, mihin mikäkin lääke on tarkoitettu, jotta lääkehoidon toteutus olisi helpompaa. Omaishoitajat kaipaavat selkeää, kirjallista tietoa lääkkeistä, mihin ne on tarkoitettu ja mikä on antoaika. Lääkkeiden antotavasta halutaan myös selkeitä kirjallisia ohjeita. Ohjeiden toivotaan olevan maallikkokielellä, ei lääkäritekstiä. (Bee ym. 2008; Meeker ym. 2011; Sheehy- Skeffington ym. 2014.) Omaiset tarvitsevat enemmän tietoa kipulääkkeistä, kivunarvioinnista ja hoidosta. Omaiset kaipaavat enemmän informaatiota myös lääkkeettömästä kivunhoidosta. Jotkut omaisista eivät ole saaneet tästä minkäänlaista informaatiota. (Mehta ym. 2011.)

Omaishoitajilla on vaikeuksia ymmärtää pitkävaikutteisen kipulääkityksen ja läpilyönti kipulääkityksen merkityksiä ja eroja. Omaishoitajat kokevat kivunhoidon raskaaksi. Omaishoitajista olisi tärkeää, että koko perhe olisi tietoinen lääkkeistä ja niiden annoista, ei vain omaishoitaja (Meeker ym. 2011.) Tiedonpuute aiheuttaa riittämättömyyden tunteita, kykenemättömyyttä tehdä asioita oikein ja vaikeuttaa heidän selviytymistään hoitajan roolista kotona. Omaishoitajat toivovat lisää hoitotaitojen opetusta. Kaivataan myös tietoa potilaan oireista ja kivunhoidosta ja sitä, että tietoa päivitetään sitä mukaa kun potilaan sairaus etenee. Osa omaisista kokee saavansa tarvitsemaansa tietoa hoitohenkilöstöltä vain, kun sitä aktiivisesti pyytävät. Mutta vaikka tiedon ja tuen

tarjoamiseen ollaan tyytyväisiä, niin sen sisältöön tai antamisen ajoittamiseen ollaan tyytymättömiä. Kolmasosa omaishoitajista toteaa, että tieto on saatu liian myöhään, eikä siitä ollut enää apua. Melkein puolet kokee, että tieto on riittämätöntä tai vääriin asioihin keskittyvää ja harvalle on annettu tietoa kirjallisessa muodossa. Tuen puutteen seurauksena saattohoito koetaan haasteellisena sekä fyysisesti että psyykkisesti. (Bee ym. 2008.)

Osa omaisista kokee, että saattohoidon oppiminen tapahtuu yrityksen ja erehdyksen kautta, koska aina ei ole apua saatavilla. Omaisia järkyttää se, etteivät he aina saaneet apua tai opastusta terveydenhuollon ammattilaisilta, kun olisivat sitä tarvinneet. Usein neuvot tulevat myös liian myöhään. Omaisten on vaikea saada yhteyttä puhelimitse hoitajiin pitkän odotusajan vuoksi tai he saavat ristiriitaista tietoa. Omaiset kuvailevat, että on turhauttavaa yrittää tehdä lääkehoitoon liittyviä päätöksiä, kun he eivät saaneet yhteyttä hoitohenkilökuntaan apua tarvittaessa. Suurta epävarmuutta omaisille potilaan hoidossa aiheuttavat lääkitys, ruokavalinnat ja potilaan siirrot. Hoitohenkilöstö olettaa, että hoitoalalle koulutuksen saanut omainen osaa hoitaa neuvomattakin saattohoitopotilasta. Tämä aiheuttaa suuria paineita kyseisille omaishoitajille. (Stajduhar ym. 2013.)

Omaiset toivovat ruiskupumppuja varten selkeän ohjekirjan siitä, mitä tehdä, jos niiden kanssa tulee joku vika tai ongelma. Omaishoitajille on pelko siitä, että ruiskupumppuun tulee vika eikä kuoleva enää saisikaan lääkettä. Tämä ajatus on hyvin stressaavaa omaishoitajille. Kotisaattohoidossa omaisilla ei ole käytössä ympärivuorokautista tukea, jos ruiskupumppujen kanssa tulee jotain ongelmaa. Osa omaisista kokee ruiskupumpun käytön hankalana jos potilas haluaa esimerkiksi liikkua asunnossa. (Sheehy- Skeffington ym. 2014.)

Ammattilaisen näkökulmasta omaishoitajilla on vaikeuksia kivunhoidon toteutuksessa, ja omaishoitajien huono farmakologian ja lääkeaineiden tuntemus vaikuttaa potilaiden saamaan kivunhoitoon (Lau ym. 2009; Joyce & Lau 2012). Omaishoitajilla on virheitä lääkelaskuissa ja lääkkeiden jakamisessa. Joskus lääkkeitä on annettu liikaa tai liian vähän. Kotisaattohoidon hoitohenkilökunta huomaa usein, että lääkehoito aiheuttaa omaishoitajille

selvästi stressiä, pelkoa ja hämmennystä. (Joyce & Lau 2012.) Kaikki omaiset eivät ymmärrä eroa lääkeaineen yleisnimessä ja sen kaupanimestä, ja siksi heille tulee väärinymmärryksiä ja -käsityksiä kommunikoidessaan hoitajien kanssa. Tietämättömyys lääkkeen vaikutusnopeudesta aiheuttaa sen, että omaiset soittavat hädissään hoitajan paikalle, kun annettu lääke ei tuo heti helpotusta oireisiin. Hoitaja joutuu tekemään turhan kotikäynnin todetakseen, että potilas onkin jo syvässä unessa ja kivut helpottaneet. Lääkärit ohjeistavat omaisia, ettei pitkävaikutteisia entero- tai depotvalmisteita saa murskata. Siitä huolimatta omaiset soittavat, että potilas pureskelee tablettinsa, jolloin lääke ei vaikutakaan 12 tunnin ajan, vaan potilas saa voimakkaan hetkellisen vaikutuksen ja sitten kärsii tuntikausia kivuista. Omaisia ohjeistetaan varovaisuuteen myös nestemäisten lääkeaineiden kanssa, mutta siitä huolimatta he saattavat sekoittaa millilitrat ja – grammat keskenään. (Lau ym. 2009.)

Lääkkeiden aikataulutusta aiheuttaa väärinymmärryksiä, sillä kaikki omaishoitajat eivät ymmärrä mikä ero on aikataulutettujen ja tarvittaessa annettavien lääkkeiden välillä. Kun ohjeistetaan antamaan lääke joka 4. tunti tarvittaessa, omaisen antaakin lääkettä joka 4. tunti ympärivuorokauden. Jotkut taas pelkäävät ylläkäsitsevänsä, kun kyseessä on ns. tarvittaessa lääke. He antavat minimiannoksen, jolloin potilas joutuu yhä kärsimään kivusta. Hoitajat puolestaan toivovat omaisten käyttävän opioideissa optimaalista annosta, jolla maksimoidaan kivun lievitys ja minimoidaan sekavuus. Omaiset, jotka haluavat viettää viimeisiä aikoja potilaan kanssa saattavat jättää opioidin antamatta. (Lau ym. 2009.) Monimutkainen lääkitys ja potilaan vaihteleva ja jatkuva oirekuva vaativat antamaan monia tarvittaessa annettavia lääkkeitä ja tämä tilanne on omaiselle haasteellinen. Lääkemuodot saattavat olla haasteellisia esim. nestemäisiä tai laastareita. Hoitajilla menee enemmän aikaa omaishoitajien perehdyttämiseen. (Lau ym. 2010b.)

Omaishoitajat eivät osaa organisoida lääkehoitoa kunnolla ja tämä aiheuttaa ongelmia ammattilaisille. Ongelmia on lääkkeiden asianmukaisessa säilytyksessä, viimeisen käyttöpäivän seuraamisessa ja lääkkeen annostelussa

sekä sen kirjaamisessa. Lääkkeitä ei pidetä lasten ulottumattomissa tai tarvittaessa jääkaapissa. Kipulääkkeitä saatetaan myös varastaa tai väärinkäyttää. (Kelley ym. 2013.) Lääkehoidon toteutusta hankaloittaa myös omaishoitajien koulutus, kieli ja kulttuurierot. Omaishoitajilla on mm. vaikeutta ymmärtää lääkeohjeita. (Joyce & Lau 2012.)

Omaishoitajien on vaikea todeta muutokset potilaan terveydentilassa tai voinnin huononemisessa. Apua tarvitaan lääkkeiden annossa, käsittelyssä, oireiden tunnistamisessa ja potilaan tarpeiden huomioinnissa. Hoitohenkilökunnan mukaan omaishoitajilla on selkeitä puutteita kivunarvioinnissa ja hoidossa. He eivät osaa aina huomioida kipujen lisääntymistä tai arvioida tarvetta lääkityksen muutokseen. Kipua yritetään lääkitä, mutta väärällä lääkkeellä. Joissain tapauksissa potilas on tuskissaan, mutta sitä ei tunnisteta. (Mehta ym. 2010; Joyce & Lau 2012.) Lääkehoitoon perehdyttämistä vaikeuttaa myös omaisten kokema voimakas suru, joka lamaannuttaa heitä ja estää hoitajia arvioimasta omaksutun tiedon määrää. Omaiset eivät aina kehtaa kysyä neuvoa eivätkä he raportoi lääkehoidossa tapahtuneista virheistä. (Lau ym. 2010a.) On tärkeää, että hoitohenkilöstö antaa saman sisältöistä tietoa ja ohjeistusta. Jos omaishoitajat saavat ristiriitaisia ohjeita he turhautuvat, kun eivät enää tiedä kenen neuvoja pitää noudattaa. Tämä häiritsee hoidon jatkuvuutta ja vaikuttaa saattohoitotiimin ja omaishoitajan yhteistyösuhteeseen negatiivisesti. (Stajduhar ym. 2013.) Ammattilaisten mukaan hoitokokouksissa ei keskustella olleenkaan kotisaattohoitopotilaan mahdollisesta sosiaalisesta kivusta (Oliver ym. 2008).

Hoitohenkilöstöllä on epärealistisia odotuksia siitä, miten laajasti omaishoitajat kykenevät/ pystyvät hoitamaan sairaanhoidollisia tehtäviä kotisaattohoidossa. Hoitohenkilöstö ei aina anna riittävästi tietoa ja ohjausta tehtävistä suoriutumiseksi. Tiedonannon sisältö ja ajoitus eivät aina vastaa omaisten odotuksia. (Bee ym. 2008.) Terveystieteiden ammattilaiset voivat auttaa omaishoitajia antamalla heille koulutusta kivunhoidon haasteista. Sairaanhoitajien pitää henkilökohtaisesti jokaisen hoidonantajan kohdalla varmistaa, että hänellä on oikeanlainen käsitys ja vastuu potilaan kivunhoidosta. Tämän tekemättä jättäminen voi johtaa saattohoitopotilaan kivunhoidon laadun

heikkenemiseen ja hoidonantajan väsymiseen. (Mehta ym. 2010.) Omaishoitajien tukeminen lääkehoidossa on tärkeää ja haastavaa hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Kotisairaanhoidon ja hoitohenkilökunta tarvitsevat selkeästi enemmän resursseja ja selkeitä toimintatapoja siihen, miten he voivat tukea omaisia esimerkiksi kivun arvioinnissa ja lääkehoidon toteutuksessa. (Joyce & Lau 2012.)

Yhteistyö ja kommunikointi aiheuttavat ongelmia kotisaattohoidossa. Hoitohenkilöstön on toisinaan vaikea löytää tasapaino sen välillä, että he sekä kunnioittavat potilaan kotia ja omaisia siellä ja samalla hoitavat potilasta mahdollisimman hyvin. Asenteellisia ongelmia syntyy, kun hoitohenkilöstö kokee ulkopuolisuutta, koska yhteistyö ei suju toivotulla tavalla. Omaiset jättävät lääkkeet jakamatta. Lääkepurkkeja ja lääkkeitä saattaa olla pitkin taloa irrallaan vaarantaen lääketurvallisuuden. Vuosia potilasta hoitaneet omaiset osoittavat tietävänsä paremmin mikä on parasta potilaalle ja jopa vastustavat uusia lääkemääräyksiä. Luottamusongelmat aiheuttavat sen, ettei tietoja potilaasta välitetä kotisaattohoidon järjestäjälle. Perhe saattaa käyttäytyä jopa vihamielisesti ja jättää kivunhoito-ohjeita noudattamatta. Omaisten vastustavat välillä opioidien käyttöä, koska pelkäävät lääkeriippuvuutta ja luulevat niiden nopeuttavan kuolemisprosessia. (Lau ym. 2009.) Myös osa hoitajista on koulutuksestaan huolimatta arka antamaan morfiinia, koska pelkäävät aiheuttavansa potilaan ennenaikaisen kuoleman. Omaisten uskonnollisuus ja jotkin etniset arvot saattavat vaikuttaa pelkojen syntymiseen. Jotkut omaiset eivät halua kotiinsa morfiinia, jos jollakin perheenjäsenellä on päihdeongelma. (Lau ym. 2010a.)

Huono kommunikaatio johtaa ongelmiin ohjeiden kertomisessa, kun hoitajat vaihtuvat potilaan kotona. Potilaalle saatetaan antaa tupla-annoksia kipulääkettä, koska omaiset eivät kirjaa ylös lääkehoitoa. Saattohoidon tuottajalla on vaikeuksia tietää kenelle pitää välittää ohjeita, jos perheessä on monia, jotka osallistuivat potilaan hoitoon. Silloin on tärkeää nimetä ensisijainen omaishoitaja, jotta tieto kulkee ja hoitajien ei tarvitse käydä potilaan kotona päivittäin valvomassa lääkehoitoa. Hoitajat ovat huolissaan omaisen suuresta

vastuusta ja taakasta, ja siitä miten he selviävät lääkehoidosta. Ongelmia aiheuttaa myös ristiriitainen tiedonsaanti. Kun omaishoitajat löytävät internetistä epäluotettavista lähteistä sensaationhakuja artikkeleita, he saattavat kyseenalaistaa hoitohenkilöstön antamat lääkehoito-ohjeet. Kodin kaikki velvoitteet hoitotyön lisäksi vaativat tasapainottelua ja voivat aiheuttaa omaishoitajan uupumisen. (Lau ym. 2010a.) Potilaan ja omaisen läheinen suhde saattaa vaikuttaa negatiivisesti omaisen kykyyn tehdä päätöksiä kipulääkkeen käytöstä. Hän voi joutua tasapainoilemaan sen välillä, että antaako tarpeeksi kipulääkettä, jonka sivuvaikutuksena potilas rauhoittuu vai aliannostelee kipulääkettä, jolloin potilas pysyy hereillä ja pystyy olemaan läsnä. Hoitaja huomaa potilaan ruumiinkielestä heti, jos kipulääkettä ei ole annettu tarpeeksi. (Lau ym. 2010a; Lau ym. 2010b.)

6.3 Kotisaattohoidossa käytetyt kivunhoidon menetelmät

Suurimmalla osalla potilaista, jotka ovat kotisaattohoidossa, määrätään kipulääkkeeksi opioideja. (Bercovitch & Adunsky 2004; Aubin ym. 2006; Andersson & Kralik 2008; Bush ym. 2009; Joyce & Lau 2012; Chellappan ym. 2013; Sanders ym. 2013; Sheehy- Skeffington ym. 2014). Opioidien määräämisessä eri sairausryhmien välillä ei ole merkittäviä eroja, mutta suurimmat opioidiannokset ja määräykset on tehty kotisaattohoitoon. Kotisaattohoitoon osallistuneen palliativisen hoitotiimin avulla saadaan parempi kivunhoito sekä tietoa opioidien käytöstä. (Brown 2008.) Eniten käytetty opioidi on injeksiolla annettava morfiini. Kotisaattohoidossa tavanomaisin suun kautta määrätty säännöllinen lääkitys on morfiini. Fentanyyliä sai muutamat potilaat ihon kautta. (Brown 2008; Mehta ym. 2011.) Kotona käytetyt suuret tai hyvin suuret morfiiniannokset on osoitettu turvallisiksi eivätkä ne näytä vaikuttavan potilaan elinajanennusteeseen haitallisesti (Bercovitch & Adunsky 2004).

Muita yleisesti käytettyjä lääkkeitä mitä potilaan hoitotiedoissa on käytetty ovat tulehduskipulääkkeet (NSAID), parasetamoli, masennuslääkkeet ja neuroleptit (Bercovitch & Adunsky 2004; Aubin ym. 2006; Sanders ym. 2013).

Tutkimuksien saattohoitopotilaat eri diagnooseilla paljastaa, että lääkitystä käytetään hoidoksi erilaisiin elämän loppuvaiheen sairauksiin ja oireisiin kuten kivunhoitoon. Syöpäpotilaille määrätään merkittävästi enemmän opioideja ja antipsykootteja. Kotihoidossa oleville syöpäpotilaille useimmin käytettyjä lääkkeitä on ranitidiini, hidas vaikutteinen morfiini, metyyliprednisolon, parasetamoli, haloperidoli, lorazepaami, atropiini ja diclofenaakki. (Chellappan ym. 2013; Sera ym. 2014.) Määrätyt käytännöt lääkkeissä voivat olla hyödyllisiä kun luodaan hoitosuunnitelmia, koulutetaan terveydenhuollon henkilökuntaa ja ennakoitaan lääkemuutosten tarvetta silloin kun potilas otetaan saattohoitoon (Sera ym. 2014). Lorazepaamia on käytössä ruiskuihin valmiiksi laitettuna (Joyce & Lau 2012).

Lääkehoitona käytetään myös antiemeettejä, laksatiiveja, dexametasonia, ketamiinia, masennuslääkkeitä, bentzodiatsebaameja, protoniumpumpun estäjiä, nystatiini oraaliuosta ja epilepsialääkkeitä (Bush ym. 2009). Palliatiivinen sedaatio ei ole yleisesti käytetty. Kotona palliatiivisessa sedaatiossa potilaat ovat keskimäärin 15 päivää kun taas sairaalassa vain 3 päivää. Kipu ja hengenahdistus ovat yleisimmät syyt sedaatioon. Kotona palliatiivisessa sedaatiossa lääkkeenä käytössä on vain midazolaami. Sedaatiolla mahdollistettiin kotona kuoleamisen mahdollisuus. (Cowan ym. 2006.)

Kipulääkkeiden antoreitit kotisaattohoidossa suurimmaksi osaksi toteutuu suun kautta. Myös muita antoreittejä käytetään, kuten ihon kautta laastarilla ja parenteraalinen käyttö on yleistä kuten injektiot lihakseen ja ihon alle. (Brown 2008; Andersson & Kralik 2008; Meeker ym. 2011; Chellappan ym. 2013.) Vahvojen opioidien annostelu ihon kautta on tehokasta ja turvallista ja se on myös omaishoitajille helppokäyttöinen antoreitti (Tsigaropoulos ym. 2009). Myös kielenalustatabletteja käytetään (Chellappan ym. 2013). Antoreittinä käytetään myös ruiskupumppua ja jatkuvaa ihonalaista infuusiota (Sheehy-Skeffington ym. 2014).

Kotisaattohoidossa käytetään useita lääkkeettömiä hoitomuotoja, kuten lämpöhoitoa esim. lämpökääreitä ja kuumaa kylpyä. Käytetään myös

kylmähoitoa, kuten jäätä. Hieronta on yksi lääkkeettömistä hoitomuodoista. (Mehta ym. 2011; Sanders ym. 2013.) Lepoa, asennonvaihtoja, psyykkistä terapiaa, musiikkia, rentoutumista, rukoilua ja meditaatiota hyödynnetään kivun hoidossa (Sanders ym. 2013). Huomion kohdistamista muualle kuin kipuun, esimerkiksi vanhojen hyvien asioiden muistelua ja valokuvien katselua käytetään kivunhoidossa. Myös toisen ihmisen läsnäololla on merkitystä. Pidetään kipeän potilaan kädestä kiinni ja ollaan hänen lähellä. Muita lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja ovat vodka suun kautta nautittuna, kiinalaisen öljyn sekä homeopatian käyttö. (Mehta ym. 2011.)

6.4 Yhteenveto tuloksista

Opinnäytetyöhön valikoituneiden julkaisujen tuloksista on koottu yhteenveto siitä, miten kivunhoito toteutuu kotisaattohoidossa. (Liite 1.) Valitut julkaisut (n=39) analysoitiin ja etsittiin vastauksia potilaan, omaisen ja ammattilaisen näkökulmasta. Jokaisen ryhmän näkökulmasta koottiin hyvin ja huonosti toteutuneet asiat ja niistä tuloksista muodostettiin visuaalinen ja selkeä kokonaisuus. Samankaltaisia tuloksia tuli useammasta eri julkaisusta, mikä kertoo tulosten yleispätevyydestä. Tuloksista käy ilmi, että samoja asioita koetaan hyvin ja huonosti toteutuneeksi potilaiden, omaisten sekä ammattilaisten näkökulmasta. Hyvin laadittu kivunhoidon toimintasuunnitelma mahdollistaa hyvän kivunhoidon toteutumisen. Ammattilaisten ja omaishoitajien saama kivunhoidonkoulutus parantaa merkittävästi potilaan kivun arviointia ja hoitoa. Tulosten seulonta ja samaan kategoriaan kuuluvien vastausten yhdistäminen vaati paljon aikaa ja resursseja.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön vaatimalla tavalla. Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän käytännön lähtökohtia on noudattaa hyviä toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. Laadukasta tieteellistä käytäntöä on myös huomioida muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisella tavalla. Tulee kunnioittaa muiden tekemää työtä ja viitata heidän tekemiin julkaisuihin sekä antaa heidän saavutuksille, niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessa. Vilppiä ja piittaamattomuutta ei saa esiintyä, sitä voi olla tutkimuksen suunnittelussa ja tekemisessä, että tutkimustulosten sekä johtopäätösten esittämisessä. (ETENE 2012b.)

Eettisiin periaatteisiin kuuluu, että tekstiä ei plagioida. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tuottaman tekstin lainaamista suoraan ilman lähdeviitettä. Tekstiä lainattaessa on lainauksen oltava tarkka ja asiasisältöjä lainattaessa tulee lainaukset osoittaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224.) Tässä työssä lähdeviitteet ja lähdeluettelo on merkitty Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeistusta noudattaen. Suurin osa työhön valikoiduista tutkimuksista on englanninkielisiä ja ne on pyritty kääntämään mahdollisimman tarkasti virheitä välttäen, jotta tulokset saadaan esitettyä totuudenmukaisesti. Tässä opinnäytetyössä noudatetaan kaikkia tutkimuseettisiä periaatteita ja tutkimuslupia ei tarvita. Opinnäytetyön yhteistyökumppanin kanssa on tehty toimeksiantosopimus.

Tutkimuksen luotettavuudessa otetaan huomioon tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti. Reliaabelius tarkoittaa sitä, että mittaustulokset ovat toistettavissa. Validius tarkoittaa sitä, että mitataan juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validiteettia eli luotettavuutta voidaan parantaa kuvailemalla tarkasti työn toteuttamismenetelmä. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös tulosten luotettavuuden kannalta. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Tutkimustuloksia voidaan havainnollistaa

taulukoiden ja liitteiden käytöllä (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 161). Opinnäytetyössä kootaan tietoa ja tehdään siitä mahdollisimman kattava selvitys aikaisemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta. Siinä pyritään virheettömyyteen ja tutkimuksen toistettavuuteen. Tutkimusten valintakriteerit kuvataan täsmällisesti, tarkasti ja niiden pitää olla johdonmukaiset aiheen kannalta. Selkeillä valintakriteereillä pyritään ehkäisemään systemaattisia virheitä. (Johansson ym. 2007, 3, 46- 48, 58; Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Tässä opinnäytetyössä esitellään tiedonhakupolku-aulukko, jonka avulla pystytään toistamaan tiedonhaut ja löytämään työhön valikoidut tutkimukset. Tiedonhakukantoja on käytetty monipuolisesti Turun ammattikorkeakoulun oikeuksien rajoissa. Luotettavuuden lisäämiseksi materiaalihaut on rajattu tarkasti julkaisuaikajän mukaan, jotta tieto olisi mahdollisimman ajantasainen. Työssä on esitelty myös tutkimustaulukko, josta käy ilmi työssä käytettyjen tutkimusten menetelmät ja tulokset. Luotettavuutta lisää se, että hakusanat on hyvin rajattu ja ne tuottivat hyviä tutkimuksia. Tutkimuskysymyksiin saatiin valittujen hakusanojen avulla kattavia vastauksia. Tutkimusten englanninkielisyyden vuoksi käytettiin usein sanakirjoja ja käännösohjelmia, jotta vältettiin väärinymmärrykset ja väärät tulkinnat tekstin asiasisällöstä. Tutkimustuloksista on koottu yhteenveto (Liite 1), johon on haettu vastauksia kaikista käytetyistä julkaisuista. Tulokset on esitetty niin kuin ne tutkimuksista käyvät ilmi niitä vääristelemättä. Opinnäytetyössä on mitattu sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Tulokset ovat luotettavia ja toistettavissa.

8 POHDINTA

Opinnäytetyössä kartoitettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta soveltaen potilaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan kokemuksia kivunhoidosta kotisaattohoidossa. Lisäksi selvitettiin eri kivunhoidonmenetelmiä. Kaikkiin kirjallisuudelle esitettyihin kysymyksiin löydettiin vastauksia. Erityisesti omaisten ja hoitohenkilöstön kokemuksista löytyi paljon tutkimuksia (Bee ym. 2008; Mehta ym. 2010; Meeker ym. 2011; Kelley ym. 2013; Sheehy- Skeffington ym. 2014). Potilaiden näkökulman vähyyteen vaikutti se, että monet olivat huonossa kunnossa tai ehtivät kuolla ennen kuin tutkimus saatiin päätökseen. Valituista tutkimuksista löytyi tietoa myös käytetyistä kivunhoitomenetelmistä.

Kivunhoitoa saattohoidossa on tutkittu paljon, mutta kotisaattohoidon näkökulmasta vähemmän. Suomessa tehtyjä tutkimuksia aiheesta on todella vähän. Opinnäytetyöhön valikoiduista tutkimuksista vain yksi oli suomalainen. Tästä voi päätellä, että kotisaattohoidon kehittämistä vielä tarvitaan. Tällä hetkellä suomalaisen saattohoidon tilasta keskustellaan ehkä kiivaammin kuin koskaan ennen. Kevään 2014 yhteisvastuukeräyksen aiheena oli saattohoidon kehittäminen ja siihen liittyvät suuret julisteet julkisilla paikoilla mm. kuolevista lapsista saivat monet havahtumaan aiheesta. Tällä hetkellä meillä on vain Sosiaali- ja terveysministeriön suositus saattohoidosta, joka lähinnä toteaa jokaisella olevan oikeus hyvään saattohoitoon ja velvoittaa sairaanhoitopiirit laatimaan saattohoitosuunnitelman. Oma laki saattohoidon järjestämisestä vielä puuttuu ja se voisi mielestämme parantaa saattohoidon tasoa ja laatua.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että omaisten ja hoitohenkilöstön välinen yhteistyö on ensiarvoisen tärkeää, jotta saadaan potilaalle laadukasta kivunhoitoa (Candy ym. 2011; Mehta ym. 2011; Joyce & Lau 2012; Stajduhar ym. 2013). Hoitajan hyvä perehtyneisyys saattohoitoon ja kivunhoitoon auttaa häntä tukemaan ja ohjaamaan omaista potilaan kivunhoidossa. Tämä vaatii paljon panostusta ja resursseja yhteiskunnalta. Hoitohenkilöstöä tulee kouluttaa paremmin vastaamaan kotisaattohoidon vaatimuksia tulevaisuudessa. Tällä hetkellä omaisten saama tuki ja tieto hoitajilta on riittämätöntä tutkitun tiedon

valossa (Bee ym. 2008; Mehta ym. 2011; Meeker ym. 2011; Sheehy-Skeffington ym. 2014).

Omaishoitajilta vaaditaan paljon kivunhoidon osaamista kotisaattohoidossa. Heidän pitää osata arvioida potilaan kipua ja oireita, annostella lääkkeitä eri muodoissa, säilyttää ja hävittää lääkkeitä oikein, seurata lääkkeen vaikuttavuutta ja osata informoida hoitohenkilöstöä lääkehoidon vaikutuksista. Hyvän kivunhoidon toteuttaminen vaatii omaisilta valtavan tietomäärän omaksumista ja vastuuta ilman, että heillä on hoitoalan koulutusta. Tämä lisätynä omaisen tuntemaan suruun läheisensä menettämisestä voi olla ylivoimainen taakka ja estää kotisaattohoidon onnistumisen. Ensiarvoisen tärkeää on, että hoitaja tunnistaa omaishoitajan jaksamisen ja osaamisen rajat, jotta tarvittaessa kotiin voidaan järjestää enemmän hoitoapua.

Tutkitun tiedon mukaan potilaan kivunhoidon pääpaino on lääkkeellisessä hoidossa ja opioidit on tärkeimmässä roolissa saattohoitopotilaan lääkehoidossa (Bercovitch & Adunsky 2004; Aubin ym. 2006; Andersson & Kralik 2008; Bush ym. 2009; Joyce & Lau 2012; Chellappan ym. 2013; Sanders ym. 2013; Sheehy- Skeffington ym. 2014). Potilailla, omaishoitajilla sekä ammattilaisilla on paljon ennakkoluuloja ja jopa vääriä käsityksiä opioideihin liittyen. Tämä voi aiheuttaa sen, että potilas kärsii turhaan kivusta, kun sitä ei uskalleta tarpeeksi lääkittää. Saattohoidossa käytetään lisäksi lääkkeettömiä hoitomuotoja. Osa omaisista ei ollut saanut ammattilaisilta minkäänlaista tietoa lääkkeettömistä hoitomuodoista, eli kipua osattiin hoitaa vain lääkkeellisesti ja siinäkin oli puutteita. Ammattilaisen pitäisi osata antaa omaishoitajille tietoa enemmän sekä lääkkeellisistä, että lääkkeettömistä hoitomuodoista.

On erittäin tärkeää, että kuolema ja siitä keskustelu tulee osaksi ihmisten arkipäivää, eikä se ole vain jotain, joka eristetään laitoksiin. Kotisaattohoidossa kuolema on konkreettisesti läsnä läheisten elämässä. Elämästä luopuminen on rankkaa ja se aiheuttaa monenlaista kipuilua. Hoitohenkilöstön tulee olla tässä prosessissa tukena ja huomioida tilanteen vaatima herkkyyys. Tulevaisuudessa tarvitaan lisää saattohoidon koulutusta ammattilaisille, jotta voidaan taata potilaille hyvä kuolema. Erityisesti täytyy osata ottaa huomioon fyysisen kivun

lisäksi myös sosiaalinen ja hengellinen kipu, jotka saattavat olla vaikeasti hoidettavan kivun taustalla.

Potilaiden siirtyessä kotisaattohoitoon on tarpeellista tutkia millaisia toiveita heillä on kivunhoidon suhteen. Tällöin tätä tutkittua tietoa voidaan hyödyntää riittävän ajoissa potilaiden hoidon tueksi. Jatkotutkimusta tarvitaan myös siitä, millaisista lääkkeettömistä kivunhoitomuodoista on hyötyä kotisaattohoidossa. Kehittämisehdotuksina on, että hoitajien ja lääkäreiden koulutusta saattohoidosta lisätään hyvän kivunhoidon takaamiseksi. Omaishoitajille, jotka osallistuvat kotisaattohoitoon tarjotaan monipuolista koulutusta saattohoitopotilaan hoidosta. Omaishoitajat pitää perehdyttää tulevaan tehtäväänsä hyvin. Heille pitää tuottaa monipuolista kirjallista koulutusmateriaalia, antaa neuvoja suullisesti ja opettaa kädestä pitäen esim. lääkkeenantotekniikat. Omaishoitajat hyötyisivät heille suunnatusta kivunhoidon koulutuksesta. Kivun arvioinnin työkaluja tulee kehittää kotisaattohoidossa paremmaksi. Omaishoitajille pitää opettaa eri kipumittareiden käyttöä ja kivun fyysisten reaktioiden tunnistamista, jotta potilaan kipu saadaan hoidettua.

LÄHTEET

Anderson, B.A. & Kralik, D. 2008. Palliative care at home: Carers and medication management. *Palliative and Supportive Care*. Vol. 6, 349-356.

Aubin, M.; Vézina, L.; Parent, R.; Fillion, L.; Allard, P.; Bergeron, R.; Dumont, S. & Giguère, A. 2006. Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 33, No 6, 1183-1188.

Bee, P.E.; Barnes, P. & Luker, K.A. 2009. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.18, No 10, 1379- 1393.

Bercovitch, M. & Adunsky, A. 2004. Patterns of high-dose morphine use in a home-care hospice service: should we be afraid of it? *Cancer*. Vol. 15, No 6, 1473- 1477.

Brink, P.& Smith, T. F. 2008. Determinants of Home Death in Palliative Home Care: Using the interRAI Palliative Care to Assess End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Medicine*. Vol. 25, No 4, 263- 270.

Brown, W. 2008. Opioid use in dying patients in hospice and hospital, with and without specialist palliative care team involvement. *European Journal of Cancer Care*. Vol. 17, No 1, 65- 71.

Bush, S.H.; Wearne, H.J.; Reilly, P.E.; Chacko, R. & Palmer, J.L. 2009. Clinical findings and recommendations made during home visits by a palliative care specialist physician. *Palliative Medicine*. Vol. 23, 635- 641.

Candy, B.; Holman, A.; Leurent, B.; Davis, S. & Jones, L. 2011. Hospice care delivered at home, in nursing homes and in dedicated hospice facilities: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 48, 121- 133.

Chellappan, S.; Ezhilarasu, P.; Gnanadurai, A.; George, R. & Christopher, S. 2013. Can Symptom Relief Be Provided in the Home to Palliative Care Cancer Patients by the Primary Caregivers. *Cancer Nursing*. Vol. 37, No 5, 40- 47.

Cowan, J. D.; Clemens, L. & Palmer, T. 2006. Palliative Sedation in a Southern Appalachian Community. *Journal of Hospice & Palliative Medicine*. Vol. 23, No 5, 360- 368.

Estlander, A-M. 2003. *Kivun psykologia*. Helsinki: WSOY.

ETENE 2012a. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012- suunnitelmat ja toteutus. Viitattu 4.9.2014. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf

ETENE 2012b. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 14.10.2014. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

ETENE 2013. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 3.2.2014 http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf

Gibbins, J.; Bhatia, R.; Forbes, K. & Reid, C. M. 2014. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? *Palliative Medicine*. Vol. 28, No 1, 71- 78.

Granström, V. 2010. *Kipu ja mieli*. Helsinki: Edita Publishing Oy.

- Haanpää, M. & Salminen, J. 2009. Kipu. Viitattu 1.9.2014.
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=fys00005&p_haku=krooninen%20kipu
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä:Duodecim.
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas, potilaan ja omaisen opas. Etelä-Suomen syöpäyhdistys: T.A. Sahalan Kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2011. Hoida ja kirjaa.1.- 5. painos. Helsinki: Tammi.
- Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Joyce, T. B. & Lau, T. D. 2012. Hospice experiences and approaches to support and assess family caregivers in managing medications for home hospice patients: A providers survey. Palliative medicine. Vol. 27, No 4, 329- 338.
- Kalso, E.; Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. 3., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kelley, M.; Demiris, G.; Nguyen, H. & Oliver, D. B. 2013. Informal hospice caregiver pain management concerns: A qualitative study. Palliative Medicine. Vol. 27, No 7, 673- 682.
- Käypä hoito 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 26.8.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=6B73EEB1E64ACBBA2414DA0EB3A513DC?id=hoi50063#NaN>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.
- Lau, D. T.; Kasper, J. D.; Hauser, J. M.; Berdes, C.; Chih-Hung C.; Berman, R. L.; Masin-Peters, J.; Paice, J. & Emanuel, L. 2009. Family Caregiver Skills in Medication Management for Hospice Patients: A Qualitative Study to Define a Construct. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences. Vol. 64B, No 6, 799- 807.
- Lau, D. T.; Masin- Peters, J.; Berdes, C. & Ong, M. 2010a. Perceived barriers that impede provider relations and medication delivery: hospice providers' experiences in nursing homes and private homes. Journal of Palliative Medicine. Vol. 13, No 3, 305- 310.
- Lau, D.T.; Berman, R.; Halpern, L.; Pickard, A.S.; Schrauf, R. & Witt, W. 2010b. Exploring factors that influence informal caregiving in medication management for home hospice patients. Journal of Palliative Medicine. Vol. 13, No 9, 1085- 1090.
- Lau, D.T.; Joyce, B.; Clayman, M.L.; Dy, S.; Ehrlich-Jones, L.; Emanuel, L.; Hauser, J.; Paice, J. & Shega, J.W. 2012. Hospice Providers' Key Approaches to Support Informal Caregivers in Managing Medications for Patients in Private Residences. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 43, No 6, 1060- 1071.
- Luijkx, K.G. & Schols, J.M.G.A. 2011. Perceptions of terminally ill patients and family members regarding home and hospice as places of care at the end of life. European Journal of Cancer Care. Vol. 20, 577- 584.

Lääkäriliitto 2013. Lääkärin etiikka. Viitattu 2.9.2014

http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarin_etiikka_2013.pdf

McMillan, S.C. & Small, B.J. Using the COPE Intervention for Family Caregivers to Improve Symptoms of Hospice Homecare Patients: A Clinical Trial. 2007. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 34, No 2, 313- 321.

McMillian, S.C.; Small. B.J.; Weitzner, M.; Schonwetter, R.; Tittle, M.; Moody, L. & Haley, W.E. 2005. Impact of Coping Skills Intervention with Family Caregivers of Hospice Patients with Cancer. *American Cancer Society*. Vol. 106, No 1, 214- 222.

Meeker, A. M.; Finnell, D. & Othman. A. K. 2011. Family Caregivers and Cancer Pain Management: A Review. *Journal of Family Nursing*. Vol. 17, No 1, 29-60.

Mehta, A.; Cohen, R.; Ezer, H.; Carnevale A. F & Ducharme, F. 2011. Striving to Respond to Palliative Care Patients' Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 38, No 1.

Mehta, A.; Cohen, S. R.; Carnevale, F. A.; Ezer, H. & Ducharme, F. 2010. Strategizing a Game Plan: Family Caregivers of Palliative Patients Engaged in the Process of Pain Management. *Cancer Nursing*. Vol. 33, No 6, 461- 469.

Muuttolintu ry 2014. Meillä jokaisella on oikeus fysioterapiaan. Viitattu 15.6.2014.

<http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20saattohoidossa%20ARTIKKELI524a.pdf?DokumenttiID=25651&TauluNimi=Tiedote&NakymaID=525&TiedoteID=20644>

Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. 10., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Nurminen, R. 2010. Syöpäpotilaiden hyvä hoitopolku. Syöpäkuntoutujien kuntoutustoiminnan tulokellisuuden arviointi. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Oliver, D. P.; Wittenberg-Lyles, E.; Demiris, G.; Washington, K.; Porock, D. & Day, M. 2008. Barriers to Pain Management: Caregiver Perceptions and Pain Talk by Hospice Interdisciplinary Teams. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 36. No 4, 374–382.

Oliver, D. P.; Wittenberg-Lyles, E.; Washington, K.; Kruse, R. L.; Albright, D. L.; Baldwin, P. K.; Boxerc, A. & Demiris, G. 2013. Hospice Caregivers' Experiences with Pain Management: "I'm Not a Doctor, and I Don't Know if I Helped Her Go Faster or Slower". *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 46, No 6, 846- 858.

Peters, L. & Sellick, K. 2006. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 53, No 5, 524- 533.

Sailo, E. & Vartti A-M. (toim.) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Sairaanhoitajaliitto 2005. Kotisaattohoito- Mahdollisuus kuoleman kohtaamiseen kotona. Viitattu 28.8.2014 https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2005/muut_artikkelit/kotisaattohoito-mahdollisuus_k/

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

Sanders, S.; Herr, K. A.; Fine, P.G.; Fiala, C.; Tang, X. & Forcucci, C. 2013. An examination of adherence to pain medication plans in older cancer patients in hospice care. *Journal of Pain & Symptom Management*. Vol. 45, No 1, 43- 55.

Sera, L.; McPherson, M. L. & Holmes, H. M. 2014. Commonly Prescribed Medications in a Population of Hospice Patients. *Journal of Hospice & Palliative Medicine*. Vol. 31, No 2, 126- 131.

Seuna, L.; Ansas, K. & Vuorinen E. 2004. Omaispalaute Kotkan terveystieteiden tutkimuskeskuksen kotisaattohoidossa. Suomen lääkärilehti. Vol. 4, 259- 264.

Sheehy- Skeffington, B.; McLean, S.; Bramwell, M.; O'Leary, N. & O'Gorman, A. 2014. Caregivers Experiences of Managing Medications for Palliative Care Patients at the End of Life: A Qualitative Study. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. Vol. 31, No 2, 148-154.

Shoemaker, K.; Aktas, A.; Walsh, D.; Hullahen, B.; Khan, M.; Russell, K.M.; Davis, M.P.; Lagman, R. & LeGrand, S. 2012. A Pilot Study of Palliative Medicine Fellows' Hospice Home Visits. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. Vol. 29, No 8, 591- 598.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksien. Viitattu 2.9.2014
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Stajduhar, K. I.; Funk, L. & Outcalt, L. 2013. Family caregiver learning—how family caregivers learn to provide care at the end of life: A qualitative secondary analysis of four datasets. Palliative Medicine. Vol. 27, No 7, 657- 664.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Teno, J.M.; Clarridge, B.R.; Casey, V.; Welch, L.C.; Wetle, T.; Shield, R. & Mor, V. 2004. Family Perspectives on End-of-Life Care at the Place of Care. American Medical Association. Vol. 291, No 1, 88- 93.

Tilden, V.P.; Tolle, S.W.; Drach, L.L. & Perrin, N.A. 2004. Out-of-hospital death: advance care planning, decedent symptoms, and caregiver burden. Journal of the American Geriatrics Society. Vol. 52, No 4, 532- 539.

Tsigaropoulos, T.; Mazaris, E.; Chatzidarellis, E.; Skolarikos, A.; Varkarakis, I. & Deliveliotis, C. 2009. Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. International Journal of Nursing Practice. Vol. 15, No 1, 1-6.

Vainio, A. & Aalto, K. 2004. Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, A. 2009. Sattuu! Kroonisen kivun hallinta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vallerand, A. H.; Riley-Doucet, C.; Hasenau, S. M. & Templin, T. 2004. Improving Cancer Pain Management by Homecare Nurses. Oncology Nursing Forum. Vol. 31, No 4, 809- 816.

Valvira 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Viitattu 6.9.2014
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/a/Saattohoitoon_kohdistetut_kantelut.pdf

Valvira 2014. Saattohoito. Viitattu 3.2.2014
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Wittenberg-Lyles, E.; Demiris, G.; Oliver, P. D. & Burt, S. 2011. Reciprocal suffering: caregiver concerns during hospice care. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 41, No 2, 383- 393.

Vogel-Voogt, E.; Heide, A.; Leeuwen, A. F.; Visser, A.P.; Rijt, C.C.D. & Maas, P.J. 2007. Patient evaluation of end-of-life care. Palliative Medicine. Vol. 21, 243–248.

Volker, D.L.; Kahn, D. & Penticuff, J.H. 2004. Patient control and end-of-life care part II: The patient perspective. Oncology Nursing Forum. Vol. 31, No 5, 954- 960.

Liite 1. Kivunhoidon toteutuminen kotisaattohoidossa

HYVIN TOTEUTUNEET ASIAT:

POTILAAN NÄKÖKULMA

- Hyvä toimintasuunnitelma
- Tuki ja palvelut
- Oireenmukainen hoito
- Turvallinen ja hyvä kuolema
- Laadukas kivunhoito
- Omaishoitajien koulutus
- Yhteistyön koordinointi
- Lääkäreiden käynnit

OMAISEN NÄKÖKULMA

- Arvokas kuolema
- Tieto kipujen hoidosta
- Kivunhoidon onnistuminen
- Kotisairaanhoidon tuki, itseluottamuksen vahvistuminen
- Koulutus kipu- ja lääkehoidosta
- Oma työ koettiin arvokkaaksi
- Yhteistyö hoitohenkilöstön kanssa
- Ympäri vuorokautinen tuki
- Lääkityksen päivitys
- Injektiot ja ruiskupumput hyviä
- Mahdollisuus vapaa-aikaan

AMMATTILAISEN NÄKÖKULMA

- Yhteistyön ja luottamuksen rakentaminen
- Hoitosuunnitelman teko
- Omaishoitajan osaamisen arviointi
- Lääkärin käynnit ja lääkehoidon yksinkertaistaminen
- Kivunhoidon ohjaus sanallisesti, kirjallisesti ja demonstroimalla
- Päävastuussa oleva omaishoitaja
- Omaisen lääkehoidon arviointi ja palautteen anto
- Omaisten rohkaisu
- Hoitajat auttavat konfliktitilanteissa
- Sairaanhoidajan perehdytys

KIVUNHOITO KOTISAATTOHOIDOSSA



HUONOSTI

TOTEUTUNEET ASIAT:

POTILAAN NÄKÖKULMA

- Kivunhoito
- Riippuvuus toisista
- Lääkkeiden sivuvaikutukset
- Kivunhallinnan menetyksen pelko
- Akuuttien oireiden hoito
- Vaikeus tulla kuulluksi
- Omaisten osaamattomuus lääkehoidon toteutuksessa
- Huono kommunikointi

OMAISEN NÄKÖKULMA

- Potilaan kipujen ja oireiden hoito
- Tietämättömyys ja pelot lääkehoidosta
- Lääkemääräysten ymmärtäminen
- Nestemäisten lääkkeiden annostelu
- Väsymys/ suru haittaa hyvää kivunhoitoa
- Potilaan negatiivinen mieliala ja kieltäytyminen lääkehoidosta
- Koordinointi- ja organisointiongelmät
- Luottamuspula saattohoidon järjestäjään
- Epävarmuus arvioida potilaan kipua
- Lääkärin vierailut harvoin
- Perheen erimielisyydet kivunhoidon esteenä
- Kipulääkkeiden kirjaamisessa puutteita
- Kivun arviointi vaikeaa
- Enemmän kirjallista tietoa kipulääkkeistä ja antotavoista
- Lisätietoa lääkkeettömästä kivunhoidosta
- Myöhästynyt apu, ristiriitaiset neuvot sekä vaikeus saada yhteyttä hoitohenkilöstöön

AMMATTILAISEN NÄKÖKULMA

- Omaishoitajien huono kivunhoidon toteutus
- Omaisilla virheitä lääkelaskuissa, annostelussa, säilytyksessä, kirjaamisessa ja lääkkeiden jakamisessa
- Kipulääkkeiden väärinkäyttö
- Omaishoitajien koulutus, kieli- ja kulttuurierot
- Omaiset eivät kysy neuvoa tai raportoi lääkehoitoon liittyvistä asioista
- Olettaa omaiselta liikaa
- Lisää resursseja ja toimintatapoja tarvitaan omaisten kouluttamiseen
- Yhteistyö ja kommunikointi
- Omaisten riittämätön ohjaus
- Hoitajien vaihtuvuus

Veera Anttila, Susanna Bäcklund ja Minna Gröhn

