

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Viivi Kojo  
Anne Lappalainen

PALLIATIIVISESSA HOIDOSSA OLEVAN POTILAAN  
KIVUNHOIDON SUUNNITTELU JA ARVIOINTI-ESAS-  
oireidenkartoitusmittarin käyttöönotto

Opinnäytetyö  
Elokuu 2015



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Elokuu 2015**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**  
Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

**Tekijät**  
Viivi Kojo, Anne Lappalainen

**Nimeke**  
Palliativisessa hoidossa olevan potilaan kivun hoidon suunnittelu ja arviointi-ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttöönotto  
Toimeksiantaja  
PALETTI-hanke

**Tiivistelmä**  
Palliativinen hoito aloitetaan silloin, kun parantavaa hoitoa sairauteen ei enää ole. Palliativinen hoito on aktiivista oireiden lievittämistä, ja sen tavoitteena on palliativisen potilaan sekä hänen perheensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Palliativinen hoito voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. Yleisin oire palliativisessa hoidossa olevalla potilaalla on kipu. Muita palliativisessa hoidossa olevan potilaan yleisimpiä oireita ovat muun muassa väsymys, pahoinvointi, ahdistus, masennus sekä levottomuus. Potilaan laaja oirekirjo voi lisätä kiputuntemuksia, minkä takia potilaan kokonaisvaltainen oireiden hoito on tärkeää myös kivunhoidon kannalta.

ESAS-mittari on oireidenkartoitusmittari, jota käytetään palliativisessa hoidossa oleville potilaille. ESAS-oireidenkartoitusmittarilla voidaan kartoittaa yhdeksää palliativiselle potilaalle tyypillisintä oiretta, joita ovat kipu, pahoinvointi, väsymys, unettomuus, masennus, levottomuus, ruokahaluttomuus, ummetus sekä hengenahdistus. Mittariin voidaan lisätä myös kymmenes oire, joka on potilaskohtainen. Kokonaisvaltainen potilaan oireiden kartoitus parantaa hoidon laatua sekä estää oireiden pahenemista.

Opinnäytetyön tarkoitus on vahvistaa sairaanhoitajien osaamista palliativisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoidon suunnittelussa ja arvioinnissa sekä kipu- ja oiremittareiden käytössä arvioinnin tukena. Toiminnallisen opinnäytetyön tehtävä oli tarjota ESAS-oireidenkartoitusmittari työvälineeksi hoitajille kivunhoidon suunnitteluun ja arviointiin. Opinnäytetyön jatkokehittämisehdotuksena voisi tutkia ESAS-oireidenkartoitusmittarin soveltuvuutta erilaisille potilasryhmille. Lisäksi ESAS-oireidenkartoitusmittarin avulla voitaisiin tutkia palliativisen hoidon vaikuttavuutta ennen ja jälkeen hoidon.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 33  
Liitteet 4  
Liitesivumäärä12

**Asiasanat**  
palliativinen hoito, kipu, kivun hoito



**THESIS**  
**August 2015**  
**Degree Programme in Nursing**  
Tikkarinne 9  
FI 80200 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 50 405 4816

**Authors**  
Viivi Kojo, Anne Lappalainen

**Title**  
Planning and Assessment of Pain Management Among Patients in Palliative Care -  
Introduction of Edmonton Symptom Assessment Scale

Commissioned by PALETTI Project

**Abstract**

Palliative care begins when there is no curative care available. Palliative care is active alleviation of symptoms and it aims at providing the best possible quality of life for the patient and his family. Palliative care can last many years depending on the disease. The most general symptom is pain. Other symptoms include fatigue, nausea, anxiety, depression and restlessness. Since the spectrum of symptoms experienced by the patient may increase the sensation of pain, comprehensive care of symptoms is important also from the perspective of pain management.

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) is an instrument to measure different symptoms in palliative care. ESAS can be used to measure nine typical symptoms experienced by patients in palliative care. These symptoms are pain, nausea, fatigue, insomnia, depression, restlessness, lack of appetite, constipation and dyspnoea. A tenth patient-specific symptom can be incorporated in the instrument. Comprehensive analysis of symptoms improves quality of care and prevents an aggravation of symptoms.

The purpose of this thesis is to reinforce nurses' knowledge of the planning and assessment of pain management among patients in palliative care and their ability to use assessment instruments. The assignment in this thesis was to present ESAS to nurses to be used as a tool. In a further study, the applicability of ESAS among various patient groups could be studied. Also, the efficacy of palliative care could be studied before and after care by using ESAS.

**Language**  
Finnish

Pages 33  
Appendices 4  
Pages of Appendices 12

**Keywords**  
Palliative care, pain, pain management

## Sisältö

1	Johdanto .....	5
2	Palliatiivinen hoito .....	6
2.1	Palliatiivinen ja saattohoitotyö .....	6
2.2	Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kipu .....	8
3	Kivunhoito .....	10
3.1	Kivun määrittely .....	11
3.2	Kivunhoidon suunnittelu ja arviointi .....	12
3.3	Kipumittarit .....	14
3.4	ESAS-oireidenkartoitusmittari .....	16
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät .....	19
5	Opinnäytetyön toteutus .....	19
5.1	Toiminnallinen opinnäytetyö .....	19
5.2	Toimintaympäristö ja kohderyhmä .....	20
5.3	Toiminnan etenemisen kuvaus ja perehdytystilaisuuksien suunnittelu ja toteutus .....	22
5.4	Osastotuntien arviointi .....	24
5.5	Käyttäjäkokemukset ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytön jälkeen .....	25
6	Pohdinta .....	27
6.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	27
6.2	Opinnäytetyöprosessin arviointi .....	30
6.3	Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessin aikana .....	32
6.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämissuhteet .....	33
	Lähteet .....	34

### Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Diaesitys
Liite 3	Palautelomake ESAS-oirekartoitusmittarin käytön jälkeen
Liite 4	ESAS-oirekysely

## 1 Johdanto

Palliativisen hoidon lähtökohtana on parantumattomasti sairaan oireiden aktiivinen ja kokonaisvaltainen hoito silloin, kun parantavaa hoitoa ei enää ole. Palliativisen hoidon aloitus ja saattohoitoon siirtyminen ovat suuria hoitopäätöksiä. (Käypä hoito -suositus 2012.) Palliativinen hoito perustuu potilaan kärsimysten ehkäisemiseen ja lievittämiseen kivun sekä muiden oireiden varhaisen tunnistamisen, ennaltaehkäisyyn sekä lievityksen avulla (Vainio & Hietanen 2004, 17). Palliativisen hoidon tavoite on potilaan ja hänen perheensä paras mahdollinen elämänlaatu (Hänninen 2003, 15).

Kipu on potilaan yksi monista kärsimyksistä sekä yleinen ja moni-ilmeinen oire (Hänninen 2003, 72). Kivun kokeminen on subjektiivista, ja ihmiset aistivat voimakkaan kivun eri tavoin (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7). Kivun arvioinnissa on tärkeää käyttää apuvälineitä, koska ne auttavat tekemään kivusta näkyvää (Iivanainen & Syväoja 2012, 78).

Tässä työssä perehdymme palliativisessa hoidossa olevien potilaiden kivunhoidon suunnittelussa ja arvioinnissa käytettäviin erilaisiin kipu- ja oireidenkartoitusmittareihin. Opinnäytetyömme tarkoitus on vahvistaa sairaanhoitajien osaamista palliativisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoidon suunnittelussa ja arvioinnissa sekä kipu- ja oiremittareiden käytössä arvioinnin tukena. Toiminnallisen opinnäytetyömme tehtävä on tarjota ESAS-oireidenkartoitusmittari työvälineeksi hoitajille kivunhoidon suunnitteluun ja arviointiin. Toimeksiantajamme koki tarvetta viedä palliativisessa hoidossa olevia potilaita hoitaviin työyksiköihin tietoa ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytöstä. Toimeksiantajamme PALETTI-hanke on palliativisen ja saattohoidon kehittämishanke Pohjois-Karjalassa vuosina 2013–2015.

## 2 Palliatiivinen hoito

### 2.1 Palliatiivinen ja saattohoitotyö

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun mahdollisuutta parantavaan hoitoon ei enää ole (Käypä hoito -suositus 2012). Palliatiivisen hoidon tavoite on potilaan ja hänen perheensä paras mahdollinen elämänlaatu (Hänninen 2003, 15). Palliatiiviseen hoitoon kuuluu potilaan kivun ja muiden oireiden hallinta, kärsimysten ehkäiseminen, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien ratkaiseminen sekä potilaan perheen tukeminen (Grönlund & Huhtinen 2011, 77). Kaikille vakavasti sairaille ja kuoleville potilaille tulee tarjota oireenmukaista hoitoa (Käypä hoito -suositus 2012).

Ajallisesti palliatiivinen hoito ajoittuu aktiivihoidon ja saattohoidon välimaastoon. Palliatiivinen hoito voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia, eikä näin ole ajallisesti sidottu kuoleman läheisyyteen. Palliatiiviseen hoitoon kuuluvat oireiden lievityksen lisäksi erilaiset tukihoidot sairauden alusta kuolemaan saakka. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 17–19.) Palliatiiviseksi hoidoksi lasketaan myös oireita lievittäviä erikoishoitoja, esimerkiksi palliatiivinen kirurgia sekä sädehoito (Vainio & Hietanen 2004, 18–19).

Saattohoito ajoittuu lähemmäs todennäköistä kuoleman ajankohtaa (Käypä hoito -suositus 2012). Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän potilaan oireiden ja kärsimysten lievittämistä sekä omaisten tukemista. Saattohoidossa keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievittäminen. (Leino-Kilpi & Välimäki, 2008, 309.) Saattohoitoa annetaan silloin, kun lääketieteellisin keinoin potilaan sairautta ei voida enää parantaa tai sairauden etenemiseen ei voida enää oleellisesti vaikuttaa. Kuolevan potilaan hoidossa tavoitellaan oireettomuutta, kivuttomuutta, ihmisarvon kunnioittamista sekä omaisten tukemista. (Kassara, Palooski, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 363.) Tavoitteena kuolevan potilaan hoidossa on oireenmukainen, lievittävä ja elämänlaatua ylläpitävä hoito (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2008, 525). Saatto-

hoidon ajallinen määrittely on viitteellistä ja vaihtelee kolmesta viikosta muutama kuukauteen (Hänninen 2003, 15). Oireenmukainen hoito tarkoittaa hoitoa, joka kohdistetaan potilaan sairauden oireiden seuraamiseen, hoitamiseen sekä potilaan elämänlaadun parantamiseen. Esimerkiksi kivunhoidolla helpotetaan potilaan oloa ja parannetaan elämänlaatua. (Anttila ym. 2008, 523.)

Saattohoitopäätös laaditaan ennen saattohoidon aloittamista (Hänninen 2003, 16). Saattohoidon aloitus on suuri hoitopäätös (Käypä hoito -suositus 2012). Potilasta hoitava lääkäri tekee saattohoitopäätöksen yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa (Kassara ym. 2004, 363). Potilaan tulee osallistua saattohoitopäätöksen tekoon ja olla tietoinen hoitopäätöksen edellytyksistä ja seurauksista (Anttonen & Hänninen 2008, 26). Riittävän ajoissa aloitettu saattohoito voi parhaimmillaan tarjota potilaalle arvokkaan ja inhimillisen kuoleman, koska hän saa itse päättää omasta elämästään sekä tuntea olevansa rakastettu ja arvostettu (Anttila ym. 2008, 523). Saattohoitopäätös on ensisijaisesti hoidon linjausta. Samalla se merkitsee aiemmasta hoidonlinjauksesta luopumista. (Anttonen & Hänninen 2008, 23.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitohenkilökuntaa hoitamaan potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä häntä tulee mahdollisuuksien mukaan hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muilla lääketieteellisesti hyväksyttävillä tavoilla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Saattohoitopäätöksellä tarjotaan potilaalle mahdollisuus saada uudelleen suuntautuvaa hoitoa ja sillä vältetään myös hylkäämisen kokemusta. Potilas voi saattohoidon kautta kohdata omat kärsimykset ja kuolemansa sekä surra. Saattohoitopäätöksen avulla sairaanhoitajan on helpompi tukea potilasta ja omaisia sekä hyödyntää osaamistaan kuolevan potilaan hoidossa. Hoitosuhteessa korostuu saattohoitopäätöksen jälkeen potilaan toiveet elämän loppuvaiheen hoidossa. (Anttonen & Hänninen 2008, 25.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta eli ETENE on tehnyt selvityksiä saattohoidon tilanteesta ja saattohoitosuunnitelmista vuosina 2001, 2009 ja 2012. ETENE kertoo selvityksissään saattohoidon suunnitelmalli-

suuden kehittyneen vuosien 2001 ja 2012 välillä. Saattohoitosuunnitelmien mukaan potilaiden hoidossa tulisi huomioida potilaan itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, inhimillisyys, kivuttomuus, turvallisuus sekä perhekeskeisyys. Muita tärkeitä eettisiä periaatteita saattohoidolle olivat ihmisarvon kunnioittamisen yhteydessä mainitut hyvä kivunhoito, kärsimysten sekä turhien hoitojen välttäminen. (ETENE 2012, 6-9,14.)

## 2.2 Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kipu

Kipu on potilaan yksi monista kärsimyksistä sekä yleinen ja moni-ilmeinen oire. Pitkittyvä, jäytävä kipu vähentää potilaan toimintakykyä, heikentää hänen itsetuntoaan ja masentaa. Äärimmillään hallitsematon ja jatkuva kipu voi viedä elämältä arvon ja merkityksen tunteen. (Hänninen 2003, 72.) Potilaan kipu ja kivun pelko aiheuttavat hänelle stressiä, joka puolestaan lisää toivottomuuden tunnetta ja kärsimystä (Grönlund & Huhtinen 2011, 57–58). Kivulla ja kivun pelon aiheuttamalla stressillä on vaikutuksia myös elimistön endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään ja näiden vaikutusten kautta potilaan unihäiriöt, väsymys, vetäytyvyys ja mielialahäiriöt lisääntyvät (Hänninen 2003, 72). Potilasta rauhoittaa tieto, että hänen kipujaan voidaan lievittää (Grönlund & Huhtinen 2011, 57- 58).

Potilaat ilmaisevat kipuaan eri tavoin (Hänninen 2003, 75). Kivun kokeminen on subjektiivista, ja ihmiset aistivat voimakkaan kivun eri tavoin. Kivun tuntemiseen liittyy eri tekijöitä, esimerkiksi fysiologiset muutokset, tunteet, ajatukset, sosiaaliset suhteet ja yksilön toiminta. (Salanterä ym. 2006, 7.) Kivun kokemiseen vaikuttavat myös potilaan mieliala ja käsitys omasta hyvinvoinnista. Esimerkiksi ahdistus, unettomuus, pelko ja väsymys alentavat kipukynnystä. (Hänninen 2003, 75.) Jos potilas uskoo kivun merkitsevän lähestyvää kuolemaa, hänen on vaikeampi kestää kipua (Hänninen 2001, 93). Potilaan aikaisemmat kipukokemukset vaikuttavat tulevaisuuden kipukokemuksiin. Jos potilas on elämänsä aikana kokenut kovaa kipua, hän kokee sitä herkemmin myös uudestaan. Aikaisemmat negatiiviset kokemukset kivusta vaikuttavat voimakkaammin kivun kokemukseen. (Salanterä ym. 2006, 10.)



Kun parantavaa hoitoa ei ole, potilaille on yhteistä erilaisten oireiden lisääntyminen (Hänninen 2001, 95). Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan yleisimpiä oireita ovat muun muassa kipu ja kärsimys, väsymys, pahoinvointi, ahdistus, masennus sekä levottomuus. Potilaan sairauden edetessä oireet usein muuttuvat. Hoitajan on tärkeää keskustella potilaan kanssa, siitä, mikä oire häntä milloinkin eniten häiritsee. Potilaan subjektiivinen kokemus on oirehoidon suunnittelun ja toteutuksen lähtökohta. (Heikkinen ym. 2004, 55- 56.)

Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan hoitamaton ja hallitsematon kipu saattaa voimistaa hänen muita oireitaan. Vastaavasti muut oireet, esimerkiksi ummetus, hengenahdistus sekä pahoinvointi, voivat lisätä potilaan kipuja. Potilaan kivut ja kärsimykset voivat kuluttaa hänen psyykkisiä voimavarojaan. Toisinaan kivun ja kärsimyksen kokeminen saavat potilaan mietteliääksi ja omiin oloihin vetäytyneeksi. Kivuista kärsivä potilas voi muuttua myös aggressiiviseksi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 58- 59.) Potilaan oireiden hyvä hallinta on edellytys muille hoidoille. Esimerkiksi lohdun ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen potilaalle ja hänen omaisilleen ei ole mielekästä, jos potilaan kipu sekä muut oireet ovat hoitamatta. (Vainio & Hietanen 2004, 51.) Ahdistus, kuoleman pelko, kipu ja muut ruumiilliset oireet liittyvät toisiinsa, ja hoitajan voi olla vaikea lievittää niitä erikseen (Heikkinen ym. 2004, 56).

Potilaan kivun arviointiin kuuluu myös psyykkis-emotionaalisten, sosiaalisten ja hengellisten ongelmien aiheuttamien kipujen tunnistaminen. Tämä mahdollistaa potilaan sairauden etenemisen ja potilaan hyvinvoinnin kartoituksen kokonaisuutena. Potilaan kipujen ja muiden ongelmien kokonaisvaltaisessa arvioimisessa on tärkeää, että tunnistetaan potilaan tärkeimmät oireet sekä häntä eniten vaivaavat, hoitoa vaativat ongelmat. Sairaanhoidajan tulee kuunnella potilasta tarkkaavaisesti sekä uskoa siihen, mitä potilas kertoo kivuistaan, oireistaan ja tuntemuksistaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57- 58.)

Potilaan kipua tulee säännöllisesti mitata, ja mittausten tulokset tulee kirjata huolellisesti ylös. Potilaan kivusta tulee kirjata ylös muun muassa kivun voimakkuus, numeerisesti tai sanallisesti arvioituna, haittaavuus esimerkiksi liikkumiseen tai nukkumiseen, kivun sijainti sekä esiintymisaika. (Käypä hoito -suositus

2012.) Kivunhoidon lääkityksen aloittamista voi lykätä potilaan ja omaisten pelko siitä, että opioidilääkityksen aloituksen jälkeen kivun hoidossa ei ole enää muita keinoja. Potilaat voivat myös pelätä oireiden lisääntymisen tarkoittavan taudin etenemistä ja kuoleman lähestymistä, eivätkä halua siksi kertoa hoitohenkilökunnalle oireistaan. (Hänninen 2003, 75.)

Hyvällä kivunhoidolla vältetään potilaan tarpeetonta kärsimystä ja parannetaan hänen elämänlaatuaan. Kivunhoidossa hoitajan on myös tärkeää havaita kipu, jota potilas itse ei ilmaise tai ei osaa ilmaista. Hoitajilla on tärkeä rooli potilaan kivun tunnistamisessa sekä siitä viestimisessä lääkärille. Potilaan kivun hoidossa ei saa olla hoitaja- tai lääkärikohtaista vaihtelua, vaan työyksiköissä tulee olla yhteinen kivunhoitokäytäntö, joka on kaikkien hoitoon osallistuvien tiedossa ja hallinnassa. Kivun hoitaminen on pitkäjänteistä hoitamista. (Heikkinen ym. 2004, 56- 57.)

### **3 Kivunhoito**

Onnistuneen kivunhoidon edellytyksenä on, että hoitajalla on tietoa ja hän on motivoitunut hoitamaan kipua. Potilaan kertominen kiputuntemuksistaan ei ainoastaan riitä, vaan hoitajalla tulee olla riittävästi valmiuksia kivun hoitotyön toteutukseen. Kivunhoidosta löytyy paljon tietoa, mutta hoitajien välinpitämätön ja vähättelevä asenne kivunhoitoon sekä yhteistyön puute eri ammattiryhmien välillä ovat este hyvän kivun hoitotyön onnistumiselle. (Salanterä ym. 2006, 11.) Potilaalla on oikeus hyvään ja riittävään kivunlievitykseen. Lisäksi potilaalla tulee olla oikeus ja mahdollisuus päättää, millaisen kivunhoitomenetelmän hän valitsee ja on valmis sietämään. Hoitajan tulee antaa potilaalle tietoa kivun hoidon mahdollisuuksista ja lääkeaineiden vaikutuksista. (Iivanainen, Jauhiainen & Savioja. 2010, 770.)

Huono kivunhoito heikentää potilaan mahdollisuuksia elämänhallintaan ja aktiivisuuteen sekä lisää siten potilaan kärsimyksiä. Potilaalle kivunhoidon tulisi olla helppoa ja yksinkertaista. (Hänninen 2003, 77, 88.) Kipulääkitys määrätään en-

sisijaisesti kivun mekanismin mukaan (Salanterä ym. 2006, 94). Hoitajilla voi olla pelkoja kipulääkkeiden mahdollisesti aiheuttamista sivuvaikutuksista, riippuvuudesta sekä lääkkeiden väärinkäytöstä. Potilaan kivunhoitoa voivat vaikeuttaa kipulääkkeiden sivuvaikutukset, potilaan käsitykset ja uskomukset kivusta ja sen hoitamisesta sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen puutteellinen vuorovaikutus. (Heikkinen ym. 2004, 58.) Kivunhoidossa on myös tärkeää kivun ennaltaehkäisy. Sairaanhoidaja pystyy ennaltaehkäisemään potilaan kipua erilaisilla keinoilla. Keinoja voivat olla esimerkiksi potilaan hyvä asentohoito, ihonhoito, lääkehoito sekä potilaan henkisen hyvän olon turvaaminen. Sairaanhoidaja pystyy helpottamaan kuolevan kokemaan henkistä pahaa oloa sekä pelkoja keskustelemalla potilaan kanssa. (Ridanpää 2006, 52.)

### 3.1 Kivun määrittely

Kipua voidaan jaotella monella eri tavoilla. Kipua voidaan jaotella esimerkiksi ajallisella luokittelulla sen mukaan, onko kipu äkillistä, pitkään jatkunutta tai läpilyöntikipua. Kipua voi myös jaotella etiologian mukaan, jolloin puhutaan esimerkiksi sairauden tai hoitojen aiheuttamasta kivusta. (Hänninen 2003, 73.)

**Akuutti kipu** on äkillistä ja ohimenevää kipua (Iivanainen & Syväoja 2012, 78). Akuutti kipu johtuu yleensä elimellisestä tekijästä, esimerkiksi haavasta, tulehduksesta, luunmurtumasta tai leikkauksesta. Tavallisesti akuutti kipu lievenee vaurion paranemisen myötä. (Vainio 2009.)

**Krooninen kipu** tarkoittaa pitkäaikaista kipua, joka on kestänyt yli 6 kuukautta tai kivun aiheuttama sairaus jatkuu. Krooninen kipu johtuu yleensä vauriosta hermojärjestelmässä tai kudolvauriosta. Joskus kroonisen kivun aiheuttajaa ei pystytä tunnistamaan. (Paakkari 2013.) Kroonista kipua voivat aiheuttaa reuma ja nivelrikko, syöpäsairaudet, osteoporoosi sekä iskeemiset eli hapenpuutteesta johtuvat tilat (Salanterä ym. 2006, 79).

**Läpilyöntikipu** tarkoittaa ilman erityistä syytä ajoittain ilmenevää lyhytaikaisesti lisääntyntä kipua. Kivun kesto on usein 30–60 minuuttia. Kipu voi toistua use-

amman kerran vuorokauden aikana. Säännöllisen kipulääkityksen muuttaminen ei useinkaan ole tarpeen, vaan paras lievitys on nopeavaikutteinen lisäkipulääke. Lämpilyöntikivussa kipu saavuttaa hetkellisesti kivunhuipun, johon potilaan säännöllisen kipulääkityksen vaikutus ei riitä. (Hänninen 2012, 30–31.)

**Nosiseptiivinen kipu** johtuu kudოსvauriosta. Nosiseptiivinen kipu jaetaan viskeraaliseen sekä somaattiseen kipuun. Viskeraalinen kipu on sisäelinkipua, joka johtuu onttojen sisäelinten sileiden lihasten ja maksakapselin venytyksestä. Viskeraalista kipua on yleensä vatsan ja rintakehän alueella. Kipu on yleensä vaikeasti paikannettavissa, ja se ylettyy laajemmalle alueelle kuin elin, josta kipu on peräisin. Viskeraalisen kivun tyypillisimmät oireet ovat hikoilu, pahoinvointi ja kalpeus. Somaattista kipua aiheutuu iholta, sidekudoksista, lihaksista ja luustosta. (Iivanainen ym. 2010, 763.)

**Neuropaattinen kipu** eroaa selkeästi kudოსvauriokivusta. Kivun laatu on yleensä voimakasta ja epämiellyttävää. Potilaat voivat kuvata kipua sähköiskumaisena, kihelmöivänä ja polttavana tai pistelevänä. Neuropaattisen kivun oireita ovat tuntuu muutokset tai tuntuu puutokset. Neuropaattinen kipu on usein laaja-alaista. (Salanterä ym. 2006, 79–80.)

Potilaiden, esimerkiksi syöpäkipupotilaan, kipu voi lisääntyä äkillisesti ja rajusti. **Kipukatastrofilla** tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas kuvaa kipunsa voimakkuudeksi yli 8 VAS-asteikolla, ja kipu lisääntyy tuntien kuluessa edelleen. Esimerkkejä tällaisesta tilanteesta ovat muun muassa murtumassa oleva luu, maksansisäinen verenvuoto tai suolistoperforaatio. Kipukatastrofissa potilaan kivun hallitseminen vaatii normaalia nopeampaa lääkennoksen nostamista. (Hänninen 2003, 228–229.)

### 3.2 Kivunhoidon suunnittelu ja arviointi

Kivunhoidon suunnittelussa on tärkeää arvioida tilanne ja paikalliset olosuhteet, jossa hoitoa toteutetaan. Kivun lääkehoidon toteuttamisen kannalta on tärkeää, että kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon,

ovat perehtyneet hoitoyksikössä käytettäviin lääkkeisiin ja niiden annostelutekniikoihin. Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoitoa voidaan toteuttaa kotona, sairaalassa, vuodeosastolla tai saattohoitokodissa. (Salanterä ym. 2006, 99–100.) Potilaille on laadittava yksilöllinen kivunhoitosuunnitelma, jonka mukaan kivunhoitoa toteutetaan. Kivunhoito on moniammatillista yhteistyötä, jolloin kivunhoidonsuunnitelman tekoon osallistuvat potilas itse, omahoitaja sekä lääkäri. Yleensä potilas on paras oman kipunsa asiantuntija, mutta joskus voi tulla tilanteita, jolloin potilas ei osaa tai pysty itse arvioimaan kipuaan. Tällöin sairaanhoitajan tulee arvioida potilaan kipuja hänen puolestaan. (Ridanpää 2006, 52.)

Koska kipu on subjektiivinen kokemus, ei kivun objektiivinen mittaaminen ole aina helppoa (Grönlund & Huhtinen 2011, 114). Potilaan kivun arviointi on sekä lääkärin että sairaanhoitajan vastuutehtävä (Grönlund & Huhtinen 2011, 57). Kivun hoitotyössä on tärkeää miettiä etukäteen, miten potilaan hoito kokonaisuutena toteutetaan, mitä kivun arviointimenetelmiä käytetään, mitkä ovat hoitotyön auttamiskeinot, miten kivunhoidosta kirjataan ja raportoidaan ja kenelle hoidosta raportoidaan. Suunnitelmassa pitäisi olla myös, miten kivunhoitoa ja hoitotyön onnistumista arvioidaan. Kivunhoidon suunnitelmassa tulee olla asetettuna tavoitteet. (Salanterä ym. 2006, 11–12.) Potilaan kipuja tulee hoitaa kaikkina vuorokauden aikoina. Hoidossa on pyrittävä enemmän ehkäisevään kuin reagoivaan otteeseen. Kivun muutokset ja ajalliset vaihtelut tulisi huomioida kivunhoidossa. (Hänninen 2003, 88–89.)

Kivun arvioinnissa on tärkeää käyttää apuvälineitä, koska ne auttavat tekemään kivusta näkyvää. Numeraaliset ja kuvalliset kipuasteikot ovat täsmällisempiä arvioimaan kivun voimakkuutta kuin pelkkä sanallinen kivun kuvailu. Potilaan kipua arvioitaessa on tärkeää käyttää aina samaa kipuasteikkoa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 78.) Kun potilaan kivun intensiteettiä pyydetään arvioimaan samalla asteikolla, potilaan kivun vaihtelut ja hoitajan vaikuttavuus saadaan hyvin näkyviin. Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat hoidon tehokkuuden seurannan kannalta tärkeitä. (Hänninen 2003, 82.)

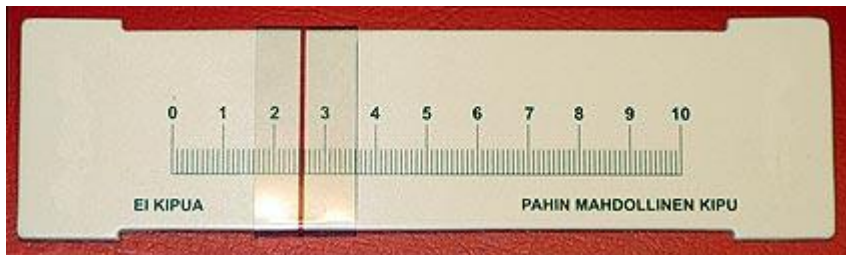
Kivun laatua voidaan kuvailla myös sanallisesti kivun voimakkuuden asteikollisen mittaamisen lisäksi. Sanoja, jotka kuvaavat kipua ovat esimerkiksi viiltävä, puristava, pistävä, jomottava ja tykyttelevä. Potilas osaa yleensä itse paikallistaa kivun. Kivun paikan arvioinnissa käytetään tunnustelua eli palpaatiota, koputtelua eli perkussiota sekä kuuntelua eli auskultaatiota. Nämä kivunarviointimenetelmät kuuluvat myös sairaanhoitajan työnkuvaan potilaan kipua arvioiessa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 79.) Kiputuntemukset voivat tulla voimakkaampina liikkeessä kuin levossa, mutta myös tietyt asennot voivat lisätä tai vähentää kipua. Kipua arvioitaessa halutaan tietää kivun kesto eli kivun alkamisai-ka ja sen ilmeneminen ajan ja toimintojen suhteen. (Salanterä ym. 2006, 83.)

### 3.3 Kipumittarit

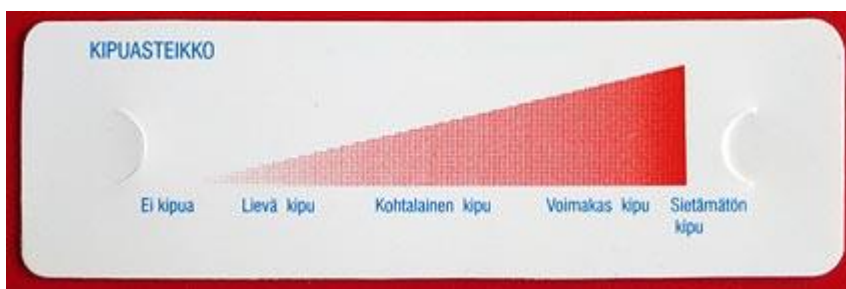
Potilaan kipua ja sen hoitoa seurataan kivun voimakkuuden mittaamisella. Kipua voidaan kuvailla ja sen voimakkuutta arvioida erilaisten sanallisten, numeraalisten tai visuaalisten asteikkojen ja mittareiden avulla. (Heikkinen ym. 2004, 57.) Potilaille kivun sanallinen kuvaaminen on haasteellista, ja sitä vaikeuttaa usein kivun sekamuotoisuus (Hänninen 2003, 84). Potilaan kivun tunnistamiseksi on kehitetty erilaisia apuvälineitä ja menetelmiä. Potilaan kipukokemusta pyritään havainnollistamaan erilaisilla kipumittareilla, esimerkiksi kipupiiroksella, PAIN-AD-mittarilla, VAS-asteikolla sekä erilaisilla sanallisilla apuvälineillä. (Hänninen 2003, 81.) ESAS-oireidenkartoitusmittari sekä VAS-mittari kuuluvat palliatiivisia potilaita hoitavan hoitajan työvälineisiin (Salminen 2007, 26). Kipumittaria käytettäessä sairaanhoitajan on hyvä opettaa sen käyttö myös potilaalle, jotta hän itse osaa myös arvioida omaa kipuaan ja kipulääkkeen vaikuttavuutta (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 110).

**VAS-kipumittari** eli Visual Analogue Scale (Kuva 1) on yleisin kivun arviointimittari. VAS-kipumittarissa on toisella puolella numeroasteikko, jossa numerot ovat asteikolla 0-10 ja toisella puolella kipukiila (Kuva 2). Mittarin toinen pää kuvaa kivuttomuutta, 0, ja toinen pahinta mahdollista kipua, 10. VAS-kipumittaria käytettäessä potilas voi osoittaa mittarista sitä kohtaa, miten voimakkaana hän

kipua kokee. Potilaan ilmoittama kivun voimakkuus on hyvä kirjata potilastietoihin, koska silloin kivun voimakkuutta voidaan seurata. (Salanterä ym. 2006, 83-84.)



Kuva 1. VAS-mittari (Kuva: Vaasan keskussairaala 2013).



Kuva 2. VAS-mittari (Kuva: Vaasan keskussairaala 2013).

**Kipupiirosta** täyttäessään potilas piirtää kipunsa sekä tuntohäiriöalueensa ihmishahmon näköiseen mittariin. Ihmishahmo on kuvattu edestä ja takaa sekä mahdollisesti myös jalkapohjista ja sivuilta. Mittarissa on sovittu värit, joita potilas käyttää kuvaamaan kipua ja tuntohäiriöitä. Kipua voidaan kuvata esimerkiksi punaisella värillä, puutuneisuutta vihreällä värillä ja pistelyä sinisellä värillä. Värien tummuus kuvaa potilaan oireen voimakkuutta; mitä vahvempi väri sitä voimakkaampi oire. ( Ahonen ym. 2012, 708.) Potilaan omien tuntemusten mukaan täyttämä kipupiiirros antaa sairaanhoitajalle kokonaiskuvaa kipujen määrästä ja sijainnista (Joensuu, Roberts, Kellokumpu-Lehtinen, Jyrkkiö, Kouri & Teppo 2013, 882).

Kivun arviointiin dementoituneille potilaille on kehitetty kivun aiheuttamien käyttäytymismuutosten tarkkailuun pohjautuvia mittareita (Joensuu ym. 2013, 882). Pain Assessment in Advanced Dementia eli **PAIN-AD-mittarilla** kartoitetaan dementoituneen potilaan käyttäytymisen muutoksia. Mittari arvioi hengityksen, negatiivisen ääntelyn, kasvojen ilmeiden, kehonkielen sekä lohduttamisen tar-

peen poikkeavuuksia asteikolla 0-2. 0 tarkoittaa normaalia, 1 tarkoittaa lievästi poikkeavaa, ja 2 tarkoittaa selvästi poikkeavaa. Esimerkiksi kehonkieltä voidaan pisteyttää seuraavasti: levollinen 0 pistettä, kireää, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää 1 piste sekä jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista 2 pistettä. Arvioitavan viiden kategorian kipupisteet lasketaan yhteen, jolloin saadaan yksi numeroarvo 0-10 kivulle. Arviointi tapahtuu viiden minuutin aikana. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 474- 475.)

### **3.4 ESAS-oireidenkartoitusmittari**

ESAS eli Edmonton Symptom Assessment Scale on helppokäyttöinen, validoitu ja luotettava oireidenkartoitusmittari mittaamaan palliatiivisen hoidon potilaiden oireita. ESAS-mittari on käytännöllinen työväline palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden oireiden kartoitukseen ja hallintaan. ESAS-oireidenkartoitusmittarin etu on, että potilas voi arvioida ja raportoida oireidensa voimakkuutta itse, mikä auttaa sairaanhoitajaa luomaan kokonaiskuvaa potilaan oirekirjosta. (Modonesi, Scarpi, Maltoni, Derni, Fabbri, Martini, Sansoni & Amadori 2005, 368.)

Hyvä oireiden hallinta on yksi tärkeimmistä elementeistä tehokkaan palliatiivisen hoidon tuottamisessa (Modonesi ym. 2005, 367). Kokonaisvaltainen kartoitus potilaan oireista parantaa hoidon laatua sekä auttaa estämään oireiston pahenemista. Palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden oirekirjo on huomattava. Monioireisuus saattaa kuitenkin jäädä huomaamatta tavanomaisella vastaanotokäynnillä, jos potilaalta kysellään yleisesti vointiin liittyviä kysymyksiä. Oireiden huono kirjaaminen voi vastaavasti johtaa potilaan alihoitoon, koska moni oire on yhteydessä toisiin oireisiin aiheuttaen kierteen, joka ei välttämättä katkea pelkästään yhteen oireeseen puututtaessa. ESAS-oireidenkartoitusmittarin kaltaisen strukturoitu oirekartoitus tarjoaa lääkärille ja hoitohenkilökunnalle kokonaisvaltaisen kuvan potilaan oireista ja kipuongelmasta, sekä voi auttaa kipukierteen katkaisemisessa. ESAS-mittari on käytännöllinen työväline palliatiivisen potilaan oireiden kartoitukseen, sillä se mahdollistaa interventioiden vaikutusten seuraamisen monissa yksiköissä. Erilaisten tukihoidojen kehityksen myötä poti-



laiden oirekirjo on siten muuttunut, että pahoinvointi on jäänyt taka-alalle ja uupumuksesta on tullut oireista yleisin. (Salminen & Salmenoja 2007, 825–827.)

Palliatiivisen hoidon potilaiden oirekartoituksia tarvitaan, jotta oirehoitoa ja kivunhoitoa voitaisiin kehittää (Salminen 2007, 24). Yksilöllinen kivun kokeminen, kipuun mahdollisesti liittyvät lieveoireet sekä kivun hoidon riittämätön yksilöllinen räätälöinti ja seuranta saavat aikaan, että hoidon toteuttaminen ja kehittäminen vaativat jatkuvaa valppautta. (Salminen & Salmenoja 2007, 826.) Usein syy huonoon oirehoitoon on oireiden aliarviointi. Potilas ei välttämättä kerro ikäviäkään oireita, jos niitä ei erityisesti kysytä. On myös todettu, että potilaan ja lääkärin arvio potilaan kokemista oireista ei ole yhtenevä. Potilaan kipuun liittyvien oireiden tunnistaminen onkin tärkeää potilaan kokonaisvaltaisen ja onnistuneen hoidon kannalta. (Salminen 2007, 24–25.)

ESAS-oireidenkartoitusmittarilla mitataan yhdeksää palliatiiviselle potilaalle tyyppistä oiretta: kipu, pahoinvointi, väsymys, uneliaisuus, masennus, levottomuus, ruokahalu, hyvinvointi sekä hengenahdistus. Lisäksi kartoitukseen on mahdollisuus lisätä kymmenes potilaskohtainen oire, jonka vaikeutta tarkastellaan. (Watanabe, Nekolaichuk, Beaumont & Mawani 2008.) ESAS-mittari toimii kipujan (Visual Analogue Scale, VAS) periaatteella (Salminen & Salmenoja 2007, 825). ESAS-oireidenkartoitusmittarin numeerisen arvioinnin toisella puolella on kuva ihmisestä edestä ja takaa, johon potilas voi piirtää kipunsa paikat (Edmonton Zone Palliative Care Program 2010). Jokainen oire arvioidaan erikseen omalla, numeerisella asteikolla 0-10. 0 tarkoittaa ei ollenkaan, ei oiretta ja 10 pahinta mahdollista tunnetta tai oiretta. (Watanabe ym. 2008.) Potilaan oireiden vaikeusasteen kartoituksessa sekä hoidon onnistumisen kartoittamisessa käytetään yleisimmin luokkia 0-, 1-3 sekä 4-10. Yleisesti ajatellen arvot 0-3 sekä masennuksessa ja ahdistuksessa 0-1 ovat yleisesti hyväksytyjä. Potilaan kirjatessa arvon 4-10, tulisi hoitajan tarkastella hoitolinjausta uudelleen, täsmentää haluaisiko potilas lääkitystään tai muuta hoitoaan muutettavan tilanteen parantamiseksi sekä tehdä korjaavat toimenpiteet. Ahdistuksen sekä masennuksen arvioinnissa käytetään luokkia 0-1 sekä 2-10. (Salminen & Salmenoja 2007, 825–826.)

Turun yliopistollisen keskussairaalan syöpäklinikalla tehdyssä tutkimuksessa ESAS-oirekartoitus oli tehty 203 potilaalle, jotka olivat palliatiivisessa, solunsalpaaja-, säde- tai yleishoidossa. Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden yleisin yksittäinen oire oli uupumus, jonka valitsi 86,3 %. Uupumuksen jälkeen yleisimpiä olivat kipu rasiuksessa (71,5 %), unihäiriöt (71,1 %) sekä masennus (59,0 %). Vähiten tutkimukseen osallistuneilla oli pahoinvointia sekä hengenhädistystä. 75 % tutkimuksen potilaista ilmoitti viidestä tai useammasta oireesta. Yleisin oire tutkimuksen potilailla oli uupumus, mutta häiritsevimpänä pidettiin kipua. Tutkimuksessa potilaat olivat tyytyväisiä sekä ilmeisimmin kokivat tulleen kokonaisvaltaisemmin huomioiduiksi, kun saivat mahdollisuuden kertoa aikaisemmin katveeseen jääneistä oireistaan hoitohenkilökunnalle sekä pystyivät itse määrittämään oireidensa vaikeusasteen. Yleisimmin potilailla ei ollut ollut ongelmia hahmottaa oirekartoituksen numeerista mittaria. (Salminen & Salmenoja 2007, 825–827.)

Italiassa, Forlimpopolin sairaalan palliatiivisen hoidon onkologian yksikössä tutkittiin vuosina 2002–2003 ESAS-mittarin vaikutuksia palliatiivisessa hoidossa. Tutkimuksen tavoite oli arvioida palliatiivisen hoidon vaikutuksia potilaiden oireissa käyttämällä ESAS-mittaria mittaamaan potilaiden oireiden voimakkuutta sairaalahoitoon saapuessa sekä ensimmäisen seitsemän sairaalahoitopäivän aikana. Tutkimukseen otettiin mukaan vain potilaat, jotka tekivät ESAS-mittauksen päivittäin seitsemänä ensimmäisenä päivänä. Ensimmäisen seitsemän päivän aikana ESAS-mittarin täytti 162 potilasta. Tutkimukseen osallistui 71 naista ja 91 miestä, joiden keski-ikä oli 67 vuotta (26 – 94 vuotta). Tutkimuksen ensimmäisen seitsemän sairaalahoitopäivän aikana potilaiden oireiden lasketut keskiarvot vähenivät jatkuvasti. Potilaiden oireista kaikki muut paitsi masennus ja väsymys, vähenivät tutkimuksen aikana selvästi. (Modonesi ym. 2005, 367–370.)

Tutkimuksen tulotilanteessa potilaat jaettiin kahteen ryhmään heidän oireiden voimakkuuden perusteella tulotilanteessa: lievä (alle 5) sekä kohtalainen/vaikea (5-10). Numerot kuvaavat ESAS-oireidenkartoitusmittarilla annettuja arviointeja potilaan oireiden voimakkuudesta. Tutkimuksessa havaittiin, että lievempioireisten potilaiden oireiden voimakkuudet lievenivät sairaalahoidon ensimmäisen

seitsemän päivän aikana, mutta muutokset eivät olleet suuria. Lievempioireisten potilaiden kokema väsymys jopa kasvoi viikon mittauksen aikana. Kohtalaisen tai vaikean oireen kanssa sairaalaan saapuneiden potilaiden kaikki oireet vähenivät tutkimuksen aikana huomattavasti kaikkien oireiden osalta. (Modonesi ym. 2005, 367–370.)

## **4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät**

Opinnäytetyömme tarkoitus on vahvistaa sairaanhoitajien osaamista palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoidon suunnittelussa ja arvioinnissa sekä kipu- ja oiremittareiden käytössä arvioinnin tukena. Toiminnallisen opinnäytetyömme tehtävä on tarjota ESAS-oireidenkartoitusmittari työvälineeksi hoitajille kivunhoidon suunnitteluun ja arviointiin.

## **5 Opinnäytetyön toteutus**

### **5.1 Toiminnallinen opinnäytetyö**

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan ammatillista käytännön toiminnan ohjeistusta, opastamista, toiminnan järjestämistä tai järjeistämistä. Alasta riippuen toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ohje, ohjeistus tai opastus. Tärkeää on, että toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyvät käytännön toteutus ja toiminnan raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Opinnäytetyöltä odotetaan, että se olisi työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu sekä riittävällä tasolla alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava (Vilkkä & Airaksinen 2003, 10). Halusimme tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, koska mielestämme se on tutkimuksellista opinnäytetyötä mielenkiintoisempi ja motivoi meitä enemmän. Halusimme saavuttaa työllämme jotain konkreettista hyötyä käytännön hoitotyön kentälle. Opinnäytetyömme toiminnal-

linen osuus koostui osastotunnin suunnittelusta ja pitämisestä kahdelle työyksikölle.

Toiminnallisella opinnäytetyöllä täytyy olla toimeksiantaja. Toimeksiannettu opinnäytetyöaihe lisää vastuuntuntoa omasta opinnäytetyöstä sekä opettaa projektinhallintaa. Hyvä opinnäytetyöaihe tulee oman koulutusohjelman opinnoista. Tällöin opiskelija pystyy luomaan yhteyksiä työelämään sekä syventämään tietojaan ja taitojaan jostakin itseä kiinnostavasta aiheesta alalla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16- 17.) Toiminnalliselle opinnäytetyölle asetetun suosituksen mukaisesti työllämme on toimeksiantaja. Opinnäytetyömme aihe on PALETTI-hankkeen toimeksianto palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoidon suunnittelusta ja arvioinnista. Palliatiivinen hoito ja kivunhoitotyö aiheina liittyvät vahvasti koulutusohjelmaamme. Toimeksiantajamme koki tarvetta viedä ESAS-oireidenkartoitusmittari työvälineeksi palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita hoitaville sairaanhoitajille helpottamaan oireiden kartoitusta ja hoidon suunnittelua.

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä on hyvä laatia toimintasuunnitelma. Toimintasuunnitelman avulla voi jäsentää, mitä on tekemässä ja kertoa, mitä aikoo tehdä, miten ja miksi. Toimintasuunnitelman tulisi olla sellainen, että siihen pystyy sitoutumaan. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26- 27.) Laadimme opinnäytetyön suunnitelmamme syksyn 2014 aikana. Opinnäytetyön suunnitelmassa suunnittelimme, kuinka tulemme työmme toteuttamaan ja kuinka rajaamme työmme aiheen. Suunnitelmassa kuvasimme opinnäytetyömme tarkoituksen ja tehtävän, aikataulusuunnitelman, työmme keskeisimmät käsitteet sekä toteutustavan.

## **5.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä**

Opinnäytetyömme toimintaympäristönä olivat kaksi PALETTI-hankkeessa mukana olevaa terveyskeskuksen vuodeosastoa. Toimeksiantajamme tarjosivat meille kaksi ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytöstä kiinnostunutta vuodeosastoa, jotka halusivat lähteä opinnäytetyömme kohderyhmiksi kokeilemaan mitta-

rin käyttöä. Osastotuntien kohderyhmänä olivat työyksiköiden sairaanhoitajien lisäksi lähi- ja perushoitajat, jotka kohtaavat työssään palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita, sekä osallistuvat potilaiden kivunhoidon arviointiin ja potilaan muiden oireiden kartoitukseen yhteistyössä sairaanhoitajien kanssa. Työyksiköiden sairaanhoitajilla oli sairaanhoitajan koulutus sekä työkokemuksen kautta saatua kokemusta ja osaamista alalta. Kohderyhmällämme ei kuitenkaan ollut aikaisempaa tietoa ESAS-oireidenkartoitusmittarista.

Ensimmäisessä työyksikössä oli 20 vuodepaikkaa. Siellä työskenteli 10 sairaanhoitajaa, joista yksi toimi kotiutushoitajana, 6 lähi- ja perushoitajaa, kuntohoitaja, osastonsihtööri, osastonhoitaja sekä lääkäri. Terveyskeskussairaalassa hoidettiin pääasiassa akuutisti sairastuneita potilaita tai akuutin vaiheen kuntoutujia. Hoidon syynä voivat olla myös sosiaaliset ongelmat, esimerkiksi potilaalle ei ollut voitu tarjota riittävää hoivaa ja turvaa asumispalveluyksikössä tai potilas ei pärjännyt sairautensa kanssa kotona. Potilaat tulivat pääsääntöisesti terveyskeskussairaalaan oman terveyskeskuksen päivystyksen tai vastaanoton kautta sekä erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon. Yleisimpiä hoitoon tulon syitä olivat sydämen vajaatoiminta ja muut sydänsairaudet, akuutit infektiosairaudet, yleistilan lasku, huimaus ja kaatuilu sekä alkoholin käyttöön liittyvät seuraukset.

Toisessa työyksikössä oli 40 potilaspaikkaa. Yksikössä työskenteli 9 sairaanhoitajaa sekä 16 lähi- ja perushoitajaa. Työyksikössä hoidettiin akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita, mutta myös pitkäaikaista hoitoa tarvitsevia potilaita. Työyksikö oli jaettu akuutti ja pitkäaikaistiimeihin, joissa lähi- ja perushoitajat kiersivät. Sairanhoitajat työskentelivät vain akuuttitiimissä. Osaston potilaat olivat monisairaita ja iäkkäitä, joilla useimmilla oli jokin muistisairaus. Työyksikössä hoidettiin myös saattohoitopotilaita. Työyksikön käytännön hoitotyön lähtökohta oli toimintakykyä edistävä ja tukeva toimintatapa kaikkien potilaiden kohdalla.

### 5.3 Toiminnan etenemisen kuvaus ja perehdytystilaisuuksien suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyömme aiheen saimme keväällä 2014. Valitsimme aiheeksemme kivunhoidon suunnittelun ja arvioinnin, koska aihe tuntui meistä molemmista kiinnostavalta ja tarpeelliselta tulevaisuutta ajatellen. Halusimme myös tämän opinnäytetyön kautta syventää tietoaamme palliatiivisesta hoitotyöstä sekä kivunhoidosta. Opinnäytetyösuunnitelmamme hyväksyttiin joulukuussa 2014. Joulukuussa 2014 saimme myös tietää työyksikköme, joihin ESAS-oireidenkartoitusmittaria jalkautettaisiin.

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen aloimme suunnitella osastotuntia. Osastotunnin sisältöä ja aihetta havainnollistamaan laadimme PowerPoint-esityksen, josta teimme selkeän, tutkittuun tietoon perustuvan tietopakettin työme tietoperustan pohjalta. Esityksemme aiheet otimme tietoperustan otsikoiden mukaan. Diaesityksen sisältö koostui aiheista, jotka koimme tärkeiksi liittyen palliatiiviseen hoitoon ja kivun hoidon suunnitteluun ja arviointiin sekä ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytön ohjeistuksesta. Laadimme diaesityksestä selkeän ja rauhallisen värisen, joka olisi samalla kiinnostava, helposti seurattava ja selkeä. Pidimme tärkeänä, että diat ovat selkeästi otsikoidut, eivät ole liian täynnä tekstiä ja tekstin fontti on yksinkertainen ja riittävän iso, jotta lukijat ja kuulijat pystyvät kätevästi lukemaan dian sisällön ja seuraamaan esityksen kulkua. Sisällytimme PowerPoint-esityksemme esimerkkipotilastapauksen, jonka avulla halusimme havainnollistaa ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttöä. Esimerkkipotilastapauksesta laadimme mahdollisimman käytännönläheisen ja todentamukaisen tilanteen, jonka hoitaja voi kohdata päivittäisessä hoitotyössä. Halusimme esimerkkipotilastapauksella korostaa muiden oireiden vaikutusta potilaan kivun kokemiseen, kuten esimerkkipotilastapauksessa voimakas ummetus ja masennus pahentavat potilaan kipukokemusta.

Tavoitteemme oli osastotunnin avulla tarjota työyksiköiden sairaanhoitajille sekä muille hoitajille tietoa, joka vahvistaisi heidän osaamistaan ja herättäisi mielenkiintoa kokeilemaan ESAS-oireidenkartoitusmittaria käytännön hoitotyössä. Aikataulutimme esityksen niin, että PowerPoint-esityksemme kesto oli noin 45 mi-

nuuttia, ja sen jälkeen varasimme noin 15 minuuttia aikaa kuulijoiden kysymyksille ja avoimelle keskustelulle aiheesta. Osastotuntien päivämäärää sovittaessa ilmoitimme työyksiköille esityksemme kestoksi noin yhden tunnin.

Tammikuun 2015 alussa laadimme myös palautelomakkeen (liite 3) kartoittamaan ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttäjän kokemuksia mittarin käytön jälkeen. Palautelomakkeen kysymykset pyrimme laatimaan mahdollisimman käytännönläheisiksi ja yksinkertaisiksi. Mietimme myös kysymyksiä laatiessamme, että kysymykset täytyy tehdä niin, ettei vastaaja voi käsittää niitä kahdella eri tavalla. Halusimme myös palautelomakkeella saada vastaukset kysymyksiin, mitä hyvää tai huonoa ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytössä on, mitä hyötyä potilaalle on ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytöstä ja miten työyksikkö kehittäisi ESAS-oireidenkartoitusmittaria. Ajattelimme palautelomaketta tehdessä, että sen täytyy olla sellainen, minkä kirjoittamiseen ei kulu kauaa aikaa ja siihen on helppo vastata. Palautelomake laadittiin täytettäväksi nimettömänä. Ennen osastotunteja perehdyimme aiheeseemme vielä perusteellisesti ja kehitimme omaa asiantuntijuuttamme.

Esittelimme ESAS-oireidenkartoitusmittarin tammikuussa 2015 PALETTI-hankkeessa oleville kahdelle vuodeosastolle. Pidimme ensimmäisen työyksikön osastotuntin 13.1.2015. Paikalla oli yhteensä 8 sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa sekä osastonhoitaja. Osastotunti eteni aikataulun mukaisesti. Aikaa osastotuntin pitämiseen olimme varanneet yhden tunnin. Mittari ei ollut hoitajille entuudestaan tuttu. Osastotuntin aikana puhuimme työyksikölle yleisesti palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivuista, kivun hoidon suunnittelusta ja arvioinnista ja ESAS-oireidenkartoitusmittarista. Sovimme työyksikön kanssa ESAS-oireidenkartoitusmittarin kokeiluajaksi 20.1.–1.3.2015. Sovimme myös, että kokeiluajaa voi tarvittaessa jatkaa parilla viikolla. Jätimme työyksikköön palautelomakkeita ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttökokemuksista sekä valitsimme kokeilujakson ajaksi työyksiköstä yhteyshenkilön, johon voi tarvittaessa olla yhteydessä. ESAS-oireidenkartoitusmittarin kokeiluajana yhteydenpito työyksikön kanssa oli vähäistä, mutta kokeiluajan päättyessä työyksikön yhteyshenkilö oli meihin yhteydessä sähköpostitse ja pyysi lisää aikaa mittarin kokeiluun, koska heillä oli jakson aikana ollut vain yksi potilas, jolle mittaria oli voinut käyttää. So-

vimme, että työyksikkö sai lisäaikaa mittarin käyttöön kaksi viikkoa, 16.3.2015 asti.

Toisen työyksikön osastotunnin pidimme 20.1.2015. Paikalla oli yhteensä noin 10 sairaanhoitajaa ja lähihoitajaa. Osastotunti eteni aikataulun mukaisesti. Puhuimme heille kivun hoidosta yleisesti, palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivusta, kivun hoidon suunnittelusta ja arvioinnista sekä ESAS-oireidenkartoitusmittarista. Osastotunnin alkaessa kaikki hoitajat eivät olleet paikalla, vaan he tulivat paikalle ”ripotellen”, ja osa joutui poistumaan kesken esityksemme. Sovimme työyksikön kanssa ESAS-oireidenkartoitusmittarin kokeiluajaksi 20.1.–1.3.2015. Sovimme myös, että kokeiluaikaa voi tarvittaessa jatkaa parilla viikolla. Jätimme työyksikköön palautelomakkeita ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttökokemuksista sekä valitsimme kokeilujakson ajaksi työyksiköstä yhteyshenkilön, johon voi tarvittaessa olla yhteydessä. Kokeiluajan päättyessä olimme puhelimitse yhteydessä työyksikköön, olivatko he saaneet mittaria käytettyä vai tarvitsivatko he lisäaikaa. Sovimme puhelimesta yhteyshenkilön sijaisen kanssa, että kokeilujaksoa jatkettaisiin kahdella viikolla, koska ESAS-oireidenkartoitusmittaria ei ollut käytetty vielä kertaakaan jakson aikana.

#### **5.4 Osastotuntien arviointi**

Työyksiköt ottivat meidät hyvin vastaan. Työyksiköiden yhteyshenkilöt olivat tiedottaneet osastoillaan tulostamme ja esityksestämme sekä valinneet osastotunnille osallistuvat hoitajat. Osastotuntien käytännön järjestelyt menivät hyvin. Olimme hyvin valmistautuneet osastotunteja varten. Molempiin työyksiköihin mennessämme meillä oli mukana valmiiksi tulostettuna ESAS-oireidenkartoitusmittareita sekä palautelomakkeita jaettavaksi henkilökunnalle. Koimme tämän hyväksi ratkaisuksi, sillä näin kuulijamme pystyivät seuraamaan omasta ESAS-oireidenkartoitusmittarista, mitä mittari mittaa. Jaoimme mittarit kuulijoille vasta esityksen edettyä käsittelemään ESAS-oireidenkartoitusmittaria, jotta välttyisimme siltä, että kuulijamme keskittyvät tutustumaan mittariin sen sijaan, että seuraisivat esitystämme. Käytimme kokeilujaksolla Pohjois-Karjalan



saattohoitosuosituksessa esitettyä ESAS-oireidenkartoitusmittaria. Esityksemme lopuksi esittelimme ja jaoinme palautelomakkeita kuulijoille.

Aikataulusuunnitelmamme toimi hyvin, ja molemmat osastotunnit olivat kestoltaan hieman alle tunnin pituisia. Molemmissa työyksiköissä keskustelua aiheesta eniten herätti ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttökelpoisuus ja millaiselle potilasryhmille mittaria voi käyttää. Ensimmäisen työyksikön hoitohenkilökunta pohti ESAS-oireidenkartoitusmittarissa olevien oireiden riittävyttä suhteessa palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan oirekirjoon. ESAS-oireidenkartoitusmittarista esitettiin puuttuvan kokonaan potilaan itsenäisen toimintakyvyn ja seksuaalisuuden arviointi. Toisen työyksikön hoitajat vaikuttivat osastotunnin aikana epävarmoilta, että pystyvätkö he käyttämään mittaria heidän osastollaan ja miten osaston lääkärit suhtautuvat ESAS-oireidenkartoitusmittariin. Hoitajat kuitenkin kokivat, että ESAS-oireidenkartoitusmittari voi olla hyvä työväline kivunhoidon suunnittelussa ja arvioinnissa sekä kartoittamaan monia potilaan oireita palliatiivisessa hoidossa. Eniten keskustelua aiheesta herätti moniammatillinen yhteistyö ja sen onnistuminen palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoitotyössä.

Pidimme osastotunnin puoleksi, että kumpikin sai kertoa niistä aiheista, joihin oli eniten perehtynyt. Koimme tämän hyväksi ratkaisuksi siksi, että esityksestä tulisi mahdollisimman asiantunteva. Ensimmäisellä osastotunnilla mielestämme oli hyvä ja rauhallinen tunnelma, ja hoitajat vaikuttivat kiinnostuneilta aiheesta. Toisessa yksikössä koimme esittelyn haasteellisemmaksi, koska tunnelma esityksen aikana oli levoton ja osallistujat tulivat paikalle ”ripotellen”, jolloin esittelyn joutui keskeyttämään useasti pieneksi hetkeksi. Mielestämme pystyimme kuitenkin viemään esityksen loppuun meidän puolesta asiantuntevasti ja häkeltymättä levottomasta ilmapiiristä esityksen aikana.

## **5.5 Käyttäjäkokemukset ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytön jälkeen**

Työyksiköt käyttivät osastotuntien jälkeen ESAS-oireidenkartoitusmittaria noin kuusi viikkoa. Kuuden viikon jälkeen molemmat osastot ilmoittivat tarvitsevansa lisää aikaa mittarin käyttöön. Annoimme osastoille lisää aikaa noin kaksi viikkoa eli 16.3. asti. Kahden viikon lisäajan jälkeen vain toinen työyksikkö oli käyttänyt ESAS-oireidenkartoitusmittaria yhdellä potilaalla. Kokeilujakson jälkeen saimme yhden palautelomakkeen ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttäjäkokemuksista. Palaute oli myönteistä. Mittari koettiin selkeäksi ja helppokäyttöiseksi sekä sen pohjalta pystyi aloittamaan keskustelun vaikeistakin asioista asiakkaan kanssa. ESAS-oireidenkartoitusmittarissa oleva kipupiirros koettiin hyvänä asiana, koska asiakkaan oli helppoa paikantaa sen avulla kipujensa sijaintia. ESAS-oireidenkartoitusmittari auttoi paneutumaan asiakkaan ongelmiin laajemmin sekä auttaa hoitajaa myös selvittämään paremmin, mistä asiakkaan kipu voi johtua. Esimerkiksi ummetus, henkinen ahdistus ja levottomuus voivat pahentaa asiakkaan kokemaa kipua, mutta näitä oireita hoidettaessa kipu voi helpottua. Kehitysideana työyksiköltä tuli, että ESAS-oireidenkartoitusmittarin kartoitettaviin oireisiin voitaisiin lisätä seksuaalisuus, pelko ja kuoleman pelko. Palautteessa tuli myös ilmi, että aivan loppuvaiheen hoidossa ESAS-oireidenkartoitusmittaria ei voisi käyttää, koska potilaan tajunnantaso voi olla jo alentunut.

Toinen työyksikkö ei kokeilujakson aikana käyttänyt ESAS-oireidenkartoitusmittaria potilailleen kertaakaan. Pyysimme työyksiköltä sähköpostilla palautetta, miksi mittaria ei ollut saatu käytettyä. Työyksikkö perusteli asiaa, että uusien asioiden käytäntöön ottaminen vie aina aikaa, joten he kokiivat ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttöönoton kokeilujakson lisäajasta huolimatta liian lyhyeksi. Työyksikössä on aikaisemmin ollut vain vähän erilaisia mittareita käytössä, joten he kertoivat myös tämän selvittävän vähäistä käyttöaktiivisuutta. Työyksikkö kertoi ESAS-oireidenkartoitusmittarin kuitenkin soveltuvan myös heillä hoidettaville potilaille. Ongelmana oli, että uuden mittarin käytöstä tarvitsisi kuulemma muistuttaa hoitohenkilökuntaa jatkuvasti, että mittarin käyttö mahdollisesti muodostuisi tavaksi.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksissa arvioidaan tutkimustulosten luotettavuutta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulee selostaa tutkimuksensa toteutuksesta tarkasti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2007, 226–227.) Luotettavuutta voidaan laadullisessa tutkimuksessa arvioida uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä sekä siirrettävyydellä (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäävät tarkat suunnitelmat opinnäytetyömme toteutuksesta sekä toteutuksen kirjallinen raportointi. Pohtiessamme työmme luotettavuutta pidämme tietoperustaamme kattavana ja luotettavana. Olemme käyttäneet tietoperustaamme mielestämme luotettavia lähteitä.

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista. Tutkimuksen tekijän pitämä tutkimuspäiväkirja lisää työn uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyönprosessin aikana pidimme vapaamuotoista päiväkirjaa aikatauluista, suunnitelmista ja toteutuksista, mikä lisää opinnäytetyömme uskottavuutta. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen eri vaiheiden ja raportin tarkkaa kirjaamista (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Työmme vahvistettavuutta lisää se, että olemme kirjanneet ja raportoineet tarkasti opinnäytetyönprosessin kulusta, niin että ulkopuolinen henkilö pystyisi seuraamaan työmme kulkua ongelmitta.

Siirrettävyys tarkoittaa tulosten siirtämistä toiseen tutkimusympäristöön. Siirrettävyys edellyttää tarkkaa kuvausta tutkimusympäristöstä, osallistujien, aineiston keruun sekä analyysin kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Siirrettävyyden kriteereiden mukaisesti olemme kirjanneet opinnäytetyömme eri työvaiheista, kohderyhmästä ja toimintaympäristöstä siten, että luki- ja voi arvioida tulostemme siirrettävyyttä. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan oman pohdinnan, toiminnan ja havaintojen kyseenalaistamista (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 21). Refleksiivisyyttä huomioiden olemme opinnäytetyötä tehdes-

sä olleet lähdekriittisiä sekä muokanneet tietoperustaa ohjaajilta saadun palautteen sekä omien kehitysideoiden mukaan.

Opinnäytetyön lähteiden valinnassa tulee käyttää harkintaa, ja lähteisiin tulee suhtautua kriittisesti. Opinnäytetyössä pitäisi pyrkiä käyttämään alkuperäisiä lähteitä, koska tutkimusten tieto voi muuttua lainaus- ja tulkintaketjuissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 109.) Oppikirjojen ja käsikirjojen käyttöä lähteinä tulisi välttää, sillä niissä tieto on usein jo moneen kertaan tulkittua (Vilkkä & Airaksinen 2003, 73). Vahvistaaksemme opinnäytetyömme luotettavuutta olemme käyttäneet tietoperustan laatimiseen mahdollisimman uusia ja monipuolisia alkuperäislähteitä. Käytimme työssämme paljon erilaisia lähteitä, kuten lakia, asiantuntijoiden kirjoittamia artikkeleita, tutkimuksia, hoitotyön asiantuntijalehtiä sekä kirjallisuutta. Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet myös oppikirjoja lähteinä, mutta olemme arvioineet niiden tekijät luotettaviksi. Työssämme on käytetty myös kansainvälisiä lähteitä ja tutkimuksia. Työmme luotettavuutta lisää, että hyväksyimme työhömmme lähteiksi vain 2000-luvulla ilmestyneitä asiantuntijajulkaisuja. ESAS-oireidenkartoitusmittarista kertovaa suomenkielistä materiaalia emme löytäneet paljon, joten suurin osa mittaria koskevasta lähdemateriaalista on englanninkielistä. Useiden vieraskielisten lähteiden käyttäminen toi haasteita lähdekriittisyyteen, koska materiaalin suomentamisessa on väärin ymmärtämisen vaara.

Palautteen pyytäminen eri opinnäytetyön vaiheissa lisää myös mielestämme työmme luotettavuutta. Olemme saaneet rakentavaa palautetta ja kehitysideoita opinnäytetyömme ohjaajilta pienryhmätapaamisissa sekä muilta pienryhmässä olevilta opiskelijoilta. Opinnäytetyön toiminnallisen toteutuksen PowerPointesitystä laatiessamme jouduimme pohtimaan omaa tietotaitoamme ja ammattitaitotasoa suhteessa käyttämäämme tietoperustaan. Ennen osastotunteja pyysimme laatimastamme PowerPoint-esityksestä sekä työyksikköön jätettävästä palautelomakkeesta palautetta opinnäytetyömme ohjaajilta. Halusimme näin lisätä opinnäytetyömme toiminnallisen osuuden luotettavuutta ja saada varmuuden, että PowerPoint-esitys ja palautelomake on ymmärrettävä ja selkeä. Työmme luotettavuutta lisää myös se, että olemme pohtineen raportissamme missä asioissa koimme haasteita ja mitkä asiat sujuivat mielestämme hyvin.

Tutkimuksissa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tutkimustulosten arvioinnissa, tulosten tallentamisessa sekä tulosten esittämisessä. Nämä edellä mainitut asiat ovat hyvän tieteellisen käytännön keskeisimpiä lähtökohtia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyy yleisesti hyväksytyjä tutkimuseettisiä periaatteita. Jokaisen tutkijan vastuulla on periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen. Pelkästään tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuksen lähtökohta tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–25.) Toisen tekstiä lainatessa lähdemerkintöjen tulee olla asianmukaisesti merkittyjä (Hirsjärvi ym. 2007, 26). Plagiointi tarkoittaa tieteellisen tiedon varastamista eli toisen tutkimaan tai julkaisemaan tietoa käytetään tai esitetään omana tietona (Hirsjärvi ym. 2007, 118). Myös epäselvät tai vaillinaiset lähdeviittaukset ovat plagiointia (Vilkkä & Airaksinen 2003, 78).

Olemme noudattaneet hyvää tieteellistä käytäntöä koko opinnäytetyön prosessin ajan. Valitsimme opinnäytetyömme aiheen, koska aihe on ajankohtainen. Koimme tämän meille tärkeäksi aiheeksi opinnäytetyöllemme, koska saamme opinnäytetyömme kautta olla mukana kehittämässä palliatiivista hoitotyötä ja viedä tietoa käytäntöön hoitohenkilökunnalle kokonaisvaltaisesta oireiden kartoituksesta palliatiivisessa hoitotyössä. Kirjoittaessamme opinnäytetyötämme huomioimme plagiointiin liittyvät asiat. Työssämme emme ole plagioineet ja lähdeviittauksia laatiessamme olimme huolellisia, että ne ovat asianmukaisesti ja tarkasti kirjattu tietoperustaan ja lähdeluetteloon. Laadimme palautelomakkeen ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttäjäkokemuksista ottaen huomioon eettiset periaatteet. Palautelomakkeessa ei tullut ilmi kirjoittajan henkilötietoja, ja kysymykset oli laadittu niin, että kirjoittaja pystyi noudattamaan salassapitovelvollisuutta ja vastauksista ei tullut ilmi kenenkään potilaan tietoja. Opinnäytetyömme raportissa ei tule ilmi työyksiköiden eikä niiden hoitajien nimiä.

## 6.2 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessimme oli mielenkiintoinen. Opinnäytetyöprosessin aikana opimme molemmat paljon hyödyllistä tietoa palliativisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoidon suunnittelusta ja arvioinnista sekä aloimme kehittyä aiheemme asiantuntijoiksi. Laadimme opinnäytetyömme suunnitelman huolellisesti, ja suunnitelmamme tietoperusta oli mielestämme tarpeeksi monipuolinen ja laaja. Aiheen rajaaminen onnistui mielestämme hyvin, koska jo suunnitelmaa laatiessa tiesimme, mistä asioista ryhdymme kirjoittamaan.

Työskentelimme koko opinnäytetyöprosessin ajan laatimamme aikataulun mukaisesti ja toimeksiantajan toiveita kunnioittaen. Teimme opinnäytetyötämme tasaiseen tahtiin eteenpäin, useita tunteja viikossa. Opinnäytetyömme tarkoitus on selkeästi nimetty ja tutkimustehtävä on esitetty. Kirjallista tietoperustaamme kokosimme useista eri lähteistä syksyn 2014 aikana ja viimeistelimme kevään 2015 aikana. Suhtauduimme lähteisiimme kriittisesti ja hylkäsimme useita lähteitä, koska ne eivät olleet tarpeeksi ajankohtaisia tai luotettavia. Tietoperustan hankinta ESAS-oireidenkartoitusmittarista oli haastavaa. Pyysimme apua tiedonhakuun myös ammattikorkeakoulumme kirjaston informaatikolta, mutta hänkään ei osannut meitä auttaa ESAS-mittariin liittyvässä tiedonhaussa. Suurin osa ESAS-oireidenkartoitusmittariin liittyvistä lähteistä oli englanninkielisiä. Runsaan vieraskielisen materiaalin suomentaminen toi työhömmme haasteita.

Olemme tyytyväisiä ratkaisuumme laatia PowerPoint-esitys osastotuntimme tueksi. PowerPoint-esitykseen pystyimme lisäämään ne asiat, joita halusimme osastotunneilla kuulijoillemme kertoa. Uskomme myös, että kuulijoidemme oli helpompi ymmärtää asiaamme, kun diaesityksemme oli näkyvillä koko ajan. Osastotuntien aikana meille selvisi, että ESAS-oireidenkartoitusmittari oli vielä melko vieras työväline sairaanhoitajille ja muulle hoitohenkilökunnalle palliativisessa hoidossa olevan potilaan hoitotyössä. Osastotunneista emme tehneet arviointilomaketta kuulijoillemme. Ensimmäisessä työyksikössä esityksemme jälkeen, hoitajat vaikuttivat tyytyväisiltä, kun toimme tietoa ja työvälineen palliativisessa hoidossa olevan potilaan oireidenkartoitukseen.

Osastotuntien jälkeen jäimme toiveikkaina odottamaan työyksiköiden palautetta ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytöstä. Molemmat työyksiköt kertoivat hoitavansa palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita, joten odotimme saavamme useita palautelomakkeita. Oli yllättävää, kun kokeilujakson aikana emme saaneet kuin yhden palautelomakkeen toisesta työyksiköstä. On ikävää, ettei palautetta ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytöstä tullut enempää. Toiselta työyksiköltä, joka ei palauttanut yhtään palautelomaketta, kysyimme sähköpostilla kokeilujakson päätyttyä syitä, miksi ESAS-oireidenkartoitusmittaria ei ollut käytetty. Pohdimme myös itse syitä, miksi mahdollisesti ESAS-oireidenkartoitusmittaria ei ollut käytetty tai saatu käytettyä. Pohdimme, oliko pitämämme osastotunti tai siellä esitetty PowerPoint-esitys puutteellinen vai eikö ESAS-oireidenkartoitusmittari herättänyt työyksikössä kiinnostusta. Mietimme myös, olivatko työyksikön työntekijät väsyneitä tai muutosvastarintaisia, ettei mittaria jaksettu käyttää. Olemme kuitenkin sitä mieltä, että osastotuntimme sisältö oli hyvä, selkeä ja monipuolinen, tarjosimme hyvän pohjatiedon ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttöön ja olemme tyytyväisiä omaan työhömmе. Uskomme, että jos kokeilujakso olisi ollut pidempi, esimerkiksi 1,5 vuotta olisi palautetta saatu enemmän, mutta näin pitkä aika ei soveltunut meidän opinnäytetyöprosessimme aikatauluun.

Työyksiköt valikoituivat toimeksiantajamme avustuksella, kun toimeksiantajamme oli tiedustellut ESAS-oireidenkartoitusmittarista kiinnostuneita työyksiköitä. Olimme tyytyväisiä aloittaessamme opinnäytetyöprosessiamme, että saamme jalkauttaa ESAS-oireidenkartoitusmittaria työvälineeksi palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden oireidenkartoitukseen. Osastotuntien jälkeen meistä alkoi tuntua, ettei toinen työyksikkömmе ollutkaan kiinnostunut ESAS-oireidenkartoitusmittarin käytöstä. Tämä tunne syntyi osastotunnin aikana vallinneen hoitajien asenteiden ja keskittyneisyyden puutteen pohjalta. Olimme tästä pettyneitä, koska olimme valmistautuneet esitykseemme perusteellisesti. Jos aloittaisimme prosessin alusta, käyttäisimme työyksiköiden valintaan enemmän aikaa ja varmistaisimme, että mukaan lähtevät työyksiköt olisivat kiinnostuneita ja motivoituneita asiastamme.

### 6.3 Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessin aikana

Ammatillinen kasvumme on ollut jatkuvaa koko opinnäyteprosessimme aikana. Kun pohdimme ammatillista osaamistamme ennen ja jälkeen opinnäytetyön, on meillä molemmilla tapahtunut kehitystä. Opinnäytetyöprosessin aikana saimme tutustua palliatiiviseen hoitotyöhön, palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoitoon, erilaisiin kipumittareihin sekä meille entuudestaan tuntemattomaan ESAS-oireidenkartoitusmittariin. Prosessin aikana saimme paljon hyödyllistä tietoa palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoidon suunnittelusta ja arvioinnista, jota voimme käyttää tulevaisuudessa hoitaessamme palliatiivisia potilaita.

Opinnäytetyömme tekeminen on vaatinut meiltä suunnitelmallisuutta sekä tiukkaa aikataulun noudattamista. Onnistuimme kuitenkin pysymään aikataulussa toimintasuunnitelmassa laatimamme aikataulun mukaisesti. Koimme, että tarkan aikataulun laatiminen auttaa meitä pääsemään työssämme eteenpäin ja se tuo lisää motivaatiota työn tekemiseen, kun on laatinut tarkan päämäärän milloin työn on tarkoitus olla valmis. Pienet välitavoitteet lisäsivät myös molempien motivaatiota opinnäytetyön tekemiseen, ja siten aikataulussa pysyminen onnistui paremmin. Opinnäytetyön tekeminen parityöskentelynä on myös opettanut meitä kunnioittamaan toisen mielipidettä sekä sopimaan ja ratkomaan asioista niin, että lopputulos on molempien mieleen. Toisen mielipiteiden kunnioittamisen taitoa tulemme tarvitsemaan myös tulevaisuudessa työelämässä, ja siksi tämä on myös kasvattanut ja kehittänyt meidän ryhmä- ja tiimityöskentelytaitoja entistä vahvemmiksi. Koimme myös tämän prosessin aikana, että hyvän työn saavuttamiseksi on tärkeää tehdä mahdollisimman tarkka ja hyvä suunnitelma, jotta työn tekeminen olisi sujuvaa ja määrätietoista.

Osastotuntien järjestäminen on ollut opettavainen kokemus, joka tuki meidän ammatillista kehittymistä ja suunnitelmallisuutta. Osastotuntien järjestämisessä ja suunnittelussa jouduimme ottamaan huomioon monenlaisia asioita, esimerkiksi esitysten aikataulut, PowerPoint-esityksen suunnittelu, kohderyhmä kenelle esitykset pidetään ja millä tavoin pyydämme palautetta ESAS-oireidenkartoitusmittarin käyttökokemuksista. Osastotuntien pitäminen kokeneil-



le sairaanhoitajille ja muulle hoitohenkilökunnalle vaati meiltä paljon rohkeutta ja itsevarmuutta, että saimme pidettyä osastotunnin ammatillisesti ja asiantuntevasti. Koimme tämän kasvattavan myös itsevarmuuttamme esiintyjinä ja tulevina sairaanhoitajina.

#### **6.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkokehittämissuhteet**

Mielestämme olisi tärkeää, että mahdollisimman moni palliatiivisessa hoidossa olevia potilaita hoitava sairaanhoitaja saisi tietoa ESAS-oireidenkartoitusmittarista, sillä mittari tarjoaa mahdollisuuden potilaan oirekirjon kokonaisvaltaiseen kartoittamiseen. Näin potilaan oireet tulisivat mahdollisesti paremmin huomioiduiksi ja hoidetuiksi, ja mahdollisilta oireiden alihoidoilta vältyttäisiin. ESAS-oireidenkartoitusmittarista ja hyvästä kivun hoidosta olisi myös hyvä puhua enemmän hoitotyön koulutusohjelman palliatiivisen ja saattohoidon opintojen yhteydessä. Näin myös opiskelevat, tulevaisuuden sairaanhoitajat olisivat tietoisia ESAS-oireidenkartoitusmittarista ja kivunhoidon tärkeydestä ja voisivat mukanaan tietoa työelämään siirtyessään.

Aiheestamme voisi tehdä lisää tutkimuksia, joissa tutkittaisiin ESAS-oireidenkartoitusmittarin soveltuvuutta erilaisille potilasryhmille. Lisäksi ESAS-oireidenkartoitusmittarin avulla voitaisiin tutkia palliatiivisen hoidon vaikuttavuutta esimerkiksi ennen ja jälkeen hoidon. Opinnäytetyöhömme laatimaamme PowerPoint-esitystä voisi käyttää jatkossakin ESAS-oireidenkartoitusmittarin esittelyyn ja sen käyttöön perehdyttämiseen. PowerPoint-esitystämme voi myös käyttää opetus- ja luentomateriaalina.

## Lähteet

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E.-L. 2008. Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: WSOY.
- Anttonen, M.S. & Hänninen, J. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M.S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 23–26.
- ETENE. 2012. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Helsinki.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf). 08.12.2014.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito- haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen, J. 2012. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Etelä- Suomen syöpäyhdistys & Terhokoti. <http://cancerfibin.directo.fi/@Bin/8e9c0c10e5425763e3bf89803293516c/1415168790/application/pdf/78548733/Saattohoito-opas%202012%20.pdf>. 5.11.2014.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Joensuu, H., Roberts, P., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Jyrkkio, S., Kouri, M. & Teppo, L. (toim.). 2013. Syöpätaudit. Helsinki: Duodecim.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. Kipu. Helsinki: Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Käypä-hoito suositus. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suosituksat;jsessionid=AA55B7E52DF01262C3C0FCDC5214E570?id=hoi50063>. 12.5.2015.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.
- Modonesi, C., Scarpi, E., Maltoni, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini, F., Sansoni, E., Amadori, D. 2005. Impact of Palliative Care Unit Admission on Symptom Control Evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System. Journal of Pain and Symptom Management Vol. 30 (4).  
[http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00390-8/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(05)00390-8/pdf). 26.11.2014.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Paakkari, P. 2013. Krooninen (pitkäaikainen) kipu- lääkehoito. Duodecim. Terveyskirjasto.

- [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00939](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00939). 5.11.2014.
- Edmonton Zone Palliative Care Program. 2010. Guidelines for using the revised Edmonton Symptom Assessment System. [http://www.palliative.org/NewPC/\\_pdfs/tools/3C7%20ESAS-r%20guidelines%20Aug%2022%202014.pdf](http://www.palliative.org/NewPC/_pdfs/tools/3C7%20ESAS-r%20guidelines%20Aug%2022%202014.pdf). 11.12.2014.
- Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93373/gradu01009.pdf?sequence=1>. 19.8.2015.
- Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M. & Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Salminen, E. 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan kivun?. Kipuviesti (1). <http://www.skty.org/system/files/files/Kipuviesti%201-2007.pdf>. 26.11.2014.
- Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon?. Duodecim. 123:825-828 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96389.pdf>. 26.11.2014.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Helsinki: WSOY.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). 11.5.2015.
- Vainio, A. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Duodecim. Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00005](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00005). 5.11.2014.
- Vainio, A. & Hietanen, P. 2004. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Watanabe, S., Nekolaichuk, C., Beaumont, C. & Mawani, A. 2008. The Edmonton symptom assessment system- what do patients think. Support Care Cancer. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kreft%20og%20kirurgi/KSLB/ESAS/ESAS%20%20what%20do%20patients%20think%20Watanabe.pdf>. 26.11.2014.

## Toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

<b>Toimeksiantaja</b>	
Organisaation nimi:	Karelia-ammattikorkeakoulu
Toimeksiantajan edustaja:	Paletti-hanke Satu Hyttiäinen, projektipäällikkö
Osoite:	Tikkarinne 9
Puhelinnumero:	+358 50 3675125
Sähköposti:	satu.hyytiainen@karelia.fi
<b>Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot</b>	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1201262 Anne Lappalainen 1201884 Viivi Kojo
Puhelinnumero:	+358 50 433 7310
Sähköposti:	anne.k.lappalainen@edu.karelia.fi
<b>Toimeksiannon kuvaus</b>	
Aihe	KIVUN HOIDON SUUNNITTELU JA ARVIOINTI –ESAS-mittarin käyttöönotto
Toteutusmuoto	Toiminnallinen opinnäytetyö
Aikataulu	Valmis keväällä 2015
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Ks. alla olevat sitoumukset
<b>Toimeksiantajan sitoumukset</b>	
Opiskelija voi kopioida hankkeen kustannuksella opinnäytetyöhön liittyvää materiaalia Tikkarinteen monistamon koneella tai vaihtoehtoisesti hän saa kopiopaperia. Opiskelija saa kirjekuoret tutkimuslupahakemuksiin.	
<b>Opiskelijan sitoumukset</b>	
Opiskelija luovuttaa valmiin opinnäytetyön hankkeelle 1kpl paperiversiona muovikansissa sekä sähköisesti/muistitikulla. Opiskelija antaa luvan laittaa opinnäytetyö Moodle-sähköiseen oppimisympäristöön hankkeessa olevien toimijoiden käyttöön ja PKSSK:n perustettavaan Saattohoito-portaaliin. Valmiin opinnäytetyön opiskelija esittelee hanketoimijoille erikseen sovittavana ajankohtana.	
<b>Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa</b>	
Ohjaaja(t):	Henna Myller Irja Väisänen
<b>Opinnäytetyön julkisuus</b>	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	
<b>Allekirjoitukset</b>	
Päiväys	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
19.12.2014	 Anne Lappalainen Viivi Kojo
Päiväys	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys
19.12.2014	 Satu Hyttiäinen
Päiväys	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
30.1.2015	 Henna Myller Irja Väisänen

**Diaesitys**



# Palliativisessa hoidossa olevan potilaan kivunhoidon suunnittelu ja arviointi

Karelia Ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma  
Viivi Kojo & Anne Lappalainen



## Sisältö

- Yleistä kivusta
- Saattohoitopotilaan kipu
- Kivunhoito
- Kivunhoidon suunnittelu ja arviointi
- Kipumittarit
- ESAS- oirekartoitusmittari

## Diaesitys

## Yleistä kivusta

- Kipu on subjektiivinen kokemus
- Kivun tuntemiseen vaikuttaa erilaiset tekijät, esimerkiksi fysiologiset muutokset, tunteet, ajatukset, sosiaaliset suhteet sekä yksilön toiminta
- Myös psyykinen hyvinvointi vaikuttaa kivun kokemiseen. Esimerkiksi väsymys, unettomuus ja pelko alentavat kipukynnystä
- Kivun eri tyyppiä ovat: akuutti kipu, krooninen kipu, läpilyöntikipu, nosiseptiivinen kipu, neuropaattinen kipu

## Palliativisessa hoidossa olevan potilaan kipu

- Kipu on yleisin oire ja aiheuttaa eniten kärsimystä
- Äärimmillään hallitsematon ja jatkuva kipu voi viedä elämältä arvon ja merkityksen tunteen
- Jatkuva kipu ja kivuliaan kuoleman pelko stressaavat potilasta, joka vaikuttaa muun muassa unenlaatuun, aiheuttaa väsymystä ja miellalahäiriöt lisääntyvät
- Potilaat ilmasevat kiputuntemuksiaan eri tavoin
- Potilaat ja omaiset voivat pelätä opioidilääkityksen aloittamista, koska he pelkäävät ettei kivunhoidossa ole enää muita keinoja
- Saattohoitopotilaan oireiden lisääntyminen voi lisätä potilaan pelkoa lähestyvistä kuolemasta

## Diaesitys

## Kivunhoito

- Palliativisella- ja saattohoitopotilaalla on oikeus hyvään ja onnistuneeseen kivunlievitykseen
- Onnistuneen kivunhoidon edellytyksenä on, että sairaanhoitajalla on tietoa ja motivaatiota hoitaa kipua
- Potilaalla on oikeus valita hänelle sopiva kivunhoitomenetelmä
- Sairaanhoitajan tehtävänä on antaa potilaalle tietoa kivun hoidon mahdollisuuksista ja lääkeaineiden vaikutuksista
- Kivun ennaltaehkäisy on tärkeää. Palliativisen- ja saattohoitopotilaan kipua voidaan ennaltaehkäistä hoitotyön eri keinoin (asentohoito, ihon hoito, potilaan henkisen hyvän olon turvaaminen jne.) ja lääkehoidolla

## Kivunhoidon suunnittelu ja arviointi

- Kivunhoitotyössä kokonaisvaltaisuus on tärkeää: mitä kivun arviointimenetelmiä käytetään? Mitkä ovat hoitotyön auttamiskeinot? Miten kivunhoidosta kirjataan ja raportoidaan? Kenelle hoidosta raportoidaan?
- Kivunhoidon suunnittelu ja arviointi on moniammatillista työtä
- Saattohoitopotilaan kipua tulee hoitaa kaikkina vuorokauden aikoina
- Saattohoitopotilaalle tulee laatia kivunhoitosuunnitelma, jonka mukaan kivunhoitoa toteutetaan
- Potilas on kipunsa paras asiantuntija. Jos potilas ei itse pysty tai osaa arvioida omaa kipuaan, tulee sairaanhoitajan arvioida kipua potilaan puolesta
- Kivun säännöllinen arviointi ja sen kirjaaminen on tärkeää hoidon vaikuttavuuden kannalta

## Diaesitys

## Kivunhoidon suunnittelu ja arviointi

- Kivun arvioinnissa on tärkeää käyttää apuvälineitä, sillä ne auttavat tekemään kivusta näkyvää
- Numeraaliset ja kuvalliset kipusteikot ovat tasmällisempiä arvioimaan kivun voimakkuutta kuin pelkkä sanallinen kivun kuvailu
- Kivun sanallinen kuvaaminen voi olla potilaalle haasteellista kivun sekamuotoisuuden vuoksi
- Potilasta on kuitenkin hyvä pyytää kuvailemaan kivun laatua myös sanallisesti kuten viiltävä, pistävä, puristava, jomotteleva tai tykyttelevä
- Kipua arvioidessa tulee käyttää samaa kipumittaria joka kerta. Kipumittarin käyttö opastetaan potilaalle, jotta potilas voi itse arvioida kipuaan ja kipulääkkeen vaikuttavuutta
- Kivun arvioinnissa on tärkeää tietää kivun kesto eli alkamisaika sekä kivun ilmeneminen ajan ja toimintojen suhteen

## Kipumittarit

- Kipua voidaan kuvailla sekä sen voimakkuutta arvioida erilaisten sanallisten, numeraalisten tai visuaalisten asteikkojen ja mittareiden avulla
- Kipukokemusta pyritään havainnollistamaan erilaisilla kipumittareilla kuten esimerkiksi kipupiirroksella, VAS- asteikolla sekä erilaisilla sanallisilla apuvälineillä
- ESAS- mittari, kipupiirros sekä VAS- asteikko kuuluvat palliativisessa hoidossa olevia potilaita hoitavan sairaanhoitajan työvälineisiin



## Diaesitys

## ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)

- Palliativisessa hoidossa olevien potilaiden oirekirjo on huomattava
- Monioireisuus saattaa jäädä huomaamatta, jos potilaalta kysellään vain yleisesti vointiin liittyviä kysymyksiä
- Potilas ei välttämättä kerro ikäviäkään oireita, jos niitä ei erityisesti kysytä
- Oireet ovat yhteydessä toisiinsa aiheuttaen kierteen, joka ei välttämättä katkea pelkästään yhteen oireeseen puututtaessa
- Potilaan oireiden kokonaisvaltainen kartoitus parantaa hoidon laatua sekä auttaa estämään oireiston pahenemista
- ESAS- mittarin kaltainen strukturoitu oirekartoitus tarjoaa lääkärille ja hoitohenkilökunnalle kokonaisvaltaisen kuvan potilaan oireista ja kipuongelmasta sekä voi auttaa kipukierteen katkaisemisessa

## ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)

- ESAS- mittari on helppokäyttöinen ja luotettava oireidenkartoitusmittari mittaamaan palliativisen hoidon potilaiden erilaisia oireita
- Käytännöllinen työväline palliativisessa hoidossa olevan tai saattohoitopotilaan oireiden kartoitukseen ja hallintaan
- ESAS- mittarin etu on, että potilas voi arvioida ja raportoida oireidensa voimakkuutta itse, mikä auttaa sairaanhoitajaa luomaan kokonaiskuvaa potilaan oirekirjosta
- ESAS- mittarissa mitataan yhdeksää palliativiselle potilaalle tyypillistä oiretta: kipu, väsymys, pahoinvointi, ruokahaluttomuus, ummetus, hengenahdistus, masennus, levottomuus/ahdistus sekä unettomuus. Kymmenentenä oireena potilas voi kuvata omin sanoin jotakin muuta kokemaansa ongelmaa ja sen voimakkuutta

## Diaesitys

## ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale)

- ESAS- mittari toimii kipujanon (VAS, Visual Analogue Scale) periaatteella
- Jokainen oire arvioidaan erikseen omallaan, numeerisella asteikolla 0-10. 0 tarkoittaa ei lainkaan oiretta ja 10 pahinta mahdollista tunnetta tai oiretta
- ESAS- mittarin numeerisen arvioinnin lisäksi mittarin toisella sivulla on kuva ihmisestä edestä ja takaa, johon potilas voi piirtää kipunsa paikat
- Lisäksi kivun paikkojen piirtämisen lisäksi on kipua tarkentavia kysymyksiä, joihin potilasta pyydetään omin sanoin vastaamaan: Kauanko kipu kestää? Minkä laatuista kipu on? Mikä vaikuttaa kipuun, pahentaa /lieventää? Mitä lääkettä kipuun on kokeiltu, onko auttanut? Potilaan itsensä kokema pahin ongelma? Potilaan liikkumiskyky? Potilaan käytössä olevat kipu-, ummetus- ja pahoinvointilääkkeet?

## ESAS- mittarin tulkinta

- Potilaan oireiden alkutilanteen ja annetun hoidon vaikuttavuuden kartoittamiseksi käytetään luokkia 0, 1-3 sekä 4-10. Masennuksessa ja ahdistuksessa käytetään luokkia 0-1 ja 2-10
- Yleisesti ajatellen arvot 0- 3 sekä masennuksessa ja ahdistuksessa 0-1 ovat hyväksytyjä
- Potilaan kirjatessa arvon 4-10 ja masennuksen ja ahdistuksen kohdalla 2-10, tulee potilaan saamaa oirehoitoa muuttaa tilanteen korjaamiseksi

## Diaesitys

## Potilasesimerkki

- Potilas on täyttänyt ESAS- mittarin ja hoitaja käy mittarin tulokset potilaan kanssa läpi
- Hoitaja keskustelee potilaan kanssa potilaan oireista ja havaitsee, että potilaan voimakas ummetus heikentää potilaan ruokahalua ja aiheuttaa pahoinvoinnin tunteen potilaalle. Voimakas ummetus on myös kivulias kokemus
- Potilas toivoo kipuihinsa ja pahoinvointiin lisäksi lääkettä

Potilaan täyttämä ESAS- mittari (1)

- **Kipu 8**
- Väsymys 3
- **Pahoinvointi 4**
- **Ruokahaluttomuus 5**
- **Ummetus 7**
- Hengenahdistus 1
- **Masennus 7**
- Levottomuus/ahdistus 3
- Unettomuus 3

## Potilasesimerkki

- Osaston hoitohenkilökunta on hoitanut potilaan ummetusta, ja sen aiheuttamaa pahoinvointia ja ruokahaluttomuutta, sekä masennusta
- Parin päivän päästä uudestaan tehty ESAS- mittauksessa potilas arvioi oireensa lievemiksi
- Multa oireita hoidettaessa, myös potilaan kipu on laskenut, ja kipulääkityksen tarve vähentynyt

Potilaan täyttämä ESAS- mittari (2)

- **Kipu 5**
- Väsymys 3
- **Pahoinvointi 2**
- **Ruokahaluttomuus 2**
- **Ummetus 5**
- Hengenahdistus 1
- **Masennus 5**
- Levottomuus/ahdistus 2
- Unettomuus 3

**Diaesitys**





Liite 3, 1/2

**ESAS – OIREKYSELY POTILAAN OIREENMUKAISEEN ARVIOINTIIN**

Mukaeltu suomenkielinen versio (lähteenä Edmonton Symptom Assessment System – ESAS-

**Nimi:****Päivämäärä:****Henkilötunnus:****Osasto/poliklinikka:**

Ympäröikää numero joka parhaiten kuvaa oloanne juuri NYT:

**Kipu**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Väsymys/uupumus**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Pahoinvointi**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Ruokahaluttomuus**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Ummetus**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Hengenahdistus**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Masennus**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Levottomuus/ahdistus**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Unettomuus**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Muu ongelma \_\_\_\_\_**

Ei lainkaan 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

**Millaisena koette vointinne kokonaisuudessaan tänään?**

Paras mahdollinen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pahin mahdollinen

Lomakkeen täytti:

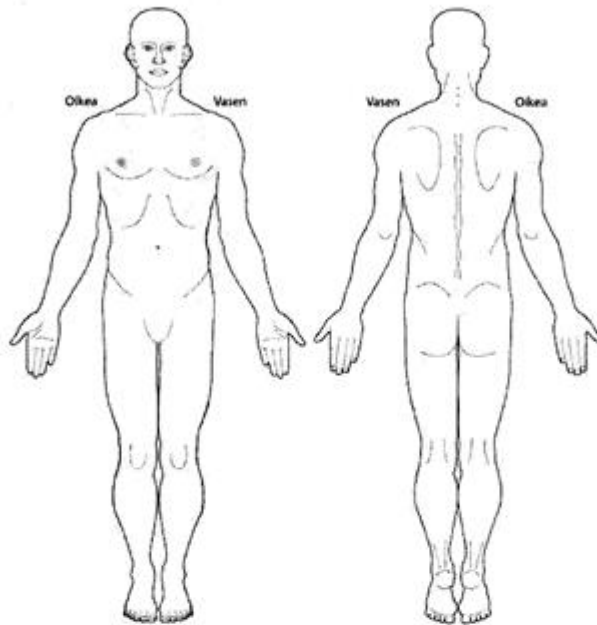
Potilas

Omainen/läheinen

Terveystieteiden henkilö

**KOKOVARTALOKAAVIO SIVUN KÄÄNTÖPUOLELLA  
MERKITKÄÄ NÄIHIN KUVIIN MISSÄ KIPU TUNTUU:**

Liite 3, 2/2



**Kauanko kipu kestää?**

Esim. jatkuva, ajoittainen, kohtauksittainen tai jotain muuta

**Minkä laatuista kipu on?**

- pinnallinen – syvä
- epämääräinen – tarkkarajainen
- tylppä – jomottava
- puristava – säteilevä
- pistävä – vihlova
- viiltävä – repivä
- jotain muuta

**Mikä yleensä vaikuttaa kipuun, pahentaa tai helpottaa?**

Mitä lääkettä on kokeiltu ja miten se on auttanut; sivuvaikutukset?

Potilaan itsensä kokema pahin ongelma?

Potilaan liikkumiskyky?

Käytössä olevat kipulääkkeet, pahoinvointi- ja ummetuslääkkeet?

