

---

# **SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO SAIRAANHOITAJIEN NÄKÖKULMASTA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön ko, sairaanhoitajan sv

Hoitotyö

Forssa, kevät 2016

Teija Kylmämetsä  
Linda Sällinen



FORSSA

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

---

<b>Tekijä</b>	Teija Kylmämetsä Linda Sällinen	<b>Vuosi</b> 2016
<b>Työn nimi</b>	Saattohoitopotilaan kivunhoito sairaanhoitajien näkökulmasta	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia saattohoitopotilaan kivunhoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada kivunhoidosta kokemuseräistä tietoa, jonka avulla kehittää kokonaisvaltaista kivunhoitoa osastolla, joka toimii opinnäytetyön toimeksiantajana. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli kantahämäläisen sairaalan osasto, jossa hoidetaan aktiivisesti saattohoitopotilaita. Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, jossa teemahaastattelun avulla kerättiin sairaanhoitajilta tietoa saattohoitopotilaiden kivunhoidosta. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.

Saattohoidon tavoitteena on taata potilaalle mahdollisimman hyvä lopuelämä. Saattohoito eroaa palliatiivisesta hoidosta siten, että palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan pidempiaikaisempaa hoitoa, kun taas saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuolinhetkeä. Saattohoitopotilaan kipua voidaan hoitaa lääkkeellisillä ja lääkkeettömillä menetelmillä ja niitä yhdistellen. Kipua pitää arvioida ja mitata jatkuvasti.

Tutkimustulosten mukaan saattohoitopotilaan kivunhoito on onnistunut silloin, kun potilas on levollinen ja kivuton. Kivunhoidossa tärkeää on ennakointi ja kipuoireisiin pitää osata reagoida välittömästi. Tuloksista ilmeni, että saattohoitopotilaan kivun lääkehoitoon panostetaan enemmän kuin lääkkeettömään hoitoon.

Saattohoitopotilaan kipua arvioidaan pääsääntöisesti sanattoman viestinnän perusteella. Mittareita käytetään vain vähän saattohoitopotilaan hoidossa. Tuloksista selviää, että kivunhoidossa käytetään porrastettua kivunhoitomallia. Omaiset ovat kokeneet saattohoidossa olleen läheisensä kivunhoidon hyvänä, mutta omaisten keskuudessa on esiintynyt pelkoja vahvoja kipulääkkeitä kohtaan. Osastolla voisi pitää tulevaisuudessa osastotunnin, jossa voitaisiin luoda osastolle paremmat hoitolinjat, joiden mukaan saattohoitopotilaiden hoidossa menetellään. Myös täydennyskoulutusta voisi harjoittaa.

**Avainsanat** saattohoito, saattohoitopotilas, kivunhoito, sairaanhoitaja

**Sivut** 41s. + liitteet 10 s.

FORSSA

Degree Programme in Nursing

Nurse

---

**Author**

Teija Kylmämetsä  
Linda Sällinen

**Year** 2016

**Subject of Bachelor's thesis**

Hospice care patient's pain management from the nurse's perspective

---

ABSTRACT

The purpose of this Bachelor's thesis was to clarify nurses' views and experiences of a hospice care patient's pain management. The objective of the thesis was to get empirical knowledge of pain management and to develop comprehensive pain management in the future. The thesis was commissioned by a hospital department in Southern Finland where hospice care patients are treated actively. Main methodology of this thesis was qualitative research in which by means of a theme interview knowledge of hospice care patients' pain management was collected. The information that was obtained from the interviews was analyzed using inductive content analysis.

The objective of hospice care is to ensure the best possible end of life to the patient. The difference between hospice care and palliative care is the duration. Palliative care is usually a longer process and hospice care is scheduled closer to death. The patient's pains can be treated by medicinal and non-medicinal methods in hospice care. The pain has to be estimated and measured continuously.

The results of the research suggest the patient's pain management is successful when the patient is calm and painless. In pain management anticipation and fast reaction are important. The results indicated that medicinal care is emphasized more than non-medicinal care in the hospice care patient's pain management.

Hospice care patient's pain is estimated mainly through non-verbal communication. Gauges are rarely used in hospice care. The results suggest that a stepwise operating pain management model is mainly used. The patient's relatives have experienced hospice care to be good, only strong medication has caused some fear. Based on the results, development areas are more proactive medical care planning, increased non-medicinal care and harmonizing the care guidelines on the department.

**Keywords** hospice care, patient, pain management, nurse

**Pages** 41 p. + appendices 10 p.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SAATTOHOITO .....	2
2.1	Palliativinen hoito .....	2
2.2	Saattohoitopäätös .....	3
2.3	Saattohoitopotilaan hoito.....	3
3	SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO.....	5
3.1	Kivun arvioiminen ja mittaaminen.....	6
3.2	Kivun lääkehoito .....	7
3.3	Kipulääkkeiden antotavat.....	8
3.3.1	Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet.....	9
3.3.2	Opioidit ja muut voimakkaat kipulääkkeet.....	10
3.3.3	Tukilääkkeet .....	11
3.3.4	Palliativinen sedaatio.....	11
3.4	Kivun lääkkeetön hoito .....	11
3.5	Omaiset mukana läheisensä kivunhoidossa .....	12
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	14
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	14
5.1	Tietokannat ja hakusanat.....	14
5.2	Aineiston kerääminen.....	15
5.3	Aineiston analysointi.....	16
5.4	Eettisyys .....	17
5.5	Luotettavuus .....	18
6	TULOKSET .....	19
6.1	Vastaajien taustatiedot.....	19
6.2	Onnistunut kivunhoito.....	20
6.3	Kivun arviointi ja mittaaminen .....	22
6.4	Kivunhoitomenetelmät.....	24
6.4.1	Lääkkeellinen kivunhoito .....	24
6.4.2	Lääkkeetön kivunhoito .....	27
6.5	Omaisten kokemukset saattohoidossa olleen läheisensä kivunhoidosta .....	29
6.6	Kivunhoidon kehittämishaasteet .....	31
7	POHDINTA.....	35
7.1	Tulosten tarkastelua.....	35
7.2	Johtopäätöksiä ja kehittämissuhteita .....	37
8	LÄHTEET .....	38
Liite 1	Opioidien ekvianalgeettiset annokset	
Liite 2	Kuolevan oikeuksien julistus (YK 1975)	
Liite 3	Saatekirje	
Liite 4	Teemahaastattelurunko	
Liite 5	Kategoriataulukot	

## 1 JOHDANTO

Saattohoito on parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tarkoituksena on taata kuolevalle potilaalle arvokas loppuelämä (Käypä hoito -suositus 2012, 4). Saattohoidossa olevista potilaista suurimman potilasryhmän muodostavat syöpäpotilaat. Saattohoitoa tarvitsevat myös mm. elinvaurio-, AIDS- ja neurologisista sairauksista kärsivät potilaat (Poukka, Pöyhiä & Tasmuth 2012, 452–453). Saattohoitoa voidaan kokonaisuudessaan järjestää palliatiivisen hoidon yksiköissä, saattohoitokodeissa, sairaalan osastoilla, kotona tai kodinomaisissa laitoksissa kotisairaanhoidon turvin. Dementiapotilaiden saattohoito pyritään pitkälle edenneen sairauden vuoksi toteuttamaan heitä hoitavassa yksikössä (ETENE 2012, 49).

Saattohoidossa kivunhoito kuuluu osana hyvään perushoitoon. Kivun kokemista ei voi verrata toisen ihmisen tuntemaan kipuun, koska se on aina yksilöllistä. Kipua voidaan arvioida sanallisen sekä sanattoman viestinnän avulla. Saattohoitopotilaiden kipu on usein pysyvää, sekä ajan myötä pahenevaa (Hänninen. 2008, 22).

Kivun ehkäiseminen on yksi hoidon perustarpeista, jolla taataan potilaalle kivuton yöuni sekä kivuttomuus levossa ja liikkuesssa (Kamppari 2012, 20–21). Kuitenkaan kaikilla saattohoitopotilailla ei ole välttämättä kipuja edes silloin, vaikka tauti olisi jo laajalle levinnyt (Hänninen 2003, 72). Saattohoitopotilaan kipua pitää arvioida, mitata ja hoitaa säännöllisesti (Hänninen 2008, 28).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia saattohoitopotilaan kivunhoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada kivunhoidosta kokemuseräistä tietoa, jonka avulla kehittää kokonaisvaltaista kivunhoitoa osastolla, joka toimii opinnäytetyön toimeksiantajana. Opinnäytetyön toimeksiantaja on kantahämäläisen sairaalan osasto, jossa hoidetaan aktiivisesti saattohoitopotilaita.

Keskeiset käsitteet: saattohoito, saattohoitopotilas, kivunhoito, sairaanhoitaja

## 2 SAATTOHOITO

Saattohoito on parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Psykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden käsittely on olennainen osa saattohoitopotilaiden hoitoa. (Aalto & Rajala 2012, 1; Järvimäki & Koskenkari 2010, 7; Sand 2003, 46.) Saattohoitopotilaan moniammatilliseen hoitohenkilökuntaan voi kuulua lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, psykologi, sairaalapastori ja fysioterapeutti. Saattohoidon tarpeen tunnistaminen on vaikeaa koko hoitohenkilökunnalle. Hoitavalla lääkärillä pitää olla kyky arvioida potilaan elämän loppuvaiheessa potilaalle paras hoitolinja ja ottaa siitä vastuu. (Sand 2003, 46.)

Tärkeää on arvioida, onko hoidon tavoitteena potilaan paraneminen vai oireiden lievittäminen. Hoidon päämääriä tulisi arvioida jatkuvasti hoitosuhteen aikana. Lääkärin vastuulla on tehdä päätös hoitolinjan muuttumisesta, myös saattohoitoon siirtymisessä. (Käypä hoito -suositus 2012, 4; Poukka ym. 2012, 450; Sand 2003, 44.)

Lähestyvään kuolemaan viittaavat merkit voivat jäädä hoitohenkilökunnalta huomaamatta. Potilaan hoidon voidaan antaa edetä aikaisemman suunnitelman mukaisesti ilman uutta arviota hoitolinjauksista. Useimmilla potilaalla on suuri toivo tilanteen paranemisesta ja pelko hoitojen lopettamisesta. Kuoleman lähestymistä ei haluta nähdä ja voi olla, ettei kukaan hoitohenkilökunnasta uskalla ottaa sen mahdollisuutta puheeksi. Kommunikaatiotaitojen puute saattaa olla saattohoitoon siirtymisen esteenä. (Korhonen & Poukka 2013.)

### 2.1 Palliatiivinen hoito

WHO:n määritelmän mukaan: ”Palliatiivisella hoidolla ymmärretään parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden aktiivista, elämänlaatua tukevaa kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun lääketieteellisesti parantavaa hoidon mahdollisuutta ei enää ole” (Käypä hoito -suositus 2012). Hoidollisena terminä palliatiivinen tarkoittaa oireenmukaista, tuskaa lievittävää ja vähentävää sekä helpottavaa hoitoa. Keskeistä on kivun ja muiden oireiden lievitys. Samalla hoidossa keskitytään psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä elämäkatsomuksellisiin yksilöllisiin tarpeisiin. (SPHY 2015.)

Palliatiivisessa hoidossa tavoitteena on mahdollisimman hyvä loppuelämä. Palliatiivisen hoidon tavoite on sairaan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen niin, että he voisivat elää täysipainoisesti ja laadukkaasti. Parantumattomasti sairaan potilaan hoito on moniammatillista ja sen vuoksi yhteistyö eri ammattiryhmien välillä tulee olla saumatonta. Näin voidaan turvata hoidon pitkäjänteisyys, inhimillisyys ja hyvä laatu. (SPHY 2015.)

Raja siirtyessä palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon on liukuva. Saattohoito eroaa palliatiivisesta hoidosta siten, että palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaiden pidempiaikaisempaa oireenmukaista hoitoa, kun taas saattohoito ajoittuu lähemmäksi todennäköistä kuolinhet-

keä. Palliativinen hoito saattaa kestää jopa vuosia, kun taas saattohoito kestää yleensä muutamia viikkoja tai enintään kuukausia. (Käypä hoito -suositus 2012, 1.)

### 2.2 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään yhdessä potilaan kanssa. Jos potilas ei ole itse päätöksentekoon enää kykenevä, niin päätöksistä keskustellaan hänen omaistensa kanssa. Tavoitteena on potilaan omien toiveiden selvittäminen. (Järvimäki & Koskenkari 2010, 14; ETENE 2012, 9–10; Käypä hoito -suositus 2012, 2.)

Yleensä päätökseen päädytään, kun sairauteen ei ole olemassa parantavaa hoitoa, potilas on hoidosta kieltäytynyt tai arvioitu elinaika on lyhyt. Päätös tehdään myös, jos sairauteen käytetyt aktiivihoidot eivät tehoa ja kuolema olisi odotettavissa hoidoista riippumatta. Päätös kirjataan tarkasti sairaskertomukseen, ja sen mukana tehdään aina DNR-päätös. (Duodecim 2004; Järvimäki & Koskenkari 2010, 7; Poukka ym. 2012, 452.)

DNR-päätös tarkoittaa elvytyskieltoa, joten potilaan hengityksen ja verenkierron toimintoja ei yritetä elvyttää hengityksen tai sydämen toiminnan heiketessä (Kuittinen, Seppänen, Heikkinen, Karjalainen & Järvimäki 2015, 16). DNR-päätös vähentää parantumatonta sairautta sairastavan potilaan elämän päättymiseen liittyvää turhaa kärsimystä ja tuskaa (Laine 2005).

### 2.3 Saattohoitopotilaan hoito

Saattohoitoon siirryttäessä pitää arvioida, mikä on potilaalle parhaaksi. Vain sellaisia tutkimuksia tulisi tehdä, joilla voidaan kohentaa potilaan sen hetkistä elämän laatua. Kuolevan potilaan hoidossa tulee miettiä aiemmin käytössä olleiden perussairauksien lääkkeiden tarpeellisuutta haitallisten vaikutusten ehkäisemiseksi. (Käypä hoito -suositus 2012, 1–2.) Saattohoidossa keskitytään kivun ja kärsimyksen ehkäisemiseen ja lieventämiseen, henkisen pahoinvoinnin hoitoon sekä hyvään perushoitoon. Perushoidossa tärkeää on huomioida potilaan puhtaus, ihon hoito, asentohoito, ravitsemus, potilaan ulkonäkö sekä liikunta. (ETENE 2012, 9; WHO 2012.) Enää ei keskitytä sairauteen vaan potilaaseen kokonaisuutena (Järvimäki & Koskenkari 2010, 7–8; Poukka ym. 2012, 452–453).

Kuoleman lähestyessä potilaan oireita arvioidaan kliinisten löydösten perusteella eikä laboratoriotutkimuksia enää tarvita. Nestetasapainon seuranta sekä verenpaineen, happikyllästeisyyden ja lämmön mittaus lopetetaan tarpeettomina ja huomio kohdistetaan erilaisten mittausarvojen sijasta potilaaseen yksilönä. Tavoitteena on tilanteen rauhoittaminen. Kaikkia ylimääräisiä hoitotoimenpiteitä on syytä välttää. (Korhonen ym. 2013.) Saattohoitopotilaan fyysisen hoidon tärkeimpiä osa-alueita ovat kivun, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin, suolistovaikeuksien ja kuihtumisen hoito ja niiden ehkäisy. Saattohoitoon kuuluu kokonaisuudessa myös ympäristöstä huolehtiminen. (Järvimäki & Koskenkari 2010 8–9; ETENE 2012, 32; Käypä hoito 2012, 9–12.)

Saattohoitopotilaan hoidossa on keskeistä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Potilaan on tärkeää osallistua hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. (Ridanpää 2006, 28; Kuuppelomäki 2002a, 243.) Potilaalla on oikeus saada tietoa hoidostaan, saada asianmukaista kivun lievitystä, välttyä hyödyttömiltä hidoilta, elää viimeiset hetkensä haluamassaan ympäristössä ja voida säilyttää itsenäisyytensä. Saattohoitopotilaalla on myös oikeus elää perheensä kanssa, säilyttää yhteys yhteisöihinsä, elää vuorovaikutuksessa muiden kanssa tai olla yksin, surra rauhassa ja olla hengellisessä toiminnassa mukana. (Duodecim 2004; Järvimäki & K2010, 7.) Kuolevalla potilaalla on oikeus ihmisarvoiseen saattohoitoon sekä kaikkeen fyysiseen ja psyykkiseen apuun (ETENE 2012, 6–7; Käypä hoito -suositus 2012, 1).

Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaisvaltaisessa kivunhoidossa tärkeänä osana on hyvä hoitosuhde. Hoitosuhde pohjautuu rehellisyyteen, avoimuuteen, aitoon välittämiseen, turvallisuuteen, jatkuvuuteen ja kiireettömyyteen. (Järvimäki ym. 2010, 10–11.) Hoitohenkilökuntaa pidetään yleensä asiantuntijoina, aktivoijina, suojelijoina ja lohduttajina (Sand 2003, 109).

Kommunikaatio hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä on oltava selkeää ja hoitohenkilökunnan jäsenten pitää tietää, mitä omaisten kanssa on jo keskusteltu. Hoitotyön kirjauksissa pitää olla selkeää informaatiota asioista, etteivät ne jätä tulkinnan varaa tai luo epätietoisuutta. Hoitohenkilökunnan keskuudessa on sovittava, mitä informaatiota omaisille antaa lääkäri ja mitä hoitajat. (Järvimäki ym. 2010, 14–15.)

Saattohoitopotilaan lähestyvä kuolema ja kipu tuovat esille hänen elämänsä perimmäisiä kysymyksiä ja erilaisia arvoja. Potilaan elämänhistoriaa voidaan käyttää henkisen ja hengellisen hoidon perustana. Potilaan osoittaessa halua puhua, on jokaisella hoitohenkilökuntaan kuuluvalla velvollisuus kuunnella, riippumatta omasta elämänsä katsomuksesta. (ETENE 2012, 33.)

Johonkin uskontokuntaan kuuluva potilas voi toivoa sielunhoitona rukoilemista, Raamatun lukemista, virsien laulamista, ripittäytymistä tai ehtoollista. Näihin kaikkiin pitää olla mahdollisuus hoitopaikasta riippumatta. (Järvimäki ym. 2010, 10.) Kokonaisvaltaisessa saattohoidossa korostuu yksilöllisyys, inhimillisyys, läheisyys, ainutkertaisuus, arvokkuus ja tuki (Sand 2003, 111).

Kuolemaa ei voi kohdata teknisesti, neutraalisti tai hallinnollisilla välineillä, vaan siinä hoitajan pitää olla aidosti läsnä (ETENE 2012, 43–44). Saattohoitopotilaan henkistä kärsimystä voivat lisätä negatiiviset tunnetilat: ahdistus, pelko, masennus, epätoivo tai viha. Yleistä ahdistusta voi aiheuttaa pelko mahdollisista ulkonäkömuutoksista, itsekontrollin menettäminen sekä kivun ja kuoleman pelko. Myös alitajuntaista vihaa hoitohenkilökuntaa kohtaa voi esiintyä tilanteen toivottomuuden vuoksi. Omaiset voivat tuntea samoja tuntemuksia hoidettavan läheisensä kanssa. (Järvimäki ym. 2010, 11.)

Viimeisten elinvuorokausiensa aikana saattohoitopotilaan vointi heikkenee. Kiinnostus ruokaa kohtaan usein häviää, nieleminen vaikeutuu ja uneliaisuus lisääntyy. Perussairauden luonne tulee vähemmän tärkeäksi ja oireiden



hyvä hoito sekä perheen tukemisen merkitys ovat erittäin tärkeitä. Henkilökunnalla pitää olla herkkyyttä potilaan ja hänen omaistensa stressin ja ahdistuksen vaistoamiseen. Potilaalle ja omaisille on tärkeää selittää, mitä on tapahtumassa, mitä on odotettavissa ja mitä lääkityksiä saattohoitopotilaan hoidossa käytetään. Lisäksi selvitetään, mitä omaiset voivat tehdä kuolevan läheisensä hyväksi ja mistä he voivat itse saada tukea. (Korhonen ym. 2013.)

Nopea toimintakyvyn heikkeneminen ja oireiden paheneminen ennakoivat kuolemaa pitkään sairastaneen potilaan kohdalla (Poukka ym. 2012, 450–451). Lähestyviä kuoleman merkkejä voidaan seurata potilaan levottomuudesta, kipujen ilmaisuista, hengitystaajuudesta tai hengenahdistuksen ilmenemisestä. Tärkeää on huolehtia potilaan asianmukaisesta kivun lievityksestä. Saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa pitää voida olla varmoja, ettei hoitoa lopeteta kuoleman läheystyessä, vaan potilaan hyvinvoinnista huolehditaan loppuun asti. (Järvimäki ym. 2010, 16.) Saattohoito on oltava ihmisarvoista elämää loppuun saakka sekä myös vainajaa on kunnioitettava. (ETENE 2012, 11–12).

### 3 SAATTOHOITOPOTILAAN KIVUNHOITO

Kipu on vaikea ja yleinen oire saattohoitopotilailla. Kipu voi heikentää itsetuntoa ja toimintakykyä sekä aiheuttaa masennusta. Hallitsematon ja loputtomalta tuntuva kova kipu voi viedä elämältä arvon ja merkityksen. Kuoleman pelko, jatkuva kipu sekä kielteiset oletukset tulevasta aiheuttavat potilaalle stressiä, jolla taas on vaikutusta myös elimistön immunologiseen ja endokriiniseen järjestelmään. Näiden seurauksena potilaan väsymys, unihäiriöt sekä mielialahäiriöt lisääntyvät. Kipuun liittyvä stressi lisää potilaan toivottomuutta ja kärsimystä. (Hänninen 2003, 72.)

Kuolevan potilaan kivunhoito kuuluu osana hyvään perushoittoon. Kivun kokemista ei voi verrata toisen ihmisen tuntemaan kipuun, koska se on aina yksilöllistä. (Hänninen 2008, 22). Jotta saattohoitovaiheessa olevan potilaan elämänlaatua voitaisiin parantaa, on kipujen tunnistaminen tärkeää. Näin ollen kivun ehkäiseminen on erityisen tärkeää. Kipujen lievittämisellä ja mahdollisesti niiden poistamisella rauhoitetaan ja autetaan potilasta jaksamaan elämän loppuvaiheessa. (Kamppari 2012, 20; Käypä hoito -suositus 2012, 16.)

Eri kipumuotoja ovat akuutti-, krooninen, fyysinen, kliininen, neuropaattinen, luusto-, läpilyönti-, nosiseptiivinen, sisäelin- ja idiopaattinen kipu. Näitä kaikkia kipumuotoja havainnoidaan, tulkitaan ja hoidetaan eri tavalla. Kipu voi olla mm. pistävää, terävää ja repivää. (Hänninen 2003, 72; Hänninen 2008, 28–31; Kamppari 2012, 20–21.) Saattohoitovaiheessa olevan potilaan kipu on yleensä kroonista. Läpilyöntikivussa potilas tuntee voimakasta äkillistä kipua, vaikka kroonista jatkuvaa kipua olisikin hoidettu tehokkaasti. (Hänninen 2003, 72.)

Jotta saattohoitopotilaalle voidaan antaa hyvää kivunlievitystä, tulee tietää, millaista potilaan tuntema kipu on. Subjektiiivisista oireista riippumatta potilaan kipua hoidetaan aina potilaan oman arvion mukaan. Neuropaattisessa

kivussa saattaa kipuun liittyä ihon tuntomuutoksia. Luustokivussa taas kuvantaminen on hoidon suunnittelun apuna. Oireiden perusteella tehtävän diagnoosin tekemistä helpottavat kliininen tutkimus sekä kuvantaminen. Kipuja ei pitäisi kuitenkaan hoitaa jatkuvasti ilman, että selvitetään potilaan oirekokonaisuus. (Hänninen 2003, 81.)

### 3.1 Kivun arvioiminen ja mittaaminen

Kun lääkäri tuntee potilaan ja tämän elämäntilanteen, sitä paremmin hän voi löytää keinot potilaansa kivunlievitykseen. Potilaan tuntemaa kipua voidaan erotella psyykkiseen, fyysiseen sekä eksistentiaaliseen osa-alueeseen. Lääkäri joutuu näin ollen arvioimaan ja hoitamaan kipua niin fysiologisena oireena kuin myös henkisenä ja hengellisenä kipuna. (Hänninen 2003, 74–75.)

Potilaat ilmaisevat kiputuntemuksiaan monilla eri tavoilla. Kivun luonne voi samalla henkilöllä vaihdella eri aikoina ja eri henkilöt voivat kokea saman prosessin kivuliaana eri tavoin. Potilaan tuntema kipu ei myöskään ole aina suorassa yhteydessä kipua aiheuttavaan elimelliseen vaivaan. Fyysistä kipua voidaan mitata erilaisilla kipuasteikoilla. (Hänninen 2003, 75.)

Kivun vaikutukset eivät näy pelkästään fyysisten toimintojen heikkoutena vaan myös käyttäytymisessä yleisen kiinnostuksen puutteena. Levottomuuden taustalla on usein kiputila, jonka syyn poistaminen rauhoittaa myös levottomuuden. Jännittynyt vartalo, liikkumattomuus, hitaat ja jäykät liikkeet sekä levoton liikehdintä voivat viestittää kivusta. Kasvojen ilmeet ovat objektiivisesti arvioituna hyvä, yksinkertainen ja helppo tapa havaita saattohoitopotilaan kipua. (Jänis 2009, 12–13.)

Kliiniseen kipuun sisältyy kaikki se, minkä potilas tuntee epämiellyttäväksi. Monesti on vaikeaa erottaa, onko potilaan tuntemus varsinaista kipua vai esimerkiksi ummetuksesta tai närästyksestä johtuvaa kipuaistimusta. On myös vaikeaa erottaa esimerkiksi syövän kasvusta aiheutuva kipu tai elämän luopumisesta aiheutuva tuska. Kivun kokemukseen vaikuttavat myös potilaan käsitys omasta hyvinvoinnistaan. Väsymys, unettomuus, pelko, ahdistuneisuus, kyllästyminen tai masennus ovat kipukynnystä alentavia tekijöitä. (Hänninen 2003, 75–76.)

Kivun mittaamiseksi on yleisesti käytössä muun muassa VAS-kipumittari, kipupiirustukset ja erilaiset sanalliset apuvälineet (Hänninen 2015, 82). VAS on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasemmassa päässä on 0 eli ei kipua ja oikeassa 10 eli pahin mahdollinen kipu. Potilas merkitsee janaan kohdan, joka vastaa hänen sen hetkisen kipunsa voimakkuutta näiden kahden ääripään välillä. Kivun mittaamisessa verrataan kipua potilaiden yksilölliseen kipuaistimukseen. (Vainio 2009.)

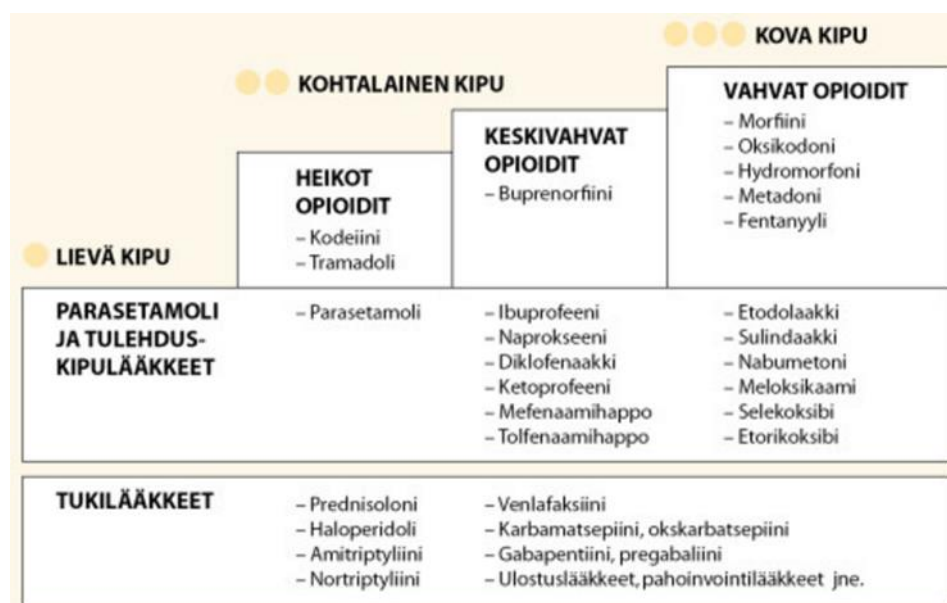
Potilaan kivun vaihtelut sekä lääkkeiden vaikutukset voidaan selvittää hyvin, kun potilasta pyydetään toistuvasti arvioimaan kiputuntemuksen voimakkuutta samalla mittarilla. Monesti saattohoitopotilaan kipua seurataan vain silloin tällöin, vaikka hoidon seurannan kannalta olisi tehokkaampaa, kun kipua tarkkailtaisiin ja kirjattaisiin säännöllisesti. (Hänninen 2003, 82.)

Kipulääkitystä valittaessa tulisi myös huomioida kivun syy. Väärin tai häntäisesti arvioitu kivun kehittyminen aiheuttaa potilaalle turhaa kärsimystä. (Kamppari 2012, 21.)

Oleellisia asioita kivun arvioimisessa ovat kivun voimakkuus, luonne, sijainti ja säteily. Kivun vaikutus hyvinvointiin ja aktiivisuuteen otettava huomioon saattohoitopotilaan kipua mitatessa. Aikaisemmat kivunhoitomenetelmät ja kipuhistoria, kipua helpottavat ja pahentavat tekijät sekä kivun kesto ja laatu vaikuttavat suurelta osin kivun arviointiin. Kivun psyykkisten ja sosiaalisten yhteyksien selvittäminen on usein erityisen hankalaa. Potilaan kokema kipu vaikuttaa hänen koko elämäänsä ja ympäristöönsä. (Hänninen 2003, 81–83.)

### 3.2 Kivun lääkehoito

Saattohoitopotilaan onnistunut lääkehoito koostuu lääkityksen säännöllisyydestä, potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta, mahdollisten sivuvaikutusten minimoimisesta, läpilyöntikivun hoitamisesta sekä kipulääkkeiden oikeanlaisesta valinnasta. Lääkkeellisessä kivunhoidossa voidaan käyttää apuna porrastettua kivunhoitomallia (Kuvio 1), joka on lääkehoidon suunnittelua ja toteutusta varten hyvä apuväline. (Kamppari 2012, 21–22.) Kipulääkkeiden annostelussa pyritään yksinkertaisuuteen, säännöllisyyteen sekä haittavaikutusten ennakointiin ja hoitoon (Aalto & Rajala 2012, 12).



Kuvio 1. Porrastettu kivunhoitomalli (Käypähoito, 2013).

Saattohoitopotilaan kipua hoidettaessa tulee huomioida kivun voimakkuus, haittaavuus, laatu, sijainti, aika ja siihen käytettävät lääkkeet ja niiden teho. Läpilyöntikivun tunnistaminen on tärkeää, koska sen hoitaminen vaatii nopeaa reagoitua sekä nopeavaikutteisen kipulääkkeen käyttöä. Läpilyöntikiipuun käytettävien lääkkeiden kulutusta tulee seurata vuorokausittain. (Hänninen 2003, 85.) Voimakasta kipua täytyy hoitaa voimakkailla lääkkeillä ja

kärsimystä pitää pystyä estämään. Voimakkaat kipulääkkeet paitsi lisäävät elämän laatua myös sen pituutta. (Kamppari 2012, 26.)

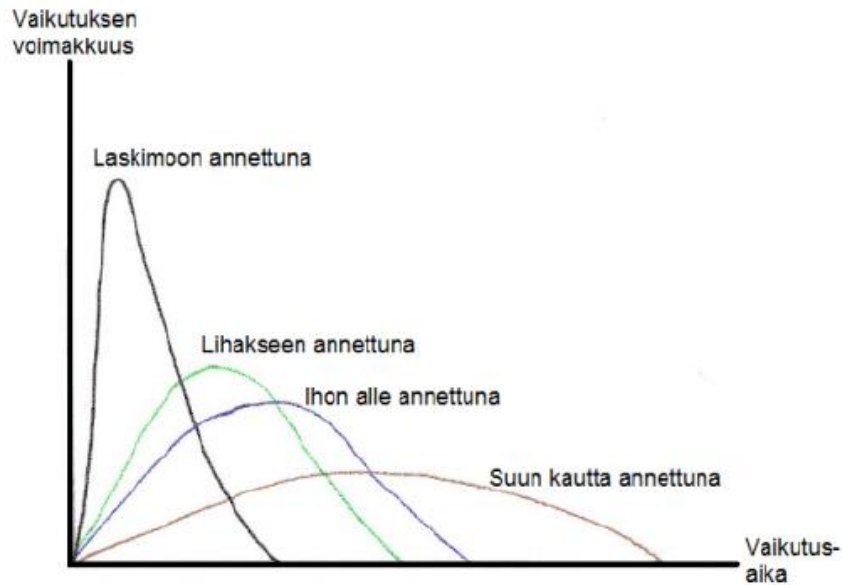
### 3.3 Kipulääkkeiden antotavat

Lääkkeiden antotapa ja lääkemuoto valitaan potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Niitä valittaessa tulee huomioida lääkehoidon tehokkuus, turvallisuus sekä potilaan hoitomyönteisyys. Lääkkeiden antotavat jaetaan kahteen päätyyppiin, enteraaliseen ja parenteraaliseen. Enteraalisella lääkkeen antotavalla tarkoitetaan lääkkeen antoa ruuansulatuskanavaan, joko suun kautta tai peräsuoleen. Parenteraalisella antotavalla tarkoitetaan lääkkeen antoa kaikkialle muualle elimistöön. Lääkeainetta voidaan antaa systeemaattisesti, jolloin lääkeaine kulkeutuu kohde-elimeeseen verenkierron kautta, kun taas paikallisesti annettuna lääkeaine annetaan suoraan haluttuun kohtaan. (Nurminen 2008, 17–20.)

Lääkkeitä annetaan tavallisemmin suun kautta eli oraalisesti (p.o.), joka on yksinkertaisin ja turvallisin tapa saattaa lääkeaine elimistöön (Nurminen 2008, 18; Seikola 2011, 120). Oraalisesti voidaan antaa tabletteja, nestemäisiä liuoksia, liukenevia poretabletteja, jauheita, kielen alle sulavia resoribletteja, erilaisia sumutteita ja imeskelytabletteja (Nurminen 2008, 19; Pietikäinen 2004, 55).

Lääkkeitä voidaan antaa myös parenteraalisesti injektioina ihon alle eli subkutaanisesti (s.c.), lihakseen eli intramuskulaarisesti (i.m.) tai suoraan laskimoon eli intravenosisesti (i.v.). Lääkkeitä voidaan antaa potilaalle myös inhalaattoreina eli hengitettävänä lääkkeinä sekä erilaisina voiteina, tippoina ja puikkoina. Yksi lääkkeen antomuodoista on myös ihoon kiinnitettävä laastari, josta vapautuu jatkuvasti ihon kautta lääkeainetta tietyllä nopeudella. Lääkehoidossa tulee huomioida, että laskimoon lääkettä annettaessa vaikutus alkaa nopeasti ja kestää lyhyen aikaa. Päinvastoin enteraalaisesti annettaessa vaikutus alkaa hitaammin, mutta kestää pidempään (Kuvio 2). (Nurminen 2008, 18–22.)

Kipupumppu on aiheellinen saattohoitopotilaan kivunhoidossa siinä vaiheessa, kun potilas ei voi ottaa kipulääkitystä suun kautta, tai jos vaadittava opioidiannos nousee kohtuuttoman suureksi. Kipupumpun avulla lääkettä voidaan annostella potilaalle kliinisen tilanteen mukaan myös joko laskimoon, epiduraalitilaan tai spinaalitilaan eli selkäytimen kautta. Epiduraalista tai spinaalista antotapaa voidaan käyttää esimerkiksi, jos potilas on todella laiha eikä kudosta laskimokanyyliä varten löydy. (Kamppari 2012, 26.) Kipupumppuun siirryttäessä muita antoreittejä annettu opioidilääkitys lopetetaan (Aalto 2012).



Kuvio 2. Lääkeaineen vaikutuksen alkaminen, kesto ja voimakkuus eri antotavoin. (Nurminen 2008, 17.)

### 3.3.1 Parasetamoli ja tulehduskipulääkkeet

Saattohoitopotilaiden kivunhoito aloitetaan usein parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeellä ja niitä yhdistelemällä. Tulehduskipulääkkeitä ovat anti-inflammatoriset (NSAID) lääkkeet. Tulehduskipulääkkeiden vaikutusmekanismi perustuu ääreishermostoon, jonka myötä ne estävät syklo-oksigenaasientsyymin toimintaa. Tämän entsyymin toiminnan estäminen vähentää kipua välittävien ja tulehdusreaktiota lisäävien prostanooidien tuotantoa. Tällöin myös kivun tunne ja tulehdusreaktiot lievenevät. (Kamppari 2012, 22–23.)

Parasetamolia käytetään yleensä kudosvauriosta johtuvan kivun hoitoon sekä laskemaan kuumetta. Parasetamoli ei aiheuta ruoansulatuskanavan ärsytystä eikä se lisää verenvuodon riskiä. Tulehduskipulääkkeitä käyttäessä riskit ovat paljon suuremmat. Parasetamoli on kuitenkin maksatoksinen ja annostelua tulee tarkkailla maksasairaudesta kärsivillä ihmisillä. Parasetamolia suositellaan käytettäväksi enintään neljä grammaa vuorokaudessa. Parasetamoli sopii paremmin myös niille saattohoitopotilaille, joilla on vasta-aiheita tulehduskipulääkkeille. (Kamppari 2012, 23; Paakkari 2013.)

Ibuprofeinia pidetään turvallisimpana laajalti käytetyistä tulehduskipulääkkeistä ja siitä on runsaasti tutkittua tietoa kivunhoidon näkökannalta. Tulehduskipulääkkeiden samanaikainen käyttö opioidien kanssa lieventää tehokkaammin kipua ja vähentää niiden tarvetta. (Kamppari 2012, 23.) Tulehduskipulääkkeet ovat erityisen tehokkaita luustometastaasien aiheuttamassa kivussa. Parasetamolia ja tulehduskipulääkkeitä voidaan antaa potilaalle tabletteina suun kautta, suonensisäisesti tai suppona peräsuoleen. (Käypä hoito-suositus 2012.)

### 3.3.2 Opioidit ja muut voimakkaat kipulääkkeet

Opioidit eli euforisoivat analgeetit ovat tehokkaimpia ja tärkeimpiä kipulääkkeitä saattohoitopotilaan kivunhoidossa. Opioidien vaikutusmekanismi perustuu elimistön omaan opioidijärjestelmään, joka vaikuttaa etenkin aivoissa, selkäytimessä ja ääreiskudoksissa. Opioidireseptorit aktivoituvat opioidilääkkeiden johdosta, jolloin kivun tuntemukset vähenevät ja kipua laskevan järjestelmän toiminta vahvistuu. Toisin sanoen opioidit estävät kivun välittymistä hermojärjestelmässä. (Kamppari 2012, 23–24.)

Opioidit jaotellaan analgeettisen tehon perusteella kolmeen eri ryhmään. Heikkoihin opioideihin lukeutuvat destropropoksifeeni, kodeiini ja tramadoli. Dekstropropoksifeeni on voimakkaiden kipujen hoitoon tarkoitettu metadonin sukuinen opioidi. Kodeiini muuntuu elimistössä morfiiniksi ja tämän ohella hyödyt ja haittavaikutukset ovat morfiinin kaltaisia. Tramadolin teho perustuu yhdistelmävalmisteeseen. Tramadol yhdistelmävalmisteen lääkeaineet ovat parasetamoli tai ibuprofeeni yhdistettynä kodeiiniin. Heikkoja opioideja tehokkaampi on buprenorfiini, joka lukeutuu keskivahvoihin opioideihin. (Kamppari 2012, 24.)

Vahvat opioidit valitaan aina kivun voimakkuuden, laadun ja sivuvaikutusten mukaan. Vahvat opioidit otetaan saattohoitopotilaiden kivunhoitoon käyttöön vasta, kun muista kipulääkkeistä ei ole ollut apua. Vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni, hydromorfon, metadoni ja fentanyyli. Näillä lääkeaineilla ei ole kattoannosta, joten on turvallista lisätä annostusta kivun yltyessä. (Kamppari 2012, 24.)

Saattohoitopotilaille voidaan aloittaa varhaisessa vaiheessa morfiinilääkitys, jos kivut niin vaativat. Morfiinia on saatavissa lyhytvaikutteisina valmisteina, jolloin se soveltuu muun muassa läpilyöntikipuihin. Morfiinia annetaan nestemäisenä suun kautta, pistoksina ihon alle, lihakseen tai suonensisäisesti. Oksikodoni on vaikutusmekanismiltaan samankaltainen kuin morfiini, mutta se aiheuttaa vähemmän hallusinaatioita. (Kamppari 2012, 24–25.)

Fentanyyli on rasvaliukoinen kipulääke, joka sopii hyvin ihon läpi tapahtuvaan antoon. Fentanyyliä saa laastarin muodossa, jolloin se iholle kiinnitettynä vapauttaa lääkettä tietyllä nopeudella ja säätelee näin antonopeuden. Loppuvaiheen saattohoitopotilaille kipulaastaria ei suositella, sillä kivut saattavat vaihdella nopeasti ja ihonalaiskudosta ei välttämättä ole, jolloin laastari ei pääse vaikuttamaan elimistöön halutulla tavalla (Liite 1). (Kamppari 2012, 25.)

Kipupumppuun siirryttäessä aiemmin käytössä olleet kipulääkkeet lopetaan. Kun siirrytään kipupumpun käyttöön, tulee arvioida, kuinka hyvin aiemmin annettu opioidi on päässyt vaikuttamaan. Mahdollinen fentanyyli-laastari poistetaan kipupumpun aloituksen jälkeen ja kipupumpun lääkeannokset aloitetaan aluksi puolella lasketusta annoksesta ja nostetaan 12 tunnin kuluttua suunniteltuun vuorokausiannokseen, koska fentanyyli poistuu elimistöstä hitaasti. Kipupumpun avulla voidaan antaa yhdessä kipulääkkeiden kanssa muutakin lääkehoitoa, kuten haittavaikutuksia ehkäiseviä lääke-

keitä. Näitä lääkkeitä voivat olla mm. pahoinvointilääkkeet. Kipupumppuhoidon aloituksen jälkeen on tärkeää seurata potilasta tarkasti. Tarvittaessa lääkeannosta tulee säätää tilanteen vaatimalla tavalla ja annokset tarkistetaan vähintään vuorokauden tunnin välein. (Aalto ym. 2012.)

### 3.3.3 Tukilääkkeet

Masennuslääkkeet ja epilepsialääkkeet ovat tärkeät lääkeryhmät saattohoitopotilaan hoidossa. Masennuslääkkeiden käyttö aloitetaan pienellä annoksella, jota lisätään vähitellen, kunnes löytyy riittävä teho ja mahdollisimman vähäiset haittavaikutukset. Masennuslääkkeiden teho perustuu tärkeiden välittäjäaineiden, serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinottoon hermosoluissa. Epilepsialääkkeitä käytetään hermovauriokipuihin. Syöpää sairastavilla saattohoitopotilailla pahanlaatuiset kasvaimet saattavat painaa hermoja, jolloin epilepsialääkkeen tai masennuslääkkeen yhdistäminen opioidilääkitykseen on yleensä tehokasta. (Kamppari 2012, 28.)

Hengenahdistusta voidaan lievittää suurentamalla morfiinin annostusta, jolloin hengitystiheys laskee. Akuutissa ja voimakkaassa hengenahdistuksessa morfiinia annetaan suoraan ihonalaiskudokseen tai suonensisäisesti. (Kamppari 2012, 28.) Saattohoitopotilaan kipulääkkeiden haittavaikutukset, kuten pahoinvointi, ummetus, ripuli, yskä tai unettomuus hoidetaan niihin tarkoitetuilla täsmälääkkeillä (Käypä hoito -suositus, 2012).

### 3.3.4 Palliatiivinen sedaatio

Potilaan oireiden ja kipujen ollessa niin pahat, ettei lääkehoidolla saada kipuja lievenemään, on vaihtoehtona palliatiivinen sedaatio. Sedaatiolla tarkoitetaan tarkoituksellista potilaan tietoisuuden alentamista lääkkeellisin keinoin. Potilaalla, joka sedatoidaan, on yleensä sietämättömiä ja tavanomaisiin hoitokeinoihin reagoimattomia kärsimyksiä. Sillä ei tarkoiteta, että jokin oire olisi objektiivisesti erittäin vaikea, vaan korostetaan niiden hallinnan vaikeutta. Saattohoidon tarkoituksena on kivun lievitys, ja sen tulee olla suhteessa koettuun kärsimykseen. Potilas saatetaan sedaatiossa niin syvään tiedottomuuden tilaan, kuin on tarpeellista. Sedaation tarkoitus on saada potilaan oireet hallintaan, ei tuottaa potilaan kuolemaa. (Hamunen 2012, 471; Hänninen 2007, 2207-10.)

### 3.4 Kivun lääkkeetön hoito

Perushoito kuuluu tärkeänä osana saattohoitopotilaan kivunhoitoon. Hyvällä perushoidolla pyritään takaamaan kuolevan potilaan paras mahdollinen hyvinvointi. Tieto lähestyvistä kuolemasta varjostaa kuolevan potilaan elämää, jossa sairauden sanelema tietoisuus kuolemasta ja elämisenhalu kilpailevat keskenään. Häden keskellä potilaalle tuo turvaa tietoisuus siitä, että häntä yritetään auttaa monin tavoin ja hänen perustarpeistaan huolehditaan. (Kamppari 2012, 28.)

Asentohoidolla potilaalle pyritään saamaan mahdollisimman hyvä ja rento asento, jonka avulla kipu lievittyy (Kuuppelomäki 2002a, 245.) Rentoutumisella pyritään rauhoittamaan mieltä sekä kehoa. Rentoutusharjoitukset ovat erilaisia tekniikoita, joiden avulla potilas voisi rentoutua. Ne voivat olla ajatusten kohdistamista yhteen kohtaan, esimerkiksi hengityksen tarkkailuun. (Kamppari 2012, 28.)

Kylmähoidolla pyritään hidastamaan aineenvaihduntaa, laukaisemaan spastista lihasjännitystä sekä hidastamaan verenkiertoa. Kipeää aluetta voidaan hoitaa esimerkiksi jääpakkauksilla, jääpalalla tai upottamalla se kylmävesialtaaseen. Lämpöhoito voi vaikuttaa joko ihoon pinnallisesti tai syvälle kudoksiin. Pintaämpöhoidossa lämpö saa aikaan verenkierron vilkastumista. Syväämpöhoidolla tavoitellaan verenkierron vilkastumista, kudosten venyvyyden lisääntymistä sekä lihasten rentoutumista. (Kamppari 2012, 28-29.)

Läheisyys ja kosketus ovat osana saattohoitopotilaiden kivunhoitoa. Potilaat kokevat kosketuksen yleisesti ottaen hyväksi, miellyttäväksi, lempeäksi ja turvalliseksi. Halaaminen ja silittäminen koetaan suurimmaksi osaksi varsin myönteisenä ja niiden kerrotaan auttavan jaksamaan ja antavan hyvän mielen. Läheisyys ja läsnäolo voivat parantaa hoitajan ja potilaan suhdetta ja voivat tehdä olon potilaalle kotoisaksi. Halaamisen ja silittämisen merkitys korostuvat etenkin silloin, kun potilas on masentunut tai kärsii ikävistä. Kosketuksen kuvataan lievittävän kipua sekä avuttomuuden tunnetta, jos potilas oli pitkään joutunut olemaan osastohoidossa. (Koponen 2009, 41.)

Osa saattohoitopotilaista haluaa muistella elettyä elämää. Hoitajan ja potilaan yhteisellä muistelemisella on positiivisia vaikutuksia ja se vahvistaa hoitosuhdetta. Mennyttä elämää muistellaessa hoitotoimenpiteidenkin suorittaminen helpottuu, kun huomio keskittyy muisteluun. Muistot auttavat myös ymmärtämään paremmin eletyn elämän jättämiä jälkiä ja tukemaan siten kuolevaa potilasta omista lähtökohdistaan käsin. (Lipponen 2006, 149.)

Saattohoitopotilaanhengelliset tarpeet voidaan jakaa neljään ryhmään. Ensimmäisenä yleensä esiin tulee tarve suojautua, kun kaikki uhkaa hajota ja tuhoutua. Toisena tulee tarve kokea sovinto itsensä, omaistensa, läheistensä ja Jumalan kanssa. Potilas voi haluta löytää elämänsä eheyden ja yrittää saavuttaa elämänsä täyttymyksen. Saattohoidossa tulee ottaa huomioon eri kirkkojen ja uskonnollisten tai etnisten ryhmien tavat hoitaa kuolevaa tai vainajaa. Kuolevan ihmisen hengelliset tarpeet tulee selvittää heti saattohoitosuhteen alussa. (STM 2010, 17–18.)

### 3.5 Omaiset mukana läheisensä kivunhoidossa

Saattohoitopotilaan kivunhoitoon liittyy monia eri pelkoja, uskomuksia ja esteitä. Omaisilla on edelleen pelkoja vahvojen kipulääkkeiden aiheuttamasta toleranssista, riippuvuudesta, sivuvaikutuksista, sekä lääkkeiden vää-



rinkäytöstä. Monesti potilaat ja omaiset ajattelevat lisääntyneen kivun merkitsevän sairauden etenemistä ja näin ollen lähestyvää kuolemaa. (Hänninen 2003, 76.)

Omaisilla on pelko siitä, että aloitetun opioidilääkityksen vuoksi kivunhoitoon ei olisi enää muita vaihtoehtoja. Pelko voi näin ollen myös lykätä asianmukaisen kipulääkityksen aloittamista. Erilaiset potilaiden ja heidän omaistensa yksilölliset uskomukset, kokemukset sekä sosiaaliset käytännöt muodostavat kokonaisuuden, jotka yhdessä vaikuttavat kivunhoidon toteutukseen. (Hänninen 2003, 75.) Ongelmaksi voi myös muodostua omaisten keskenään erilaiset näkemykset hoitolinjoista. Tämä korostaa entisestään sitä, että hoidolliset päätökset tekee ja vastuun kantaa hoitava lääkäri, potilasta ja omaisia kuultuaan. (ETENE 2004, 42.)

Omaisilla on monia erilaisia ja monimutkaisiakin tarpeita liittyen läheisensä saattohoitoon. Oman surun ja muiden tunteiden lisäksi pitää käsitellä kuolevan läheisen surua sekä hoitaa monia käytännön asioita. Omaisten ja perheiden kokema luottamus läheisensä hoitoon osallistuviin ammattilaisiin on tärkeä voimavara. Omaisten tyytyväisyyteen vaikuttavat hyvä potilaan hoito, asianmukainen kommunikointi, tiedonsaanti sekä ammattilaisten asenne saattohoitoon. (Hakala 2015, 4.)

Tieto lähestyvistä kuolemasta uuvuttaa itse saattohoitopotilaan, mutta myös hänen omaisensa. Jos elämä pitkittyy, jolloin potilas voi olla kipeä ja kärsiä, omaisille voi tulla toive elämän päättymisestä. Kuolema voidaan kokea helpotuksena, jos saattohoitajakso on ollut pitkäkestoinen ja vaikea. Kuoleman jälkeen omaiset voivat kokea syyllisyyttä toiveittensa vuoksi, jolloin saattohoitajien antama henkinen tuki on tärkeää. Helpotuksen tunne on kuitenkin hyväksyttävää, koska kärsimyksen aika halutaan aina saada mahdollisimman lyhyeksi. (Ollikainen 2008, 51–52.)

Omaisten kanssa on syytä puhua etukäteen, mitä kuoleman hetkellä tapahtuu. Heille on kerrottava, miten toimitaan hengityksen lakattua. Tämä lieventää heidän pelkojaan ja ehkäisee turhia toimenpiteitä. Jos hoitaja on paikalla huoneessa kuoleman hetkellä, hän pysyy taka-alalla huolehtimassa tilanteesta. Kyseessä on perheen intiimi hetki. Perheenjäsenten hyvästeille täytyy jättää aikaa. Kuoleman virallisella toteamisella ei ole kiirettä. Henkilökunnan toiminta jää omaisten mieliin sekä rauhallisella ja empaattisella suhtautumisella autetaan omaiset tilanteen yli. (Korhonen ym. 2013.)

Viimeisen vaiheen hoitoon liitetään myös usein mukaan ns. omaisten jälkihoito. Tämä tarkoittaa, että omaisiin otetaan yhteyttä useamman viikon jälkeen potilaan kuolemasta. Jälkihoito tukee hoidon jatkuvuutta ja kokonaisvaltaisuutta. Hoitohenkilökunnalle omaisten jälkihoito on mahdollisuus saada palautetta tehdystä työstä, tehdä lopullinen päätös hoitosuhteelle sekä vapautua näin hoitovastuusta. Tämä luo myös hoitohenkilökunnalle tunnetta loppuun asti viedystä työstä. (Sand 2003, 43.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia saattohoitopotilaan kivunhoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada kivunhoidosta kokemuseräistä tietoa, jonka avulla voidaan kehittää kokonaisvaltaista kivunhoitoa osastolla, joka toimii opinnäytetyön toimeksiantajana. Opinnäytetyön toimeksiantaja on erään kantahämäläisen sairaalan osasto, jossa toteutetaan aktiivisesti kivunhoitoa.

Tutkimustehtävä: Millaista on saattohoitopotilaan hyvä kokonaisvaltainen kivunhoito ja miten se käytännössä toteutuu?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa kerättiin sairaanhoitajilta tietoa teemahaastattelun avulla käytännön saattohoidon kivunhoidosta. Laadullisessa tutkimuksessa selvitetään sairaanhoitajien subjektiivisia tai sosiaalisia näkökulmia aiheeseen liittyen. Siinä pyritään jäsentämään tutkittavaa kohdetta osallistujien näkökulmasta. Kaiken pohjana pitää olla tutkimuksen teeman teoretiset tiedot. Laadullista tutkimusta suositellaan käytettäväksi juuri silloin, kun tutkimuksen aiheesta ei ole riittävää teoretistä tietoa tai siihen halutaan tässä tapauksessa uusi, tarkempi näkökulma. (Kylmä, Lähdevirta & Vehviläinen-Julkunen 2003, 610–612.)

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään, miten saattohoitopotilaan kipua hoidetaan kokonaisvaltaisesti ja miten kivunhoitoa käytännössä toteutetaan. Opinnäytetyön haastatteluja varten tehtiin yksinkertainen haastattelurunko, jonka avulla haastattelut toteutettiin. Aihe on eettisesti hankala, koska saattohoito on herkkä ja tunteet esiin nostattava aihe, josta voi olla hankala keskustella avoimesti.

### 5.1 Tietokannat ja hakusanat

Lähdeteoksia etsittäessä huomioitiin pääsääntöisesti teokset, jotka käsittelivät saattohoitoa sekä kivunhoitoa. Teoksia haettiin myös muilla aiheeseen liittyvillä hakusanoilla, kuten Palliatiivinen hoi? Lääkkeetön kivunhoito? Saattohoi? AND omai? Kivun arvio? Kivun mitt? Lääkkeiden antota?. Lähdeteoksia haettiin suomen - ja englanninkielisiä.

Opinnäytetyön viitekehysten tietojen keräämiseen käytettiin muun muassa Melinda, Arto ja TamPub- tietokantoja (Taulukko 1). Haku rajattiin koskemaan vain 2000–2015 julkaistuja tutkimuksia, jotka on julkaistu Internetissä kokotekstinä. Kotimaisten Sairaanhoitaja, Tutkiva hoitotyö sekä Hoitotiede -lehtien tutkimuksia haettiin kirjastojen arkistoista lehtiä selaamalla. Samoin käytetyt kirjat on löydetty kirjastoista.

Taulukko 1. Kotimaiset tietokannat

Hakusanat Tietokannat	Saattohoi?	Kivunhoi?	Saattohoi? AND Kivunhoi?	Valitut lähdeoteokset
Melinda	994	580	40	2
Arto	264	120	4	1
TamPub (väitöskirjat)	43	39	10	6

## 5.2 Aineiston kerääminen

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Teemahaastattelulla on aina etukäteen päätetty teema (Kylmä ym. 2003, 611; Virsta). Teemahaastattelussa keskeisiä asioita ovat haastateltavien tulkinnat, näkemykset ja kokemukset (Hirsjärvi, Hurme & Sajavaara 2009, 48). Tässä opinnäytetyssä teemana on saattohoitopotilaan kivunhoito. Teemahaastattelun ideana on tarkastella tutkittavaa teemaa mahdollisimman avoimesti, mutta kuitenkin niin, että haastattelurunko pysyy haastateltajan hallinnassa.

Haastattelu sopii juostavuutensa vuoksi moniin erilaisiin tutkimusmuotoihin. Haastateltavalle annetaan mahdollisuus tuoda mielipiteitään vapaasti esille ja luoda vastauksilleen merkityksiä sekä olla haastattelutilanteessa aktiivinen osapuoli. Haastattelutilanteessa voidaan esittää haastateltavalle tarkentavia kysymyksiä tai pyytää perustelevaa vastauksiaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 34–35.) Tämän tutkimuksen haastattelutilanteessa jokaiselle haastateltavalle esitettiin vähintään yksi tarkentava kysymys tietyistä aihe-alueista, koska niistä haluttiin saada enemmän tietoa.

Kvalitatiivisessa teemahaastattelussa pyritään yleistyksien ja satunnaisotosten sijaan ymmärtämään aihetta syvällisemmin, saamaan uutta tietoa ja luomaan uusia näkökulmia. Jo muutamaa henkilöä haastatteleminen voidaan saada uutta merkittävää tietoa. Keskittyessä yhteen teemaan, voidaan saada merkittävää yksityiskohtaista tietoa. Teemahaastattelussa avoimuus korostuu muita tutkimusmuotoja enemmän. (Hirsjärvi ym. 2009, 58–60.) Haastateltavan valintaan on kiinnitettävä suurta huomiota, jotta haastateltavalla on varmasti aiheesta tarpeeksi tieto- ja taitoperustaa. Haastattelussa edetään ennalta sovitun haastattelurungon mukaisesti. (Kylmä ym. 2003, 611; Routio 2006, 55.)

Opinnäytetyön haastatteluja varten haastattelijat esittelivät aiheensa kyseisellä osastolla, jonka jälkeen tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat saivat ilmoittautua vapaaehtoisina. Opinnäytetyön suunnitelma oli lähetetty osastolle jo aiemmin, joten sairaanhoitajat olivat saaneet tutustua siihen etukäteen ja päättää osallistumisestaan. Opinnäytetyötä varten haastateltiin viittä sairaanhoitajaa, joilla oli pitkä ammatillinen työkokemus saattohoitajina.

Haastattelijaksi opitaan harjoittelemalla haastattelua. Haastattelutilanne vaikuttaa koko tutkimuksen onnistumiseen ja luotettavien vastausten saa-

miseen. Esihaastatteluiden tarkoituksena on testata haastattelurungon toimivuutta, aihepiirien järjestystä sekä kysymysten muotoilua, joita voidaan vielä koehaastatteluiden jälkeen muuttaa. Esihaastatteluiden avulla voidaan myös arvioida varsinaisten haastatteluiden pituus. Esihaastatteluiden avulla myös haastattelijat harjaantuvat haastattelutilanteeseen. Näin virheiden todennäköisyys vähenee. Haastatteluiden tallentaminen on aina välttämättömyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 68–75.)

Haastatteluja varten tehtiin kolme esihaastattelua saattohoitoa toteuttaneille sairaanhoitajille. Nämä sairaanhoitajat eivät olleet mukana varsinaisessa tutkimuksessa. Esihaastatteluiden avulla pystyi harjoittelemaan varsinaisten haastatteluiden nauhoittamista, äänen laatua, puhenopeutta sekä mittaamaan haastatteluissa käytettävää aikaa. Kaikki haastattelut tallennettiin ääninauhurille.

### 5.3 Aineiston analysointi

Teemahaastattelun avulla kerätty aineisto on yleensä runsas. Vaikka haastateltavien määrä olisi ollut pieni, se ei tarkoita, että saatu aineisto olisi suppea. Aineiston määrään vaikuttaa kysymyksien laatu ja määrä. Laadullisessa tutkimuksessa analysointi alkaa osittain jo haastatteluvaiheessa. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto säilyy aina alkuperäisessä sanallisessa muodossa. (Hirsjärvi ym. 2009, 135.) Tässä työssä teemahaastattelurungossa oli useita kysymyksiä. Kysymykset olivat laajoja, joiden ansioista myös saatu aineisto oli laaja.

Haastava vaihe teemahaastattelussa on aineiston litterointi ja tulkintojen tekeminen (Routio 2006, 55). Päätelmien tekeminen suoraan tallennetusta materiaalista on helpointa silloin, kun haastateltavia on vain muutama. Haastattelun aineisto litteroidaan ensin pieniin osiin, jonka jälkeen yhdistetään samankaltaiset osat. (Kylmä ym. 2003. 612–614.) Haastatteluista saatu aineisto kuunneltiin ensin kahteen kertaan, jonka jälkeen ne litteroitiin sanatarkasti. Litteroinnit tulostettiin kirjalliseksi aineistoksi.

Sisällönanalyysillä pyritään luomaan hajanaisesta aineistosta selkeää ja yhtenäistä informaatiota, jotta tulkinta ja johtopäätösten teko ovat mahdollisia. Sisällönanalyysi on yksinkertainen tekniikka, jonka avulla tuotetaan saadusta aineistosta tuloksia, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen 2009, 133–134.)

Sisällönanalyysi jaetaan erillisiin vaiheisiin, joilla kuvataan prosessin etenemistä. Näitä vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, pelkistäminen, luokittelu, tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Käsitteenä sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että kyseistä ilmiötä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–25.)

Sisällönanalyysin avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Kategorioilla tarkoitetaan tutkittavaa ilmiötä kuvailevaa kokonaisuutta, jossa esite-

tään käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset suhteet toisiinsa. Sisällönanalyysin onnistuminen edellyttää, että tutkija kykenee pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä käsitteet, jotka kuvaavat luotettavasti tutkittavaa kohdetta. (Kyngäs, Kääriäinen, Elo, Kanste & Pölkki 2011, 138.)

Laadullisen aineiston analyysissä voi päättelyn logiikka olla induktiivinen eli aineistolähtöinen tai deduktiivinen eli teorialähtöinen. Induktiivisen sisällönanalyysin avulla luodaan yksittäisistä havainnoista yleistyksiä. Aineistolähtöinen analyysi antaa aineiston itsensä kertoa, mitä se pitää sisällään, ja muodostaa sen pohjalta teorian. Teorialähtöinen analyysi on perinteinen tutkimuksista ilmenevä teoria, joka kytketään saatuun aineistoon. (Kankkunen 2009, 133–134.)

Deduktiivisessa analyysissä aikaisemman tiedon perusteella tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen sisälle muodostetaan aineistosta käsitteitä noudattaen induktiivisen sisällönanalyysin periaatetta. (Kyngäs ym. 2011, 139.) Sisällönanalyysissä kuvataan analysoitavan materiaalin sisältöä, rakennetta tai molempia (Seitamaa- Hakkarainen 2000, 1–2).

Tutkimuksen teoriaan pohjautuen muodostettiin deduktiivisesti pääluokat. Litteroidut haastattelut luettiin läpi muutamaan kertaan, ja niistä etsittiin sisällöllisesti aineistoa analyysirungon perusteella. Analyysirungon sisältöä analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysia.

Sisällönanalyysissä yhdistyy analyysi ja synteesi, jonka avulla kerätty aineisto puretaan osiksi ja synteessin avulla osat kootaan uudelleen johtopäätöksiksi. Analyysia tehdessä tutkija pyrkii pääsemään teoreettisten käsitteiden tasolle ja esittämään kokoavan tulkinnan aineistosta. Sisällönanalyysissä on tavoitteena etsiä käsitteellisiä samankaltaisuuksia, jotka muodostuvat samanlaisista teemoista (Seitamaa-Hakkarainen 2000, 2–4).

Kaikki analyysirunkoon liittyvä tieto yliviivattiin merkkeausseilla ja aihealueet lajiteltiin numeroittain. Aihealueista alkoi hahmottua kokonaisuuksia ja kokonaisuuksista hahmottui yläkategorioita. Tässä vaiheessa autenttiset ilmaukset eli suorat lainaukset leikattiin irti ja yhdisteltiin isolle kartongille. Ilmauksista alkoi sitten samankaltaisuuksien myötä muodostua yhtäläisyyksiä, jotka esitetään pelkistettyinä ilmauksina. Pelkistetyt ilmaukset tiivistävät autenttisten ilmausten sisällön. Tämän jälkeen alkoi vasta hahmottua alakategoriat, jotka kuvaavat yläkategorioita ja tiivistävät pelkistetyt ilmaukset yhdeksi aiheeksi (Liite 5).

#### 5.4 Eettisyys

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa on tärkeää huomioida eettisiä ohjeita. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkittavilta tulee saada tietoinen suostumus tutkimukseen, joko suullisesti tai kirjallisesti. Tutkimuksesta ei saa olla minkäänlaista haittaa tutkittavalle. Tutkimuksen julkaisuun liittyen tutkittavan henkilöllisyyden tulee pysyä salaisena. Mahdollisessa saatekirjeessä on kerrottu näistä eettisistä yksityiskohdista. Haastatte-

lussa saatuja tietoja käytetään vain opinnäytetyön tekemiseen ja analysoinnin jälkeen haastattelut tuhotaan. Aineisto pitää pysyä vain tutkittavien hallinnassa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 217–218.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu itsemääräämisoikeus, vapaaehtoisuus, tietoinen suostumus tutkimukseen, oikeudenmukaisuus ja anonymiteetti. Tutkimuksesta saadusta aineistosta voidaan käyttää sellaisia osia, joihin analyysi perustuu, mutta ne eivät saa sisältää mahdollisuutta tunnistaa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä. (Kankkunen ym. 2009, 178–181.) Haastattelupaikaksi valitaan yleensä haastateltavalle tuttu ympäristö, kuten työpaikalta sellainen tila, jossa keskustelu on kiireetöntä ja häiriötekijät on minimoitu. Haastattelutilanteessa haastattelijan vaikutus haastateltavaan pitäisi jäädä mahdollisimman vähäiseksi. (Routio 2006, 55–56.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin eettisiä periaatteita kunnioittaen. Tutkimuseettisiä tarkastelun kohteita on ollut tässä työssä aiheen valinta, teemahaastattelusta saadun aineiston käsittely, aineiston kerääminen ja tutkimuksen raportointi. Opinnäytetyön aihe on käytännön hoitotyöstä lähtevä ja pohjautuu aikaisempaan tutkittuun tietoon ja teoriaan.

Opinnäytetyön aihe valittiin oman kiinnostuksen pohjalta. Aihetta valittaessa opinnäytetyön tekijät ottivat yhteyttä saattohoitoa toteuttaneisiin tahoihin, joista yksi osasto kiinnostui yhteistyöstä. Osasto antoi opinnäytetyön tekijöille ehdotuksia aiheen rajaamisesta. Kaikkien ehdotusten päämääränä oli saattohoidon kehittäminen. Haastatteluja varten tekijät kävivät osastolla informoimassa aiheesta, jolloin tutkimukseen halukkaat sairaanhoitajat saivat ilmoittautua haastatteluihin. Haastatteluajankohdat sovittiin näiden hoitajien työvuorojen mukaan. Haastatteluihin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja haastattelun olisi voinut halutessaan keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Osallistujien henkilötiedot ovat pysyneet koko tutkimuksen ajan salaisina.

## 5.5 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen tarkoituksen, aiheen valinnan, analysointimenetelmän ja eettisten näkökulmien perusteella (Kankkunen ym. 2009, 163). Sisällönanalyysin haasteena pidetään sitä, miten tutkija onnistuu muodostamaan aineistosta kategorioita niin, että ne kuvaavat mahdollisimman tarkasti tutkittavaa teema. Tutkijan pitää pystyä osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. Näin ollen muodostetuilla kategorioilla pitää olla yhteys tutkimuksen pohjana olevaan teoriatietoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10–11.)

Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voida kuvata pelkillä numerotiedoilla kuten määrällisessä tutkimuksessa. Tulokset esitetään usein mm. käsittekarttina, joista ilmenee tulosten kategoriat. Niihin liitetään suoria lainauksia tuloksista, jotta lukija voi muodostaa käsityksen aineiston laadusta ja analyysin luotettavuudesta. Kun analyysin tekijöitä on vain yksi tai muutama, käsittekartat luovat aineistoon luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen tuloksia ei voida suoraan yleistää, mutta tutkimustuloksia voidaan verrata muiden tutkimuksien samansuuntaisiin tuloksiin. (Aira 2005, 1073.)

Haastattelut tallennettiin tässä opinnäytetyössä ääninauhurin avulla. Haastattelun aluksi haastatteli kertoi haastattelun tavoitteen ja tarkoituksen sekä mihin saatuja tuloksia käytetään. Haastateltavat antoivat haastatteluiden alussa suullisen suostumuksensa tutkimukseen. Haastateltavat sairaanhoitajat saivat käyttää haastatteluun omaa työaikaansa. Haastattelupaikkana toimi osaston kokoustila, jossa ei ollut minkäänlaisia häiriötekijöitä tai taustamelua.

Haastateltavilla sairaanhoitajilla oli pitkä ammatillinen tausta saattohoitajina. Heidän valittiin tutkimukseen tarkoituksen mukaisesti, koska heillä oli kokemuseräistä ja käytännön läheistä tietoa saattohoidosta. Sairaanhoitajille annettiin mahdollisuus tutustua kyselyrunkoon etukäteen ja jokainen oli sen pohjalta kirjoittanut muistiinpanoja haastattelutilannetta varten. Haastattelurungossa kysymykset olivat avoimia, ja hoitajat saivat vastata kysymyksiin omien kokemustensa pohjalta.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että haastattelut litteroitiin heti haastatteluiden jälkeen seuraavana päivänä. Litteroinnista saatiin otettua suoria lainauksia opinnäytetyöhön ja lainauksia on hyödynnetty myös tuloksien taulukoissa sekä liitteenä olevissa kategorioissa (Liite 5). Tutkimustuloksien lainauksia muokattiin sellaisiksi, ettei niistä voi tunnistaa haastateltavaa henkilöä.

Opinnäytetyön tulokset kuvaavat työn aihetta ja tarkoitusta hyvin ja opinnäytetyön tarkoitus on saavutettu. Työssä on noudatettu koko prosessin ajan eettisiä periaatteita. Haastateltavia sairaanhoitajia kunnioitettiin ja saatua aineistoa käsiteltiin asianmukaisesti. Haastatteluista saatu aineisto hävitettiin opinnäytetyön ollessa valmis. Tuloksista saadut kategoriat kuvaavat opinnäytetyön aihetta ja ne pohjautuvat aiempaan tutkittuun tietoon, joka lisää opinnäytetyön luotettavuutta.

## 6 TULOKSET

Tässä opinnäytetyössä induktiivisen sisällönanalyysin avulla saadut tulokset on avattu tekstiksi. Tulokset sisältävät suoria lainauksia haastatteluista. Tuloksien kuvioissa vasemmalla on autenttisista ilmauksista saadut pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset on yhdistetty alaluokiksi ja kuvion oikeassa reunassa on deduktiivisesti muodostetut yläluokat. Kuvioissa tiivistyy jokaisen kategorian keskeisimmät tutkimustulokset.

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen haastateltiin viittä sairaanhoitajaa. Työkokemusta vastaajilla oli vähintään 8 vuotta ja enintään 38 vuotta. Saattohoidosta kokemusta jokaisella oli lähes yhtä paljon kuin työkokemustakin, koska jokainen oli työskennellyt ennen kyseistä yksikköä sellaisessa työpaikassa, jossa saattohoitoa toteutettiin.

Kaikki vastaajat olivat työskennelleet kyseisessä yksikössä lähes sen perustamisesta lähtien. Sairaanhoitajat kokivat oman osaamisensa saattohoidosta

hyväksi ja osaavansa toteuttaa sitä kokonaisvaltaisesti. Vastaajat kertoivat osastolla tarvittaessa olevan jatkuva konsultointimahdollisuus, jos he tarvitsevat apua. Vastauksista ilmenee, että yksikössä on halua kehittyä ja koulutautua vielä enemmän.

Kyllä mä mielestäni ihan hyvin pärjään.

Oon sitä mieltä että osaan sen aika hyvin... varmuutta on tullu mitä pitempään tässä nyt oon ollu... ja rohkeutta puuttua asioihin.

Osaamiseni on ihan sellasta kun kuuluu olla.

Mää koen sen ihan hyvänä, et just senkin takia, kun meillä on tosiaan saattohoitajat, jotka saa sen viimeisimmän tiedon ja jakaa sen tiedon heti.

### 6.2 Onnistunut kivunhoito

Saattohoitopotilaan onnistunut kivunhoito koostuu potilaan hyvästä havainnoinnista, hyvän saattohoidon periaatteista, kivunhoidon ennakoinnista sekä eri kivunhoitomenetelmien käytöstä. (Kuvio 3). Sairaanhoitajien mukaan onnistuneeseen kivunhoitoon vaikuttaa potilaan hyvä havainnointi. Sairaanhoitajat kertoivat saattohoitopotilaan kivunhoidon onnistuneen silloin parhaiten, kun potilas on levollinen, ei tuskainen. Saattohoitopotilaalle pyritään luomaan mahdollisimman hyvä olo ja oloa helpotetaan kaikin keinoin, jolloin potilaan olo pyritään saamaan täysin kivuttomaksi. Potilaan rauhallinen olemus viestittää myös kivuttomasta olost.

Pääasia on se, että saattohoitopotilas on kivuton. Se on inhimillistä hoitoa, että kivut saadaan pois. Monet muut oireet on helppo hoitaa sen jälkeen, kun potilas on kivuton.

Mielestäni silloin se on onnistunut, kun potilas on kivuton ja levollinen.

Hyvän saattohoidoin periaatteet korostuvat onnistuneessa kivunhoidossa. Vastaajat korostavat yksilöllisyyttä, jonka perusteella jokaiselle asiakkaalle pitää löytää kokeilemalla ne omat parhaat menetelmät. Kivunhoito koetaan onnistuneen myös silloin, kun potilaalla on turvallinen olo. Vastauksien mukaan kaikkien sairaanhoitajien pitää tuntea kivun mekanismi, miten kipu syntyy ja vaikuttaa elimistössä. Kivuton olo pyritään saamaan täysivaltaisella lääkehoidolla. Sairaanhoitajien mukaan saattohoitopotilasta pitää kunnioittaa yksilönä.

Kokeilemalla pyritään löytämään potilaalle se mahdollisimman paras lääkehoito.

Hoitajan pitää tuntea kipumekanismi, miten kipu syntyy ja miten se vaikuttaa, ettei vaan aina oteta sitä pelkkää kipulääkettä.



Kipujen ennakointi takaa yhtenä osa-alueena onnistuneen saattohoitopotilaan kivunhoidon. Jotta kivunhoito olisi mahdollisimman hyvää, sairaanhoitajien mielestä kipua pitää pystyä ennaltaehkäisemään mahdollisimman tehokkaasti ja reagoida paheneviin oireisiin nopeasti.

Olen sitä mieltä, että tärkeää on ennakointi kivunhoidossa, pyritään ennaltaehkäisemään mahdolliset syntyvätkin kivut. tai reagoidaan heti, kun nähdään pieniäkin oireita eli mielestäni nopea reagointi ja mieluiten jo ennakointi.

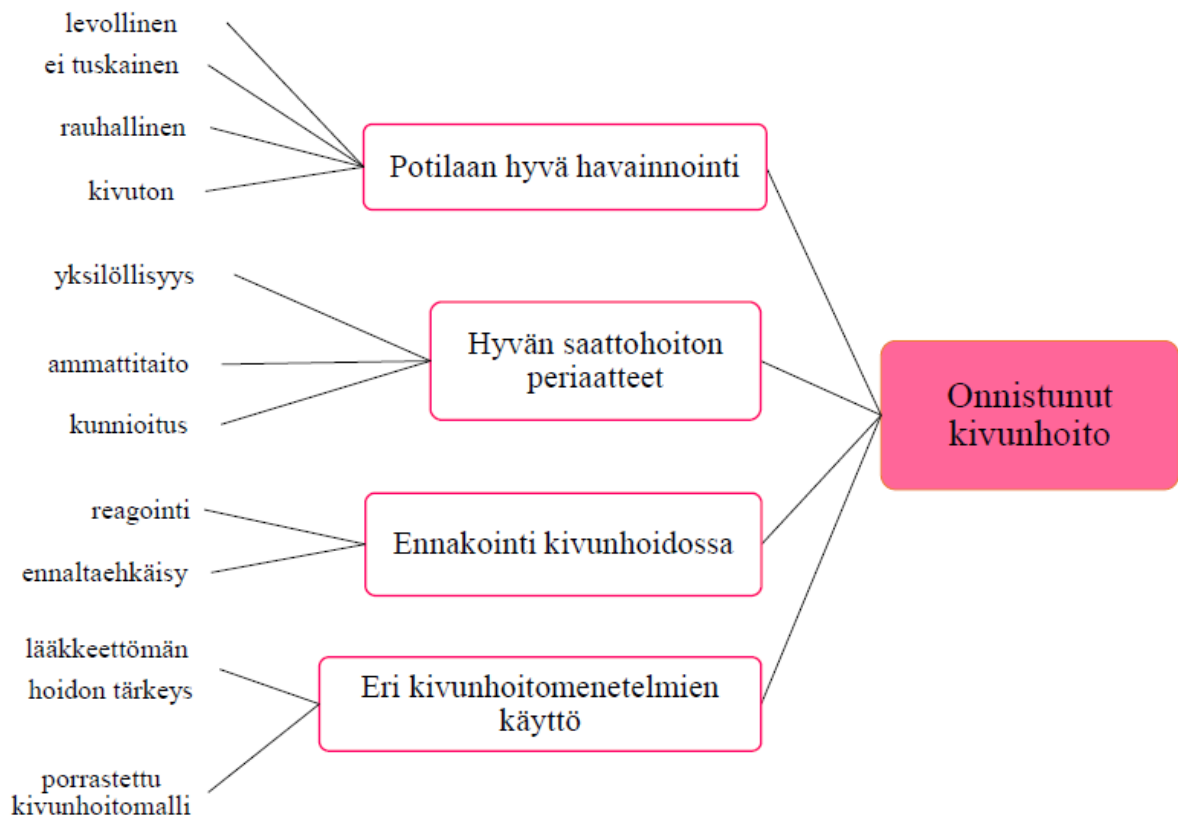
Oltaisiin aina askeleen edellä sitä kipua.

Onnistuneessa kivunhoidossa korostuu erilaisten kivunhoitomenetelmien käyttö. Saattohoitopotilaiden kipua tulisi hoitaa vastaajien mielestä mahdollisimman monilla eri menetelmillä. Sairanhoitajien mukaan usein keskitytään alussa pelkkään lääkehoitoon ja unohdetaan henkinen hyvinvointi. Vastauksien mukaan lääkehoito tulisi aloittaa peruslääkkeillä, kuten parasetamoli, joista voi asteittain siirtyä vahvempiin kipulääkkeisiin.

Saattohoidon kivunhoito ei ole silloin onnistunut, jos vain pelkätään lääkkeillä hoidetaan potilaan kipua. Ehdottomasti, sekä lääkkeellistä, että lääkkeetöntä kivunhoitoa tulee käyttää...

Se voi olla jotain muuta, mistä se kivuntunne johtuu, kuin vain sitä pelkkää kipua.

Aloitellaan se kivun lääkkeellinen hoito näillä, peruskipulääkkeillä, siitä asteittain edetään, riippuen aina vähän tietysti potilaasta, että mikä siellä on tausta.



Kuvio 3. Onnistunut kivunhoito

### 6.3 Kivun arviointi ja mittaaminen

Vastausten mukaan saattohoitopotilaan kipua arvioidaan ja mitataan potilaan fyysisinä oireina, sanattomana viestintänä, havainnoimalla potilasta sekä kommunikoidamalla potilaan kanssa. Sairaanhoitajien mielestä erilaiset kipumittarit ovat hyödyttämiä kivunmittauksen apuvälineitä saattohoitopotilaan kivun mittaamisessa. (Kuvio 4). Sairaanhoitajien mukaan potilaan kivun arvioinnissa ja mittaamisessa korostuu potilaan fyysiset oireet. Saattohoitopotilaan kipua pystyy arvioimaan erilaisina fyysisinä oireina. Vastauksen mukaan voimakkaasta kivusta kertoo potilaan hikoaminen, kohonnut verenpaine ja pulssi sekä voimakas hengitys.

Seuraan potilaan olemusta minkälainen se on ja onko kylmänhikinen.

Jos potilas on kauheen hikinen, verenpaineet nousee, sykkeet nousee niin todennäköisesti se on sitä kipua.

Vastauksen mukaan saattohoitopotilaan kipua pystyy arvioimaan myös sanattomana viestintänä. Sairaanhoitajat kertoivat havainnoivansa potilaan kehonkieltä eli levottomuutta, eleitä, ilmeitä ja ääntelyä. Saattohoitopotilaan mieliala kertoo mahdollisesta kivusta, esimerkiksi ärtyneisyys voi viestiä kivusta.

Sanatonta viestintää, kasvojen ilmeet... mitä ihminen tuntee, niin näkyy myös hänen kasvoillaan ja silmistä, että rypistääkö otsaa tai irvistääkö... tota ääntelyistä.

Vastauksista tärkeäksi osa-alueeksi potilaan kivun arvioimisen ja mittaamisen kannalta nousi potilaan kokonaisvaltainen havainnointi. Saattohoitopotilaiden kipua voidaan arvioida havainnoimalla potilaan liikkumista ja nukkumista. Potilaan yleinen tarkkailu ja voinnin seuranta on tärkeässä osassa kivun arviointia. Vastaajien mielestä potilaan kipua pitää seurata jatkuvasti ja sairaanhoitajan pitää pystyä reagoimaan pieniinkin muutoksiin, varsinkin, jos kipu voimistuu.

Havainnoimalla, miten potilas liikkuu, nukkuu.

Ihan tosiaan katselemalla sitä potilasta.

Seurataan oireita ja olemusta. Näyttääkö siltä, että kipu rupeaa helpottamaan.

Potilaan havainnointiin liittyy myös potilaan kivun luonteen arvioiminen. Vastausten mukaan kivun laatu ja kivun syy ovat olennaisessa osassa saattohoitopotilaan yksilöllistä kivun arviointia ja mittaamista.

Miten potilas kuvailee kipua, että millaista se on, et mistä kivusta on mahdollisesti kysymys.

Sairaanhoitajien mielestä kipua pystyy mittaamaan ja arvioimaan parhaiten, jos potilas pystyy itse kommunikoidaan, ja kertomaan millainen vointi on. Näin ollen potilas pystyy itse kertomaan, mikä auttaa ja mikä ei. Vastaajat kuitenkin huomauttavat, että saattohoitopotilas on usein jo siinä tilassa, varsinkin loppuvaiheessa, että sanaton viestintä on tärkeintä.

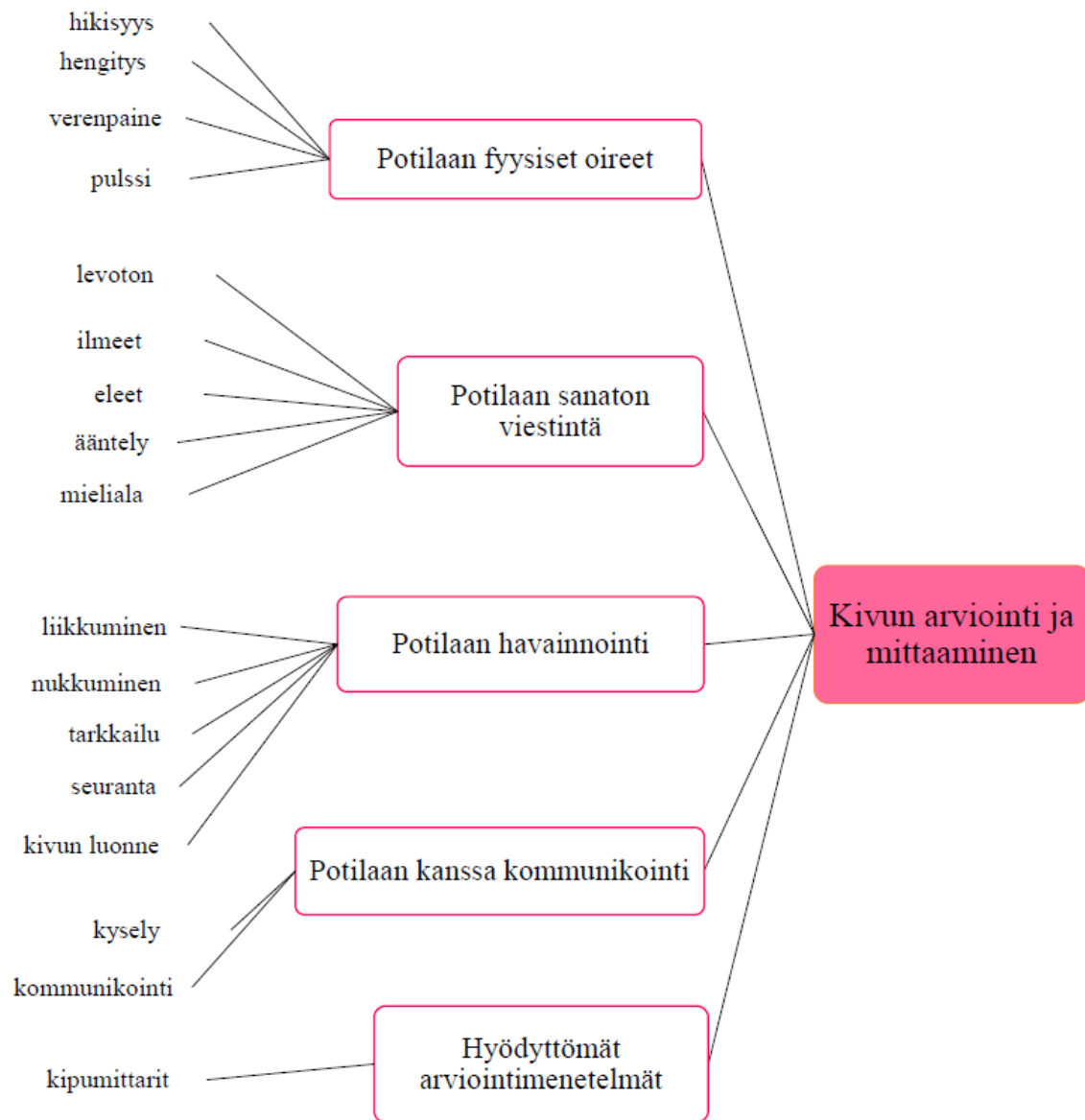
Mitä paikkaa hän valittaa ja sitten ihan kysymällä, missä kipu on. Pyydän häntä näyttämään, mistä sattuu ja missä tilanteessa sattuu ja kertomaan, millaista kipu on.

Mitä kipulääkkeen antamisen jälkeen vastaa, että onko se kipu muuttunut millään lailla.

Kivun mittaamisessa käytetään usein erilaisia kipumittareita, mutta sairaanhoitajien mielestä ne ovat hyödyttömiä saattohoitopotilaan kivun mittaamisessa. Vastauksista ilmenee osastolla olevan VAS-kipumittari, mutta sitä ei saattohoitopotilaiden kivunhoidossa käytetä lähes ollenkaan. Sairaanhoitajat kokevat, ettei kipumittari palvele saattohoitopotilaita, koska heidän vointinsa on jo niin heikko. Vastauksista tulee esille myös Pain map -mittari, mutta sitäkään ei käytetä osastolla saattohoitopotilaiden hoidossa.

Mittareita käytän tosi harvoin. Kyllähän täällä taskussa joku mittari on... sanoisin, että mitä pidemmällä saattohoitovaihe

menee, niin eiväthän he tällaiseen pysty vastaamaan. Saattohoitopotilaalla on taudin eteneminen jo kuitenkin niin pitkällä, etteivät mittarit palvele heitä kunnolla.



Kuvio 4. Kivun arviointi ja mittaaminen

## 6.4 Kivunhoitomenetelmät

Sairaanhoitajat kertoivat, että pyrkivät käyttämään kaikkia mahdollisia menetelmiä potilaan hyvän kivunhoidon turvaamiseksi.

### 6.4.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Sairaanhoitajien mukaan lääkkeellinen kivunhoito koostuu lääkkeiden antotavoista, kivunhoitoa tukevista tekijöistä, ristiriitaisista käsityksistä lääke-

hoidon toteutuksen kannalta sekä sietämättömän kärsimyksen poistamisesta. (Kuvio 5). Saattohoitopotilaalle voidaan antaa lääkkeitä erilaisilla antotavoilla. Sairaanhoitajien mukaan potilaan voinnin ollessa vielä hyvä, käytössä on yleensä tablettiläkkeet, kipuvoiteet sekä kipulaastarit. Laastarien koetaan olevan kuitenkin tehottomia, koska lähes jokaisen saattohoitopotilaan lihassmassa on jo niin pientä, että laastari ei pysty vaikuttamaan toivotulla tavalla. Voinnin heiketessä siirrytään yleensä injektioihin ja neste-mäisiin lääkkeisiin.

Laastarit ovat hyvin usein ihan turhia, koska potilaat ovat niin laihoja, ettei heillä ole lihasta, minkä kautta kipulääke imeytyisi. Ehdottomasti ykkönen on kipupumppu, jossa on opioideja... tosi usein siinä on mukana, joko pahoinvointilääke tai rauhoittava lääke.

Sairaanhoitajat kertovat, että osastolla lähes kaikille saattohoitopotilaille laitetaan kipupumppu hoidon loppuvaiheessa. Useat osastolle tulevat saattohoitopotilaat oireilevat jo niin voimakkaasti, että heidän osaltaan siirrytään suoraan vahvoihin kipulääkkeisiin ja kipupumppuun.

Kipupumppu on meillä aika yleisin. Sanoisin, että lähes jokaisella saattohoitopotilaalla on kipupumppu jossakin vaiheessa. Kipupumppu on hyvin helppo, jos tulee läpilyöntikipuja... siitä saadaan annettua ylimääräinen kerta-annos nopeasti.

Kivun lääkehoidossa pitää huomioida lääkehoitoa tukevat tekijät. Vastaa-jien mielestä myös muiden oireiden hoito, kuten hengenahdistuksen ja pahoinvoinnin, on osaltaan samanlaista kivunhoitoa kuin kipulääkkeillä hoitaminenkin. Vastauksista ilmenee, että lääkkeiden lopetus kuuluu saattohoitopotilaiden kivunhoitoon. Tarpeettomat lääkkeet tuottavat potilaalle vain tuskaa ja pidentävät kärsimystä.

Kivunhoitomenetelmä on sekin, että lääkkeitä lopetetaan. Ei väkisin anneta pillereitä, joiden nieleminen sattuu... ollaan armollisia siinä, että otetaan turhat lääkkeet aikaisessa vaiheessa pois... ainoastaan ne, mitkä helpottaa oloa niin jätetään tai muutetaan antotapaa.

Saattohoitopotilaan lääkehoitoon vaikuttaa hoitajien käsityksen lääkehoidon toteutuksesta. Vastauksista käy ilmi, että hoitajien kesken on selvä ristiriita puhuttaessa lääkehoidon toteutuksesta ja lääkemäärästä. Osan vastaa-jien mukaan lääkelista määrää, kuinka paljon jotain lääkettä saa antaa, kun taas joistakin vastauksista ilmenee, että lääkettä voi antaa, kuinka paljon tarve vaatii.

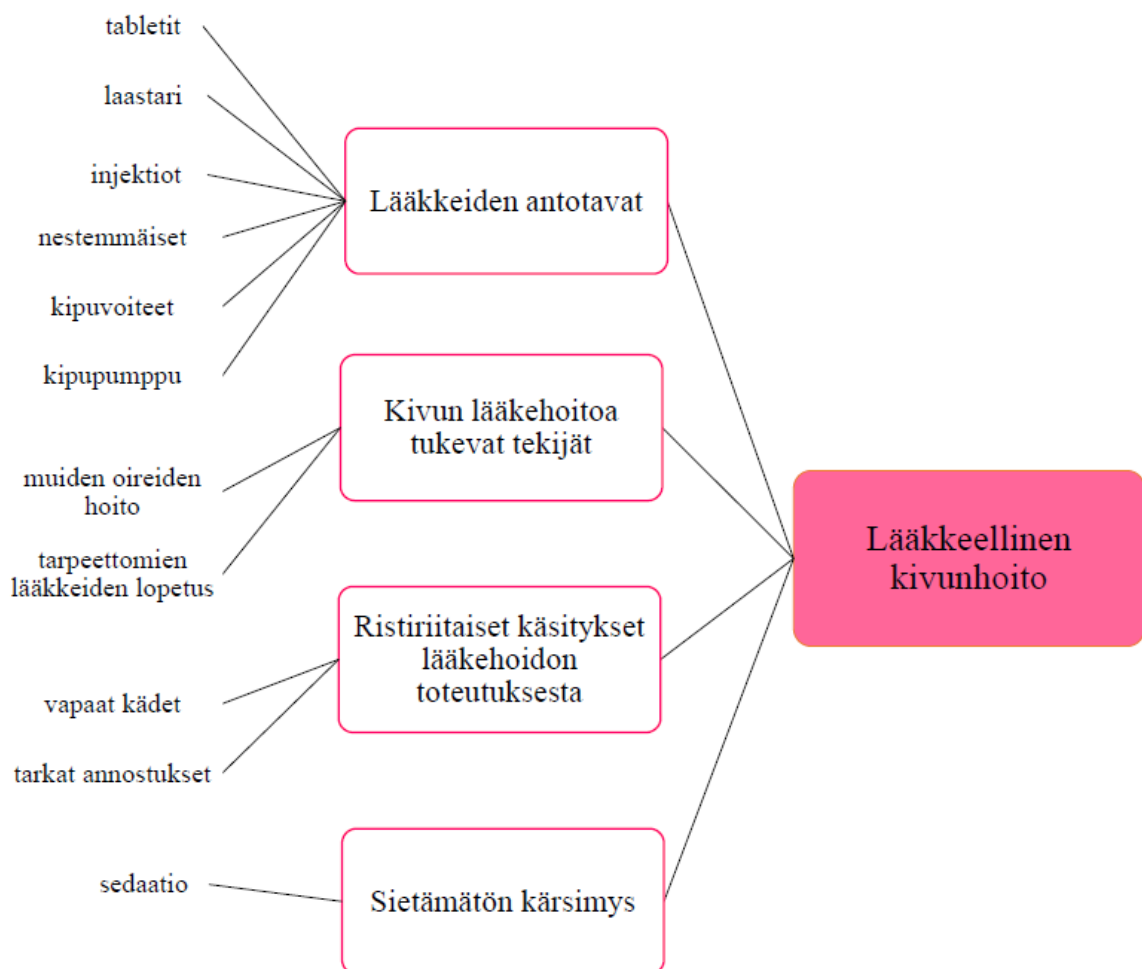
Edelleen on mielipiteitä, että voiko lääkettä jo antaa... laske-taan tunteja edellistä kerrasta. Lääkäri laittaa lääkelistalle tarvittaessa, mitä voi antaa, ja siihen on merkitty määrä, että kuinka paljon saa antaa vuorokaudessa. Harvoin on vieläkään, että lukisi kertaa monta tai niin paljon kuin tarvitsee.

Helposti mennään tosi vahvoihin lääkityksiin...lääkäriltä on aina lupa nostaa annostusta. Jos annetaan tarvittavaa lääkettä jo 3-4 kertaa vuorokaudessa, niin annostusta saadaan nostaa ilman mitään erillistä määräystä... eli on tavallaan vapaat kädet siinä.

Loppuvaiheessa, jos huomaa, että on todella kivulias, niin me annetaan sitä lääkettä niin paljon, ettei siinä katsota, monta kertaa sitä on jo saanut.

Yhtenä lääkkeellisenä keinona saattohoitopotilaan sietämättömän kärsimyksen ehkäisemiseksi vastaajat mainitsivat myös palliatiivisen sedaation, jota on osastolla käytetty vain muutamia kertoja.

Sittenhän meillä on kyllä mahdollisuus, anestesiaalääkäriltä pyytää apuja... muutaman kerran muistan, kun on jouduttu potilas sedatoimaan.



Kuvio 5. Lääkkeellinen kivunhoito

#### 6.4.2 Lääkkeetön kivunhoito

Sairaanhoitajien mukaan lääkkeetön kivunhoito koostuu fyysisistä -ja psyykkisistä kivunhoitomenetelmistä. (Kuvio 6). Vastaajat mainitsevat tärkeimpänä fyysisenä kivunhoitomenetelmänä asentohoidon. Potilasta pyritään kääntämään nostolakanan avulla ja tukemaan tyynyillä, jotta asento olisi mahdollisimman hyvä. Sairaanhoitajat mainitsevat, että jotkut potilaat pystyvät olemaan vain istuma-asennossa, joten silloin heille pitää saada sopiva tuoli, ja siihen tuettua sopiva asento. Varsinkin hengitysvaikeuksista kärsivät haluavat olla istuvassa asennossa.

Asentohoito oikeestaan se yleisin... sitten tyynyillä tuetaan.

Muita osastolla käytettyjä fyysisiä kivunhoitomenetelmiä ovat erilaiset kuuma- ja kylmäpakkaukset. Osastolla on jatkuvasti fysioterapian palvelut käytettävissä, mutta vastaajien mielestä niitä hyödynnetään vähän saattohoitovaiheessa olevan potilaan hoidossa. Saattohoitopotilailta voidaan keuhkoista poistaa nestettä askitespuntiolla ja syöpäpotilaille voidaan antaa kipua poistavaa sädehoitoa. Erilaisia apuvälineitä hyödynnetään kattavasti saattohoitopotilaan hoidossa. Lämmin suihku voi poistaa joiltakin potilaista kipua ja raikas ilma auttaa hengittämään.

Voidaan aatella viilettä taikka lämpöä, harvemmin ehkä lämpöhoito, mutta sanotaan, että jossain vaiheessa, kun aineenvaihdunta tavallaan lakkaa toimimasta, niin potilas saattaa olla kauheen hikinen, ja sit laittaa viilettä esimerkiksi otsalle... se saattaa tuoda helpotusta.

Psyykkisenä kivunhoitomenetelmänä saattohoitopotilaan huoneessa voidaan soittaa musiikkia, tuoda kasveja ja laittaa tauluja seinille. Asiakas saa osastolla pitää tahtoessaan omat vaatteet yllä. Tärkeimmiksi osa-alueiksi nousivat kokonaisvaltainen psyykinen tukeminen ja läsnäolo. Psyykinen tukeminen on vastaajien mielestä keskustelua, kuuntelemista, rauhoittamista, muistelua ja turvallisen tunteen luomista. Fyysinen läsnäolo psyykkiseen tukemiseen liitettynä voi olla hierontaa, silittelyä ja kädestä kiinni pitämistä.

Enemmän sitä on kuuntelijana, kun ei meidän mitään neuvoja tarvitse antaa. Pelkkä kuuntelu jopa helpottaa sitä oloa.

Voi ahdistaa kuolema ja se, miten jälkeläiset pärjää ja yleensäkin luopuminen kaikesta ja sitten myös pelottaa se tuleva, että mitä sitten, kun kuolee.

Läsnäolo tuo sitä tukea ja turvallisuutta.

Yksi psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttava tekijä on oma rauha. Sairaanhoitajien mukaan kaikki osaston häiriötekijät pyritään poistamaan. Vastaajien mielestä tärkeintä lääkkeettömässä kivunhoidossa on poistaa pahaa oloa ja lisätä hyvää.

Jos kuuluu jotain ääniä, niin kerrotaan, mistä ne tulee ja pyritään ne poistamaan, että tulisi sellainen turvallinen olo.

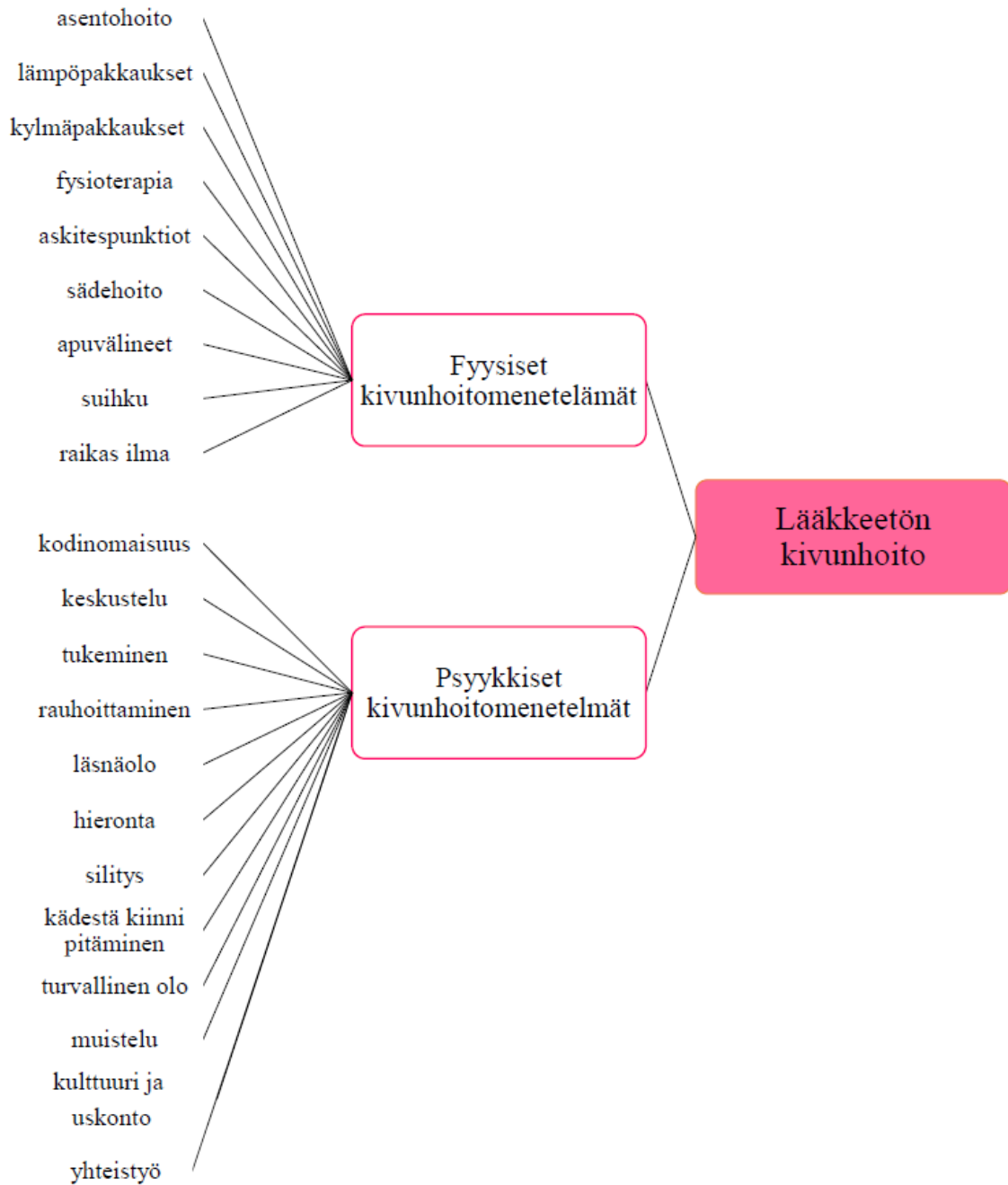
Vastaajien mielestä lääkkeettömässä kivunhoidossa tärkeää on huomioida potilaan kulttuurinen ja uskonnollinen tausta ja näin ollen huomioida potilaan yksilölliset tarpeet.

Täytyy huomioida potilaan oma kulttuuritausta ja vakaumus.

Vastauksista käy ilmi, että yhtenä psyykkisenä kivunhoitomenetelmänä käytetään omaisten mukaan ottamista saattohoitopotilaan hoitoon. Sairaanhoitajat kokevat, että hyvä suhde omaisiin vahvistaa koko hoitosuhdetta ja luo potilaalle hyvää oloa.

Kyllä tulee omaisetkin tärkeänä mukana, että niiden huomioiminen ja sekin vaikuttaa potilaaseen, kun on hyvä yhteistyö omaisten ja hoitajien ja potilaan kesken niin, tulee sellainen hyvä olo.





Kuvio 6. Lääkkeetön kivunhoito

## 6.5 Omaisten kokemukset saattohoidossa olleen läheisensä kivunhoidosta

Sairaanhoitajien mukaan omaisten kokemukset jakautuva saattohoitopotilaan hoitoon vaikuttaviin haasteisiin sekä hoitoon liittyviin tunteisiin. (Kuvio 7.) Sairaanhoitajat tuovat esille hoidollisena haasteena varsinkin iäkkäämpien ihmisten pelon morfiinia kohtaan. He pelkäävät, että se aiheuttaa riippuvuutta ja harhoja. Hyvien perustelujen myötä myös morfiinia sisältäviä lääkkeitä on saanut osastolla käyttää kaikkien saattohoitopotilaiden kivunhoidossa.

Morfiinilla on ainakin sellainen leima, että monet ovat jääneet siihen koukkuun. Asioista joutuu keskustelemaan ja perustelemaan, ettei siitä tule riippuvaiseksi ja, kun tässä vaiheessa kivut ovat niin sietämättömät, ettei ole muuta vaihtoehtoa, kuin antaa vahvaa kipulääkettä.

Omainen on kysynyt kipupumpusta, että eikö ole vaarallista laittaa sitä, kun siinä on morfiinia. Sehän aiheuttaa sydänpysähdyksen... tällaista epätietoisuutta ja pelkoa on ollut kyllä jonkun verran.

Vastauksien mukaan osastolla on ollut useamman kerran haasteellisia tilanteita, jolloin saattohoitopotilaan omaiset ovat vaatineet potilaalle tehostettua hoitoa. Erimielisyyksiä hoitolinjoihin suhteen on ollut myös omaisten keskuudessa.

On ollut tilanteita, jossa omaiset vaativat nesteytystä ja muuta, niin lääkäri on siihen suostunut, vaikka potilaan tilanne on jo toivoton.

Vastauksista käy ilmi, että osastolla on ollut omaisten keskuudessa erilaisia kokemuksia saattohoitopotilaiden kivunhoidosta, jotka ovat tuoneet haastetta kivunhoidon toteutukseen. Osa omaisista on ollut sitä mieltä, että kivunhoito on ollut riittämätöntä, kun taas osa on kokenut, että saattohoitopotilaita lääkitään liikaa. Jotkut omaiset ovat kokeneet, että vahvat kipulääkkeet laskevat potilaan tajunnan tasoa niin, ettei potilas ole enää kykenevä järkevään keskusteluun. Vastauksista käy kuitenkin ilmi, että omaisten kanssa on lääkkeitä keskusteltu ja selvitetty, että kivunhoidon vuoksi vahvat kipulääkkeet ovat välttämättömiä. Keskustelun jälkeen kaikki omaiset ovat ymmärtäneet, että kivuton olo on tärkein.

Joskus on tullut eteen sellainen tilanne, että omaiset ovat pahoillaan, kun potilas on saanut liikaa lääkettä, et ei pystynyt keskustelemaan. Jotkut omaiset eivät ymmärrä, ettei hoidon tarkoitus ole se, että pystyisi keskustelemaan, vaan olisi kivuton.

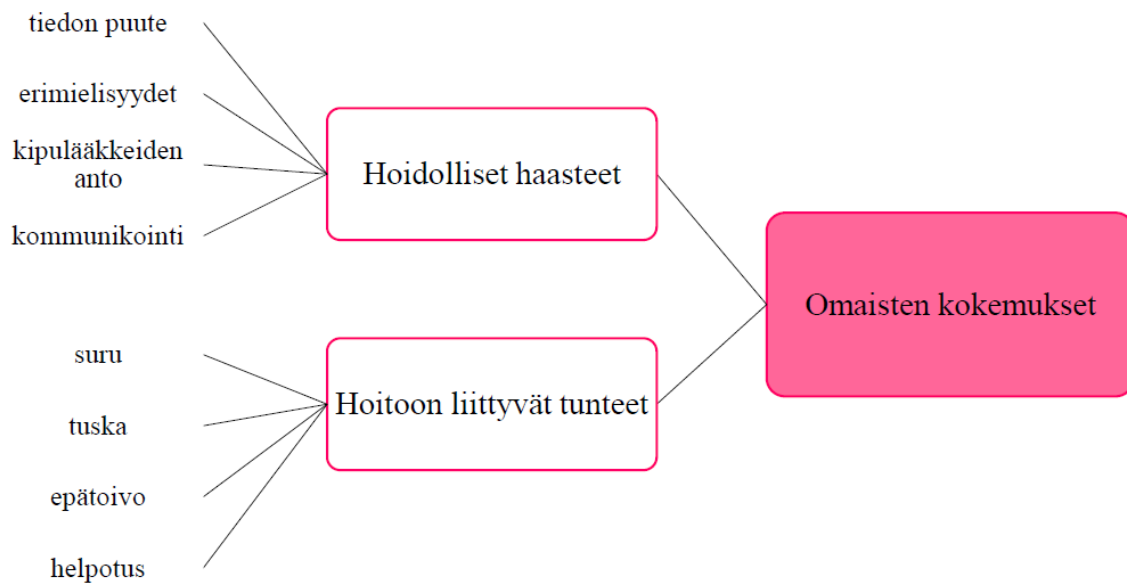
Sairaanhoitajien mielestä omaisten kanssa kommunikoidaan liikaa sairaalasanastolla, joka aiheuttaa väärinymmärryksiä. Potilaille ja omaisille puhutaan teoreettisilla käsitteillä eikä asioista sanota aina tarpeeksi suoraan tai ymmärrettävästi. Sairaanhoitajat korostavat, että omaisten kanssa tulisi aina puhua selkokielellä sekä esitellä kivunhoitovälineitä käytännössä. Vastaajat kertovat, että kipupumppu aiheuttaa usein negatiivisia ajatuksia. Osa potilaista voi kokea sitä kohtaan negatiivisuutta, koska he eivät halua itseensä kiinnitettävän ”pumppua”.

Kerron ja näytän kuvat, että minkälainen jokin on. He näkevät minkälaisesta välineestä on kysymys, ettei se ole mikään kipu”pumppu”. Kerran yksi potilas sanoi, ettei hän halua käyttää mitään pumppua... täytyy kuitenkin läheisille kertoa asiat ymmärrettävällä tavalla.

Vastaajat kokevat myös omaisten kanssa yhteistyön kivunhoidon kannalta tärkeäksi, mutta välillä haasteelliseksi.

Omaisetkin tulee tärkeänä osana mukana hoidossa... vaikuttaa paljon potilaaseen, että on hyvä yhteistyö omaisten, potilaan ja hoitajien kesken, niin siitäkin tulee sellainen turvallinen olo.

Vastuksien mukaan omaisilla on monia erilaisia tunnetiloja saattohoitajakson aikana. Sairaanhoitajien mukaan omaisille tuottaa surua ja tuskaa, kun he näkevät läheisensä kipeänä. Osa omaisista on ollut epätoivoisia, varsinkin hoitosuhteen alussa, mutta pitkän hoitosuhteen jälkeen omaiset ovat yleensä helpottuneita, kun kärsimys on päättynyt.



Kuvio 7. Omaisten kokemukset saattohoidossa olleen läheisensä kivunhoidosta

## 6.6 Kivunhoidon kehittämishaasteet

Sairaanhoitajien mukaan osaston kivunhoidon kehittämishaasteita olisi ennakoinnin lisääminen, yhteisten linjojen vahvistaminen sekä kokonaisvaltaisen kivunhoidon haasteiden ratkaisut. (Kuvio 8). Ennakointi on yksin kehittämishaaste, joka vastuksista ilmeni. Sairaanhoitajat korostivat, että potilaan lääkelistalla pitäisi aina olla lääkitys määrättyinä viimeisiin hetkiin asti. Sairaanhoitajien mielestä jokaiselle saattohoitopotilaalle pitäisi tehdä heti osastolle tulovaiheessa ennakoiva lääkehoidon suunnitelma ja jokainen vastaaja korostaa jonkinlaista ennakoivaa työtapaa.

Ilta-, yö- tai viikonloppu aikaan, kun meillä ei ole omaa lääkärinä, niin olisi hirveen tärkeää, että olisi ennakoiva lääkehoidon suunnitelma.

Jokainen vastaaja mainitsi suurimmaksi kivunhoidolliseksi ongelmaksi lääkelistat, joissa ei ole aina tarvittavaa lääkitystä. Tämä on tärkeä osa hoidon

ennakointia. Osastolta on jouduttu iltaisin ja viikonloppuisin useaan otteeseen ottamaan yhteyttä puuttuvien lääkkeiden osalta päivystävään lääkäriin. Päivystävältä lääkäriltä saadut ohjeet ovat usein olleet tulkinnanvaraisia. Hyvät yleiset kirjalliset ohjeet koetaan myös helpottavan kivunhoidon toteuttamista.

Kun meille tulee potilas saattohoitoon, niin hänen kivunhoitonsa ei ole koskaan ajan tasalla, se on ihan aina todella pieni, että tuntuu ihan pahalle.

Ohjeistukset pitäisi tulla meidän omalta lääkäriltä. Jos me joudutaan soittamaan päivystävälle lääkärille, tai oman lääkärin ollessa lomassa, niin sijaislääkärille, joka on yleensä terveyskeskuslääkäri, niin heillä ei ole sitä ammattitaitoa antaa näitä ohjeita...tosi usein törmää siihen, että he kysyvät, miten teillä on yleensä annettu, että he kysyvät neuvoa meitä.

Pitäisi olla hyvät ohjeet.

Sairaanhoitajien mielestä osastolle pitäisi saada yhtenäinen linja saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyen. Vastauksien mukaan erimielisyyksiä tuottavat usein mahdolliset i.v.-nestehoidot, veritankkaukset ja laboratorionkokeet. Hoitajat itse kokivat ne saattohoitovaiheessa turhina sekä kipua lisäävinä ja tuskaa tuottavina. Kuitenkin osastolla pieni osa hoitajista ja lääkäreistä kannattavat yhä niitä. Varsinkin, jos omaiset vaativat tehostettua hoitoa, niin siihen voidaan suostua. Tällaisiin vaikeisiin tilanteisiin kaivattaisiin yhtenäistä linjaa ja selkeää ohjeistusta sekä kattavampaa raportointia.

Pitäisi keskustella yhtenäiset linjat, että otetaanko laboratorionkokeita, että tuotetaanko sitä kipua vaan lisää...tämähän on sellainen asia, josta lääkäritkin ovat erimieltä... joku lääkäri helposti aloittaa i.v. -nesteytyksen ja osa on taas sitä mieltä, ettei missään nimessä... on hirveän vaikeaa olla hoitajana siinä kahden tulen välissä. Ja on nämä veritankkauksetkin, vaikka niistä on selvät ohjeet jo saattohoitosuunnitelmassakin, niin se ei käytännössä kuitenkaan niin toteudu.

Vastauksista nousi esille useita kivunhoidon kehittämishaasteita. Sairaanhoitajat toivat esille koulutuksen tarpeen, vaikka kokivat oman osaamisensa jo nyt hyvänä.

Ainahan koulutusta tarvitaan, vaikka sanoin, että mielestäni osaankin kivunhoidon, mutta koulutusta tarvitaan silti jatkuvasti ja apuja. Pelkästään kipupumpun käyttäminenkin on sellainen asia, kun on viikon lomalla, niin saa taas kelata, että miten se menikään.

Aina on kehitettävää, tulee uusia tapoja, uusia lääkkeitä.

Kaikista vastauksista käy ilmi, että osastolla käytetään saattohoitopotilaan kivunhoidossa lähes aina kipupumppua. Vastaajat kuitenkin kertovat, että kipupumppuja on todella rajallisesti. Kehityshaasteena, joka tietysti vaatii myös lisäbudjettia, olisi kipupumppujen hankinta. Niiden avulla ammattitaitoista kivunhoitoa voitaisiin vastaajien mukaan hyödyntää myös enemmän kotisaattohoidossa ja palveluasumisessa.

Kipupumppujakin on kyllä aika rajallisesti...tai siihen kipupumppuun herkästi siirrytään... toisin kun mulla on sellainen mielikuva, että tuolla muualla ei... varsinkin, mitä jos nyt mennään palvelukeskukseen, niin hehän ei varmaan ollenkaan uskalla sitä ottaa vastaa.

Vastaajien mielestä kipulääkkeitä voidaan antaa liiankin helposti, eikä hoitajat välttämättä selvitä kivun syytä tai arvio kipua asianmukaisesti tai anna potilaalle tarpeeksi henkistä tukea. Myös lääkkeiden annon kirjaamisessa on ollut puutteita. On havaittu, että ei ole kirjattu, miksi kipulääkettä annetaan.

Hoitajan kuuluu kysyä ja arvioida, millaista kipua hänellä on... ettei menisi automaattisesti lääkehuoneeseen ja ota sitä Oxynormia ja sitten potilas jää kuulematta... hän voi siihen yksinäisyyteenkin pyytää. Jos sinne jäisi keskustelemaan, että mikä sattuu ja oltaisiin läsnä siinä potilaan hoidossa, niin voisi kipulääkkeen tarvekin olla vähäisempi. En tiedä onko se ajasta kiinni vai vähän huonoista asenteista.

Pitäisi aina kirjoittaa, mihin kipuun lääkettä annetaan.

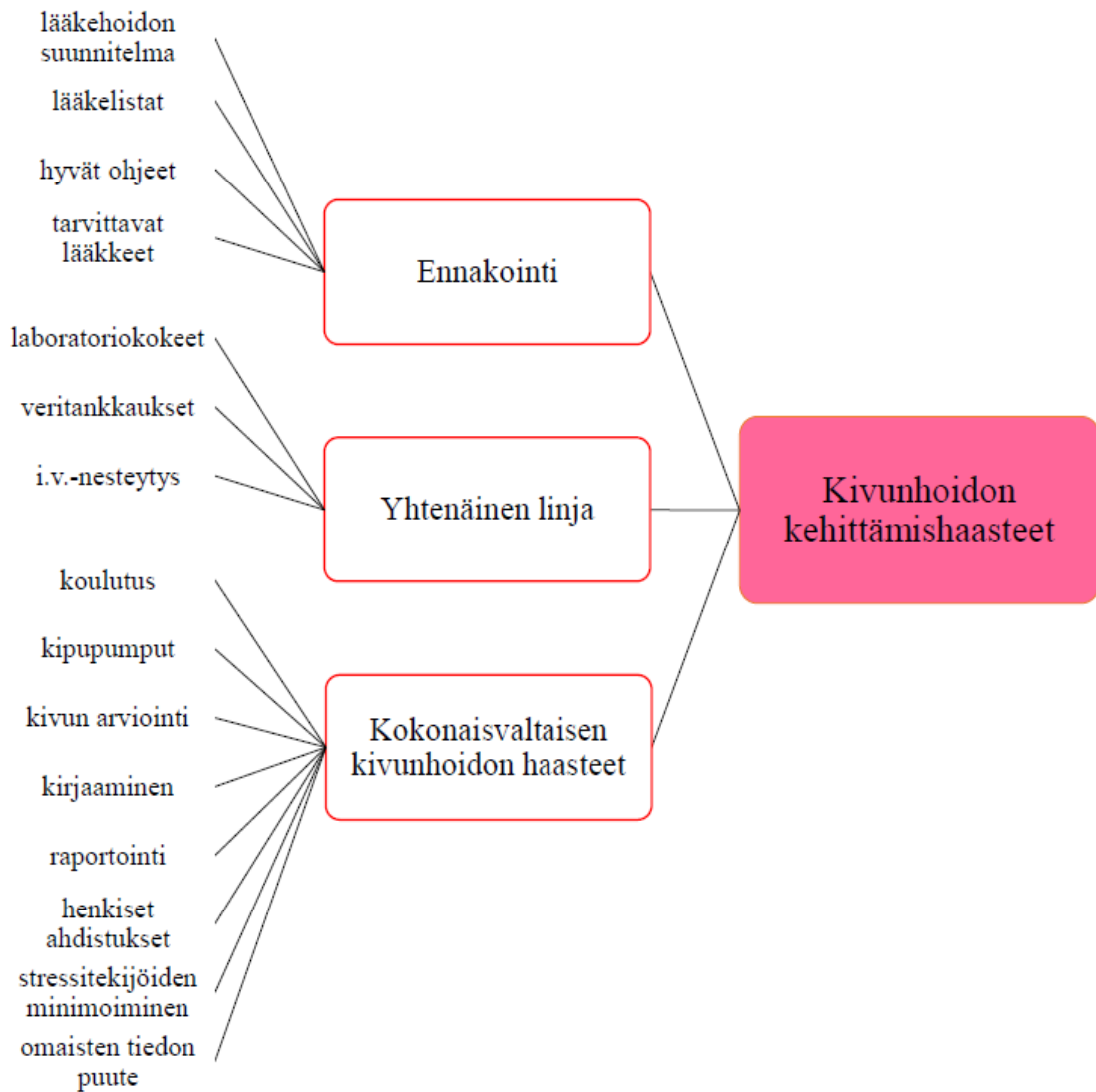
Vastauksista käy ilmi, että yksi kehittämishaaste olisi lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien lisääminen ja henkisten ahdistusten ehkäiseminen.

Jos sinne huoneeseen ei jää keskustelemaan ja ollaan läsnä siinä potilaan hoidossa nii, niin joskus se kipulääkkeen tarvekin voi olla vähäisempi... ei panosteta tarpeeksi henkiseen hoitoon.

Stressitekijöiden minimoiminen olisi myös osastolla yksi vaikeasti toteutettava kehityshaaste, joka vaikuttaa osaltaan lääkkeettömään kivunhoitoon. Vastaajien mukaan saattohoitopotilas pyritään sijoittamaan rauhalliseen huoneeseen, mutta aina osastolta kuuluu luonnollisesti paljon ääniä. Vastaajat kertovat, että usein on tilanteita, kun muistisairas asiakas saattaa mennä epähuomiossa saattohoitopotilaan huoneeseen. Vastauksista ilmenee myös, että omaisten kanssa on ollut kommunikaatio- ongelmia ja omaisilla on ollut tiedon puutetta mm. opioidilääkityksen ja kipupumppujen suhteen.

Turhia pelkoja pitäisi eliminoida, että olisi turvallista olla siellä huoneessa. Meilläkin on näitä muistisairaita, jotka saattavat tulla huoneeseen vaikka istumaan... sitten voi kertoa,

ettei tarvitse pelätä, jos toinen potilas käy tässä tai sitten voi pistää ovelle vaikka tuolin eteen, ettei hän tulisi sinne sitten ovesta.



Kuvio 8. Kivunhoidon kehittämishaasteet

## 7 POHDINTA

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta on seurannut saattohoidon kehitystä vuodesta 2001 alkaen, jolloin alettiin kyselylomakkeiden avulla selvittämään sairaanhoitopiirien saattohoidon tasoa. (ETENE 2012, 8.) Neuvottelukunnan mukaan vuodesta 2001 lähtien saattohoito on kehittynyt, mutta vieläkin on kehitettävää enemmän tai vähemmän, hoitoyksiköstä riippuen. Saattohoitosuunnitelmat ovat kattavia ja teoreettisella tasolla saattohoito on hyvällä tasolla, mutta käytännössä puutteita löytää vielä paljon.

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Hyvä kivunhoito kuuluu jokaisen saattohoitopotilaan oikeuksiin. Opinnäytetyön tulosten mukaan onnistuneen kivunhoidon tavoitteena on saada saattohoitopotilaille kivuton, levollinen ja rauhallinen loppuelämä. Kamppari (2012, 2) toteaa asiantuntijaverkostonsa kanssa, että kipujen lievittämisellä ja poistamisella autetaan potilasta jaksamaan elämän loppuvaiheessa. Aalto ym. (2012, 12) on tutkinut, että kivun hoidossa tärkeää on oireiden ennakointi. Opinnäytetyön tutkimustuloksista selviää myös, että sairaanhoitajat kokevat tärkeänä kipujen ennaltaehkäisyä ja nopean oireisiin reagoimista.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan saattohoitopotilaan kivun arvioinnissa ja mittaamisessa korostuu potilaan yksilöllisen kipuaistimuksen huomioiminen sekä hoitajien ammattitaito kipujen tulkinnessa. Hännisen (2008, 22) tutkimustuloksista selviää, että kivun kokemista ei voi verrata toisen ihmisen tunteeseen kipuun, koska kipu on aina yksilöllistä.

Jäniksen (2009, 12–13) pro gradu -tutkielman tuloksien mukaan potilaan levottomuuden taustalla on usein kiputila. Tutkielman mukaan jännittynyt vartalo, liikkumattomuus, jäykät liikkeet ja levoton liikehdintä viestittävät kivusta. Tutkielman tuloksissa on selvä yhteys tämän opinnäytetyön tuloksiin, jossa saattohoitopotilaan sanatonta viestintää pidettiin parhaana keinona arvioida kipua. Kampparin (2012, 29) johtama asiantuntijaverkosto on tutkinut, että saattohoitopotilas on paras kipunsa asiantuntija. Kivun arviointi potilaan omien kiputunteuksien mukaan ja ne uskomien todeksi on ensisijaisen tärkeää. Kivun mittaaminen perustuu potilaan kuvaukseen kivusta.

Kivun lääkehoito on tuloksen mukaan osastolla hyvällä tasolla ja yhtenä kivunhoitoa tukevana tekijänä sairaanhoitajat mainitsevat myös lääkkeiden lopetuksen. Opinnäytetyön tuloksien mukaan sairaanhoitajat pitivät lääkkeiden lopetusta yhtenä keinona hoitaa kipua, koska osa lääkkeistä voi vaan pitkittää kärsimystä sekä tablettilääkkeiden nieleminen on saattohoitovaiheessa yleensä vaikeaa ja kivuliasta. Käypä hoito -suosituksen (2012, 1–2) mukaan saattohoitopotilaan hoidossa tulee miettiä aiemmin käytössä olleiden perussairauksien lääkkeiden tarpeellisuutta niiden haittavaikutusten ehkäisemiseksi.

Osaston tärkeimmäksi kivunhoitomenetelmäksi tuloksista selvisi kipupumppu. Kipupumpun kautta osastolla annetaan ylimääräisiä lääkeannoksia esimerkiksi läpilyöntikipuun. Kampparin (2012, 26) johtaman tutkimuksen

mukaan myös potilas voi itse annostella lisäannoksen oman tarpeen mukaan. Hännisen (2007, 2207) kirjoittamasta artikkelista selviää, että palliatiivinen sedaatio on siinä vaiheessa saattohoitopotilaan kivunhoidossa välttämätön, jos potilaan oireet ja kivut ovat niin pahat, ettei muulla lääkähoidolla saada kipuja lievenemään. Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan osastolla on jouduttu käyttämään sedaatiota vain muutamia kertoja.

Tuloksista käy ilmi, että saattohoitopotilaat kokevat tärkeänä hoitajan aidon läsnäolon, joka on osa lääkkeetöntä kivunhoitoa. Kiireetön tunnelma sekä läheisyys viestittävät luottamuksesta ja hyvästä hoitosuhteesta. Tuloksien mukaan saattohoitopotilaan kipu lievittyy aidolla läsnäololla, kuten silittelmällä, kädestä kiinni pitämällä ja hieromalla. Myös Ridanpään (2006, 47) pro gradu -tutkielman tuloksista selviää, että kuolevan potilaan käteen tarttuminen, ystävällinen sana tai katse, tutun hoitajan läsnäolo ja aidon välittämisen osoittaminen luovat turvallisuutta saattohoitopotilaan hoitoon.

Myös Jänis (2009, 42) on tutkinut, että tehokkaimmiksi lääkkeettömiksi kivun lievitysmenetelmiksi potilaat ovat kokeneet rauhallisen ympäristön, asennon muuttamisen, kädellä silittelyn sekä läheisyyden ja turvallisuuden tunteen luomisen. Hakalan (2015, 4) pro gradu -tutkielman mukaan myös omaisille hoitajan läsnäolo on tärkeää ja hyvä hoitosuhde vaikuttaa omaisten jakamiseen. Opinnäytetyön tulosten mukaan omaisten mukaan ottaminen saattohoitopotilaan hoitoon luo potilaalle hyvää oloa ja vahvistaa hoitosuhdetta.

Kamppari (2012, 28) on tutkinut, että rentoutumisharjoitukset voivat lievittää saattohoitopotilaan kipua. Hän mainitsee rentoutumisharjoituksina esimerkiksi ajatusten kohdistamista tai erilaisten hengitysharjoitusten kokeilemistä. Opinnäytetyön tuloksissa ei mainita kertaakaan lääkkeettömänä kivunhoitomenetelmänä rentoutumista. Näin ollen voi päätellä, että rentoutumista ei käytetä toimeksiantajana toimivalla osastolla lääkkeettömänä kivunhoitomenetelmänä.

Omaisten henkilökohtaiset kokemukset ovat osa saattohoitopotilaan kivunhoidon kehittämistä. Opinnäytetyön tutkimustuloksista selviää, että osastolla on ollut usein omaisten kanssa erimielisyyksiä liittyen saattohoitopotilaiden kivunhoitoa kohtaan. Varsinkin morfiinivalmisteet ovat jakaneet omaisten mielipiteitä. Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että erimielisyydet ovat usein johtuneet tiedon puutteesta. Hänninen (2003, 76) on tutkinut, että saattohoitopotilaan omaisilla voi olla erilaisia pelkoja ja uskomuksia kivunhoitoa kohtaan. Hänen tutkimustuloksistaan selviää, että omaiset ovat kokeneet lisääntyneen kivunhoidon viittaavan lähestyvään kuolemaan.

Sandin (2003, 94) tutkimustulokset ovat yhtäläisiä edellä mainittujen opinnäytetyön tulosten kanssa, mutta Sandin pro gradu -tutkielmasta selviää, että monet perheiden kanssa toimineet hoitajat kokivat perheen voimavarana, eivät rasitteena, vaikka omaiset tarvitsevatkin paljon tietoa ja tukea.

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee useita kehittämishaasteita. Osaston lääkehoito on hyvällä tasolla, mutta lääkehoitoon kaivataan kattavampaa ennakointi. Tulosten mukaan osastolla tarvitaan yhtenäisemmät hoitolinjat



liittyen saattohoitopotilaan suonensisäiseen nesteytykseen ja laboratoriotutkimuksiin. Korhonen (2013, 441) on tutkinut, että saattohoitopotilaan hoidossa tulee välttää kaikkia ylimääräisiä hoitotoimenpiteitä, kuten nestetasapainon, verenpaineen ja lämmön mittaamista. Korhosen tutkimuksesta selviää myös, että tehostettu hoito ei kuulu millään tavalla saattohoitopotilaan hoitoon.

Tärkeä tuloksista ilmennyt kehittämissuositus oli lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien lisääminen. Sairanhoitajilla oli kattava tietämys lääkkeettömistä menetelmistä, mutta niiden käyttö käytännön kivunhoidossa ei ollut yhtä hyvää. Myös Kuuppelomäki (2002) toteaa, että hoitohenkilökunnan tulisi perehtyä lääkkeettömiin kivunlievitysmenetelmiin ja hyödyntää niitä enemmän saattohoitopotilaiden kipujen lievityksessä.

### 7.2 Johtopäätöksiä ja kehittämissuosituksia

Tämän opinnäytetyön yhdeksi kehittämiskohteeksi tuloksista ilmeni puutteelliset lääkelistat. Osastolle pitää saada päivitetty ennakoiva lääkehoidon suunnitelma, joka sisältäisi saattohoitopotilaan lääkityksen viimeisille hetkille asti. Kaikki saattohoitoon osallistuvat ammattilaiset voisivat pitää yhteisen kokouksen joka kuukausi. He voisivat silloin miettiä, miten osastolle saataisiin tehtyä parempi yksilöllinen ja ennakoiva suunnitelma, joka huomioisi jokaisen saattohoitopotilaan tarpeet.

Tuloksista nousi myös esiin erimielisyydet saattohoitopotilaan hoitolinjojen suhteen. Osastolle pitäisi saada yhtenäiset linjat koko hoitohenkilökunnalle, miten saattohoitopotilaan hoidossa menettellään. Osastolla voitaisiin pitää osastotunti, johon osallistuisi koko saattohoitoa toteuttava henkilökunta. Osastotunnilla voitaisiin sopia selvät ja yhtenäiset menettelytavat, joiden mukaan toimittaisiin jokaisen saattohoitopotilaan kohdalla.

Lääkkeettömään kivunhoitoon pitäisi tuloksien mukaan osastolla keskittyä enemmän. Kehitystä tarvitsisi varsinkin kipujen syyn selvittäminen, kipujen arviointi sekä kirjaaminen. Arvioida pitäisi myös, onko kipu fyysistä vai henkistä kipua. Tuloksista selviää, että vastaajien mielestä lisäkoulutus olisi aiheellista tai vähintään saattohoitopotilaan kivunhoitoon liittyvien käytännön asioiden kertaaminen sovittuina ajankohtina. Vaikka henkilökunta on saattohoidon ammattilaisia, voisi näin ollen lisäkoulutuksen tarvetta harvita. Täydennyskoulutuksessa voisi perehtyä paremmin lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöön.

## 8 LÄHTEET

Aalto, L. & Rajala K. 2012. Ohje jatkuvan ihonalaisen lääkeannostelijan käyttöön perusterveydenhuollon vuodeosastoja varten. Helsinki: Suomen palliativisen lääketieteen yhdistys.

Aaltola, A-L., Härkönen, A., Kaukinen, S., Lehtinen, L., Timonen, K. 2014. Saattohoidon periaatteet – Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Viitattu 4.2.2016. [http://www.dila.fi/files/1160/Saattohoidon\\_periaatteet\\_PHSOTEY.pdf](http://www.dila.fi/files/1160/Saattohoidon_periaatteet_PHSOTEY.pdf)

Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Duodecim* 2005; 121: 1073–77. Helsinki.

Duodecim. 2014. Vanhuskuolema – konsensuslausuma 2014. *Duodecim* 2014; 130: 523–31. Helsinki.

Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Guidelines & Protocols Advisory Committee. Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management. Viitattu 4.2.2016. <http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/palliative-pain-management>

Hamunen, K. Palliativinen sedaatio. *Finnanest* 2012; 45: 470–73.

Hakala, T. 2015. Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa: kirjallisuuskatsaus. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Hirsijärvi, S., Hurme, H. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hänninen, J. 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2007. Palliativinen sedaatio – viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. *Duodecim* 2007; 123: 2207–13.

Hänninen, J. 2008. Saattohoito – Potilaan ja omaisen opas.

Hänninen, J. 2015. Onnistunut oirehoito on saattohoidon edellytys. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 21.11.2015. [https://sairaanhoitajaliitto-fi.directo.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/9\\_2008/muut\\_artikkelit/onnistunut\\_oirehoito\\_on\\_saattoho/](https://sairaanhoitajaliitto-fi.directo.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/9_2008/muut_artikkelit/onnistunut_oirehoito_on_saattoho/)

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Järvimäki, V. & Koskenkari, J. 2010. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. Viitattu 1.2.2016. [https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/em-beds/21119\\_saattohoitonetti\\_uusi.pdf](https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/em-beds/21119_saattohoitonetti_uusi.pdf)

Jänis, P. 2009. Puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen kivun arviointi ja hoito. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Kamppari, J. 2012. Saattohoito - opas työntekijöille. ”Silta toiselle rannalle” – saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011–2012. Lahti.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki.

Koponen, J. 2009. Kosketuksen merkitys. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2013; 129: 440–5.

Kuittinen, O., Seppänen, M-L., Heikkinen, M., Karjalainen, T. & Järvimäki, V. 2015. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätös-menettelystä ja hoidosta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoeettinen työryhmä.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito -suositus. Viitattu 1.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>

Kuuppelomäki, M. 2002a. Kuolevan potilaan kivunhoito terveyskeskuk-sissa sairaanhoitajien arvioimana. Hoitotiede 2002; 14: 5.

Kylmä, J., Lähdevirta, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Helsinki: Duodecim.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 1999; 1: 54.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Elo, S., Kanste, O. & Pölkki, T. 2011. Sisäl-lönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011; 23: 138–48.

Käypä hoito. 2013. Porrastettu kivunhoitomalli. Viitattu 4.2.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=ima01799>

Laine, H. 2015. DNR-päätös. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Vii-tattu 4.2.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_ar-tikkeli=dlk01180](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_ar-tikkeli=dlk01180)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Finlex. Viitattu 1.2.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Lääkärin käsikirja. 2004. Hoitopäätökset elämän loppuvaiheessa – eettisiä näkökohtia. Helsinki: Duodecim.

Nurminen, M-L. 2008. Lääkehoito. WSOY Helsinki.

Ollikainen, P. 2008. Kotisaattohoidon edellytykset – tutkimus omaishoitajien kokemuksista kotisaattohoitajina ja omaishoidon tuen merkityksestä. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Paakkari, P. 2013. Kipuläkkeet – turvallinen käyttö. Helsinki: Duodecim.

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Poukka, P., Pöyhä, R. & Tasmuth, T. 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnanest 2012; 45: 450–54. Viitattu 1.2.2016. [http://www.finnanest.fi/files/tasmuth\\_milloin.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf)

Pätäri, J. 2014. Sairaanhoitajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikoilla. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Ridanpää, S. 2008. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Routio, P. 2006, Tutkimusmenetelmät. Viitattu 2.11.2015. <http://www.uiah.fi/projekti/metodi/stadia.pdf>

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Seikola, A. 2011. Geriatriksen lääkehoidon koulutustarpeet perusterveydenhuollossa – moniammatillisen täydennyskoulutuksen suunnittelu lost-alueen kotihoidon henkilöstölle. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2000. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Viitattu 1.2.2016. <http://www.academia.edu/>

Suomen palliatiivisen hoidon yhdistys ry. SPHY. 2015. Viitattu 17.11.2015. [http://www.sphy.fi/mita\\_on\\_palliatiivinen\\_hoito/](http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa – Asian-  
tuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuosituksset. Viitattu 1.2.2016.  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNB%3afe201504225791.pdf?sequence=1>

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Duodecim: Terveyskirjasto. Viitattu 1.2.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=kha00025](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Viitattu 1.2.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e>

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Virtual statistics. 2014. Teemahaastattelu. Tilastokeskus. Viitattu 2.11.2015. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>

World Health Organization. 2012. Palliative care. Viitattu 3.1.2016. <http://www.who.int/cancer/palliative/en>

## Opioidien ekvianalgeettiset annokset

Opioidien annokset suhteutettuna lääkeaineeseen  
ja antotapaan

Morfiini PO (mg/vrk)	Hydromorfiini PO (mg/vrk)	Oksikodoni PO(mg/vrk)	Fentanyylilaastari(mcg/h)
60–134	12–26	40–89	25
135–179	27–35	90–119	37.5
180–224	36–44	120–149	50
225–269	45–53	150–179	62.5
270–314	54–62	180–209	75
315–404	63–80	210–269	100
405–494	81–98	270–329	125
495–584	99–116	330–389	150
585–674	117–134	390–449	175
675–764	135–152	450–509	200
765–854	153–170	510–569	225
855–944	171–188	570–629	250
945–1034	189–206	630–689	275
1035–1124	207–224	690–749	300

Kuvio 9. Lähde: Guidelines & Protocols Advisory Committee. Palliative Care for the Pa-tient with Incurable Cancer or Advanced Disease. Part 2: Pain and Symptom Management.

## **Kuolevan oikeuksien julistus (YK 1975)**

- Minua on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaani asti.
- Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä muuttuuko sen tavoite.
- Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitäviltä vaikka toivo muuttuisi.
- Minun on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaani koskevat tunteeni.
- Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin
- Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei enää ole paraneminen vaan hyvä olo.
- Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin.
- Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.
- Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.
- Minulla on oikeus tiedonsaantiin.
- Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.
- Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.
- Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.
- Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.
- Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.
- Minulla on oikeus huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat oman tehtävänsä antoisaksi.

SAATEKIRJE

**Hyvä FSHKY:n Osaamiskeskuksen sairaanhoitaja**

Olemme Hämeen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä *Saattohoitopotilaan kivunhoito sairaanhoitajien näkökulmasta*. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää teemahaastattelun avulla sairaanhoitajien näkemyksiä ja kokemuksia saattohoitopotilaan kivunhoidosta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada kivunhoidosta kokemuseräistä tietoa, jonka avulla kehittää kokonaisvaltaista kivunhoitoa tulevaisuudessa.

Toteutamme osastollanne opinnäytetyöhömmme liittyvän teemahaastattelun. Kyselyyn vastaaminen on Teille täysin vapaaehtoista, mutta osallistuessanne haastatteluun voitte kehittää osastonne saattohoitopotilaiden kivunhoitoa. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua toukokuussa 2015.

Tulemme tekemään haastattelun Osaamiskeskuksen työtiloihin, jotta Teillä olisi mahdollisimman mukava olla. Haastatteluun voi käyttää omaa työaikaansa. Henkilötietoja ei kerätä, joten haastattelussa olleita ei voida tunnistaa. Haastattelusta saatua aineistoa käsittelevät ainoastaan opinnäytetyön tekijät ja tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Tavoitteena on saada haastateltaviksi 5-6 sairaanhoitajaa, jotka valitaan ilmoittautumisjärjestyksessä.

Kiitos mielenkiinnostanne!

Teija Kylmämetsä  
Sairanhoitajaopiskelija  
Hämeen ammattikorkeakoulu  
Forssan yksikkö  
teija.kylmametsa@student.hamk.fi

Linda Sällinen  
Sairanhoitajaopiskelija  
Hämeen ammattikorkeakoulu  
Forssan yksikkö  
linda.sallinen@student.hamk.fi



TEEMAHAASTETTELUKUNTO

**Taustakysymykset:**

Työkokemus vuosina?

Työkokemus saattohoidosta?

1. Millaista on mielestäsi onnistunut saattohoidon kivunhoito (lääkkeellinen ja lääkkeetön)?
2. Miten mittaat ja arvioit saattohoitopotilaan kipua?
3. Mitä kivunhoitomenetelmiä osastollanne on käytössä (lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä, yhdessä tai erikseen)?
4. Mitä kivunhoitomenetelmiä itse käytät (lääkkeellisiä ja lääkkeettömiä, yhdessä tai erikseen)?
5. Miten omaiset ovat kokeneet saattohoidossa olleen läheisensä kivunhoidon?
6. Kuinka arvioit kivunhoidon toteutusta ja onnistumista?
7. Minkälaisena koet oman osaamisesi saattohoitopotilaan kivunhoidossa?
8. Mitä kehitettävää mielestäsi yksikkösi saattohoitopotilaiden kivun hoidossa olisi?

KATEGORIATAULUKOT

## Yläkategoria: Onnistunut kivunhoito

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
- kivunhoito on onnistunut, kun potilas on täysin kivuton ja levollinen, ei tuskainen	Kivuton	Potilaan hyvä havainnointi
	Levollinen	
	Ei tuskainen	
- rauhallinen olemus viestittää, että potilas on kivuton	Rauhallinen	
- tuntee potilaan yksilönä	Yksilöllisyys	Hyvän saattohoidon periaatteet
- pystytään helpottamaan oloa kaikin keinoin	Ammattitaito	
- hoitajan pitää tuntea kipumekanismit		
- potilaan omaa tahtoa pitää kunnioittaa	Kunnioitus	
- reagoidaan heti oireisiin	Reagointi	Ennakointi kivunhoidossa
- oltava kipua edellä	Ennaltaehkäisy	
- ei keskitytä pelkkään lääkehoitoon	Lääkkeettömän hoidon tärkeys	Eri kivunhoito- menetelmien käyttö
- lääkevahvuuksia nostetaan asteittain	Porrastettu kivunhoitomalli	

### Yläkategoria: Kivun mittaaminen ja arviointi

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
- onko kylmän hikinen	Hikisyys	Potilaan fyysiset oireet
- raskas, voimakas tai kiihtynyt hengitys	Hengitys	
- kohonnut verenpaine	Verenpaine	
- kohonnut pulssi	Pulssi	
- onko potilas levoton	Levottomuus	Potilaan sanaton viestintä
- erilaiset ilmeet	Ilmeet	
- kaikki eleet	Eleet	
- äänen laatu sekä erilaiset ääntelyt	Ääntely	
- mielialat... aggressiivisuus tai masentuneisuus	Mieliala	
- havainnoimalla potilasta, miten liikkuu, nukkuu, mitä paikkaa valittaa	Liikkuminen	Potilaan havainnointi
	Nukkuminen	
- tarkkailla potilasta säännöllisin väliajoin	Tarkkailu	
- oireiden seuraaminen	Seuranta	
- kivun luonteesta, että millaista kipu on, jomottavaa, pistävää	Kivun luonne	
- ihan kysymällä	Kysely	Potilaan kanssa kommunikointi
- potilas itse voi kertoa	Kommunikointi	
- mittarit eivät sovellu saattohoitopotilaan kivun arviointiin	Kipumittarit	Hyödyttömät arviointimenetelmät

### Yläkategoria: Lääkkeellinen kivunhoito

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
- saattohoitopotilaan kivunhoito aloitetaan yleensä tablettilääkkeillä, joista siirrytään kipulaastareihin ja injektioihin	Tabletit	Lääkkeiden antotavat
	Laastari	
	Injektiot	
- nestemäisiä lääkkeitä voidaan antaa suun kautta	Nestemäiset	
- erilaisia kipuvoiteita voidaan käyttää paikallishoitona	Kipuvoiteet	Kivun lääkehoitoa tukevat tekijät
- kipupumppuun siirrytään lähes jokaisen saattohoitopotilaan kohdalla	Kipupumppu	
- muiden oireiden hoito... pahoinvointi, ummetus tai unettomuus	Muiden oireiden hoito	
- perussairauksien lääkkeiden lopetus haittavaikutusten ehkäisemiseksi	Tarpeettomien lääkkeiden lopetus	Ristiriitaiset käsitykset lääkehoidon toteutuksesta
- helposti mennään vahvoin kipulääkkeisiin... lupa nostaa annostuksia... hoitajilla vapaat kädet	Vapaat kädet	
- lasketaan tunteja edellisestä lääkkeen antokerrasta... usein lääkelistalla määrä, kuinka paljon saa antaa vuorokaudessa.	Tarkat annostukset	Sietämätön kärsimys
- sedaatiota jouduttu käyttämään vain muutamia kertoja	Sedaatio	

### Yläkategoria: Lääkkeetön kivunhoito

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
- asentohoidolla pyritään saamaan potilaalle mahdollisimman hyväolo	Asentohoito	Fyysiset kivunhoito-menetyt
- lämpö- ja kylmäpakkauksilla voidaan helpottaa paikallisesti potilaan kipua	Lämpöpakkaukset	
	Kylmäpakkaukset	
- fysioterapeuttisia palveluita on käytettävissä, mutta niitä käytetään vain hieman	Fysioterapia	
- askitespunktiolla voidaan poistaa nestettä keuhkoista	Askitespunktiot	
- sädehoitoa voidaan käyttää mm. luustokivunhoidossa	Sädehoito	
- erilaisia apuvälineitä käytetään paljon... nostolakanaa asentohoidossa	Apuvälineet	
- suihku ja lämmin vesi rauhoittavat mieltä ja kehoa	Suihku	
- raikas ilma auttaa hengittämään	Raikas ilma	
- huoneessa voidaan soittaa musiikkia, tuoda kasveja tai laittaa tauluja seinille... potilas voi pitää omat vaatteet yllä	Kodinomaisuus	Psyykkiset kivunhoito-menetyt
- enemmän sitä on kuuntelijana kuin ei meidän mitään neuvoja tarvitse antaa - tärkeät osa-alueet psyykkisessä hoidossa ovat keskustelu, henkinen tukeminen ja potilaan rauhoittaminen	Keskustelu	
	Tukeminen	
	Rauhoittaminen	
- fyysinen läsnäolo liitettynä psyykkiseen tukemiseen voi olla hierontaa, silittelyä ja kädestä kiinni pitämistä	Läsnäolo	
	Hieronta	
	Silitys	
	Kädestä kiinni pitäminen	
- potilaalle pitää pystyä luomaan turvallinen olo	Turvallinen olo	
- muistelu tukee potilasta omista lähtökohdistaan käsin ja auttaa ymmärtämään elettyä elämää	Muistelu	
- kunnioitetaan potilaan kulttuuria ja uskonnollista vakaumusta	Kulttuuri ja uskonto	
- omaiset pitää ottaa mukaan hoitoon	Yhteistyö	

### Yläkategoria: Omaisten kokemukset

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
- morfiinilla vieläkin sellainen leima, että siihen jää koukkuun  - joskus omaiset ovat olleet pahoillaan, kun läheinen ei ole pystynyt keskustelemaan vahvojen kipulääkkeiden vuoksi	Tiedon puute	Hoidolliset haasteet
- omaisten kanssa voi olla erimielisyyksiä i.v.-nestehoidosta... vaatii hyvät perustelut... aina päästy yhteisymmärrykseen	Erimielisyydet	
- tehtävät hoitotoimenpiteet vaativat hyvät perustelut		
- kamppailevat sen välillä, onko kipulääkitystä liian vähäistä vai yliannostusta	Kipulääkkeiden anto	
- omaisille kerrottava asiat ymmärrettävällä tavalla, ei sairaalakielellä	Kommunikointi	
- omaisille aiheutuu surua ja tuskaa, kun näkevät, että läheinen on kipeä	Suru	Hoitoon liittyvät tunteet
	Tuska	
- osa omaisista kokee epätoivoa, varsinkin jos saattohoitajakso on pitkä ja potilas kärsii... kuolema voi olla omaisille lopulta helpotus	Epätoivo	
	Helpotus	

### Yläkategoria: Kivunhoidon kehittämishaasteet

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
- joudutaan soittamaan päivystävälle lääkärille ja se on hirveän hankalaa - kun yritet saada päivystyksestä jotain lääkäriä kiinni, niin kukaan ei ota kantaa, kun ei tunne potilasta - ennakoiva lääkehoidon suunnitelma	Lääkehoidon suunnittelu	Ennakointi
- ei ole lääkelistat valmiiksi laitettu	Läakelistat	
- tarvitaan hyvät ohjeet	Ohjeet	
- tarvittavat määräykset, mitä lääkkeitä saa antaa enemmän ja mitä tehdään, jos tilanne muuttuu radikaalisti	Tarvittavat lääkkeet	
- keskustellaan yhteiset linjat, otetaanko laboratorionkokeita tai annetaanko verta	Laboratoriokokeet	Yhtenäinen linja
	Veritankkaus	
- tuotetaanko turhaan kipua i.v.-nesteytyksellä	i.v. -nesteytys	
- koulutusta tarvitaan jatkuvasti	Koulutus	Kokonaisvaltaiset kivunhoidon ongelmat
- kipupumppujakin on aika rajoitetusti	Kipupumput	
- lääkkeettömän hoidon lisääminen	Lääkkeetön hoito	
- arvioida kivun laatu ja kirjata aina, mihin kipuun lääkettä antaa	Kivun arviointi	
	Kirjaaminen	
- tiedon jakaminen hoitajille eteenpäin	Raportointi	
- haastavimpia ovat melkein ne henkiset ahdistukset	Henkiset ahdistukset	
- stressitekijöiden pienentäminen... oma rauha	Stressitekijöiden minimoiminen	
- omaisten tiedon puute	Omaisten tiedon puute	

