



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Syöpää sairastavan potilaan kivun arviointi terveyskeskuksen vuodeosastolla

Grönberg, Kia & Hellman, Riina

2016 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Syöpää sairastavan potilaan kivun arviointi
terveyskeskuksen vuodeosastolla

Grönberg, Kia &
Hellman, Riina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2016

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Grönberg Kia ja Hellman Riina

Syöpää sairastavan potilaan kivun arviointi terveyskeskuksen vuodeosastolla

Vuosi	2016	Sivumäärä	44
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää erään vuodeosaston syöpää sairastavien potilaiden kivun arviointia ja kivunhoitoa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli viedä tietoa erilaisista kivun arvioinneista ja vuodeosastolla käytössä olevista opioidikipulääkkeistä sekä saada vuodeosastolle yhteinen käytäntö kivun kirjaamiselle.

Syöpää sairastavan potilaan kivunhoitoa ja arviointia oli tarkoitus kehittää Helsingin yliopistolaisen keskussairaalan ESAS-oirekyselyn avulla, jossa potilaalta kysytään laajasti erilaisista oireista. Kivun arvioinnissa otetaan huomioon myös vaikeasti sairaat potilaat Painadmenetelmän avulla, jossa potilaan ei tarvitse itse osata tulkita kipuaan. Kivun kirjaamiseen sovittiin vuodeosaston henkilökunnan kanssa yhteinen käytäntö heille tuttujen kirjaamistapojen pohjalta sekä FinCC-luokituksen mukaan.

Tämä opinnäytetyö tehtiin juurruttamisen menetelmällä. Tarkoitus on uuden toimintatavan kehittäminen ja käyttöönotto samanaikaisesti. Vuodeosaston henkilökunta käytti opinnäytetyössä mukana olleita kivun arviointimenetelmiä koko ajan samalla kun he saivat tietoa arviointimenetelmistä ja niiden käytöstä. Käytännön tieto ja tutkimukset kerättiin yhteen ja niiden avulla muodostettiin uusi käytäntö. Kehitettävä kohde määräytyi tässä työssä kivunhoidosta ja sen arvioinnista.

Opinnäytetyössä käytettiin haastattelumenetelmänä laadullista tutkimusmenetelmää. Henkilökuntaa vuodeosastolla oli 14,5 hoitajaa. Työntekijät saivat nykytilan kartoitusta lomakkeeseen sekä loppuarviointikyselyyn vapaasti vastattavat kysymykset.

Vuodeosaston henkilökunta otti käyttöön ESAS-oirekyselyn kaikille syöpää sairastaville potilaille. Kiire vei henkilökunnan aikaa paljon ja se näkyi haasteena kyselytuloksissa. Henkilökunta oli kuitenkin oirekyselyyn tyytyväinen ja ovat motivoituneet tekemään kyselyä jatkossa kaikille osastolle tulleille syöpäpotilaille.

Johtopäätöksenä ja kehittämis ehdotuksena ehdotettiin, että vuodeosasto voisi ottaa käyttöön tulohaastattelulomakkeen, joka olisi rakennettu ESAS-oirekyselylomakkeen pohjalta sekä yksilövästuisen hoitotyön mallin joka toisi henkilökunnalle paremmat valmiudet kirjata omapotilaasta perusteellisemmin.

Asiasanat: syöpätaudit, kivunhoito, arviointimenetelmä, kipu.

Grönberg Kia & Hellman Riina

The pain management of a cancer patient in terminal care

Year	2016	Pages	44
------	------	-------	----

This goal of this thesis was to improve a certain ward's pain evaluation and pain care of cancer patients. The purpose was to obtain information about the different evaluations of the patients pain and to achieve a common practice to record the pain and the opioid drugs used in the ward.

The pain care process is shared between the ward's staff, the doctor and the patient. It was intended to advance the cancer patients pain care to a new level with the help of ESAS symptom inquiry in which the patients are asked of their symptoms widely. The idea was to clarify the gravely sick patients' pain evaluation by using the Painad method, where you interpret the pain according to body language, utterance, facial expressions and breathing. The staff of the ward agreed to a common system of recording of the pain, the base is from FinCC classification which they are familiar with.

This thesis was executed using dissemination method which is a developing method. The purpose is to create a new procedure and introduce it simultaneously. The ward's staff used the pain evaluation methods from our thesis along the way as they received the information on evaluation methods and their use. Practical information and research information are put together and thanks to that made into a new practice. The target of development in this work was pain care and its evaluation.

A qualitative research method was used as an interview method in the thesis. There were 13,5 nurses in the ward. There were open questions in the questionnaire concerning the present status as well as in final assessment inquiry.

The ward's staff implemented the ESAS symptom inquiry for all cancer patients. The staff was very busy and took a lot of time to carry out the inquiry you could see in the inquiry results. However, the staff was pleased by the inquiry and they are motivated to do the inquiry to every future cancer patient who comes to the ward.

As a conclusion and a development proposal, it was suggested that the ward would start to use an entry inquiry form, built on the basis of ESAS inquiry form and an individual care work model. This would provide the staff with an improved readiness to record their own patients more thoroughly.

Keywords: cancer, pain care, evaluation method, pain.

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kehittämistoiminnan ympäristö ja tavoitteet.....	7
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	8
3.1	Syöpä sairautena	8
3.2	Kivun arviointimenetelmät	11
3.3	Kivunhoito	15
3.4	Lakisääteiset, kansalliset ja kansainväliset määräykset ja suositukset	19
4	Opinnäytetyön menetelmät	20
4.1	Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä.....	20
4.2	Haastattelumenetelmä.....	21
4.3	Aineiston analyysi	22
4.4	Eettisyys kehittämistoiminnassa.....	23
5	Kehittämistoiminnan toteutus	23
5.1	Nykytilanteen kuvaus/nykytilanne ja kehittämiskohteen valinta	23
5.2	Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta	25
5.3	Uuden toimintatavan rakentaminen	25
5.4	Toimintatavan kuvaus	26
5.5	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet.....	27
6	Kehittämistoiminnan arviointi	27
6.1	Muutosprosessin ja lopputoteutuksen arviointi	28
6.2	Arviointituloksien raportointi	30
7	Lopuksi	31
	Lähteet	33
	Liitteet.....	36

1 Johdanto

Aaltosen (2015) tutkimuksen mukaan iäkkäiden ihmisten siirtymiset hoitopaikkojen välillä vaihtelivat suuresti, mutta yleistä oli kuitenkin, että erilaisiin hoitopaikkoihin siirrytään kotoa huomattavasti enemmän viimeisinä elin kuukausina. Yleisin paikka viimeisille elinkuukausille oli terveyskeskuksien vuodeosastot, joka on hyvin tärkeä elämän loppuvaiheen hoidon tarjoaja. Kun suuret ikäluokat ikääntyvät, kasvavat potilasmäärätkin. Näin myös syöpään sairastuneidenkin määrät kasvavat, sillä syöpä on ennen kaikkea ikääntyvien ihmisten sairaus. (Syöpäjärjestö 2016.)

Kivunhoito on yksi oleellinen hoito syöpää sairastavilla potilailla. Noin kolmasosalla potilaista on sairauden toteamisvaiheessa jo kipuja. (Vainio 2009 a.) Kun kipu pitkittyy, se kroonistuu ja voi olla, että alkuperäinen kivun aiheuttaja on jo kadonnut. Pitkään jatkuneella kivulla on vaikutuksia koko elämänlaatuun kuten ihmissuhteisiin ja arkipäivän askareisiin. (Vuorinen 2015.)

Kipua arvioidaan hoitotyössä erilaisin menetelmin, potilaan itse ilmaisun kautta sekä hoitajan havainnoin avulla. Kivunarviointi tulee kirjata potilastietojärjestelmään tarkasti yhteisten sääntöjen mukaisesti niin, että se on helposti tulkittavissa ja löydettävissä. (Vuorinen 2015.)

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää uutta toimintatapaa vuodeosastolle kivun arvioimiseksi, tulevaisuudessa kaikille syöpää sairastaville potilaille osastolle tulovaiheessa tehtäisiin ESAS-oirekysely (liite 2) ja tarvittaessa PAINAD-kysely (liite 3). NRS-mittaria voi käyttää joka päiväisessä kivun arvioinnissa. Henkilökunta kehittyy kivunhoidossa ja osaa tarvittaessa ehdottaa lääkärille kipulääkitystä sekä osaavat tarkkailla kipulääkityksen mahdollisia haittavaikutuksia ja sivuoireita.

Opinnäytetyön toimintaympäristönä olevalla vuodeosastolla on 22 potilaspaikkaa. Osastolla on pitkäaikaispotilaita sekä kuntoutujia. Vuodeosaston toiminta kuuluu ikäihmisten palvelulinjan alle, mutta osastolla voi olla hoidettavana myös työikäisiä saattohoito potilaita tai vuodeosastolle voidaan tulla erilaisten toimenpiteiden jälkeen kunoutumaan. Toiminta osastolla keskittyy akuuttiin, kuntouttavaan, muuhun lyhytaikaiseen vuodeosastohoitoon sekä pitkäaikaishoitoon. Osastolle tullaan lääkärin läheteellä tai siirtona toisesta sairaalasta (Osastonhoitaja, sähköpostiviesti 26.2.2015.)

Vuodeosaston henkilökunta koostuu 14,5 hoitajasta, joista 6,5 sairaanhoitajaa ja 7 lähi/perushoitajaa sekä 1 kuntahoitaja, osastonhoitaja ja osastonlääkäri. Osastolla työskentelee myös säännöllisesti joka arkipäivä fysioterapeutti sekä tarvittaessa kotiutusohitaja, sosiaali-

hoitaja ja toimintaterapeutti, näille toimijoille lääkäri tekee aina lähetteen, jos potilas sitä tarvitsee. (Osastonhoitaja, sähköpostiviesti 26.2.2015.)

2 Kehittämistoiminnan ympäristö ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli viedä vuodeosaston henkilökunnalle tietoa erilaisista kivun arviointimenetelmistä. Henkilökunta osaa arvioida erilaisin menetelmin kivun voimakkuutta ja luonnetta sekä hoitaa kipua ajankohtaisin keinoin. Henkilökunta sai myös tietoa opioidilääkkeistä, joita heillä oli vuodeosastolla käytössä sekä kivun kirjaamiselle uudelleen yhteisesti sovitut otsikot potilastietojärjestelmään.

Opinnäytetyössä kehitettiin hoitotyötä Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 64) mukaan viiden portaan askeleella. Ensimmäisenä valittiin aihe, joka on syöpää sairastavan potilaan kivunhoito. Työssä käytettiin juurruttamisen menetelmää. Aihe rajattiin syöpää sairastavien potilaiden kivunhoitoon sekä kivun arviointiin ja vahvoihin kipulääkkeisiin. Laadittiin aikataulu ja yhteisesti sovittiin, että työ olisi valmis keväällä 2016. Toisen askeleen vaiheessa etsittiin tietoa ja henkilökunta sai kyselyn, jolla kartoitettiin henkilökunnan kokemusta kivun arvioinnista ja opioideista. Kolmannessa vaiheessa arvioitiin materiaalin hyödyllisyys ja sopivuus sekä kerättiin uutta tietoa lisää. Neljännessä askeleessa materiaalia analysoitiin ja aineisto järjestettiin loogiseen järjestykseen. Viimeisessä viidennessä vaiheessa työ arvioitiin, muokattiin ja viimesiteltiin julkaisukelpoiseksi tutkimusmateriaaliksi. Arviointi tapahtui koko henkilökunnan osalta sekä itsearviointina.

Vuodeosastolle toivottiin teoreettista tietoa opioidien käytöstä kivunhoidossa. Myös tärkeänä pidettiin kivun kartoitusmenetelmiä sekä kipumittareiden käyttöönotto olivat osastolle ajankohtaisia. Osastolla tavoite oli ottaa käyttöön ESAS-oirekyselylomake, jolla arvioidaan syöpää sairastavan potilaan kipua ja muita oireita. Opinnäytetyöllä jatkettiin henkilökunnan perehdyttämistä kyseiseen lomakkeeseen ja he saivat tietoa PAINAD-mittarista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli siis kehittää vuodeosaston syöpää sairastavien potilaiden kivun arviointia ja hoitoa. Vuodeosastolta kaksi hoitajaa osallistuivat 2014-2015 30:n opintopisteen suuruiseen "syöpähoitotyön kehittäjä"-täydennyskoulutukseen. He toivat osastolle uuden toimintatavan koskien saattohoitoa ja ajatuksena oli ottaa käyttöön ESAS-oirekyselylomakkeen. Nyt tavoitteena on saada kyselylomake päivittäiseen käyttöön osastolla.

Tavoitteena oli viedä vuodeosaston henkilökunnalle ajankohtaista tietoa kivunhoidosta. Tältä osin työssä keskitytään enemmän opioidikivunhoitoon. Henkilökunta osaisi ajatella opioidihoiton aikana muun muassa haittavaikutuksia ja muiden lääkkeiden vaikutusta opioideihin.

Vuodeosaston henkilökunnan toiveena esiintyi kivun kirjaaminen. He toivoivat yhteistä ja selkeää linjausta kivun kirjaamiselle ja kivun arvioinnin kirjaamiselle.

Vuodeosaston tavoitteet tälle opinnäytetyölle olivat, että henkilökunta sitoutuu kivun arviointiin ja jokainen hoitaja tekisi projektin aikana ainakin yhden kivun arvioinnin ESAS tai PAINAD menetelmällä. Tavoitteena oli myös saada kivun arviointi joka päiväiseen käytäntöön hoitajille ja tulevaisuudessa arviointi tehtäisiin aina uudelle potilaalle, jolla olisi syöpä diagnoosi ja arviointi päivitetään tarvittaessa.

3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

Opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet ovat syöpätaudit, kipu ja arviointimenetelmät sekä kivunhoito. Kivunhoitoa tarkastellaan työssä pääosin syöpää sairastavan potilaan kannalta sekä vahvojen kipulääkkeiden osalta. Potilaat rajattiin aikuisiällä todettuihin syöpää sairastaviin potilaisiin. Lapsia ei tutkimuksessa huomioida, sillä vuodeosastolla syöpää sairastavia lapsia ei ole hoidossa, heillä hoito ja kivun lievitys tapahtuu eri tavalla. Kivun arviointimenetelmät ovat laaja käsite. Se käsittää mukanaan erilaisia niin sanottuja kipumittareita sekä eleistä ja potilaan olemuksesta luettua kipua. Kivun arviointimenetelmät rajattiin seuraaviin kolmeen menetelmään: ESAS, PAINAD ja NRS.

3.1 Syöpä sairautena

Syöpä on yleisnimitys pahanlaatuiselle kasvaimelle. Syöpä on omista elimistön soluista alkuunsa saava kasvain, joka kasvaa välittämättä elimistön säätelymekanismeista. Se tunkeutuu kudusrajojen läpi viereiseen kudokseen ja lähettää muualle elimistöön etäpesäkkeitä. Syöpä johtaa yleensä kuolemaan ellei sitä hoideta onnistuneesti. Kasvain voi syntyä missä tahansa elimessä, mutta eri elinten syövät poikkeavat taudinkuvaltaan toisistaan, käytännössä syöpiin sisältyy muita erilaisia sairauksia. Syövän diagnoimiseen vaaditaan lähes aina kasvaimesta otetun kudos- tai solunäytteen. (Jussila, Kangas & Haltamo 2010, 18-19.)

Yleisimpiä syöpätyyppejä ovat limakalvoilta ja rauhasista alkavat karsinoomat, side- ja tukikudoksesta lähtevät sarkoomat ja verta muodostavat kudoksesta ja imukudoksesta syntyvät leukemia ja lymfoomat. Nämä syöpätyypit jakaantuvat lähtökudoksen ja -solukon mukaan kymmeneen eri syöpäsairauksiin. (Jussila ym. 2010, 19.)

Nykyhoidolla Suomessa paranee noin 60 % vuosittain todetuista syöpätapauksista. Muilla 40 %:lla hoito jää palliatiiviseksi. Kuitenkin syöpä aiheutti vuonna 2012 yli 8 miljoonaa kuolemaa. Se on enemmän kuin mikään muu sairaus. Viime vuosien hurja kehitys syövän hoidossa on nostanut parantavan hoidon kehityksen kärkeen. Silti tarvitaan koko ajan jatkuvaa tutkimista

oireiden ja hoidon kannalta, jotta palliatiivisessa vaiheessa olevia potilaita pystytään hoitamaan paremmin ja parantamaan heidän elämänlaatuaan. (Salminen & Salmenoja 2007, Liikainen 2015.) Vuonna 2013 Suomessa todettiin pelkästään uusia syöpäsairauksia noin 32000 (Suomen syöpärekisteri 2016).

Kun syöpä etenee ja sairautta ei pysty enään parantamaan siirrytään palliatiiviseen hoitoon. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattoman sairauden tai kuolemaan johtavan sairauden aktiivista, moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin kuin tauti ei ole enää parannettavissa. Hoidolla pyritään oireenmukaiseen hoitoon, lievitetään mahdollista tuskaa ja kipua ja helpotetaan oloa muilla keinoin. Potilasta kuunnellaan ja hoitajat pyrkivät antamaan apua ja hoitoa niin fyysisissä kuin psyykkisissä oireissa, kuten myös hengellisissäkin tarpeissa. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdisty ry 2016.)

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa ja tukea sairauden loppuvaiheessa ja kuolinprosessin aikana. Tällakin hoidolla keskeistä on oireen mukainen hoito ja kärsimysten lievitys. Ihmisarvon kunnioitus on hyvin lähellä saattohoitoa. Saattohoidon tulee olla inhimillistä ja laadukasta hoitoa siinä missä muutkin hoidot. (Etene 2012.)

Kuoleman lähestyessä Hävölän, Rantasen ja Kylmän (2015) tutkimuksen mukaan useimmat kuolevat potilaan toivoivat kuoleman tulevan kauniisti, rauhallisesti ja kivuttomasti. Jotkut potilaista toivoivat jo kuoleman tulevan aikaisemmin, mikä liittyy puhtaasti voinnin heikkenemiseen tai oireiden lisääntymiseen. Tutkimuksessa mukana olleet hoitajat kuvasivat potilaiden toiveiksi lähes samat toiveet, mutta lisäsivät vielä potilaiden toiveisiin sedaation ja eutanasian. Kuitenkin tällaiset toiveet kuvattiin usein yhteen kivun ja hallitsemattomien oireiden kanssa.

Hänninen (2013) kertoo artikkelissaan että, suurin osa syöpää sairastavista potilaista haluaisi kuolla kotona. Pelko siitä, että joutuu sairaalahoitoon on suuri. Saattohoito kotona edellyttää hyvää hoitosuhdetta ja suurin syy miksi potilas joutuu takaisin sairaalaan, on riittämätön tuki potilaan hoitaville omaisille. Saattohoito kotona on kuitenkin viime vuosina kasvanut. Käytännössä kotisairaala antaa hoito heille joilla on akuutteja lääketieteellisiä erityispiirteitä. Heitä on noin neljännes potilasta. Muut sairaut saavat vähemmän apua ja voivat soittaa silloin kuin on vaikeaa. He voivat pahimmassa tapauksessa jäädä ilman tukea.

Syöpään liittyen on kipu usein ensimmäinen oire. Noin neljänneksellä esiintyy kipua ensimmäisen hoitovuoden aikana. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 157.) Passojan (2012) mukaan kipu on usein syövän ensimmäinen oire ja kun syöpä leviää, kipu tulee väistämättä jokaiselle potilaalle. Kivut voivat oireilla eri tavoilla kuten pahoinvointina sekä ärtymyksenä ja pelkona. Kipu koetaan hyvin yksilöllisesti ja siihen

vaikuttavat monet yksilölliset tekijät, kuten muut sairaudet. Psykkiset ja sosiaaliset tekijät myös katsotaan vaikuttavan kivun kokemiseen. Kivuliaalle potilaalle voi olla todella hankalaa pitää yllä sosiaalisia suhteita, minkä vuoksi voi potilas helposti eristäytyä läheisistään. On siis hyvin tärkeää hoitaa kipua kunnolla. Jokainen syöpäpotilas on oikeutettu hyvään ja tehokkaiseen kivunhoitoon, tämä lisää potilaan elämänlaatua ja tukee toimintakykyä. (Ahonen ym. 2012, 157.)

Gibbins ym. (2013) tutkimuksessa kävi ilmi, että lähes jokaisen potilaan mielestä oli elintärkeää tietää täsmälleen, mikä kipua aiheuttaa, joillekin tämä oli jopa tärkeämpää kuin itse kivun helpottaminen.

Syövän aiheuttamasta kivusta 75 % on peräisin itse taudista, 15 % liittyy hoitoon ja sen komplikaatioihin ja 10 % johtuu muista tekijöistä. Syöpäkipu johtuu yleensä syöpäkasvaimen tai sen etäpesäkkeiden aiheuttamasta kudonvauriosta ja on luonteeltaan nosiseptiivista. Silloin kipua on jatkuvaa, tylppää ja jomottavaa. Nosiseptinen kipua voi myös olla viskeraalista kipua, jota aiheuttavat vatsan tai rintakehän alueella olevat kasvaimet ja kasvaimen tukkima suoli tai virtsatiehyt. Silloin kipua on vaikea paikantaa, ja siihen liittyvät yleensä yleisoireena pahoinvointi, huimaus, heikotusta, kalpeutta sekä hikoilua. Neuropaattista kipua esiintyy ääreis- tai keskushermostoon levinneessä tai hermokudosta puristavassa syövässä. (Ahonen ym. 2012, 157.)

Moni meistä yhdistää syöpään kovia kipuja, useampi kuin joka kymmenellä syöpää sairastavalla ei ole kipuja ollenkaan. Vaikeita kiputiloja kärsiviä on vähemmän, ja kaikille on hoitoa saatavilla. Kehitys taidosta, hoitomenetelmistä ja laatuvaatimuksista, ovat viime vuosien aikana tehneet sen, että moni elää paremmin syöpäsairauden kanssa hyvän kivunhoidon ansiosta. (Hedefalk 2013.)

Syöpäkipu on erityinen monella tapaan. Kipu on yleensä pitkäaikainen, eli se jatkuu pidempään kuin pari viikkoa. Sekä sen lisäksi se on muistutus sairaudesta, joka taas voi aiheuttaa potilaalle psyykkisen taakan. Miten kipua tuntuu, riippuu siitä missä sairaus on ja mitkä kudokset ovat vaurioituneet syövästä tai sen hoidosta. Kirurgiset toimenpiteet tai sädehoito voi aiheuttaa kipua tilapäisesti tai pitkäaikaisesti. (Hedefalk 2013.)

Nosiseptiivinen kipua on tunneituin kivun tyyppi. Kipu on silloin paikallistettava pinnallista tai syvää kipua. Kipu on kudonvauriosta johtuva kipua, sen voi aiheuttaa kudosten tiivistymä ja luustopesäkkeiden aiheuttama luun tuhoaminen. Kipu on yleensä herkkä tavallisille kipulääkeille.

Neuropaattinen kipua tarkoittaa hermovauriokipua, jonka syynä on vaurio tai tauti tuntoaistimuksia välittävissä hermojärjestelmässä. Hermovauriokipua poikkeaa usein laadultaan ku-

dosvauriokivusta. Ominaista hermovauriokivuilla ovat polttava kipu, sähköiskumaiset kiputuikkaukset ja kivuttomien ärsykkeiden tuntuminen kipuna. (Haanpää, Hagelberg, Hanninen, Liira & Pohjolainen 2013.)

Sisäelinkipua eli viskeraalista kipua tunnetaan vatsan ja rintakehän kasvaimissa. Viskeraalinen kipu on hankala paikallistaa, siihen liittyy usein huonovointisuutta, huimausta ja heikotusta. Äkillisissä syöpäpotilaiden vatsan seudun kipukohtauksissa tulee huomioida myös onttojen elinten mahdolliset tukokset, kuten suolen tai virtsaelinten tukkeumat. Opioidit ovat hyvin tehokkaita viskeraalisissa kivuissa. (Kipu 2015.)

3.2 Kivun arviointimenetelmät

Syöpää sairastavan potilaan ollessa saattohoitovaiheessa tulisi kipua arvioida monin eri tavoin; kivun sijainti, luonne ja intensiteetti sekä sen vaikutus toimintakykyyn tulisi arvioida huolellisesti kivunhoitoa suunniteltaessa, kuitenkin miten tahansa kipua arvioikin on se aina hyvin haastavaa. (Heiskanen, Hamunen, & Hirvonen 2013. Gibbins, Bhatia, Forbes & Reid 2013.)

Kipua tulee arvioida säännöllisesti ja kirjata täsmällisesti ylös sairaskertomukseen. Tämän avulla kipulääkitystä on helpompi arvioida. Kun kipu kroonistuu, annetaan kipulääkettä säännöllisesti. (Riikola & Hänninen 2012.)

Kivun voimakkuutta voidaan arvioida sanallisesti tai erilaisten arviointimenetelmien avulla (Salanterä, Hagelberg, Kauppila, & Närhi 2006, 83). Paras kivun arviointimenetelmä on potilaan itse ilmoittama kipu omin sanoin. Potilaat eivät kuitenkaan aina kykene ilmaisemaan kipua sanoin erilaisten sairauksien vuoksi ja jotkut potilaat kokevat, että kivusta puhuminen on turhaa. Siitä ei kysytä tarpeeksi usein eikä sitä ole välttämättä hoidettu kunnolla. (Määttä & Kankkunen 2009, 283. Gibbins ym. 2013.) Kipua, sen kestoa ja milloin kipu on alkanut voidaan kuvailla monin eri tavoin. Osa kivuista voi olla voimakkaita aamuisin ja osa kivuista voi esiintyä säännöllisesti tiettyjen toiminnoiden yhteydessä. Jotta kipua voi arvioida, on kehitelty useita erilaisia menetelmiä, mutta Gibbins ym. (2013) tutkimuksen mukaan kaikissa arviointimenetelmissä on paljon puutteita. Osa menetelmistä käytetään vain tutkimustarkoituksessa, mutta osa niistä on hyödyllisiä kliinisessä hoitotyössä. Kivun arviointimenetelmiä on erilaisia ja suurin osa niistä on yksilotteisia, kivun voimakkuuden mittaamiseen kehitettyjä. Yleisimmät arviointimenetelmät ovat kipujana tai kipukiila visual analogue scale eli VAS, numerollinen mittari numerical rating scale eli NRS sekä sanallinen kipumittari verbal descriptor scale eli VDS. (Salanterä ym. 2006, 83.)

VAS- kipujana ja NRS numeraalinen asteikko arvioivat kipua siten, että 0 kuvastaa täysin kivutonta ja 10 kovinta mahdollista kipua. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 296.) Gibbins ym.

(2013) tutkimuksen mukaan numeeriset arvioinnit eivät kuitenkaan näyttäneet kovinkaan hyödyllisiltä. Parhaimman tuloksen kivun arvioinnista sai, kun potilas kertoi omin sanoin kokemansa kivun luonteen.

Kivun arvioinnissa käytetyt mittarit vaihtelevat sen mukaan, miten tarkkaa tietoa tarvitaan. Ensimmäiseksi arvioksi voi riittää jo kysymys, onko kipuja. Seuraavaksi voi käyttää mittareita, jotta saadaan tieto siitä, kuinka voimakkaana potilas pitää kipua. (Salanterä ym. 2006, 83.) American geriatrics Society on jakanut käyttäytymisen muutokset kuuteen eri luokkaan: kasvojen ilmeet, ääntely, kehon kieli, sosiaalinen kanssakäyminen, päivittäiset toiminnot ja mentaalinen tila. Näiden kaikkien luokkien huomioiminen samassa kivun arvioinnissa on haasteellista. (Määttä & Kankkunen 2009, 283.)

Kaikilla kipupotilailla tulee kivun arviointi perustua potilaan omaan ilmoitukseen, jos se on mahdollista. Sanalliset mittarit ovat parhaita kognitiivisen kyvyn heikennettyä, koska VAS-jana voi olla tuolloin vaikea hahmottaa. Dementoituneiden potilaiden kivun arviointiin käytettyjä mittareita voi käyttää myös potilaille, jotka eivät pysty kommunikoimaan, kuten saattohoitovaiheessa oleva syöpäpotilas. PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) -mittari on viiden minuutin kestoisen arviointi. Siinä arvioidaan hengityksen, negatiivisen ääntelyn, kasvojen ilmeiden, kehonkielen ja lohduttamisen tarpeen tai vaikutuksen poikkeavuutta asteikolta 0-2. (0 = normaali, 1 = lievästi poikkeava ja 2 = selvästi poikkeava) Näiden viiden kategorian kipupisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan yksi numeroarvo 0-10. (Kalso ym. 2009, 474- 475.)

Tutkimusten mukaan PAINAD - mittari on luotettavin ja helppokäyttöisin kivun arviointimenetelmä keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavan potilaan kivunhoidossa. PAINADin luotettavuutta tulee kuitenkin testata edelleen, sillä tutkimukset ovat osittain ristiriidassa keskenään. Tutkimusten mukaan PAINAD ei kykene mittaamaan kivun voimakkuutta. Tuloksen luotettavuutta heikensi aikaisempi numeraalinen kivunarviointi. Ensimmäisessä tutkimuksessa luotettavuus arvioitiin keskinkertaiseksi, kun taas toisessa tutkimuksessa tulos oli parempi. Luotettavuus arvioitiin tilastollisin menetelmin käyttäen rinnakkaismittausta sekä arvioimalla mittarin käyttökelpoisuutta. (Määttä & Kankkunen 2009, 283-291.)

Pätärin (2014) tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat kokivat keskeisimmäksi kivun arviointimenetelmäksi potilaan haastattelun ja omat havainnoinnit. Omiin havainnoiteihin sairaanhoitajat liittivät vahvasti kivun syyn ja luonteen tunnistamisen, syy pyritään selvittämään mahdollisimman nopeasti. Myöskin sairaanhoitajat käyttivät kivunarvioinnissa huomaamattaan PAINAD-menetelmää, sillä tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajat arvioivat kipua potilaan ilmeistä, eleistä, kehon kielestä, liikkumisesta, käytöksestä ja psyykkisestä olemuksesta.

Unohtamatta tietenkään potilaan vitaalinelintoimintoja eli hoitajat tarkkailivat potilaan verenpainetta, pulssia, hengitystiheyttä, happisaturaatiota ja kehon lämpötilaa.

Syöpää sairastavan potilaan oireiden yksityiskohtainen selvittäminen usein unohtuu hoitotilanteissa tai vastaanotolla muiden kysymysten ja keskustelujen lomassa. Myös puutteellinen kirjaaminen voi johtaa oireiden alihoittoon. Syy alihoittoon voi johtua jo pelkästään oireiden aliarvioimisesta. Potilas ei aina välttämättä osaa tuoda kaikki oireita esiin ellei niistä erikseen kysytä. ESAS-oirekysely (Edmonton Symptom Assessment Scale) on tehokas ja monipuolinen työväline terveydenhuollon ammattilaisille, joka sopeutuu hyvin vastaanotoille sekä vuodeosastoille. Se on selkeä ja helppokäyttöinen ja toimii kipujan periaatteella asteikolla 0-10. ESAS - lomakkeessa (liite 2) kartoitetaan kymmentä syöpää sairastavan potilaan tavallisinta oiretta asteikolla 0-10. Oireiden hoidon ja vakavuuden kannalta käytetään luokkia 0, 1-3 ja 4-10. Luokassa 4-10 tulisi tarkentaa haluaako potilas lääkitystä tai muuta hoitoa oireeseen. (Salminen & Salmenoja 2007.)

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa (TYKS) on tehty tutkimus vuonna 2006 koskien ESAS-oirekyselylomaketta. Oirekysely tehtiin 203 potilaalle, jotka olivat palliatiivisessa-, solunsalpaaja-, säde- tai yleishoidossa. Potilaiden keski-ikä oli 65 vuotta, heistä 116 oli mies puolisia ja 87 naisia. Tutkimuksessa uupumus esittäytyi yleisimmäksi yksittäiseksi oireeksi, jota seurasi kipu rasiuksessa, unihäiriöt ja masennus. Kipu levossa ja rasiuksessa erotetaan ESAS-kyselyssä, koska rasiuskipu on hankalampi hoidettava. 75 % vastanneista ilmoitti oireita olevan viisi tai useampia. 98 % esiintyi vähintään yksi kymmenestä oireesta. Tutkimuksen aikana kävi jo ilmi ESASin hyödyllisyys. Potilaat olivat tyytyväisiä ja kokivat hoidon kokonaisvaltaiseksi. Syöpää hoidettaessa on tärkeää kuunnella jatkuvasti potilaan oireita ja kehittää niiden hoitoa. Tulokset täsmensivät potilaiden oirekirjoa, joka voi pahentua ja johtaa kierteeseen. Kuten, jos potilaalla on kipua, lisää se unettomuutta ja unettomuutta taas seuraa usein masennus ja uupuneisuus, jotka taas pahentavat kivun tunnetta. (Salminen & Salmenoja 2007.)

Pesosen (2011) väitöksessä sanotaan, että tehokas kivunhoito perustuu hyvään ja huolellisesti suoritettuun kivun mittaamenetelmiin, sekä mittaus tuloksien kirjaamiseen. Kivun laadullisessa seurannassa on tärkeää arvioida kipua ja mitata sitä sekä kirjata tarkasti ylös miten tai millä arviointimenetelmällä kipua on arvioitu. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Silta-nen 2013.) Ikääntyneet ovat laaja potilasryhmä, eikä heille ole toimivaa kivun mittausmenetelmää. Kivun mittaamista on tutkittu paljon ja monia eri mittausmenetelmiä on keksitty, sekä akuutin leikkauksen jälkeiseen kipuun että kroonisen kivun arviointiin. Suurin osa tutkimuksista on kuitenkin tehty keski-ikäisille tai kognitiivisesti normaaleille iäkkäille potilaille. (Pesonen 2011.)

Hoitotyön kirjaamista määrittelee monet juridiset ja ammattieettiset asiat. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on pidettävä jokaisesta potilastaan jatkuvaan muotoon laadittua aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Hoitohenkilökunnan kirjoittamat hoitokertomukset ovat osa potilaskertomusta. Osastohoidossa olleesta potilaasta täytyy hoitajaksokohtaisesti kirjata päivittäin hänen tilastaan liittyvistä huomioista ja hoitotoimista. Hoitotyön kirjaaminen on osa hoitajan työtehtävää, jonka henkilökunnan on suoritettava päivittäin. (Näykänen ym. 2012, 12.)

Potilaskertomuksiin kirjataan tiedot ylös muun muassa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, terveydenhuollon ammattilaisen oikeusturvan varmistamiseksi sekä tiedonvaihdon mahdollistamiseksi. Hoitokertomus on henkilökunnan ja muiden ammattiryhmien laatima potilaskertomuksen osa, joka sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Suomessa hoitotyön kirjaaminen kirjataan kolmella eri tavalla; hoitotyön kansallisen kirjaimismallin mukaan, yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan sekä potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän mittarin osa-alueiden mukaisesti. (Näykänen ym. 2012, 15)

FinCC-luokituksen mukaan hoidon tarpeen kirjaamiseen valitaan komponentti joko pääluokasta tai alaluokasta, jota voi tarvittaessa täydentää vapaalla tekstillä. Esimerkiksi pääluokka: krooninen kipu tai alaluokka: syöpäkipu. Hoidon tavoite kirjataan edellä mainitulle hoidon tarpeelle johon tulee vapaata tekstiä. Suunnittelun toiminnon kirjaamiseen valitaan pää- tai alaluokista jokin komponentti ja tarvittaessa täydennetään vapaalla tekstillä. Esimerkiksi Alaluokka: kivun voimakkuuden mittaaminen, lääke suun kautta tai lääke injektioon antaminen. Hoitotyön arvioinnissa käytetään asteikkoa parantunut, huonontunut tai ennallaan jota täydennetään vapaalla tekstillä. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 21-35.)

Hoitotyön kirjaamisen on myös laadittu oma laki, sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Laki sovelletaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteutumisessa käyttävien asiakirjojen laatimiseen ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

Merkintöjä potilasasiakirjoihin saavat tehdä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti muut henkilöt, jotka osallistuvat hoitoon. Terveystieteiden opiskelijat jotka osallistuvat potilaan hoitoon, saavat tehdä merkintöjä toimiessaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä. Muuten opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy esimies, ohjaaja tai tämän valtuuttama henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

Potilasasiakirjoihin merkitään potilaaseen liittyviä hoidon järjestelyjä, suunnitteluja, toteuttamisia ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Merkinnät tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä, niissä saa ainostaan käyttää yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilaskertomuksiin tulee merkitä jokaisen potilaan palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumassa tulee tulla ilmi tulosyö, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys ja terveysriskit, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta, sairauden eteneminen sekä loppulausunto. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

3.3 Kivunhoito

”Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsitteinä.” (Salanterä, Haggelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7-8).

Kipu on monimuotoista, se on sekä fysiologista, että psykososiaalista ja kivunhoito kuuluu jokapäiväiseen hoitotyöhön. Niin kuin ihmiset, myös kivun kokeminen on hyvin yksilöllistä ja ihmiset kokevatkin kivun eri tavoin. Kivun kokemiseen liittyy myös monet fysiologiset muutokset, tunteet, ajatukset ja sosiaaliset suhteet. Sen takia kivun tunnistaminen ja hoitaminen on vaikeaa, mutta on muistettava, että jos potilas sanoo olevansa kipeä, on hän kipeä. (Salanterä ym. 2006, 7-8.) Pitkään syöpää sairastaneilla potilailla kipu, on yksi useiten toistuvimmista oireista. Pitkään jatkunut kroonistunut kipu aiheuttaa tarpeetonta kärsimystä ja on niin henkisesti kuin fyysisesti hyvin uuvuttavaa potilaalle ja tämän läheisille. (Gibbins 2013.)

Kivun tunnistaminen on yksi terveydenhuollon perustehtävistä, noin 40 % potilaista menee sairaalaan kivun takia (Salanterä ym. 2006, 75). Gibbins ym. (2013) tutkimuksessa kävi ilmi, että syöpää sairastavan potilaan on vaikea kokea sairaudesta johtuva kipu ja muut oireet erikseen, he sen sijaan puhuivat useimmiten kaikista oireista yhdessä.

Jokainen potilas kokee kivun yksin ja on siksi paras sitä arvioimaan. Jokainen viesti kivusta on otettava tosissaan ja sitä on siksi helposti myös lääkittävä. (Hänninen 2015, 22.) Syöpää sairastavilla potilailla kivunhoidossa lääkehoito onkin keskeistä, mutta potilaat kokevat myös hyvän ja läheisen hoitosuhteen hyväksi kivunhoidon kannalta. Kuunteleva hoitosuhde vaikuttaa myönteisesti myös muihinkin oireisiin. (Heiskanen ym. 2013.) Kivunhoito onkin syöpää sairastavilla potilailla melko yksinkertaista. Syöpäkivun lievittäminen on yleensä paljon helpompaa kuin muissa kroonisissa sairauksissa. (Hamunen, Heiskanen & Idman 2009.)

Hyvä kivunhoito on saattohoidon yksi keskeisimmistä perusasioista. Syöpää sairasteassa kipu on yksi yleisin ja pelätyin oire. (Heiskanen ym. 2013.) Jo noin kolmasosalla syöpää sairastavis-

ta on heti kipuja sairauden diagnoosi vaiheessa, ja loppuvaiheessa kipuja on noin kahdella kolmasosaa potilaista. Potilaan kivut voivat johtua itse kasvaimesta tai sen hoidoista. Kasvaimet tuottavat kipua aiheuttamalla tulehdusta ja turvotusta, painavat kipuherkkiä kudoksia, lähettämällä etäpesäkkeitä sekä erittämällä kipua aiheuttavia kemiallisia aineita. Monet syövät lähettävät etäpesäkkeitä luustoon, joka aiheuttaa luustokipua. Kasvainten aiheuttama kipu on luonteeltaan kudonsvauriokipu, hermovauriokipu tai molempia yhdessä. (Vainio 2009 a.)

Lääkehoidon periaatteet syöpää sairastavan potilaan hoidossa ovat: tehokkuus, lääkehoidon toteutuksen yksinkertaisuus, pyrkimys jatkuvaan tasaiseen lievitykseen pitkävaikutteisella lääkkeellä, kipuhuippujen tasaus nopeavaikutteisella lääkkeellä, lääkkeiden haittavaikutusten minimointi esimerkiksi vaihtamalla opioidia tai annostelureittiä sekä hoidon säännöllinen seuranta. (Kalso 2013). Tavoitteena on toimintakyvyn säilyminen ja kipujen hallinnassa pysyminen, siksi jatkuva kivunarviointi on hyvin tärkeää ja kipulääkityksen ajantasalla pitäminen suositusten mukaan on helpompaa (Heiskanen ym. 2013).

Siirryttäessä tavallisista tulehduskipulääkkeistä vahvoihin opioidivalmisteisiin, alkaa tavallisesti esiintymään joitakin haittavaikutuksia, kuten ummetusta, pahoinvointia ja joissain määrin hallusinaatioita. Kuitenkin, kun kyseessä on jatkuva mahdollisesti paheneva kipu, ei ole syytä jättää kipulääkettä pois haittavaikutuksista huolimatta. Sen sijaan hoidetaan haittavaikutuksia. Ummetuslääke tulee aloittaa aina vahvan opioidin rinnalle. Pahoinvointi helpottaa tavallisesti muutamassa päivässä ja tarvittaessa voi potilaalle antaa pahoinvointilääkettä. Hallusinaatioita harvemmin ilmenee, mutta jos näin kuitenkin käy, voidaan opioidi vaihtaa johonkin rinnakkaisvalmisteeseen. (Hänninen 2015, 25-26.)

Kivun hoitoperiaate on, jos kiputilan tärkein syy on kasvain eikä muuttumaton hermovaurio ole todettavissa, niin kaikki kasvainta rajoittavat tai pienentävät hoidot ovat myös kivun hoitoja. Välittömän kivunlievityksen aikaansaamiseksi on tärkeää aloittaa lääkehoito välittömästi. Jos kivun syyhyn voi vaikuttaa esimerkiksi leikkauksien, sädehoidon tai solusalpaajahoidon avulla, voidaan kipulääkitystä vähentää myöhemmin tarvittaessa. (Kalso 2013.)

Syöväen aiheuttama kivunhoito riippuu kivun syystä ja mekanismista. Kivut paranevat, jos kasvainta saa pienennettyä tai etäpesäkkeitä hävitettyä sädehoidolla tai solusalpaajahoidoilla. Kipusädehoidolla voi myös hoitaa luustopesäkkeiden aiheuttamaa kipua, vaikka pesäkkeet eivät häviäisikään. (Vainio 2009 b.)

Syöpäkiput on melkein aina hoidettavissa sopivalla lääkityksellä. Heti kipujen tullessa on aloitettava tehokas lääkehoito, eikä odottaa, että kivut yltyvät. Lääkkeet tehoavat parhaiten,

kun ne otetaan säännöllisesti, sillä kivun ennaltaehkäisy on helpompaa, kuin sietämättömän kivun helpottaminen. (Vainio 2009 b.)

Kipua hoidetaan lääkkein tai puudutuksella. Syöpää sairastavan potilaan kivunhoidossa edetään maailman terveysjärjestö WHO:n kehittämän portaikon avulla: ensiksi tulehduskipuläkkeet tai paracetamoli. Kipujen lisääntyessä kun ensimmäisen vaiheen lääkitys ei enää riitä siirrytään opioideihin ja tästä johtuvan ummetuksen hoitoon. Jos potilaalla esiintyy hermo- vauriokipuja, lääkityksenä on masennuslääkkeet ja gabapentinoidit. Mietojen opioidien yhdistäminen tulehduskipuläkkeeseen tai parasetamoliin voi olla tehokkaampi kuin tulehduskipulääke tai parasetamoli yksin. WHO:n portaiden mukaisesta kivunhoidosta voi poiketa välillä siirtymällä suoraan vahvoihin opioideihin. Jos kipu on voimakas, voidaan siirtyä suoraan vahvoihin opioideihin ja liittää mukaan sopivia muita kipuläkkeitä. (Kalso 2013; Riikola & Hänninen 2012.)

Syöpäkivunhoito on yksillöllistä, jokaiselle potilaalle suunnitellaan hoito erikseen. Oikean lääkkeen ja hoidon löytäminen voi viedä aikaa, ja hyvän analgesian antanut hoito voi menettää tehon taudin edetessä tai toleranssin kehittyessä. Hyvä hoito edellyttää hyvää seurantaa ja analgesian jatkuvaa päivitystä. (Kalso 2013.) Syöpäkivun lievittäminen onnistuu usein yksinkertaisia menetelmiä käyttäen. Syöpäkivussa on helpomaa saavuttaa hyvä ja tehokas kivunlievitys kuin monissa pitkäaikaisissa sairauksissa. Syöpäkivun hoito poikkeaa muista kroonisista sairauksista siinä, että syöpäkivussa ei pelätä käyttää opioideja, sillä se on helppo purkaa potilaan mahdollisesti parannuttua pahanlaatuisesta kasvaimesta. (Hamunen ym. 2009.)

Palliativisessa hoidossa olevan potilaan kivun sijainti, luonne, voimakkuus sekä sen vaikutukset toimintakykyyn arvioidaan tarkasti kivunhoitoa suunnitellessa. Kivun hallinta onnistuu parhaiten kun noudattaa kivunlääkityksen portaikkoa, eikä viivytä vahvojen opioidien aloittamisessa. Lääkehoidon tavoitteena on, löytää potilaalle riittävän tehokas opioidiannos ja pitää samalla lääkkeen haittavaikutukset vähäisinä. Jotta tämä toteutuisi, on kipua jatkuvasti arvioitava ja potilasta seurattava. Jos kivunlievitystä täytyy tehostaa, opioidin rinnalle lisätä parasetamolien ja tulehduskipuläkkeen lisäksi masennus- tai epilepsialäkkeen. Palliativinen sädehoito lievittää luustopesäkkeiden ja pehmytkudoskasvainten aiheuttamaa kudosaivuriokipua, sekä niiden aiheuttamista hermopisteistä johtuvaa kipua. Hyvä kivunhoito on perusasia palliativisessa hoidossa. Syövän yhteydessä kipu on yleinen ja pelätty oire. Sairauden loppuvaiheessa tai levinneessä syövässä kipuja on suurimmalla osalla. Hoitamaton kipu vaikuttaa laajasti potilaan psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin, ja toimintakykyyn. Monella potilaalla voi myös kivun lisäksi olla muita huolijia ja suruja elämän loppuvaiheessa. Siksi hyvä ja empaattinen hoitosuhde on tärkeä. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013.)

Vaikka WHO:n syöpäkivun portaittainen hoidon suositus on esitetty jo noin 20 vuotta sitten, on syöpäkivunhoito lääkäreille edelleen haaste. Kivun yksilöllinen kokeminen, kipua helpottavat ja pahentavat lieveoireilut muuttavat kivun luonnetta sekä hoidon riittämätön räätälöinti ja seuranta aiheuttavat sen, että hoidon toteuttaminen ja kehittäminen edellyttää jatkuvaa valppautta. (Salminen & Salmenoja 2007.)

Pätärin (2014) tutkimuksen mukaan kivunhoito on sairaanhoitajille haaste arviointimenetelmistä huolimatta. Erityisesti hankaluutta tuottavat muistisairaavat, desorientoituneet eli potilaat, jotka eivät ole paikkaan ja aikaan orientoituneita, tajuttomat sekä muista kulttuureista tulleet potilaat.

Syöpäkipuilla on usein selkeä etiologia, siksi kivunhoito antaa useimmiten hyvän vasteen. Jos kuitenkin kivut eivät lieydy lääkkeitä huolimatta ollenkaan, on syytä miettiä psyykkisiä tekijöitä kivulle. Kuten pelko ja ahdistuneisuus voivat olla kipukokemuksille hyvinkin voimistavia ja ylläpitäviä tekijöitä. (Hamunen ym. 2009.) Hyvä kivunhoidon perusedellytys on säännöllinen arviointi ja perusteellinen kirjaaminen. Näillä saadaan lääkehoitoa päivitettyä koko ajan ajantasalle. Lievässä kivussa on parasetamoli tai ibuprofeini hyvä alku. Kuitenkaan kahden eri tulehduskipulääkkeen yhtäaikainen käyttö ei paranna vaikutusta vaan saattaa lisätä haittavaikutusten riskiä. Heikkojen opioidien merkitys saattohoitovaiheessa on melko vähäinen. Myöskään kodeiinilla ei ole juurikaan etua tehon tai siedettävyyden kannalta verrattuna morfiinin tehoon, joka on erittäin tehokas kivunlievityksessä. Kohtalaisessa tai vahvassa kivussa voi lisätä suoraan vahvan opioidin tulehduskipulääkkeen rinnalle. Näiden kahden lääkkeen yhdistäminen parantaa kivunlievitys tulosta ja todennäköisesti lieventää samalla haittavaikutuksia. Opioidia aloittaessa tulee kuitenkin muistaa ottaa jokin laksatiivi käyttöön ummetuksen hoitoon. Ummetus on yleisin haittavaikutus opioideille. (Heiskanen ym. 2013.) Opioidien kannalta syöpäkivun hoito poikkeaa paljon muista sairauksista. Yleensä opioidilääkitys tulee kyseenseen vain harvoin, mutta syöpäkivun hoidossa niiden käyttöä ei saa rajoittaa. Kun muiden sairauksien kohdalla opioidilääkityksen purku tapahtuu rauhallisesti asteittain, voidaan syöpäpotilaan opioidilääkitys purkaa, jos potilas paranee. (Hamunen ym. 2009.)

Morfiini on vahvoista opioideista eniten tutkittu ja edullisin lääke. Vahvan opioidin antamisen voi aloittaa pienellä annoksella pitkävaikutteista valmistetta ja tarvittaessa antaa lyhytvaikutteista niin sanottua läpilyöntikipulääkettä kun pitkävaikutteinen ei riitä. Potilaalle olisi hyvä määrätä suoraan kaksi eri opioidi valmistetta, pitkävaikutteinen ja lyhytvaikutteinen. (Heiskanen ym. 2013.) Jos morfiini aiheuttaa vaikeita haittavaikutuksia on syytä harkita toista opioidia. Oksikodoni poikkeaa morfiinista paremman oraalisen hyötyosuuden vuoksi, haittavaikutuksissa ei ole juurikaan eroja. Morfiinin vaihto oksikodoniin on joidenkin tutkimusten mukaan lievittänyt kuitenkin joidenkin potilaiden haittavaikutuksia. (Hamunen ym. 2009.)

Opioidien aloituksen jälkeen olisi hyvä kontrolloida tarve uudelleen jo muutaman päivän kuluessa lääkityksen aloittamisesta, jotta oikea annostus löydetään nopeasti. Tavallisesti annosta tulisi nostaa noin 30 % kerralla ja on syytä muistaa, ettei opioidien käytölle ole ylärajaa. Jos kipu yltyy erittäin hankalaksi tai opioidien annos nostosta ei ole hyötyä, on syytä pysähtyä miettimään syytä. Millaista kipu on, eteneekö syöpä, onko toleranssi kehittynyt, onko potilaalla ahdistusta tai masennusta vai onko hoitomyöntyvyyteen liittyviä ongelmia, jolla tarkoitetaan ettei potilas uskalla käyttää opioideja haittavaikutusten tai riippuvuuden pelon vuoksi tai päinvastoin käyttää opioideja muun kuin kivun hoitoon, kuten ahdistuksen hoitoon. Jos kipua ei saada hallintaan, on syytä konsultoida kivunhoitoon erikoistunutta lääkäriä. Keinoja tällaiseen tilanteeseen ovat esimerkiksi metadonin tai ketamiinin aloitus tai lääkkeiden parenteraalinen annostus. Poikkeuksellisesti voidaan turvautua myös palliatiiviseen sedaatioon. (Heiskanen ym. 2013.)

Palliatiivista sedaatiota käytetään harkiten jos kuolevan potilaan oireet ja henkinen kärsimys ovat sietämättömiä. Olo voi johtua kivusta, hengenahdistuksesta, ahdistuksesta tai deliriumista. Sedaatioissa potilas rauhoitetaan lääkkein tai heikennetään tajuntaa muulla hoidolla. Hoidon tarkoitus ei kuitenkaan ole kuoleman edistäminen. (Riikola & Hänninen 2012.)

Syöpäkivun hoidossa tulee huomioida potilaan yksilöllinen kipu ja annostella opioidit potilas-kohtaisesti. Iäkkäillä potilailla tulee noudattaa varovaisuutta aloittamalla opioidit pienemmillä annoksilla kuin tavallisesti. Opioidivalmisteita voi antaa suun kautta, ihon kautta laastarihoidolla, laskimoon annosteltuna kerta-annoksena tai infuusiona, lihakseen pistoksena tai ihonalle annosteltuna. (Riikonen & Hänninen 2012.)

Jokaisella lääkkeellä on haittavaikutuksensa, kuten myös opioideilla ja yleisimpiä niistä ovat ummetus, jonka vuoksi kun opioidilääkitys aloitetaan, aloitetaan rinnalle vatsantoiminta valmiste. Myös sedaatio, huimaus, väsymys ja delirium oireet ovat tyypillisiä haittavaikutuksia. Opioidit lamaavat herkästi hengitysilihaksia, jonka vuoksi esimerkiksi hengityssairauksia sairastavalle potilaalle tulee opioidit aloittaa varoen. (Hamunen 2012.)

3.4 Lakisääteiset, kansalliset ja kansainväliset määräykset ja suositukset

Laki, joka koskee eniten syöpää sairastavia potilaita saattohoitoviheessä, on laki potilaan asemasta ja oikeuksista. ”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.” Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hänelle on järjestettävä hoitoa sekä hoitaa siten että ihmisarvoa ei loukataan. Potilaan vakaumuksia ja yksityisyyttään on myös kunnioitettava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan, oireenmukaista hoitoa on annettava kaikille kuoleville potilaille, kuten syöpää sairastaville potilaille, keuhkohtaumatautia tai sydämen vajaatoimintaan sairastaville, dementiapotilaille, MS- ja ALS-potilaille sekä muita eteneviä hermo-lihastauteja ja munuaistai maksatautia sairastaville (Riikola & Hänninen 2012).

Osana potilaan hoitoa kuuluu oireita lievittävä lääkehoito. Elämän loppuvaiheessa on myös tärkeää huomioida potilaan psykologiset, sosiaaliset, maailmankatsomukselliset ja hengelliset tarpeet. Hoitoon liittyy myös kysymyksiä ihmisarvosta ja oikeudenmukaisuudesta. Suosituksen mukaan kuolevan potilaan hoidosta huolehtii kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt kaikilla tasoilla. Kaikkien lääkäreiden on hallittava oireita lievittävän hoidon perusteet ja pystymään tarvittaessa konsultoimaan vaativimissa hoidoissa. Sosiaali- ja tervysministeriön syöpäsuunnitelman mukaan, hoito tulisi järjestää niin, että jokainen syöpäpotilas saisi tarpeidensa mukaista hoitoa ja saattohoitoa hoito- tai asuinpaikasta riippumatta. (Riikola & Hänninen 2012.)

Kansainvälisen ja kansallisen tiedon mukaan, hyvän saattohoidon kriteerien tulee olla eettisesti kestäviä ja perustua säädöksiin. Potilaan saattohoitosuunnitelma perustuu potilaan ja hänen omaisten arvoihin, päämääriin, tarpeisiin ja mahdollisesti myös toiveisiin. Saattohoitopäätös on tehtävä ennen kuin potilas siirtyy saattohoitoon ja asiasta on keskusteltava potilaan ja omaisten kanssa, jos potilas niin haluaa. Hoitopäätökset on kirjattava potilastietoihin. Kansallista syöpähoitosuunnitelmaa tarvitaan, koska suuret ikäluokat saavuttavat 60 vuoden iän, väestön elinikä pidentyy, syövän hoito monipuolistuu ja kustannukset kasvavat yhteiskunnassa. Suomessa syövän hoitotulokset ovat kansainvälisesti hyvät, ja se on saavutettu muita maita pienimillä kustannuksilla. (Pihainen 2010.)

4 Opinnäytetyön menetelmät

4.1 Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä

Juuruttaminen on käytäntöön otton kehittämismenetelmä, jossa uuden toimintatavan kehittäminen ja sen käyttöönotto tapahtuvat samaan aikaan. Se on yhteinen oppimisprosessi vuodeosaston ja Laurea Lohjan välillä. Prosessiin kuuluu opinnäytetyön tekijät, vuodeosaston työntekijät sekä esimies sekä opinnäytetyön ohjaava opettaja, jotka yhdessä edistävät prosessin toimintaa. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 21.)

Juuruttamisessa käytännön tieto ja tutkimukset tuodaan yhteen, josta muodostetaan uusi käytännön osaaminen vuodeosastolle. Prosessiin vaikuttavat muun muussa vuodeosaston sekä Laurea Lohjan kulttuurit, toimijat ja toimintaympäristöt, keskeisin tekijä prosessissa on vuorovaikutus toimijoiden kesken. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 21.)

Ora-Hyytiäisen ym. (2012, 22) mukaan juurruttamisessa tieto nähdään hiljaisena ja tutkimustietona. Hiljainen tieto kuvaa kokemuksellista tietoa, joka on työntekijän ja työyhteisön tieto siitä, miten vuodeosastolla toimitaan. Tutkimustieto taas kuvaa tutkittua teoreettista tietoa.

Lähtökohtana juurruttamisessa on kehitettävän kohteen määrittäminen, mikä työssämme on kivunhoidon kartoitus sekä vuodeosastolle opioidi tiedon vieminen. Tärkeää on, jos koko työyhteisö kokee kehitettävän asian työyhteisölle merkitykselliseksi. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 22.)

Kehittämisprosessille tulee antaa hyvin aikaa, sen perustana on muutosprosessi, johtajuus sekä hyvä vuorovaikutus. Prosessi pitää resursoida niin, että työyhteisö ja työryhmä voivat viedä selkeästi kehittämisprosessia eteenpäin. Johtajuus mahdollistaa tämän hyvin. Keskeisin työväline muutosprosessi on kuitenkin vuorovaikutus, sen avulla muutos tuotetaan ja toteutetaan. Muutokseen usein liittyy myös komplikaatioita, nämä tulee keskustella avoimessa vuorovaikutuksessa, jos työyhteisöllä on esimerkiksi sitoutumisen puute. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 24.)

Ora-Hyytiäinen ym. (2012, 25) kertoo, että kehittämisprosessissa tulee kuvata sanallisesti työyhteisön, tässä tapauksessa vuodeosaston nykytilanne, jonka tarkoituksena on hiljaisen tiedon näkyväksi saattaminen. Tuloksena syntyy kuva, usein jonkinlainen kaavio kuten vuokaavio.

Kehittämiskohteen uusi tieto tulee tunnistaa ja ymmärtää vuodeosastolle sopivaksi. Nykytilanteen arvioiminen tapahtuu vertailemalla hiljaista tietoa käsitteelliseen tietoon, sen tulee olla uutta ja näyttöön perustuvaa tietoa. Vertailun tavoitteena on saada työyhteisö ymmärtämään muutoksen tarpeet. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 25.)

Uuden toimintatavan rakentaminen käynnistyy, kun työyhteisön jäsenet ymmärtävät teoreettisen, tutkitun tiedon. Uuden toimintatavan kokeilua pohditaan yhdessä, miten se sopeutetaan juuri vuodeosastolle. Hyöty arvioidaan auttavien kysymysten avulla, jotka mietitään vuodeosaston toimintatavan näkökulmasta. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.)

4.2 Haastattelumenetelmä

Haastattelumenetelmänä on käytetty laadullista tutkimusmenetelmää eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Menetelmän lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, siinä halutaan ymmärtää ihmisten kokemuksia ja todellisuutta ja siihen liittyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Kyseisessä haastattelumenetelmässä on tarkoitus pikemminkin löytää tai pal-

jastaa tosiasioita kuin toistaa jo olemassa olevaa faktaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160 - 161.)

Tutkimus on tiedon hankintaa ja aineistoa kerätään oikeissa todellisissa tilanteissa. Tiedon keruuna käytetään tutkittavan kohteen henkilökuntaa. Tieto kerätään koko henkilökunnalta samalla tavalla, joko haastattelemalla tai erillisillä kyselylomakkeilla. Tutkijat keräävät tietoaan havainnoimalla ja keskustelemalla tutkittavan kohteen henkilökunnan kanssa. Lisätiedon saamisessa voi käyttää myös apuna lomakkeita ja testejä. Tutkija yrittää selvittää odottamattomia asioita, sen takia tarkoituksena ei ole teorian testaaminen vaan aineiston yksityiskohtainen tutkiminen. Jotta tutkittavien näkökulma tulisi esille, olisi hyvä käyttää teema-haastatteluja, ryhmähaastattelu sekä erillisiä dokumentteja. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Laadullisella tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan erilaisten kriteerien kautta. Esimerkiksi tutkimuskysymyksiä voidaan arvioida sen avulla, miten kysymykset on perusteltu ja kuinka selkeitä ne ovat. Vastauksia arvioidaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin verraten. Lopuksi arvioidaan vielä tuloksia, miten ne ovat saavuttaneet tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitukset ja tarvittaessa niitä verrataan vastaaviin tutkimuksiin. Tutkijoiden tulee arvioida omaa itseään sekä tutkittavaa kohdetta kriittisesti ja luotettavasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

4.3 Aineiston analyysi

Analyysitapoja ei valita minkään säännön mukaan. Aina ei ole selvää myös sekään, milloin kerättyä aineistoa aletaan analysoidaan tai kuka analyysin tekee. Yleensä ajatellaan, että analyysi tehdään heti sen jälkeen kun aineisto on kerätty. Mutta tämänlainen analysoiminen sopii hyvin sellaiseen tutkimukseen, jossa tietoa on kerätty strukturoidulla lomakkeilla tai asteikkomittareilla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa analyysiä ei voida tehdä vain yhdessä tutkimusprosessin vaiheessa vaan pitkin matkan. Sillä aineistoa voidaan kerätä monessa vaiheessa ja erillisillä menetelmillä, kuten esimerkiksi haastattelemalla ja havainnoimalla. Aineistoa siis analysoidaan ja kerätään samanaikaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 223.)

Aineistoa kerättiin osastotunneilla epävirallisilla ryhmähaastatteluilla sekä kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeiden sekä osastotuntien keskusteluja analysoitiin, jotta vastauksista saatiin tiivistettyä yhtenäisen kuvaus. Aineistoa tarkasteltiin kyselylomakkeista eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia etsien. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Laadullisessa tutkimuksessa sisältöä analysoidaan niin, että aineisto jaetaan ensin pieniin osiin, jonka jälkeen se jaetaan käsitteiden mukaan ja lopuksi järjestetään uudelleen uudellelaiseksi kokonaisuudeksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

4.4 Eettisyys kehittämistoiminnassa

Etiikan peruskysymykset ovat kysymykset oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta. Tutkimusetiikkaan liittyy monta eettistä kysymystä, jotka on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät eettiset periaatteet ovat usein hyväksytyjä. Jokaisen tutkijan vastuulla on se, että tuntee periaatteet ja toimii niiden mukaisesti. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen tekemisessä seurataan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.)

Opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on antanut ohjeita tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. Ohjeiden mukaan käytäntöön kuuluu, että tutkija ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat toimintatapoja, ottavat muiden tutkimukset asianmukaisella tavalla huomioon, eikä plagioi, tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteellisellä tavalla, kaikki asiat ovat määriteltyjä ennen tutkimuksen aloittamista, muille tutkimukseen osallistuneille on ilmoitettava tutkimuksen tuloksia julkaistaessa sekä on noudatettava hyvää hallinta käytäntöä ja henkilöstö- ja taloushallintoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 24.)

Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen valinnassa kysytään kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimusta aletaan tehdä. Samassa yhteydessä ongelmana voi olla aiheen valinta, onko se helposti toteutettavissa, mutta ei ole merkitykseltään tärkeä sekä miten ottaa huomioon aiheen yhteiskunnallinen merkitys. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.) Hyvää tieteellistä käytäntöä voi loukata monella eri tavalla. Yleensä eettiset ongelmat aiheuttavat tiedonhankinta tavat sekä koejärjestelyt. Tutkimuksen lähtökohdan tulisi olla ihmisarvojen kunnioittaminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 25.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

Osaston henkilökunta sai uutta tietoa kivun arviointimenetelmistä sekä kivunhoidosta. Liikkeenlehdelle lähdettiin nykytilan kartoituksella (liite 1). Kartoituksessa kysyttiin kivun arvioinneista sekä kipulääkkeistä, tarkemmin vahvoista lääkkeitä eli opioideista. Kyselyllä saatiin hyvä tietopohja ja toteutustapa oli helpompi rakentaa. Lisäksi saatiin arviointi kysymykset koottua hyvin nykytilan kartoitus kysymyksistä.

5.1 Nykytilanteen kuvaus/nykytilanne ja kehittämiskohteen valinta

Nykytilan kartoitus toteutettiin maaliskuussa 2015. Tietoa kerättiin henkilökunnan aikaisemmista kivun arvioinneista ja heidän kipulääke tiedoistaan. Nykytilan kartoitus kyselyssä oli viisi kysymystä, johon he saivat vastata vapaamuotoisesti.

Kyselyyn vastasi 14,5 hoitajasta yhdeksän. Heistä viisi oli sairaanhoitajaa ja neljä lähihoitajaa. Kaikki olivat yhtä mieltä, että opioidit ovat vahvoja kipulääkkeitä. Viisi vastaajaa kertoivat opioidien vaikuttavan keskushermostoon. Jokainen vastaaja osasi nimetä morfiinin ja fentanylin opioidiksi. Oksikodonista mainitsi seitsämän ja kuusi vastaajaa nimesi kodeiinini ja buprenorfiinin opioidiksi. Dekstropropoksifeenistä ja petidiinistä mainitsi kaksi vastaajaa. Neljä heistä mainitsi tramalin opioidiksi. Ainoastaan kokonaan jäi mainitsematta nalbufiini, josta ei ole valmistetta tällä hetkellä ja hydromorfon.

Yksi vastaajista mainitsi, ettei ole käyttänyt lainkaan kivun arviointimenetelmiä. Vastaajista kuusi kertoi tuntevansa VAS- tai NRS-mittarit. Useampi vastaajista kertoi VAS asteikosta NRS mittarin toimintaperiaatteella. Kaksi vastaajaa ei maininnut arviointimenetelmän nimeä, mutta kertoi 1-10 menetelmästä. Vastaajista yksi mainitsi myös hymynaama-mittarin. Kaksi vastaajaa kertoi tuntevansa ESAS-oirekyselylomakkeen ja kolme mainitsi PAINAD-menetelmän. Vain kolme yhdeksästä mainitsi käyttäneensä jotakin arviointimenetelmää apuvälineenä kivunarvioinnissa.

Jokainen vastaaja kertoi arvioidessaan kipua havainnoineensa potilasta monilta osin. Seitsämän kertoi kysyneensä suoraan kivusta.

Henkilökunnalta kysyttiin, mitä he halusivat mahdollisesti vielä saada tietää kivunhoidosta. Toiveita tuli opioidien vaikutuksesta ruokahaluun ja pahoinvointiin, opioidien ja muiden lääkkeiden yhteisvaikutukset, muut kipulääkkeet sekä lääkkeiden vaikutuksesta elimistössä.

Kyselyistä tuli ilmi, että vuodeosastolla on käytössä seuraavat opioidivalmisteet: Oxynorm Caps®, Oxynorm® oraaliliuos sekä injektio ja infuusioliuos, Oxanest®, Oxycontin®, Abstral®, Morphin®, Dolmed®, Matrifen®, Norspan®, Targiniq® ja Depolan®.

Ensimmäisellä osastotunnilla kävi ilmi, että kivun kirjaamisen polku on erilainen eri hoitajilla. Yhteistä polkua kirjaamiselle ei ole. Tästä puhuttiin paljon osastotunnilla, esimerkiksi kipulääkkeen vastetta ei juurikaan ole osaston potilailla arvioitu tai kirjattu mihin kipuun kipulääkettä on annettu. Ongelmana henkilökunta koki myös vaikeasti haettavan tiedon, esimerkiksi lääkkeen anto saattoi olla samalla potilaalla eri otsikoiden alla. Sovittiin yhteisesti, että tämän projektin aikana kirjaamiseen tulisi saada yhteinen käytäntö ja kirjaukset olisivat samojen otsikoiden alla raportin luvun helpottamiseksi ja tärkeiden tietojen dokumentoinnin turvaamiseksi.

5.2 Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta

Vuodeosaston henkilökunnalla oli hyvä tietämys opioidilääkkeistä. He osasivat nimetä tuttuja ja eniten käytettyjä opioideja ammattinimikkeestä huolimatta. Vuodeosastolla sairaanhoitajat huolehtivat kaikesta lääkehuollosta, tämä hankaloittaa lähi/perushoitajien tietämystä lääkkeistä. Henkilökunnalle eri arviointimenetelmät olivat tuttuja, mutta niitä ei ole käytetty hoitotyössä.

Tietämys opioidien vaikutuksesta muihin lääkkeisiin ja opioidien haittavaikutukset nousivat esiin viimeisessä kohdassa kyselyä. Tästä voi päätellä, että tieto opioidien vaikutuksesta on vähäistä osalle hoitajista. Myös arviointimenetelmien ja kivun kirjaaminen nousi esille kyselyssä ja näistä aiheista oli tarkoitus viedä tietoa osaston henkilökunnalla joka tapauksessa.

5.3 Uuden toimintatavan rakentaminen

Henkilökunnalle pidettiin toukokuussa 2015 opinnäytetyön avaus-osastotunti, jossa käsiteltiin tulevaa prosessia. Osastotunnilla käytiin läpi millainen projekti olisi tulossa, suunnitelmaa avattiin ja aikataulusta sovittiin.

Syyskuussa 2015 osastotunnilla käytiin läpi kivun arviointia. Keskusteltiin miten ESAS-arviointilomaketta täytetään sekä PAINAD-mittarin käyttöä katsottiin yhdessä. Henkilökunnan kanssa kerrattiin myös VAS ja NRS-mittareita. Osastolle jätettiin kipukiiloja helpottamaan kivunarviointia. Osastotunnilla oltiin yhtä mieltä, että PAINAD-mittarin tavoin hoitajat arvioivat joka päivä potilaita. Osastotunnilla keskusteltiin vielä yhteisistä menetelmistä kivun kirjaamisessa, jotta kipulääkkeiden anto ja arviointi olisi helposti löydettävissä potilastietojärjestelmästä. Henkilökunnalle toimitettiin viikko osastotunnin jälkeen taskumalliset kivun arviointikortit, joissa PAINAD-mittari on lyhyesti muistissa sekä kivun kirjaamisen muistilista ja kipujana. Yhteisesti sovittiin, että jokainen vakituudessa työsuhteessa oleva hoitaja sitoutuu arvioimaan syys- ja lokakuun aikana ainakin yhden potilaan ESAS-arviointimenetelmällä ja kirjaamaan sen yhteisesti sovittujen menetelmien mukaan. Henkilökunta koki kivun kirjaamisen hyvin tärkeäksi ja vaikuttivat tyytyväisiltä taskumalliseen arviointikorttiin, joka on avuksi työnteossa.

Seuraavalla osastotunnilla marraskuussa 2015 keskusteltiin opioideista. Yhdessä keskusteltiin vaikutusmekanismeista ja miten lääkkeitä käytetään, mitä opioideja osastolla on sekä yleisimpiä haittavaikutuksia. Osastotunti sujui keskustellen työntekijöiden välillä heidän käyttämistään lääkevalmisteista ja nyt käytössä olevista lääkevalmisteista. Lääkeaineista esimerkiksi Abstral® on ollut vain yhden potilaan käytössä ja kaikki hoitajat eivät näin ollen sitä olleet

päivittäisten kirjausten alle. Näin kipulääke määriä pystytään arvioimaan useamman päivän tai viikkojen taakse ja tarvittaessa muuttamaan pysyvää kipulääkitystä, jos tarvittavia läkkeitä on jouduttu antamaan useasti. Tämä helpottaa hoitohenkilökunnan sekä lääkärin työtä, jos kipulääke määriä tarvitsee arvioida uudelleen. Myös missä ja miten kipu esiintyy on oleellinen tieto potilasta hoitavalle henkilökunnalle.

5.5 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Vuodeosaston osastonhoitaja otti vastuun ESAS-oirekyselylomakkeen käyttöönotosta. Hän oli itse käyttänyt jo aikaisemmin oirekyselyä työvälineenä ja koki sen erittäin hyväksi. Osastonhoitaja kehoitti hoitohenkilökuntaa oirekyselyn tekemiseen ja laittoi kyselyitä aina esille uuden syöpää sairastavan potilaan tultua osastolle. Sekä osastolla jo olleille potilaille jos heidän tilansa oli muuttunut. Hoitohenkilökunnalle tavoitteena oli, että jokainen tekisi ESAS-oirekyselyn potilaille, jos potilaita olisi riittävästi projektin aikana. Kuitenkin tärkeää oli arvioida kipua jollain menetelmällä projektin aikana. Vuodeosastolla oli myös annettu ESAS-oirekyselylomake potilaalle itselleen täytettäväksi jos hän oli siihen yksin kykenevä.

Opinnäytetyön yhteyshenkilön tehtävänä oli avustaa henkilökuntaa kivun kirjaamisessa. Kipulääkkeen anto kirjattaisiin aina saman otsikon alle ja kipulääkkeen vaikutusta arvioidaan päivittäisiin hoitoteksteihin. Kivun kirjaamista jokainen piti osastotunneilla tärkeänä, joten tähän kaikki paneutuisivat joka päiväisessä työssään ja ohjeet saisi helposti chek-kortista.

Vuodeosaston henkilökunnalle puhuttiin useasti kivunarvioinnista sekä kivun kirjaamisesta ja he saivat kaikki käyttöönsä tekemämme chek-kortit joista kirjaamisen polun näki nopeasti ja kivun arvioinnista samalla muistutettiin.

Chek-kortin toisella puolella oli kerrattu lyhyesti Painad-menetelmä helpottamaan kivun arviointia sekä kipujana. Toisella puolella oli kerrottu otsikoiden alle kivun kirjaamisesta. Hoidon tarpeen alle kirjataan kivun aiheutta, esimerkiksi syöpädiagnoosi. Hoidon tavoitteen alle kirjataan mikä on tavoitteena, esimerkiksi kivun hillitseminen. Hoitotyön toimintoihin voi valita otiskoiksi esimerkiksi kivun seuranta ja/tai kivun voimakkuuden mittaaminen. Chek-kortissa on vielä mainittu arviointi, arviointiin arvioidaan aina kun on annettu tarvittavia kipulääkkeitä.

6 Kehittämistoiminnan arviointi

Ennen arvioinnin aloittamista on hyvin oleellista tuntee toimintaympäristö, johon arviointi liittyy sekä arvioinnin osalliset, tässä tapauksessa vuodeosaston henkilökunta (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 14). Opinnäytetyön tulosta arviointiin tekijöiden osalta

sekä uuden toimintatavan osalta. Onko uusi käytäntö tullut tutuksi kaikille ja toimiiko uusi toimintamalli vuodeosastolla. Onko kivun kirjaamiseen saatu yhteinen linja ja kipua arvioitu potilastietojärjestelmään. Arvioiko hoitohenkilökunta potilaan kipua jollakin menetelmällä vai omalla intuitiollaan.

Arviointi tapahtui kyselylomakkeiden perusteella. Arviointikysymykset koottiin nykytilan kartoituksen pohjalta.

Arviointitapana oli kehittävän arvioinnin lähestymistapa. Arvioinnissa on tärkeää miten arvioitsija ymmärtää arvioitavan kohteen ja mikä on määritelty arvioinnin tarkoitukseksi. (Aalto-Kallio ym. 2009, 27.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin juurruttamisen menetelmää, johon sopi mainiosti kehittävän arvioinnin malli. Tavoitteena oli saada käytäntöön uudet kivun arviointimenetelmät ja tässä arviointimallissa taustaoletuksena on, että päästään toivottuihin tavoitteisiin suunnitelman mukaisesti ja tätä seuraa odotettu tulos. Arvioinnin lähtökohtana on oletettu muutos, eli tässä tapauksessa muutos kivun arviointiin. (Aalto-Kallio ym. 2009, 31.)

Opinnäytetyö sujui tekijöiden osalta tasavertaisesti. Haasteita työlle toi pitkät välimatkat sekä muut kouluprojektit ja työharjoittelut. Opinnäytetyön kesto myös toi haastetta motivaatiolle. Pohdimme, että motivaatio opinnäytetyön tekemiselle olisi säilynyt paremmin jos ei olisi ollut muita kursseja samaan aikaan sekä lomaa välissä.

Välimatkat ja työharjoittelut toivat haastetta opinnäytetyölle siinä määrin, että kaikki osalliset eivät ole päässeet joka kerta paikalle eri tapaamisiin. Välimatkoista huolimatta pääsimme keskustelemaan ja tekemään töitä yhdessä muun muassa videopuhelun välityksellä. Työ toi meille paljon tulevaisuutta ajatellen. Olemme pohtineet yhdessä, kuinka oleellista kivusta keskusteleminen on potilaan kanssa sekä kivun kirjaamisen tärkeydestä hoitotyössä. Opimme myös sen kuinka tärkeää on arvioida kipua säännöllisesti.

6.1 Muutosprosessin ja lopputoteutuksen arviointi

Opinnäytetyön lopuksi pidettiin loppuarviointi osastotunnin merkeissä. Osastotunnilla käytiin yhteistä projektia läpi ja mietittiin mitä on tehty, mikä on onnistunut, mikä tarvitsee vielä panostusta ja mitä on vielä tekemättä. Näihin kyselyihin vastasi viisi hoitajaa, kaksi sairaanhoitajaa ja kolme lähi/perushoitajaa.

Lisäksi laadimme osaston henkilökunnalle arviointilomakkeen, joka sisälsi niin strukturoituja kuin avoimiakin kysymyksiä. Kartoitimme arvioinnissa mikä on kivunarviointien keskiarvo osastolla ja mikä on henkilökunnan ajatus arviointimenetelmistä työvälineinä sekä mitä kivun ar-

viointimenetelmää pidettiin tehokkaimpana. Kyselyyn vastasi viisi hoitajaa, kaksi sairaanhoitajaa ja kolme lähi/perushoitajaa.

Kipua oli arvioitu paljon henkilökunnan mielestä, tosin kivun arviointi jäi usein suulliseen arvioon potilaan ja henkilökunnan välille, eikä kivunarviota kirjattu potilastietojärjestelmään niin usein kuin arvioita tehtiin. Osastotunnilla henkilökunnalla oli mukana sillä hetkellä eniten kipulääkkeitä saavien kahden potilaan kahden viikon aikaiset päivittäiset kirjaukset hoitokertomuksessa. Toisella potilaasta oli diagnosoitu syöpä ja kipulääkkeillä hoidettiin syöpäkipua. Toisella potilaalla oli syöpäepäily, mutta sen hetkistä kipua hoidettiin traumaattisena kipuna. Hoitokertomuksista kävi ilmi, että hoitosuunnitelmassa oli sovittujen ohjeiden mukaan kirjattu kipulääkkeen tarve ja kahden viikon aikana potilaille oli päivittäin, jopa useamman kerran päivän aikana, annettu kipulääkettä, mutta kivunarviointia ei ole kirjattu. Kipulääkkeen vaikutusta oli arvioitu kahdesti kahden viikon aikana kirjallisesti potilastietojärjestelmään sovittujen ohjeiden mukaisesti. Muuten hoitokertomuksesta löytyi vain kipulääkkeen anto. Henkilökunta toi esille myös pitkäaikaispotilaiden kipulääke kirjaukset, potilaalla oli säännöllisenä kipulääkityksenä kipulaastari ja parasetamol, vuoden aikana kivusta ei ole ollut mitään mainintaa kipua koskevan otsikon alla. Tässä asiassa henkilökunta toivoi parantamista kaikilta.

ESAS-oirekyselyn tiimoilta osastonhoitaja oli tyytyväinen. Osastotunnilla kävi ilmi, että oirekyselyitä oli tehty kiitettävästi syöpäpotilaille ainakin kerran osastojakson aikana. Kuitenkaan jokainen työntekijä ei ole tehnyt oirekyselyä potilaalle, vaikka tämä oli yksi tavoitteista. Päivitettyjä kyselyitäkin oli tehty jonkin verran. Henkilökunta koki kyselyn hyvänä apuvälineenä työn teossa ja potilaat olivat tyytyväisiä sekä kokivat tulleensa kuulluiksi oirekyselyn vuoksi. Hoitohenkilökunta toi esille ajankäytön oirekyselyä tehtäessä. Potilaan kanssa tulee varata aikaa noin 30 minuuttia kun oirekyselyä aletaan täyttämään. Tässä voi koitua ongelmia kiireessä. Ongelmana koettiin myös ESAS-oirekyselyn tulosten vieminen potilastietojärjestelmään. Eri osiot tulisi kirjata erikseen eikä potilastietojärjestelmässä ole sopivaa otsikkoa, jonka alle henkilökunta tulokset kirjaisi. ESAS-oirekyselystä ei henkilökunnan mielestä myöskään voi kirjata pelkkää numeraalista tulosta, niin kuin esimerkiksi muistitestistä (mini-mental, mmse) tai numeraalisesta kivunarvioinnista kirjataan, sillä tämä ei antaisi tarkkaa tulosta missä oireissa on muutoksia.

Erilaisia kipukiiloja ja numeraalisia arvioita henkilökunta kertoi käyttäneensä kivuliiden potilaiden kanssa jonkin verran ja kertoivat, että potilaatkin osasivat melko hyvin kuvata kipua numeraalisilla menetelmillä. Painad-menetelmää kukaan osastotunnilla olleista hoitajista ei ollut käyttänyt hoitotyössä. Mutta henkilökunta oli yhtämieltä, että jokainen oli arvioinut potilaan kipua liikkeistä, ääntelystä ja hengityksestä. Painad-menetelmä ei vuodeosastolle ole jäämässä joka päiväiseen käyttöön, mutta henkilökunta arvioi potilaiden kipua kuitenkin työsään samoilla menetelmillä, eivät kuitenkaan pisteytä oireita. He kokivat Painad-menetelmän

myös hieman haasteelliseksi siltä osin, että henkilökunta saattaa tulkita erilaisen ääntelyn tai liikehdinnän eri tavoin ja pisteyttää tämän eri tavoin.

Arviointikyselyyn vastanneista jokainen oli käyttänyt jotain arviointimenetelmää. VAS kipujanaa oli käyttänyt neljä vastanneista ja NRS numeraalista asteikkoa kolme vastanneista. ESAS-oirekyselyä oli käyttänyt neljä vastaajaa ja yksi oli käyttänyt Painad-menetelmää työssään. Jokainen vastaaja koki, että kivun arviointimenetelmistä on hyötyä hoitotyössä. Heidän mielestään on helpompi arviointien avulla seurata kivun kehittymistä ja varsinkin numeraalinen arviointi nousi esille vastanneiden kesken. NRS menetelmää kehuttiin helppokäyttöiseksi ja helposti toistettavaksi. Potilaatkin olivat kokeneet tämän helpoksi tavaksi kuvata kivun voimakkuutta. Vastaajat kertoivat käyttäneensä VAS ja NRS-menetelmiä potilaan pyytäessä kipulääkettä sekä muuten kipua arvioidessa. ESAS-oirekyselyn käyttö keskittyy vastanneiden kesken erityisesti voinnin arviointiin. Kipua on vastanneiden kesken arvioitu aina uudelleen kipulääkkeen annon jälkeen joko kysymällä auttoiko kipulääke tai käyttämällä uudelleen VAS tai NRS-menetelmää. Vastaajista kaksi mainitsi myös havainnoimalla potilasta, rauhoittuiko potilas sekä tarkkailemalla liikkeitä, eleitä ja hengitystä. Jokainen vastaaja lisäksi kertoi kirjanneensa aina potilastietojärjestelmään kipulääkkeen annon ja sen vaikutuksen arvioinnin hoitosuunnitelman mukaisesti. Vastaajat kertoivat vielä aikovansa käyttää kivun arviointimenetelmiä jatkossakin ja kokivat ne hyvinä työvälineinä hoitotyössä. Neljä vastaajaa korosti ESAS-oirekyselyn selkeyttä ja sen avulla on vastaajien mielestä helppo arvioida potilaan kokonaisuutta. Lisäksi jokainen vastaaja aikoo jatkossa käyttää VAS ja NRS-menetelmiä kivun arvioinnissa ja yksi vastaaja kertoo käyttävänsä jatkossakin Painad-menetelmää. Yksi vastaaja mainitsi havainnoivansa jatkossa potilasta liikkeiden, ilmeiden ja hengityksen avulla.

Osaston henkilökunnalle on tulossa koulutuksia eri kivunarviointi menetelmistä, johon he saavat osallistua. Koulutuksia järjestetään kolmesti kevään 2016 aikana. Lisäksi heidän potilastietojärjestelmään on tullut uusimman päivityksen mukana kivunarviointiin numeraalinen valikko, johon voi kirjata helposti numeraalisen arvioin kivusta.

Osastonhoitaja mainitsi myös, että vuodeosastolla on ollut aikoinaan käytössä yksilövastuisen hoitotyön malli ja tätä mallia oltaisiin herättelemissä vuodeosastolle uudelleen.

6.2 Arviointituloksien raportointi

Nykytilan kartoitus kyselyyn vastasi yhdeksän hoitajaa ja arviointikyselyyn viisi hoitajaa. Osastolla toimii 13,5 hoitajaa, joten vastausprosentti arviointikyselyyn on alle puolet.

Viiden vastauksen perusteella vuodeosastolla on käytetty projektin aikana enemmän arviointimenetelmiä, erityisesti ESAS-oirekysely on tullut selkeästi tutummaksi osaston henkilökun-

nalle projektin aikana. Oirekysely on koettu hyväksi työmenetelmäksi syöpäpotilaan hoidossa ja tämä on saanut paikkansa henkilökunnan työvälineenä. Myös muita arviointimenetelmiä on käytetty kiitettävästi kipua arvioidessa sekä kipulääkkeen vaikutusta arvioidessa.

Kivun ja kipulääkkeen vaikutuksen arvioinnin kirjaaminen on ollut vähemmän tuloksellista projektin aikana. Jokainen arviointikyselyyn vastanneista kertoi kirjanneensa kipua ja sen arviointia potilastietojärjestelmään, mutta osastotunnilla kuitenkin henkilökunta oli sitä mieltä, että yhteistä polkua kirjaamiselle ei ole syntynyt ja kivun arviointia ei löydy potilastietojärjestelmän päivittäisistä kirjauksista. Kipulääkkeen annot löytyvät oikeista kohdista järjestelmästä, mutta välttämättä kirjauksissa ei lue miksi tai mihin kipuun kipulääkettä on annettu.

Kivun arviointimenetelmät vastaajien mukaan ovat tulleet vuodeosastolle jäädäkseen. ESAS-oirekysely toteutetaan syöpäpotilaille jatkossakin ja kipua arvioidaan erilaisten menetelmien avulla.

7 Lopuksi

Kipu on aina yksilöllinen ja henkilökohtainen kokemus. Kaksi eri ihmistä voi kokea saman kivun täysin eri tavalla. Kivun arvioinnille ei ole yhtä selkeää sääntöä, mittarit ovat siksi hyvä apuväline kivun arvioimiseen. (Vainio 2009 B.) On hyvin tärkeää muistaa kipua arvioidessa potilaan itse kokema ja kuvaava kipu. Kivun arvioinnissa selkeyttä tuo kun potilas tuntee kivun arviointimenetelmän jolla hänen tulee arvioida kipua. Myös tärkeää on, että hoitohenkilökunta sopii työpaikan kesken, milloin kipua aletaan lääkittää. Siihen voidaan käyttää esimerkiksi NRS-mittarista jotain asteikkoväliä, tavallisin on 4-5, jolloin kipu alkaa pahentua.

Vuodeosastolla oli projektin aikana muutoksien aika kaikin puolin. Vuodeosaston remontin ajankohtaa on mietitty jo useamman vuoden ajan ja kustannuksia arvioitu useasti. Nyt projektin aikana henkilökunnalle tuli tietoon, että heidän osastonsa mahdollisesti siirrettäisiin remontin ajaksi toiselle paikkakunnalle. Tämä aiheuttaa henkilökunnassa monenlaisia tunteita ja keskittyminen tähän projektiin ei välttämättä ole jokaisella henkilökunnan jäsenellä päällimmäisenä.

Henkilökunta oli positiivisesti mukana alussa nykytilan kartoitusta arvioidessamme. Aluksi vastausaika nykytilan kartoitukseen oli kaksi viikkoa, mutta pidensimme aikaa vielä viikolla, jonka jälkeen vastausluku suureni kahdesta vastauksesta yhdeksään. Arviointi kyselyyn vastasi vain viisi hoitajaa, mutta niiden perusteella juurruttaminen on lähtenyt hyvin käyntiin.

Sovitut osastotunnit sujuivat hienosti ja intiimisti pienessä työyhteisössä. Keskustelua saatiin paljon henkilökunnan välille ja uusi hyviä ideoita vuodeosaston kehittämiseksi saatiin ilmoille.

ESAS-oirekysely löysi paikkansa vuodeosastolla, tähän vaikutti suuresti osastonhoitaja pitkäjänteisyydellään. ESAS-oirekyselyä oli tehty syöpäpotilaille aina uuden hoitajakson alkaessa ja tavoitteena vielä, että oirekyselyä päivitetään oireiden muuttuttua. Vuodeosastolla oli myös annettu ESAS-oirekyselylomake potilaalle itselleen täytettäväksi jos hän oli siihen yksin kykenevä. Ajatuksena kuitenkin olisi käydä oirekysely läpi yhdessä potilaan kanssa, jotta hän voisi samalla keskustellen kertoa tuntemuksistaan ja oireistaan.

Oirekyselyn kirjaaminen tuo vielä haasteita vuodeosastolle. Henkilökunta voisi sopia yhdessä järjestelmästä kohdan mihin tulokset kirjataan esimerkiksi väliarvion muodossa.

Lääkehoito ja opioiditietoisuus osaston henkilökunnalla oli alusta saakka kiitettävä. He osasivat nimetä opioideja ja kertoa niiden vaikutusmekanismeista sekä haittavaikutuksista osastotunneilla. Lähi/perushoitajille haastetta tuo kun sairaanhoitajat vastaavat lääkehuollosta kailta osin. Lähi/perushoitajat joutuvat aina pyytämään sairaanhoitajalta kipulääkkeitä.

Mielestämme vuodeosasto sai ESAS-oirekyselyn hyvin mukaan päivittäiseksi työväliseksi, mikä oli yksi tavoitteistamme. Arviointikyselystä tuli myös ilmi, että muita kivun arviointimenetelmiä käytetään. Kirjaaminen kivusta ja kipulääkkeiden vaikutuksesta ei ole onnistunut sovitusti, chek-kortista huolimatta. Hoitohenkilökunnan tulisi päivittää hoitosuunnitelmia säännöllisesti ja kipulääkkeiden tulisi lukea hoitosuunnitelmissa selkeästi, jotta niiden kirjaaminen muistuisi mieleen aina hoitosuunnitelman avautuessa.

Pohdimme, että vuodeosastolle olisi hyvä ottaa heidän itse pohtimansa tulohaastattelu käyttöön. Tulohaastattelussa voitaisiin kysyä kotiolojen lisäksi esimerkiksi juuri ESAS-oirekyselyn tiimoilta potilaalle aiheellisia oireita diagnoosista riippuen. Kivun kirjaamista ajatellen vuodeosaston potilastietojärjestelmään on tullut uusi valikko NRS-menetelmälle johon kipua on helppo arvioida suoraan asteikolla 0-10. Työpäivästä olisi tietty aika varattu kirjaamiselle ja hoitosuunnitelmien päivittämiselle, jolloin henkilökunnalla olisi aikaa ja rauhaa päivittää potilaiden tietoja ja kirjata perusteellisesti. Lisäksi voisi mainita vielä mahdollisesta hiljaisesta raportoinnista, usein hiljainen raportointi kannustaa henkilökuntaa kirjaamaan perusteellisemmin. Myös yksilövastuisen hoitotyön malli toisi varmasti henkilökunnalle paremmat valmiudet kirjata potilastietojärjestelmään perusteellisemmin potilaan voinnista ja niin ollen myös kivusta ja sen arvioinnista.

Lähteet

- Aaltonen, M. 2015. Patterns of care in the last two years of life-Care transitions and places of death of old people. Viitattu 15.2.2016.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98030/978-951-44-9902-9.pdf?sequence=1>
- Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla - Matka teoriasta käytäntöön. Pori: Kehitys Oy.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. SanomaPro Oy.
- Etene. 2012 Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012-suunnitelmat ja toteutus. Viitattu 15.2.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisu+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001,+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7>
- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. 2013. What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. Viitattu 8.1.2016.
<http://pmj.sagepub.com/content/early/2013/05/10/0269216313486310.full.pdf+html>
- Hamunen, K. 2012. Kipulääkkeiden tavallisia haittavaikutuksia saattohoidossa. Viitattu 12.11.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01904>
- Hamunen, K. 2012. Vahvojen opioidien käyttö syövän aiheuttaman kivun hoidossa. Viitattu 12.11.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak07802>
- Hamunen, K., Heiskanen, T. & Idman, I. 2009. Syöpäkivun hoidon kolme tasoa. Viitattu 25.5.2015.
http://dspace2.lib.helsinki.fi:8082/dikk/bitstream/handle/2455/137982/Hamunen_SLL412009-3413.pdf?sequence=2
- Haanpää, M., Hagelberg, N., Hannonen, P., Liira, H. & Pohjolainen, T. 2013. Kroonisen kivun hoito-opas. Viitattu 10.4.2016
http://www.skytj.org/system/files/files/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf
- Hedefalk, B. 2013. Smärtbehandling. Viitattu 08.01.2015. <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/smartbehandling>
- Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Viitattu 18.5.2015. <http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo10822.pdf>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. T.A. Sahalan Kirjapaino Oy. Verkkojulkaisu. Viitattu 27.2.2016 <http://etela--suomensyopayhdistys-fi-bin.directo.fi/@Bin/00490cec2ec1eb01fe230fb932ea898e/1453897580/application/pdf/873699/Saattohoito-opas%2014.%20uudistettu%20painos%202015.pdf>
- Hänninen, J. 2013. Saattohoito kotona vaatii monenlaista tukea. Viitattu 17.02.2015.
<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/saattohoito-kotona-vaatii-monenlaista-tukea/>
- Hävölä, H., Rantanen, A. & Kylmä, J. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina/ Hope in hospice care patients and factors fostering and threatening it described by patients and nurses. Viitattu 17.2.2016.
<http://search.proquest.com/docview/1698873064/AD028F68AECC4EFEPQ/1?accountid=12003>

- Jussila, A., Kangas, A. & Haltamo, M. 2010. Sädehoito. Helsinki: WSOY.
- Kalso, E. 2013. Syöpäkivun lääkehoito. Viitattu: 22.4.2015.
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00396&p_haku=syöpäkivun lääkehoito](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00396&p_haku=syöpäkivun+lääkehoito)
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio A. 2009. Kipu. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karviainen. 2015. Viitattu: 26.2.2015. <http://www.karviainen.fi/>
- Kipu. 2015. Käypä hoito. Viitattu 17.02.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103#s25>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Finlex. Viitattu 29.01.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista>
- Liikanen, I. 2015. Combining oncolytic immunotherapy with conventional cancer treatments. Viitattu 8.1.2016.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152972/combinin.pdf?sequence=1>
- Liljamo, P., Kunnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskoknaisuuden käyttöopas. Helsinki: Terveyden ja hyvinvointilaitos.
- Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. THL: Helsinki. Viitattu 20.10.2015
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1
- Määttä, M. & Kankkunen, P. 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. Hoitotiede 4/2009, 282-293.
- Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Osastonhoitaja, sähköpostiviesti 26.2.2015.
- Passoja, A. 2012. Neuropaattinen kipu ja syöpä. Viitattu 8.1.2016.
<http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/tt101054>
- Pesonen, A. Kivun mittauksen ja kivun hoidon klinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikashoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Viitattu 22.5.2015.
http://www.finnanest.fi/files/vaitos_pesonen.pdf
- Pihlainen, A. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 17.02.2016.
<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>
- Pätäri, J. 2014. Sairaanhoidajien käsityksiä akuutin kivun hoidosta päivystyspoliklinikalla. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 27.1.2016 <http://docplayer.fi/11580520-Sairaanhoidajien-kasityksia-akuutin-kivun-hoidosta-paivystyspoliklinikalla.html>

Riikola, T. & Hänninen, J. 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. Viitattu: 13.3.2015.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#suositus>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV. Viitattu 8.4.2016.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Viitattu 17.2.2016.

http://www.hotus.fi/system/files/kivunhoito_yhteenvedo.pdf

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

Salminen, E. & Salmenoja, H. 2007. Tunnistammeko syöpäkipupotilaan oirekirjon? Viitattu 17.5.2015.

http://www.duodecimlehti.fi/web/quest/haku.jsessionid=74AF2312EC262EEB3A13A64F919070CE?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo96389

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry. 2016. Mitä on palliatiivinen hoito? Viitattu 17.2.2016. http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009. Finlex. Viitattu 20.10.2015

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298#Pidp383456>

Suomen syöpärekisteri. 2016. Viitattu 8.4.2016.

<http://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/koko-maa/>

Syöpäjärjestö. 2016. Mikä on syöpä? Viitattu 17.2.2016.

<https://www.kaikkisyovasta.fi/tietoa-syovasta/mika-on-syopa/>

Vainio, A. 2009 a. Syöpään liittyvän kivun hoito. Viitattu: 9.3.2015.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00064

Vainio, A. 2009 b. Voiko kipua mitata? Viitattu 2.3.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025&p_haku=kipumittari

Vuorinen, E. 2015. Syöpäpotilaan kivunhoito-opas potilaalle. Viitattu 17.2.2016.

http://syopapotilaat-fi-bin.directo.fi/@Bin/85c197df78612212f1deb13448f49788/1455707705/application/pdf/28850/Kipuopas2015_nettti.pdf

Liitteet

Liite 1 Nykytilan kartoitus.....	37
Liite 2 Esas-lomake	39
Liite 3 PAINAD	41
Liite 4 Chekkortti	42
Liite 5 Arviointikysely	43

Liite 1 Nykytilan kartoitus

Sairaanhoitaja ()

Lähi/perushoitaja ()

Mitä ovat opioidit? Millaiseen tarkoitukseen opioideja käytetään Karkkilan vuodeosastolla?

Mitä opioideja tunnet?

Millaisia kivun arviointi mittareita tunnet? Oletko käyttänyt kivun arvioinnissa jotakin kivun arviointi mittaria?

Miten arvioit potilaan kipua?

Mistä kivunhoitoon liittyvästä asiasta haluisit lisätietoa?

Liite 2 Esas-lomake

1 (2)

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI HYKS
HELSINGFORS OCH NYLANDS SJUKVÅRSDISTRIKT

Käsitellyt: _____

HYKS OIREKYSELYKAAVAKE
(ESAS mukautettu versio)

Päivämäärä _____ / _____ / 20____

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Ympyröikää kunkin oireen voimakkuutta kuvaava numero asteikolla 0-10. Nolla tarkoittaa, että teillä ei esiinny kyseistä oiretta lainkaan ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista haittaa.

KIPU LEVOSSA

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

KIPU LIIKKEESSÄ

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

VÄSYMYS/UUPUMUS

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

PAHOINVOINTI

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

MASENNUS

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

AHDISTUNEISUUS

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

UNETTOMUUS

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

RUOKAHALUTTOMUUS

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

HENGENAHDISTUS

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

UMMETUS

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

KÄÄNNÄ →

2 (2)

SUUN KUIVUMINEN

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

MUU OIRE, mikä? _____

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

Millaiseksi koette vointinne kokonaisuudessaan tänään ?

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

Tuntuvatko lyhyet kävelymatkat kotinne ulkopuolella työläitä?

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

Pitääkö teidän pysytellä maaten tai istumassa päivän mittaan?

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

Tarvitsetteko apua ruokaillessanne, pukeutuessanne, peseytyessänne tai WC:n käytössä?

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

Haluatteko tavata erityistyöntekijää?

- Palliatiivisen yksikön lääkäriä tai sairaanhoitajaa (oireita lievittävä hoito kuten kivun hoito)
- Psykososiaalisen tuen yksikön psykiatria tai terapeuttia
- Sosiaalityöntekijää
- Fysioterapeuttia
- Sairaalapastoria

Onko teillä muuta vointinne liittyvää kerrottavaa?

KIITOS !

Liite 3 PAINAD

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	tulos
HENGITYS	Normaali, ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes-hengitys	
ÄÄNTELY	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikeointia tai voihtetta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikeointia tai voihtetta. Itkua.	
ILMEET	Hymytön tai ilmeettön	Surullinen, pelokas, tuima	Irrvistää	
ELEKIELI	Levollinen	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Poisvetämistä tai työntämistä. Riuhtomista	
LOHDUTTAMINEN	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu	
			PISTEET YHTEENSÄ:	

<https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/pain/PAINAD.pdf>

Mittari sisältää viisi osiota:

1. Hengitys 0-2 pistettä
2. Ääntely 0-2 pistettä
3. Ilmeet 0-2 pistettä
4. Kehon kieli 0-2 pistettä
5. Lohduttaminen 0-2 pistettä

Kokonaispistemäärä 0-10 pistettä. 0=ei kipua, 10=sietämätön kipu.

Liite 4 Chekkortti

	0 pistettä	1 piste	2 piste
Hengitys	Normaali	Ajoittain vai- valloista	Äänekästä tai vaivalloista
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	satunnaista vaikerointia tai voihketta	Äänekäs vaike- rointi
Ilmeet	Hymytön, hy- myilevä, ilmee- tön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Elekieli	Levollinen	Levotonta liikehdintää	Jäykkä, riu- tomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai koske- tus tyynnyttää	Lohduttaminen ei tyynnytä

Warden V., Hurley, A.C. & Volicer, L. 2003. http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_d2.pdf

Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Hoitotyön toimin- not	Arviointi
Aisti- ja neuro- logiset toimin- not -> Krooni- nen kipu -> Syöpäkipu		Aisti- ja neurologi- set toiminnot -> Kivun seuranta -> Kivun voimakkuu- den mittaaminen	Ennallaan Parantunut Huonontunut
		Aisti- ja neurologi- set toiminnot -> Kivun seuranta -> Kivun hoito -> Lääkkeen antami- nen -> Lääke suun kautta/ Lääkelaas- tarin laittaminen/ Lääkeinjektio antaminen/ Lääki- tys lääkepumpun tai infuusioauto- maatin kautta	Arvioi

Liite 5 Arviointikysely

Sairaanhoitaja ()
Lähihoitaja/perushoitaja ()

Oletko käyttänyt kivun arviointimittareita?
Olen () En ole ()

Oletko käyttänyt seuraavia kivun arviointimittareita;
VAS ()
NRS ()
ESAS ()
PAINAD ()

Onko kivun arviointimittareista ollut mielestäsi hyötyä?

Missä tilanteessa olet käyttänyt kivun arviointimittaria?

Oletko arvioinut potilaan kipua kipulääkkeen oton jälkeen? Miten?

Oletko kirjannut kivun arviointia? Miten?

Aiotko jatkossa arvioida kipua? Millä menetelmillä?
