

---

# KIVUN ARVIOINTI SAATTOHOIDOSSA TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA

Kipumittarin käyttö kivun arvioinnissa



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, syksy 2016

*Terhi Palander*

*Miia Patala*

Terhi Palander

Miia Patala

---

FORSSA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja AMK

---

**Tekijä** Terhi Palander ja Miia Patala

**Vuosi** 2016

**Työn nimi** Kivun arviointi saattohoidossa terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla  
Kipumittarin käyttö kivun arvioinnissa

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus oli tuottaa tietoa saattohoitopotilaiden kivun arvioinnista vuodeosastolla tällä hetkellä, sekä tuottaa tietoa siitä, miten sitä toteutetaan ja miten sitä tulee kehittää. Tavoitteena olisi saada vuodeosastolle kipumittari aktiiviseen käyttöön, jotta kivun arviointi olisi yhtenäistä kaikilla hoitajilla. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa kivun arvioinnista saattohoidossa. Tietoa voidaan hyödyntää myöhemmin kehitettäessä kivun arviointia vuodeosastolla.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusmenetelmänä laadullista tutkimusta. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla ja saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Haastatteluihin osallistui kymmenen hoitajaa, jotka olivat vapaaehtoisesti ilmoittaneet halukkuutensa osallistua tähän tutkimukseen. Opinnäytetyöhön osallistuneet hoitajat haastateltiin yksilöhaastatteluina. Kaikki haastatteluun osallistuneet hoitajat toteuttavat saattohoitopotilaiden kivun arviointia ja kivun hoitoa vuodeosastolla. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli pirkanmaalaisen terveystieteiden keskuksen vuodeosasto, jossa hoidetaan säännöllisesti saattohoitopotilaita.

Tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan saattohoitopotilaiden kivun arviointi ja kivun kirjaaminen oli vajavaista. Kipumittaria ei käytetä kivun arvioinnissa, vaan hoitajat arvioivat kipua kyselemällä potilaalta kivusta. Kommunikoimattoman potilaan kohdalla kipua arvioidaan ilmeistä, eleistä, liikehdinnästä ja ääntelyistä. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö oli koettu hyväksi ja siitä oli hoitohenkilöstölle paljon apua saattohoitopotilaiden kivun arvioinnissa.

Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa kivun arvioinnin ja kivun hoidon kehittämistä vuodeosastolle. Hoitohenkilöstön kouluttaminen kivun arviointiin, kivun hoitoon ja kivun kirjaamiseen on edellytys yhtenäiselle ja laadukkaalle saattohoitopotilaan kivun hoidolle. Koulutuksia tulisi olla säännöllisesti, jotta hoitohenkilöstöllä olisi koko ajan käytössään ajantasainen tieto kivun arvioinnista ja kivun hoidosta saattohoitopotilailla.

**Avainsanat** Saattohoitopotiilas, saattohoitopotilaan kipu, kipumittari ja kivun arviointi  
**Sivut** 37 s. + liitteet 14 s.

FORSSA

Degree Programme in Nursing  
Registered Nurse

---

**Author** Terhi Palander and Miia Patala

**Year** 2016

**Subject of Bachelor's thesis**

Pain assessment with palliative care patients on the health center ward  
The use of the pain assessment tool in pain assessment

---

ABSTRACT

The purpose and objective of this Bachelor's thesis was to produce information of pain assessment with palliative care patients on the health center ward, also to produce information how the pain assessment is achieved and how it should be developed. The aim would be to have a pain assessment tool in active use, so pain assessment would be universal with all the nurses. Also the purpose was to produce information about pain assessment in palliative care that could be utilized later in developing the pain assessment in this unit.


The qualitative research was used in this thesis. Data was collected by theme interviews and was analyzed by inductive content analysis. Ten nurses who had volunteered for this research took part in the interviews. Every nurse was interviewed personally. All nurses who participated in the interview are working with palliative care patients' pain assessment and pain management in this unit. The thesis was commissioned by a healthcare center ward in pirkanmaa, where palliative care patients are treated regularly.

The results of this research suggest that pain assessment and recording of the pain was inadequate. The pain assessment tool was not used in assessing the pain. Nurses assessed pain by asking the patient about the pain. As for the patients that are unable to communicate, nurses assessed the pain from the patient's facial expressions, gesticulations, movement and vocalizations. Nurses have experienced that it is useful to work with the patient's relatives and it is very helpful to nursing staff when assessing the palliative care patient's pain.

The results of the thesis can be used in planning pain assessments and pain management development for the ward. The requirement for the united and high quality care of the palliative care patient is nursing staff training for pain assessment, pain management and recording of pain.

**Keywords** Palliative care patient, palliative care patient's pain, pain assessment tool and pain assessment

**Pages** 37 p. + appendices 14 p.



# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SAATTOHOITOPOTILAS .....	2
2.1	Saattohoitopotilaan kipu.....	3
2.2	Krooninen kipu.....	5
2.3	Akuutti kipu.....	5
2.4	Läpilyöntikipu .....	5
2.5	Idiopaattinen kipu.....	6
2.6	Viskeraalinen kipu.....	6
2.7	Neuropaattinen kipu .....	6
2.8	Nosiseptiivinen kipu.....	7
3	KIVUN ARVIOINTI.....	7
3.1	Kipumittari .....	9
3.2	VAS.....	9
3.3	NRS .....	10
3.4	VRS .....	10
3.5	FPS .....	10
3.6	PAINAD.....	10
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	11
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	11
5.1	Tiedon haku.....	11
5.2	Tutkimusmenetelmä.....	12
5.3	Aineiston keruu ja kohderyhmä .....	13
5.4	Aineiston analysointi.....	14
5.5	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	15
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	17
6.1	Vastaajien taustatiedot.....	17
6.2	Saattohoitopotilaan kipu.....	17
6.3	Saattohoitopotilaan kivunhoito .....	19
6.4	Saattohoitopotilaan kivun arviointi .....	22
6.5	Kivun arvioinnin kirjaaminen .....	24
6.6	Hoitajan vaikutusmahdollisuudet kivun hoidossa.....	26
6.7	Saattohoitopotilaan hoidon kehittäminen.....	27
7	POHDINTA.....	28
7.1	Tulosten tarkastelua.....	28
7.2	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet .....	33
	LÄHTEET .....	35

---

## LIITTEET

Liite 1	Kipumittarit
Liite 2	Haastattelurunko opinnäytetyötä varten
Liite 3	Suostumus haastatteluun opinnäytetyötä varten
Liite 4	Kategoriataulukko
Liite 5	Kipulääkesuositus

## 1 JOHDANTO

Palliativinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista tukemista ja oireiden hallintaa. Kipu ei ole vain syöpää sairastavien potilaiden ongelma. On todettu, että kipua kokee 70–90 % potilaista, joilla on pitkälle edennyt sairaus. (Bass 2011, 66.) Kivunhoidon tulee olla turvattua riippumatta vuorokaudenajasta tai hoitopaikasta. Se ei voi olla henkilösidonnaista tai hoitajakohtaista, vaan sen tulee olla osa koko henkilöstön toimintatapaa. (Lempinen, Hamunen, Palkama, Paakanen, Pöysti & Ravaska 2014.)

Tämän opinnäytetyön aiheena oli saattohoitopotilaan kivun arviointi. Opinnäytetyön aihe valittiin opinnäytetyöntekijöiden kiinnostuksen ja työelämän tarpeen mukaan. Aihe on aina ajankohtainen, sillä kivun arviointi ja kivun hoito kehittyvät koko ajan. Opinnäytetyön tavoitteena oli perehtyä siihen, miten kivun arviointi toteutuu tällä hetkellä vuodeosastolla. Opinnäytetyössä käytettiin teemahaastatteluita, joiden avulla selvitettiin hoitohenkilöstön näkemyksiä ja kokemuksia kivun arvioinnista ja kivun hoidosta käytännössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös, että kipumittari otettaisiin tulevaisuudessa aktiiviseen käyttöön saattohoitopotilaiden kivun arvioinnissa. Opinnäytetyön aihe rajattiin koskemaan saattohoitopotilasta, saattohoitopotilaan kipua ja kivun arviointia.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saatujen tutkimustulosten perusteella antaa kehittämisehdotuksia hoitohenkilöstölle saattohoitopotilaiden kivun arviointiin ja kivun hoitoon. Kivun arvioinnin ja kivun hoidon linja tulisi olla yhtenäistä, jotta saattohoitopotilaiden kivunhoito olisi tasavertaista, laadukasta ja jatkuvaa. Päähuomiona tutkimuksesta kävi ilmi, että kivun arvioinnissa hoitohenkilöstön tulisi käyttää yhtenäistä kivun arvioinnin tapaa. Tällöin myös saadut tulokset olisivat vertailukelpoisia keskenään.

Kipu on aina yksilöllistä ja sen arviointi perustuu mahdollisuuksien mukaan potilaan omaan kertomukseen. Kipua arvioitaessa on selvítettävä, onko kyseessä potilaan sairaudesta tai siihen liittyvästä hoidosta johtuva kipu vai muusta syystä johtuva kipu. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 52–53.) Kivun vaikutukset eivät näy pelkästään fyysisten toimintojen puutteena, vaan myös käyttäytymisessä, sekä ymmärtämisen ja kiinnostuksen puutteena. Levottomuuden taustalla on usein kiputila, jonka hoitaminen rauhoittaa myös levottomuuden. (Jänis 2013.)

Tehokas kivunhoito perustuu hyvin ja huolellisesti tehtyyn kivun mittaamiseen sekä saadun mittaustuloksen kirjaamiseen. Se tulee olla tehtynä luotettavalla ja helposti toistettavalla kivun mittaamenetelmällä. Kivun arviointi ja mittaaminen on tärkeä osa kivun hoidon laadullista seuranta (Pesonen 2011.)

## 2 SAATTOHOITOPOTILAS

Saattohoitotyössä käytetään kahta termiä; palliatiivinen hoito ja saattohoito. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun ollaan tilanteessa, jossa parantavaa hoitoa ei enää ole. Potilas on voinut myös itse kieltäytyä hoidosta. Palliatiivinen hoito on pitkäaikaista ja saattaa kestää vuosia. Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat niin kutsuttua oireita lievittävää hoitoa. Saattohoidolla tarkoitetaan taas ajankohtaa, joka ajoittuu lähemmäksi kuoleman todennäköistä ajankohtaa. Saattohoito saattaa kestää noin viikkoja tai enintään kuukausia. Palliatiivisella ja saattohoidolla tavoitellaan kuolevan potilaan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvää elämänlaatua mielessä pitäen ajatusta, että kuolema kuuluu elämään normaalina tapahtumana. Palliatiivisen- tai saattohoidon aloittamisen päätökset ovat tärkeä osa hoitoa. Hoitolinjauksista tulee sopia ajoissa ja hyvässä yhteisymmärryksessä potilaan ja läheisten kanssa. Potilaan tulee olla itse myös tietoinen hoitolinjauksen perusteista ja niiden seuraamuksista. Hoitolinjaukset ja päätökset tulee kirjata hyvin potilasasiakirjoihin. (Käypä hoito 2012.)

Saattohoitopotilaita pidetään eettisesti erityisen herkkänä potilasryhmänä. Saattohoidossa on keskeistä ihmisen oireiden ja kärsimyksen lievitys. Sen eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville. Kuolevaa ihmistä on hoidettava kokonaisvaltaisesti fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, hengellisestä ja henkisestä näkökulmasta. Saattohoitopotilaiden fyysisistä kärsimyksistä pahimpia ovat kipu, väsymys ja uupumus. (Pihlainen 2010, 11–17.)

Hakalan (2015) tutkimuksen mukaan saattohoitoon siirtyminen herättää potilaissa hyvin monenlaisia tuntemuksia siitä, mitä potilas nyt on ja millainen on hänen paikkansa tässä maailmassa. Saattohoitopotilaat ovat usein varsin vähään tyytyväisiä ja kunnioittavat hoitohenkilökuntaa sekä heidän ammattitaitoaan ja näkemystään saattohoidossa. Saattohoitoon vaikuttaa paljon se, miten ja millaiseksi potilas on oman tilanteensa ajatellut ja kuinka asiaa on itse käsitelty. Vaikka saattohoito ja kuoleminen ovat potilaalle tapahtuva ainutkertainen kokemus, tulee saattohoidossa ottaa huomioon myös potilaan läheisten tuntemukset ja näkemykset. Saattohoidon määränpää on kuoleminen ja saattohoidossa oleminen on odottamista. Siihen kuuluu luopumista ja luovuttamista, sekä lisäksi myös ahdistusta ja eheytymistä. Saattohoitoaika voi olla monelle potilaalle myös hyvää aikaa vailla huolia ja murheita. Potilaat eivät aina halua siirtyä saattohoitoon, vaikka heidän terveydentilansa puolesta se olisi mahdollista. Saattohoidossa keskitytään hyvään ja laadukkaaseen elämään. (Hakala 2015.)

Anttosen, Kvistin & Nikkosen (2009) tutkimuksessa Terhokodin saattohoidon laatua omaisten arvioimana tuli esille, että omaiset arvioivat saattohoidon siellä hyvälle tasolle. Omaiset kokivat, että heidän omaisistaan oli huolehditu hyvin ja saattohoito oli ollut ihmisläheistä sekä oireita lievittävää. Saattohoidon laatua

nostivat muun muassa ajantasaisen tiedon saanti potilaan tilanteesta, hyvä huolenpito potilaasta ja omaisten osallistumismahdollisuudet hoitoon. Erityisen tyytyväisiä omaiset olivat muun muassa potilaiden fyysisistä tarpeista huolehtimisesta ja fyysisten tarpeiden hoitaminen koettiin onnistuneeksi ja tärkeäksi. Saattohoidon laatua heikensivät muun muassa kahden hengen potilashuoneissa toisen potilaan saattohoidosta johtuvat tekijät, tiedolliset puutteet saattohoidosta ja henkilökunnan riittämättömyys. (Anttonen, Kvist & Nikkonen 2009, 45, 49–51.)

Keskeisiä saattohoidon onnistumisen edellytyksiä ovat hoitohenkilöstön organisointi- ja hoitotaidot, kirjoittavat Lipponen ja Karvinen (2015) tutkimuksessaan. Palliatiivisessa hoidossa korostetaan kivun ja kärsimyksen kokonaisvaltaista lievitystä. Tutkimuksen mukaan palliatiivisessa hoitotyössä työskentelevät sairaanhoitajat tarvitsevat työssään muun muassa valmiuksia kivun lievittämiseen, pahoinvoinnin hoitamiseen ja suun hoitoon sekä kykyä lievittää ahdistusta ja kroonista väsymysoireyhtymää. (Lipponen & Karvinen 2015, 152–156.)

Saattohoitopotilaalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla useimmiten syöpäsairaita, ikääntyneitä potilaita tai monisairaita potilaita joille ei ole parantavaa hoitoa.

### 2.1 Saattohoitopotilaan kipu

Saattohoitopotilailla on hyvin moninaisia kipuja, eivätkä ne ole aina hoidettavissa ainoastaan lääkehoidolla. Fyysisiä oireita ovat kipu, hengenahdistus ja puutteellinen hoidonturva. (Tasmuth 2014.) Lääkehoidon rinnalla voidaan käyttää myös muita kivunhoidon menetelmiä. Tällaisia ovat esimerkiksi fysikaaliset hoitomenetelmät kuten hieronta, kylmä- ja lämpöhoidot sekä asento- ja liikehoidot. Kivunhallintamenetelminä voidaan käyttää myös musiikkia ja rentoutusmenetelmiä. (Salanterä, Heikkinen, Kauppila, Murtola & Siltanen 2013, 17.)

Kuolevan potilaan elimistö ei pysty käyttämään täysin hyväkseen hyviäkään hoitoja farmakokineettisistä syistä johtuen, esimerkiksi suoliresektio voi vaikuttaa lääkkeiden imeytymiseen. Kiihtuminen ja anoreksia vaikuttavat myös lääkeaineiden sitoutumiseen. Samoin munuaisten ja maksan toiminnan vajaavuudella on osuutta lääkeaineiden aineenvaihduntaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 114–115.)

Kipukokemus on kokonaisvaltainen ja siihen vaikuttaa myös tunneperäiset eli emotionaaliset tekijät. Emotionaalisia tekijöitä ovat muun muassa potilaan mahdollinen masennus, ahdistus ja pelko. (Salanterä ym. 2013.) Kipu ja ahdistus kulkevat aina käsi kädessä. Ahdistus voimistaa kipua ja vähentää samalla opioidien vaikutusta. Tämä on osoitettu useilla eri tutkimuksilla muun muassa ihmisen toiminnallisella aivokuvantamisella ja koe-eläintutkimuksilla. Yhtenä konkreettisenä esimerkkinä on ahdistuksen välittäjäaineena keskeinen kolekystokiniini (CCK). Sen on osoitettu vähentävän merkittävästi morfiinin kipua

lievittävä tehoa sekä selittävän ainakin merkittävän osan nocebo-ilmioista. Nocebo on placebon eli lumevaikutuksen kääntöpuoli – kielteisen ennakkoodotuksen välittämä hoidon tehon heikkeneminen. (Hänninen & Luomala 2013, 100–101.)

Kipu ja tulevan kivun pelko aiheuttavat kuolevalle potilaalle stressiä, joka taas puolestaan lisää kärsimystä ja toivottomuutta. Potilasta rauhoittaa tieto siitä, että hänen kipujaan voidaan lievittää. Pirkanmaan Hoitokodin ylilääkäri Timo Leinon (2008) mukaan saattohoidon tavoitteena on saada potilaalle kivuton yöuni oikeanlaisella lääkityksellä, kivuttomuus päivällä levossa ja kivuttomuus liikkuesssa. Yksilöllisiä keinoja ja toisinaan myös kompromissejä kivun ja lääkkeiden sivuvaikutusten välillä tarvitaan. (Grönlund ym. 2011, 57–58.)

Koska kipu on oire, on sen lievitys lähes aina palliatiivista hoitoa. Kipu on usein merkittävin elämänlaatuun ja toimintakykyyn vaikuttava tekijä. Kipu on aina yksilöllinen kokemus potilaalle ja sitä muokkaa hänen oman elämänsä tapahtumat. Siihen vaikuttaa myös perimä. Kivunhoito koostuu perustaudin hyvästä hoidosta, kipulääkityksestä ja muiden kivunhoidon menetelmien lisäksi potilaan mielen ymmärtämisestä ja tukemisesta sekä stressiä aiheuttavien tekijöiden vähentämisestä ja karsimisesta. (Hänninen ym. 2013, 97–98.)

Potilas ilmaisee lähes aina kärsimyksen kivun muodossa. Se voi kertoa potilaan vähenevistä voimista, avuttomuudesta ja toivottomuudesta. Potilas voi olettaa kivun merkitsevän sairauden etenemistä, vaikka se ei sitä olisikaan. Hoitamaton kipu voimistaa potilaan muita fyysisiä oireita. Kivut voivat viedä paljon psyykkisiä voimavaroja, jolloin potilas ei pysty elämään normaalia omaa elämäänsä. Toisinaan kivuista ja toimintakyvyn heikkenemisestä kärsivä potilas voi muuttua aggressiiviseksi ja kiukkuseksi. Potilas kaipaa ympärilleen rauhaa ja hiljaisuutta sekä ymmärtyviä läheisiä ja ammattitaitoista kuuntelijaa sekä keskustelijaa. (Grönlund ym. 2011, 58–59.)

Kipua tulee mitata säännöllisesti ja se tulee kirjata potilasasiakirjoihin ylös. Kipulääkitys valitaan kivun voimakkuuden ja kivun mekanismin mukaan. Lääkkeen annos määritetään yksilöllisesti lääkkeen vaikutuksen mukaan. Pitkäaikaisen kivun hoidossa kipulääkitystä annetaan säännöllisesti. Saattohoidossa opioideja eli morfiinin kaltaisesti vaikuttavia lääkkeitä tulisi käyttää vaikean ja keskivaikean kivun hoidossa. Opioideja on monessa eri muodossa ja lääkkeen muodon valinnan tulisi perustua yksilölliseen kivun arviointiin. Parasetamolien tai tulehduskipulääkkeiden yhdistäminen opioidilääkitykseen saattaa lievittää kipua tehokkaammin kuin opioidi yksin. Käypä hoito -suositusten mukaan potilaiden oireet saattavat muuttua ajan mittaan. Samat oireet, jotka saattoivat vaivata diagnoosin aikaan, eivät välttämättä häiritse potilasta kuoleman lähestyessä. Kipulääkkeen lisääminen ja opioidien käyttö lisäävät yleisesti ummetusta. Ummetusta tuleekin aktiivisesti ehkäistä ja hoitaa. Suositeltavinta on käyttää pehmittävää laksatiivin ja suolta stimuloivan laksatiivin yhdistelmää. Ummetukseen liittyy paitsi epämukavuuden tunne, kuten myös pahoinvointia, närästystä, kipua, ruokahaluttomuutta ja jopa sekavuutta. (Käypä hoito 2012.)

## 2.2 Krooninen kipu

Kipu on krooninen, jos sen kesto on enemmän kuin kudonvaurion paranemiseen tarvittava aika. Yleensä paranemiseen kuluu aikaa muutamia kuukausia. Kipu voi jatkua kudonvaurion parannuttua, jos kipujärjestelmä on herkistynyt kivun akuuttivaiheessa. Mikäli kipurata on vaurioitunut, kiputila saattaa kehittyä neuropaattiseksi. Suomessa tehdyn väestötutkimuksen mukaan terveys koetaan huonoksi, mikäli ihmiset joutuvat kärsimään kroonisesta kivusta. (Pakkala 2008, 1.) Kivun kroonistuminen voidaan estää hoitamalla akuutti kipu mahdollisimman hyvin ja viivytyksettä. Kroonisen kivun hoito on oireenmukaista hoitoa, sillä kivun fysiologista syytä on jo aiemmin yritetty poistaa siinä onnistumatta. Hoito räätälöidään kaikille potilaille yksilöllisesti yhdistelemällä kivunhoidon erilaisia menetelmiä. (Iivanainen & Syväoja 2013, 78–83.)

## 2.3 Akuutti kipu

Akuutilla kivulla tarkoitetaan ohimenevää äkillistä kipua. Akuutti kipu on vaurioitus kudonvauriosta ja se antaa tietoa sairauden määritystä ja hoitoa varten. Akuutti kipu voidaan yleensä hoitaa, koska kipu loppuu, kun sen aiheuttaja on saatu poistettua tai kivut saadaan hallintaan. (Iivanainen ym. 2013, 78.) Akuutti kipu voidaan hoitaa tehokkaasti nykypäivän menetelmillä. Akuutin kivun vaiheen tutkimista ja kivun alkuperän selvittämistä ei pidä pilata huonolla tai riittämättömällä hoidolla. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 105–106.)

## 2.4 Läpilyöntikipu

Tutkimuksissa on havaittu olevan kahden tyyppistä kipumuotoa. Taustakipu, joka on olemassa suurimman osan päivästä sekä läpilyöntikipu, joka tulee esiin yllättäen tai jonkun asian laukaisemana. Läpilyöntikipua saattaa tulla siitä huolimatta, että hallinnassa oleva taustakipu olisi hyvin hoidettu. Tutkimukset ovat osoittaneet, että läpilyöntikipu on monimuotoinen ja yleinen sairauden eri vaiheissa, mutta yleisin potilailla, joilla on pitkälle edennyt sairaus tai huono toimintakyky. (Burton & Giovambattista 2011, 14.)

Saattohoitopotilailla saattaa esiintyä niin kutsuttua läpilyöntikipua, joka tarkoittaa tilannetta, jossa kipu ylittää hetkellisesti hoidolla lievitetyn kivun voimakkuuden. Läpilyöntikipuja hoidetaan antamalla lisäannos nopeavaikutteista opioideja. (Käypä hoito, 2012.) Läpilyöntikivun tunnistaminen on haastavaa, sillä Burton & Giovambattista (2011) tuo esiin, että kansainvälisten tutkimusten mukaan, läpilyöntikivusta on usein erilaisia määritelmiä. Eräiden määritelmien mukaan läpilyöntikipu esiintyy vain silloin, kun taustakipu on kontrolloitua. Toisten määritelmien mukaan läpilyöntikipua tulee lääkehoidosta riippumatta. Eräs määritelmä sanoo, että läpilyöntikipua on potilailla, joilla on kontrolloimaton taustakipu ja he kokevat kivun pahenemista. Tämä yhteisymmärryksen puute läpilyöntikivun määritelmästä osaltaan selittää läpilyöntikivun raportoidun yleisyyden vaihtelevan laajasti jopa 24–94 %:iin. Tämä on aiheutta-

nut vaikeutta tutkimuksien vertailussa sekä kivunhallintamenetelmien suosituksien laatimisessa. Tällä hetkellä ei ole käytössä työkalua läpilyöntikivun arviointiin ja sitä kuvaillaan usein kipukohdan, kivun voimakkuuden, aikaominaisuuksien, kivun suhteesta säännölliseen lääkitykseen, yllättävyyden, ennalta-arvattavuuden, patofysiologian, etiologian sekä lievittyvyyden mukaan. (Burton & Giovambattista 2011, 14.)

### 2.5 Idiopaattinen kipu

Idiopaattinen kipu tarkoittaa sitä, että potilaalla ei pystytä toteamaan kipua selittävää kudos- tai hermovauriota. Idiopaattinen kipu luokitellaan usein krooniseen kipuun ja sillä on todettu olevan yhteyksiä mielenterveysongelmiin. (Kalso ym. 2009, 157.) Mikäli potilailla todetaan idiopaattinen kiputila, niin kipu on silloin kestänyt vähintään kuusi kuukautta. Idiopaattisen kivun hoidossa ei tule käyttää opioideja. Parasetamolista ja erilaisista tulehduskipulääkkeistä ei ole yleensä hyötyä idiopaattisen kivun hoidossa. Mikäli potilailla on omia kivunhallintakeinoja, niin näitä tulisi pyrkiä käyttämään. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 81, 96.)

### 2.6 Viskeraalinen kipu

Puhuttaessa viskeraalisesta eli sisäelinkivusta tarkoitetaan yleensä nosiseptiivistä kipua, joka syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Viskeraalinen kipu voi olla joko akuuttia tai kroonista kipua, mutta silti se eroaa luonteeltaan somaattisesta kivusta monella eri tavalla. Viskeraalista kipua on vaikea paikantaa. Kipu tuntuu paljon laajemmalla alueella, kuin missä se elin on, josta kipu on lähtenyt. Kipuun kuuluu hyvin moninaisia oireita esimerkiksi kalpeutta, hikoilua, sydämentykytystä ja pahoinvointia. Kaikkien viskeraalisten elimien ärsytys (esimerkiksi maksan, munuaisten ja keuhkon parenkyyymi) ei aiheuta kipua. (Kalso ym. 2009, 93, 155–156.)

Syynmukainen hoito on keskeistä viskeraalisen kivun hoidossa. Sydänperäisten kipujen hoidossa käytetään opioideja. Virtsa- ja sappiteistä peräisin olevan kivun hoitoon käytetään tulehduskipulääkkeitä tai metamitsolia. Kovaa akuuttia vatskipua voidaan lievittää lyhytvaikutteisilla opioideilla ja samalla selvitetään kivun syyn alkuperää. Kivun kesto vaikuttaa myös siihen millainen lääkehoito potilaalle valitaan. (Salanterä ym. 2006, 96–97.)

### 2.7 Neuropaattinen kipu

Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu tarkoittaa kiputilaa, jonka syynä on jokin vaurio tai jokin sairaus tuntoaisteja välittävässä hermojärjestelmässä. Vaurio voi sijaita ääreishermostossa tai keskushermostossa. Neuropaattisen ki-

vun diagnosointi perustuu potilaan huolelliseen tutkimiseen. Potilaan oman kertomuksen kivun laadusta esimerkiksi polte tai kiputuikkaukset saattavat viitata neuroopaattiseen kipuun. Neuroopaattinen kipu ei välttämättä eroa laadullisesti kudosvauriokivusta. (Kalso ym. 2009, 310–311.)

Neuroopaattinen kipu on usein voimakasta ja laadultaan epämiellyttävää. Neuroopaattiseen kipuun liittyy tuntomuutoksia tai tuntuu puuttavia, jotka ovat joko selkäydinhermojen tai ääreishermojen hermotusalueilla. Potilaat usein kuvaavat neuroopaattista kipua sähköttävänä, kihelmöivänä, pisteleivänä ja polttavana. Neuroopaattisen kivun lääkehoidon pohjan muodostavat neuroopaattisen kivun lääkkeet kuten tramadoli, masennuskipulääkkeet, epilepsiakipulääkkeet sekä eräät ulkoisesti käytettävät lääkevalmisteet. Mikäli yhdellä lääkkeellä ei saada aikaan hyvää hoitotulosta, niin eri lääkeryhmien lääkkeitä voidaan yhdistellä neuroopaattisen kivun hoidossa. Kroonisten neuroopaattisten kipujen hoitoon puudutuksesta ei ole osoitettu olevan pitkäkestoista hyötyä. (Salanterä ym. 2006, 79–80, 96.)

## 2.8 Nosiseptiivinen kipu

Nosiseptiivinen kipu syntyy, kun kudosvaurio välittömästi aiheuttaa kipureseptoreiden aktivoitumisen. Tällöin itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä on terve. Tyypillisiä tilanteita, joissa kudoksessa oleva tapahtuma aiheuttaa nosiseptiivistä kipua ovat esimerkiksi tulehdukset, iskeemiset oireet ja tuumorit. Kivun syy on melko selkeästi todettavissa ja kipu häviää, kun vauriot paranevat. Syöpäkasvain voi aiheuttaa kipua painamalla mekaanisesti ympäristön kipuherkkiä rakenteita. (Kalso ym. 2009, 155.) Nosiseptiivistä kipua hoidetaan parasetamolilla, tulehduskipulääkkeillä ja opioideilla. (Hänninen ym. 2013, 105.)

## 3 KIVUN ARVIOINTI

Kipu on aina yksilöllinen ja ainutkertainen kokemus ja sen arviointi perustuu mahdollisuuksien mukaan potilaan omaan kertomukseen. Potilaan kliinisen tutkimuksen yhteydessä on jo selvitetty kivun perustiedot ja niitä käydään aina läpi kipua arvioitaessa. Kipua arvioitaessa on selvitettävä, onko kyseessä potilaan sairaudesta tai siihen liittyvästä hoidosta johtuva kipu vai muusta syystä johtuva kipu esimerkiksi krooninen kipu. Kivun voimistuessa, muuttuessa tai uuden kivun ilmaantuessa pitää selvittää, onko kyseessä sairauden paheneminen tai onko kyseessä perussairaudesta esimerkiksi syövästä johtuva kipu. Kivun arvioinnin kirjaamiseen tulee liittää arvio hoidon tehokkuudesta ja tuloksista. On myös hyvä muistaa, että arvioinnin tuloksia tulee verrata vain potilaan omaan aiempiin arvioihin. Näin saadaan luotettavaa tietoa hoidon tuloksista. (Saarto ym. 2015, 52–53.)

Kivusta tulee arvioida kivun haittaavuutta (toimintakykyyn, liikkumiseen, nukkumiseen ja mielialaan), määrää, laatua, sijaintia, esiintymisaikaa ja kokeiltuja lääkkeitä. Käypä hoito -suosituksessa nousee esille, että peruskipulääkkeen

riittävyden arviointiin hyvä tapa on seurata potilaan kivun voimakkuutta sekä läpilyöntikipuun käytettyjen lääkkeiden määrää päivittäin. (Käypä hoito 2012.)

Kipua tulee seurata yhtä säännöllisesti niin kuin seurataan muitakin vitaalielin-toimintoja kuten verenpainetta, pulssia, hengitystä tai lämpöä. Potilaalta tulisi kysyä hänen oma arvio kivun voimakkuudesta. Potilaan kivun voimakkuus tulisi arvioida kipumittarilla käyttämällä ensisijaisesti potilaan itse valitsemaa kipumittaria (Liite 1). Aihetta käsitellään myöhemmin tarkemmin. Kipua arvioidaan säännöllisesti sekä tarvittaessa erilaisissa tilanteissa. Arviointia tehdessä, potilaalta kysytään kivun laatua ja sijaintia sekä havainnoidaan potilaan kipukäyttäytymistä. (Salanterä ym. 2013.)

Kivun vaikutukset eivät näy pelkästään fyysisten toimintojen puutteena, vaan myös käyttäytymisessä, sekä ymmärtämisen ja kiinnostuksen puutteena. Levottomuuden taustalla on usein kiputila, jonka poistaminen rauhoittaa myös levottomuuden. Fysiologisten muutosten perusteella kipua voidaan arvioida tarkkaillemalla hengitystä, ihon väriä, kalpeutta, hikoilua, virtsaneritystä, vatsantoimintaa, sokeritasapainoa, mittaamalla verenpainetta ja sydämen sykettä sekä seuraamalla toipumista. (Jänis 2009.)

Aikuisten kohdalla kasvojen ilmeitä pidetään kipuun viittaavana, jos kulmakarvojen välissä on pystyjä juonteita, kasvoilla on tuima ilme tai irvistys. Kasvojen ilmeet ja aggressiivinen käytös ovat vahva merkki kivun ilmaisulle. Jännittynyt vartalo, liikkumattomuus, hitaat- ja jäykät liikkeet sekä levoton liikehdintä voivat viestittää kivusta. Sellaisissa tapauksissa, joissa potilas ei pysty puhumaan, lisääntyvät sanattomat äänet esimerkiksi huutaminen ja yksinkertaiset sanalliset merkit osoittamaan mahdollisen kivun tunteen. Aggressiivinen käyttäytyminen itseään tai muita kohtaan voi ilmetä puremisena, potkimisena tai raapimisena. Halu vahingoittaa itseään voi olla merkki siitä, että potilaalla on kipua. (Jänis 2009.)

Burns & Mcilpatrick (2015) toteavat, että sairaanhoitajilla on keskeinen rooli kivun tunnistamisessa ja kivun arvioinnissa. Näillä toiminnoilla saadaan aikaan tehokasta hoitoa potilaan kipuun. Tämä edellyttää, että hoitajilla on tarvittava tietotaito näihin toimintoihin. Tutkimusten perusteella näissä taidoissa on puutteita. Hoitajien vastuulla on taata, että jokaisen yksilön kipu tulee asianmukaisesti arvioitua sekä tehokkaasti hoidettua. Tähän päästään vain sillä, että hoitajilla on tarpeeksi tietoa kivun arvioinnista ja positiivinen asenne kivun arviointia kohtaan. Kivun arvioinnin työkaluja ei käytetä säännöllisesti hoitotyössä. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat kuitenkin kokivat tärkeäksi asiaksi oikean lääkkeen valinnan potilaan kipuun kivun arvioinnin perusteella. (Burns & Mcilpatrick 2015, 400–406.)

Bass (2011) tuo esiin näkökulman, että kaikkien kipujen hallinta ei aina ole mahdollista. Joissain tapauksissa riittämätön kivunlievitys saa aikaan riittämättömän kivun hallinnan. Tähän on saattanut johtaa epätarkka kivunarviointi tai kipua ei yksinkertaisesti ole tunnistettu. Bass (2011) tuo esille myös, että on tärkeää erottaa, mistä kivusta on kyse, onko kyseessä läpilyöntikipu, taustakipu

vai jostakin tapahtumasta johtuva kipu kuten joku liike, yskäisy tai muu sellainen. Kivunarvioinnissa on useita tekijöitä, jotka vaikuttavat arvioinnin lopputulokseen. Tällaisia ovat esimerkiksi se, että on olemassa useita erilaisia kipumittareita ja potilaat eivät ole halukkaita itse kertomaan kivustaan tai noudattamaan annettuja lääkeohjeita. Optimaalinen kivunlievitys vaatii, että jokaiselle potilaalle annetaan oikeaa lääkettä, oikea annos, oikeaa reittiä käyttäen ja lääke annetaan oikeilla aikaväleillä kellon ympäri, jotta pystytään kontrolloimaan jatkuvaa kipua. (Bass 2011, 66–69.)

### 3.1 Kipumittari

Kivun voimakkuutta on mahdollista arvioida monenlaisilla kipumittareilla. Ne perustuvat siihen, että potilas itse ilmoittaa tuntemansa ja kokemansa kivun numeraalisesti tai sanallisesti. Hoitotyössä käytettävissä kipumittareissa tulisi olla monenlaisia ominaisuuksia, kuten objektiivisuus, luotettavuus, toistettavuus ja ymmärrettävyys. Kipumittarin tulisi olla kannettava, kevyt, lineaarinen ja helpokäyttöinen henkilökunnalle. Luotettavalla kivunmittauksella pyritään tasaiseen kivunhoitoon. (Vanhusten kivunhoito 2016.) Kipumittaria, jonka potilas on valinnut, käytetään koko hänen hoitojakson ajan ja valittu mittari kirjataan potilaan potilasasiakirjoihin hoidon jatkuvuuden ja tasaisuuden turvaamiseksi. Potilaan itse pitää myös ymmärtää kipumittarin käytön syy ja hyödyllisyys. (Saarto ym. 2015, 52–53.)

Pesonen (2011) toteaa samankaltaisesti, että tehokas kivunhoito perustuu hyvin ja huolellisesti tehtyyn kivun mittaamiseen sekä saadun mittaustuloksen kirjaimiseen. Se tulee olla tehtynä luotettavalla ja helposti toistettavalla kivun mittaamenetelmällä. Kivun arviointi ja mittaaminen on tärkeä osa kivun hoidon laadullista seurantaa. Pesosen mukaan kivun mittaamista on tutkittu paljon ja useita erilaisia kivunmittausmenetelmiä on kehitetty tutkimuksen pohjalta. (Pesonen 2011.)

### 3.2 VAS

Yleisemmin käytetty kipumittari on Visual analogue scale (VAS). Se on 10cm pitkä vaakasuora jana, jonka toisessa päässä on 0, ei kipua ja oikeassa 10, pahin mahdollinen kipu. Potilas merkitsee itse janalle kohdan, joka vastaa hänen sen hetkistä kipunsa voimakkuutta näiden kahden ääripään välillä. Jana on helpokäyttöinen, yksinkertainen ja luotettava. (Vainio 2009.)

VAS-kipujanaa pidetään kivun mittaamenetelmien kultaisena keskipisteenä. Kipujanaa pidetään kansainvälisestikin eniten käytettynä kivun mittaamenetelmänä kliinisessä tutkimustyössä. VAS-kipujana on osoitettu monissa tutkimuksissa hyvin toimivaksi ja luotettavaksi menetelmäksi. Pesonen toteaa väitöskirjassaan, että ikääntyneiden kohdalla VAS-kipujanana käyttöä hankaloittaa sen pieni koko, koska mittaustulokset voivat olla virheellisiä ikääntyneillä, joilla on huono näkö. (Pesonen 2011.)

### 3.3 NRS

Numeral rating scale (NRS) on numeraalinen asteikko, jossa kipua arvioidaan numeraalisesti. Se on yksitoistaportainen asteikko, jossa potilas arvioi kipuaan numeroista nollasta kymmeneen. Nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja kymmenen tarkoittaa sietämätöntä kipua. Tämä mittari on yksinkertainen ja helppo käyttää. Kuitenkin ennen mittarin käyttöä pitää varmistaa, että potilas ymmärtää, miten mittaria käytetään. (Salanterä ym. 2013, 12.)

### 3.4 VRS

Verbal rating scale (VRS) on sanallinen kipuaasteikko. Tässä mittarissa potilas valitsee viidestä kipuaasteesta: ei kipua, lievä kipu, kohtalainen kipu, voimakas kipu ja sietämätön kipu. (Vainio 2009.) VRS:n etu on kipusanaston yksinkertaisuus ja helppokäyttöisyys. Aiemmissä tutkimuksissa sen on todettu olevan hyvä menetelmä iäkkäiden kivunarvioinnissa sillä kipusanasto on helppo ymmärtää. Sitä voidaan käyttää myös heikkonäköisillä potilailla. (Pesonen 2011.)

### 3.5 FPS

Face pain scale (FPS) on kipukasvomittari, jossa erilaisilla ilmeillä olevat kasvat kuvaavat kivun astetta. Kipumittari on seitsemänportainen asteikko. Kivun astetta kuvataan asteesta, ei lainkaan kipua sietämättömään kipuun. Kipukasvomittari soveltuu lasten kivun mittaamiseen, ja sen on todettu olevan soveltuva myös iäkkäiden potilaiden kivun voimakkuuden arvioinnissa. (Salanterä ym. 2013, 12.) Pesonen (2011) toteaa kuitenkin tutkimuksessaan, että kasvoasteikon ilmeet ovat samankaltaiset kolmesta viidenteen kuvaan ja näin iäkkäillä potilailla voi olla hankalaa hahmottaa eroja kipuastetta kuvaavien kasvojen välillä. (Pesonen 2011.)

### 3.6 PAINAD

Hoitotyössä on tarve löytää kivun määrää mittaava asteikko. Sen löytäminen muistisairaana potilaan kohdalla on vaikeaa. Muistisairaiden potilaiden kipumittarit on kehitetty juuri siitä syystä, etteivät muistisaira potilaat ole kykeneviä ilmaisemaan tai arvioimaan omaa kipuaan. Pain assessment in Advanced Dementia (PAINAD) on kipumittari, joka perustuu kivuntuottaman käyttäytymisen muutosten strukturoituun havainnointiin. Mittari sisältää viisi havainnoinnin osa-alueita: hengitys, kasvojen ilmeet, negatiivinen ääntely, kehonkieli ja lohduttaminen. Kustakin osa-alueesta voi saada pisteitä nollasta kahteen ja koko mittarin tuottama kipupistemäärä voi olla nollasta kymmeneen. PAINAD-pisteet alenevat kipulääkityksen seurauksena. (Määttä & Kankkunen 2009, 282–293.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa vuodeosaston saattohoitopotilaiden kivun arvioinnista tällä hetkellä, sen käytännön toteuttamisesta ja kehitystarpeista. Teemahaastattelulla kartoitettiin hoitohenkilökunnan käsityksiä vuodeosaston kivunarvioinnin laadusta ja kivun arvioinnin menetelmistä. Tavoitteena oli perehtyä siihen, miten kivun arviointi toteutuu saattohoitopotilailla tällä hetkellä. Tavoitteena oli myös tuottaa tutkimustietoa, jota voidaan myöhemmin hyödyntää kehitettäessä kivun arviointia saattohoidossa. Opinnäytetyön yksi tärkeä tavoite oli saada kipumittari säännölliseen käyttöön vuodeosastolla, jotta kaikilla hoitajilla olisi yhtenäinen hoitolinja kivun arvioinnissa. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli erään pirkanmaalaisen terveyskeskuksen vuodeosasto, jossa hoidetaan aktiivisesti saattohoitopotilaita. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Millaista kipua saattohoitopotilailla on? Miten saattohoitopotilaan kipua arvioidaan? Miten voidaan kehittää kivun arviointia saattohoidossa?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön aihe valittiin opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksen ja opinnäytetyön toimeksiantajan tarpeen mukaisesti. Opinnäytetyön aihe rajattiin saattohoitopotilaiden kipuun, saattohoitopotilaiden kivun arviointiin ja siihen, miten kivun arviointia voitaisiin kehittää.

Haastattelut toteutti toinen opinnäytetyön tekijä. Molemmat opinnäytetyöntekijät osallistuivat haastatteluiden purkamiseen ja kuuntelivat haastatteluja useaan kertaan ja osallistuivat haastatteluiden auki kirjoittamiseen. Haastattelut aukikirjoitettiin kuuntelemalla haastatteluja ja kirjoittamalla sana sanalta haastattelut paperille. Aukikirjoittamisen jälkeen saatu materiaali tulostettiin kirjalliseksi aineistoksi, jota luettiin useaan kertaan.

### 5.1 Tiedon haku

Opinnäytetyön teoreettinen tausta perustuu kirjallisuuteen ja aiemmin tutkittuun tietoon kipumittareista, kivun arvioinnista, saattohoitopotilaista ja saattohoitopotilaan kivusta. Suomenkielistä aineistoa kerättiin käyttämällä viitetietokantoja Medic, Arto ja Melinda. Teoksia haettiin yksittäisillä hakusanoilla Saattohoi\*, Kivunhoi\*, Kivunarviointi ja Kipumit\*. Haku rajattiin ensin vuosille 2006–2016. Aineistoa löytyi niin runsaasti, että tämän jälkeen hakua rajattiin vuosiin 2010–2016. Rajauksesta huolimatta hakutuloksia tuli vieläkin runsaasti, lähes 1 200 kappaletta. Hakua rajattiin vielä väitöskirjoihin, joita löytyi 24 kappaletta. Näistä opinnäytetyöhön valittiin seitsemän teosta ja näistä opinnäytetyössä käytettiin kolmea. Teokset, joita opinnäytetyössä käytettiin olivat internetissä julkaistuja kokonaistekstejä.

Englanninkielistä aineistoa haettiin Cinahl-viitetietokannasta. Teoksia haettiin hakusanoilla Palliative care AND Pain measurement AND Scales. Haku rajattiin koskemaan vain kokonaistekstejä ja akateemisia julkaisuja. Hakua rajattiin vuosiin 2010–2016. Englanninkielisiä teoksia löytyi yhteensä 221, joista opinnäytetyöhön valittiin viisi teosta ja näistä opinnäytetyössä käytettiin kolmea.

Tutkimuksia haettiin myös käsihaulla lehdistä Tutkiva hoitotyö, Sairaanhoitaja, Kipuviesti, Gerontologia ja Hoitotiede. Teoreettista tietoa haettiin kirjallisuudesta, terveyskirjastosta, käypä hoito -suosituksista, hoitotyön suosituksista, Suomen anestesiologiyhdistyksen suosituksista ja STM:n erilaisista julkaisuista.

## 5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusta. Laadullinen tutkimus on yksi tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntauksista. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan tapahtumaa tai ilmiötä, ymmärtämään jotakin tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettinen tulkinta jollekin ilmiölle. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. Laadullisen tutkimuksen viitekehys muodostuu teoriatiedosta, jossa kuvataan tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ja aikaisemmista tutkimuksista, eli siitä mitä tutkittavasta aiheesta jo tiedetään. On tärkeää, että henkilöiltä, joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on vankkaa kokemusta tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85–86.)

Tutkimukseen osallistuvien perusjoukko voi olla suuri tai pieni, se ei ole niin olennaista vaan se, että tiedonantajiksi valitaan vain henkilöitä, joilta oletetaan saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tiedonantajien valinta tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Yksi tapa ratkaista tutkittavan aineiston riittävyys on saturaatio eli kylläntyminen. Sillä tarkoitetaan tilannetta, jossa tutkimusaineisto toistaa itseään eli haastateltavilta ei saada enää uutta tietoa. Tutkimustulosten yleistettävyyteen voidaan liittää käsite saturaatio. Kun tutkimusaineisto alkaa toistamaan itseään, pienestäkin aineistosta voidaan tehdä yleistyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 87–88.)

Tässä työssä tiedonkeruu toteutettiin teemahaastatteluilla. Teemahaastattelulla voidaan tutkia erilaisia ilmiöitä ja etsiä vastauksia erilaisiin ongelmiin. Teemahaastattelu ei edellytä mitään tiettyä yhteistä kokeellisesti aikaansaatuja kokemuksia. Lähtökohdista ovat juuri yksilön kokemukset, ajatukset, uskomukset ja tunteet, joita voidaan tutkia juuri tällä menetelmällä. Teemahaastattelussa huomioon nousee ihmisten tulkinnat asioista ja heidän antamat merkitykset asioille ovat keskeisiä. Teemahaastattelu on niin kutsuttu puolistrukturoitu menetelmä, jossa yksi aspekti, haastattelun aihepiirit eli teemat ovat kaikille samat. Teema-

haastattelu eroaa strukturoidusta haastattelusta siinä, että siitä puuttuu lomakehaastattelulle ominainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 48.)

Teemahaastattelulla tarkoitetaan henkilökohtaista haastattelua, jossa haastattelija esittää kysymykset suullisesti ja tallentaa saamansa vastaukset muistiin. Haastattelun idea on yksinkertainen. Jos haluamme tietää mitä ihminen ajattelee, on selvää kysyä häneltä siitä. Haastattelussa haastateltava vastaa suullisesti kysymyksiin. Haastatteluun valitaan henkilöitä, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelun etuna voidaan pitää joustavuutta. Haastattelutilanteessa haastattelijalla on mahdollisuus selventää, toistaa, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Haastattelussa onkin tärkeintä saada halutusta asiasta mahdollisimman paljon tietoa. Haastattelun onnistumisen kannalta on perusteltua antaa haastateltavalle etukäteen hyvissä ajoin haastattelun kysymykset tutustumista varten. Teemahaastattelussa edetään ennalta sovittujen keskeisten teemojen varassa ja apuna käytetään näihin liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Teemat nousevat aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista, jotka luovat tutkimuksen viitekehyksen. Teemahaastattelulla pyritään saamaan vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti. (Tuomi ym. 2013, 71–75.)

Tämän opinnäytetyön teemana olivat saattohoitopotilaan kivun arviointi, kivun kirjaaminen ja kivun hoidon kehittäminen vuodeosastolla. Teemahaastatteluiden tarkoituksena on tarkastella tutkittavaa asiaa avoimesti, kuitenkin niin, että haastattelurunko on haastattelijan hallinnassa ja haastattelija etenee johdonmukaisesti haastattelurunkoa apuna käyttäen. Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jossa kerättiin tietoa lähihoitajilta ja sairaanhoitajilta teemahaastatteluiden avulla. Laadullinen menetelmä valittiin, jotta saatiin kokemuksellista tietoa hoitajilta, jotka ovat tehneet töitä kyseisellä vuodeosastolla. Haastatteluista saatiin tietoa saattohoitopotilaiden kivusta, kivun arvioinnista, kivun kirjaamisesta ja siitä, miten kivun arviointia tulisi kehittää vuodeosastolla. Haastattelujen tukena käytettiin haastattelurunkoa, jonka kysymykset tehtiin tutkimuksen teemojen pohjalta (Liite 2). Haastattelurunko sisälsi kahdeksan kysymystä. Kysymykset olivat jaoteltu teemoittain. Tämän opinnäytetyön haastatteluissa esitettiin tarvittaessa haastateltaville tarkentavia kysymyksiä haastattelurungon lisäksi, jotta saatiin laajemmin tietoa tutkittavasta asiasta. Haastateltavat saivat tuoda avoimesti esille omia kokemuksiaan, näkemyksiään ja mielipiteitään haastateltavista aiheista.

### 5.3 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Haastatteluihin osallistui kymmenen hoitajaa, jotka ilmoittautuivat itse vapaaehtoisesti sähköpostilla toiselle opinnäytetyön tekijälle. Haastateltaviksi valittiin kymmenen ensimmäiseksi ilmoittautunutta hoitajaa. Haastattelut toteutettiin henkilökohtaisina haastatteluina kolmena päivänä, jotka oli sovittu osastonhoitajan kanssa etukäteen. Haastattelut olivat työaikaan kaikille haastatteluihin osallistuneille. Haastattelut toteutettiin toimeksiantajan tiloissa ja haastat-

telut nauhoitettiin puhelimella. Haastattelut kestivät seitsemästätoista minuuttista kolmeenkymmeneenkahteen minuuttiin. Haastattelu aineistoa tuli yhteensä 247 minuuttia ja 9 sekuntia. Ennen haastatteluiden toteuttamista, kaikki haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 3). Sen haastateltavat toivat mukanaan haastatteluun. Opinnäytetyöntekijät lähettivät haastateltaville etukäteen haastattelurungon sähköpostilla, jotta kaikilla oli aikaa valmistautua haastatteluun etukäteen. Teemahaastatteluilla saatiin opinnäytetyössä runsaasti aineistoa analysointia varten. Aukikirjoitettua materiaalia oli yhteensä 44 sivua. Aukikirjoitus tehtiin Times new roman fontilla. Fontin koko oli 12 ja riviväli oli 1,5.

#### 5.4 Aineiston analysointi

Laadullinen sisällönanalyysi voi olla joko deduktiivista tai induktiivista. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä analysointia ja deduktiivinen analyysi on teorialähtöistä. Deduktiivisen päättelyn lähtökohtana on tarkastella käytännössä teoreettisten käsitteiden tai teorian ilmenemistä. Deduktiivisessa analyysissä tehdään analyysirunko, johon etsitään aiemman tiedon ja tutkimuksen perusteella sisällöltään sopivia asioita aineistosta. Teorialähtöisessä analyysissä teoria voi olla analyysin etenemisessä apuna. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä on tietty teoria, malli tai aiemman tiedon pohjalta laadittu teoreettinen lähtökohta ilmiön määrittämiseksi. Näin ollen tutkimus raportista näkyy teorian ohjaava vaikutus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 135–136.)

Induktiivisessä menetelmässä aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Tutkimusaineisto kuvataan verbaalisesti. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi ym. 2013, 108–109.)

Työssä käytettiin kolmivaiheista sisällön analyysin prosessia. Sisällön analyysissä tulee ensiksi määrittää analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Prosessin ensimmäisessä vaiheessa aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Tässä aineisto eli saatu informaatio voi olla esimerkiksi auki kirjoitettu haastatteluaineisto tai muu dokumentti, joka pelkistetään niin, että aineistosta karsitaan epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla aineiston tiivistämistä tai sen pilkkomista osiin. Tällöin pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. Aineistosta pelkistetään vain tutkimustehtävälle olennaiset ilmaisut. (Tuomi ym. 2013, 109.)

Tämän jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään. Aineistosta valitut alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään eroavaisuuksia tai samankaltaisuuksia. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokaksi ja se nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa yksittäiset tekijät sisällytetään

yleisempiin käsitteisiin, jolloin aineisto tiivistyy. Ryhmittely luo pohjaa tutkimuksen perusrakenteelle sekä luo alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Lopuksi aineisto abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet aineistosta. Tässä viimeisessä vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen informaatio ja sen perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käytännössä jatketaan luokitusten yhdistelemistä niin kauan, kun aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Tutkimuksen tuloksissa kuvataan luokittelun pohjalta muodostetut käsitteet tai kategoriat sekä niiden sisällöt. Johtopäätösten tekemisen vaiheessa tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän näkökulmastaan ja mitä asiat tutkittaville merkitsee. (Tuomi ym. 2013, 110—113.)

Tässä opinnäytetyössä saatiin teemahaastatteluilla laaja ja kattava aineisto. Kun haastattelut oli saatu toteutettua, molemmat opinnäytetyöntekijät osallistuivat haastatteluiden purkamiseen. Tässä vaiheessa haastattelut kuunneltiin ja litteoitiin eli aukikirjoitettiin paperille. Aukikirjoitetut haastattelut luettiin ääneen. Aineistosta lähdettiin hakemaan lauseita ja sanoja, joista etsittiin samankaltaisuuksia. Kaikki tieto, joka vastasi tämän opinnäytetyön kysymyksiin, yliviiattiin korostuskynällä. Yliviiattu tieto leikattiin irti kysymys kerrallaan ja lajiteltiin omiksi osioiksi. Osiot käsiteltiin yksi kerrallaan. Käsitteily eteni aina siihen asti, kunnes kaikki osiot oli saatu käsiteltyä. Vastauksista alkoi hahmottua asiakokonaisuuksia, joista muodostettiin alaluokkia ja sen jälkeen yläluokkia ja sitten pääluokkia. Aineistosta löytyi hyviä selventäviä lauseita, joita työssä käytettiin suorina lainauksina.

## 5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin pohjautuu tutkimuksen eettisyyteen. Tutkimusetiikka on kehittynyt alkujaan lääketieteen kysymysten parissa, sillä osallistujat olivat pääasiassa ihmisiä. Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan kysymyksen oikeista säännöistä, joita tutkimuksen tulee noudattaa. Tutkimusetiikka voidaan jakaa kahtia eli tieteen sisäiseen- ja tieteen ulkopuoliseen etiikkaan. Sisäisellä etiikalla viitataan kyseessä olevan tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen. Ulkopuolinen tutkimusetiikka taas käsittelee sitä, miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. Suomessa on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. (Kankkunen ym. 2013, 211–212.)

Tutkimus ja etiikka ovat kaksisuuntainen tie. Tutkimuksen tulokset vaikuttavat töissä tehtäviin eettisiin ratkaisuihin ja taas eettiset kannat vaikuttavat tutkijan työssään tekemiin ratkaisuihin. Jälkimmäisen yhteyttä kutsutaan varsinaiseksi tieteen etiikaksi. Tutkimuseettinen kysymys, millaisia keinoja tutkija saa käyttää, on näkökulma, jota painotetaan useimmissa tutkimusetiikkaa koskevissa säännöissä ja sopimuksissa. Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat käsi kädessä. Yleistettynä voidaan todeta, että ihmisoikeudet luovat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkittavan suojaan sisältyy muun muassa se, että osallistujalle on selvitettävä tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät sekä se, että tutkimukseen osallistujat ovat vapaaehtoisesti

mukana ja tietävät mistä tutkimuksessa on kyse. Osallistujalle ei saa aiheutua vahinkoa. Tutkimuksen yhteydessä saatu tieto on luottamuksellista eikä sitä käytetä kuin sovittuun tarkoitukseen tai luovuteta ulkopuolisille. Osallistujat ovat nimettömiä, ellei heidän kanssaan ole asiasta erikseen sovittu ja tutkijan on noudatettava lupaamiaan sopimuksia eikä vaaranna tutkimuksen rehellisyyttä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Haastateltavalle tiedon anto tutkittavasta aiheesta on eettisesti perusteltua. Tutkimuksiin ei välttämättä osallistuta lainkaan, jos ei tiedetä mistä aiheesta on kyse. (Tuomi ym. 2013, 125–132.)

Tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä. Yksittäisessä tutkimuksessa on arvioitava sen luotettavuutta, mutta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Tutkimusta arvioidaan kuitenkin aina kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu useisiin asioihin. Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus (koherenssi) on eräs merkittävä hyvän tutkimuksen kriteeri. Tutkimusraportissa tämä näkyy esimerkiksi siinä millaisia lähteitä tutkija käyttää ja miten niitä on käytetty. Muita painotuksen kohteita ovat tutkimuksen kohde ja tarkoitus sekä tutkijan omat sitoumukset ja tutkimuksen tarkoitus. Näiden lisäksi luotettavuuden arviointiin vaikuttaa tutkittavan aineiston keruu ja miten se on tapahtunut. Arvioinnissa huomioidaan myös tutkimuksen tiedonantajat ja tutkija-tiedonantaja – suhde sekä tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuksen raportointi. Tutkija on lukijoilleen velkaa uskottavan selityksen aineiston kokoamisesta. Tämä tarkoittaa, että tutkijan tulee antaa lukijoille riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty, jotta he voivat arvioida tuloksia. (Tuomi ym. 2013, 134–141.)

Opinnäytetyön koko prosessin kertomisella lisätään opinnäytetyön luotettavuutta, kategoriataulukon (Liite 4) tekemisellä selvennettiin prosessia. Opinnäytetyössä oli tavoitteena saada haastatteluihin kymmenen osallistujaa. Tähän tavoitteeseen päästiin. Haastatteluista saatu aineisto oli laaja ja siinä saavutettiin saturaatiopiste. Luotettavuus ilmenee huolellisella sisällönanalyysin prosessilla ja sillä, kuinka hyvin saadaan osoitettua yhteys tutkimuksen tulosten ja aineiston välillä. Raportin selkeydellä, johdonmukaisuudella ja ymmärrettävyydellä lisätään luotettavuutta. Opinnäytetyössä käytettiin haastattelurunkoa, joka esitettiin ja todettiin toimivaksi ennen haastatteluiden toteuttamista. Haastatteluihin osallistuneet hoitajat työskentelivät vuodeosastolla, johon tutkimus tehtiin. Kaikilla hoitajilla oli kokemusta hoitotyöstä ja heiltä saatiin kokemukseräistä tietoa tämän yksikön kivun arvioinnista saattohoidossa. Osallistujat saivat etukäteen tutustua haastattelurunkoon.

Opinnäytetyö toteutettiin eettisiä periaatteita kunnioittaen. Opinnäytetyöntekijöistä vain toinen toteutti haastattelut, koska toinen opinnäytetyöntekijöistä työskenteli itse kyseisellä vuodeosastolla. Haastateltavat huomioitiin niin, että jokaiselle haastateltavalle kerrottiin haastattelun tavoitteet, mihin saatuja tuloksia käytetään ja mikä on haastattelun tarkoitus. Haastatteluja varten yksikköä informoitiin opinnäytetyöstä ajoissa, jotta mahdolliset halukkaat saivat miettiä osallistumisestaan etukäteen. Haastattelujen ajankohdat sovittiin tämän yksikön

aikataulujen mukaisesti ja haastattelut olivat osallistujille työaikaa. Haastatteluihin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Kaikilta haastateltavilta saatiin kirjallinen suostumus tutkimukseen. Haastatteluista saatua aineistoa käsiteltiin asianmukaisesti ja hävitettiin opinnäytetyön ollessa valmis. Tutkimuksesta saatu tieto käytettiin vain sovittuun tarkoitukseen. Henkilötiedot ovat pysyneet salassa, eikä haastateltavia pysty identifioimaan tutkimuksesta. Osallistujille ei aiheutunut vahinkoa tutkimuksesta.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä kappaleessa on avattu sisällönanalyysin avulla opinnäytetyön tulokset tekstiksi ja kaavioiksi. Tekstissä on esitetty suoria lainauksia selventämään saatuja tuloksia. Kaavioissa tiivistyy tässä opinnäytetyössä esille nousseet tulokset. Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksillä haettiin tietoa kivun arvioinnista, kivun kirjaamisesta ja kivun hoidon kehittämisestä.

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Teemahaastatteluun osallistui yhteensä kymmenen hoitajaa. Haastatteluun osallistuneet hoitajat olivat olleet hoitotyössä viidestä kolmeenkymmeneen kahdeksaan vuotta. Haastateltavat olivat saaneet koulutusta saattohoidosta vaihtelevasti. Koulutuksia oli järjestänyt työnantaja, ammattiliitto, lääkehoidon edustajat, lääkärit ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Saattohoitokoulutusta oli saatu myös omien ammatillisten opintojen aikana.

Haastateltavat kertoivat saaneensa koulutusta kivun hoidosta ja arvioinnista työpaikalla, Tehyn lähihoitajapäivillä, sairaanhoitajapäivillä ja lääkehoidon edustajilta. Osa haastateltavista kertoi, etteivät he ole saaneet koulutusta kivun hoidosta eivätkä kivun arvioinnista. Haastatteluista kävi ilmi, että vuodeosastolla koulutukset ovat jääneet vähäisiksi tai työpaikalla on järjestetty koulutuksia vähän.

*" Täällä on ne tietyt, joilla on saattohoito semmoinen pääjuttu, niin sitten ne melkein sinne menee "*

### 6.2 Saattohoitopotilaan kipu

Saattohoitopotilailla esiintyy hyvin monentyyppisiä kipuja sekä erityyppisiä tuntemuksia ja näin ollen kipu on täysin yksilöllistä (Kuvio 1, s. 18). Saattohoitopotilaan kipu hoitajien kuvaamana on jomottavaa, pistävää, viiltävää, jäytävää, polttavaa, säteilevää, kolottavaa ja tylppää. Hoitajat kuvasivat myös, että saattohoitopotilailla on kovia kipuja. Saattohoitopotilailla on fyysisen kivun lisäksi henkistä ja psyykkistä kipua. Saattohoitopotilaan kipu on jatkuvaa kipua, akuuttia kipua sekä ajoittain esiintyy myös läpilyöntikipua. Potilaat tuntevat kipua paikallisena tai kipua voi olla joka puolella. Hoitajien haastatteluista

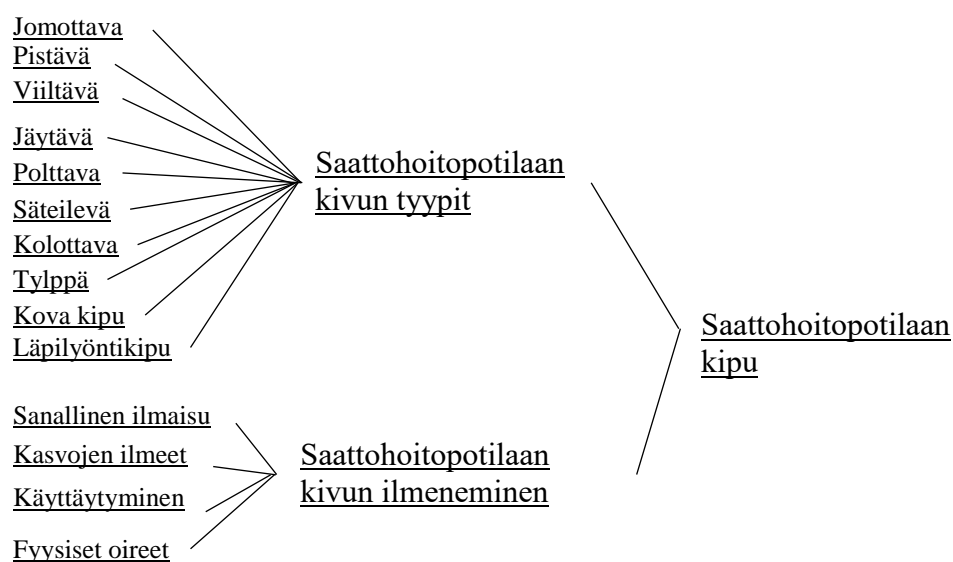
nousi esille myös se, että on potilaita, joilla ei ole kipuja ollenkaan. Saattohoitopotilaan kivut riippuvat siitä, minkä vuoksi potilas on saattohoidossa ja mikä on saattohoidon taustalla oleva sairaus. Onko kyseessä esimerkiksi syöpäkasvaimesta tai kudolvauriosta johtuva kipu. Henkinen kipu saattaa aiheuttaa saattohoitopotilaille somaattisia oireita.

*“Kipua voi esiintyä sellaisena yleisenä tuskaisuutena, en tarkoita niin kun, että olis niin kun kipee kipee vaan, että on henkisesti tuskanen olo.”*

Tutkimuksesta ilmeni, että potilaat, jotka itse pystyvät puhumaan, kertovat sanallisesti, missä kipu on ja pystyvät kuvailemaan kivun laatua ja näyttämään esimerkiksi kädellään kipukohdan.

*“Saattavat itse sanoa, joku saattaa sanoa ihan, että kun olisi jalka muurahaispesässä, no se on silloin varmaan aika polttavaa kipua.”*

Tässä yhteydessä ilmeni, että kaikki potilaat eivät kerro kivuistaan. Saattohoitopotilaat eivät välttämättä uskalla sanoa tai eivät halua myöntää, että ovat kipeitä tai eivät oikein osaa kertoa kivuistaan. Tämä vaatii hoitajilta ammattitaitoa kivun arvioinnissa. Hoitajat tulkitsevat kommunikoimattomien potilaiden kipuja muun muassa kasvojen ilmeistä. Tällaisia ovat esimerkiksi otsan kurtistus ja irvistys. Kommunikoimattoman potilaan kipu ilmenee myös käyttäytymisen oireina, kuten itkuisuutena, tuskaisuutena, vihaisuutena, levottomuutena, epämääräisenä käytöksenä ja huutamisenä. Kipu esiintyy fyysisinä oireina, kuten hikihelminä kasvoilla, pulssin ja verenpaineen nousuna. Henkinen kipu esiintyy ahdistuksena, pelkona, paniikkina ja itkuisuutena.



Kuvio 1. Saattohoitopotilaan kipu

### 6.3 Saattohoitopotilaan kivunhoito

Hoitajat kokivat tärkeäksi hyvässä saattohoitopotilaan kivun hoidossa, että kipu olisi koko ajan hallinnassa (Kuvio 2, s. 21). Hoitajat toivoivat hyvän ja jatkuvan kivun hoidon estävän läpilyöntikiput ja kovat kipuvaiheet. Kivun hoidon pitäisi olla jatkuvaa ja tauotonta esimerkiksi laastareiden ja kipupumpun avulla, jonka käyttöönottoa toivoi moni haastatteluihin osallistuneista. Hyvässä kivunhoidossa potilailla tulisi olla hyvä lääkitys eli potilailla olisi hyvä peruskivulääkitys pohjalla ja tarvittaessa annettavia lääkkeitä kovimpiin kipuihin. Vastauksista nousi esille monen hoitajan kertomana, että ennakoitavuus, ennaltaehkäisy ja lääkehoidon suunnitelmallisuus koettiin tärkeäksi, mutta puutteelliseksi.

*“Mun mielestä semmonen tavallaan mieltii sitä vähän laajemmin, eikä vaan sitä, että jos joku sanoo, että mä oon kipee niin heti hakee sitten lääkettä ja tässä on kipulääke ja näin.”*

Hyvässä kivunhoidossa huomioidaan hyvä saattohoitopotilaan perushoito, kuten esimerkiksi hygienia ja asentohoito. Saattohoitopotilaille pitäisi pystyä järjestämään rauhallinen ympäristö, eli yhden hengen potilashuone. Henkinen kipu tulisi ottaa huomioon tärkeänä osana kivun hoitoa ja hoitajilla tulisi olla aikaa keskustella potilaiden kanssa. Hoitajat toivoivat saattohoitopotilaille kivutonta oloa, ettei heidän tarvitsisi kärsiä enää viimeisinä hetkinään.

*“Siihen henkiseen kipuun pitäis kiinnittää paljon enemmän huomiota ja käyttää enemmän aikaa sen potilaan kanssa juttelemiseen eikä, että se on vaan se piikki ja pois.”*

Hoitajat kuvasivat saattohoitopotilaiden kivunhoidon toteutuvan kohtalaisesti tai jopa huonosti. Hoitajat kokivat myös, ettei saattohoito ole laadukasta. Haastatteluiden pohjalta ilmeni, että potilaille on määrätty alun perin liian vähän kipulääkettä. Tästä johtuen hoitajat joutuvat soittamaan usein päivystävälle lääkäreille saadakseen potilaille lisälääkitystä. Hoitajat kokivat tilanteen erittäin haastavaksi, koska osastolla ei ole aina lääkäriä paikalla. Päivystävät lääkärit eivät tunne potilaita, mikä koettiin myös esteeksi hyvälle kivun hoidolle. Kivunhoidossa koettiin olevan hoitajakohtaisia eroavaisuuksia. Henkisen kivun huomioimiseen tulisi olla enemmän aikaa, kuin mitä tällä hetkellä on.

Apuvälineinä kivun hoidossa hoitajilla on käytettävissään erilaisia erikoispatjoja kuten geelipatjat ja nollapainepatjat, erilaisia tukityynyjä, lämpö- ja kylmäpusseja. Asentohoidot koettiin haastatelussa myös apuvälineeksi. Potilaan kanssa puhuminen ja hoitajan läsnäolo yhdistettiin myös apuvälineeksi. Hoitaja voi persoonallaan ja empaattisuudellaan rauhoittaa potilasta. Myös kipulääkkeet ja hieronta koettiin apuvälineiksi.

*“Than, vaikka hieroo taikka”*

Hyvälle kivun hoidolle koettiin erilaisia esteitä. Lääkärilähtöisiä esteitä kerrottiin olevan nuorten lääkäreiden kokemattomuus, sillä he eivät uskalla määrätä

vahvoja kipulääkkeitä. Lääkäreiden määräämät kipulääkemäärät olivat liian pieniä ja hoitajat joutuvat usein pyytämään kipulääkkeitä lisää. Hoitajat kokivat, että nuoria lääkäreitä pitää kannustaa määräämään lääkkeitä. Hoitajat eivät luota kokemattomien lääkäreiden ammattitaitoon saattohoitopotilaiden kivunhoidossa. Myös lääkäreiden asenteet koettiin esteeksi hyvälle saattohoitopotilaan kivunhoidolle. Osastolla ei ollut vakituista osastonlääkärinä vaan lääkäri oli osastolla vain kaksi kertaa viikossa. Tämä oli johtanut siihen, että jouduttiin soittamaan päivystäviltä lääkäreiltä lisälääkitystä. Ongelmana oli se, etteivät päivystävät lääkärit tunteneet osaston potilaita. Potilaiden siirtyessä jatkohoittoon osastolle peruskipulääkitys saattaa olla jo tässä vaiheessa puutteellinen, eikä paikalla ole lääkärinä joka tarkistaisi lääkityksen. Lääkehoidon suunnitelmallisuus ja jatkuvuus puuttuu.

*“Mutta se ei ole ikinä selvä asia, tulee ne sitten muualta tai on ne täällä meillä ja pikkuhiljaa menee saattohoitovaiheeseen niin se on aina sellasta ruinaamista, se kipulääkityksen saaminen.”*

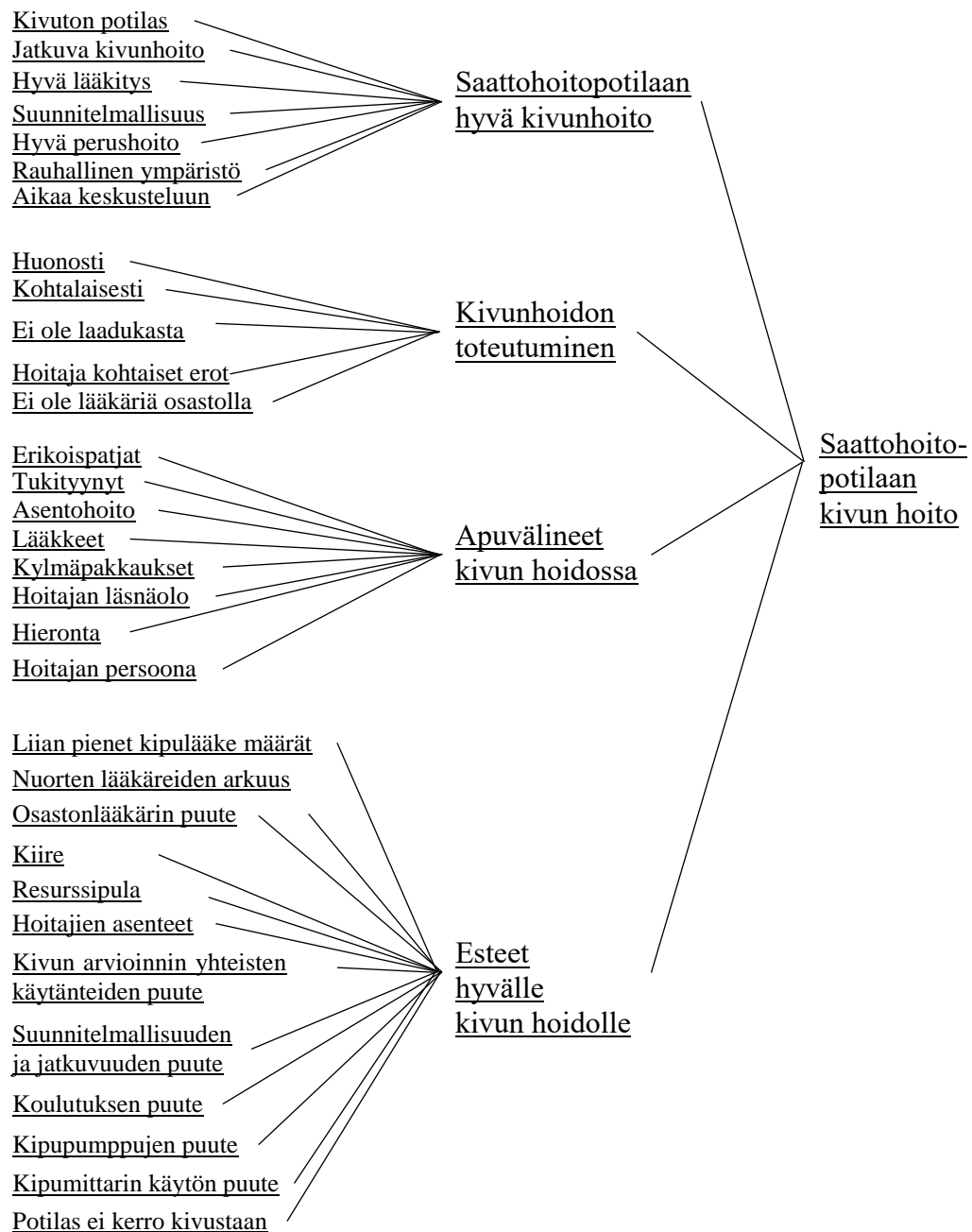
Hoitajalähtöisiksi esteiksi koettiin kiire ja resurssipula. Hoitajat kokivat, että potilaisiin ei ehditä perehtymään ja suoriudutaan vain välttämättömimmistä. Hoitajien asenteet nousivat esteeksi potilaiden kivun aliarvioimisena ja kivun vähättelynä. Hoitajat eivät aina reagoineet kivun ilmaisuun heti, vaan saattoivat jäädä seuraamaan tilannetta.

*“Että ei se kauheesti sitä potilasta auta, jos se on oikeesti kipeä, että todetaan että sä oot kaksi tuntia sitten saanut lääkkeen. Sitä aika paljon esiintyy”*

Hoitajat kokivat, että kaikki eivät kysy potilailta kivusta. Jollei potilas itse sano olevansa kipeä, saatetaan olettaa, ettei potilaalla ole kipuja. Sairaanhoitajat katsoivat lääkäreiden määräyksiä ja lääkkeen antoaikoja, eivätkä tehneet kivunarviointia potilaasta itse joten kipulääke saattoi jäädä saamatta. Kipumittareita ei ole käytössä kivun arvioinnissa ja tämän vuoksi kivun arviointi ei ole yhtenäistä. Hoitajat kokivat koulutuksen puutteen olevan yksi este hyvälle kivunhoidolle samoin kuin myös kipupumppujen puutteen.

Potilaslähtöisinä esteinä hyvälle kivunhoidolle koettiin se, etteivät potilaat aina itse kerro kivuistaan. Potilaat joko eivät halua tai osaa kertoa kivuistaan.

*“Just se toimintatapa jokaiselle on omansa. Se pitää hoksata miten kukakin siihen tavallaan vastaa mitä sää kysyt”*

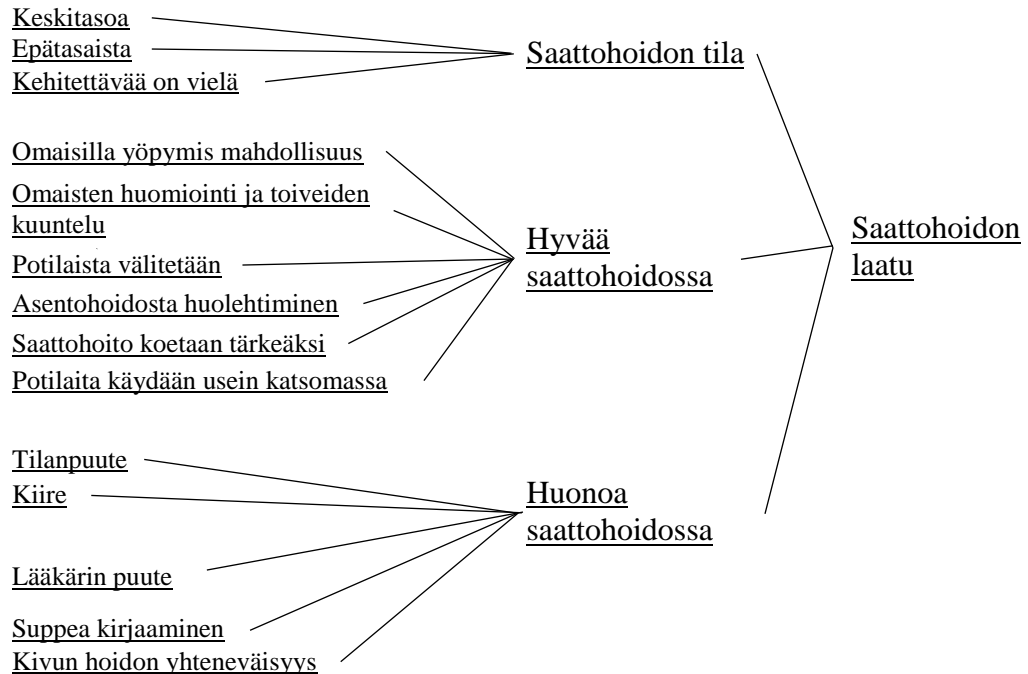


Kuvio 2. Saattohoitopotilaan kivun hoito

Hoitajat arvioivat saattohoidon laadun olevan epätasaista (Kuvio 3, s. 22). Tutkimuksessa tuli ilmi, että saattohoitopotilaiden kivunhoito on tällä hetkellä keskitasoa ja siinä olisi vielä kehitettävää. Hoitajat kokivat hyväksi yksikön saattohoidossa sen, että omaiset huomioidaan ja heidän toiveitansa kuunnellaan sekä heillä on mahdollisuus yöpyä osastolla omaisensa luona. Hoitajat kokivat, että saattohoitopotilaita käydään työvuoron aikana usein katsomassa ja saattohoitopotilaiden asentohoidoista huolehditaan aktiivisesti. Hoitajat kokivat myös, että saattohoito koetaan tärkeäksi ja saattohoitopotilaista välitetään.

*“Et jos mää oisin täällä potilaana, niin mulle tulis sellanen tunne, että musta välitetään ja juuri se että kiinnostais se mun kokema kipu, että saais lääkeettä”*

Huonoksi saattohoidon laadussa vuodeosastolla hoitajat kokivat tilanpuutteen, koska saattohoitopotilaille ei ole aina mahdollista järjestää omaa rauhallista huonetta. Hoitajien kiire koettiin ongelmaksi, koska ei ehditä antamaan tarpeeksi aikaa saattohoitopotilaille ja olemaan läsnä heidän kanssaan. Suppea kirjaaminen koettiin huonoksi. Hoitajat kokivat, ettei kivunhoito ole yhtenäistä. Lääkärin puuttuminen osastolta koettiin myös ongelmalliseksi.



Kuvio 3. Saattohoidon laatu

#### 6.4 Saattohoitopotilaan kivun arviointi

Suurin osa hoitajista arvioi saattohoitopotilaan kipua kysymällä kivusta ja haastatteleamalla potilasta (Kuvio 4, s. 24). Potilaan kipua arvioidaan myös tarkkailemalla ja havainnoimalla potilasta. Hoitajat kuuntelevat potilaita heidän kuvaillessaan kokemaansa kipua.

*“Sitten sekään ei aina auta kun kysyy, että ootko kipee niin ne saattaa sanoo, että en. Mutta kun kysyy, että haluatko kipulääkettä niin saattaa tullakkin että joo. Että niinkun monelta kantilta”*

Varsinaista kipumittaria ei ole käytössä, vaikka moni hoitaja kokee, että mittari olisi tähän hyvä. Saattohoitopotilaan kipu ilmenee hoitajien mukaan kasvojen ilmeistä, kuten irvistyksistä tai otsarypyistä, olemuksesta, katseesta ja erilaisista eleistä, kuten levottomasta liikehännästä. Kipu ilmenee myös potilaan

erilaisena käyttäytymisenä, kuten levottomuutena, tuskaisuutena ja ääntelynä esimerkiksi potilaan kääntötilanteissa. Hoitajat kokivat epävarmuutta saattohoitopotilaan kivun arvioinnissa. Hoitajat kokivat, että heillä oli epävarmuutta siitä, oliko potilas kipeä vai ei. Hoitajat kokivat saattohoitopotilaan kivunarvioinnin olevan hankalaa ja vaikeaa.

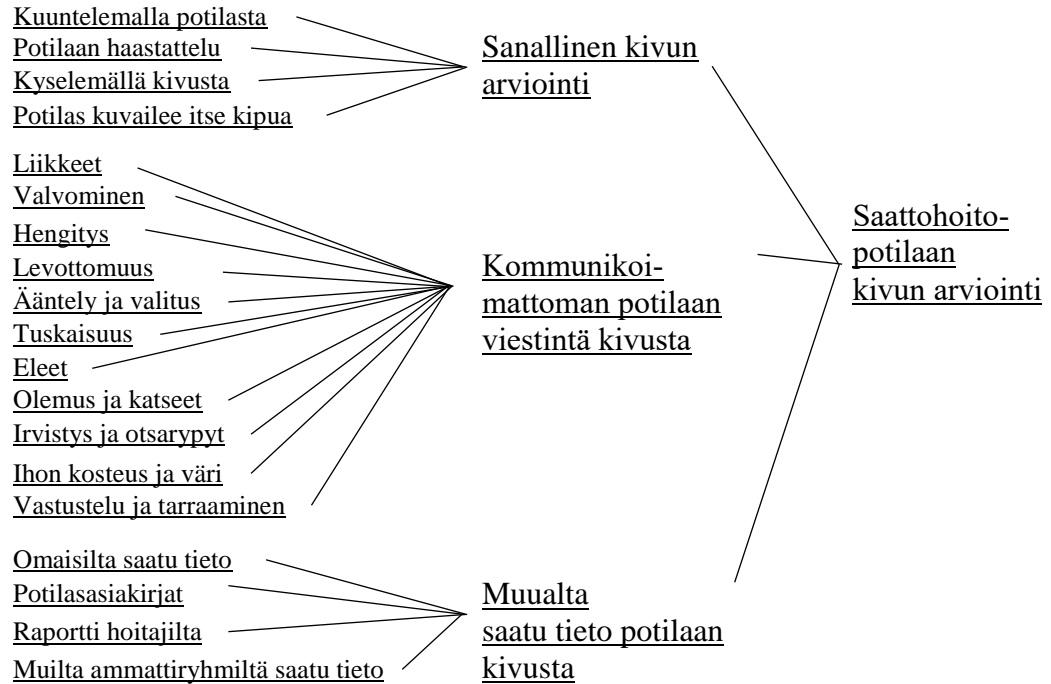
Kommunikoimattoman saattohoitopotilaan kipua arvioidaan kasvojen ilmeestä, levottomuudesta, eleistä ja potilaan käyttäytymisestä, joka saattaa tulla esiin esimerkiksi vihaisuutena tai yövalvomisena. Kipu esiintyy saattohoitopotilaissa myös hoitotoimenpiteiden vastustamisena ja tarraamisena. Kommunikoimattoman saattohoitopotilaan kipua arvioidaan myös ääntelyistä esimerkiksi potilas saattaa parahtaa kivusta. Potilaan kipua arvioidaan myös fyysisestä olemuksesta, kuten ihonväristä ja kosteudesta. Kipua arvioidaan myös hengityksestä ja sykkeestä.

*“Than pää hiestä märkänä”*

Useat hoitajat nostivat esille sen, että he saavat tietoa potilaan kivusta potilaiden omaisilta. Kommunikoimattoman saattohoitopotilaan kipua arvioitaessa saadaan omaisilta tietoa potilaan käyttäytymisestä. Omaisten kanssa tehdään paljon yhteistyötä. Tietoa saadaan myös potilasasiakirjoista, toisilta hoitajilta esimerkiksi raportilla sekä muilta ammattiryhmiltä kuten laitoshuoltajilta ja fysioterapeutilta.

Hoitajat kokivat, että saattohoitopotilailta kysytään usein kivusta, monta kertaa päivässä. Hoitajat kysyvät kivusta aina potilaan tavatessaan tai potilashuoneeseen mennessä.

*“Melkein sitä kysyy aina ensimmäisenä, jos on tajuissaan oleva potilas, että onko kipuja ja vasta sitten alkaa toimimaan ja tekeen hoitojuttuja”*



Kuvio 4. Saattohoitopotilaan kivun arviointi

## 6.5 Kivun arvioinnin kirjaaminen

Hoitajista suurin osa kokee, ettei kivun arviointia kirjata juuri lainkaan. Kipulääkkeiden antaminen kirjataan, mutta kipulääkkeiden vaikutuksen kirjaaminen jää usein tekemättä (Kuvio 5, s. 26). Kirjauksista ei aina löydy syytä, mihin kipuun lääke on annettu. Hoitajat kokivat, että kivun arviointia kirjataan ainoastaan tarvittavista lääkkeistä muutamalla sanalla. Osa hoitajista kuitenkin kokee kivun arvioinnin kirjaamisen olevan aika hyvää. Heidän mielestään kipua arvioidaan ja kivun laatua kuvaillaan.

*“Useesti vaan, että on kipulääkettä annettu, että se ei välttämättä kerro mitään mihkä se on annettu ja mikä se vaiva on”*

*”Kyllä kipua arvioidaan ja sen laatua kuvaillaan, kirjataan mutta ei ehkä ihan täydellisesti. Voisi vielä enemmän tehdä, kuvailua ja arviointia”*

Kuitenkin osa hoitajista kokee, että kivun arvioinnin kirjaaminen toteutuu tällä hetkellä melko huonosti. Kirjaaminen koetaan suppeaksi ja enemmän pitäisi kirjata kivun arvioinnista. Kivun arvioinnista kirjataan, onko potilas pyytänyt kipulääkkeen, millaiseen kipuun lääke on annettu ja milloin lääke on annettu. Kivun arvioinnissa kirjataan myös potilaan olemuksesta, ilmeistä ja eleistä (itkuinen, levoton, irvistykset). Hoitajilta saatiin ristiriitaista tietoa kivun arvioinnista lääkkeen annon jälkeen. Osa hoitajista kertoo kirjaavansa arvon lääkkeen annon jälkeen mutta osa taas kokee, että arvio jää usein kokonaan tekemättä.

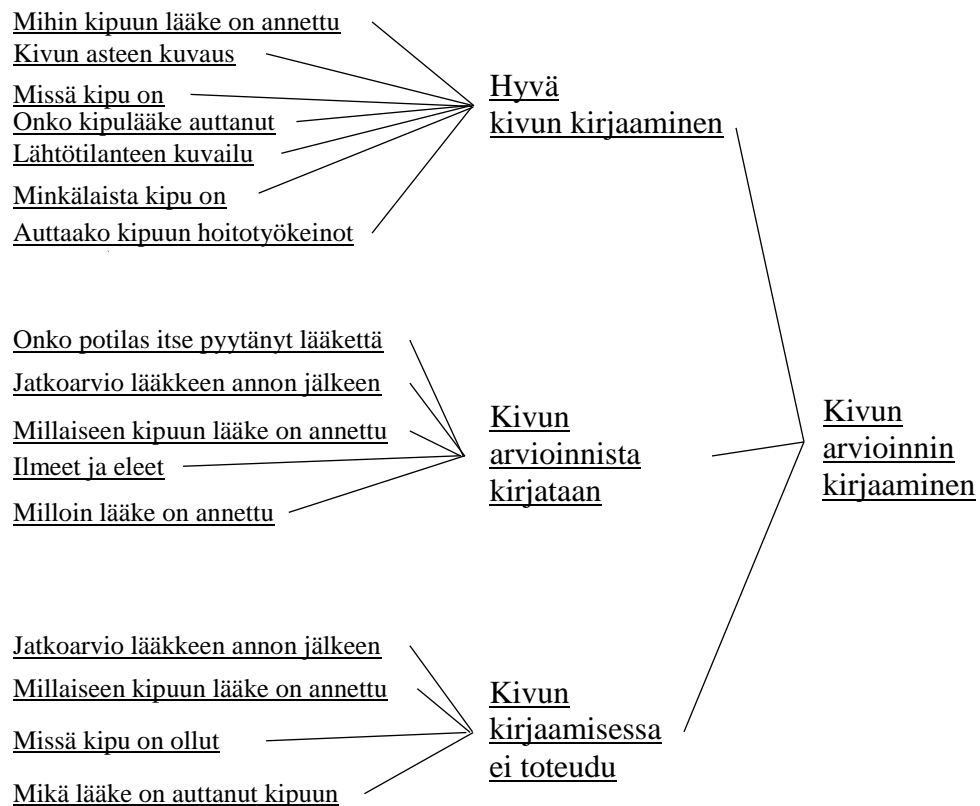
*”Mitä lääkettä on annettu, koska on annettu, mihin vaivaan on annettu”*

Hoitajien kertoman mukaan kiire on suurin syy siihen, miksi kivun arvioinnin kirjaaminen ei toteudu. Kivun arvioinnin kirjaamisesta jää puuttumaan jatkoarviointi kipulääkkeen annon jälkeen. Kirjauksista jää myös puuttumaan arviointi siitä, millaiseen kipuun lääke on annettu. Kirjauksissa ei avata sitä, millaista kipua potilaalla on eikä myöskään sitä, mikä lääke on auttanut kipuun.

*“Jos ihminen nyt joka päivä pyytää samaan vaivaan niin se oletetaan, että se on sitä samaa kun oli edelliskerrallakin. Että sekin olis kyllä semmoinen mihkä pitäis kiinnittää huomiota, että joka kerran kysyä missä se kipu on ja minkä-moinen kipu”*

Hoitajat kaipasivat hyvään kivun arvioinnin kirjaamiseen tietoa siitä, millaiseen kipuun lääke on annettu ja missä kipu on ollut. Lisäksi tietoa siitä, että auttaako kipuun hoitotyön keinot kuten esimerkiksi asentohoito. Hoitajat kaipasivat kivun arviointia siitä, onko kipulääke auttanut. Hoitajista osa kaippaa potilaan hoidon lähtötilanteen kuvailua, ennen kipulääkkeen antamista ja kuvailua siitä, mikä kipulääke on auttanut kipuun. Osa hoitajista kaipasi kivun ja kivunasteen kuvailua sekä kirjausta siitä onko kyseessä uusi vai vanha kipu.

*“No siinä on ensiksi se ennenkun on annettu lääkettä se lähtötilanne kuvailtu. Sitten se lääkkeen määrä ja mikä lääke ja minne ja sit sen jälkeen, että onko se auttanut ja miten kauan auttoi ja oliko tosi hyvä tilanne vai auttoiko vaan vähän se lääke”*



Kuvio 5. Kivun arvioinnin kirjaaminen

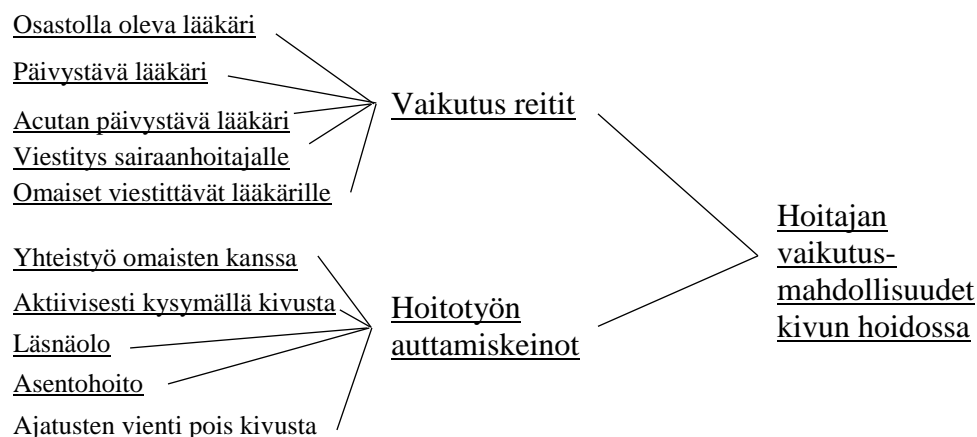
## 6.6 Hoitajan vaikutusmahdollisuudet kivun hoidossa

Hoitajista suurin osa koki, että he voivat vaikuttaa saattohoitopotilaan kivun hoitoon raportoimalla potilaan tilanteesta lääkärille (Kuvio 6, s 27). Hoitajat pystyivät vaikuttamaan potilaan kivun hoitoon myös viestittämällä toisille hoitajille potilaiden kivusta. Hoitajat kokivat, että he voivat vaikuttaa saattohoitopotilaan kivun hoitoon kyselemällä kivusta, olemalla läsnä potilaiden kanssa tai viemällä heidän ajatuksiaan pois kivusta. Asentohoitojen avulla voidaan myös vaikuttaa kivun hoitoon. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö koettiin tärkeäksi, sillä heiltä saadaan paljon tietoa saattohoitopotilaiden kivusta ja omaiset myös viestittävät potilaan tilanteesta lääkärille.

*“Omaisethan on just paljon siinä mukana, että viedä heidän terveisiä lääkärille ja eteenpäin ja tietty työkavereillekin”*

Kaikki hoitajat kokivat, että he voivat vaikuttaa lääkärin määräyksiin saattohoitopotilaiden kivun hoidossa. Hoitajat kuitenkin kokivat, että nuorten lääkäreiden arkuus määrätä vahvoja kipulääkkeitä hankaloittaa saattohoitopotilaiden kivunhoitoa. Hoitajien pitää olla vahvoja ja aktiivisia viedessään tietoa potilaista lääkäreille. Hoitajien kertoman mukaan lääkärit saattavat pelätä potilaan tilan romahtavan, mikäli he määräävät liikaa vahvoja kipulääkkeitä. Tästä syystä lääkemäärät saattavat olla todella pieniä.

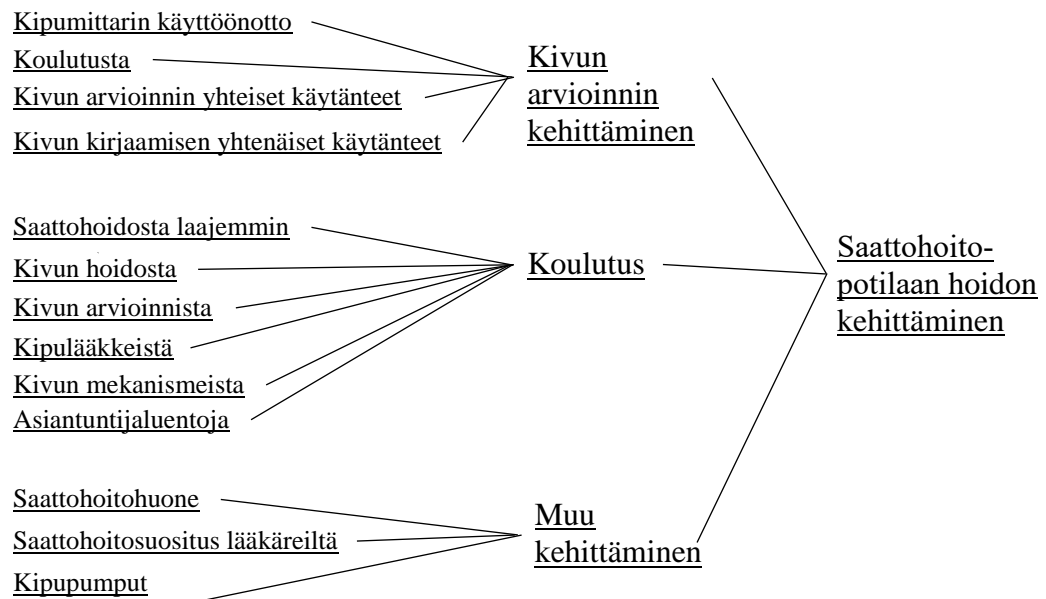
*”Potilaat vaihtelee, sairaudet vaihtelee mitenkä siitä sit löytää sen oikeen, että siinä tarvitaan ammattitaitoo”*



Kuvio 6. Hoitajan vaikutusmahdollisuudet kivun hoidossa

## 6.7 Saattohoitopotilaan hoidon kehittäminen

Hoitajat toivoivat kipumittarin käyttöönottoa saattohoitopotilaiden kivun arvioinnissa (Kuvio 7, s. 28). Kivun arviointiin ja kirjaamiseen kaivattiin yhtenäisiä käytänteitä. Koulutusta kaivattiin muun muassa saattohoidosta laajemmin sekä kipulääkkeistä, kivun arvioinnista ja kivun mekanismeista. Kaikki hoitajat kaipasivat koulutusta kivun hoidosta ja kivun arvioinnista. Esimerkiksi asiantuntijaluentoja kaivattiin näistä aihealueista. Hoitajat nostivat esille myös muita saattohoidon kehittämistarpeita, kuten kipupumppujen käyttöönoton saattohoitopotilaiden kivun hoidossa. Yksikön lääkäreiltä toivottiin hoitajille saattohoitosuosituksia potilaiden hoidon tueksi. Saattohoitopotilaille toivottiin omaa rauhallista tilaa, esimerkiksi yhden hengen saattohoitohuonetta.



Kuvio 7. Saattohoitopotilaan hoidon kehittäminen

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe kiinnosti molempia opinnäytetyöntekijöitä ja molemmat ovat työskennelleet saattohoitopotilaiden parissa. Opinnäytetyö eteni johdonmukaisesti ja tasaisesti. Molemmat opinnäytetyöntekijät osallistuivat tasaisesti opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyömme tuloksissa löytyi melko samankaltaisia tuloksia kuin aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa. Opinnäytetyön tuloksista voidaan päätellä, että hoitajien kiire ja resurssipula vaikeuttavat saattohoitopotilaan kivun arviota. Kipumittarin käyttö yhtenäistäisi saattohoitopotilaiden kivunarviointia. Tasapuolinen ja tehokas kivunhoito kuuluu kaikille saattohoitopotilaille joka pohjautuu hyvään kivun arviointiin.

### 7.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimustulokset osoittavat melko selvästi, että saattohoitopotilaan kipu on monimuotoista. Saattohoitopotilailla on erityyppisiä kipuja. Millaista kipua saattohoitopotilas kokee, pohjautuu pitkälti perussairauteen. Saattohoitopotilaan kipuun vaikuttaa myös emotionaaliset tekijät kuten Hänninen & Luomala (2013) kertovat ahdistuksen voimistavan kipua ja samalla vähentävän jopa opioidien vaikutusta. Kipua voidaan hoitaa usealla erilaisella lääkkeellä ja muilla kivunhoidon menetelmällä. Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että hoitajat käyttävät kivunlievitykseen monenlaisia eri menetelmiä lääkehoidon lisäksi.

Kipu on kiistämättä täysin yksilöllinen kokemus. Potilas on oman kipunsa asiantuntija. Potilaan kipu tulisi ottaa aina todesta. Salanterä ym. (2013) kirjoittaa, että potilaan näkökulmasta hyvä kivunhoito toteutuu silloin, kun häntä kuun-

nellaan, hänen kipunsa otetaan todesta ja kivun hoito toteutetaan hänen yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Opinnäytetyön haastatteluista nousi esille, että potilaiden kipuja aliarvioitiin ja jopa vähäteltiin. Kipuun ei välttämättä reagoitu heti. Bass (2011) artikkelissaan kertoo samansuuntaista tulosta, että potilaille on saatettu ohjata, ettei vielä tehdä mitään ja odotetaan, kuin sen sijaan olisi tehty kivunarviointi ja keskusteltu asiasta syvemmin. Bass (2011) artikkelissaan muistuttaa, että on tärkeää uskoa potilasta, kun hän kertoo kivustaan sekä tiedostaa, että kipu on yksilöllinen kokemus. On jokaisen ammattilaisen velvollisuus viedä potilaan kivusta tietoa eteenpäin niin, että se tulee hoidettua lääkkeellisesti tai muilla keinoin. Samansuuntaisesti toteaa myös Burns & Mcilpatrick (2015). Heidän kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajien vastuulla on taata, että jokaisen yksilön kipu tulee asianmukaisesti arvioitua sekä tehokkaasti hoidettua. Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että kivunarvioinnissa oli hoitajakohtaisia eroavaisuuksia.

Kivun arviointiin on käytössä useita erilaisia mittareita. Opinnäytetyön haastatteluista tuli selväksi, että henkilökunta toivoi kipumittarin käyttöönottoa ja yhteisiä käytänteitä kivunarviointiin ja kirjaamiseen. Kommunikointiin kykenevien saattohoitopotilaiden kipua arvioitiin verbaalisesti haastatellen ja kysellen potilaiden kivusta. Salanterä ym. (2013) toteavat, että yksiköissä pitää olla yhteiset pelisäännöt kivunhoidolle. Kipua pitää arvioida yhtenäisillä mittareilla sekä kirjaamisen periaatteiden pitää olla yhtenäiset. Hoitotyössä on myös käytössä hyvin monenlaisia menetelmiä kivun tunnistamiseen ja arviointiin. Hoitajat opinnäytetyön haastattelun perusteella kokivat epävarmuutta kivunarvioinnissa. Salanterän ym. (2013) mukaan käytettäessä mittareita kivun arvioinnissa se perustuu toistuvasti samoihin kriteereihin, jolloin yksittäiset arvioinnit ovat keskenään verrannollisia. Bass (2011) samansuuntaisesti toteaa, että kivun arvioinnin tekeminen kipumittaria avuksi käyttäen säästää aikaa ja helpottaa tarkemman kivunarvioinnin tekemistä. Myös Pesonen (2011) toteaa, että tehokas kivunhoito perustuu hyvin ja huolellisesti tehtyyn kivun mittaamiseen sekä mittaus tuloksen kirjaamiseen. Burns & Mcilpatrick (2015) nostaa esille kirjallisuuskatsauksessaan, että kipumittareita ei ole säännöllisesti käytetty kivunarvioinnissa, vaikka on olemassa useita kipumittareita valittavana. Tänäpäivänä on olemassa useita kipumittareita, joista voidaan valita potilaalle sopiva mittari yksilöllisesti hänen tarpeensa mukaisesti.

Kivun arviointi edellyttää, että hoitajilla on tarvittava tietotaito näihin toimintoihin. Tutkimukset ovat osoittaneet, että näissä taidoissa on puutteita, toteaa Burns & Mcilpatrick (2015). Myös Bass (2011), toteaa samaa, että kivun asteen arvioinnissa ja kivunarvioinnissa saattaa olla tiedon puutteita. Lipposen ja Karvisen (2015) tutkimuksessa nousi esille myös, että saattohoito ja kivunlievitys ei toteutuisi geriatrisissa yksiköissä. Kivun tunnistamisessa ja oikean kipulääkkeen valinnassa on paljon puutteita. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista koki, että erilaiset saattohoitopotilaat lisäsivät kivun lievittämisen ja muun oirehoidon haasteellisuutta.

Opinnäytetyön haastatteluissa hoitajat kokivat, että kivun arvioinnista kirjataan suppeasti. Kirjaamiseen kaivataan selvästi laajempaa arviointia kivusta. Kivun

arvioinnin kirjaamiseen kaivattiin myös yhtenäisiä käytänteitä. Käypähoito (2012) kertoo, että kivun säännöllinen arviointi ja sen kirjaaminen ovat hyvän kivunhoidon edellytys. Käytä hoito -suositus ohjeistaa, että kivusta tulisi kirjata sen voimakkuus joko sanallisella arviolla tai numeraalisella sekä kivun mekaniismi, sijainti ja esiintymisaika. Lämpilyöntikivuista tulisi kirjata niiden esiintyminen, käytössä olevat lääkkeet, niiden teho ja sivuvaikutukset. Käypä hoito -suosituksen mukaan kuolevien vanhuspotilaiden kipu on usein alihoidettua.

Opinnäytetyön haastatteluista nousi esille, että kaikki potilaat eivät kerro kivuistaan. Tähän oli moninaisia erilaisia syitä. Potilaat eivät välttämättä uskalla sanoa tai eivät halua myöntää, että ovat kipeitä tai eivät oikein osaa kertoa kivuistaan. Saman huomion olivat tehneet myös Burns & Mcilpatrick (2015), että potilaat eivät ole halukkaita itse kertomaan kivustaan. Potilailla saattaa olla pelkoa ottaa vastaan vahvoja kipulääkkeitä kuten esimerkiksi morfiini. Potilaat saattavat myös pelätä injektioita tai tablettien nielemistä. Yhdeksi yleisimmäksi syyksi koettiin muistisairautta sairastavan potilaan kivun arvioinnissa se, etteivät potilaat itse kerro kivustaan. Myös Bass (2011) oli tehnyt huomion, että potilaat eivät ole halukkaita itse kertomaan kivustaan. Tämä on yksi tekijä joka vaikuttaa kivunarvioinnin lopputulokseen. Opinnäytetyön haastatteluissa kävi ilmi, etteivät kaikki hoitajat kysy potilailta kivusta. Jos potilas itse ei kerro kivustaan, saatetaan olettaa potilaan olevan kivuton. Jos tätä asiaa verrataan edellä mainittuihin seikkoihin, että potilaat eivät syystä tai toisesta kerro kivuistaan saattaa potilaiden kipu jäädä huomioimatta kokonaan.

Opinnäytetyön haastatteluista nousi esille, että kommunikoiduttoman potilaan kohdalla kipua arvioitiin eleistä, ilmeistä ja käytöksestä. Jänis (2009) pro graduun toteaaakin, käyttäytymismuutosten arvioinnin olevan paras tapa arvioida kipua kommunikoiduttoman potilaan kohdalla. Sitä pidetään luotettavampana kuin fysiologisten muutosten arviointia. Burns & Mcilpatrick (2015) toteavat samansuuntaisesti, kuin Jänis, että muistisairautta sairastavilla potilailla hoitamaton kipu saattaa esiintyä käytöshäiriöinä (orientaation puutteena, sekavuutena ja keskittymiskyvyn puutteena), ahdistuneisuutena ja aggressiivisuutena. Burns & Mcilpatrick (2015) kertovat myös, että kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajat tunnustavat muistisairaiden kivun arvioinnin tapahtuvan suurimmaksi osin vain potilaan käytöksen perusteella. Kipua voidaan erehtyä luulemaan psykiatrisiksi ongelmiksi ja potilasta saatetaan hoitaa näin ollen väärin. Tämä tutkimus osoitti, etteivät sairaanhoitajat voi luottaa tavallisiin kipumittareihin muistisairaana potilaan kohdalla. Heidän on seurattava potilaiden käytöstä tuottaakseen luotettavaa kivun arviointia. Pesosen (2011) tutkimuksen mukaan taas kroonisen kivun seurannassa onnistuivat kaikkia kivun mittausmenetelmiä käyttämään iäkkäät, joilla oli normaali kognitio tai jotka sairastivat lieväasteista muistisairautta. Keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavien potilaiden kivun mittaus onnistui parhaiten sanallisella kipuasteikolla (VRS). Määttäsen ja Kankkusen (2009) tutkimuksessa verrattiin muistisairautta sairastaville kehitettyjen kipumittareiden luotettavuutta ja soveltuvuutta. Tutkimuksesta saatiin rohkaisevaa näyttöä, että PAINAD-mittari on helppo käyttöinen,

validi ja luotettava mittari. Tutkimuksen mukaan mittari soveltuu kommunikointiin kykenemättömien, vaikeaa muistisairautta sairastavien vanhusten kivun mittaamiseen.

Kipua opinnäytetyön haastatteluiden mukaan arvioitiin myös fysiologisten muutosten perusteella kuten hikiyys, kalpeus ja vitaalielintoiminnot. Jäniksen (2009) mukaan on kuitenkin huomioitava, että peruselintoimintoihin vaikuttavat kivun lisäksi hyvin monet eri tekijät kuten sairaudet, lääkitykset, tunnetila, toiminta- ja hoitoympäristö. Näin ollen akuutin kivun mittaaminen peruselintoimintojen avulla on epävarmaa.

Opinnäytetyön haastatteluiden perusteella hoitajat kokivat saattohoitopotilaiden kivun arvioinnin olevan hankalaa ja vaikeaa. Hoitajat kokivat muun muassa epävarmuutta kivun arvioinnissa. Burns & Mcilfpatrick (2015) toteavat kirjallisuuskatsauksessaan, että jos hoitajat kokevat kivun arvioinnin olevan hankalaa, sen toteuttaminen tulee olemaan myös alhaista.

Opinnäytetyön haastattelujen mukaan hoitajat tekivät omaisten kanssa yhteistyötä kivun arvioinnissa ja omaisilta saatiin tärkeää tietoa potilaan kivusta. Anttosen, Kvistin & Nikkosen (2009) tutkimuksen mukaan Terhokodissa omaiset olivat arvioineet omaisten osallistumismahdollisuudet saattohoidon laatua nostavaksi tekijäksi. Opinnäytetyön haastatteluista nousi myös esille, että saattohoitopotilaille pitäisi pystyä järjestämään oma rauhallinen ympäristö. Anttosen, Kvistin & Nikkosen (2009) tutkimus tukee tätä huomiota, sillä heidän tutkimuksen mukaan saattohoidon laatua oli nostanut muun muassa mahdollisuus perheen yhdessä oloon sekä yksityisyyden mahdollistaminen. Tutkimuksen mukaan myös potilaiden fyysisistä tarpeista huolehtiminen ja potilaan hyvä huolenpito nostivat saattohoidon laatua. Samoin opinnäytetyön haastatteluista ilmeni, että hoitajat kokevat tärkeäksi huomioida hyvä saattohoitopotilaan perushoito, kuten esimerkiksi hygienia ja asentohoito.

Opinnäytetyön haastatteluun osallistuneet hoitajat kokivat, että henkinen kipu tulisi ottaa huomioon tärkeänä osana kivun hoitoa ja hoitajilla tulisi olla aikaa keskustella potilaiden kanssa. Hoitajat kokivat kiireen ja resurssipulan jopa esteeksi hyvälle kivun hoidolle. Saattohoidon laatua heikensivät Anttosen ym. (2009) mukaan muun muassa kahden hengen potilashuoneissa toisen potilaan saattohoidosta johtuvat tekijät. Muita saattohoidon laatua heikentäviä tekijöitä oli henkilökunnan riittämättömyys ja tiedolliset puutteet saattohoidosta. Lipponen ja Karvinen (2015) toteavat myös tutkimuksessaan, että esteinä kokonaisvaltaiselle hoidolle koettiin olevan ajan ja osaamisen puutteet. Liian pienen henkilöstömitoituksen vuoksi saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja tukemiseen ei koettu olevan aikaa eikä riittävää osaamista. Burns & Mcilfpatrickin (2015) tutkimus osoittaa myös, että sairaanhoitajat kokivat, että kivun arviointi on tärkeää, mutta aikaa asianmukaiseen kivun arviointiin on liian vähän. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tuli myös esille, että esteinä tehokkaalle kivun arvioinnille ja hoidolle ovat muun muassa tiedon puute, koulutuksen vä-

häisyys, kiire ja sairaanhoitajien työkuorman kasvu. Suuri sairaanhoitajien työkuorma, vajaa henkilöstömäärä ja kiire vaikuttivat kivun arviointiin. Ajanpuute vaikutti myös tiedon kulkuun potilaiden kivusta vuorojen vaihtuessa.

Opinnäytetyön haastatteluista ilmeni, että hoitajilla ei ollut luottamusta lääkäreiden ammattitaitoon saattohoitopotilaan kivun hoidossa. Nuorten lääkäreiden kokemattomuus näkyi siinä, etteivät he uskaltaneet määrätä vahvoja kipulääkkeitä. Hoitajat myös kokivat, että lääkäreitä pitää kovistella ja patistella määräämään lääkkeitä sekä lääkäreiden asenteet koettiin esteeksi hyvälle saattohoitopotilaan kivunhoidolle. Burns & McIlpatrick (2015) tuovat esille, että heikko ammattiryhmien välinen kommunikaatio on este tehokkaalle kivun arvioinnille ja hoidolle. Lääkärin ja sairaanhoitajan välinen kommunikaatio sekä luottamus ovat keskeistä tehokkaassa kivun hoidossa. Lääkäreiden osoittama luottamuksen puute sairaanhoitajan tekemään kivun arviointiin saattoi johtaa haluttomuuteen määrätä potilaalle kipulääkkeitä, mikä omalta osaltaan johtaa heikentyneeseen kivun hoitoon. Myös Lipponen & Karvinen (2015) toteavat tutkimuksessaan, että hoitajien ja lääkäreiden yhteistyössä ilmeni ristiriitaisuutta ja niiden aiheuttajaksi arveltiin olevan usein erilainen käsitys saattohoidosta ja sen sisällystä.

Bass (2011) tuo esille, että on olemassa myyttejä vahvoista kipulääkkeistä. Useat terveydenhuollon ammattilaiset ja yhtäläillä potilaat kuin omaisetkin pelkäävät, että korkeampi ja/tai lisääntynyt kipulääkettä aiheuttaa riippuvuutta tai nopeuttaa kuolemaa. Tämä ei pidä kuitenkaan paikkaansa. Toisin kuin esimerkiksi huumeidenkäyttäjillä, potilaat jotka ottavat opiaatteja koviin kipuihinsa, opiaatit eivät aiheuta riippuvuutta, koska ne käytetään hyväksi kipureseptoreissa. Opinnäytetyön haastatteluista ilmeni, että nuoret lääkärit, eivät uskalla määrätä saattohoitopotilaille vahvoja kipulääkkeitä. Lääkärit hoitajien kertoman mukaan pelkäävät potilaan tilan romahtavan. Lipposen ja Karvisen (2015) tutkimuksesta nousi esille samankaltaisia tuloksia. Tutkimuksen mukaan saattohoitopotilaan kivun hoitoa jopa välteltiin, koska sen pelättiin aiheuttavan lääkeriippuvuutta tai aiheuttavan lääkkeiden yhteis- ja sivuvaikutuksia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että myös hoitajilla on kammoa lääkittä kuolevaa potilasta.

Opinnäytetyön haastatteluiden mukaan jokainen haastatteluun osallistuja kaipasi lisää koulutusta saattohoidosta laajemmin sekä kipulääkkeistä, kivun arvioinnista ja kivun mekanismeista. Lipponen ja Karvinen (2015) nostavat esille samansuuntaisesti omassa tutkimuksessaan, että oireenmukaiseen hoitoon ja erityisesti saattohoitopotilaan kivun hoitoon kaivattiin koulutusta. Tämän lisäksi nuorille lääkäreille toivottiin lisää tietoa voimakkaista kipulääkkeistä ja kivunlievityksestä saattohoidossa. Lipposen ja Karvisen (2015) tutkimuksen mukaan saattohoitoon tulevat potilaat lisäävät hoitotyön vaatavuutta sekä eri yksiköissä toimivien henkilöstöryhmien koulutustarpeita. Hoitajien näkökulmasta tutkimuksessa toivottiin lisää koulutusta saattohoidosta sekä huomioimalla osastotyössä hoitohenkilökunnan riittävyys. Tämän tutkimuksen mukaan koko henkilöstö toivoi eniten koulutusta muun muassa kivunhoidosta. Hyvä saattohoito Suomessa -suositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010) nostaa

esille henkilöstön koulutustarpeet. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tulisi suunnata koulutusta saattohoitoa toteuttavien ammattihenkilöiden perus- ja erikoisosaamisen kehittämiseen. Suositusten mukaan kaikkien saattohoitoa toteuttavien yksiköiden tulisi tarjota sekä hoitohenkilökunnalle sekä lääkäreille koulutusta nimenomaan saattohoitopotilaan kivunlievityksestä, hoitomenetelmistä sekä hoitokäytänteiden yhtenäistämistä. Suositusten mukaan näyttöön perustuva saattohoito edellyttää ajankohtaisen ja uuden tiedon päivittämistä sekä ammattihenkilöstön ammattitaidon kehittämistä koulutuksissa. Hoitohenkilöstön osaaminen edistää saattohoitopotilaiden hoidon tasalaatuisuutta sekä yhdenvertaisuutta. Opinnäytetyössä hoitajat kokivat eriarvoisuutta koulutuksiin pääsemisessä ja vuodeosastolla koulutukset ovat jääneet vähemmälle tai koulutuksia on huonosti järjestetty.

## 7.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Kivun arviointi on tärkeä osa saattohoitopotilaan onnistunutta kivunhoitoa. Hyvä ja yhtenäinen kivun arviointi nostaa saattohoidon laatua. Jokaisen hoitajan tulisi tehdä vuorossaan saattohoitopotilaasta kivun hoidon kokonaisarvio. Myös kivun arvioinnin kirjaamista tulisi kehittää. Yhtenäiset kirjaamisen käytännöt takaavat saattohoitopotilaiden hoidon jatkuvuuden. Hyvin tehty kivun arviointi helpottaa eri ammattiryhmien välistä kommunikaatiota. Kivun tilanteen kuvaaminen esimerkiksi kipumittaria käyttäen selkeyttää potilaan kivun voimakkuuden astetta. Tämä helpottaa muun muassa lääkäreitä lääkkeiden määräämisen päätöksenteossa ja sairaanhoitajia lääkkeen antamisen päätöksenteossa. Opinnäytetyössä ilmeni, että hoitajat kokivat joutuvansa kannustamaan lääkäreitä määräämään vahvempia kipulääkkeitä. Osasyys saattaa olla puutteellinen kivun arviointi. Osastolla tulisi sopia yhtenäiset käytännöt kivun arviointiin ja hoitajien sitoutua niitä noudattamaan. Koulutus kivun arvioinnin koko prosessista olisi hyödyllistä koko henkilöstölle.

Osastolla tulisi ottaa saattohoitopotilaan kivunarvioinnissa käyttöön kipumittari. Kipumittarin käyttö yhtenäistää kivunarvioinnin käytänteitä ja tasa-arvoistaa potilaiden saamaa kivunhoitoa. Samaa kipumittaria käytettäessä kivunarvioinnissa ovat niistä saadut tulokset myös vertailukelpoisia toisiinsa nähden. Tällä saadaan luotettavaa tietoa myös hoidon tuloksista. Tällä osastolla olisi hyötyä lääkäreiden tekemästä kipulääkesuosituksesta, joka pohjautuu kipumittareista saatuihin tuloksiin. Esimerkkinä erään kirurgisen vuodeosaston käyttämä kipulääkesuositus (Liite 5). Kivun arvioinnista ja kipumittarin käytöstä tulisi saada hoitohenkilöstölle koulutusta.

Haastatteluista nousi esille kehittämissuhteus. Haastattelussa ehdotettiin, että lääkärit laativat kyseiseen yksikköön saattohoitosuosituksen. Tämä suositus yhtenäistäisi saattohoitopotilaiden hoitoa ja nostaisi saattohoidon laatua. Tämä takaisi sen, että käsitys saattohoitopotilaan hoidosta olisi samalla tasolla koko henkilöstöllä. Yksikköön tarvitaan myös hoitohenkilöstön ja lääkäreiden yhteisiä koulutuksia, se tukisi myös osaltaan edellä mainittua asiaa.

Haastatteluista kävi ilmi, että saattohoitopotilaiden saavuttua osastolle jatko-  
hoitoon, kipulääkkeet lääkelistoilla saattavat olla vajavaiset. Suosittelemme,  
että vuodeosastolla otettaisiin käytänteeksi se, että talon oma lääkäri tarkistaisi  
saattohoitopotilaiden lääkelistat potilaan saavuttua osastolle. Tällöin pystytään  
puuttumaan pikimmiten kipulääkkeiden puutteisiin lääkelistoilla. Tämä vähen-  
täisi hoitajien työkuormaa, kun soittaminen päivystäville lääkäreille vähenisi.  
Jos lääkäriä ei ole paikalla potilaan saapuessa, lääkelista kipulääkkeiden osalta  
tarkistettaisiin lääkärin toimesta heti, kun se on mahdollista.

Kivunhoito kehittyi maailmalla koko ajan. Säännöllinen koulutus kivunhoi-  
dosta hoitohenkilöstölle takaa hyvän ja ajantasaisen ammattitaidon kivunhoi-  
dossa. Tämän opinnäytetyön merkitys hoitajille on mielestämme tärkeä. Toi-  
vomme, että hoitohenkilöstö saisi koulutusta aiheesta sekä yhtenäiset menetel-  
mät kivun arviointiin, sillä saattohoitopotilaan kivunarviointi on haastavaa ja  
moninaista. Opinnäytetyön tulokset ja aikaisemmin tehdyt tutkimukset tukevat  
vahvasti toisiaan.

Jatkossa tutkimuksen voisi uusia jonkin ajan kuluttua ja katsoa, mikä on silloin  
tilanne. Tutkimuksen voisi myös uusia siltä osin, onko kipumittarin käyttöön-  
otto ja kivun arvioinnin yhtenäistäminen toteutunut ja ovatko edellä mainitut  
muutokset helpottaneet saattohoitopotilaiden kivunarviointia. Koulutuksen  
vaikuttavuutta kivunarviointiin voisi tutkia jatkossa sekä tutkia kivun kirjaami-  
sen toteutumista.

## LÄHTEET

- Anttonen, M., Kvist, T. & Nikkonen, M. 2009. Omaisten arvioima saattohoidon laatu Terhokodissa. *Hoitotiede* 21 (1), 45–53.
- Bass, M. 2011. Understanding and managing pain in palliative care. *Nursing & Residential care* 13 (2), 66–70.
- Burns, M. & Mcilfattrick, S. 2015. Palliative care in dementia: literature review of nurses' knowledge and attitudes towards pain assessment. *International journal of palliative nursing* 21 (8), 400–407.
- Burton, B. & Giovambattista, Z. 2011. Assessing the impact of breakthrough cancer pain. *British journal of nursing* 20 (10) 14–19.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita.
- Hakala, T. 2015. Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa: kirjallisuuskatsaus. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. *Hoitotiede*.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. *Tutkimushaastattelu*. Tallinna: Raamatutrükikoda.
- Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. *Elämän puu*. Keuruu: Otava.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. *Hoida ja kirjaa*. 7.–8. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Jänis, P. 2009. Puhumattoman kehitysvammaisen ihmisen kivun arviointi ja hoito. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. *Hoitotieteen laitos*.
- Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. 2009. *Kipu*. Keuruu: Otava.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Käypä hoito. 2012. *Kuolevan potilaan oireiden hoito*. Viitattu 18.6.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00072&suositusid=hoi50063>
- Lempinen, J., Hamunen, K., Palkama, V., Pakanen, V., Pöysti, R. & Ravaska, P. 2014. Suositus leikkauksen jälkeisen akuutin kivun hoidon järjestämisestä. Viitattu 9.7.2016. [https://www.say.fi/application/files/3214/5484/2042/Suositus\\_leikkauksenjalkeisen\\_akuutin.pdf](https://www.say.fi/application/files/3214/5484/2042/Suositus_leikkauksenjalkeisen_akuutin.pdf)

Lipponen, V. & Karvinen, I. 2015. Palliatiivista ja saattohoitoa koskevat koulutustarpeet hoitohenkilöstön ja lääkäreiden kuvaamina. *Gerontologia* 29 (3), 152–163.

Määttä, M. & Kankkunen, P. 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa demensiaa sairastavien kivun arvioinnissa. *Hoitotiede* 21 (4) 282–293.

Pakkala, I. 2008. Krooninen kipu. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 28.6.2016. <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>

Pesonen, A. 2011. Kivun mittauksen ja kivun hoidon kliinisiä tutkimuksia iäkkäillä potilailla pitkäaikaishoidossa ja sydänkirurgian jälkeen. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 8.7.2016. [http://www.finnanest.fi/files/vaihtos\\_pesonen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/vaihtos_pesonen.pdf)

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 9.2.2016. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

PKSSK. 2014. Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaamiseen pitkälle edenneessä dementiassa. Viitattu 26.8.2016. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

Pöysti, R. 25.8.2016. Kipulääkesuositus. Vastaanottaja Miia Patala. Sähköpostiviesti. Viitattu 13.9.2016.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, M-L. & Siltanen, H. Hoitotyön suositus. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Viitattu 9.7.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf)

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

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu (6). Viitattu 25.8.2016. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Tasmuth, T. 2014. Mitä on saattohoito? Lääketieteellinen näkökulma. Viitattu 9.2.2016. [http://www.ekumenia.fi/data/liitteet/tiina\\_tasmuth\\_pp-esitys.pdf](http://www.ekumenia.fi/data/liitteet/tiina_tasmuth_pp-esitys.pdf)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Viitattu 8.7.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p\\_artikkeli=kha00025](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.plain?p_artikkeli=kha00025)

Vanhusten kivunhoito. 2016. Kivun mittaaminen. Viitattu 8.7.2016. <http://vanhustenkivunhoito.toimija.fi/kivun-mittaaminen/>

## KIPUMITTARIT

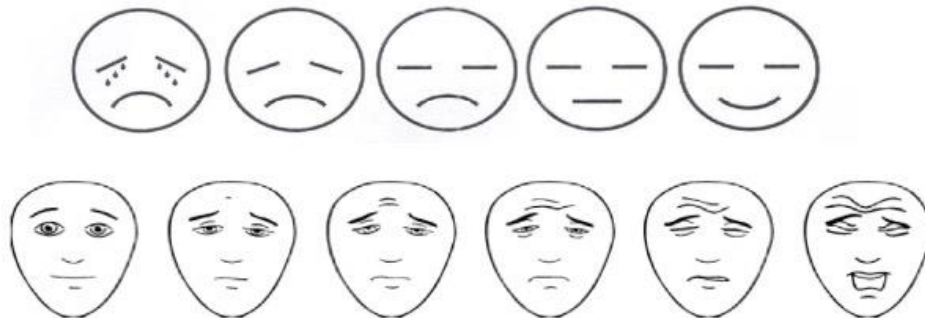
- **VAS** (Visual Analogue Scale, visuaalinen analoginen kipumittari), joka on 100 mm pitkä horisontaalinen jana, jonka toinen pää tarkoittaa kivuttomuutta ja toinen pää sietämätöntä kipua.



- **NRS** (Numeric Rating Scale, numeerinen kipumittari), joka on 11-portainen asteikko, jossa numero nolla tarkoittaa kivuttomuutta ja 10 sietämätöntä kipua.



- **VDS** (Verbal Descriptor Scale, sanallinen kipumittari)  
**Ei kipua – lievä kipu – kohtalainen kipu – voimakas kipu – sietämätön kipu**
- **FPS** (Faces Pain Scale, kipukasvomittari)



Kuva 1. Lähde: Salanterä, S. Heikkinen, K. Kauppila, M. Murtonen, M-L. & Siltanen, H. Hoitotyön suositus. Aikuis potilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö. Viitattu 26.8.2016. [http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf)

PAINAD

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	tulos
<i>Hengitys</i>	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä	
<i>Negatiivinen ääntely</i>	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai voihketta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihketta. Itkua.	
<i>Ilmeet</i>	Hymytön tai ilmeetön.	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää	
<i>Elekieli</i>	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
<i>Lohduttaminen</i>	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.	
			Pisteet yhteensä:	

Taulukko 1. Lähde: PKSSK. Pain assessment in advanced dementia (PAINAD) -mittari potilaan kivun mittaamiseen pitkälle edenneessä dementiassa. Viitattu 26.8.2016. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/PAINAD-mittari.pdf/e1887e67-0c2f-4850-a42a-7de27eb7546b>

## HAASTATTELURUNKO OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

### Taustatiedot

- 1) Mikä on ammattinimikkeesi?
- 2) Kauanko olet ollut hoitotyössä?
- 3) Oletko saanut koulutusta a) saattohoidosta b) kivun hoidosta / arvioinnista, jos olet niin millaista?

### Saattohoitopotilaan kipu

- 1) Millaista kipua saattohoitopotilailla esiintyy?
  - Miten kipu esiintyy?
- 2) Millaista on saattohoitopotilaan hyvä kivunhoito?
  - Miten saattohoitopotilaan kivunhoito toteutuu tällä hetkellä yksikössäsi?
  - Mitä apuvälineitä ym. resursseja sinulla on käytettävissäsi kivun hoidossa?
  - Mitkä ovat esteitä hyvälle kivunhoidolle?

### Kivun arviointi

- 3) Miten arvioit saattohoitopotilaan kipua?
  - Koska/ kuinka usein kysyt saattohoitopotilaalta kivusta?
  - Kuinka toimit potilaan vastauksen pohjalta?
  - Miten toimit kommunikoidun potilaan kohdalla?
  - Mistä muualta saat tietoa potilaan kivusta?
- 4) Miten kivun arvioinnin kirjaaminen toteutuu tässä yksikössä?
  - Mitä kirjaatte kivun arvioinnista?
  - Miksi ei toteudu/ mitkä asiat ei toteudu?
  - Miten toteutunut kivun kirjaaminen näkyy? Mitä asioita silloin on kirjattu?

5) Miten voit vaikuttaa saattohoitopotilaan saamaan kivun hoitoon?

- Miksi et voi vaikuttaa?

- Miten voit vaikuttaa lääkärin määräyksiin? Vai voitko vaikuttaa niihin?

#### Saattohoitopotilaan kivun arvioinnin kehittäminen

6) Millaiseksi arvioit saattohoidon laadun omassa työyksikössäsi?

- Mikä tekee siitä hyvää/huonoa?

7) Miten kehittäisit saattohoitopotilaan kivun arviointia yksikössäsi?

- Millä osa-alueella haluaisit kehittää kivun arviointia?

- Miksi koet, ettei yksikössäsi ole tarvetta kehittämiseksi?

8) Kaipaako lisää koulutusta saattohoitopotilaan kivun hoidosta / kivun arvioinnista?

- Miksi koet, että et tarvitse koulutusta?

- Millaista koulutusta kaipaavat?

- Onko vielä jotain mitä haluaisit kertoa tai lisätä?

## SUOSTUMUS HAASTATTELUUN OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa Forssan yksikössä sairaanhoitajiksi hoitotyön koulutusohjelmassa. Päämääränä on valmistua syksyllä 2016.

Opinnäytetyömme liittyy saattohoitopotilaan kivunhoidon arviointiin. Tarkoituksenamme on tehdä päättötyö Virtain terveystieteiden vuodeosastolle. Tavoitteenamme on selvittää, miten yksikön hoitajat tunnistavat saattohoitopotilaan kivun, miten hoitajat arvioivat kipua ja miten he kokevat kivun hoidon onnistumisen sekä sen mahdollisia kehitystarpeita kivun hoidossa tulevaisuudessa. Tarkoituksenamme on esittää kehittämissuhteita yksikölle kyselyyn pohjautuen. Toteutamme opinnäytetyön teemahaastattelukyselyllä vuodeosaston hoitajilta.

Nyt sinulla on mahdollisuus vaikuttaa omaan työhösi. Tule mukaan kehittämään saattohoitoa kanssamme! Toivomme yhteistyötä yhteisen asian kehittämisen eteen ja pyydämmekin suostumustasi teemahaastattelukyselyyn. Haastattelut tallennetaan. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajien henkilöllisyys tule opinnäytetyössä esille. Haastattelutulokset säilytetään huolella ja tuhoetaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Osallistujien kesken arvotaan tuotepalkinto.

Vastaamme mielellämme teitä askarruttaviin kysymyksiin. Yhteyttä voit ottaa sähköpostilla tai puhelimitse.

Miia Patala: [miia.patala@student.hamk.fi](mailto:miia.patala@student.hamk.fi) Puh: 041-4344267

Terhi Palander: [terhi.palander@student.hamk.fi](mailto:terhi.palander@student.hamk.fi) Puh: 040-8253715

Suostun haastatteluun

---

Pvm, allekirjoitus ja nimenselvitys

Ystävällisin terveisin,  
Miia Patala & Terhi Palander

KATEGORIATAULUKOT

## Yläkategoria: Saattohoitopotilaan kipu

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Saattavat itse sanoa, joku saattaa sanoa ihan, että kun olisi jalka muurahaispesässä, no se on silloin varmaan aika polttavaa kipua.	Polttava	
Se vaihtelee joku sanoo että jomottaa niin tosta rinnasta tai no tänään viimeksi potilas sanoi, että ylävatsalla on semmosta niin kun poltetta ja sit on syöpä levinnyt niin oli kyljet kauheen kipeet tuolta takaa jotenkin pistosmaisesti, viiltävästi	Jomottava Viiltävä Pistävä	
Yleensä on kovat kivut.	Kova kipu	Saattohoitopotilaan
Sitten tota tämmöstä, läpilyöntikipua.	Läpilyöntikipu	kivun tyypit
Mutta, no kaikkee sellasta kolotusta varmaan on	Kolottava	
No kipuhan on ihan fyysistä, joka voi nyt johtua esimerkiksi syöpäsairaudesta ja sehän nyt voi olla jomottavaa, jäytävää, kalvavaa, säteilevää, polttavaa	Jäytävä Säteilevä	
No välillä kun on vanhuksia suurin osa niin heidänhän on vähän vaike myös kuvailla, että onko se pistävää, polttavaa, tylppää, mitä ikinä	Tylppä	
No, potilaat on itkusia, ne voi suorastaan ilmasta sen sanomalla tai sitten kasvojen ilmeet, monesti kertoo sen, että naama on silleen irvistyksessä niin siitä voi olettaa, että potilas on kovaa kipua kärsivä tai sitten sanallisesti ilmaisemalla	Sanallinen ilmaisu Kasvojen ilmeet	Saattohoitopotilaan kivun
Ilmeet, eleet, käyttäytyminen, levottomuus ja sitten tietysti ihan kyselen jos sattuu oleen niin, että potilas osaa itse vastata	Käyttäytyminen	ilmeneminen
Joskus näkee ihan pää hiestämärkänä, että on ollut joku kipukohtausta tai muuta semmosta	Fyysiset oireet	

## Yläkategoria: Saattohoitopotilaan kivun hoito

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Kivuton olotila, siihen pitäisi pyrkiä, mun mielestä ei tarvi enää kärsiä viimeisinä hetkinä mistään	Kivuton potilas	
Sen pitäis olla joku jatkuva muoto esimerkiksi laastarit, kipupumppu	Jatkuva kivunhoito	
Hyvä lääkitys pohjalla	Hyvä lääkitys	Saattohoitopotilaan hyvä
Se olis suunnitelmallista	Suunnitelmallisuus	kivunhoito
Ettei näitä kauheita kipuvaiheita olis ja rauhallinen ympäristä, perushoito hyvää.	Hyvä perushoito	
	Rauhallinen ympäristö	
Monilla on just se että, joillain voi auttaa just se puhuminenkin siinä, että sitä aikaa pitäis kyllä antaa	Aikaa keskusteluun	
Pääsääntöisesti huonosti	Huonosti	
Noo, tota mää sanoisin, että kohtalaisesti	Kohtalaisesti	
No kipulääkettä saavat kaikki, kuolevat ja kipeät potilaat, mutta ei se kauhean laadukasta ole	Ei ole laadukasta	Kivun hoidon toteutuminen
Että, sekin sitten paljolti on niin tavallaan hoitaja kohtainen	Hoitaja kohtaiset erot	
Koska meillä ei välttämättä ole edes sitä lääkäriä paikalla	Ei ole lääkäriä osastolla	
Meillä on ne decupituspatjat, geelipatjat, sitten tota asentohoidossa käytetään niitä tyynyjä ja muuta tällästä	Erikoispatjat	
	Tukityyny	
No ensinnä kaikki asentohoito, kaikki semmoinen huomioiminen	Asentohoito	
No lääkkeet tietenkin asentohoidot, niistä saattaa olla apua	Lääkkeet	Apuvälineet kivun hoidossa
Kylmäpakkaukset saattaa auttaa	Kylmäpakkaukset	
Ihan vaikka hieroo taikka, se on tärkeintä se läsnäolo ja puhuminen	Hoitajan läsnäolo	
	Hieronta	
Minä hoitajana persoonana pystyn empaattisuudella rauhoittamaan	Hoitajan persoona	

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Puutteelliset lääkemääräykset, liian pieniä annoksia ja liian harvoin määrätään	Liian pienet kipulääke määrät	
Niin ei kuitenkaan sanotaanko nyt semmosta tasia jotenkin siihen kivunhoitoon esimerkiksi nuoria ja kokemattomia lääkäreitä	Nuorten lääkäreiden arkuus	
Ei sitä osaston omaa lääkäriä ole siinä paikalla, niin sitten me joudutaan turvautumaan päivystävään lääkäriin	Osastonlääkärin puute	
No tää tilanpuute ja kiire ja tää kauheen levoton ilmapiiri ja epävarma tilanne, mutta toivotaan, että tän remontin myötä sitten saatais ja se resurssipula	Resurssipula Kiire	Esteet hyvälle kivun hoidolle
Hoitajien asenteet, sitä että tavallaan aliarvioidaan sitä potilaan omaa kivun ilmaisua	Hoitajien asenteet	
Eikä oo sellasta yhtenäistä linjaa ja toisaalta nyt kun ehkä ollaan tietyllä tavalla siis ei olla kaikissa asioissa ihan 2000- luvulla se hoidon jatkuvuus ei toteudu	Kivun arvioinnin yhteisten käytänteiden puute Jatkuvuuden puute	
Se olis suunnitelmallista, eikä olis kattorajaa esimerkiksi Morkussa	Suunnitelmallisuuden puute	
Kukaan ei kuitenkaan siihen sitten oikein panosta, ei järjestetä koulutuksia	Koulutuksen puute	
Sitten meiltä puuttuu se kipupumppu, joka olis monellekin tosi hyvä	Kipupumppujen puute	
Mun mielestä täällä on viä vähän semmosta sanoisko alkukantasta se kun täällä ei oo sit kipumittaria	Kipumittarin käytön puute	
Kaikki ei välttämättä meille sitä kerro kuinka kipeitä ne todellisuudessa on	Potilas ei kerro kivusta	

## Yläkategoria: Saattohoidon laatu

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Semmosta keskitasoa, että ei mitään huippua mutta ei ihan huonoakaan	Keskitasoa	
Se on sitten aika epätasaista tavallaan	Epätasaista	Saattohoidon
Kehitettävää on mutta on niinkun hyväkin on paljon	Kehitettävää on vielä	tila
Omaisille annetaan yleensä mahdollisuus, että voi jäädä viimepäivinä sitten ihan yöksikin siihen jos haluaa	Omaisilla yöpymis mahdollisuus	
omaisten kanssa ja kuunnellaan ja jutellaan ja pyritään pysähtymään siihen vaikka oliskin kiire	Omaisten huomiointi	
Omaisekin ku se on niillekin ihan hirvee tilanne ja kuunnella vähän niittenkin toiveita ja näin.	Omaisten toiveiden kuuntelu	Hyvää saattohoidossa
Et jos mä oisin täällä potilaana, niin mulle tulis sellanen tunne, että musta välitetään	Potilaista välitetään	
Huolehditaan hyvin siitä asento- hoidosta	Asento- hoidosta huolehtiminen	
Kaikkien mielestä se on tärkeä asia	Saattohoito koetaan tärkeäksi	
Käydään kattoon usein potilasta	Potilaita käydään usein katsomassa	
No tää tilanpuute ja kiire	Tilanpuute Kiire	
Koska meillä ei oo esimerkiksi vakituista osaston lääkäriä	Lääkärin puute	Huonoa saattohoidossa
Suppee kirjaus, se on se, mikä tekee heikompaa	Suppea kirjaaminen	
Käytännöt pitäis olla yhteneväisiä	Kivun hoidon yhteneväisyys	

## Yläkategoria: Saattohoitopotilaan kivun arviointi

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Potilasta tarkkailemalla ja kuuntelemalla ja kyselemällä	Kuuntelemalla potilasta	
	Potilaan haastattelu	Sanallinen kivun arviointi
	Kyselemällä kivusta	
Miten potilas itse sitä kipuaan kuvailee	Potilas kuvailee itse kipua	
Noh, kokonaisuudesta, ne on taas ne eleet, ilmeet, katseet, liikkeet, sanat	Liikkeet	
	Eleet	
	Katseet	
Juuri olemus, katse, ilme, ihon väri, kosteus, hengitys, syke, liikehdistä	Olemus	
	Ihon väri ja väri	
	Liikkeet	
	Hengitys	Kommunikoimattoman potilaan viestintä kivusta
Juuri ne ilmeet, eleet, tuskaisuus ja tunteet siinä, juuri se levottomuus	Levottomuus	
	Tuskaisuus	
Ja se valvominen yöllä, tämmöisellä potilaalla varmaan viittaa siihen kipuun	Valvominen	
Käännettäessä saattaa ääntelehtiä, valittaa	Ääntely ja valitus	
tyypilliset kutristaa otsaa tai on vihainen tai tarraa jokin hirveesti	Tarraaminen	
	Otsarypyt	
Saattaa mennä naama irvistykseen	Irvistys	
Sitä tai jos pistää vastaan niin voi itte hokata, että on varmaan kipee	Vastustelu	
Omaisilta, ne tuntee läheisensä kaikista parhaiten	Omaisilta saatu tieto	
Potilasasiakirjoista ja työkavereilta	Potilasasiakirjat	Muualta saatu tieto potilaan kivusta
	Raportti hoitajilta	
Sitten täytyy tietenkin ottaa huomioon meidän eri ammattiryhmät, laitosalaiset ja fysioterapeutit	Muilta ammattiryhmiltä saatu tieto	

## Yläkategoria: Kivun arvioinnin kirjaaminen

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Sehän kirjoitetaan siihen että kipuun ja mihin kipuun	Mihin kipuun lääke on annettu	
Mittarilla näkis että, mikä aste se on ja näin	Kivun asteen kuvaus	
Missä kipua on ja minkälaista se on	Missä kipu on	Hyvä kivun kirjaaminen
	Minkälaista kipu on	
Myöhemmin semmosen arvioinnin että onko se lääke auttanut vai ei	Onko kipulääke auttanut	
No siinä on ensiksi se ennen kun on annettu lääkettä se lähtötilanne kuvailtu	Lähtötilanteen kuvailu	
No ensinnä kaikki asentohoito, kaikki semmoinen huomioiminen	Auttaako kipuun hoitotyönkeinot	
Yleensä kirjataan se, että pyytääkö itse vai onko vaan viety	Onko potilas itse pyytänyt lääkettä	
Siellä on semmoinen kohta, arviointi kohta jossa on ennallaan, huonontunut tai parantunut sen jälkeen	Jatkoarvio lääkkeen annon jälkeen	
Sehän kirjoitetaan siihen että kipuun ja mihin kipuun	Millaiseen kipuun lääke on annettu	Kivun arvioinnista kirjataan
Kommunikointottomat potilaat, jotka eivät osaa itse sanoa, niin nehan on sit levottomia ja irvistelyt ja äännähtenyt niin ne saattaa kertoa siitä kivusta, tällaiset asiat kirjataan	Ilmeet ja eleet	
Kyllä nyt kirjataan tonne sillain suhteellisen hyvin, että mitä on annettu, koska on annettu	Koska lääke on annettu	
Mutta sitten se jatkoarvio siitä niin se jää usein siitä tai sitä ei oo ollenkaan	Jatkoarvio lääkkeen annon jälkeen	
Että seuraavakin sitten tietää, millasta se kipu on ollut ja mikä kipulääke on auttanut	Millaiseen kipuun lääke on annettu	Kivun kirjaamisessa ei toteudu
	Mikä lääke on auttanut kipuun	
Semmoinen mihkä pitäis kiinnittää huomiota, että jokakerran kysyä, missä se kipu on ja minkämoimen on	Missä kipu on ollut	

## Yläkategoria: Hoitajan vaikutusmahdollisuudet kivun hoidossa

Autenttiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria
Noo, puhumalla lääkärille, kertomalla lääkärille, että minkälaista se kipu on ja tietysti kertomalla muille hoitajille	Osastolla oleva lääkäri	
Mää otan päivystäjään yhteyttä tai siihen osaston lääkäriin että nää tarvii nyt enemmän lääkettä piste	Päivystävä lääkäri	Vaikutus reitit
Esimerkiksi sille hoitajalle, joka on kierrolla lääkärin kanssa	Viestitys sairaanhoitajalle	
Tarvittaessa soitetaan sinne acutaan ja eihän ne sielläkään tiedä potilaasta, että nehän antaa ihan sen perusteella, mitä me kerrotaan	Acutan päivystävä lääkäri	
Omainenkin pystyy vaikuttamaan, että jos omaisten kanssa puhuu, niin nekin menee puhuun lääkärille	Omaiset viestittävät lääkärille	
Juuri se, että omaiset voi kertoa, ettei auta toi kipulääke, siinä tehdään paljon yhteistyötä omaisten kanssa	Yhteistyö omaisten kanssa	
Kyselemällä tarpeeksi usein potilaalta onko kipua	Aktiivisesti kyselemällä kivusta	Hoitotyön auttamiskeinot
Mutta no sekin helpottaa se läsnäolo	Läsnäolo	
Just se asentohoidot esimerkiksi	Asentohoito	
Ne on sitten jotkut pienetkin asiat, vie ajatukset sitten muualle vähäks aikaa	Ajatusten vieni pois kivusta	

## Yläkategoria: Saattohoitopotilaan hoidon kehittäminen

Autenttiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria
Niin, meillä ehkä pitäis olla joku kipumittari tai joku tämmönen työkalu, minkä mukaan sitten arvioitais sitä kipua ja sitten toimitais sen mukaan myös	Kipumittarin käyttöönotto	
No, kyllähän se on se koulutus Niin olis sellanen yhtenäinen linja kaikilla	Koulutusta Kivun arvioinnin yhteiset käytänteet	Kivun arvioinnin kehittäminen
Ei ole mitään yhteneväistä käytäntöä mitenkä kirjattaisi	Kivun kirjaamisen yhtenäiset käytänteet	
Kivun hoitohan kehitty jatkuvasti, että siitä tietysti ja jos tulee jotain uusia kivun hoito menetelmiä, niin niitä	Kivun hoidosta	
Miksi ei sitä aina tarttis, semmosta, saattohoidosta yleensä	Saattohoidosta laajemmin	
Enemmän varmaan niin kun koulutusta muutenkin siitä kivun arvioinnista	Kivun arvioinnista	Koulutus
Sit vähän sitä, että mitä lääkkeitä on ja mitkä lääkkeet sopii niinkun mihinkäkin	Kipulääkkeistä	
Pirkanmaan hoitokodin luentoja, jossa he puhuu, kun he tietää ja he osaa, niin justiin sellasia luentoja	Asiantuntijaluentoja	
Ja mikä sen kivun siellä tuottaa, mitenkä sillä kipulääkkeellä pystytään siihen vaikuttamaan	Kivun mekanismeista	
On vaikeeta järjestää niitä rauhallisia paikkoja. Koska sitten loppuvaiheessa tarvis oman huoneen.	Saattohoituhuone	Muu kehittäminen
Vois ehkä ollu vaikka joku talon saattohoito suositus	Saattohoitosuositus lääkäreiltä	
Kipupumppuja, että sehän on hyvin tehokas	Kipupumput	

+

**KIRURGISEN AKUISPOTILAAN KIPULÄÄKESUOSITUS  
PERUSLÄÄKEVALIKOIMA 2016-2017**

VAIKUTTAVA AINE	KAUPPANIMI JA ANNOSTELU	VASTA-AIHEET
<b><u>LIEVÄ KIPU VAS 0-3</u></b>		
<b>parasetamoli</b>	PAMOL/-F/PANADOL FORTE (po)/ PARACEON (pr) 500-1000mg x 4/vrk PANADOL EXTEND(po) 1-2tbl x 3/ vrk PARACETAMOL 10MG/ML 1g x 4 (iv) max 4g/vrk ei pitkäaikaisesti yli 3g/vrk	vaikea maksan vajaatoiminta, vaikea vuotoherkkyys, vanhuksilla redusoi
<b>tulehduskipulääke naprokseeni</b>	PRONAXEN (po) 500mg x 2/vrk	ASA-yliherkkyys, astma (relatiivinen), hypovolemia, munuaisten vajaatoiminta, sydämen vajaatoiminta, maksan vajaatoiminta, akuutti vatsahaava, vuotoherkkyys, vanhuksilla harkitusti ja redusoiduin annoksin, myös psykelääkkeiden kanssa vuotoriski
<b>ibuprofeeni</b>	BURANA/IBUXIN (po) 400-800mg x 3 max 2400mg/vrk	
<b>diklofenaakki</b>	VOLTAREN/MOTIFENE DUAL 25-50mg x 3 max 150mg/vrk (po/pr/im/iv)	
<b>metamitsoli- pitofenoni</b>	LITALGIN 3-5ml x3 tai (po/pr/iv) 1-2 tbl x 3/vrk	
<b>etorikoksibi</b>	ARCOXIA (po) 30-120mg x 1/vrk	
<b>ketoprofeeni</b>	KETORIN (iv) 50-100mg x 3/vrk	
<b><u>KOHTALAINEN KIPU VAS 4-6</u></b>		
<b>tramadoli</b>	TRAMAL/TRADOLAN RETARD/ TRAMADOL RETARD (po/im/iv) 50-100mg 4 max 400mg/vrk	MAO-estäjät , psykelääkkeiden kanssa varoen
<b>parasetamoli+kodeiini 500mg 30mg</b>	PANACOD 1-2 tbl x 4 (po) max 8tbl/vrk	maksan vajaatoiminta sappitiehytspasmi
<b><u>KOVA KIPU VAS 7-10</u></b>		
<b>oksikodoni</b>	OXANEST 10mg/ml inj. im/iv OXYNORM 5-20mg kaps, 10mg/ml oraaliliuos (po) max 4-6x /vrk OXYCODONE (po) max 2 x /vrk RATIOPHARM 5-80mg depottbl TARGINIQ 5/2,5-40/20mg depottbl (po) max 2 x/vrk iv PCA oxanest	vaikea hengityksen vajaatoiminta, suolitukos, virtsaumpi, akuutti astma- ja sappikohtaus, paha munuaisten ja maksan vajaatoiminta (annos lasku) varoen addikteilla ja uniapnea potilailla

Kuva 2. Lähde: Pöysti, R. Sähköpostiviesti 25.8.2016.