

SAATTOHOIDETTAVAN
KIVUNHOITO JA -ARVIOINTI
VILLA GLIMSISSÄ

-Perehdytysmateriaali henkilökunnalle

Kirsi Ratilainen

Opinnäytetyö, syksy 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Ratilainen, Kirsi. Saattohoidettavan kivunhoito ja -arviointi Villa Glimsissä. Perehdytysmateriaali henkilökunnalle. 60 sivua, 2 liitettä. Marraskuu 2017. Diakonia-ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja AMK.

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä perehdytysmateriaali Villa Glimsiin henkilökunnalle aiheesta saattohoidettavan kivunhoito ja arviointi. Villa Glims on Espoolaisessa sairaalassa toimiva palliatiivisen- ja saattohoidon yksikkö. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa materiaalia, joka yhtenäistää toimintavan arvioida saattohoidettavan kipua sekä kivusta kirjaamista. Perehdytysmateriaalin on tarkoitus toimia kivun arvioinnin ja kirjauksen yhtenäistäjänä.

Opinnäytetyön teoriaosuus kirjoitettiin saattohoito-osaston henkilökunnalle laatimani kyselyn vastausten pohjalta. Kyselyllä kartoitettiin perehdytysmateriaaliin haluttavat osat alueet. Saattohoidettavan kipua, kivunhoidon toteutus ja tieto palliatiivisesta sedaatiosta, spinaalisesta kivunlievityksestä sekä kivunhoidon arvioinnista ja kirjauksesta, olivat toiveena perehdytysmateriaalin sisällöstä. Opinnäytetyöhön käytettiin materiaalina saattohoitoa ja kivunhoitoa käsitteleviä teoksia, tutkimuksia, raportteja ja hoitosuosituksia. Saattohoitoyksikössä työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat ja antoivat palautetta sekä kehittämisideoita perehdytysmateriaalin sisällöstä prosessin aikana.

Tuotoksena syntyi perehdytysmateriaali saattohoidettavan kivunhoidosta ja arviointimenetelmistä. Perehdytysmateriaali jaoteltiin selkeisiin osioihin ja tieto löytyy helposti. Perehdytysmateriaali toimii muistin tukena pohdittaessa kivun arvioinnin menetelmiä ja yhtenäistä kirjausta. Perehdytysmateriaalia koekäytettiin ja muokattiin saatujen palautteiden perusteella. Koekäytössä materiaali havaittiin toimintatapojen yhdistäjäksi ja hyväksi perehdytysmateriaaliksi uusille työntekijöille. Perehdytysmateriaali koettiin tarpeelliseksi.

Asiasanat: saattohoito, kivunhoito, kivun arviointi, perehdytysmateriaali

ABSTRACT

Ratilainen, Kirsi. Pain Management and assessment at Villa Glims. Orientation material for nurses.

60 Pages, 2 Appendices. Language: Finnish. November 2017.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Nursing. Degree: Registered Nurse.

The purpose of my thesis was to develop a unitary and unambiguous concept of evaluation of patient pain, care and enter up the patient record, regarding those in palliative care.

I had a job training period in the palliative care department in Espoo hospice and got the idea that I can improve the hospice care department's pain management and pain assessment. I made the orientation material idea together with the personnel of the palliative care department from the hospice Villa Glims.

The guidebook will help new nurses and students to work in a palliative care department. Moreover, they understand what helps palliative care pain management and pain assessment and how to enter up patient written assessment into patient record. The orientation material helps also a palliative care patient how to tell of their discomforts.

I made a questionnaire and the personnel answered as to what they want to have here in the orientation material. The literature material in my thesis has utilized the library service and different sorts of clue in the database. In the theoretical part I have used answers of nurses for the basis for compiling the orientation material.

The final result is the orientation material, which is easy to use. There is the expertise how to evaluate the patient symptoms and the care. And how I keep track of palliative care patients' pain management and pain assessment, together with how to enter up the patient record. This orientation material helps to remember what kind of symptoms the patient suffers from and helps nurses to ease the symptoms. The orientation material has been received well and it indispensable in all nursing. Villa Glims hospice nurses were interested in it and now they can have a better and unified assessment and record.

Key words: hospice care, pain management, pain assessment, orientation material

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 SAATTOHOITO	7
2.1 PALLIATIIVISEN HOIDON JA SAATTOHOIDON MÄÄRITELMÄ	7
2.2 HOITOTAHTO	8
2.3 OMAISTEN OSALLISUUS SAATTOHOIDOSSA	9
3 KUOLEVAN POTILAAN HOITAMINEN	11
4 KIPU JA HOITOMENETELMÄT	13
4.1 LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO	14
4.2 PALLIATIIVINEN SÄDEHOITO	15
4.3 SPINAALINEN KIVUN HOITO	15
4.4 PALLIATIIVINEN SEDAATIO	17
4.5 KIVUN LÄÄKEHOITO	18
4.5.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli	20
4.5.2 Opioidit	21
5 KIVUNHOIDON ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN	22
5.1 KIVUNHOIDON ARVIOINTI	22
5.2 KIVUNHOIDON KIRJAUS	25
5.2.1 Näyttöön perustuva hoitotyö	26
5.2.1 Totuudenmukainen ja ajantasainen kirjaaminen	26
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	28
6.1 LÄHTÖKOHDAT OPINNÄYTETYÖLLE	29
6.2 YHTEISTYÖTAHO	30
7 PEREHDYTYSMATERIAALI HENKILÖKUNNALLE	32
7.1 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU	33
7.2 WEBROPOL-KYSELY	35
7.3 PEREHDYTYSMATERIAALIN IDEOINTI JA SUUNNITTELU	36
7.4 PEREHDYTYSMATERIAALIN TOTEUTUS	37
7.5 PEREHDYTYSMATERIAALIN ARVIOINTI	39
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	41
8.1 OPINNÄYTETYÖPROSESSI	42
8.2 TUTKIMUKSEN EETTISYYS	43
8.3 LUOTETTAVUUS	45
8.4 JOHTOPÄÄTÖKSET	47
8.5 AMMATILLINEN KASVU	48
8.6 JATKOTUTKIMUSIDEAT	49
LÄHTEET	51
LIITE 1. KYSELY PEREHDYTYSMATERIAALIN SISÄLLÖSTÄ	59
LIITE 2 PEREHDYTYSMATERIAALI HENKILÖKUNNALLE	0

1 JOHDANTO

Kuolevalla potilaalla on oikeus hyvään saattohoitoon elämän loppuvaiheessa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Saattohoito valmistaa kuolevaa ja hänen läheisiään lähestyvään kuolemaan. Saattohoidettaessa ihmistä, toteutetaan hoito mahdollisimman inhimillisesti ja kuolevaa ihmistä sekä hänen läheisiään kunnioittaen. (Hänninen 2003.) Saattohoidettavalle ja hänen läheisilleen kerrotaan elämän loppuvaiheen oireista ja käytettävissä olevista kivun lievitysmenetelmistä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2004; Valvira 2008, saattohoito.)

Elämän loppuvaiheen tavallisia oireita ovat uupumus, ahdistuneisuus, masennus, ruokahaluttomuus, laihtuminen, ummetus ja hengenahdistus ja kipu. Erityisesti kipu oireena tulee voimakkaammin esille ja kuolevan on haasteellista hallita kipua itsenäisesti. (Rhen 2013, 68.)

Hyvään kivun hoitoon kuuluu säännöllinen kivun voimakkuuden arviointi sekä kipua lievittävien lääkkeiden antaminen. Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita, joiden avulla potilaat itse, läheiset ja hoitohenkilökunta arvioivat potilaan kivun voimakkuutta. (Salomäki & Laurila 2014, 871.) Lääkkeettömin menetelmin toteutettava oireita helpottava hoito on ensisijaisen tärkeää kivunhoidossa. Lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien lisäksi auttamiskeinoina ovat potilaan kuunteleminen, hänen tarpeiden ja toiveiden huomioon ottaminen sekä tukeminen käsittelemättömien asioiden selvittelyssä (Rhen 2013, 68). Saattohoidon parissa työskentelevillä henkilöillä tulisikin olla riittävä kivun hoidon osaaminen, kipu- ja saattohoidossa käytettävien lääkkeiden tunteminen ja niiden vaikuttavuuden arviointi yksilöllisyys huomioiden. (Hänninen 2003.)

Olin sairaanhoitajaopintoihin kuuluvassa harjoittelussa Puolarmetsän sairaalan vuodeosastolla, jossa hoidettiin kuntoutus- ja saattohoitopotilaita. Koska osaston potilasryhmänä ei ollut pelkästään saattohoidettavat, oli opiskelijan ohjaaminen saattohoidettavan kivunhoidon arvioinnista haasteellista henkilökunnalle.

Koin, että saattohoito-osaamiseni erityisesti kivunarvioinnin ja kirjauksen suhteen jäi vielä epävarmaksi harjoittelun jälkeen, koska saattohoito- ja kuntoutusosastolla oli ollut eriäviä kivunhoidon arviointi ja kirjausmenetelmiä käytössä. Kokemuksesta syntyi ajatus tehdä opinnäytetyö aiheesta saattohoito-osastolle, jolloin uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden olisi selkeämpi perehtyä aiheeseen. Ehdotin (8/2016) Puolarmetsän sairaalan saattohoito-osaston osastonhoitajalle idean opinnäytetyönä tuotettavasta perehdytysmateriaalista, mikä olisi tarkoitettu hoitohenkilökunnalle ja opiskelijoille saattohoidettavan kivunhoidon arvioinnista ja kirjauksesta.

Opinnäytetyöprosessin aikana tapahtui paljon muutoksia henkilöstörakenteessa ja saattohoito-osaston ja -yksikön toiminnassa. Harjoittelua (12/2015) tehdessä saattohoidon toteutus (Espoossa) oli pyritty järjestämään saattohoito- ja kuntoutusosastolle. Opinnäytetyön yhteistyön alkuvaiheessa oli puoli vuotta aikaisemmin perustettu pilottisaattohoito-osasto ja opinnäytetyöprosessin kesken valmistui saattohoitoyksikkö Villa Glims. Opinnäytetyön lopullinen tuotos tulee Villa Glimsin henkilökunnalle.

Kartoituskysely (2/2017) opinnäytetyön tuotoksena syntyvän perehdytysmateriaalin sisällöstä tehtiin saattohoito-osaston henkilökunnalle. Rajasimme saattohoito-osastolla työskentelevien sairaanhoitajien kanssa perehdytysmateriaalin sisällön kohdistuvan saattohoidettavan kivunhoitoon ja arviointiin sekä kirjaukseen, ettei työstä tule liian laaja. Aikaisemmin vastaavaa perehdytysmateriaalia ei ole tehty kyseiseen yksikköön. Opinnäytetyönä syntyvälle perehdytysmateriaalille oli siis tarve. Opinnäytetyönä syntyvän perehdytysmateriaalin on tarkoitus perehdyttää uusia työntekijöitä ja opiskelijoita saattohoidettavan kivun hoitoon ja arviointiin. Tavoitteena on yhtenäistää saattohoitoyksikön kivun arvioinnin ja kirjauksen menetelmiä ja laatua.

Perehdytysmateriaali oli Villa Glimsissä koekäytössä, ja se koettiin tarpeelliseksi ohjeeksi erityisesti opiskelijoille. Hoitohenkilökunta koki perehdytysmateriaalin vahvistavan kaikkien osaamista. Perehdytysmateriaali otettiin vastaan tarpeellisena työkaluna. Villa Glimsin henkilökunta saa opinnäytetyöstä ja perehdytysmateriaalista sekä paperisen version opinnäytetyöstä ja perehdytysmateriaalista, että sähköisen version, jota henkilökunta voi tarpeen mukaan päivittää.

2 SAATTOHOITO

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENE:n (2004) lausunnon mukaan tilanne, jossa vaikeasti sairaan henkilön sairauden etenemistä ei voida estää, ja elinajan ennuste on lyhyt, tehdään saattohoitopäätös (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2004). Saattohoitopäätöksen tekeminen edellyttää, että potilaalle on tehty diagnoosi etenevästä sairaudesta, joka johtaa kuolemaan (Hänninen 2015, 11). Saattohoitopäätöksen jälkeen keskustellaan hoitolinjoista yhdessä potilaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitolinjauksen tarkoituksena on turvata potilaalle turvallinen, paras mahdollinen hänen toiveidensa ja arvojensa mukainen hoito. Hoitolinjausten yhteydessä päätetään hoidon rajaukset. Vältetään kärsimystä lisääviä, hyödyttömiä tutkimuksia sekä annetaan hoitolupaus- tarjotaan hoitolinjauksen mukaista hoitoa. (Lehto 2015, 11.)

2.1 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon määritelmä

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden pidempiaikaista hoitoa, mikä voi kestää jopa vuosia. Palliatiivisen hoidon keskeisinä tavoitteina ovat kivun ja muiden oireiden lievitys sekä hengellisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien käsittely. Palliatiivisessa hoidon linjauksessa ymmärretään elämä, kuoleminen ja kuolema osana normaalia tapahtumaketjua. Siirtyminen parantavasta hoidosta palliatiiviseen hoitolinjaan ei ole sidottu potilaan ikään, diagnoosiin tai oireisiin. (Rhen 2013, 65.)

Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on keskittyä tähän hetkeen: hoito on aktiivista ja kokonaisvaltaista sekä potilaan tarpeet, toiveet ja oireet ovat hoidon lähtökohtana. Palliatiivisella hoidolla pyritään kaikin keinoin tukemaan potilaan elämänhalua ja elämänlaatua. Yhtenä hoidon kulmakivenä onkin potilaan ja läheisten kohtaaminen, jossa luodaan turvallinen ja luottamuksellinen hoitoympäristö sekä jaetaan tietoa ja otetaan potilas ja omaiset huomioon kokonaisvaltaisesti. Ajallisesti onkin haasteellista rajata, kuinka pitkään

potilas tarvitsee palliatiivista hoitoa ennen siirtymistä saattohoitoon. (Rhen, 2013, 65; Saarto 2015, 10; Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä Hoito -suositus 2012.)

Saattohoidossa sairauden hoidon parantavasta vaikutuksesta on luovuttu ja keskitytään parantumattomasti sairaan ihmisen kärsimysten lievitykseen ja oireiden mukaiseen, oireita lievittävään hoitoon. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2004; Valvira 2008, saattohoito.) Saattohoitoon siirtyminen ajoittuu yleensä tilanteeseen, kun potilaan toimintakyky on merkittävästi heikentynyt ja, kun elintoimintojen hiipuminen on jo nähtävissä. Kuoleman odotetaan tulevan lähipäivien tai viikkojen kuluessa. Hoito on edelleen oireenmukaista hoitoa. Joidenkin potilaiden kohdalla toimintakyky säilyy kuolemaan saakka kohtalaisena (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä Hoito -suositus 2012; Saarto 2015, 11).

Saattohoitovaiheessa ei tehdä enää kontrollitutkimuksia ja sairauksia ennaltaehkäisevästä lääkityksestä luovutaan. Esimerkiksi elvytys, tehohoito, solunsalpaajahoidot, suonensisäiset antibiootit, nesteytys- ja ruokintahoidot eivät kuulu tyyppillisesti saattohoitoon. Palliatiivista sädehoitoa voidaan antaa kertaluontoisesti syövän aiheuttaman luustokivun hoitoon. Saattohoidon perusperiaatteet ja oireiden lääkehoito ovat kaikille ihmisille samat riippumatta sairaudesta ja hoitopaikasta. (Tasmuth 2013, 45–46.)

Läheisten tukeminen ja heidän mukaan ottaminen auttaa läheisiä selviytymään potilaan kuolemasta. Tällöin hoitohenkilökunnan läsnäolon ja luontevan vuorovaikutuksen suhde on erityisen tärkeää kuolevalle, läheisille ja hoitohenkilökunnalle. (Hänninen 2015, 11.)

2.2 Hoitotahto

Ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, henkilökohtainen vapaus ja koskemattomuus sekä yksityisyyden suoja kuuluvat perus- ja ihmisoikeuksiin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Kuolevan potilaan itsemääräämisoikeuden noudattaminen tarkoittaa sekä potilaan kunnioittamista, mielipiteiden ja toiveiden arvostamista että mahdollisimman hyvän hoidon antamista. Jos saattohoidossa oleva henkilö on tehnyt hoitotahdon, tulee sitä kunnioittaa potilaan omana tahtona, mikäli sen noudattaminen on mahdollista. (Hildén 2006, 29–31.)

Hoitotahdossa potilas ilmaisee oman kantansa häntä koskevissa hoitoratkaisuissa ja toiveistaan hoidon suhteen. Hoitotahto tarkoittaa potilaan antamaa tahdonilmaisua suullisena tai kirjallisena. Suullisessa tahdonilmaisussa hoitohenkilökunta on kuullut potilaan tahdonilmaisun, kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä allekirjoittaa potilaan lausuman mukaisen hoitotahdon ja vievät tiedon potilasasiakirjoihin. Kirjallisessa hoitotahdossa (voi olla valmis mallipohja) potilas on itse kirjoittanut tahdonilmaisunsa ja on ilmoittanut hoitotahto- lomakkeen sijainnin sekä tiedottanut hoitotahdosta myös omaisia. Myös kirjallisesta hoitotahdosta tulee olla merkintä potilasasiakirjoissa. Hoitotahdon pitäisi siirtyä potilaan tietojen mukana, vaikka potilas olisi hoidossa eri organisaatioissa. (Hildén 2006, 29–31.)

Potilaan voimien heikentyessä, kun hän ei itse enää pysty ilmaisemaan omaa hoitoa koskevaa tahtoaan hoitavalle lääkärille, otetaan käyttöön potilaan tekemä hoitotahto. Hoitotahto auttaa potilasta käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, vaikkei hän enää potilaslakiin kirjoitetulla tavalla kelpoinen päättämään hoidostaan. (Valvira 2008, hoitotahto; Pahlman, 2013, 53, 55.) Potilaalla on oikeus muuttaa tai perua aikaisemmin tehty tahdonilmaisun. Tahdonilmaisun peruminen tai muuttaminen voidaan tehdä suullisesti tai kirjallisesti. Muutokset tulee kirjata potilasasiakirjoihin soveltaen potilasasiakirja-asetuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009.)

2.3 Omaisten osallisuus saattohoidossa

Omainen voi olla tilanteessa, ettei ole koskaan kohdannut kuolevaa ihmistä. Omaiset tarvitsevat ohjausta, kuinka toimia kuolevan kanssa. Luonteva kosketus, puhuttelu ja omana itsenä oleminen ovat tärkeimmät ohjeet kuolevan vierellä olevalle. Omainen saa olla rauhallisin mielin, sekä ilmaista tunteitaan. Omaiset ovat tärkeässä asemassa saattohoidettavan jaksamisessa ja kuolevan toiveiden kertojana, koska he ovat tunteneet potilaan ennen voimien huononemista. Omaiset ovat tietoisia myös saattohoidettavan mahdollisesta hoitotahdosta. (Huhtinen 1995, 59.)

Omaiset tukevat kuolevan jaksamista, mutta vähitellen voimavarat saattohoidossa olevalla heikkenee ja vuorovaikutus ei ole enää aktiivista kuolevan puolelta. Omaisten rooli

on tässä vaiheessa erityisen suuri, tuntiessaan kuolevan ja millaisia toiveita kuolevalla on ollut elämän loppuvaiheeseen. (Rhen 2013, 69–70.)

Omainen joutuu käymään läpi vaikeita hetkiä, kun ei voi enää juurikaan auttaa kuolevaa. Omainen käy yhtä lailla kuolevan kanssa asioita läpi, kuten: kuoleman ja elämän loppumisen kieltämistä, ristiriitaisia tunteita, syyllisyyttä, pelkoja, ahdistusta ja kaipuun tunnetta. Usein saattohoidossa olevan toiveena on saada kuolla kotona omaisten läsnä ollessa. Vaikka kuolema tapahtuisi saattohoitoyksikössä, tarvitsee omainen tukijaa ja lohduttajaa jaksakseen olla kuolevan vierellä. Omaiset saavatkin hoitohenkilökunnalta ja vertaistuesta huomattavaa apua käsittelemättömien asioiden käsittelyssä. (Rhen 2013, 69–70.)

Hoitohenkilökunta pitää ohjat hallinnassa, jonka myötä omaisten on helppo lähestyä henkilökuntaa. Samalla omaisen jaksamista kartoitetaan ja tiedustellaan mahdollisia pelkoja ja huolenaiheita. Omaiselle informoidaan aina kuolevan voimien muutokset, ja tietoa tulevasta kokonaisvaltaisesti. Omaisten tukeminen ja lohduttaminen sekä hyvä ja luotettava keskusteluyhteys parantaa kaikkien jaksamista. (Rhen 2013, 69–70.)

Omaisille on hyvä ohjata vertaistukea ja jaksamista vahvistavien palveluiden käytössä. Villa Glimsin saattohoitoyksikössä toimii viikoittain omaisten vertaistukiryhmä, jossa hoitajien ja vertaisten keskustelu onnistuu luontevasti ilman potilaan läsnäoloa. Vertaistukiryhmiin sekä suruilloihin ovat tervetulleita saattohoitoyksikössä ja kotisairaalan asiakkaina kuolleiden potilaiden omaiset. Vertaistukiryhmän tavoitteena on vahvistaa omaisten selviytymistä tulevasta. Lisäksi suruilloja järjestetään noin 3-4 kuukauden välein, kuolleiden potilaiden omaisille. Vapaaehtoisissa suruilloissa omaisille mahdollistetaan kuoleman jälkeisistä tapahtumista keskusteleminen ja kuolemaan liittyviin asioihin palaaminen vertaistukea hyödyntäen. (Kirsi Suutari, henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2017.) Suruillat ovat esimerkki jälkihoidosta, jonka tarkoituksena on päättää kokonaisvaltainen hoitosuhde. Kuoleman tapahtuessa kotisairaalan asiakkaana, tulee jälkihoidon olla samanlaista, kuin kuoleman tapahtuessa saattohoitoyksikössä. Yleensä omaiset ovat kokeneet saattohoitoajan merkityksellisenä elämänvaiheena, joka on yhdistänyt potilasta, hoitohenkilökuntaa ja omaisia. (Sand 2003, 47.)

3 KUOLEVAN POTILAAN HOITAMINEN

Kuolevan potilaan hoidossa tärkeintä on yksilöllinen ja kokonaisvaltainen kohtaaminen, johon kuolevan läheiset ovat osallisina. Kuolevan potilaan hoidon perustana tulee olla kuolevan luonteva kohtaaminen sekä hänen fyysisen ja henkisen toimintakyvyn tukeminen ja huolenpito. Henkisen toimintakyvyn tukemisella tarkoitetaan potilaan kuuntelemista, hänen tarpeiden ja toiveiden huomioon ottamista sekä tukemista käsittelemättömien asioiden selvittelyssä. Fyysisen toimintakyvyn tukeminen tarkoittaa kuolevan auttamista oireiden kanssa selviytymisessä. (Rhen 2013, 65, 68.)

Saattohoidon erityisyys tuo turvaa ammatilliselle toiminnalle. Tarkka hoidon ja toimenpiteiden määrittely antaa toiminnalle selkeät raamit ja perusteet. Potilaat eivät parane ja kotiudu saattohoitopaikasta, vaan hoidon loppupiste on kuolema. Saattohoidon parissa työskentelevän ammattihenkilöstön toiminta on monialaista ja potilaslähtöistä, mikä auttaa lievittämään potilaan kärsimystä ja luomaan potilaalle turvallisen paikan kohdata elämän päättymisen. Ammattihenkilöiden toiminta saattohoidon parissa tarkoittaa kunnioittamista ja potilaan tuntemista, tuen antamista, realistisen toivon ylläpitämistä ja empatiaa. Työ vaatii luontevaa moniammatillista yhteistyötä ja arvokkuutta sekä valmiutta kohdata kärsimystä ja auttaa lievittämään oireita olemassa olevin keinoin. (Pajunen 2013, 22.)

Omahoitajuus tukee potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja läheiset tulevat paremmin huomioiduksi. Omahoitaja oppii tuntemaan saattohoidettavan ja hänen läheisensä tarpeet ja tavat ilmaista asioita. Omahoitaja pyrkii huolehtimaan kuolevan ja läheisten toiveiden noudattamisesta. Toisinaan omaisilla saattaa olla epärealistisia toiveita kuolevan voinnin suhteen. Saattohoitoyksikössä omahoitajalla on aikaa olla läsnä kuolevan elämässä. Luonteva omaisten, potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutus ja luotettavuus kohtaamisten parantavaa yhteistyön sujuvuutta. Omahoitaja toimii kuolevan, omaisten ja hoitoon osallistuvien tahojen yhteyshenkilönä. (Ridanpää 2006, 54.)

Moniammatillisen työryhmän merkitys saattohoidossa on hyvin suuri. Hyvin herkästi hoitohenkilökunnan tuleekin konsultoida eri erikoisalojen ammattilaisia, jotta saattohoidettavan ja omaisten jaksaminen korostuu. Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys tai kivun hoitoon erikoistuneen lääkärin konsultaatio on yleensä ensisijainen. Tarpeen mukaan myös teologian asiantuntijan, sosiaalityöntekijän ja/tai psykiatrian työryhmän jäsentä voidaan konsultoida. Kivunhoidon ja hoitotyön asiantuntijoiden tietämystä tarvitaan hyvin paljon. Lisäksi fysioterapeutin avustuksella voidaan parantaa saattohoidettavan kivunlievitystä ja kohentaa vointia. Tarvittaessa esimerkiksi kirurgian erikoisasiantuntijoita on hyvä konsultoida, jos saattohoidettavan vointia ja oireita voidaan helpottaa sen avulla. (Rhen 2013, 70.)

Jokainen kuoleva yksilö, jonka tapa käsitellä kuolemaan liittyviä asioita, on erilainen. Kuolevan kohtaamisessa tulee olla herkkä ja avoimin mielin mukana. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä tunnistaa kuolevat, jotka haluaisivat keskustella kuolemasta, mutta eivät halua itse olla keskustelun aloittajina. Tällöin potilas odottaa, että hoitohenkilökunnalla on aikaa kuunnella ja keskustella häntä askarruttavista asioista. Hoitohenkilökunnan tulisi luoda luonteva keskustelumahdollisuus kuolevan kanssa. Joidenkin potilaiden kuoleman käsittely on hyvin avointa: he haluavat tietää kuoleman etenemisen, ilmaista pelon, surun ja ilon tunteita sekä he surevat omaisten jaksamista hänen kuoleman jälkeen. Osa kuolevista ei halua keskustella kuolemaan liittyvistä asioista, tai asioista ylipäättään kenenkään kanssa, vaan pohtia niitä mielessään. Hoitohenkilökunnan tulee hyväksyä potilaan toiveet myös tässä vaihtoehdossa, jolloin hoitajat toimivat kuolevan matkakumppaneina. ”Jätä minut rauhaan” sanojen takana voi olla potilaalla kuitenkin hiljainen toive, että joku puhuisi kuolemaan liittyvistä asioista, vaikkei hän halua myöntää asiaan liittyvää pelkoa.

Kuolevan omaiset voidaan jakaa myös karkeasti kolmeen ryhmään, epävarmasti tietoa ja keskustelutukea pyytäviin, avoimesti asioista keskusteleviin tai sulkeutuneisiin omaisiin, jotka eivät välttämättä rohkene keskustella kuolemaan liittyvistä asioista, jos kuoleva läheinen ei voi itselleen myöntää kuolemaa. (Huhtinen 1995, 63–67.)

4 KIPU JA HOITOMENETELMÄT

Kansainvälinen kipututkimusyhdystys (IASP =International Association for the Study of Pain.) määrittelee kivun yksilölliseksi emotionaaliseksi kokemukseksi joka varoittaa uhkaavasta kudosvauriosta tai jo tulleesta kudosvauriosta. Ihminen oppii jo varhain tunnistamaan kivun ja välttämään kipua tuottavia asioita. (IASP 1994.) Kivun ensisijainen syy voi olla elimistöä kohdannut vaurio, haava tai murtuma. (Kalso 2013, 97.) Kiputuntemuksen jatkuessa pidempään heikkenee kivun varoittava merkitys ja kipu nähdään elämänlaatua merkittävästi heikentävänä tekijänä. Kiputuntemus jää ihmisen muistiin muisti jäljeksi, vaikka kipua aiheuttava asia olisi parantunut. (Hänninen & Pajunen 2006, 43–44.)

Kipua on silloin kun ihminen sanoo kipua tuntevan ja siellä, missä yksilö sen sanoo olevan. Potilaan tuntema kipu on yksilöllistä, jolloin potilaan ilmaisema kiputuntemus tulee ottaa todesta ja hoitaa sen mukaisesti. (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 36.) Kipu on aisti samalla tavalla kuin muutkin aistit, kuten kuulo-, näkö- ja tuntoaisti. Aistina kipuaisti eroaa muista tulemalla esiin tunnekokemuksena. Kivun tuottaman aistikokemuksen tarkoituksena on varoittaa mahdollisesta vaarasta, josta tulee pyrkiä pois. (Granström 2010, 14.)

Koettuun kipuun vaikuttaa se, millaiset kokemukset henkilöllä on kivusta aikaisemmin. Ajatuksissa oleva kipu voi yhdistyä esimerkiksi vakavaan sairauteen, jolloin kipu voi herättää pelkoa ja ahdistusta. Usein vakavasti sairas ja hänen läheiset voivat puhua tuntemuksesta kipuna, vaikka haluttaisiin ilmaista avuttomuuden ja pelon tunne, tai puhua huolesta ja hädän tunteesta. Kipua pelästyessään ihminen voi ahdistua, joka lisää kivun pelkoa ja pahentaa kipua. Kipu synnyttää siitä kärsivän tuntemaan kiukkua, jos kipu on hoidettu huonosti ja kipua kärsivää ihmistä on kohdeltu epäasiallisesti kivun kärsimyksen suhteen. (Hänninen ja Pajunen 2006, 43–44.) Potilaan kipu voi ilmetä voimakkaana, vaikka potilaalla ei olisi suuria fyysisiä muutoksia esimerkiksi (nivelrikossa) luuston kunnossa. Toisaalta potilas voi olla kivuton, vaikka radiologisesti luustomuutokset olisivat suuret. (Kalso 2013, 97.)

4.1 Lääkkeetön kivunhoito

Kivunhoidon perustana on oireiden lievitys lääkkeettömästi aina kun se on mahdollista. Saattohoitopotilaan oireen mukaisen hoidon tarkoituksena on mahdollistaa potilaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu ja toimintakyky. Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa mahdollistaa enemmän lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käytössä. Liikunta voi lievittää kipua ja tuottaa mielihyvää potilaan vielä pystyessään tekemään oman toimintakyvyn hyväksi. Muina kivunlievityskeinoina toimivat aktiiviset terapeuttiset hoidot ja fysikaaliset hoidot sekä kylmä- ja lämpöhoidot. (Kipu, Käypä hoito -suositus 2017.)

Lämpöhoitoa voidaan käyttää paikallisesti esimerkiksi kylmä- tai lämpöpakkauksilla. Lämpö aiheuttaa verenkierron vilkastumista kudoksissa ja lämpökäsittelyllä saadaan aikaan lihasten rentoutumista ja venyvyyttä lisää. Lämpöhoidon on todettu vähentävän lyhytkestoisesti kipua ja lisäävän toimintakykyä. Kylmähoidon kipua lievittävä toiminto perustuu kylmän vaikutukseen hermojen johtumisnopeutta hidastamalla. Kylmähoidolla lievitetään turvotusta, mutta kylmä vähentää elimistön aineenvaihduntaa. Kylmähoitoa voi antaa kerrallaan 10–30 minuutin ajan. Liian pitkä kylmähoito voi aiheuttaa muun muassa hermovaurioita. (Pohjalainen 2009, 237–238.)

Hieronnan vaikutuksesta kivunlievitykseen on pitkät perinteet kansan parissa. Hieronnan tuoma toisen ihmisen kosketus ja vuorovaikutus saavat aikaan kivunlievitystä. Hieronta vaikuttaa rentouttavasti ja onkin jännittyneiden ja kireiden kudosten rentouttaja. (Pohjalainen 2009, 239–240.)

Ihminen reagoi hengityksellään tunteisiin ja elintoimintojen tuntemuksiin. Rauhallisen hengityksen on todettu lieventävän kipua. Hengityksen kiihtyessä tai ollessa epätasapainoinen voimistuu kipukokemus. Akuutissa kivussa hengitys on usein kiihtynyt ja hengitystä pidätellään. Akuutille kivulle onkin tyypillistä kiihtynyt hengitys, kun elimistö toimii vaistonvaraisesti ”taistele- tai pakene” tilanteessa. Kroonisesta kivusta kärsivä hengittää usein pinnallisesti, rintakehän yläosalla, jolloin hengittämiseen tarvitaan normaalia enemmän apulihaksia. Tämä aiheuttaa herkästi hyperventilaatiotilan. Hengitysharjoitukset vahvistavat parempaa hapensaantia. (Martin 2015, 40–45.) Kivusta kärsivälle tulisikin muistuttaa rauhallisesta hengittämisestä, erityisesti kivuliaiden toimenpiteiden aikana. Henkilön tietäessä jonkun toimenpiteen, esimerkiksi asennon vaihtamisen, aiheuttavan

kipua, jännittää hän jo ennakkoon kipua. Tällöin lihakset jäykistyvät ja hengitys vaikeutuu, ja kipu tuntuu voimakkaammalta. Rauhallinen, tiedostettu hengitys rauhoittaa myös mieltä, jolloin ahdistavat ajatukset lieventyvät. Ajatusten suuntaaminen pois kivusta lievittää kivun tuomaa pelkoa, jos kivun kieltää, se voimistaa kivun tuntemusta ja aiheuttaa stressiä. Kivusta kärsivä tarvitsee lohdutusta, joka auttaa rauhoittamaan. (Martin 2015, 40–45.)

4.2 Palliatiivinen sädehoito

Palliatiivista sädehoitoa käytetään syövästä aiheutuvien kipujen hoitoon. Kipusädehoito lievittää syövän (luustossa olevista) etäpesäkkeistä johtuvaa kipua hyvin (noin 80 % kivusta) ja kivun lievitys on parhaimmillaan parista vuorokaudesta pariin viikkoon, sekä tarvittavien kipulääkkeiden määrä usein vähenee kipusädehoidon jälkeen. Kipua lievittävä vaikutus on parhaimmillaan parista vuorokaudesta pariin viikkoon. Kipusädehoidon vaste on yleensä hyvä, muutamasta kuukaudesta noin puoleen vuoteen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä Hoito -suositus 2012; Tasmuth 2013, 49.)

Potilaan tulee olla riittävän hyväkuntoinen, jotta hän pystyy olemaan paikoillaan sädehoitopöydällä hoidon ajan. Lisäksi potilaalle ei saisi aiheutua liiallista rasitusta sädehoidossa käymisestä, vaikka sädehoitoaika on lyhyt, vievät matka ja toimenpiteeseen valmistelut aikaa ja potilaan voimavaroja. Sädehoitokertoja voi hoitotavasta riippuen tulla yhdestä kymmeneen. Potilaan elinajan ennuste pitäisi olla vähintään kolme kuukautta, jotta hän ehtisi hyötyä palliatiivisesta sädehoidosta. Palliatiivinen sädehoito kertahoitona on yksinkertainen toteuttaa. Palliatiivinen sädehoito voi aiheuttaa ensimmäisinä hoitopäivinä hoidettavan alueen ohimenevä kipua. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385–392.)

4.3 Spinaalinen kivun hoito

Spinaalista tekniikkaa (selkäyttimeen annettavaa lääkehoitoa) käytetään annettaessa puudutusta ja kivunhoitoa epiduraali (selkäydinkalvon ja selkänikaman luukalvon välinen tila)- tai intratekaaliseen (selkäydinkanava) tilaan akuutin ja kroonisen kivun hoidossa.

Spinaalisesti annettava hoito voidaan toteuttaa implantoidun portin tai pumpun kautta sekä tunneloidun katetrin kautta. Ennen spinaalisen kivun hoidon aloitusta tulee tehdä monialainen arvio ja hoitosuunnitelma kivun hoidon tarpeesta. Spinaalisen kivunhoidon rinnalla tulee jatkaa muita tehokkaita kivun hoitomenetelmiä. Spinaaliseen kivunhoitoon päädytään usein syöpäpotilailla, kun tavanomaisilla kivunhoitomenetelmillä ei saada riittävää kivunlievitystä tai käytetystä kivunlievityksestä tulee hyvin haasteellisia, elämänlaatua heikentäviä haittavaikutuksia. (Hamunen & Kalso 2009, 284–287.) Spinaalisesti toteutettu kivunhoito on hyvä peruskivun hoidossa, mutta tehoaa hitaasti liikkumisen aiheuttamaan läpilyöntikipuun (Heiskanen 2012, 467–468).

Spinaalinen kivunhoito perustuu jatkuvaan infuusioon, jota annostellaan mukana kuljettavan lääkeannostelijan kautta (esimerkiksi PCA-kipupumppu). Kun spinaalisen kivunhoidon tavoitteena on pitkäaikainen (viikkoja tai kuukausia) hoito, silloin on potilasturvallisuuden ja kivunlievitettävyyden kannalta suositeltavaa tunneloida intratekaali- tai epiduraalikatetri selästä rintakehon ihon alle. Tämä vähentää infektoriskiä ja auttaa katetrin paikallaan pysymistä. Epiduraalinen lääkitys soveltuu paremmin lyhytaikaisen kivun hoitoon (viikkoja), koska sillä on vähemmän teknisiä komplikaatioita (tukkeutuminen) kuin spinaalisessa kivunhoidossa. (Heiskanen 2012, 467–468.)

Tyypillisesti spinaalitalaan annetaan yhdistelmänä opioidin ja puudutteen sekoitetta, joista morfiinin käytöstä on eniten kokemusta (annettuna selkäyttimeen). Antamalla pelkkää opioidia lukinkalvon alaiseen tilaan, pyritään saamaan pitkäkestoinen ja tehokas analgesia (puuduttava vaikutus), joka ei vaikuta potilaan motorisiin toimintoihin tai aiheuttaa hemodynamiikassa (verenkiertojärjestelmässä) muutoksia. Yhdessä puuduteaineen ja opioidin kanssa kivun lievityksen teho on parempi kuin pelkästään puudutuksen tai opioidin teho kivunlievityksessä. Epiduraalista kivunhoitoa voidaan toteuttaa potilaan itse annostelemina boluksina (ylimääräisinä kerta-annoksina), toisen antamina boluksina tai jatkuvana infuusiona. Selkäydinkanavaan annettuna kipulääkkeiden antomäärät ovat hyvin pieniä ja niiden vaikutus kestää pitkään. (Hamunen & Kalso 2009, 284–287.)

4.4 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivinen sedaatio tulee kyseeseen, jos potilaalle on kokeiltu erilaisia kivunlievityskkeinoja ja kipulääkeannoksen nostoa. Lisäksi on konsultoitu palliatiivisen hoidon ja kivunhoidon erikoislääkäreitä, eivätkä oireet ole lievittyneet riittävästi näillä keinoin ja potilas on halukas palliatiiviseen sedaatioon. Palliatiivista sedaatiota ei kuitenkaan tule nähdä yhtenä kivunhoidon vaihtoehtona, jota tarjotaan aktiivisesti, kun potilas ilmaisee, ettei jaksakaan enää kipujen kanssa (Hänninen 2007, 2207–2213). Palliatiivisen sedaation tulee antaa lääkäri, jolla on tietämystä ja kokemusta laskimonsisäisen sedatoivan (rauhottavan, rentouttavan) aineen farmakologiasta.

Palliatiivinen sedaatio tarkoittaa pinnallista nukuttamista, josta on sovittu potilaan ja omaisten kanssa. Sedaatioasteita on hyvin lievästä- rauhoittavasta voimakkaaseen sedaatioon, jolla on tarkoitus vähentää potilaan tietoisuutta omasta kärsimyksestään (Hänninen 2007, 2207–2213). Pienellä osalla saattohoitopotilaista oireet ovat niin vaikeat, että tarvitaan palliatiivista sedaatiota, jolloin tarkoituksellisesti alennetaan potilaan tajunnantaso oireiden lievittämiseksi. Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole jouduttaa kuolemaa, vaan rauhoittaa potilasta oireiden vaikeusasteen mukaisesti sekä välittömän tukehtumiskuoleman uhatessa uneen vaivuttamista (Hänninen 2007, 2207–2213).

Palliatiivista sedaatiota harkittaessa saattohoitopotilaalla on ollut yleisimpinä elämää hankaloittaneita oireita: delirium tai levottomuus (40–65 % sedaatioista), hengenahdistus (12–21 %) ja pahoinvointi (4 %). Palliatiivista sedaatiota on käytetty harkiten myös unettomuuteen, ahdistuneisuuteen ja kuolevan potilaan henkisen kärsimyksen hoitoon. Palliatiivisen sedaation syvyyteen vaikuttaa oireiden laajuus ja voimakkuus, potilaan ikä ja yleiskunto. Annosta titraamalla saadaan sopiva sedaatio, joka voi olla hyvinkin lievä tai syvä. (Hamunen 5/2012, 470–473; Hänninen 2007, 2207–2213.)

Päätös palliatiivisesta sedaatiosta tulee kirjata hyvin tarkasti potilasasiakirjoihin, sekä sedaatiota seurata tarkoin. Seuraamalla potilaan hengitystiheyttä, ja -tapaa (pinnallinen, tiheä vai rauhallinen), liikehtimistä, ääntelyä ja ilmeitä voidaan arvioida oireiden lievenemistä ja vointia. Tajunnantaso arvioidaan kuvailemalla sanallisesti potilaan vastetta puhuttelulle ja kättelylle. Ramsayn sedaatio-asteikkoa on yksi hyvä tajunnan tasoa arvioiva

mittari (Stanford school of medicine, i.a.). Sedaatiivaste ja saatu lääkemäärä on hyvin tärkeää kirjata potilaan asiakirjoihin. Sedatiivisen lääkkeen annostelun lisäksi tulee huolehtia potilaan muusta lääkityksestä ja kivunlievityksestä potilaan tarpeet huomioiden. (Hamunen 5/2012, 470–473.)

Claessens, Menten, Schotsmans ja Browckaert:n (2008), tekemä kirjallisuuskatsaus kuuden maan palliatiivisen sedaation käytöstä ja käyttökokemuksista toi esille: suurin osa palliatiivisista sedaatiosta tehdään palliatiivisissa hoitoyksiköissä ja potilasryhmänä yleisimmin loppuvaiheen syöpää sairastavat henkilöt. Usein palliatiivisen sedaation syynä pidetään fyysisten oireiden lieventymistä, mutta kirjallisuuskatsauksessa tuli esille psyykkisistä syistä tehtävien palliatiivisten sedaatioiden suurempi osuus kuin fyysisistä syistä tehtävien. Psyykkisinä syinä potilaan toiveesta saada palliatiivinen sedaatio, kerrottiin olevan potilaan kokemus taakkana olemisesta, ahdistaa ajatus kuolemasta, potilas haluaa kontrolloida omaa kuolemaa ja pienelle osalle potilaista oli ajatuksessa taloudelliset asiat. Omaiset olivat mukana päätöksenteossa palliatiiviseen sedaatioon, mutta ilmaisivat kirjallisuuskatsauksessa usein tyytymättömyyttä sedaatioon, jos potilas ei enää herännyt unesta tai heräsi ja kärsi kovista tuskista.

Tutkimuksessa selvisi, että lievä sedaatio helpotti potilaan (83 % potilaista) oireita täydessä kontrollissa jo noin 60 minuutin kuluttua sedaation aloittamisesta ja oireiden lievitys jatkui vielä yli 48 tuntia sedaation päättymisen jälkeen. Claessens:n ynnä muiden tutkimuksessa korostettiin palliatiivisen sedaation turvallisuutta ja sitä, ettei palliatiivinen sedaatio tarkoita hidastettua eutanasiaa. Palliatiivinen sedaatio ei tutkimusten mukaan edistä kuolemaa, vaan helpottaa kuolevan ihmisen oireita ja elinajan ennuste on palliatiivista sedaatiota saavilla hieman pidempi kuin ilman palliatiivista sedaatiota olevilla saattohoitopotilailla. (Claessens, Menten, Schotsmans & Browckaert, 2008.)

4.5 Kivun lääkehoito

Kivun lääkkeellistä hoitoa toteutetaan saattohoidossa erilaisin menetelmin: esimerkiksi tabletteina tai nestemäisenä lääkkeenä suun kautta, ihon alle, ihon läpi (laastari), kielen alle, suihkeena poskeen tai nenään, suonensisäisesti infuusioina sekä spinaalitilaan tai

epiduraalitilaan. Saattohoidossa lihakseen annetaan lääkettä hyvin harvoin, koska pyritään välttämään turhaa kipua potilaalle. Kipua voidaan lievittää myös selkäydinpuuduttein selkäydinnesteeseen sekä kipupumpun avulla. Kivun lääkkeellisen hoidon tavoitteena on saada potilas mahdollisimman kivuttomaksi (täyteen kivuttomuuteen ei tarvitse pyrkiä) siten, että kivunhoidon hyödyt ovat suurempina osatekijänä kuin lääkkeiden aiheuttamat haittatekijät. (Kalso 2013, 98–99.)

Kivun syy tulee selvittää ennen kipulääkkeiden aloittamista. Turvallista on aloittaa kivunlievitys parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä, jos kivun aiheuttajana on tulehdusreaktio. Parasetamoli tai tulehduskipulääke ei ole riittävän tehokas esimerkiksi hermo- vauriokivun hoitoon. (Tilvis 2006, 18–19.) Tulehduskipulääkkeitä käytettäessä tulee muistaa lääkkeiden kattovaikutus, jonka yli menevällä annoksella ei kivunlievitys enää lisääny, mutta tulehduskipulääkkeille tyypilliset haittavaikutukset lisääntyvät. Tulehduskipulääkettä tulee käyttää säännöllisesti otettavin annoksin. Tulehduskipulääkkeen ja parasetamolien kipua lievittävän vaikutuksen tullessa riittämättömäksi tulee siirtyä voimakkaampiin kipulääkkeisiin, aluksi keskivahvoihin opioideihin. (Vainio & Kalso 2009, 489–495.)

Potilaan kivun ollessa voimakasta, voidaan tulehduskipulääkkeistä siirtyä tarvittaessa jopa suoraan vahvoihin opioideihin. Kivun lisääntyessä annosta lisätään, kunhan huomioidaan, että annoksen kasvu ei tuo merkittäviä haittoja verrattuna kivunlievitykseen. Tarvittaessa opioidiannosta voidaan suurentaa ilman ylärajaa, kunnes riittävä kivunlievitys saavutetaan. Suurimmalla potilaan sietämällä opioidiannoksella saatu riittämätön kivunlievitys johtaa tarvittaessa toisenlaiseen opioidin antotapaan tai jopa toisenlaisen opioidin vaihtamiseen. Muina lääkevaihtoehtoina kivunhoitoon esimerkiksi masennuslääkkeistä (amitriptyliini, duloksetiini, milnasipraani, nortriptyliini, venlafaktiini) ja epilepsialääkkeistä (gabapentiini, karbamatsepiini, okskarbatsepiini ja pregabaliini) ensisijaisia vaihtoehtoja kivun lievitykseen. Tärkeää on arvioida kivun luonne, ennen kuin aloittaa muita lääkkeitä. (Kalso i.a, 10–15.)

World Health Organization (WHO) on tehnyt kivunhoitoon porrastetun hoitokaavion syöpäkivusta kärsiville ja heitä hoitaville. Porrastuksen tarkoituksena on ohjeistaa, kuinka kivun voimakkuuden lisääntyessä siirrytään miedoista särkylääkkeistä vähitellen vahvempiin ja vahvoihin opioideihin. Kivunhoidon tulee olla jatkuvaa niin kauan, kunnes

kipu lievittyy (täyteen kivuttomuuteen ei tarvitse pyrkiä). Kipua lievittävää lääkettä tulee antaa säännöllisesti 3-6 tunnin välein ympäri vuorokauden. Kivun lievittäminen ennaltaehkäisevästi on helpompi ja kivuista kärsivälle miellyttävämpi tapa hoitaa kuin hyvin voimakkaan kivun lievittäminen siedettävälle tasolle inhimillisesti. (Kalso i.a, 10–15.)

WHO:n luoma kivunhoidon portaat, on kolmiportainen, jossa ensimmäisenä portaana on tulehduskipulääkkeet, toisella portaalla heikot opioidit ja kolmannella portaalla vahvat opioidit. (World Health Organization 2017.) Suomessa on käytössä WHO:n pohjaan perustuva kivunhoidon portaat, mutta Suomessa käytetään neljän portaan asteikkoa, tulehduskipulääkkeet, heikot opioidit, buprenorfiini ja vahvat opioidit. Buprenorfiini on saanut oman portaan kivunlievitys portaille koska se on kodeiinia ja tramadolia tehokkaampi lääke, muttei yhtä tehokas kuin morfiini. Buprenorfiinilla tulee lääkemannosta lisättäessä kattoannos, jonka jälkeen kipua lievittävä teho ei enää kasva, ja siitä syystä buprenorfiinista ei voi tulla morfiinin kaltainen, kuten muista opioideista. (Kalso i.a, 10–15.)

4.5.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Lievään kipuun annetaan kivunhoidon portaiden alimmalla portaalla olevista lääkkeistä (parasetamoli ja tulehduskipulääke). Kivun lisääntyessä siirrytään vähitellen voimakkaampiin kipulääkkeisiin, joita käytetään tarvittaessa tulehduskipulääkkeiden kanssa. Voimakkaampia lääkkeitä kutsutaan opioideiksi. Niitä eri vahvuisia: heikko (kodeiini ja tramadoli)-, keskivahva (buprenorfiini)- ja vahva (morfiini, oksikodoni, metadoni, fentanyyli) opioidi. Vahvinta opioidia käytetään erittäin voimakkaisiin kipuihin, kun mitään muuta kipua lievittäviä lääkkeitä ei riitä. (Vainio & Kalso 2009, 489–495.)

Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli vaikuttavat kipua lieventävästi kudoksissa, opioidien kivunlievitystä tuova vaikutus tapahtuu keskushermostossa, jonka myötä parasetamolia ja keskivahvoja opioideja voidaan käyttää yhdessä lievillä sivuvaikutuksilla. Opioidit yleensä lievittävät sekä kudonsvaurio että hermovauriokipua, mutta opioideja ei suositella ensilinjan lääkkeenä hermovauriokipuihin (Kalso i.a. 10–15)

4.5.2 Opioidit

Opioideja käytetään syöpäkipujen sekä muiden ei-pahanlaatuisten pitkäaikaisten kipujen hoidossa. Saattohoidossa opioidien käyttö kivunlievityksenä on vakiintunut käytäntö. (Tilvis 2006, 18–19.) Vahvojen opioidien käyttö saattohoidossa ja syöpäkipun hoidossa on saanut näytönastekatsauksessa luokittelun A; mikä tarkoittaa vahvaa tutkimusnäyttöä useiden samankaltaisten tutkimusten samansuuntaisista lopputuloksista. (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä Hoito -suositus 2012.) Katri Hamusen (2012) tekemässä näytönastekatsauksessa vahvojen opioidien käyttö syövän aiheuttaman kivun hoidossa selvisi, että oraalinen morfiini on yhtä tehokas kuin muilla keinoin annettava morfiini/oksidodoni/ hydromorfonin ja lääkkeiden siedettävyyden on hyvin samanveroinen syöpäpotilailla. Näytönastekatsaukseen valituissa tutkimuksissa metadoni ja morfiini olivat samantapaisia lääkkeitä vaikutuksiltaan, mutta metadonin käyttö keskeytettiin useammin voimakkaampien haittavaikutusten vuoksi. Oraalisessa muodossa otettu morfiini ja ihon kautta imeytyvän fentanyyli tuottivat yhtä hyvän kivunlievityksen eikä huomattavaa eroa ollut elämänlaadussa tai potilaan toimintakyvyssä. (Hamunen 2012.)

Opioideja on saatavilla eri tavoin annosteltavissa muodoissa: suun kautta tablettina ja kapselina, jolloin valitaan joko hitaasti (pitkävaikutteinen) tai nopeasti (lyhytvaikutteinen) vaikuttava lääke. Ihon kautta annettavassa kivunlievityksessä käytetään kipulaastareita, jolloin lääkevaikutus tulee hitaasti ja tasaisesti. Buprenorfiini on keskivahva opioideja, joka annostellaan iholle kiinnitettävällä laastarilla. Laastari vapauttaa ihon läpi elimistöön lääkeainetta seitsemän vuorokauden ajan. Fentanyyli on vahva opioideja, jota voidaan annostella myös ihon kautta. Fentanyylin vaikutus kestää kolme vuorokautta (72 tuntia), jonka jälkeen kipulaastari tulee vaihtaa uuteen. Kipua lievittävien laastareiden käytön haasteena on hitaasti ilmenevät yliannostuksen oireet (noin 12 tuntia laastarin kiinnittämisen jälkeen), tai jos lääkelaa-
stari ei sovi potilaalle. Vahvaa opioideja (morfiini, oksidodoni, metadoni, fentanyyli) kivunlievityksenä on mahdollista saada myös parenteraalisesti (lääke aine elimistöön esimerkiksi suoniyhteyden kautta, ihon alle.), jos potilas ei pysty ottamaan lääkettä suun kautta. (Tilvis 2006, 18–19.)

5 KIVUNHOIDON ARVIOINTI JA KIRJAAMINEN

5.1 Kivunhoidon arviointi

Kivunhoidossa tärkeimmät elementit ovat säännöllisyys kivun lievityksessä ja säännöllinen, systemaattinen kivun arviointi. Kipua kärsivä potilas määrittelee oman kokemuksensa perusteella kivun. (Raappana 2004, 146–147.) Potilaalle kipuoireiden kuvaaminen voi olla haasteellista, sen vuoksi on suunniteltu potilaan subjektiiviseen kivunhoidon arviointiin erilaisia selkeitä ja helppokäyttöisiä mittareita. Mittareiden avulla arvioidaan oireiden esiintyvyyttä/ sijaintia, voimakkuutta, luonnetta ja millaisessa tilanteessa oireet ja kipu esiintyy, sekä onko kipu lepo- tai liikekipua? Potilas arvioi mittarin avulla oirekuvan muutoksia aikaisempaan omaan arvioon ja tämän hetkiseen oireistoon. (Hänninen 2015, 34.)

Käytetyimpiä kipua ja oireita kuvaavia mittareita ovat VAS- asteikko (Visual Analog Scale), kipusanastot ja kipukartat. Potilasta voi pyytää kuvailemaan kivun sanallisesti, jolloin kivun luonto tulee paremmin esille ja kipua pystytään seuraamaan paremmin. Potilaan oireita tulee arvioida myös silloin, kun potilas ei itse kykene vuorovaikutukseen, jolloin oireita arvioidaan havainnoimalla. Kivun voimakkuudesta kertova numeraalinen asteikko (0-10) ilmaisee kivun oireiden voimakkuuden: 1-3 lieväästeinen oireilu, 4-5 kohtalaista kipua, 6-7 kovaa kipua ja 8-10 sietämättömän voimakasta kipua (Hänninen 2015, 34–35). Kivun voimakkuuden ja laadun mittaamiseen käytetään standardoitua mittaria, kuten VAS-asteikkoa. (Fredriksson & Axelin 2013, 45–46.)

VAS- ja NRS- asteikon käyttö onnistuu parhaiten henkilöillä, joilla ei ole kognitiivisia tai kommunikointihäiriöitä, tai huono näkö. Lapsilla ja kognitiivisista vaikeuksista kärsiville kasvoasteikko voi olla sopiva kipua ilmaiseva mittari. VRS (Vebral Rating Scale) toimii yleensä hyvin vanhuksilla kivun arvioinnissa. (Kalso, Vainio & Haanpää 2009, 172, 175–176.)

Warden, Hurleyn ja Volicerin (2003) on kehitellyt kivun vaikeusasteen mittarin vaikeista kognitiivisista häiriöistä kärsivien henkilöiden (esimerkiksi dementoituneen) kivun mittaamiseen. PAINAD-kipumittarilla havainnoidaan potilaan hengitystä, negatiivista äänitelyä, ilmeitä, eleitä ja lohduttamista. PAINAD-mittarilla arvioidaan potilaan käytöstä 3-5 minuutin ajan havainnoitavien asioiden suhteen. Havainnoimalla annetaan pisteitä, 0, 1, tai 2 pistettä, pistemäärän ollessa suuri, on potilaan kipu voimakasta. Suurin mahdollinen pistemäärä on 10 pistettä. (The University of Iowa 2017.)

ESAS-kyselyllä (Edmontonin oirekysely, Edmonton symptom assessment scale) selvitetään potilaan kokonaisvaltaista vointia numeraalisella arvioilla sekä potilaan ilmaisemien kipukohtien paikkojen selvittelyllä ESAS-kyselyn kehon kuvasta. Potilas täyttää itse mahdollisuuksien mukaan kyselyn itsenäisesti. (Hänninen 2015, 35; ESAS-oirekysely potilaan oireenmukaiseen arvioon 2014.)

Potilaan kipua arvioiva hoitotyöntekijä ei voi tietää potilaalle kivun aiheuttamaa subjektiivista tuntemusta, merkitystä ja kivun kokemiseen vaikuttavia tekijöitä. Hoitotyöntekijä voi kuitenkin tukea ja vaikuttaa potilaan kivun tuntemiseen lievittävästi keskustelulla ja kuuntelulla sekä hyvin onnistuneella vuorovaikutussuhteella. (Raappana 2004, 146–147.) Ulkopuolisen kivun arvioinnin haasteena on tulkita mistä erilaiset oireilut johtuvat. Ihmisen ilmeet vaihtelevat jo mielialan vaihtuessa ja ilme voi olla tuskainen alakuloisuuden tai masentuneisuuden vuoksi, eikä ilme silloin tarkoita välttämättä kipua. (Fredriksson & Axelin 2013, 48.)

Hoitotyöntekijä luottaakin usein omaan käsitykseensä ja tulkintaan, arvioida potilaan kipua luotettavasti ilman mittareita. Useissa tutkimuksissa on selvinnyt hoitajien ja lääkäreiden ilman kipumittaria tehtyjen arvioiden potilaan kivusta olleen virheellinen, jossa pitkään kokemus kivunarvioinnista ei paranna arvioinnin onnistumista. (Fredriksson & Axelin 2013, 49.) Tutkimuksessa sairaanhoitajat (sisätautien, kirurgisen ja onkologisen hoitotyön osastoilla) kirjaavat potilaan ilmaisemasta kivusta ja oireista alle puolet mitä potilaat ovat kertoneet. Sairanhoitajat olivat oppineet lisää kivunhoidosta, mutta kivun dokumentointi ei ollut lisääntynyt. Sairanhoitajien asennetta potilaan ilmaiseman kivun luotettavuudesta kuvaa se, että 68 % sairaanhoitajista uskoi potilaan kertovan kivun luotettavasti, mutta 22 % potilaista liioittelisi kivun voimakkuutta ja 44 % vähätelisi omaa

kivun kokemustaan potilaista. Lisäksi dokumentoinnista puuttui tulos, eli kivun voimakkuus kipua lievittävien keinojen jälkeen. (Hovi & Lauri 1997, 41–44.)

Osa ihmisistä on arkoja ilmaisemaan kivusta hoitohenkilökunnalle ja kivun arviointi on silloin hankalaa. Arvioidessa tuleekin kysyä suoraan kivusta, sen alkamisajankohdasta, laajuudesta; paikallista vai säteilevää kipua, ajallisuudesta; jatkuvaa, kohtauksittaista (kuinka usein), vaikuttaako vuorokaudenaika kivun voimakkuuteen, kivun luonne ja sitä voimistavat tekijät. Onko kipu tullut kipulääkityksen ylitse, onko ollut muita oireita, esimerkiksi pahoinvointia ja oksentelua (Heiskanen ym. 2015, 52.) Tarvittaessa, kysyttäessä kipua, tulee antaa potilaalle kipua kuvaavia sanoja, joilla kivusta kärsivä voi kuvailla kivun. Pelkän sanallisen kivunarvioinnin lisäksi tulee kipua arvioida havainnoimalla (jolloin potilaalle ei ilmaista havainnoinnin tekemistä). Lisäksi kivusta kärsivän kivun syytä tulee tutkia kivun arvioinnin myötä. (Fredriksson & Axelin 2013, 45.)

Muita oireita ovat esimerkiksi kivun vaikutus toimintakykyyn ja päivittäiseen elämään, ruokahaluun, masentuneisuuteen sekä pelkoon jotka lisäävät kivun tunnetta. (Fredriksson ja Axelin 2013.) Tärkeää on tuntea potilaan jo aikaisemmin käyttämät kivunhoidon keinot, joita on todettu hyväksi ja hyödyntää niitä. Potilaan kivun hoidossa tulee välttää sellaisia kivun hoitokeinoja joista ei ole ollut apua. Potilas on voinut kokea hyväksi kivun lievitysmenetelmäksi esimerkiksi kylmä- ja lämpöpakkaukset, erilaiset geelit, lämpöytynyt, saunan lämmön tai makuuasennon, unohtamatta musiikin vaikutusta kipuun. (Hovi & Lauri 1997, 6, 16.; Heiskanen ym. 2013, 51.)

Kroonisen kivun arvioinnissa kivunlievitys, VAS-janalla mitattuna, on kliinisesti merkittävä, jos kivunlievitys on keskimäärin vähintään 30 %. Toissijaisina mittareina voidaan tarkkailla esimerkiksi yöunen laadun ja keston muutoksia, tapahtuneita muutoksia mielialassa ja elämänlaadussa sekä muiden hoitojen tuomia muutoksia voinnissa. Lisäksi kipua tulee arvioida kysymällä potilaalta esimerkiksi seuraavia kysymyksiä: Kuinka paljon kipua on levossa? Häiritseekö kipu nukkumista? Sekä kivun voimakkuus liikkuesssa/ liikuteltaessa. Kipua pitäisi arvioida sekä liikkeessä, erilaisten toimintojen aiheuttamana sekä levossa, jotta voidaan välttää voimakasta kipua aiheuttavia asioita. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 172, 175–176.)

Kipupotilasta haastatellessa tulee kiinnittää huomiota, kuinka oireileva kuvailee kipua. Kivun syntymekanismi on selkeä erilaisissa kiputiloissa: esimerkiksi hermovauriokipua kuvaillaan usein sähköttävänä, tuikkivana, pistävänä ja viiltävänä. Kudosvauriokivusta kärsivä kuvailee kipuaan tyypillisesti jomottavaksi, puristavaksi ja jumputtavaksi. Kipua kuvaillaan potilas voi tuoda ilmi ahdistuneisuuden kivun kanssa jaksamisesta, jolloin kipua kuvaillaan pelottavaksi, ahdistavaksi ja musertavaksi. (Hovi & Lauri 1997, 15, 41, 42, 44, 83; Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 175–176.)

5.2 Kivunhoidon kirjaus

Työyhteisön kivunarviointimenetelmät olisi hyvä olla samanlaiset, jotta potilaan kokonaisvaltainen hoito pysyisi laadukkaana. Yhtenäisesti sovitut kirjaustavat parantavat hoidonjatkuvuutta. Kirjaus on tärkeä osa onnistunutta kivunhoitoa. Kirjauksen tulee olla reaaliaikaista, jotta myös potilaan voinnin muutoksiin pystytään reagoimaan nopeasti. (Hänninen 2003.)

Kivun lievittymistä tulisi seurata säännöllisesti kivunhoidon seuranta-osiosta kirjausjärjestelmässä. Dokumentoinnin kannalta oleellista on kirjata kivun:

- sijainti
- laatu ja mekanismi
- esiintymisaika
- luonne
- voimakkuus
- läpilyöntikivun esiintyminen
- käytetyt kivunlievitysmenetelmät
- vuorokauden kipulääkemäärä ja haittavaikutukset
- mikä lisäsi kipua
- potilaan kipuun liittyvät kommentit
- ei-verbaaliset merkit kivusta ja kipuun liittyvät oireet.

Lisäksi kipu näkyy muun muassa potilaan nukkumisessa, ruokahalussa ja toimintakyvystä ja mielialassa, joten niistä on tärkeä myös kirjata. (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä Hoito -suositus 2012; Hovi & Lauri 1997, 15, 41, 42, 44, 83.)

5.2.1 Näyttöön perustuva hoitotyö

Hoitotyön toimintojen tulee perustua näyttöön, mikä tarkoittaa, että kirjaamisessa tulee näkyä, mitä hoitotyön keinoin on saatu aikaan ja millaiseen tietoon hoitotyön päätökset perustuvat. Näyttöön perustuva hoitotyö määritellään parhaiten saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkituksi arvioinniksi ja käytöksi yksittäisten potilaiden, potilasryhmien sekä väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnan toteuttamisessa. (Hallila 2005; Hoitotyön tutkimussäätiö: näyttöön perustuva toiminta 2017.)

Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on tuoda potilaalle luotettavalla tavalla tietoa hoitoaan ja terveyttään koskevat tiedot, siten, että tiedonkulun katkokset vaikuta potilaalle menevään tietoon. Huolellisen kirjaamisen myötä epätarkat suulliseen ja muistinvaraiseen tietoon perustuneet tiedottamiset jäävät pois. Huolellinen kirjaaminen parantaa potilaan hoidon laatua, kun potilaalle tehoamattomat hoitomuodot voidaan jättää pois. (Hallila 2005.) Huolellinen kirjaaminen takaa hoidon jatkuvuuden sekä auttaa välttämään päällekkäistä toimintaa. Potilaan itsensä kuvaama kokemus tulee näkyä kirjauksessa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) edellyttää, että potilasasiakirjoihin kirjataan tarvittavat tiedot potilaan hoidon järjestämisestä, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. (Eloranta & Virkki 2011, 27.)

5.2.1 Totuudenmukainen ja ajantasainen kirjaaminen

Reaaliaikainen kirjaaminen turvaa hoitotyöntekijän oman oikeusturvan ja potilasturvallisuuden, kun kirjaaminen tapahtuu potilaan oikeuksia kunnioittavasti ja kirjaus on virheetöntä. Kirjauksen tulee olla selkeää, jotta tarvittaessa voidaan selvittää potilaan hoidon kulku kirjausten perusteella. Haastetta reaaliaikaiseen kirjaamiseen tuo rauhallisten kirjaamistilojen puute ja tietokoneiden vähyys. (Hallila & Graeffe 2005, 14.)

Hyvän kirjaamisen periaate: kaikki mitä on potilaan kanssa tehty ja puhuttu (hoitotyöntekijä arvioi potilaan kertoman ja omat havainnot tilanteesta ja sen perusteella), kirjataan; mitä ei ole kirjattu, ei myöskään ole tehty. Kirjauksessa tulee ilmaista mitä on tehty, ketä on ollut tilanteessa läsnä ja millainen on ollut potilaan vointi ja reaktiot toimintaan. Potilaasta ei kuitenkaan tule kirjata arkaluontoisista tai leimaavista asioista, jos se ei ole sen hetkisen hoidon kannalta välttämätöntä. Laadukkaalla hoitotyön kirjaamisella kuvataan hoitotyön vaikuttavuutta sekä jossain määrin myös kustannustehokkuutta. (Hallila & Graeffe 2005, 18.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämispainotteisen opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä saattohoito-yksikköön perehdytysmateriaali aiheesta saattohoidettavan kivunhoito ja arviointi. Selkeästi toteutetun materiaalin on tarkoitus toimia uusille työntekijöille ja opiskelijoille perehdytysmateriaalina sekä pidempään yksikössä työssä olleille muistin tukena. Yhtenäisiin toimintatapoihin päästäkseen tulee käytettävissä olla materiaalia, joka ohjaa toimintaa. Potilaiden hoidon laatu paranee yhtenäisempien toimintatapojen myötä. Tavoitteena on lisätä uuden materiaalin myötä hoitohenkilökunnan kiinnostusta huolelliseen kivunhoidon arviointiin ja kirjaukseen. Lisäksi tuotettu kirjallinen materiaali toimii perehdytysmateriaalina opiskelijoiden tutustuessa saattohoidettavan kivunhoitoon.

Opinnäytetyöprosessin tavoitteena on vahvistaa ammatillista kasvuani ja osaamistani sekä kehittää tutkivaa työskentelyä. Siihen tavoitteeseen pääsy tapahtuu perehtymällä laajasti valitsemani aiheen kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, sekä käytännön työhön saattohoidon parissa. Uuden tuotteen tuottaminen yhteistyössä työelämän kanssa vahvistaa yhteistyötaitoja työelämään, sekä mahdollistaa minua tekemään tarvittaessa uudenlaisia perehdytysmateriaaleja opinnäytetyöprojektin aikana syntyneen osaamisen perusteella. Hyvä yhteistyö valitsemani yhteistyökumppanin kanssa tukee ammatillista kasvua. Tavoitteena onkin luoda perehdytysmateriaali, jonka tuottamisen aikana taitoni saattohoidon osaamisessa vahvistuu. Oppimiseen liittyvä tavoite vahvistaa osaamistani kivunhoidon arviointimenetelmien käytössä ja huolellisessa kirjaamisessa kivusta. Sairaanhoidajan työnkuvaan kuuluu olennaisesti kivun arviointi ja sen dokumentointi. Saattohoitoa voi joutua toteuttamaan monenlaisessa ympäristössä, ei pelkästään saattohoitoon erikoistuneilla osastoilla. Perustietopohja saattohoidosta, elämän loppuvaiheen oireista ja niiden hoidosta tulisi olla jokaisella sairaanhoitajalla riippumatta työnkuvasta.

Opinnäytetyönä syntyvän perehdytysmateriaalin sisältö on tarkoitus kartoittaa saattohoito-osaston henkilökunnalta kyselyllä. Perehdytysmateriaalin sisällön kartoituksella hain tietoa henkilökunnalta seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaista on hyvä kivunhoito saattohoidossa?
2. Miksi perehdytysmateriaali olisi tarpeellinen?
3. Mitä toivot perehdytysmateriaalin sisältävän (kysymys saattohoito-osaston henkilökunnalle)?

6.1 Lähtökohdat opinnäytetyölle

Opinnäytetyön lähtökohtana toimi opiskelijan kokemus riittämättömästä ohjauksesta kivun arviointiin ja kirjaukseen harjoittelujaksolla saattohoito- ja kuntoutusosastolla. Osastolla oli vanhentuneita ohjaus- ja perehdytysmateriaaleja saattohoidettavan kivunhoidosta. Aikaisempia tutkimuksia ja opinnäytetöitä oltiin tehty saattohoidosta Puolarmetsän saattohoito- ja kuntoutusosastolle ja osaston yhteydessä toimineelle Espoon kotisairaalalle opinnäytetyönä yli 10 vuotta aikaisemmin. En tutkimusta tehdessäni saanut näitä materiaaleja enää käsiini. Osastolla oli erilaisia yleisesti saattohoidosta kertovia oppaita omaisille. Näiden oppaiden perusteella oli haasteellista sisäistää saattohoidettavan kivunhoito hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Ehdotin saattohoito-osaston henkilökunnalle mahdollisuudesta toteuttaa kehittämispainotteisen opinnäytetyön tuotoksena perehdytysmateriaali, saattohoidettavan kivunhoidosta, kivun arvioinnista ja kirjaamisesta. Saattohoito-osaston hoitohenkilökunta oli heti motivoitunut yhteistyökumppaniksi ja kiinnostuneita saamaan yhtenäisen ohjeistuksen kivunhoidosta ja kivunhoidon arvioinnista. Saattohoito- ja kuntoutusosaston henkilökunta yhtyi kokemukseeni tarkoituksettomasti toteutuneesta riittämättömästä kivunhoidon ohjauksesta opiskelijoille. Kuntoutus- ja saattohoito-osaston henkilökunnassa työskenteli lähihoitajia sekä sairaanhoitajia.

Opinnäytetyönä syntyvän perehdytysmateriaalin kohderyhmänä ovat Villa Glimsissä harjoittelussa olevat opiskelijat sekä uudet työntekijät. Lisäksi perehdytysmateriaalin tarkoitus on yhtenäistää toimintatapoja, joten myös pidempään yksikössä työskennelleet hyötyvät materiaalista.

6.2 Yhteistyötaho

Yhteistyökumppaneita opinnäytetyöprojektissa oli saattohoito-osasto Puolarvilla sekä saattohoitoyksikkö Villa Glims ja Diakonia-ammattikorkeakoulu. Espoo järjesti saattohoidon toteutuksen 2/2016 saakka saattohoito- ja kuntoutusosastolla Puolarmetsän sairaalassa osastolla 3 D, jolloin toiminta ei ollut vielä erikoistunut saattohoitoon. Saattohoito toimintaa lähdettiin kehittämään, kehittämällä kokonaan saattohoidolle omistettu osasto. Saattohoito-osasto toimi noin vuoden ajan (2/2016-3/2017) Puolarmetsän sairaalassa pilottiosasto Puolarvillana, jossa suunniteltiin Espoon uuteen sairaalaan saattohoitoyksikköä. Saattohoitoyksikön muutto (3/2017) toiseen toimipaikkaan tapahtui opinnäytetyöprojektin aikana. Samalla palliatiivisen- ja saattohoidon yksikön nimi muuttui Villa Glimsiksi.

Saattohoitoyksikön toimenkuva laajeni hieman muuton myötä. Villa Glims tarjoaa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarvitseville aikuisille potilaille sekä konsultaatio mahdollisuuden aiheesta Espoolaisille, Kirkkonummelaisille sekä Kauniaislaisille. Toimintaluokkaan kuuluu saattohoidon lisäksi palliatiivisen poliklinikan toiminta, palliatiivinen päiväsairaala sekä kotisairaalan palliatiivinen hoito ja saattohoito. Yksiköt tekevät joustavaa yhteistyötä ja toiminta on potilaslähtöistä, mikä takaa potilaiden joustavan mahdollisuuden siirtyä osastolle mihin vuorokauden aikaan tahansa kotisairaalan lääkärin tai sairaanhoitajan arvion perusteella. (Kirsi Suutari, henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2017.)

Villa Glimsin tilat on suunniteltu elämän loppuvaiheen tarpeiden hoitoon. Yksikössä on viisitoista modernia potilashuonetta, jotka on varustettu kylpyhuoneella. Huoneissa on huomioitu omaisten läsnäolo miellyttävillä nojatuoleilla, jotka saadaan tarpeen mukaan vuoteeksi. Omaisilla on mahdollisuus yöpyä saattohoidettavan luona, lisäksi heillä on mahdollisuus lepäämiseen ja voimien keräämiseen omaisten huoneessa. Yleiset tilat ovat viihtyisät, joissa voi viettää aikaa saattohoidossa olevan kanssa. Villa Glimsiin on koulutettu vapaaehtoisia saattohoidettavan ystäviä noin kolmekymmentä, jotka vierailevat saattohoidettavien luona säännöllisesti. Vapaaehtoistoiminta on aktiivista ja saattohoidossa olevat potilaat ovat ilahtuneet vapaaehtoisten vierailuista. (Espoon kaupunki i.a.; Kirsi Suutari, henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2017.)

Villa Glims tarjoaa ympärivuorokautista osastohoitoa, jonne tarvittaessa hakeudutaan läheteellä palliatiivisen hoidon linjauksen jälkeen, keskitetyn potilasohjauksen kautta. Osastohoidossa keskeisenä tavoitteena on turvata potilaan hyvä oireiden hoito ja perustoiminnoissa selviytyminen sekä potilaan ja hänen omaisten psykososiaalinen tukeminen. Potilaan saapuessa osastolle tehdään hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja hänen omaisten kanssa, tai täydennetään kotisairaалassa tehtyä hoitosuunnitelmaa. Perhepalaverissa käydään hoidon tavoite sekä keskustellaan elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvät toiveet läpi. Perhepalaverissa ovat läsnä saattohoidettavan ja omaisten lisäksi potilaan omahoitaja ja lääkäri. Omahoitajamalli-toiminnalla mahdollistetaan potilaalle ja hänen läheisten yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoito. (Kirsi Suutari, henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2017.)

Saattohoitoyksikössä työskentelee kuusitoista sairaanhoitajaa, joista kolmella on palliatiivisen hoidon erityispätevyys. Yksikössä työskentelee myös palveluvastaava, yksi palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyden omaava lääkäri, osastonhoitaja ja ylilääkäri. Moniammatillisessa työryhmässä toimivat myös sihteeri, laitoshuoltajia, sairaalapastori sekä sosiaalityöntekijä. Fysioterapeutin palvelut ovat käytettävissä sairaalan sisällä. Villa Glimsin erityisosaamisena kivunhoidossa käytetään spinaalista kivunlievitystä sekä ihonalaiskudokseen asetettavaa kanyylyä, jonka kautta kivunhoitoa voidaan toteuttaa. (Kirsi Suutari, henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2017.)

7 PEREHDYTYSMATERIAALI HENKILÖKUNNALLE

Perehdytysmateriaalissa ilmaistaan selkeästi, kenelle materiaali on kohdistettu ja mihin materiaalin on tarkoitus tuoda tietoa ja mitä tietoa. Perehdytysmateriaalin tulisi olla helposti silmäiltävä ja mielenkiinnon herättävä. Selkeä esitystapa saa perehdytysmateriaalin vaikuttamaan luotettavammalta ja herättää kiinnostuksen. Perehdytysmateriaalin tulisi soveltua sen kohderyhmän käyttöön luontevasti, jolle se on suunniteltu. Perehdytysmateriaalissa toistuu saattohoitoyksikön värimaaailma, mikä yhdistää tehdyn materiaalin paremmin kohteeseen. Värillinen perehdytysmateriaali herättää enemmän mielenkiintoa kuin mustavalkoinen. Kuvituksen tarkoituksena on tutustuttaa lukija aiheeseen tarkemmin, jolloin asiat muistuvat paremmin mieleen. (Eloranta & Virkki 2011, 76.)

Kirjalliseen ilmaisuun tulee kiinnittää huomiota: tärkein asiasisältö ensin, vieraamat sanat selitetty, ainakin ensimmäistä kertaa käytettäessä ja selkeät, asiasisältöä kuvaavat otsikot, tarpeen mukaan myös väliotsikot. Jos ilmaisutapaan ei ole kiinnitetty huomiota, voi koko materiaali jäädä käyttämättä. (Eloranta & Virkki 2011, 75.) Sisältö tulee rajata selkeästi, kuinka yksityiskohtaisesti asioista kerrotaan ja perustella valinnat (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26–58). Perehdytysmateriaalille on hyvä asettaa selkeät tarpeisiin pohjautuvat tavoitteet. Käytännön tarpeet ja pulmat ohjaavat laadukkaan perehdytysmateriaalin rakentamisessa. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26–58; Eloranta & Virkki 2011, 22–23.)

Perehdytysmateriaalia tehdessä tulee pohtia, tuoko se riittävästi tietoa sitä lukevalle. Perehdytysmateriaalissa oleva tiedon määrä ei ratkaise sitä, kuinka hyvin lukija kokee ymmärtämään perehdytysmateriaaliin koottuja asioita ja hyödyntämään oppimaansa käytännön työssä. Perehdytysmateriaalin tulisi herättää mielenkiinto käsiteltäviin asioihin, jota on tarvittaessa helppo selvittää lisää. Hyvin toteutettu perehdytysmateriaali toimii päätöksenteon tukijana, se vahvistaa osaamista ja siihen on helppo palata uudestaan. Perehdytysmateriaalin sisältö tulee koostua ajan tasalla olevasta tiedosta, joka perustuu näyt-

töön, asiaa on tutkittu ja käytännössä hyväksi todettu tapa toimia. Olennainen osa perehdytysmateriaalin tietoperustasta pohjautuu hoitotyön toimintoihin ja menetelmiin sekä niiden vaikutuksen arviointiin. (Eloranta & Virkki 2011, 15, 23, 25.)

Ennen perehdytysmateriaalin virallista käyttöönottoa olisikin hyvä koekäyttää sitä asiasisällön hyvin tuntevalla sekä heikommin tuntevalla henkilöllä. Saadun palautteen perusteella osataan muokata perehdytysmateriaalin sisältö juuri kohderyhmälle sopivaksi. Esimerkiksi useamman vuoden yksikössä työskennellyt sairaanhoitaja, jolle perehdytysmateriaalin sisällön asiat ovat päivittäin työssä esille tulevia ja opiskelija, joka tulee ensimmäistä kertaa kyseiseen toimintaympäristöön, eikä tiedä käytännöistä lainkaan. Vaikka perehdytysmateriaalin asia olisi kirjoitettu ymmärrettävästi ja tekstisisältö paikkaansa pitävää, ei se tarkoita automaattisesti, että materiaali olisi toimiva. Koekäytön tarkoituksena onkin varmistaa, että se on tarpeellista materiaalia kohderyhmälle. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 12–14, 16, 18.)

Tehdyssä materiaalissa on hyvä mainita, onko se taho, jolle perehdytysmateriaali on tehty, saanut käyttöön sen sähköisessä muodossa ja saako siihen tehdä muutoksia. Useimmiten perehdytysmateriaali työstetään produktiona, jonka jälkeen sen tekijä ei ole päivittämässä perehdytysmateriaalin sisältöä myöhemmin. Kohteessa, jonne perehdytysmateriaali tuotetaan, olisikin hyvä valita henkilö, joka huolehtii perehdytysmateriaalin säännöllisestä päivittämisestä tarpeen mukaan. (Eloranta & Virkki 2011, 75.)

7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Kvantitatiivisella tutkimuksella oli tarkoitus selvittää, millaisen perehdytysmateriaalin saattohoito-osaston henkilökunta tarvitsee ja kuinka hyvä perehdytysmateriaali tehdään. Tutkimusta tehdessä tulee valita tiedonkeruumenetelmä. Menetelmän valintaa ohjaa yleensä se, millaista tietoa halutaan saada ja mistä sitä saadaan. Koska kehittämispainotteen opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa materiaalia työyhteisön tarpeisiin, nähtiin parhaimmaksi tiedonhankinta menetelmäksi kartoituskysely. Kartoituskysely toteutettiin puolistrukturoituna kyselynä, jossa on monivalinta- ja avoimia kysymyksiä. Kyselyllä kartoitettiin hoitohenkilökunnan motivoituminen kivunhoidon arviointiin ja menetelmiin, kuinka he olivat toteuttaneet kivunhoidon arviointia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 183–185.)

Kyselyn vastaukset tulivat tutkijan sähköpostiin, josta ne vastaukserallaan koostettiin ja saatiin tieto, millaisen perehdytysmateriaalin henkilökunta haluaa. Tiedonhaku tehtiin henkilökunnan perehdytysmateriaalin toiveiden pohjalta.

Lähdin etsimään saattohoitoon ja erityisesti saattohoidettavan kivunhoitoon ja arviointiin liittyvää materiaalia syksyllä 2016. Hain materiaalia internetissä kirjaston hakukoneella (Nelli-portaali ja Diak-Finna) ja tallensin lähteet Refworksin viitetietokantaan, jonne oli helppo palata. Käytin materiaalia hakiessa muun muassa hakusanoja: Saattohoito, palliatiivinen hoito, kuolevan hoito, kivun arviointi, kivun lääkehoito, kivunhoidon portaat, kivun muodot, näyttöön perustuva hoitotyö, näyttöön perustuva kirjaaminen, ohjausmateriaali, palliative care, palliative sedation. Kirjoitin kirjallisuudesta tiivistelmiä ja tallensin tiedostot pilvipalveluun. Luin tiedonhaun aikana (8/2016-3/2017) lukuisia väitöskirjoituksia, opinnäytetöitä sekä muita raportteja ja pohdin, millainen on oman työni ja yhteistyökumppanin toimipaikkaan sopivan näköinen opinnäytetyön tuotteena syntyvä perehdytysmateriaali. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2017.)

Materiaalin hankkimiseen suunnittelin käyttäväni ja käytin paljon aikaa, koska samalla oli tarkoitus perehtyä huolellisesti saattohoitoon, lisäen omaa ammatillista osaamista. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelmaan kokosin kattavasti lähteitä, joiden pohjalta oli selkeämpi lähteä työstämään aineiston hankintaa. Tutustuin ja hyödynsin työssä sekä internetistä löytyviä, että konkreettisia kirjoja löytyviä tutkimuksia, näyttöön perustuvia suosituksia ja yleistä kirjallisuutta saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta. Kirjallisuutta ja muuta lähdemateriaalia saattohoitoon liittyen oli paljon saatavilla ja saattohoidosta oli myös tehty lukuisia ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä.

Tekemäni Webropol -kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa saattohoito-osaston henkilökunnan toiveet perehdytysmateriaalin sisällöstä, joten aineiston sisältöä ei ollut tarpeellista analysoida. Aineisto koostui hoitohenkilökunnan kokemukseen ja ajatuksiin perustuvista vastauksista. Avoimena kysymyksenä pyysin hoitotyöntekijöitä kuvaamaan käyttämiään kivunhoidon ja arvioinnin menetelmiä. Lisäksi vastaajat kertoivat avoimesti hyviksi havaittuja käytännönvinkkejä, kuten toimivaa yhteistyötä lääkäreiden ja omaisten kanssa. Työkokemus saattohoitotyössä monivalintakysymyksiä/ ehdotuksia perehdytysmateriaalin sisällöstä, jokaisen kysymyksen yhteydessä oli vapaan sanan mahdollisuus.

7.2 Webropol-kysely

Webropol- alustalle luodaan aluksi omat käyttäjätunnukset ja valitaan useista vaihtoehdoista oman näköinen kyselypohja- malli. Kysely-pohjaan luodaan itsemäärittelemät kysymykset ja vastausvaihtoehdot. Tavoitteena on, että kyselyllä saadaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. On mahdollista kysyä monivalintakysymyksiä, joissa vastaaja valitsee annetuista vaihtoehdoista itselleen sopivimman. Kysymyksessä voi olla monta vastausvaihtoehtoa sekä lisäksi mahdollisuus kirjoittaa avoin vastaus. Kysely tulee testata useammalla henkilöllä ja muokata saadun palautteen mukaisesti. (W-pol käyttöopas, i.a.)

Kyselyn yhteydessä lähetetään tutkittaville esittelykirje- jossa pohjustetaan miksi kysely tehdään ja miksi olisi tärkeä vastata kyselyyn. (Esittelykirje liite 1.) Kyselyssä ja esittelykirjeessä ilmaistaan milloin on viimeinen vastauspäivä ja mitä sen jälkeen tapahtuu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195–204.)

Kyselyistä vastaukset tulevat kyselyn tehneen henkilön sähköpostiin. Kun kaikki kyselyn saaneet ovat vastanneet mahdollisuuksien mukaan kyselyyn, kokoaa kyselyn tekijä vastaukset yhteen. Jokaiseen vastaukseen perehdytään kysely kerrallaan, ottamalla ensin tunnistetiedot pois. Vastauksia yhdistellessä selkeytyy vastaajien toiveet, tässä tapauksessa perehdytysmateriaalin sisällön toiveet. (W-pol käyttöopas, i.a.; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195–204.)

Kysely tarkoittaa aineiston keräämisen menetelmää, jossa aineisto kerätään tietyltä kohderyhmältä standardoidusti, eli kaikilta kysytään samanlaiset kysymykset samalla tavalla. Jokainen kyselyyn vastannut on osa laajempaa kyselyn otosta. Avoimissa kysymyksissä luodaan tutkimuskysymykseen vastaava kysymys tai odotetaan vastausta toimintatavoista ja tosiasioista ja mielipiteistä. Tekemäni tutkimuskysely oli myös kvalitatiivinen: tein kyselyn, enkä tavannut vastaajia, jolloin en voi yhdistää vastaajaa vastauksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 191–204.)

7.3 Perehdytysmateriaalin ideointi ja suunnittelu

Olin ollut aikaisemmin (12/2015) harjoittelussa Puolarmetsän sairaalassa saattohoito-osaston edeltäjässä, saattohoito- ja kuntoutusosastolla (3D). Harjoitteluajana jäin kaipaamaan kattavampaa ohjausta saattohoidettavan kivunhoidosta ja kivun arvioinnista. Työntekijöillä tuntui olevan eriäviä ajatuksia kivunhoidon ja kivun arvioinnin toteuttamisesta, johon vaikutti osastolla työskennelleiden lähihoitajien ja sairaanhoitajien erilaiset näkemykset aiheesta. Olin syksyllä 2016 yhteydessä saattohoito-osasto Puolarvillan ja kyselin kiinnostuksesta opinnäytetyön yhteistyökumppaniksi, kerroin harjoittelukokemukseni, jonka pohjalta ehdotin aihetta. Yhteistyökumppaniksi valikoitui Espoon kaupungin saattohoito-osasto Puolarvilla. Hyvän yhteistyön myötä oli tarkoitus toteuttaa ajan tasalla oleva perehdytysmateriaali, jossa oli perehdytty nimenomaan saattohoidettavan kivun hoitoon ja kivun arviointiin sekä huolelliseen kirjaamiseen.

Perehdytysmateriaalin sisältöä suunniteltaessa ja Webropol-kyselyä luodessa olivat tutkimuskysymykseni seuraavat: Millaista on hyvä kivunhoito saattohoidossa? Miksi perehdytysmateriaali olisi tarpeellinen? Mitä toivot perehdytysmateriaalin sisältävän? Tutkimuskysymykset antoivat pohjan teorian tiedon kartoittamiselle ja ohjasivat koko opinnäytetyöskentelyprojektia. Jokaisessa tutkimuksessa tulee olla tutkimusongelma, jonka ratkaisemiseksi tarvitaan tutkimuskysymykset ohjaamaan aineiston keruuta ja lopullista raporttia varten. Lisäksi työssä tulee kuvailla tutkimusmenetelmä, jonka perusteella tuotetaan luotettavaa tietoa. (Kananen 2017, 23.)

Kyselytutkimuksella oli tarkoitus kartoittaa henkilökunnan ajatuksia, kokemuksia, uskomuksia ja tunteita saattohoidossa työskentelystä ja kivunhoidosta sekä kivun arviointimenetelmistä ja kirjauksesta, Taulukko 1:ssä kuvataan henkilökunnan toiveet ja niiden tärkeysjärjestys. Kyselytutkimuksen voi toteuttaa internetissä tai esimerkiksi paperilla kirjeitse. Kyselytutkimuksella voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, johon voi osallistua haluttu määrä henkilöitä ja tutkimuksessa voidaan kysyä tutkimukseen liittyvät tarpeelliset kysymykset. Haasteita kyselytutkimukselle on esimerkiksi se, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen tai onko monivalintakysymysten vastausvaiht

toehdot juuri sille kohderyhmälle sopivat ja ovatko vastaajat perehtyneitä kyselyssä esitettyihin kysymyksiin. Hyvän kyselytutkimukseen meneekin paljon aikaa ja tutkijan tulee olla perehtynyt hyvin tutkittuun asiaan. Lisäksi lopullisiin tutkimustuloksiin vaikuttaa kyselytutkimuksen vastaajien kato, vaikka kysely olisi lähetetty suurelle joukolle, voi olla, että vastauksia tuleeikin vain pieni osa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.)

7.4 Perehdytysmateriaalin toteutus

Vierailin Puolarmetsän saattohoito-osastolla tammikuussa 2017 ja esittelin opinnäytetyön ideaa sekä kysyin hoitohenkilökunnan ideoita perehdytysmateriaalin sisällöksi. Tein alustavan sisällön perehdytysmateriaalista saattohoitoyksikön henkilökunnan nähtäväksi keväällä 2017. Sain kokoamastani materiaalista aihealueista palautetta ja toteutin Webropol-palvelimen kautta uuden kartoituskyselyn henkilökunnalle perehdytysmateriaalin sisällöstä ja muokkasin materiaalin sisältöä palautteen mukaiseksi. Sisällön rajauksena valittiin kivunhoito ja kivun arviointi, koska saattohoidosta on tehty paljon opinnäytetöitä ja muuta materiaalia. Erikseen kivunhoidon arviointiin ei ollut perehdytty niin paljon.

Perehdytysmateriaali toimii uutena työvälineenä hoidon laadun kehittämässä ja opiskelijoiden ohjauksessa. Perehdytysmateriaaliin koottiin teorian tietoa saattohoidettavan kivun eri muodoista ja niiden hoidosta erilaisin menetelmin, kivun hoidossa käytettävistä lääkkeistä sekä kivun arvioinnissa käytettäviä menetelmiä ja kivun kirjaamista potilastietojärjestelmään. Perehdyin kattavasti saattohoidosta, kivunhoidosta ja kivun arvioinnista kertovaan materiaaliin tehtyäni päätöksen opinnäytetyön aiheesta.

Perehdytysmateriaaliin kerättiin tietoa useista eri lähteistä muun muassa kirjallisuudesta, lehdistä, internetistä ja väitöstutkimuksista.

TAULUKKO 1. Kartoituskyselyssä ilmenneet henkilökunnan toiveet perehdytysmateriaalin sisällöstä.

	Tarpeellinen	Melko tarpeellinen	Hyvä olla mukana
Kivun ilmenemismuodot	Kipulääkkeiden annostelu, käyttötarkoitus ja haittavaikutukset	Kivunhoidon toteutus	Kivunhoidon arviointi
Yhtenäiset kirjaustavat	Spinaalinen kivunhoito	Palliatiivinen sedaatio	Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät
Omaisten huomioiminen	Kipumittarit ja niiden käyttö	Tulehduskipulääkkeet	Opioidit
	Yleisimmät saattohoitovaiheen oireet ja niiden hoito	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ero	

Pohdin kartoituskyselyn jälkeen, että henkilökunta toivoo varsin kattavaa kokonaisuutta saattohoitopotilaan kivunhoidosta, mutta samalla lisäksi kokonaisvaltaista saattohoidossa vastaan tulevia asioita. Lähdin kirjoittamaan henkilökunnan toiveisiin perustuvaa perehdytysmateriaalia, jotta heidän käyttöönsä tuleva materiaali olisi hyödyksi koko henkilökunnalle. Perehdytysmateriaalin pääotsikoksi valikoitui kivunhoidon arviointi ja kirjaaminen, koska siitä aiheesta henkilökunta toivoi eniten tietoa yhtenäisten käytäntöjen luomiseksi.

Kirjoitin perehdytysmateriaaliin toivottuja asioita pilvipalveluun, josta kokosin lopulliseen versioon tulevat materiaalit erilliseksi tiedostoksi. Saattohoitoyksikön henkilökunta toivoi perehdytysmateriaalin olevan selkeä uusille työntekijöille ja opiskelijoille, jonka vuoksi siinä tulisi olla tieto helposti löydettävissä.

Lopputuloksena syntyi perehdytysmateriaali, jonka yhteistyökumppani saa sekä paperisena että sähköisenä versiona tuotteen valmistuttua. Opinnäytetyö ja tuotekehittelynä syntynyt perehdytysmateriaali raportoidaan kirjallisena projektin loppuvaiheessa.

7.5 Perehdytysmateriaalin arviointi

Tutkimuskysymykset antoivat pohjan teorian tiedon kartoittamiselle ja ohjasivat koko opinnäytetyöskentelyprojektia. Jokaisessa tutkimuksessa tulee olla tutkimusongelma, jonka ratkaisemiseksi tarvitaan tutkimuskysymykset ohjaamaan aineiston keruuta ja lopullista raporttia varten. Lisäksi työssä tulee kuvailla tutkimusmenetelmä, jonka perusteella tuotetaan luotettavaa tietoa. (Kananen 2017, 23.)

Kehittämispainotteinen tuotos tulee olla helposti käytettävissä työelämässä. Kehittämispainotteisesti tehdyssä työssä syntyvän tuotteen on tarkoitus palvella työelämää (kohdistaa työn sisältö yhteistyökumppanin näköiseksi) ja olla mahdollisesti muokattavissa työyhteisön omiin käytäntöihin. Opiskelija raportoi tekemän projektin yhteistyökumppanin toimipaikassa esimerkiksi osastotunnin muodossa sekä lisäksi kirjallisena raporttina opinnäytetyön muodossa. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 33–34.) Opinnäytetyöprojekti päättyy, kun pidän osastotunnin saattohoito-yksikössä opinnäytetyöstä joulukuun 2017 aikana.

Tutkimuksessa oleviin kyselyihin vastaukset tulivat anonymieinä, joista vastaajia ei voida tunnistaa ja yhdistää minkään kysymyksen perusteella tuotettuun raporttiin. (Mäkinen 2006, 114–115.) Kyselystä saatujen vastausten perusteella luotiin pohja opinnäytetyönä syntyvälle oppaalle. Yhteistyökumppani arvioi ja antoi palautetta oppaan sisällöstä. Opa muodostui saatujen palautteiden perusteella. Palautteina oli muun muassa tarpeita joihinkin ilmaisutapoihin tai esimerkiksi annettaviin lääkemääriin, joihin yhteistyökumppanilla oli ajantasaisempaa tietoa.

”Perehdytysmateriaalissa lääkkeiden käyttötarkoituksissa oli epäselviä ilmaisuja, voisiko ilmaisua yhtenäistää?”

”Omaisten osallisuus saattohoidossa -osiossa on paljon hyvää, sitä ei kannata jättää pois. Ehkä siinä voisi korostaa, miksi se on tärkeää?”

Perehdytysmateriaalin valmistuessa lopulliseen muotoon, arvioi yhteistyökumppani sisältöä kriittisemmin. Saattohoito-yksikkö sai (10/2017) sähköpostikyselyn perehdytysmateriaalin sisällöstä, ja se viimeisteltiin käyttökokemuksen mukana tuoman palautteen perusteella. Perehdytysmateriaali oli noin viikon koekäytössä saattohoitoyksikössä. Materiaali koettiin tarpeelliseksi erityisesti uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä saattohoito-osaston toimintaan. Opiskelijoille, jotka tulevat yksikköön harjoitteluun, eikä saattohoito ole vielä niin tuttua, on perehdytysmateriaalissa selkeästi saatavilla neuvoja ja vinkkejä kivun hoitoon ja arviointiin sekä kivunhoidon kirjaamiseen.

Rakentavaa palautetta:

”Tavallaan kun viittaat PCA:n perehdytysmateriaalissasi, olisi ehkä hyvä johonkin kohtaan avata lyhyesti mitä sillä tarkoitetaan? Harvalle opiskelijalle kipupumppu on kovinkaan tuttu asia.”

”Kivunhoidon osalta ajatus tuntui selkeältä, mutta muut osiot olivat ehkä hieman irrallisia (esim. Omaisten osallisuus saattohoidossa).”

”Kaavioissa hyviä asioita, mutta olivat ehkä hieman epäselviä.”

Kehuvaa palautetta:

”Perehdytysmateriaali tulee olemaan hyvä työkalu meille osaamisen vahvistamisessa ja perehdytyksen apuvälineenä ja se vastaa varmasti tarpeeseen.”

”Melko selkeä ja helppolukuinen, laitoin kommentit niistä missä vielä korjattavaa ymmärrettävyyden kannalta.”

Palautteiden mukaisesti tehdyt muutokset muotoituivat lopulta perehdytysmateriaaliksi, jonka henkilökunta koki olevan heille tarkoitettu.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Pidin koko opinnäytetyöprosessin ajan tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjoitin muistiinpainoja oppitunneilta- jotka käsittelivät opinnäytteen tekemistä. Kokosin tutkimuspäiväkirjaan myös lukemaani ja perehtymääni materiaalia, sekä hyviä lähdevinkkejä. Aiheen halusin liittyvän saattohoitoon. Meni melko pitkään, kunnes sain tarkennettua aiheen saattohoidettavan kivunhoitoon ja kivun arviointiin. Aiheen rajausta oli haasteellinen, välillä tuntui, että työstä tulee liian laaja, kun tietoa on paljon saatavilla. Saattohoidosta on tehty paljon ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytteitä. Esimerkiksi Venäläinen, Nevalainen, Rusanen & Turunen 2016, ovat tehneet kehittämispainotteisena opinnäytetyönä kivunhoidon kansion saattohoidon tukiyksikölle.

Aikaisempia julkaistuja tutkimuksia saattohoidosta ja kivunhoidosta on julkaistu muun muassa *Hoitotiede*-lehdessä ja *Tutkiva hoitotyö*- lehdissä. Artikkelit *Hoitotiede*-lehestä: sairaanhoitajaopiskelijoiden oppimisesta ja kliinisestä osaamisesta (Salmela & Leino-Kilpo 2007). *Tutkiva hoitotyö*- ledestä artikkeleita esimerkiksi siitä, kuinka kivunhoitoa opetetaan ammattikorkeakoulussa (Vaajoki & Haatainen 2014), sairaanhoitajaopiskelijan ohjaajan toiminta harjoittelun tukemisessa (Meretoja ym. 2006), lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä (Lahtinen ym. 2016), sekä sairaanhoitajien arviota heidän omasta lääkehoito-osaamisestaan (Luokkamäki, Vehviläinen-Julkunen, Saano & Härkänen 2016). Lisäksi useissa tutkimuksissa on selvitelty saattohoidon laatua ja kivunlievityksen riittävyyttä. Tutkimuksissa on otettu usein sairaanhoitajan näkemys omasta osaamisestaan kuolevan potilaan hoitajana.

Sairanhoitajaopiskelijoille tehdyssä kliinisen osaamisen tutkimuksessa tuli ilmi sairaanhoitajaopiskelijoiden epäilykset henkilökohtaisia lääkehoitotaitoja kohtaan. Opiskelijat kaipaivat tutkimuksen mukaan laajempaa perehdytystä lääkehoidon toteutukseen käytännönharjoittelussa heitä ohjaavilta sairaanhoitajilta. (Salmela & Leino-Kilpi 2007.) Henkilökohtaisen kokemuksen lisäksi tämän tutkimuksen myötä aihe on tarpeellinen. Opinnäytetyö antaa työyksikössä työskenteleville sairaanhoitajille paremman mahdollisuuden perehdyttää osastolla harjoittelussa olevalle opiskelijalle saattohoidettavan kivunhoidosta.

8.1 Opinnäytetyöprosessi

Aiheena saattohoito ja kivun hoito kiinnostivat minua paljon ja olin päättänyt jo sairaanhoitajaopintojen alkaessa, että haluan perehtyä opinnäytetyöprosessin aikana saattohoitoon. Halusin toteuttaa opinnäytetyön konkreettisesti yhteistyössä työelämän kanssa, jotta voin sekä kehittää heidän osaamistaan, että voin oppia saattohoidon hoitotyön asiantuntijoilta aiheesta. Valitsin yhden sairaanhoitajaopintojen harjoittelupaikan (12/2015) myös sen vuoksi saattohoito- ja kuntoutusvuodeosastolta, jotta pääsen perehtymään saattohoitoon.

Elokuussa 2016 olin yhteydessä Espoon Puolarmetsän sairaalan saattohoito-osasto Puolarvillan osastonhoitajaan ja kysyin heidän kiinnostuneisuutta opinnäytetyöyhteistyöhön. Kiinnostusta oli välittömästi. Sovimme yhteistyöstä, tutkimuslupaa ei vielä tässä vaiheessa haettu, kun olimme molemmat ymmärtäneet, että yhteistyösopimus riittää. Onneksi tutkimuslupa-asia selvisi tammikuun 2017 osastovierailulla. Tutkimuslupa myönnettiin Espoon kaupungilta 30.1.2017. Tutkimusluvan jälkeen aloin kartoittamaan saattohoito-osaston henkilökunnan kokemuksia, ajatuksia ja ehdotuksia saattohoidon toteutuksesta heidän osastollaan. Loin Webropol-kyselyn, jolla kartoitin henkilökunnan toiveita perehdytysmateriaalin sisällöstä. Kyselyyn vastausprosentti oli heikko, jonka vuoksi kyselin saattohoito-osaston henkilökunnalta toiveita perehdytysmateriaalin sisällöstä helmikuussa 2017 vieraillessani osastolla.

Aineiston hankinnan aloitin jo elokuussa 2016, ja jatkoin sitä koko opinnäyteprosessin ajan. Opinnäytetyössä käytettyihin pääaineistoihin perehdyin kuitenkin kevään 2017 aikana. Kirjoitin hankkimistani materiaaleista tiivistelmiä pilvipalveluun, josta niitä oli helppo hyödyntää opinnäytetyöprosessin edetessä.

Opinnäytetyön kirjoittaminen eteni sykäyksittäin. Kirjoitin opinnäytetyöhön ja perehdytysmateriaaliin tulevan teorian kesän ja alkusyksyn 2017 aikana. Tarkemmin opinnäytetyöprosessista ja opinnäytetyön luotettavuudesta, eettisyydestä ja ammatillisesta kasvusta

kirjoitin vasta loka-marraskuussa 2017, vähän ennen opinnäytetyön luovutusta esitarkastukseen. Jälkeenpäin pohdin, että näistä aiheista olisi ollut tärkeä tehdä raportti jo aikaisemmassa vaiheessa opinnäytetyöprosessia.

Opin opinnäytetyöprosessin aikana aikataulusta kiinnipitämisen merkityksen ja itsenäisesti työtä tekevänä selkeiden tavoitteiden asettamisen olevan hyvin tärkeää. Lisäksi haastetta työstämiseen toi työn tekeminen itsekseen, jolloin ei ollut kollegiaalista tukea. Työssä joutui tekemään kaikki päätökset itsenäisesti. Opinnäytetyön kirjoittamiseen aiheuttivat taukoa muut opinnot ja harjoittelut. Halusin paneutua työhön huolellisesti, siksi suurempia kokonaisuuksia syntyi kerralla. Opinnäytetyön toteutusmenetelmän valinta selkeni opinnäytetyöprosessin jo alkuvaiheessa, kehittämispainotteinen työ oli minun juttuni.

Yhteistyö oppilaitoksen kanssa onnistui kohtalaisen hyvin, yhteydenpidon parantuessa kohti loppua. Haastetta yhteistyökumppanin kanssa toi toiminnan muutokset saattohoito-osastolla ja saattohoito-yksikössä, jotka aiheuttivat heidän päässä kiirettä. Yhteistyö oli kuitenkin sujuvaa ja molemmin puolin palkitsevaa.

Opinnäytetyönä syntyneen perehdytysmateriaalin tuottaminen kasvatti ammatillista osaamista saattohoidettavan kivunhoidon arvioinnissa ja kirjaamisessa. Saattohoidon osaaminen ja erityisesti kivunhoito ja kivun arviointi sekä niistä kirjaaminen on keskeistä sairaanhoitajan työssä. Lisäksi työstäminen opetti tietoteknillisiä taitoja muun muassa erilaisia tiedonhaun menetelmiä sekä lukemaan tieteellistä tutkimusmateriaalia.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan tutkijan noudattavan eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä tehdessään tieteellistä tutkimusta. Opinnäytetyötä tehdessä tämä tar-

koittaa rehellistä ja luottamuksellista raportin kirjoittamista ja toisten tutkijoiden tutkimusten kunnioittamista. Kunnioitus ilmenee toisten tutkijoiden tutkimustulosten esittämistä rehellisesti ja plagioimatta sekä huolellisilla lähdemerkinnöillä. (Vilkkä 2015.)

Opinnäytetyöprosessin aikana eettisyyden pohdinta on tullut esille tutkimuksen alkuvaiheesta lähtien ja jatkunut prosessin loppuun saakka. Yhteistyön aluksi on hankittu Espoon kaupungilta tutkimuslupa ja tutkimussopimus, jotka ovat ohjanneet työn eettistä linjaa. Sopimuksessa olen luvannut noudattaa opinnäytetyön yhteistyötaholle salassapitovelvollisuutta, jossa en luovuta tietoja potilaista tai heidän läheisistään saamiani tietoja ulkopuolisille. Lisäksi tutkimustulosten esittämisen tulee tapahtua siten, ettei siitä voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä tai perheitä. Tutkimuksessa saamani tieto ei päädy muiden saataville tunnistettavine tietoineen, vaan se hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. (Espoon kaupunki 30.1.2017; Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–13.)

Salassapitovelvollisuus antaa tutkittaville luontevan (anonymiteetin) mahdollisuuden ilmaista ajatukset rehellisesti, mikä helpottaa tutkijan työtä, kun voi käsitellä arkojakin aiheita työssä. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat itse saaneet päättää, millaisia asioita tuovat esille kyselyissä ja he ovat olleet mukana vapaa- ehtoisesti. Tutkimuskohteena on ollut isommassa organisaatiossa toimiva pienempi yksikkö, jonka henkilökunta on melko helposti selvitettävissä tarpeen mukaan. Raportista ei kuitenkaan selviä kenenkään henkilökohtaiset vastaukset. Potilaita tutkimukseen ei ole osallistunut.

Opinnäytetyönä syntyneen raportin kaikkien vaiheiden tulee olla rehellisesti toteutettuja ja käytettyjen lähteiden mainitseminen on erittäin tärkeää. Tutkimuksessa tulleiden tulosten käsittely ja hyödyntäminen osana opinnäytetyötä, tulee esittää totuudenmukaisesti. Yleisperiaate lähdemateriaalin käytössä on, että kaikki tieto on käytettävissä, kunhan materiaalin käyttäjä muokkaa niistä oman tuotoksen kertoen huolellisesti alkuperäisen lähteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 107.) Materiaalia tuottavan henkilön tulee olla ajatuksissaan ja toiminnassaan kriittisesti ajatteleva lähdemateriaalien suhteen. Käytettävän materiaalin tuoma informaatio tulee olla merkityksellinen yhteistyötaholle, kehittää työyhteisön ammattikäytäntöjä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–13.)

Opinnäytetyön aiheen valinta on jo itsessään eettinen valinta. Hyvään yhteistyöhön kuuluu informointi opinnäytetyön tavoitteista ja etenemisestä. Jokainen tutkimukseen osallistunut henkilö on ollut vapaaehtoinen osallistuja, ja heti tutkimuksen alussa osallistujat saivat informaation, että tutkimukseen osallistumisen voi halutessaan keskeyttää. Hyvää eettistä työskentelyä ohjaa hyvä yhteistyö sekä koulun, että opinnäytetyön yhteistyökumppanin kanssa. Suunniteltu aikataulu tulee pitää, jolloin jokainen osapuoli tietää tutkimuksen etenemisen. Opinnäytetyöprojektissa eettisesti oikeiden ratkaisujen valintaa onkin ohjannut ajatus tasa-arvoisesta vuorovaikutuksesta, oikeudenmukaisuuden korostamisesta ja ihmisten kunnioittamista. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–13.)

8.3 Luotettavuus

Opinnäytetyöprojektin alusta alkaen olen pitänyt päiväkirjaa, johon olen koonnut ajatuksia ja hyviä lähdevinkkejä työhön. Kirjoitin lähes kaikesta käyttämästäni materiaalista tiivistelmät, joiden pohjalta työstin työn. Jokaiseen tiivistelmään merkkasin huolellisesti kaikki kirjoittajat, otsikot, teoksen nimen ja sivunumerot. Uskon, että tämä lisäsi työn luotettavuutta. Internetlähteitä käyttäessä otin heti ylös lähteet, ja laitoin ne kirjoituksen myötä lähdeluetteloon. Hain lähteitä myös aluksi Nelli-portaalin kautta, myöhemmin Finna-Diakin-, Libguidesin- ja Refworksin kautta sekä tutkimalla kirjastossa konkreettisesti aihetta käsitteleviä materiaaleja.

Tein helmikuussa 2017 Puolarvillan henkilökunnalle Webropol-kyselyn millaisen perehdytysmateriaalin he haluaisivat. Lähdin sen pohjalta työstämään materiaalia opinnäytetyöhön. Webropol-kysely lähti kahden testauksen jälkeen hoitohenkilökunnalle, myöhemmin pohdin, ettei kysely ollut kovin kattava. Saattohoito-osaston henkilökunta vastasi hyvin niukasti kyselyyn (noin 15 henkilöä töissä, joista 4 vastasi), mikä heikensi toiveiden toteutumista. Tallensin ja tulostin kyselyn vastaukset. Myöhemmässä vaiheessa prosessia, kyselytulosten analysointivaiheessa, huomasin, että kysely oli koostettu väärin. Tuloksia analysoimalla ei olisi saanut selkeää kuvaa, mitä saattohoitoyksikön henkilökunta toivoi perehdytysmateriaalin sisältävän. Kysymykset olivat mahdollisesti liian johdattelevia, eikä siten välttämättä kovin totuuden mukaisia henkilökunnan ajatuksista. Alkuvuonna saattohoito-yksikköön tekemäni vierailun aikana keskustelin hoitotyöntekijöiden kanssa perehdytysmateriaalista. Heidän keskustelussa tuomat toiveet näkyvät myös työn

lopputuloksessa. Keskustelut eivät olleet haastattelutilanteita, eikä ennakkoon suunniteltuja, joten niistä ei ole kirjallista materiaalia saatavilla.

Olen pyrkinyt kunnioittamaan aikaisempien tutkijoiden tekstiä heidän henkilökohtaisina materiaaleina. Plagiointia olen pyrkinyt välttämään. Halusin rehellisesti tuotetun opinnäytetyön, joka näyttää tekemältäni. Opinnäytetyön kirjoittaja on itse vastuussa julkaisemastaan raportista ja siksi opinnäytteen tulee olla kirjoittajan näköinen sekä tekstin tulee olla selkeästi luettavaa (Mäkinen 2006, 124). Johdanto ja raportin tiivistelmä sekä johtopäätökset ovat opinnäytetyön tärkein osuus, sillä lukijat silmäilevät ne ja päättävät tiivistelmän perusteella, tutustuuko aiheeseen tarkemmin. (Mäkinen 2006, 124.) Tiivistelmän ja johdannon kirjoittaminen oli haastavinta työssä.

Opinnäytetyöprojektina syntyvässä tutkimuksessa pyritään välttää virheellisen tiedon tuontia yhteistyötaholle. Rehellisesti tuotetun tiedon ja lopputulosten luotettavuus ja pätevyys silti vaihtelee. Jokainen tulkitsee asian omalla tavallaan, tavoitteena olisi tuoda yhtenäinen lopputulos esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.) Kehittämispainotteisen opinnäytetyön periaatteellinen lähtökohta on tuottaa luotettavaa tietoa. Opinnäytetyön tekijän ja yhteistyötahon välinen luottamuksellisuus on tärkein väline luotettavan raportin syntymisessä. Raportin kirjoittaja lupaa yhteistyösopimuksen allekirjoituksellaan pitää vaitiolovelvollisuuden ja salassapitovelvollisuuden yhteistyötahon antamia tietoja kohtaan ja näin toimiessaan takaa oman luotettavuuden jatkossakin. (Mäkinen 2006, 148–149.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka hyvin tutkija on perehtynyt aiheeseen ja kuinka tarkasti tutkija on selvittänyt tutkimuksen etenemisen raportissaan. Tutkijan tulee olla perehtynyt tutkittavaan aineistoon ja valita huolellisesti tutkimuksessaan käyttämät materiaalit. Opinnäytetyöntekijän tulee olla kiinnostunut tutkittavaan aiheeseen. Tämän vuoksi onkin syventävän oppimisen kannalta tärkeä tehdä opinnäytetyö aiheesta, joka tukee merkittävästi ammatillista kasvua ja kehittymistä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 22–24.) Tutkimustuloksia lukiessa tulisikin selvittää helposti, kuinka tutkimus on tehty ja miten tutkimustuloksiin on päädytty (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232).

Kyselylomakkein selvitettävää tutkimusmateriaalia tutkittaessa ei voida olla varmoja, millä tavoin tutkittavat ovat ymmärtäneet kysymykset, ja ovatko tutkittavien ja tutkijan ajatus sama vastausten lopputuloksesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.) Tutkijan tehdessä tutkimusta itsenäisesti, ettei vertaisarvioijia ole, ei toisella tutkimuskerralla todennäköisesti saataisi samanlaisia tuloksia. Jos sama tutkija tekisi samanlaisen tutkimuksen samoin menetelmin uudestaan, ei tutkimuksesta syntyneitä tuloksia voitaisi pitää pätevinä ja todenmukaisina. Tutkija voisi päätyä vastaavaan lopputulokseen käyttäen erilaisia tutkimusmenetelmiä.

Opinnäytetyössä olen tarkoituksella kirjoittanut kolmesta saattohoitoa järjestävästä tahosta. Kuntoutus- ja saattohoito-osastosta (3D), jossa olin opintoihin kuuluvassa harjoittelussa 12/2015 ja josta opinnäytetyön idea sai alkunsa. Saattohoito-osastosta (Puolarvilla), jonka kanssa tein yhteistyösopimuksen ja hankin tutkimusluvan sekä tein kartoituskyselyn ja keskustelukysymyksiä. Saattohoitoyksikön (Villa Glims) aloittaessa toimintansa kesken opinnäytetyöprosessin (6.3.2017) siirtyi yhteistyö luontevasti sinne. Opinnäytetyön lopullinen tuotos tulee Villa Glimsiin, sillä kahta aikaisempaa mainittua osastoa ei ole enää olemassa.

8.4 Johtopäätökset

Tehty kartoituskysely oli huonosti toteutettu, vaikka sitä testattiin kollegoilla. Kysymykset eivät olleet kohdistettu riittävän hyvin kohderyhmälle ja kysymysten asettelu oli huono. Kysely oli myös mahdollisesti liian pitkä ja monivaiheinen, jolloin kyselyyn kutsutut henkilöt eivät ehtineet perehtyä kartoituskyselyn pääasiaan. Vastausprosentti jäi siten heikoksi. Lisäksi kyselytutkimustulokseen on voinut vaikuttaa tulevat muutokset saattohoito-osastolla. Kyselytutkimus toteutettiin opinnäytetyöprojektin alkuvaiheessa, ja yhteistyökumppanin työyksikkö ja osa henkilökunnasta vaihtui kesken tutkimusprosessin. Keskustelujen myötä tulleet henkilökunnan toiveet kuitenkin mahdollistivat perehdytysmateriaalin tekemisen ja siihen oltiin loppujen lopuksi tyytyväisiä.

Opinnäytetyölle oli selkeä tarve, aikaisempia vastaavia töitä ei ole ollut käytössä saattohoito-osastolla tai saattohoitoyksikössä. Henkilökunta koki aiheen ja opinnäytetyönä syntyvän perehdytysmateriaalin tarpeelliseksi jo aihetta ehdotettaessa. Yhteistyö sujui kaikin puolin hyvin, kaikki osapuolet tyytyväisiä lopputulokseen.

Opinnäytetyöprosessi tulee tehdä rauhallisesti ja siihen huolella paneutuen, jotta ammatillinen kasvu ja kehittyminen on mahdollista vahvistua. Kollegiaalisuus tukee opinnäytetyöprosessin läpikäymistä, vaikka opiskelija tekisi työtä itsenäisesti.

8.5 Ammatillinen kasvu

Koen saaneeni paljon lisätietoa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. Opinnäytetyöprosessin myötä osaan arvioida potilaan kivunhoitoa laadukkaammin ja huomioida reaaliaikaisen kirjauksen tärkeyden kivunhoidon seurannassa. Tämä vahvistaa luottamustani omasta osaamisesta sairaanhoitajana työskennellessäni. Ennen opinnäytetyöprosessia olin keskustellut saattohoidossa olevien potilaiden ja omaisten kanssa enemmän yleisellä tasolla, nyt keskusteluja ohjaa vahvistunut ammattitaito erityisesti kivunhoidon suhteen. Aikaisempi tietämykseni kivunhoidosta on lääkkeiden puolesta rajoittunut lähinnä tulehduskipulääkkeisiin, parasetamoliin, kipulaastareiden käyttöön sekä lyhyt- ja pitkävaikutteisiin opioideihin. Ajattelen, että harjoittelu kokemukseni (12/2015) vahvisti osaamistani saattohoidon parissa, mutta jäin kaipaamaan tuoretta kokemuksellista tietoa opinnäytetyötä työstäessä, jolloin olisin voinut peilata enemmän omia ajatuksia ja kokemuksia työn sisällön mukaan.

Tiedonhakutaitoni ovat kehittyneet prosessin aikana huomattavasti. Opin käyttämään erilaisia tiedonhakusivustoja, joita en aikaisemmin koskaan ollut käyttänyt. Olen kirjoittanut paljon muistiinpanoja opinnäytetyötä työstäessä, ja niitä on tarkoitus hyödyntää jatkossa. Kirjoitettua materiaalia (muistiinpanoja) on paljon (kirjojen, artikkeleiden omin sanoin kirjoitetut tiivistelmät). Haastetta työhön toi kirjoitustapani, ilmaisen asiat pitkästi. Opin prosessin aikana hieman tiivistetymin ilmaisemaan asioita, mutta se vaatii vielä kehittämistä.

Opinnäytetyön valmistuessa käyn mielessäni läpi, kuinka hyvin olen päässyt syventymään kattavasti saattohoitoon. Jos olisin tehnyt opinnäytetyön nopealla aikataululla, tai parityönä, uskon, että itselle muistiinpanoiksi kirjoitetuista materiaaleista saatu oppi olisi jäänyt vähemmälle. Opinnäytetyöprosessin aikana koin kuitenkin hyvin suuren vastuun tehdessäni työtä itsenäisesti. Niin sanottu opiskeluparin kanssa tehtävät keskustelut ja asioiden pohtiminen ja työn aikataulutus sekä rajaus jäivät pois, mikä olisi kasvattanut kollegiaalisuutta. Opinnäytetyön tekeminen on vaativa tehtävä, joka on vaatinut itsenäistä ajattelua, ja valmiuksia perustella omaa tekemäänsä sekä pohdintaa ja työhön sitoutumista (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 35).

8.6 Jatkotutkimusideat

Opinnäytetyöprosessin aikana valmistunut perehdytysmateriaali on koettu tarpeelliseksi. Henkilökunta uskoo, että perehdytysmateriaalin avulla kivunarviointimenetelmät kehittyvät yhtenäisemmiksi ja kirjaus on myös huolellisempaa.

Jatkotutkimusaiheena voisikin tutkia, kuinka kivun hoidon kirjaaminen sujuu saattohoitoyksikössä ja onko kirjaamisessa hyödynnetty perehdytysmateriaalissa esille tulleita kivun arviointimenetelmiä? Tuloksia voitaisiin käydä esimerkiksi osastotunnilla myöhemmin läpi?

Perehdytysmateriaaliin on koottu laajemmin tietoa. Voisiko niitä tietoja hyödyntää esimerkiksi pienissä (päällystetyt, taskukokoiset) vihkosissa, johon koostettu kivun arviointimenetelmät ja kirjaamisen menetelmät, joita tulee muistaa tehdä. Lapussa/ vihkosessa voisi olla myös yleisimmät kipumittarit ja kipua kuvailevia sanoja.

Onko potilastietojärjestelmässä käytössä esimerkiksi kivun seurantaan mallipohjia, jos ei, voisi sellaisen kehittämiseen hyödyntää tekemääni perehdytysmateriaalin kirjaamisosiota. Esimerkiksi potilaalla on epiduraalipuudute-, jolloin hänen vointia tulee seurata hyvin tarkasti. Seurantaan on kehitetty potilastietojärjestelmässä mallipohja, jonka mukaan kirjataan. Vastaavan tyylinen malli voisi toimia kivun vaikuttavuuden seurantaan.

Yhtenä jatkotutkimusajatuksena olisi omaisten kokemus yhtenäisemmästä kivunarvioinnista, toteutuuko ja onko hoitohenkilökunnalla samanlaiset arviointimenetelmät? Erilaisia omaisille suunnattuja läheisen kivunarviointiin käytettäviä ohjeita voisi myös kehittää.

LÄHTEET

- Claessens, Patricia; Menten, Johan; Schotsmans, Paul; Broeckaert, Bert. 2008. Palliative sedation: A Review of Research Literature. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008 sep; 36 (3): 310-333. Viitattu 24.8.2017. [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(08\)00100-0/fulltext#sec5](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(08)00100-0/fulltext#sec5)
- Diak-finna i.a. Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjasto. Viitattu 1.11.2017. <https://diak.finna.fi/>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä, Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C Katsauksia ja aineistoja 17. 5., uudistettu laitos. Juvenes Print Oy, Tampere 2010.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2017. Tiedonhaun oppaat, terveysala. Viitattu 1.11.2017. <http://libguides.diak.fi/c.php?g=101492>
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki
- ESAS-oirekysely potilaan oireenmukaiseen arvioon. 2014. PKSSK- Versio 2:11.12.2014. Viitattu 1.11.2017. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2160390/ESAS.pdf/d0fcd6f1-f6c9-48be-90a9-460f51bc13ed>
- Espoon kaupunki i.a. Sosiaali- ja terveystoimen palvelut, Villa Glims -Palliativinen hoito ja saattohoito. Viitattu 23.08.2017. http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Terveystoimen/Espoon_sairaala/Sairaalan_osastot_ja_yksikot/Villa_Glims
- Espoon kaupunki, 30.1.2017. Heinänen, Tuula. Tutkimuslupa. Sosiaali- ja terveystoimi.

- Fredriksson, Anne-Mari & Axelin, Anna 2013. Ikääntyneen kipu. Teoksessa Minna, Stolt; Anna, Axelin & Riitta, Suhonen (toim.) Ikääntyneen ihmisen terveysongelmat ja niiden arviointi- esimerkkejä keskeisistä terveysongelmista. Turun yliopisto. Tutkimuksia ja raportteja. A:65/2013
- Granström, Veikko 2010. Kipu ja mieli. WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Haanpää, Maija 2013. Syöpäpotilaan neuropaattinen kipu ja sen hoito. Teoksessa Elämän puu, kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Juha Hänninen & Marjukka, Luomala. Otavan kirjapaino, Keuruu.
- Hallila, Liisa (toim.) 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen ja sen arviointi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Hallila, Liisa & Graeffe, Reija 2005. Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Hamunen, Katri. 5/2012. Palliatiivinen sedaatio. Suomen anestesiologiyhdistys, Finnanest. http://www.finnanest.fi/files/hamunen_palliatiivinen.pdf
- Hamunen, Katri 2012. Vahvojen opioidien käyttö syövän aiheuttaman kivun hoidossa. Näytönastekatsaus. Viitattu 30.9.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak07802&suositusid=hoi50063>
- Hamunen, Katri & Kalso, Eija 2009. Kivun hoitomuodot. Teoksessa Eija, Kalso; Maija, Haanpää; Anneli, Vainio 2009. Kipu. 3.s uudistettu painos. Duodecim, Helsinki.
- Heiskanen, Tarja; Hamunen, Katri; Hirvonen, Outi 2013;129 (4). Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 1.11.2017. <http://duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822>.
- Heiskanen, Tarja 2012, 467-468. Kivun hoito erikoisteknikoin. Suomen Anestesiologiyhdistys ry. Finnanest 2012; 45 (5).
- Hildén, Hanna-Mari 2006. Hoitotahto. Teoksessa Juha, Hänninen. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 1. painos 2006.

- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutkimustyyppit ja aineistonkeruun perusmenetelmät. Teoksessa Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. 15., uudistettu painos.
- Hoitotyön tutkimussäätiö: näyttöön perustuva toiminta 2017. Viitattu 24.10.2017.
<http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- Holopainen, Arja; Junttila, Kristiina; Jylhä, Virpi; Korhonen, Anne; Seppänen, Salla. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fioca Oy, Helsinki. Bookwell Oy.
- Hopia, Hanna; Heinonen, Janika; Liimatainen, Leena 2012. Sairaanhoidajan eettinen osaaminen. Teoksessa: Iiri, Ranta, Iiri (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt 2012. Hoitotyön vuosikirja 2012. Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusosakeyhtiö Fioca Oy.
- Hovi, Sirpa-Liisa & Lauri, Sirkka 1997. Syöpäpotilaan kipu potilaan ja sairaanhoidajan arvioimana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:17/1997.
- Huhtinen, Aili 1995. Kuolevan hoitamisen merkitykset. Teoksessa Grönlund, Elina; Huhtinen, Aili. 1995. Autan kuolevaa. Kirjayhtymä Hygieia, Tampere.
- Hänninen, Juha & Pajunen, Tapio 2006. Kuoleman kaari, Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Kirjapaja Oy, Helsinki.
- Hänninen, Juha 2015. Mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan. Saattohoito. Teoksessa: Tiina, Saarto; Juha, Hänninen; Riitta, Antikainen & Anneli, Vainio (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim. 3., uudistettu painos. Helsinki.
- Hänninen, Juha 2015. Oireiden arviointi. Oiremittarit ja toimintakykyasteikot palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa: Tiina, Saarto; Juha, Hänninen; Riitta, Antikainen & Anneli, Vainio (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim. 3., uudistettu painos. Helsinki.
- Hänninen, Juha 2007; 123(18). Palliatiivinen sedaatio - viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 1.11.2017.
<http://duodecimlehti.fi/lehti/2007/18/duo96746>
- Hänninen, Juha 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Kustannus Oy Duodecim. 1. Painos. Gummerus kirjapaino Jyväskylä.

- IASP, International Association for the Study of Pain. Viitattu 9.11.2016.
<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navitemNumber=576>
- Kalso, Eija 2013. Kivun lievittäminen parantaa elämänlaatua. Teoksessa Elämän puu, kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Juha Hänninen & Marjukka, Luomala. Otavan kirjapaino, Keuruu.
- Kalso, Eija; Elomaa, Minna; Estlander, Ann-Mari; Granström, Veikko. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Eija, Kalso; Maija, Haanpää; Anneli, Vainio. Kipu. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy.
- Kalso, Eija; Kontinen Vesa. 2009. Kipu tieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Eija, Kalso; Maija, Haanpää; Anneli, Vainio. Kipu. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy.
- Kalso, Eija; Haanpää, Maija; & Vainio, Anneli (toim.) 2009. Kipu. Kivun lääkehoito. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Kalso, Eija i.a, Käytännön opioidihoito. Teoksessa Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. Toim. Eija, Kalso; Pirkko, Paakkari; Marja, Forsell. Lääkelaitos, 2. uudistettu painos. Viitattu 7.9.2017. <http://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160opioidit-opas.pdf>
- Kananen, Jorma 2017. Kehittämistutkimus interventiotutkimuksen muotona -opas opinäytetyön ja pro gradun kirjoittajalle. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 232. Suomen yliopistopaino- Oy -Juvenes Print.
- Kipu 2017. Käypä hoito -suositus. 22.08.2017. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.11.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103>
- Kirsi Suutari, henkilökohtainen tiedonanto 23.10.2017. Espoo, Villa Glims.
- Kuokkanen, Liisa. 2012. Sairaanhoidajan eettinen stressi. Ranta, Iiri (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt 2012. Hoitotyön vuosikirja 2012. Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusosakeyhtiö Fioca Oy.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä Hoito -suositus (28.11.2012). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja

Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>

Lahtinen, Minna; Rantanen, Arja; Heinonen-Tolonen, Tarja & Joronen, Katja 2016, 4-13. Lääkkeetön kivunlievitys ja sen kirjaaminen lasten sairaalahoidon aikana. Tutkiva hoitotyö vol 14. (2).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 24.08.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeus>

Lehto, Juho 2015, 11. Hoitolinjaukset. Hoitolinjaus. Teoksessa: Tiina, Saarto; Juha, Hänninen; Riitta, Antikainen; Anneli, Vainio (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim. 3., uudistettu painos. Helsinki

Leino-Kilpi, Helena; Kulju, Kati; Stolt, Minna 2012. Eettiset ohjeet hoitotyössä. Teoksessa: Iiri, Ranta (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt 2012. Hoitotyön vuosikirja 2012. Sairaanhoidajaliiton koulutus- ja kustannusosakeyhtiö Fioca Oy.

Luokkamäki, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri; Saano, Susanna; Härkänen, Marja. 2016, 23-31. Sairaanhoidajien lääkehoidon osaaminen heidän itsensä arvioimana. Tutkiva hoitotyö vol 14 (2).

Martin, Minna 2015. Kipu ja hengitys. Kipuviesti 2/2015.

Meretoja, Riitta; Häggman-Laitinen, Arja; Lankinen, Iira; Sillanpää, Kirsi; Rekola, Leena; Eriksson, Elina 2006, 10-15. Lähiohjaaja sairaanhoidajaopiskelijoiden ohjatussa harjoittelussa. Tutkiva hoitotyö vol 4 (2).

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Pahlman, Irma. 2013. Kuolevan potilaan itsemäärääminen ja hoitotahto. Teoksessa Elämän puu, kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Juha, Hänninen; Marjukka, Luomala. Otavan kirjapaino, Keuruu.

Pajunen, Tapio 2013. 22. Saattohoidon merkitys. Teoksessa Kirsti Aalto. Saattohoito kuolevan tukena. Kirjapaja Helsinki.

- Pohjolainen, Timo 2009, 237-240. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Eija, Kalso; Maija, Haanpää; Anneli, Vainio. Kipu. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Raappana Maarit, 2004. Kipu päiväkirurgisen aikuispotilaan arvioimana. Teoksessa Katri Vehviläinen-Julkunen ja Anna-Maija Pietilä (toim.). Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua. Hoitotieteellinen tutkimus kivun hoidon perustana. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio 2004. 146-147.
- Rhen, Brithe 2013. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on saattamista saattohoitoon. Teoksessa Elämän puu, kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Juha, Hänninen; Marjukka, Luomala. Otavan kirjapaino, Keuruu 2013.
- Saarto, Tiina 2015. Mitä palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan. Palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa: Tiina, Saarto; Juha, Hänninen; Riitta, Antikainen; Anneli, Vainio (toim.) 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim. 3., uudistettu painos. Helsinki
- Salmela, Marjo & Leino-Kilpi, Helena 2007, 13-22. Sairaanhoidajaopiskelijoiden hoitamisen taidot ja niiden opetus ammattikorkeakoulussa. Hoitotiede vol. 19 no 1/07.
- Salomäki, Timo; Laurila, Päivi. 2014. Kivun voimakkuuden arviointi. Teoksessa Anestesiologia ja tehohoito. Per, Rosenberg; Seppo, Alahuhta; Leena, Lindgren; Klaus, Olkkola; Esko, Ruokonen. toim. Duodecim 3 uudistettu painos, 2014. Kustannus oy Duodecim. Otavan kirjapaino OY, Keuruu 2014.
- Sand, Hilikka 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimuksia suomalaisesta saattohoidosta. Acta Universitatis Tampereensis 919. Akateeminen väitöskirja. University of Tampere 2003.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, 298/2009 Viitattu 24.08.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasasiakirja>
- Stanford school of medicine, i.a. Ramsay Sedation Scale. Viitattu 24.08.2017. <https://palliative.stanford.edu/palliative-sedation/appendices/ramsay-sedation-scale/>

- Tasmuth, Tiina. 2013. Lääkärinä yliopistosairaalassa ja Terhokodin päivystäjänä. Teoksessa Elämän puu, kirjoituksia saattohoidosta. Toim. Juha, Hänninen; Marjukka, Luomala. Otavan kirjapaino, Keuruu.
- The University of Iowa 2017. Pain Assessment In Advanced Dementia-PAINAD tool. Geriatricpain.org. Viitattu 17.11.2017. <https://geriatricpain.org/assessment/cognitively-impaired/painad/pain-assessment-advanced-dementia-painad-tool>
- Tilvis, Reijo 2006. Opioidit vanhusten vaikean kivun hoidossa. Teoksessa Kaisu, Pitkälä; Harriet, Finne-Soveri & Reijo, Tilvis. Vanhusten kivunhoito ja arviointi. Espoo, Janssen Cilag.
- Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena; Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Hygieia. Kustannusosakeyhtiö Tammi, TammerPaino Oy, Tampere.
- Vaajoki, Anne & Haatainen, Kaisa 2014. Kivunhoito näkyviin ammattikorkeakoulujen uudistuvassa opetussuunnitelmassa. Tutkiva hoitotyö vol. 12. 3/2014.
- Vainio & Kalso 2009. 489-495. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Eija, Kalso; Maija, Haanpää; Anneli, Vainio. Kipu. Duodecim. Otavan kirjapaino Oy.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2004. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. 2004. Viitattu 9.11.2016. [http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a?version=1.0,](http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a?version=1.0)
- Valvira 2008, hoitotahto. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.08.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto
- Valvira 2008, saattohoito. Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, saattohoito 08.12.2008. viitattu 10.11.2016. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

- Vehviläinen-Julkunen, Katri; Pietilä, Anna-Maija. 2004. Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio 2004. Hoitotieteellinen tutkimus kivun hoidon perustana.
- Venäläinen, Susanna; Nevalainen, Jonna; Rusanen, Marjut; Turunen, Maarit, 2016, Taivotteena kivuton saattohoito: kivunhoidonkansio saattohoidon tukiyksikölle Lehtolakodille. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, kehittämispainotteinen opinnäytetyö.
- Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus, Jyväskylä. 4., uudistettu painos.
- Vuorinen, Eero; Järvimäki, Voitto 2012;45 (5). Terveyskeskus, sairaala vai koti -miten saattohoito tulisi järjestää Suomessa. Finnanest. Viitattu 31.10.2017. http://www.finnanest.fi/files/vuorinen_terveyskeskus.pdf
- W-pol käyttöopas, i.a. Webropol materiaalit. Viitattu 4.11.2017. <http://www.webropol.com/materiaalit/w-pol.pdf>
- World Health Organization 2017, WHO's cancer pain ladder for adults. Viitattu 17.9.2017. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>

LIITE 1. Kysely perehdytysmateriaalin sisällöstä

Tervehdys Puolarvillan henkilökunta,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kirsi Ratilainen Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen yksiköstä. Olin saattohoito- ja kuntoutusvuodeosastolla (Puolarmetsän os. 3D) opintoihin kuuluvassa harjoittelussa syksyllä 2015 ja koin, etten saanut riittävästi ohjausta saattohoidettavan kivunhoidosta ja sen arvioinnista. Sain idean tehdä aiheesta osastollenne opinnäytetyön.

Teen saattohoito-osastonne kanssa yhteistyötä ja haluaisin kerätä teiltä ajatuksia ja kommentteja siitä, miten olette arvioineet saattohoidettavan kipua? Millaisia menetelmiä käyttäneet kivun arviointiin ja millaisilla menetelmillä olette hoitaneet kipua?

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä perehdytysmateriaali aiheesta saattohoidettavan kivunhoito ja arviointi. Tavoitteena on toteuttaa siitä perehdytysmateriaali, joka auttaa yhtenäistämään saattohoidettavan kivun arvioinnin ja kivun kirjaamisen. Materiaalin on tarkoitus toimia osastonne opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden perehdytysmateriaalina saattohoidettavan kivunhoitoon ja arviointiin. Perehdytysmateriaaliin olisi tarkoitus koota tietoa erilaisista saattohoidossa yleisesti käytettävistä kipua lievittävästä lääkkeistä sekä kivunhoidon arviointimenetelmistä.

Laitan teille nettikyselyn, joihin toivoisin teidän vastaavan mahdollisimman pian. Kyselyn tarkoituksena on koota osastonne tarpeisiin tulevaa materiaalia saattohoidettavan kivunhoidosta ja kivunhoidon arvioinnista.

Jos teille tulee jotain lisäkysymyksiä, voitte ottaa minuun yhteyttä. Tulen käymään osastollanne tammikuussa 2017.

Ystävällisin terveisin

Kirsi Ratilainen

p. XXX XXXX XXX

X.X@student.diak.fi

LIITE 2 Perehdytysmateriaali henkilökunnalle

**KUOLEVAN KIVUNHOITO
JA KIVUNARVIOINTI
SAATTOHOITO-YKSIKÖSSÄ**

Opinnäytetyö

Kirsi Ratilainen

Diakonia-ammattikorkeakoulu

syksy 2017

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	2
2 KUOLEVAN HOITAMINEN	3
3 OMAISTEN HUOMIOIMINEN SAATTOHOIDOSSA	7
4 HOITOTAHTO	8
5 KIVUN ILMENEMISMUODOT	9
6 KIVUN ARVIOINTI JA DOKUMENOINTI	14
7 KIPUA LIEVITTÄVÄT LÄÄKKEET.....	22
7.1 Kipulääkkeiden antotavat, antomäärät ja haittavaikutukset	22
7.2 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli..	24
7.3 Opioidit.....	25
7.4 Muut lääkevaihtoehdot kivunhoitoon	33
7.5 Palliatiivinen sädehoito	34
7.6 Spinaalinen kivunlievitys eli selkäytimen kautta toteutettava kivunlievitys.....	35
7.7 Palliatiivinen sedaatio	38
8 LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO	40
9 LÄHTEET.....	41

1 JOHDANTO

Saattohoidossa olevalla kivut lisääntyvät ja haittaavat elämää. Kipua tulisikin arvioida ja hoitaa säännöllisesti, jotta elämänlaatu säilyy mahdollisimman miellyttävänä. Saattohoidossa kivun lievitykseen käytetään paljon erityisosaamista vaativia tekniikoita, kuten spinaalista kivun lievitystä ja palliatiivista sedaatiota, mitkä vaativat huolellista voimien seurantaa. Kirjaus onkin yksi tärkeimmistä asioista, johon tulee panostaa. Yhteisin tavoittein toteutettu kirjaus potilaan voinnista ja kivunhoidosta, ohjaa potilaan seuraavaa hoitajaa jatkamaan luontevasti siitä, mihin on toisen hoitajan kanssa jääty.



Opinnäytetyönä syntyneen perehdytysmateriaalin tarkoituksena on tuoda Villa Glimsiin yhtenäisiä toimintatapoja kivun arviointiin ja siitä kirjaamiseen. Perehdytysmateriaaliin on koottu myös tietoa kivun ilmenemismuodoista ja kivunlievitykseen käytettävistä lääkkeistä. Kivun tunnistaminen on tärkeä osa hyvää kivun hoitoa, sekä osata toteuttaa arvion perusteella myös lääkkeettömiä kivunlievityskeinoja.



2 KUOLEVAN HOITAMINEN

Siirtyminen palliatiivisesta hoidosta saattohoitoon, tarkoittaa, että tarpeettomat hoidot lopetetaan, kun kuolema lähestyy. Sairauden hoidon parantavasta vaikutuksesta on luovuttu ja keskitytään parantumattomasti sairaan ihmisen kärsimysten lievitykseen ja oireiden mukaiseen, oireita lievittävään hoitoon. Saattohoitovaiheessa ei tehdä enää kontrollitutkimuksia ja sairauksia ennaltaehkäisevästä lääkityksestä luovutaan. Esimerkiksi elvytys, tehohoito, nesteytys- ja ruokintahoidot, solunsalpaajahoidot ja suonensisäiset antibiootit eivät ole enää tarpeen saattohoidossa. Palliatiivista sädehoitoa voidaan antaa tarvittaessa kertaluontoisesti syövän aiheuttaman luustokivun hoitoon. Peruseriaatteet saattohoidon toteutuksessa ovat kaikille samanlaiset, riippumatta sairaudesta tai hoitopaikasta.

Kuolevan potilaan hoidossa tärkeintä on yksilöllinen ja kokonaisvaltainen kohtaaminen, johon kuolevan läheiset ovat osallisina. Kuolevan potilaan hoidon perustana tulee olla kuolevan luonteva kohtaaminen, sekä hänen fyysisen ja henkisen toimintakyvyn tukeminen ja huolenpito. Henkisen toimintakyvyn tukemisella tarkoitetaan potilaan kuuntelemista, hänen tarpeiden ja toiveiden huomioon ottamista, sekä tukemista käsittelemättömien asioiden selvittelyssä. Fyysisen toimintakyvyn tukeminen tarkoittaa kuolevan auttamista oireiden kanssa selviytymisessä. Elämän loppuvaiheen tavallisia oireita ovat uupumus, ahdistuneisuus, masennus, ruokahaluttomuus, laihtuminen, ummetus ja hengenahdistus. Potilas tarvitsee tukea oireiden helpottamiseen sekä hygieniasta huolehtimiseen, hyvään perushoitoon. Muut potilaan ja läheisten tarpeet jäävät herkästi huomioimatta potilaan fyysisten ja psyykkisten oireiden varjoon.

Omahoitajuus tukee potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja läheiset tulevat paremmin huomioiduksi. Omahoitaja oppii tuntemaan saattohoidettavan ja hänen läheisensä tarpeet ja tavat ilmaista asioita. Omahoitaja pyrkii huolehtimaan kuolevan ja läheisten toiveiden noudattamisesta. Toisiinsa omaisilta saattaa tulla epärealistisia toiveita kuolevan voinnin suhteen. Saattohoitoyksikössä omahoitajalla on aikaa olla läsnä kuolevan elämässä. Luonteva vuorovaikutus ja luotettavuus kohtaamisissa parantaa yhteistyön sujuvuutta. Omahoitaja toimii kuolevan, omaisten ja hoitoon osallistuvien tahojen yhteyshenkilönä ja koordinoijana. Potilas on mahdollisesti tehnyt hoitotahdon tai haluaa ilmaista tahtonsa siirtyessä saattohoitoon. Hoitotahdon on tärkeää olla hoitohenkilökunnan ja omaisten tiedossa.

Moniammatillisen työryhmän merkitys saattohoidossa on hyvin suuri. Hyvin herkästi hoitohenkilökunnan tulee konsultoida eri erikoisalojen ammattilaisia, jotta saattohoidettavan ja omaisten jaksaminen korostuu. Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyuden tai kivun hoitoon erikoistuneen lääkärin konsultaatio on yleensä ensisijainen. Tarpeen mukaan myös teologian asiantuntijan, sosiaalityöntekijän ja/tai psykiatrian työryhmän jäsenenä voidaan konsultoida. Kivunhoidon ja hoitotyön asiantuntijoiden tietämystä tarvitaan hyvin paljon. Lisäksi fysioterapeutin avustuksella parannetaan saattohoidettavan kivunlievitystä ja vointia voidaan kohentaa. Tarvittaessa esimerkiksi kirurgian erikoisasiantuntijoita on hyvä konsultoida, jos saattohoidettavan vointia ja oireita voidaan helpottaa sen avulla.

Kivun ja muiden oireiden lieventyminen lääkkeettömästi on yksi hoidon tavoitteista. Potilaan ollessa itse aktiivinen osallistuja, voidaan liikehoitoja toteuttaa. Liiallista liikuttamista vältetään, jos saattohoidettava on kivulias. Säännöllinen asentohoito on merkittävässä osassa vuodepotilaan liikkumista ja toimintakyvyn tukemista. Villa Glimsissä on käytössä

moottoroidut patjat, joiden hyöty kivunhoidossa on merkittävä. Kivunlievitysmenetelminä toimii myös fysikaaliset hoidot, terapeuttiset hoidot sekä kylmä- ja lämpöhoito. Rauhoittava hengitys lievittää kipua. Keskustelu, kosketus ja yhdessä tekeminen saavat kipua kärsivän ajatukset muualle ja kipu saattaa lievittyä.

Saattohoidettavan kivunhoidon toteuttamisessa vaaditaan tarkkaa puntarointia lääkkeiden hyötyjen ja haittojen suhteesta kivun lievittyvyyteen. Kivun hoito aloitetaan pienimmät sivuvaikutusriskit omaavilla lääkkeillä ja seurataan lääkkeen vaikutusta toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Potilaan tuntema kipu on yksilöllistä, jolloin potilaan ilmaisema kiputuntemus tulee ottaa todesta ja hoitaa sen mukaisesti.

Potilaan kipua tulisi arvioida sekä levossa että liikkuesssa. Lisäksi oireita olisi hyvä havainnoida potilaan huomaamatta, jolloin potilaan huomio ei kohdistu aktiivisena olemiseen. Huomaamaton havainnointi antaa potilaalle mahdollisuuden olla oma itsensä kaikkine oireineen ja ominaisuuksineen. Potilaan oma kokemus ja tuntemus ovat kuitenkin tärkeimmät mittarit loppuvaiheen kivussa. Työyhteisön kivunarviointimenetelmät olisi hyvä olla samanlaiset, jotta potilaan kokonaisvaltainen hoito pysyisi laadukkaana. Yhtenäisesti sovitut kirjaustavat parantavat hoidonjatkuvuutta. Kirjaus on tärkeä osa onnistunutta kivunhoitoa. Kirjauksen tulee olla reaaliaikaista, jotta myös potilaan voinnin muutoksiin pystytään reagoimaan nopeasti.

Jokaisella ihmisellä on oma tapansa käsitellä kuolemaan liittyviä asioita. Kuolevan kohtaamisessa tulee olla herkkä ja avoimin mielin mukana. Hoitohenkilökunnan olisi hyvä tunnistaa kuolevat, jotka haluaisivat keskustella kuolemasta, mutta eivät halua itse olla keskustelun aloittajina. Tällöin potilas odottaa, että hoitohenkilökunnalla on aikaa kuunnella ja keskustella häntä askarruttavista asioista. Hoitohenkilökunnan tulisikin luoda luonteva keskustelumahdollisuus kuolevan kanssa. Joidenkin po-

tilaiden kuoleman käsittely on hyvin avointa: he haluavat tietää kuoleman etenemisen, ilmaista pelon, surun ja ilon tunteita sekä he surevat omaisten jaksamista hänen kuoleman jälkeen. Osa kuolevista ei halua keskustella kuolemaan liittyvistä asioista, tai asioista ylipäättään kenenkään kanssa, vaan pohtia niitä mielessään. Hoitohenkilökunnan tulee hyväksyä potilaan toiveet myös tässä vaihtoehdossa, jolloin hoitajat toimivat kuolevan matkakumppaneina. “Jätä minut rauhaan” sanojen takana voi potilaalla kuitenkin olla hiljainen toive, että joku puhuisi kuolemaan liittyvistä asioista, vaikkei hän halua myöntää asiaan liittyvää pelkoa.

Kuolevan omaiset voidaan myös jakaa karkeasti kolmeen ryhmään. Epävarmasti tietoa ja keskustelutukea pyytäviin, avoimesti asioista keskusteleviin tai sulkeutuneisiin omaisiin, jotka eivät välttämättä rohkene keskustella kuolemaan liittyvistä asioista, jos kuoleva läheinen ei voi itselleen myöntää kuolemaa. Hoitohenkilökunnan tulisikin tunnistaa omaistyyppit ja kohdata heidät luontevasti, oli omaisen toive millainen tahansa.

3 OMAISTEN HUOMIOIMINEN SAATTOHOIDOSSA

Omainen voi olla tilanteessa, ettei ole koskaan kohdannut kuolevaa ihmistä. Omaiset tarvitsevat ohjausta, kuinka toimia kuolevan kanssa. Luonteva kosketus, puhuttelu ja omana itsenä oleminen ovat tärkeimmät ohjeet kuolevan vierellä olevalle. Omainen saa olla rauhallisin mielin, sekä ilmaista tunteitaan. Omaiset ovat tärkeässä asemassa saattohoidettavan jaksamisessa ja kuolevan toiveiden kertojana, koska he ovat tunteet potilaan ennen voinnin huononemista. Omaiset ovat tietoisia myös saattohoidettavan mahdollisesta hoitotahdosta.

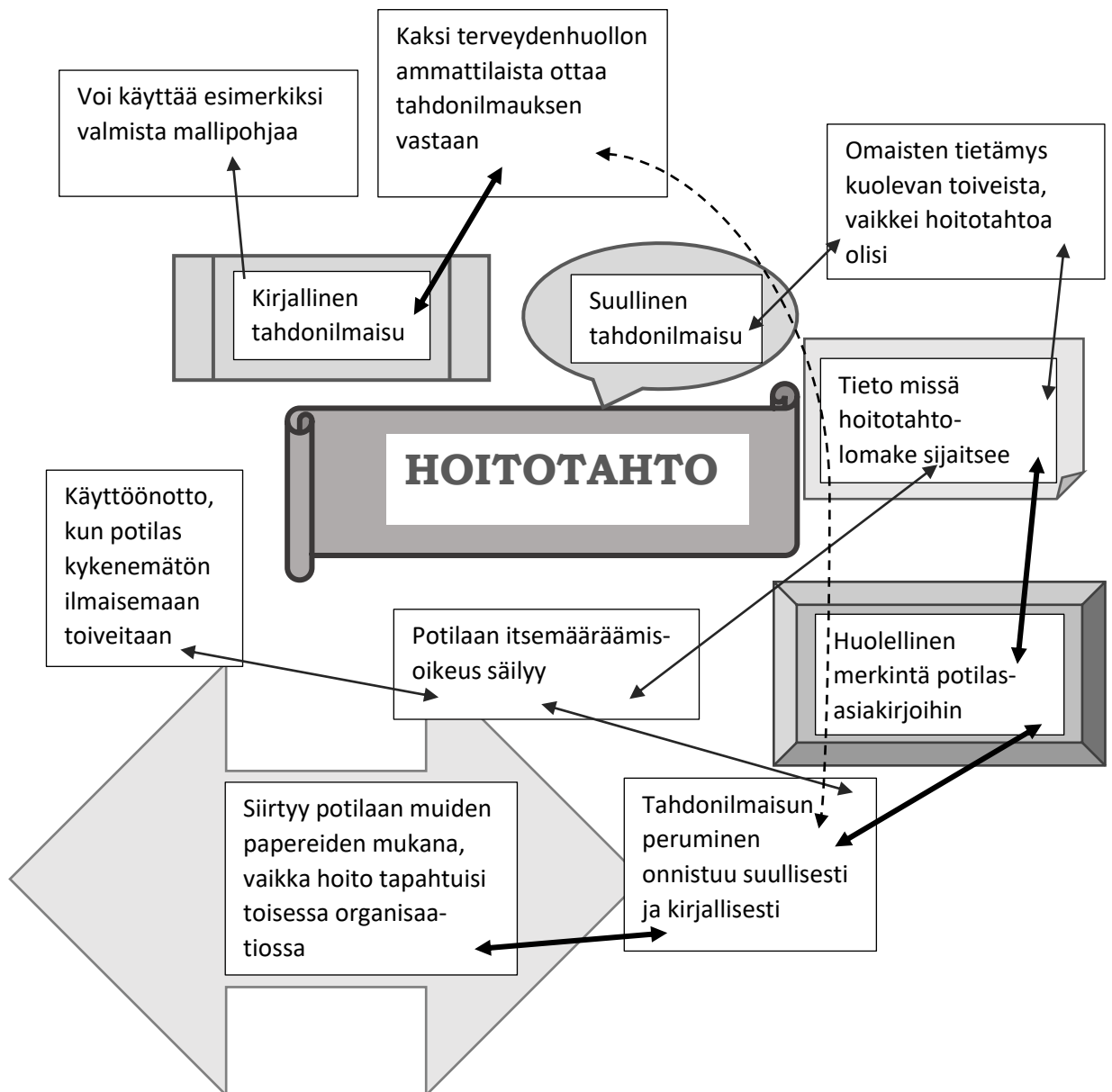
Hoitohenkilökunta pitää ohjat hallinnassa, jonka myötä omaisten on helppo lähestyä henkilökuntaa. Samalla omaisen jaksamista kartoitetaan ja tiedustellaan mahdollisia pelkoja ja huolenaiheita. Omaiselle informoidaan aina kuolevan voinnin muutokset, ja tietoa tulevasta kokonaisvaltaisesti. Omaisten tukeminen ja lohduttaminen sekä hyvä ja luotettava keskusteluyhteys parantaa kaikkien jaksamista.

Omainen joutuu käymään läpi vaikeita hetkiä, kun ei voi enää juurikaan auttaa kuolevaa. Omainen käy yhtä lailla kuolevan kanssa asioita läpi, kuten: kuoleman ja elämän loppumisen kieltämistä, ristiriitaisia tunteita, syyllisyyttä, pelkoja, ahdistusta ja kaipuun tunnetta. Omaiset saavatkin hoitohenkilökunnalta ja vertaituesta huomattavaa apua käsittelemättömien asioiden käsittelyssä.

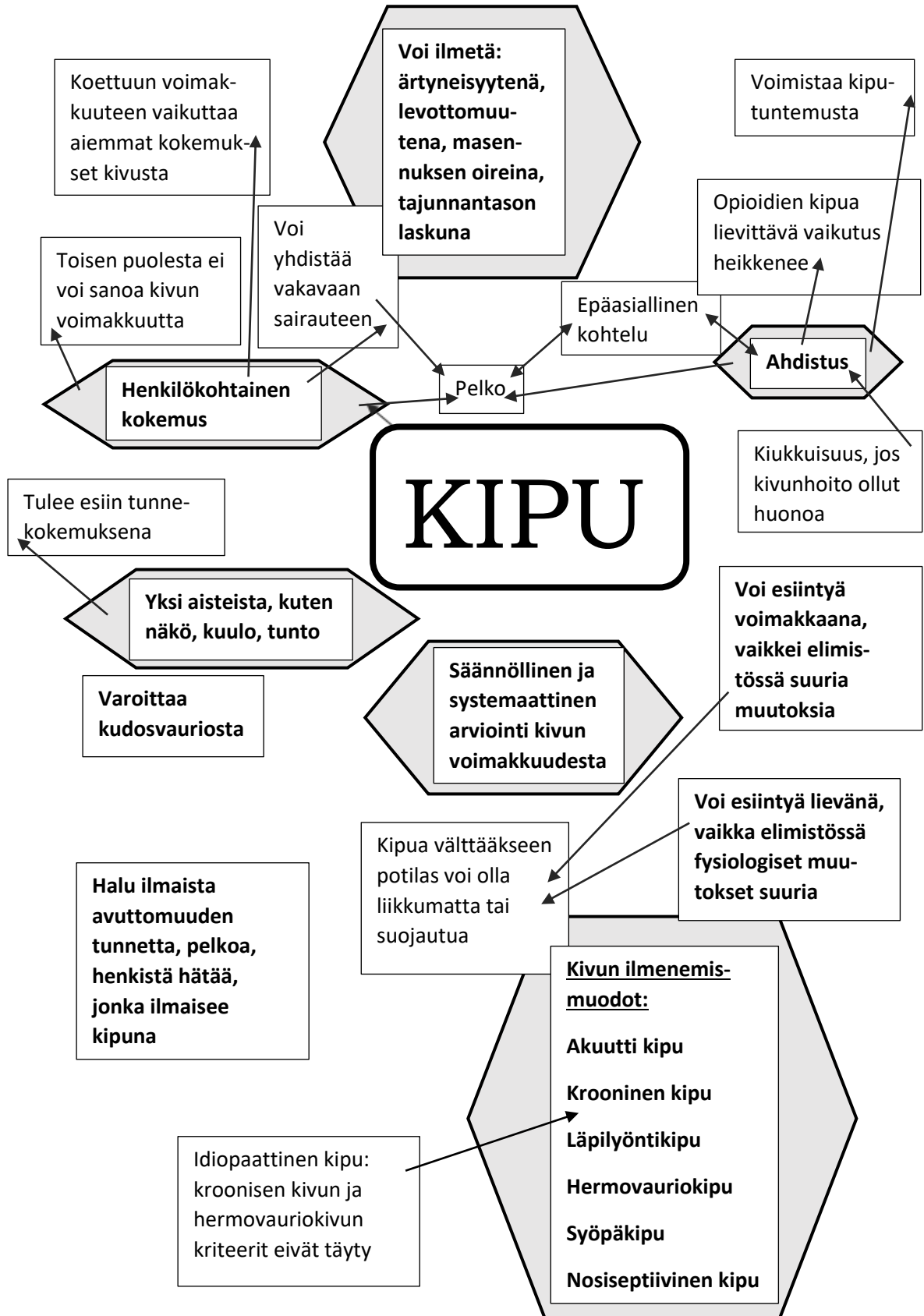
Villa Glimsissä omaisille ja vapaaehtoisille ystäville järjestetään vertais-tuki-iltoja viikoittain, sekä 3-4 kuukauden välein suruiltoja kuolleiden omaisille. Hoitohenkilökunta vetää suruiltoja.

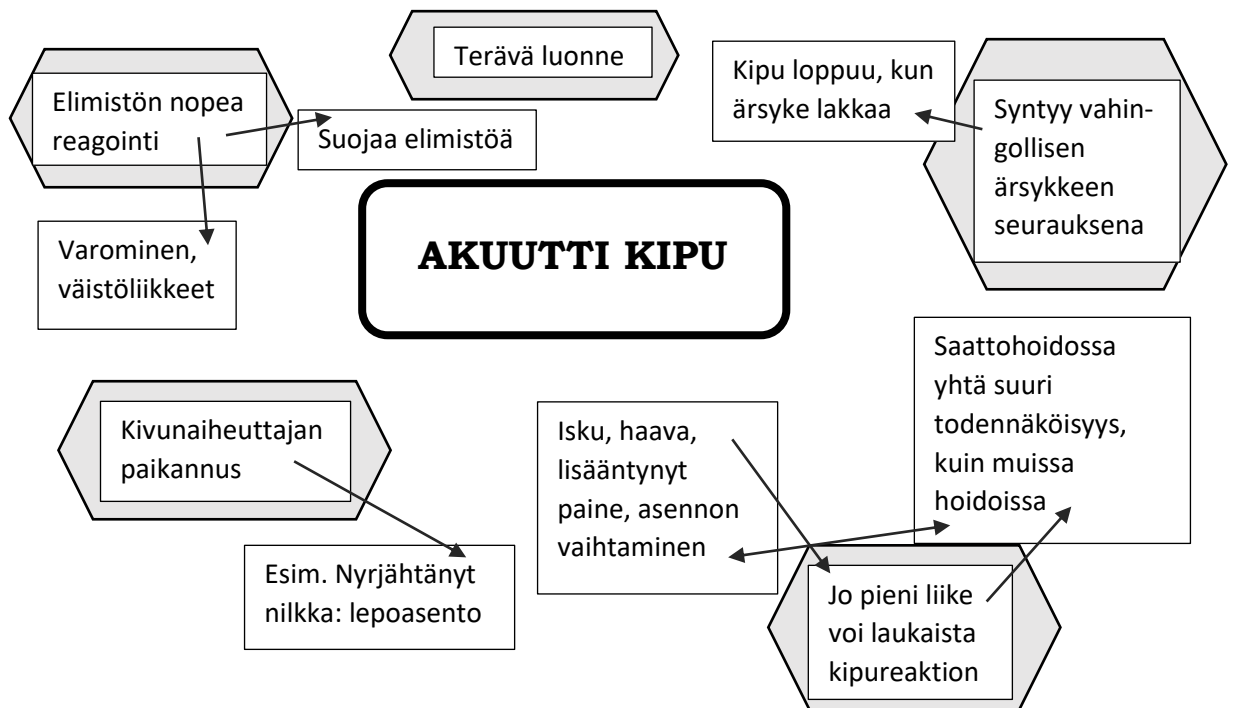
4 HOITOTAHTO

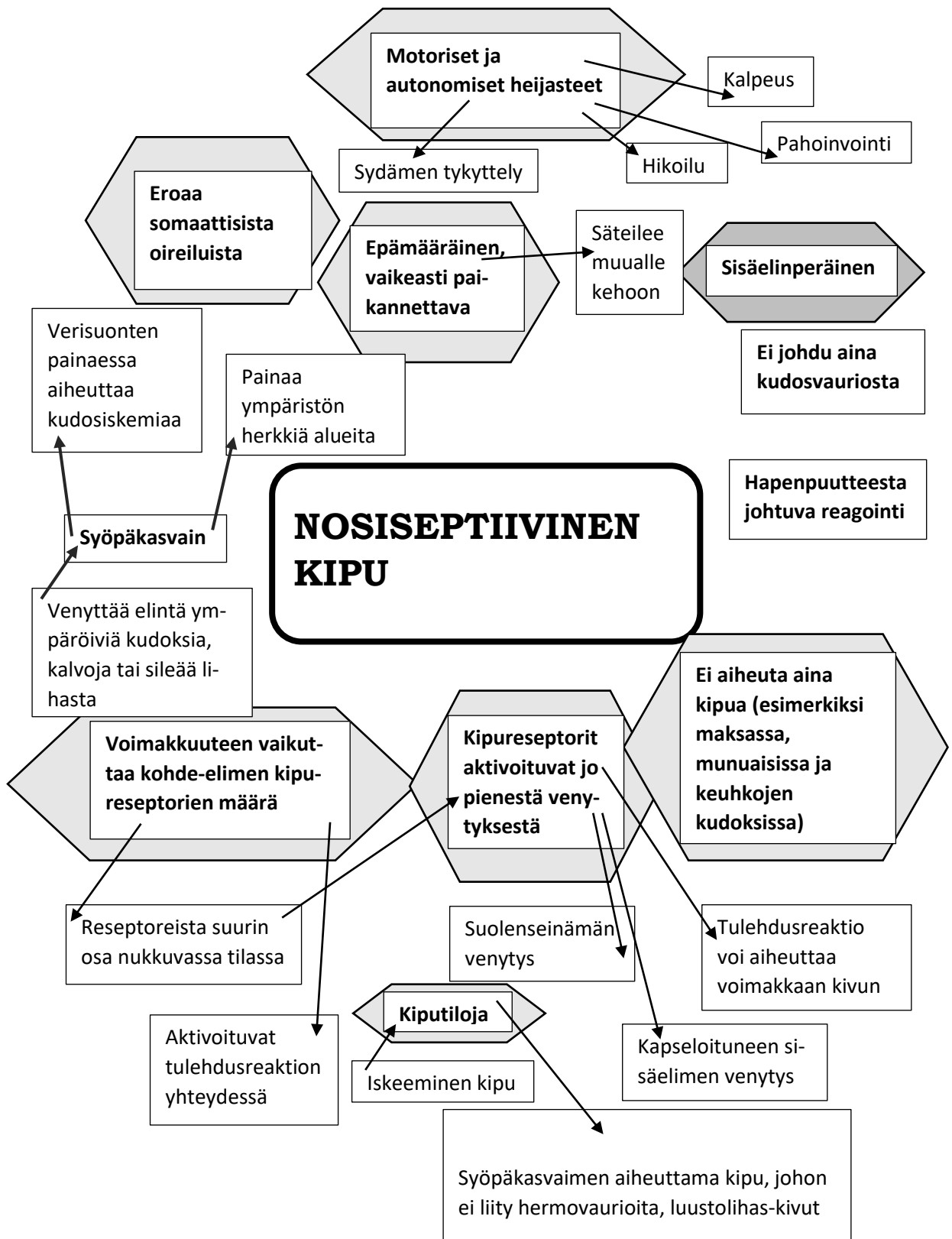
Ihmisarvon loukkaamattomuus, yhdenvertaisuus, henkilökohtainen vapaus ja koskemattomuus sekä yksityisyyden suoja kuuluvat perus- ja ihmisoikeuksiin. Kuolevan potilaan itsemääräämisoikeuden noudattaminen tarkoittaa sekä potilaan kunnioittamista, mielipiteiden ja toiveiden arvostamista sekä mahdollisimman hyvän hoidon antamista. Jos saattohoidossa oleva henkilö on tehnyt hoitotahdon, tulee sitä kunnioittaa potilaan tahtona, mikäli sen noudattaminen on mahdollista.

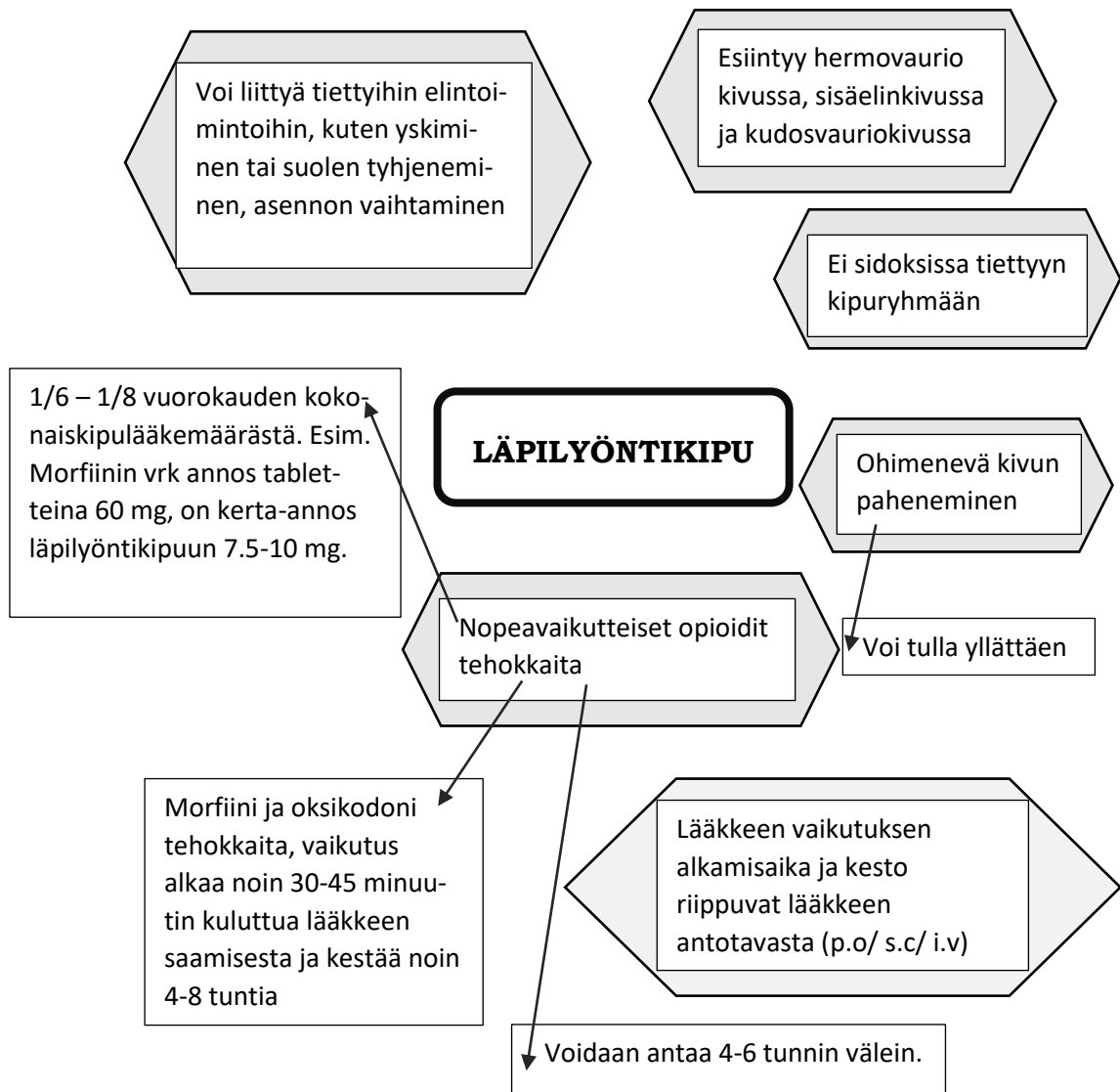


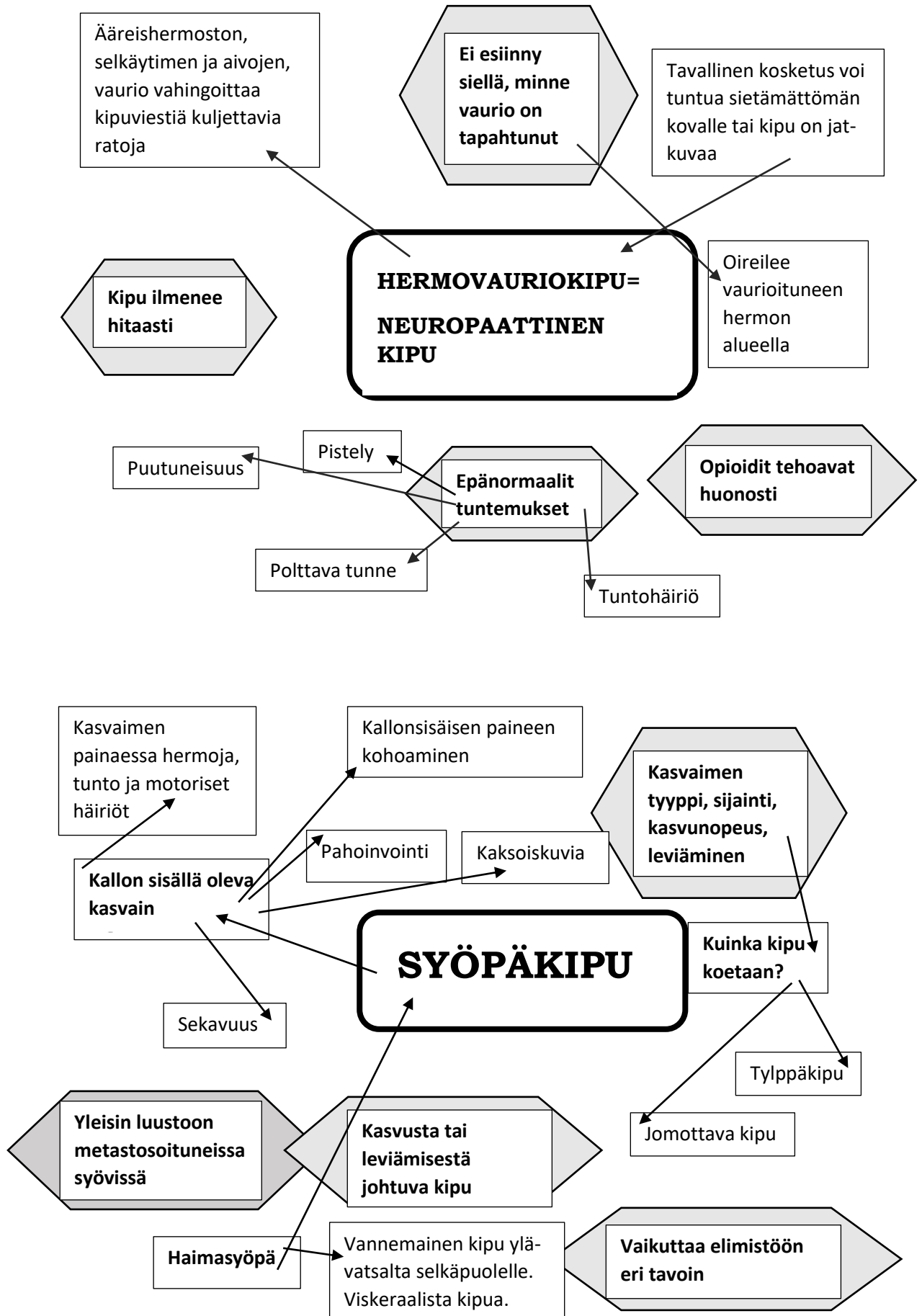
5 KIVUN ILMENEMISMUODOT











6 KIVUN ARVIOINTI JA DOKUMENTOINTI

Kipu on henkilökohtainen kokemus. Sitä on ulkopuolisen haasteellista arvioida. Ulkopuolinen arvioija ei voi tietää kivusta kärsivän subjektiivista kokemusta, merkitystä ja kivun kokemiseen vaikuttavia tekijöitä. Ilmeet vaihtelevat mielialan mukaan. Ilme voi olla tuskallinen alakuloisuuden tai masentuneisuuden vuoksi, eikä silloin tarkoita kipua. Toisen kipua arvioidessa ilmeiden syytä on vaikea tietää. Hoitajan tehtävänä on tukea kivusta kärsivää. Keskusteluilla ja hyvällä vuorovaikutuksella, sekä kosketuksella on kipua lievittäviä vaikutuksia.

Kuolevan kivunhoidon perusta

- Kivun tunnistaminen
 - Kivunhoidon suunnitelma potilastietoihin
 - Verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä
 - Osa ihmisistä arkoja ilmaisemaan kipua
 - Eleet
 - (Mitattavat fysiologiset suureet)
- Kivun hoidon tavoitteiden määrittäminen
 - Potilaan omat toiveet huomioiden
- Auttamismenetelmien valinta
- Hoidon toteuttaminen
- Jatkuva kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi
- Huolellinen ja reaaliaikainen kirjaaminen.

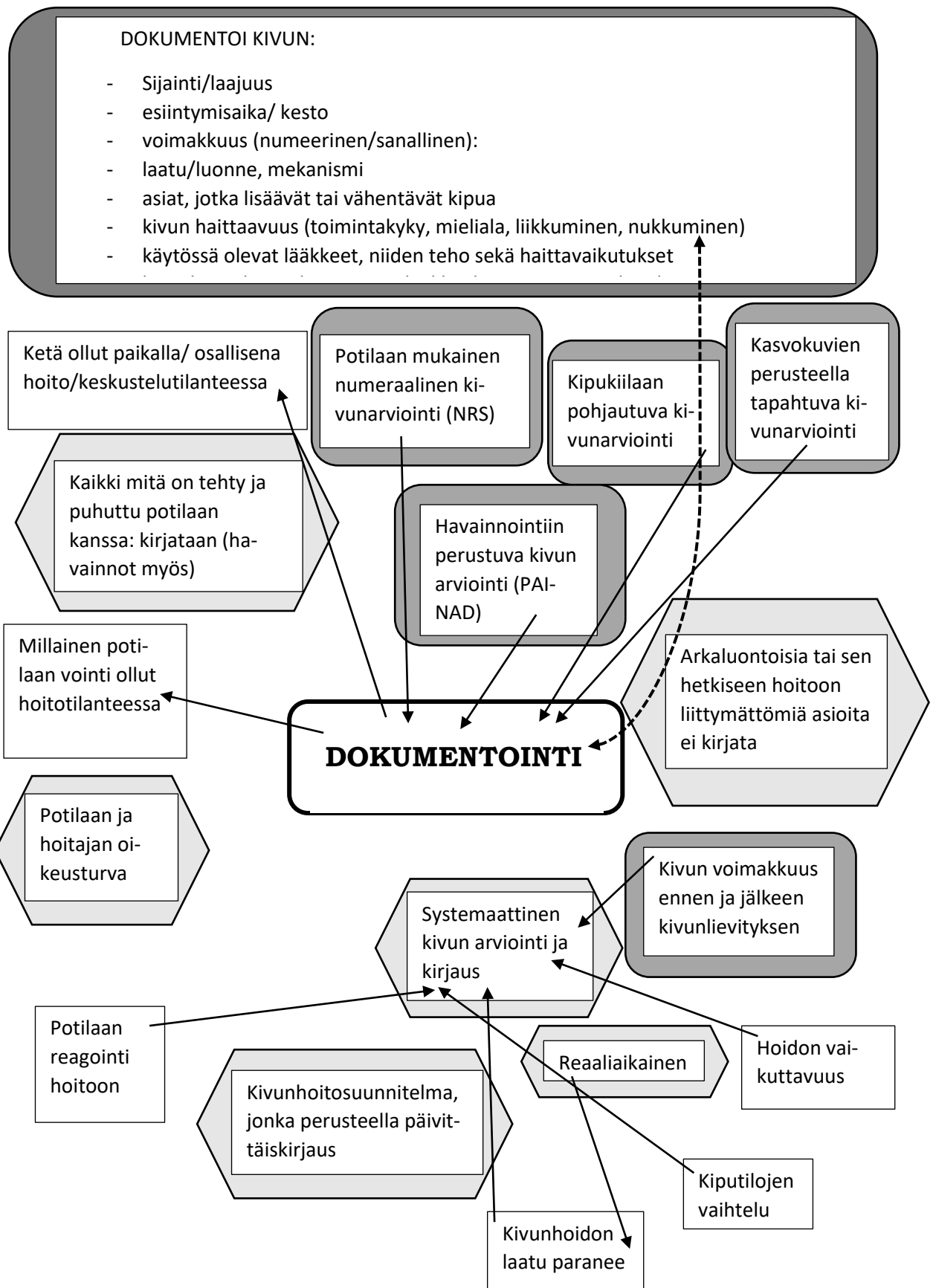
Kirjaamisen tarkoituksena on vahvistaa hoidon jatkuvuus. Kirjaamisen tulee olla asiallista ja totuudenmukaista. Potilaan itsensä kuvaama kokemus tulee näkyä kirjauksessa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilasasiakirjoihin kirjataan tarvittavat tiedot potilaan hoidon järjestämisestä, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta.

ARVIOIDESSA KIPUA TULEE KYSYÄ/SELVITTÄÄ SEKÄ DOKUMENTOIDA seuraavat asiat:

- Kivun luonne
- Kivun alkamisajankohta
- Kipua lievittävät tekijät
- Kipua voimistavat tekijät
- Kipuun liittyvät kommentit
- Potilaan tapa ilmaista kipua
- Laajuus: paikallista vai säteilevää
- Ajallisuus: Jatkuvaa, kohtauksittaista
- Vaikuttaako vuorokauden aika kivun voimakkuuteen
- Onko kipu tullut peruskipulääkityksen yli
- Muita oireita: pahoinvointi, oksentelu, sekavuus
- Vaikutus toimintakykyyn, päivittäiseen elämään, ruokahaluun, masentuneisuuteen, pelkoon; joka lisää kivun tunnetta
- Aiemmin käytetyt kivunhoitomenetelmät: tarkoitus välttää niitä hoitomuotoja, jotka ovat olleet huonoja ja joista ei ole ollut apua

NÄMÄ KAIKKI TULEE MYÖS DOKUMENTOIDA

- Onko kyse potilaan sairaudesta tai hoidosta johtuvaa kipua vai muusta syystä johtuvaa kipua?
- Kivun voimistuessa, luonnetta muuttaessaan tai uuden kivun ilmaantuessa selvitettävä mistä johtuu: taudin paheneminen (esimerkiksi syöpä) tai perustaudista (syövästä riippumaton kipu)?



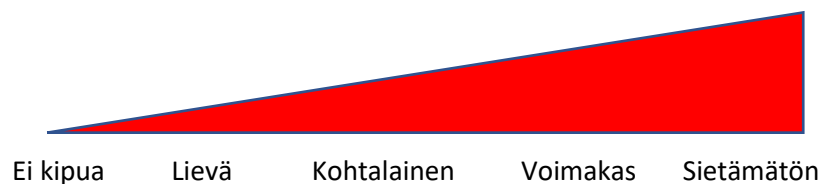
KIVUN ARVIOINTIIN KÄYTETTÄVIÄ MITTAREITA

KASVOASTEIKKO

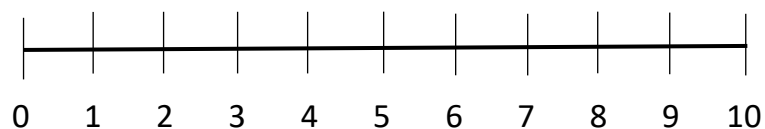


Ei kipua Lievä kipu Kohtalainen kipu Voimakas kipu Sietämätön kipu

VAS



NRS



Kipua arvioidaan myös havainnoimalla, jolloin seurataan potilaan eleitä ja käyttäytymistä liikkeessä, levossa ja erilaisten toimintojen aikana. Lisäksi havainnoinnin yhteydessä seurataan potilaan hengitystä ja sykettä. Kiihtyneet arvot kertovat usein kivusta ja vaikeasta olotilasta. Kivun liiallinen mittaaminen (erityisesti fysiologinen) voi tuntua potilaasta epämiellyttävältä ja luoda kokemuksen, ettei hänen omaan näkemykseen ja kokemukseen luoteta.

KASVOASTEIKKO

Kasvoasteikkoa käytetään tavallisesti lasten kanssa sekä kognitiivisista häiriöistä kärsivien henkilöiden kivun arviointiin (esimerkiksi dementoituneen kivunarviointi). Kivusta kärsivä valitsee sen hetkisen kivun voimakkuuden ja voinnin mukaan kasvokuvan.

VAS (Visual Analogue Scale)

Terävä kärki tarkoittaa, ettei kipua ole. Mitä voimakkaammaksi kiilan paksuus vahvistuu, sitä voimakkaampi on potilaan tuntema kipua. Kipu-kiiloissa on siirrettävä mitta, jonka potilas asettaa sen hetkisellemme kiputuntemuskohdalle. Kiilan alapuolella on kipua kuvaavat sanat: Ei kipua, Lievä kipua, Kohtalainen kipua, Voimakas kipua, Sietämätön kipua. Kipu-kiila ei anna luotettavaa tulosta, jos henkilöllä on huono näkö tai kognitiivisia häiriöitä.

NRS (Numeric Rating Scale)

Kipua mittaava viiva on 10 cm mittainen ja siinä on numerot 0-10. Potilas siirtää mittarin merkin siihen kohti mikä kuvaa eniten sen hetkistä kivunvoimakkuutta. Numerot 1-3 kuvaavat lieväästeista kipua, 4-5 kohtalaista kipua, 6-7 kuvaa kovaa kipua ja 8-10 sietämättömän kovaa kipua. Tutkittavan tulee nähdä mittari hyvin ja hänellä ei saisi olla kognitiivisia häiriöitä.

Kipua arvioidessa tulee muistaa potilaiden erilaiset kivunsietorajat. Potilaan muita oireita ja käytöstä seuraamalla pystyy arvioimaan mahdollisen voimakkaamman kivun, kuin mitä potilas itse arvioi.

KUVAILEVIA KYSYMYKSIÄ KIVUN ARVIOINTIIN

- Kuinka paljon teillä on kipua levossa?
- Häiritseekö kipu nukkumista?
- Onko unenlaatunne heikentynyt voimistuneiden kipupiikkien johdosta?
- Kuinka voimakasta kipu on teidän liikkuessaa tai teitä liikutellessa? Millaiset toiminnot ovat kivuliaimpia?
- Koetteko, että kipu on vaikuttanut teidän mielialaanne tai elämänsihaluunne?
- Voisitteko arvioida kipuanne nyt tällä hetkellä ja verrata sitä siihen, millainen se oli eilen vastaavassa tilanteessa? Osaatteko kuvata kivun muutoksia?

SANALLINEN KIVUN KUVAUS

- Sanallisesti ilmaistuna kivun luonne tulee selkeämmin esille ja on kuvailevampaa. Kuvaileminen voi olla potilaalle haasteellista. Eri-tyisesti, jos kivun taustalla on ahdistus tai pelko, mikä heijastuu kipuna.
- Käyttö onnistuu, jos ei ole kognitiivisia häiriöitä tai ongelmia kommunikoinnissa.
- Potilaalle kerrotaan kipua kuvaavista sanoista.

KIPUA KUVAAVIA SANOJA

H. Ketovuoren (1980) kehittämän Suomenkielisen kipusanamittarin pohjalta. Teoksesta Hovi Sirpa-Liisa ja Lauri Sirkka 1997. Syöpäpotilaan kipu potilaan ja sairaanhoitajan arvioimana

Kivun keston vaihtelu ajan kuluessa

VAIHTELU	RYTMI:	KESTO:
jatkuva	rytmisen	lyhyt
pysyvä	jaksottainen	hetkittäinen
muuttumaton	ajoittainen	ohimenevä

JATKUVUUS

aaltoileva

kohtauksittainen

jatkuva

TYKYTYYS

tykyttävä

jumputtava

jyskyttävä

PAIKALLISUUS

pinnallinen

toispuoleinen

säteilevä

syvä

LÄVISTÄVYYS

pistävä

lävistävä

läpätunkeva

REPIVYYS

terävä

vihlova

viiltävä

repivä

PURISTAVUUS

vyömäinen

puristava

kouristava

tukehduttava

musertava

VETÄMINEN

nykivä

tempova

riuhtova

LÄMPIMYYS

kuumottava

paahtava

polttava

VIILEYS

tulinen

viileä

kylmä

hyytävä

KIRVELEVYYS

kutiseva

syyhyävä

kirvelevä

ARISTAVUUS

hellä

aristava

kihelmöivä

PAINAVUUS

hiipivä

painava

turruttava

jäytävä

TUSKAISUUS

ärsyttävä

ahdistava

tuskallinen

ETOVUUS

närästävä

kuvottava

tainnuttava

PELOTTAVUUS

pelottava

kauhea

karmiva

VAIKEUSASTE

lievä

kiusallinen

kova

sietämätön

tappava

PAINAD-KIPUMITTARI

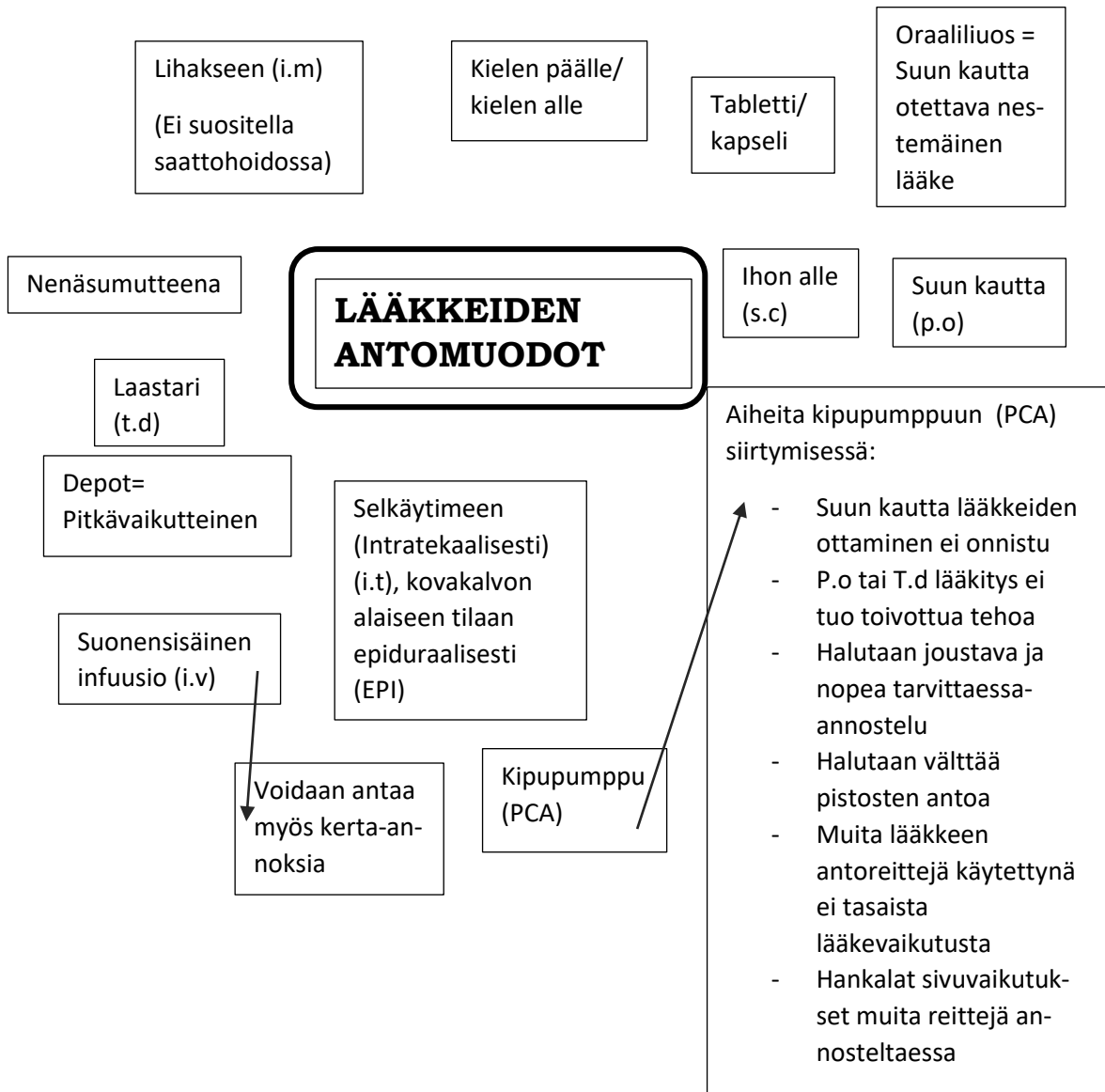
- Tarkoitettu vaikeista kognitiivisista häiriöistä kärsivien kivunmittaukseen (esimerkiksi dementoituneen henkilön kivunvoimakkuuden arviointi). Mittari soveltuu hyvin myös puhekyvyn menettäneille.
- Havainnointi tapahtuu 3-5 minuuttia/ havainnoitava kohta (esim. eleet).
- Havainnoitavista asioista annetaan pisteitä 0, 1 tai 2. Mitä suurempi pistelukema on, sitä voimakkaampi on potilaan kipu. 10 pistettä on suurin mahdollinen luku.
- Havainnoidaan:
 - hengitystä
 - negatiivista ääntelyä
 - ilmeitä
 - eleitä
 - lohduttamista.

ESAS- KYSELY

Kokonaisvaltainen voinnin selvittäminen numeraalisella arviolla sekä potilaan ilmaisemien kipupaikkojen selvittely kyselyn kehonkuvasta. Kyselyyn tuo luotettavuutta, jos potilas pystyy sen itse täyttämään.

7 KIPUA LIEVITTÄVÄT LÄÄKKEET

7.1 Kipulääkkeiden antotavat, antomäärät ja haittavaikutukset



WHO:n **kivunhoidon portaiden mukaelma**. Heikkojen opioidien osalta kaaviossa on enimmäisvuorokausimäärä. Buprenorfiinin ja ylimmän portaan opioidien kohdalla tavalliset aloitusannokset siirryttäessä niihin heikoista opioideista. Ylimmän portaan opioideja voidaan tarvittaessa nostaa niin pitkään, kunnes kipu lievittyy ja lääkkeen aiheuttamat haittavaikutukset eivät ole liian voimakkaat suhteessa kivun lievitykseen.

Vahvat opioidit

Morfiini 60 mg/ vrk, p.o
 Oksikodoni 40 mg/ vrk, p.o
 Metadoni 15 mg/ vrk, p.o
 Fentanyyli 25 mikrog./
 tunti, laastari

Keskivahva opioidi

Buprenorfiini 0.5-1.6 mg vrk,
 Laastari

Heikot opioidit

Kodeiini 240 mg/ vrk, p.o
 Tramadoli 400 mg/ vrk, p.o

Tulehduskipulääkkeet

ESIM.
 Ibuprofeeni 1800 mg- 3200 mg vrk, p.o
 Naprokseemi 1000 mg/ vrk, p.o
 Diklofenaakki 150 mg/ vrk, p.o
 Rofekoksibi 50 mg/ vrk, p.o

7.2 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

- Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli ovat ensisijaisia kivun lääkehoitoon, mikäli potilaalla ei ole vasta-aihetta ko. lääkkeille.
- Lieventää kipua kudoksissa. Alentaa kuumetta.
- Riittämätön kivunlievitys ja huono vaikuttavuus oikeaan paikkaan hermovauriokivun hoidossa.
- Kattovaikutus, jonka yli menevällä annoksella kivunlievitys ei lisäännä, mutta tulehduskipulääkkeiden tyypilliset haittavaikutukset lisääntyvät.
- Hermovauriosta johtuva neuropaattinen kipu ei todennäköisesti lieviy tulehduskipulääkkeillä tai parasetamolilla.
- Voidaan käyttää yhdessä opioidien kanssa.

Esimerkiksi:

- **Burana** (ibuprofeeni: tulehdus-, kipu- ja kuumetilojen hoito)
 - Suositeltu enimmäisvuorokausiannos 2400 mg, 3200 mg enempää ei missään tapauksessa saa ylittää.
- **Ardinex** (tulehduskipulääke + kodeiinifosfaattihemihydraatti: kivun- ja jäykkyytilojen lievennys, lievän ja keskivaikean kivun hoito, kun kipu ei lievittynyt parasetamolilla/ibuprofeenilla)
 - Enimmäisvuorokausiannos ibuprofeenia 2400 mg ja kodeiinia 180 mg.
- **Paracetamoli** (parasetamoli: lievien ja kohtalaisten kiputilojen hoito, kuumeen alentaminen)
 - Enimmäisvuorokausiannos 4000 mg
- **Panacod** (parasetamoli ja kodeiinifosfaattihemihydraatti: Lievien/kohtalaisten kiputilojen hoito, kun parasetamoli/ibuprofeeni ei yksistään riitä)
 - Enimmäisvuorokausiannos Parasetamoli 3000 mg ja Kodeiini 240 mg

- **Trampalgin** (tramadolihydrokloridi + parasetamoli: keskivaikean ja vaikea-asteisen kivun hoito, (kun lääkäri suosittelee)) (hermovauriokipuun)
 - Enimmäisvuorokausiannos Tramadol 300 mg ja Parasetamoli 2600 mg.

7.3 Opioidit

- Osa opioideista voi aiheuttaa riippuvuutta, mikä ei sinällään saattohoidossa ole ongelma.
- Kipulääkeannosta nostetaan vähitellen, toleranssin kasvaessa, tai jos kivut lisääntyvät.
- Opioidiannostus on jokaiselle yksilöllinen. Vanhusten ja heikkokuntoisten opioidiannosta pitäisi pienentää 30-50 %, kuitenkin, että kivut lievittyvät.
- Vieroitusoireiden vuoksi lääkityksen purkaminen tulee tapahtua asteittain, hitaasti, jos tarve purkaa opioidilääkitystä (lääkkeen sopimattomuuden vuoksi).
- Vaihteleva teho hermovauriokipuun.
- Aiheuttaa ummetusta.
- Vahvemmissa opioideissa ei kattovaikutusta, annoksen voi nostaa niin ylös kuin on tarpeen, seuraten potilaalle ilmeneviä haittavaikutuksia.
 - Haittavaikutusten tullessa esille suurempana, kuin kivunlievitys, tulee hoitomenetelmä tai lääke vaihtaa.

HEIKOT OPIOIDIT

- **Kodeiini:**
 - yksin tehoton, parasetamolin tai ibuprofeenin kanssa voidaan saada lieviin kipuihin hyvä vaikutus.

- Parasetamolin ja kodeiinin yhdistelmä sopii hyvin tulehduskipulääkeherkille kivunlievitykseksi.
- Kattovaikutus.
- Aiheuttaa voimakasta ummetusta.
- Saatavilla: kalvopäällysteinen tabletti ja poretabletti
 - Altermol (tabletti)
 - Ardinex (tabletti)
 - Panacod (tabletti, poretabletti)
- Enimmäisvuorokausiannos 240 mg kodeiinia.

- **Tramadoli:**
 - Heikko opioidivaikutus.
 - Lievittää hermovaurioista johtuvaa kipua.
 - Hitaalla annoksen nostolla vähennetään haittavaikutuksia.
 - Aiheuttaa pahoinvointia ja huimausta.
 - Tulee välttää toisen serotoniinin takaisinotonestäjän käyttöä yhtä aikaa.
 - Lääkityksen hidas purku: vieroitusoireet.
 - Saatavilla: kapseli ja depottabletti (Tramadol)
 - Enimmäisvuorokausiannos 400 mg.

- **Buprenorfiini:**
 - Tehokas kroonisissa kiputiloissa.
 - Isolla annoksella voi estää muiden opioidien vaikutuksen.
 - Voi aiheuttaa voimakasta pahoinvointia ja huimausta.
 - Temgesic morfiinin kanssa heikentää kipua lievittävää vaikutusta.
 - Voidaan annostella kielen alle, jolloin vaikutus 6-8 tuntia.
 - Transdermaalinen annostelu tapahtuu laastarin kautta, jolloin yhden laastarin vaikutus kestää 7 vuorokautta.
 - Annokset tunneissa, 5-20 mikrogrammaa/tunti. Vuorokausiannos 0.12-0.48 mg.
 - Buprenorphine (depotlaastari)

- Norspan (depotlaastari)
- Temgesic (resoribletti, injektio (im, iv))

VAHVAT OPIOIDIT

- **Morfiini:**

- Eniten tutkittu perusopioidi, johon muita opioideja verrataan.
- Vesiliukoinen.
- Vapauttaa histamiinia ja laajentaa perifeerisiä suonia.
- Hitaasti lääkeainetta vapauttava.
 - Lämpilyöntikipuun vaikutus alkaa 2 tunnissa ja kestää 8-12 tuntia.
 - Antoreitti vaikuttaa vaikutuksen alkamiseen. Vuorokausiannos aloitusannoksena 60 mg suun kautta.
 - Parenteraalisesti jatkuva anto
 - 30 mg laskimoon tai lihakseen/ vrk.
 - Lämpilyöntikipuun vaikutus alkaa 2 tunnissa ja kestää 8-12 tuntia.
 - Lämpilyöntikipuun 4-6 tunnin välein:
 - suun kautta 10-20 mg
 - laskimoon 4-6 mg
 - ihon alle 5-10 mg
- Hyötyosuus pieni ja vaihteleva.
- Ensisijaisena voimakkaana kipulääkkeenä ei sovi munuaispotilaille.
- Saatavilla: depottabletti, depotrakeet, injektio-liuos, infuusio, oraaliliuos.
 - Depolan (depot)
 - Dolcontin (depot, depotrakeet)
 - Morphin (injektio-liuos, infuusio) (lämpilyöntikipuun)
 - Oramorph (oraaliliuos) (lämpilyöntikipuun)

- **Oksikodoni:**

- Morfiinin kanssa samankaltainen.
- Lämpäisee veri-aivoesteen, mikä voi aiheuttaa opioidiriippuvuutta.
- Suun kautta otettuna hyötyosuus suurempi ja vähemmän vaihteleva kuin morfiinilla.
- Vapauttaa vähemmän histamiinia kuin morfiini.
- Aiheuttaa vähemmän hallusinaatioita ja painajaisia kuin morfiini.
- Hitaasti oksikodonia vapauttavan lääkeaineen vaikutus alkaa tunnissa ja kestää 8-12 tuntia.
 - Antoreitti vaikuttaa vaikutuksen alkamiseen.
- Saatavilla depotkapselivalmisteena, oraaliliuoksena, infuusiona ja injektiona:
 - Oxykodone (depot)
 - Oxycontin (depot)
 - Targiniq (depot)
 - Oxanest (injektio, infuusio) (läpilyöntikipuun)
 - Oxynorm (kapseli, oraaliliuos) (läpilyöntikipuun)
- Voidaan käyttää syöpäsairaiden läpilyöntikipuun.
- Morfiinista oksikodoniin siirryttäessä oksikodonin vuorokausiannos on 2/3 morfiinin vuorokausiannoksesta.
- Oksikodonin enimmäisvuorokausiannos on 40-80 mg (riippumaton diagnoosista).

- **Fentanyyli:**

- Voimakkaimmin opioidia vapauttava valmiste.
- Rasvaliukoinen, häviää suun kautta otettuna ensikierron aikana lähes täysin, jonka vuoksi annostelu tapahtuu ihon kautta, depotlaastarina.
- Soveltuu hyvin munuaispotilaille (metaboloituu maksassa).
- Kehonlämmön nousu nostaa lääkeaineen imeytymistä verenkiertoon.
 - Huono ihonalainen verenkierto heikentää lääkeaineen imeytymistä.
- Ensimmäisellä kerralla lääkeaine alkaa vaikuttaa 12-18 tunnin kuluttua laastarin iholle laittamisesta.
 - Vaikutus kestää 72 tuntia.
- Laastarilla hoidetaan kipua, jos kivun tilanne pystytään ennakkoimaan kolmen vuorokauden päähän.
- Fentanyylin aiheuttama ummetus lievempää kuin morfiinin aiheuttama.
- Saatavilla: laastari, imeskelytabletti (suuonteloasettimella), nenäsumute
 - Durogesic (depotlaastari)
 - Matrifen (depotlaastari)
 - Fentanyl (injektioliuos (iv), depotlaastari)
 - Abstral (resoribletti) (läpilyöntikipuun)
 - Effentora (bukkaalitabletti) (läpilyöntikipuun)
 - Instanyl (nenäsumute)
 - Pecfent (nenäsumute) (läpilyöntikipuun)
- Läpilyöntikipuun vain syöpäkipuista kärsiville.
- Määräävän lääkärin tulee tuntea lääkkeen farmakologia.
 - Annos määriteltävä aina yksilöllisesti, ei voi verrata aikaisemmin menneeseen opioidimäärään.
 - Aloitusannos vuorokaudessa annettaessa säännöllisesti 12.5-25 mikrog./ h.

- **Metadoni:**

- Muita opioideja tehokkaampi neuropaattisen kivun hoidossa.
- Sopii pitkäaikaiseen käyttöön tietyin ehdoin.
- Lukuisia lääkeaineinteraktioita
- Lääkeaineen puhdistumaa pienentää:
 - Flukonatsoli
 - Ketokonatsoli
 - Fluoksetiini
 - Fluvoksamiini
 - Siprofloksasiini
- Lääkeaineen puhdistumaa suurentaa (Metadoniannosta suurennettava lääkkeen tehoamiseksi):
 - Karbamatsepiini
 - Fenobarbitaali
 - Fenytoiini
 - Fusidiinihappo
 - Rifampisiini
 - Ritonaviiri
 - Nevirapiini
- Lääkeaineen kipua lievittävä vaikutus kestää vain 4-8 tuntia, joka haasteena annoksen titrauksessa.
- Ei kumuloidu munuaisten vajaatoiminnassa.
- Erittäin pitkä puoliintumisaika
 - Lääkkeen tasapainoinen tila saavutetaan vasta lähes kahden viikon kuluttua lääkkeen aloittamisesta.
- Saatavilla: tabletti sekä oraaliliuos (joskin oraaliliuos on korvaushoitoon tarkoitettu.)
 - Dolmed (tabletti)
- Dolmed:n enimmäisvuorokausiannos 120 mg.

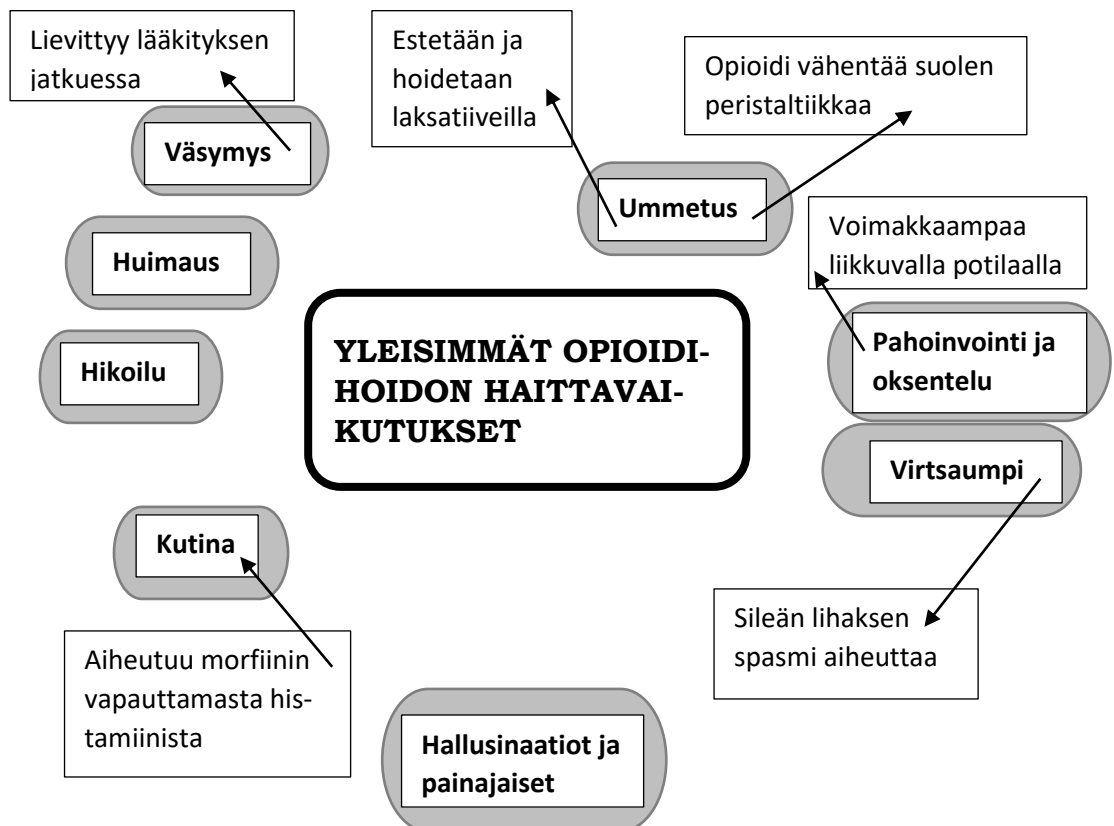
- **Hydromorfon:**

- Morfiinin johdannainen.
- Rasvaliukoinen ja läpäisee veri-aivoesteen, mikä lisää riippuvuuden syntyä.
- Suunkautta otettuna hyötyosuus heikko ja vaihtelee yksilöittäin.
- Morfiinia vastaava annos on 10 % morfiinin annoksesta.
- Antomuodot: depotkapseli (Palladon), injektioneeste ja infuusioneste.

OPIOIDIANNOSTUKSISTA

- Metadoni on harvoin ensimmäinen opioidi, vaan se otetaan kokeiluun, jos muut opioidit eivät ole tuottaneet riittävää kivunlievitystä. Lääkäri, joka on perehtynyt hyvin metadonin farmakologiaan, voi aloittaa metadonilääkityksen.
- Voimakkaiden kipujen hoitoon voidaan antaa vahvaa opioidia (morfiini, oksikodoni, fentanyyli, hydromorfon, metadoni) tarpeen mukaan niin paljon, niin kauan, kun lääkkeellä on enemmän kipua lievittäviä tekijöitä. Jos lääkkeen lisäys ei riitä, tulee hoitolinjaa vaihtaa (lääkkeitä, antotapa, muita hoitoja).
 - Ohjeellinen suun kautta (/laastarina) otettavien opioidien aloitusannos vuorokaudessa, Fentanyylilaastarilla tuntivahvuus:
 - Morfiini 60 mg/ vrk
 - Oksikodoni 40 mg/ vrk
 - Metadoni 15 mg/ vrk
 - Fentanyyli 25 mikrog/ tunti

- Siirryttäessä suun kautta otetusta oksikodonista tai morfiinista, ensimmäiseen fentanyylilaastarilla toteutettavaan kivun lievitykseen, tulee muistaa, että laastarin kivunlievitys alkaa vasta noin 12 tunnin kuluttua ensimmäisen laastarin kiinnittämisestä. Viimeinen morfiini/oksikodonitabletti annetaan samalla kun kiinnitetään fentanyylilaastari, jolloin kivunlievitys pysyy tasaisena.
 - Suun kautta saadun morfiinin vuorokausiannoksen ollessa 60-134 mg on fentanyylilaastarin annos 25 mikrog/ tunti.
 - Fentanyyliannos kasvaa suhteessa vuorokauden aikana saatuun morfiinimäärään.
 - Fentanyylilaastareita on saatavilla seuraavia vahvuuksia (12.5 mikrog/tunti,) 25 mikrog/tunti, 50 mikrog/tunti, 75 mikrog/ tunti ja 100 mikrog/ tunti.



7.4 Muut lääkevaihtoehdot kivunhoitoon

Kivun luonne on tärkeää arvioida ennen, kuin aloittaa muita uusia kivunhoitoon tarkoitettuja lääkkeitä. Usein näitä lääkkeitä käytetään neuropaattisen kivun hoidossa. Kipulääkeannostuksen noston tulee tapahtua hitaasti, 3-14 vrk:n aikana. Muitakin lääkkeitä kivunhoitoon on olemassa, tässä ei niitä kaikkia ole mainittu.

EPILEPSIALÄÄKKEET

Gabapentinoidit (sentraalinen ja perifeerinen neuropaattinen kipu, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö)

Gabapentiini 900-3600 mg/ vrk, p.o (perifeerinen neuropatia)

Pregabaliini 75-300 mg 2 x/ vrk, p.o (neuropaattinen kipu)

MASENNUSLÄÄKKEET

Trisykliset masennuslääkkeet (sentraalisen ja perifeerisen neuropaattisen kivun hoito)

- **Amitriptyliini** 10-25 mg (max. vrk annos)150 mg/ vrk, p.o (vakava masennustila) (voimakkaasti väsyttävä)
- **Nortriptyliini** 10-25 mg (max. vrk annos)150 mg/ vrk, p.o (erimuotoisten depressioiden hoito)

SNRI-ryhmän masennuslääkkeet (antidepressiivinen vaikutus sekä kivun lievitys)

- **Duloksetiini** 60-120 mg/ vrk, p.o (diabeteksen aiheuttama neuropaattinen kipu)
- **Venlafastiini** 37.5-225 mg/vrk, p.o (masennustilojen hoito)

- **Prednisoloni** 15 mg/ vrk, p.o (epäspesifi anti-inflammatorinen ja immunosuppressiivinen hoito) (lievittää allergiaoireita, ja tulehdustilaa)
- **Haloperidoli** 3 mg/ vrk, p.o (psykorelaksantti pienin annoksin, antiemineettinä) (käyttö: mielenterveydenhäiriöt, pakkoliikkeet, pahoinvointi ja oksentelu, muut lääkkeet eivät tehonneet.

7.5 Palliatiivinen sädehoito

Hoidon ehdot:

- Taustalla syöpädiagnoosi.
- Riittävän hyväkuntoinen, jotta jaksaa kulkea matkat sädehoitoon sekä kykenee olemaan sädehoitopöydällä.
- Elinajan ennuste vähintään 3 kk, jotta potilas ehtii toipua palliatiivisesta sädehoidosta. Hoidon vasteen ilmenemisessä kestää 2 vrk- 4 vk.

Hoidon hyödyt:

- Käytetään syövästä aiheutuvien kipujen hoitoon.
- Lievittää etäpesäkkeistä johtuvaa kipua hyvin.
- Kivun lievitys parhaimmillaan parista vuorokaudesta- pariin viikkoon. Sädehoidon kipua lievittävä vaikutus kestä noin 3-6 kuukauden ajan.
- Kipulääkkeiden tarve usein vähenee kipusädehoidon jälkeen.

Hoidon haitat:

- Riippuen sädetetystä alueesta seuraavia haittavaikutuksia:
 - suun ja nielun limakalvojen vauriot- vaikeuttavat nielemistä ja ravinnon nauttimista, altistavat tulehduksille.
 - Suoliston alueelle annettu sädehoito voi aiheuttaa pahoinvointia, ripulia ja ärsyttää peräsuolen aluetta.
 - Ruokatorven sädehoito voi aiheuttaa kipua ja poltetta rintalastan alueella ja nielemisvaikeuksia.
 - Iho voi alkaa punoittamaan, hilseilemään ja kutisemaan noin 4 viikkoa sädehoidon jälkeen.
 - Luuytimeen annettu sädehoito heikentää veren valkosoluarvoja, jotka ajanmyötä parantuvat ennalleen.
 - Genitaalialueen sädehoito voi aiheuttaa haavaumia, tulehdusta ja kirvelyä. Virtsaaminen voi kirvellä ja virtsassa voi olla seassa verta.
- Voi aiheuttaa ensimmäisinä hoitopäivinä hoitoalueen ohi menevää kipua.
- Hoitokertoja yhdestä kymmeneen. Matkan tuoma rasitus.

7.6 Spinaalinen kivunlievitys eli selkäytimen kautta toteutettava kivunlievitys**Hoidon ehdot:**

- Monialainen arvio ja hoitosuunnitelma kivun hoidon tarpeesta.
- Kokeillut kivunhoitomenetelmät ovat olleet hyvin haasteellisia ja heikentäneet haittavaikutuksillaan potilaan elämänlaatua.

- Katetri/portti asetetaan selkäyttimeen, joka on yhteydessä aivoselkäydinnesteeseen.
 - Epiduraalitilaan laitetaan katetri, kun hoidon arvioivan kestävän viikkoja.
 - Spinaalitilaan laitetaan katetri, kun hoidon arvioidaan kestävän kuukausia tai vuosia.
 - Implantoitava pumppu asennetaan, jos odotettavissa oleva elinikä on yli puoli vuotta.
- Spinaalisen kivunhoidon rinnalla tulee jatkaa muita tehokkaita kivun hoitomenetelmiä.
- Muunlainen lääkitysannos meinaa kasvaa liian suureksi.
- Neuropaattinen kipu.
- Viskeraalinen kipu.
- Liikkuessa provosoituva kipu.

Hoidon vasta-aiheet:

- Merkittävä verenvuototaipumus, sepsis, kohonnut kallonsisäinen paine sekä vaikea psyykinen sairaus.

Hoidon hyödyt:

- Kivunhoito voidaan toteuttaa implantoidun portin tai pumpun sekä tunneloidun katetrin kautta.
- Kipupumppu-hoito (PCA), potilas voi ottaa itse boluksia.
- Lääkeaine menee suoraan vaikuttajapaikkaan, selkäyttimeen, josta kulkeutuu aivoihin.
- Mitä rasvaliukoisempi opioidi, sitä nopeammin imeytyy systeemi-verenkiertoon ja sitä suurempi spinaalinen annos tarvitaan. (Rasvaliukoinen opioidi: esim. Fentanyyli, Sufentaniili.)
- Morfiini on eniten käytetty ja tutkituin spinaalisessa kivunhoidossa. Vesiliukoisena morfiini aiheuttaa laajan ja tehokkaan analgesian levitessään aivo-selkäydinnesteeseen.

- Tyypillisesti annetaan puudutteen ja opioidin sekoitetta, jolloin kivun lievitys on parempi kuin pelkästään puudutteen tai opioidin annossa.
- Pelkästään opioideja (morfiinia) spinaalitalaan antamalla, pyritään saamaan pitkäkestoinen ja tehokas analgesia, joka ei vaikuta potilaan motorisiin toimintoihin tai aiheuta hemodynamiikassa muutoksia.
- Morfiini imeytyy huonosti verenkiertoon, jolloin sivuvaikutuksia tulee vähemmän.
- Spinaalisesti annettuna oksikodoni ei ole tehokas.
- Akuutin ja kroonisen kivun hoitoon.
- Annettavien lääkemäärien ollessa hyvin pieniä verrattuna suun kautta otettaviin kipulääkkeisiin, kestävät vaikutukset pidempään.

Hoidon haitat:

- Morfiini voi aiheuttaa hitaasti (-> seuranta) (noin 24 tunnin kuluessa) hengityksen lamaantumista heikentämällä hengityskeskuksen vastetta veren hiilidioksidipitoisuuden nousulle. Tämä on kuitenkin harvinainen syöpäpotilailla, joilla on ollut jo ennen spinaalista kivunhoitoa opioiditoleranssi.
- Spinaalisen katetrin asettaminen tai hoito voi aiheuttaa komplikaatioita/ haittavaikutuksia, vakaviakin. Lisäksi voi aiheuttaa joidakin ihoreaktioita.
- Spinaalisesti annostellun opioidin haittavaikutukset vähäisemmät, kuin mitä systeemisen annostelun kautta otettuna.

7.7 Palliatiivinen sedaatio

Hoidon ehdot:

- Potilaalle on kokeiltu erilaisia kivunlievityskeinoja, kipulääkeannoksen nostoa ja konsultoitu palliatiivisen hoidon erikoislääkäreitä, eikä kivut ole lievittyneet riittävästi.
- Potilas on halukas sedaatioon.
- Lääkäri, jolla on tietämystä sedatoivan aineen farmakologiasta, voi määrätä palliatiivista sedaatiota.

Sedaation aikana:

- Huolellinen kirjaaminen ja tarkka sedaatiovasteen seuranta.
- Hengityksen tiheyden ja -tavan seuranta, liikehtiminen, ääntely, ilmeilyn seuranta. (Oireiden helpottamisen arviointi.)
- Tulee huolehtia potilaan muusta lääkityksestä ja kivunlievityksestä potilaan tarpeiden mukaan.
- Tajunnantason seuranta: vaste puhuttelulle ja kättelylle.

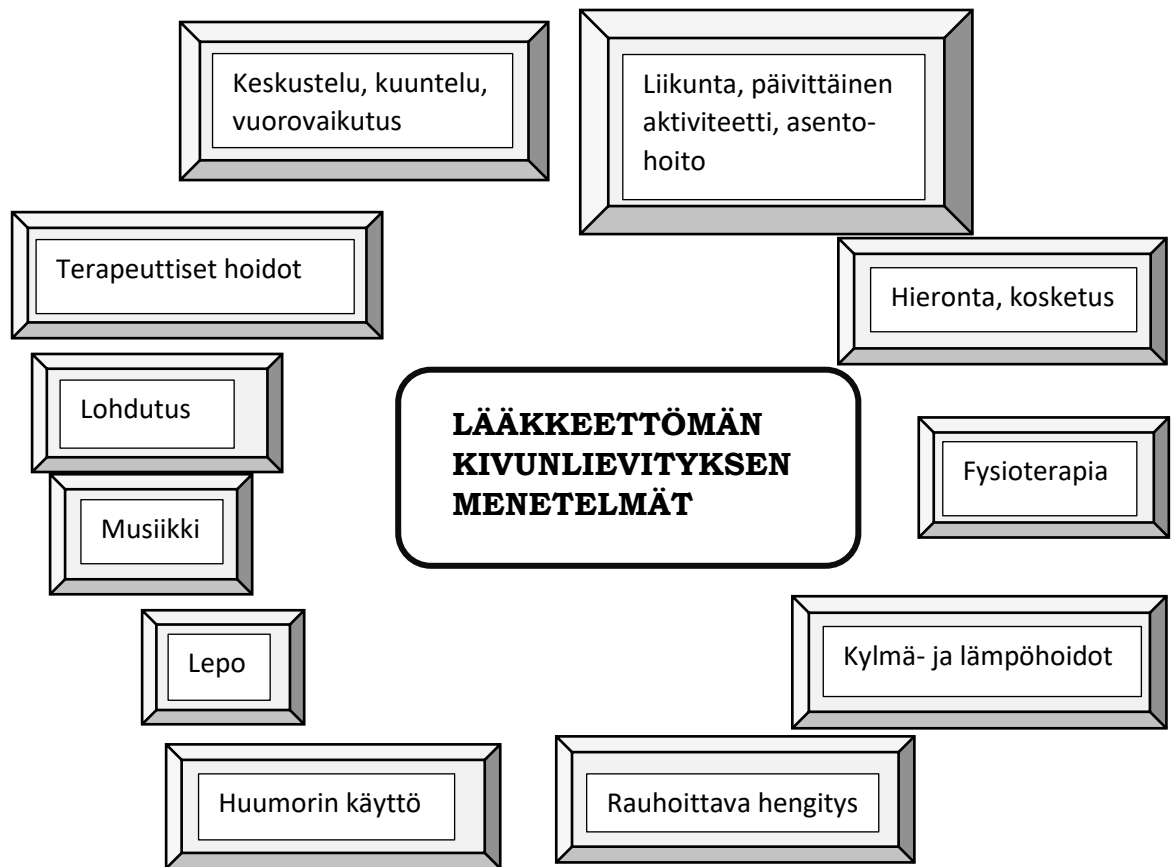
Hoidon hyödyt:

- Pinnallinen nukuttaminen, sedaatioasteet lievästä- voimakkaaseen sedaatioon.
- Rauhoittaa potilasta, lievittää ahdistusta, alennetaan tarkoituksenmukaisesti potilaan tajunnantaso.
- Yleisimmät syyt, joiden puolesta harkitaan palliatiivista sedaatiota: delirium/levottomuus, hengenahdistus, pahoinvointi/oksentelu sekä psyykinen pahoinvointi.
- Käytetty harkiten myös unettomuuteen, ahdistuneisuuteen ja henkisen kärsimyksen hoitoon.
- Oireiden laajuus vaikuttaa sedaation syvyyteen.
- Ei edistä kuolemaa, vaan helpottaa oireita -> elinajan ennuste pitenee.

Hoidon haitat:

- Potilaan ikä ja kunto vaikuttavat palliatiivisen sedaation onnistumiseen.
- Omaisten tuska, jos potilas ei herää enää sedaatiosta, tai kärsii kovista tuskista.

8 LÄÄKKEETÖN KIVUNHOITO



Akuutille kivulle on tyypillistä kiihtynyt hengitys, kun elimistö toimii vaistonvaraisesti ”taistele- tai pakene” tilanteessa. Kroonisesta kivusta kärsivä hengittää usein pinnallisesti, rintakehän yläosalla, jolloin hengittämiseen tarvitaan normaalia enemmän apulihaksia. Apulihasten käyttö aiheuttaa herkästi hyperventilaatiotilan. Hengitysharjoitukset vahvistavat parempaa hapensaantia.

Hengitystä tukeva harjoitus: rintakehän päälle asetetaan parin kilon painoiset pussit ja ohjataan kohdistamaan ajatus hengittämiseen. Huomatta hengitys muuttuu syvemmäksi ja apulihasten käyttö vähenee ja rentouttaa ylävartalon lihaksia. Painon tunne rinnanpäällä lisää turvallisuuden tunnetta, kun hengittäminen ei ole enää niin haasteellista.

9 LÄHTEET

- Eloranta, Tuija; Virkki, Sari 2011, 27. Ohjaus hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Grönlund, Elina ja Huhtinen, Aili 1995, 59. Autan kuolevaa. Kirjayhtymä Hygieia, Tampere.
- Hallila, Liisa (toim.) 2005, 13-22. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen ja sen arviointi. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Heiskanen, Tarja; Hamunen, Katri; Hirvonen, Outi 2013;129 (4):385-92. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 1.11.2017. Saatavilla: <http://duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10822>.
- Hänninen, Juha. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. 2003, 18-19, 24-57, 60-68, 72-105. Kustannus Oy Duodecim. 1. Painos. Gummerus kirjapaino Jyväskylä.
- Hänninen, Juha; Luomala, Marjukka (toim.) 2013, 64-71. Elämän puu, kirjoituksia saattohoidosta.
- Kalso, Eija; Haanpää, Maija; Vainio, Anneli (toim.) 2009, 181, 187, 189, 192-196, 284-287. Kipu. Duodecim. 3. painos. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Kalso, Eija, Paakkari, Pirkko; Forsell, Marja (toim.) (i.a), Opioidit pitkäkestoisessa kivussa. Lääkelaitos, 2. uudistettu painos. Viitattu 7.9.2017. Saatavilla: http://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17160_opioidit-opas.pdf
- Keinänen, Nina ja Järvimäki, Voitto 2004, 330-335. Syöpäkivun erikoishoidot. Finnanest, 2004 37 (4). Viitattu 7.11.2017. Saatavilla: http://www.finnanest.fi/files/a_keinanen.pdf
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 7.11.2017. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema%20ja%20oikeus>
- Pitkälä, Kaisu; Finne-Soveri, Harriet; Tilvis, Reijo, 2006, 18-19. Vanhusten kivunhoito ja arviointi.

- Ridanpää, Soile 2006, 54. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos. Pro-gradututkielma. Viitattu 7.11.2017. Saatavilla: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93373/gradu01009.pdf?sequence=1>
- Rosenberg, Per.; Alahuhta, Seppo.; Lindgren, Leena; Olkkola, Klaus.; Ruokonen, Esko. (toim.) 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim 3 uudistettu painos. Kustannus oy Duodecim. Otavan kirjapaino OY, Keuruu 2014.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2004. Saattohoito- Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 9.11.2016. Saatavilla: <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a?version=1.0>
- Valvira, 2015, saattohoito. Valvira, Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto, saattohoito 4.11.2015. Viitattu 10.11.2016. Saatavilla: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito
- Vehviläinen-Julkunen, Katri; Pietilä, Anna-Maija. 2004, 17, 21. Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. Vehviläinen-Julkunen, Katri; Pietilä, Anna-Maija. (toim.). Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio 2004. Hoitotieteellinen tutkimus kivun hoidon perusta

