



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KIVUN TUNNISTAMINEN JA HOITO SAATTOHOIDOSSA

Kirjallisuuskatsaus

Sonja-Marina Tuominen

Milja Töyssy

Mirka Valtonen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

TUOMINEN SONJA-MARINA & TÖYSSY MILJA & VALTONEN MIRKA
Kivun tunnistaminen ja hoito saattohoidossa
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 41 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Marraskuu 2017

Saattohoito on elämän loppuvaiheen hoitoa, joka sijoittuu kuoleman läheisyyteen. Hoidon päämääränä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys hoitotyön eri keinoin. Saattohoitoa tulee antaa kaikille sitä tarvitseville asuinpaikasta riippumatta. Hoitolinjauksista tulisi sopia ajoissa potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. Kipu on yleinen oire saattohoidossa, ja hyvän kivunhoidon perustana on kivun tunnistaminen ja arviointi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kirjallisuuskatsaus saattohoidosta, jonka aiheita ovat kivun tunnistaminen, arviointi ja lääkehoito. Opinnäytetyön tavoitteena on hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja tukeminen. Aihetta lähestyttiin kolmen kysymyksen avulla. Kysymykset olivat miten hoitaja tunnistaa saattohoitopotilaan kivun, miten hoitaja arvioi saattohoidossa olevan potilaan kipua ja miten hoitaja toteuttaa saattohoidossa olevan potilaan kivun lääkehoitoa. Kivun lääkkeettömät keinot on rajattu opinnäytetyön ulkopuolelle. Lääkehoitoa käsitellään opinnäytetyössä tiiviisti, koska opinnäytetyö painottuu enemmän kivun tunnistamiseen ja arviointiin. Lääkehoitoa ei haluttu rajata kuitenkaan täysin opinnäytetyön ulkopuolelle, sillä lääkehoito liittyy kuitenkin olennaisesti kivun jatkuvaan arviointiin.

Tutkimustuloksissa käy ilmi, että kipu on aina yksilöllinen kokemus ja kivun paras asiantuntija on kokija itse. Kivun arvioinnin tulisi perustua potilaan omaan kokemukseen. Aina tämä ei kuitenkaan ole mahdollista, sillä saattohoitovaiheessa potilas on usein kykenemätön ilmaisemaan kipuaan selkeästi, jolloin kivun arviointi voi perustua potilaasta tehtyihin havaintoihin. Kivun tunnistamiseen ja arviointiin on olemassa erilaisia mittareita.

Saattohoidon toteuttamista koskevia suosituksia on tehty valtakunnallisesti, mutta siitä huolimatta saattohoidossa saattaa olla merkittäviä kuntakohtaisia eroja. Saattohoidolla ei ole muuta minimivaatimusta kuin se, että sitä tulee järjestää sitä tarvitseville sairaudesta riippumatta. Välineitä saattohoidon osaamisen kehittämiseen on olemassa ja jokainen yksikkö voi kehittää saattohoitoa omalta osaltaan. Kehittämistä tulisi tulevaisuudessa jatkaa esimerkiksi selvittämällä yksiköittäin hoitohenkilökunnan tuen tarve.

Avainsanat: saattohoito, kipu, tunnistaminen, arviointi, lääkehoito.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

TUOMINEN SONJA-MARINA & TÖYSSY MILJA & VALTONEN MIRKA
Recognizing and Treating Pain in Hospice Care
Literature review

Bachelor's thesis 41 pages, appendices 3 pages
November 2017

The purpose of this study was to gather information about recognizing, evaluating and implementing the medication therapy of pain experienced by patients in hospice care. The intention was to support and strengthen the competence of the nursing staff in hospice care. This study concentrates on recognizing and evaluating the pain, whereas pharmacological treatment of the pain is addressed briefly, as it is a very extensive subject. However, pharmacological treatment is not completely excluded from this study, as it is essentially related to the continuous evaluation of pain.

The data of the study were collected using a literature review and analysed by using data-oriented content analysis. The findings of the study handle observations of patients, different kind of meters for recognizing and evaluating pain in hospice care, as well as pharmacological treatment of pain in hospice care.

The findings show that recognizing, evaluating and treating pain in hospice care is an area which a healthcare professional can develop one's skills, and there are tools available to support that development. The study also found that there are recommendations about hospice care, but no minimum-demands on how to put in into practice. Every health care unit can develop their workmanship in hospice care and further studies are required to find out what kind of support nursing staff needs.

Avainsanat: hospice care, pain, recognizing, evaluating, pharmacological treatment.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
3.1	Palliativinen hoito	7
3.2	Saattohoito	8
3.3	Kivun tunnistaminen ja arviointi	11
3.4	Kivun lääkehoito.....	12
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	14
4.1	Kirjallisuuskatsaus	14
4.2	Tiedonhaku	14
4.3	Sisällön arviointi ja analyysi.....	15
5	TULOKSET	17
5.1	Kivun tunnistaminen.....	17
5.2	Kivun arviointi.....	18
5.3	Kivun lääkehoito.....	23
6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	33
6.1.	Pohdinta ja johtopäätökset.....	33
6.2.	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	34
6.3.	Jatkotutkimusehdotukset.....	35
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	39
	Liite 1. ESAS-kysely.....	39
	Liite 2. Tietokantahaut	40
	Liite 3. Valitut tutkimukset ja artikkelit	41

1 JOHDANTO

Saattohoito on lähestyvää kuolemaa edeltävää hoitoa silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai viikkojen aikana (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 10). Sen tarkoituksena on tukea kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään parhaalla mahdollisella tavalla, inhimillisiä arvoja kunnioittaen. Saattohoidon päämääränä on kärsimyksen lievittäminen. (ETENE 2003.) Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012). Potilaan oikeuksia koskevan maailman lääkäriiliiton julistuksen mukaan kuolevalla potilaalla on oikeus ihmisarvoiseen saattohoitoon ja kaikkeen apuun, jotta kuolema olisi mahdollisimman rauhallinen ja ihmisarvoinen (ETENE 2003).

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunnan, ETENE:n (2012), mukaan Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 ihmistä. Pihlaisen (2010) mukaan heistä vuosittain saattohoitoa tarvitsee noin 15 000. Suurin yksittäinen potilasryhmä saattohoidon kannalta on syöpäpotilaat (Saarto ym. 2015, 256). Saattohoidon tarve on kuitenkin ilmeinen myös kroonisissa elinvaurioissa, AIDS:ssa ja etenevissä neurologisissa sairauksissa (Tasmuth, Poukka & Pöyhä 2012).

ETENE:ssä (2012) on selvitetty saattohoito-ohjeiden ja saattohoitokäytäntöjen kokonaistilannetta vuosina 2001, 2009 ja 2012. Vuoden 2001 selvitys osoitti, että saattohoidon käytännöt ovat erilaisia ja ohjeistukselle on selkeä tarve. Vuonna 2012 todettiin, että koko seurantajakson aikana suunnitelmat olivat kehittyneet ja saaneet lisää huomiota. Julkaisussa huomautettiin, että saattohoitoa tulisi vieläkin yhtenäistää ja kehittää yhdenvertaisuuden varmistamiseksi. (ETENE 2012).

Tämän opinnäytetyön aihe on noussut esille hoitohenkilökunnalle pidetyistä ryhmäkehityskeskusteluista. Kehityskeskusteluissa on noussut esiin tuen tarve saattohoidon osaamisessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä katsaus tutkitusta tiedosta kivun tunnistamiseen, arviointiin ja lääkehoitoon liittyen. Opinnäytetyön tavoitteena on hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamisen vahvistaminen ja tukeminen. Opinnäytetyössä käsitellään kivun tunnistamista, arviointia ja lääkehoitoa. Opinnäytetyö painottuu kivun tunnistamisen ja arvioinnin käsittelyyn ja varsinaista kivun lääkehoitoa on käsitelty suppeammin. Muita kivunhoidon menetelmiä ei käsitellä tässä opinnäytetyössä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla saattohoitopotilaan kivun tunnistamista, arviointia ja lääkehoitoa.

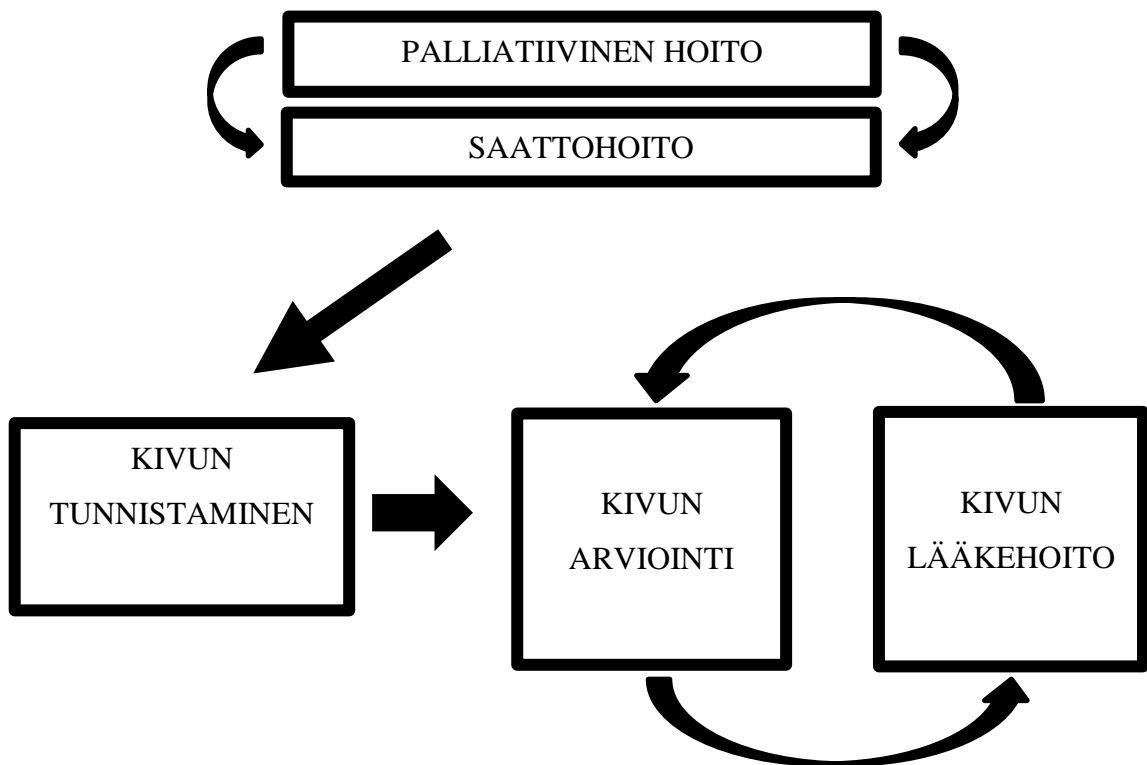
Opinnäytetyön kysymykset:

1. Miten hoitaja tunnistaa saattohoitopotilaan kivun?
2. Miten hoitaja arvioi saattohoidossa olevan potilaan kipua?
3. Miten hoitaja toteuttaa saattohoidossa olevan potilaan kivun lääkehoitoa?

Opinnäytetyön tavoitteena on kirjallisuuskatsauksen tulosten avulla tukea ja vahvistaa hoitohenkilökunnan saattohoidon osaamista.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän työn tärkeimmät käsitteet ovat palliatiivinen hoito, saattohoito, kivun tunnistaminen ja arviointi, sekä kivun lääkehoito. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet on esitetty alla olevassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

3.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun mahdollisuuksia parantavaan hoitoon ei enää ole. Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi syöpätaudit ja muut krooniset etenevät sairaudet, kuten sydämen vajaatoiminta, keuhkoastma ja muut keuhkoastmatauti, munuaisten ja maksan vajaatoiminta sekä etenevät neurologiset sairaudet. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym. 2015, 10.) Palliatiivisen hoidon tavoitteena ei ole enää sairauden parantaminen ja elämän pidentäminen, vaan sairaudesta johtuvien oireiden lievittäminen. Lisäksi tulee varmistaa, että potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatu on mahdollisimman

hyvä sairaudesta huolimatta. Potilas saattaa tarvita palliatiivista hoitoa pitkiäkin aikoja. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym. 2015, 10.) Taulukossa 1 on kuvattu Suomessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kannalta olennaisia, yleisimmin kuolemaan johtavia sairauksia (Tilastotietokeskus 2016).

TAULUKKO 1. Saattohoidon kannalta olennaisia, yleisimmin kuolemaan johtavia sairauksia Suomessa (Tilastokeskus 2016).

Sairaus	Kuolleita vuonna 2015
Verenkiertoelinten sairaudet	19 365
- Iskeemiset sydänsairaudet	10 209
Syövät	12 168
Dementia, Alzheimerin tauti	8580
Hengityselinten sairaudet	1940
- Keuhkoputken tulehdus ja keuhkolaajentuma	1231

3.2 Saattohoito

Saattohoito on lähestyvää kuolemaa edeltävää hoitoa silloin, kun kuoleman odotetaan tapahtuvan lähipäivien tai viikkojen aikana (Saarto ym. 2015, 10). Se voi olla osa palliatiivista hoitoa ja sen tarkoituksena on tukea ja hoitaa kuolevaa ihmistä ja hänen läheisiään parhaalla mahdollisella tavalla inhimillisiä arvoja kunnioittaen (ETENE 2012). Saattohoidossa keskeistä on oireiden, erityisesti kivun, lievittäminen ja hallinta, sekä mahdollisimman hyvä elämänlaatu (Saarto ym. 2015, 256). Saattohoitoon ei kuulu aktiivinen kuolemaan auttaminen (Tasmuth ym. 2012, Valvira 2017).

WHO korostaa suosituksissaan kivun ja oireiden mukaista hoitoa, kuolemaa luonnollisena prosessina, ihmisen psykososiaalisia sekä hengellisiä tarpeita että omaisten ja läheisten tukea. (THL 2017.) Maailman terveysjärjestö WHO:n määrittämät saattohoidon päämäärät on kuvattu seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Maailman terveysjärjestön määrittämät saattohoidon päämäärät (THL 2017).

Kuolemaa pidetään elämän normaalina päätepisteenä
Kuolevan oireita lievitetään
Kuolevalle tarjotaan psyykkistä ja henkistä tukea
Kuolevaa tuetaan aktiiviseen elämään jäljellä olevana aikana
Omaisille tarjotaan tukea sairauden aikana ja kuoleman jälkeen

Saattohoitoon siirryttäessä hoitava lääkäri tekee saattohoitopäätöksen. Saattohoitopäätöksen tulisi olla jokaisen kuolevan potilaan oikeus riippumatta diagnoosista, äkillisiä kuolemia lukuun ottamatta. Saattohoitopäätöksen tekeminen edellyttää, että lähestyvä kuolema tunnistetaan. (Saarto ym. 2015, 256-257). Saarto ym. (2015, 258) on kuvannut kuolevan lähestyviä merkkejä taulukkoon teoksessa Palliatiivinen hoito (taulukko 3). Kuolevaksi potilaaksi katsotaan potilas, jonka toimintakyky on alentunut, ja jolla elintoimintojen hiipussa lähestyvät kuoleman merkit ovat nähtävissä. Saattohoitovaiheessa hoitotoimilta edellytetään välitöntä vaikutusta ja lääkityksessä keskitytään oireiden välittömään lievitykseen. (Saarto ym. 2015, 11.)

Potilaan lääkitys tulee arvioida uudelleen, mikä tarkoittaa tarpeettomien lääkkeiden, esimerkiksi verenpaine- tai kolesterolilääkityksen lopettamisen sekä tarvittavan oirelääkityksen määräämisen. Saattohoitopäätökseen kuuluu myös hoitavan lääkärin kannanotto antibiootti- ja nestehoitoon sekä muihin potilaan vointiin vaikuttaviin toimenpiteisiin. Saattohoitopäätös pitää sisällään myös DNR-päätöksen (Do Not Resuscitate) eli elvytyskiellon. Elvytyskieltoa ei kuitenkaan tulisi pitää merkinä siirtymisestä saattohoitoon. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Tasmuth ym. 2012; Korhonen & Poukka 2013; Hänninen 2015; Saarto ym. 2015, 257, 14; Valvira 2017). Saattohoitopäätös kirjataan tarkasti potilaan sairauskertomukseen (Tasmuth ym. 2012).

Potilas on jatkuvasti vuoteessa (voimattomuus ja väsymys)
Potilaan tajunnantaso on alentunut
Potilas kykenee nauttimaan vain pieniä nestemääriä
Potilas ei enää kykene ottamaan lääkkeitään suun kautta
Periferia on viileä

Saattohoitopäätös mahdollistaa potilaan ja hänen läheistensä valmistautumisen lähestyvään kuolemaan. Liian myöhään tehty tai tekemättä jätetty saattohoitopäätös luo epärealistisia odotuksia hoidon tavoitteista ja toteutuneista hoitotoimenpiteistä potilaalle ja hänen läheisilleen. Saattohoitopäätöksellä mahdollistetaan myös jäähyväisten jättö, tällöin saattohoito ei pääty kuolemaan vaan jatkuu sen jälkeen myös omaisten tukemisella heidän surussaan. (Saarto ym. 2015, 257.)

Riittävät terveyspalvelut ovat Suomen perustuslain (721/1999) mukainen oikeus. Hyvä saattohoito kuuluu näihin palveluihin. Saattohoitoon kuuluu muun muassa kuolevan ihmisen kivun ja kärsimyksen lievittäminen. (ETENE 2003). Saattohoitoa normittavat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Suomessa saattohoidon perustana voidaan pitää Lääkintähallituksen vuonna 1982 antamia ohjeita terminaalihoitoon. Niiden yleisperiaatteena on, että potilaan tulee voida elää saattohoitovaiheessa ilman kipua tai vaikeita oireita siinä ympäristössä, kun hän haluaa, omaistensa ja läheistensä kanssa. (ETENE 2010; Pihlainen 2010, 13-14.)

Saattohoitoa järjestetään perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidon sairaaloissa, vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa, yksityisissä hoitoyksiköissä ja potilaan kotona. Perusterveydenhuolto on ensisijainen saattohoidon toteuttaja. (Pihlainen 2010, 16; Saarto ym. 2015, 257.) Euroopassa oireenmukaisen hoidon tarpeen on arvioitu kasvavan seuraavan 10-15 vuoden aikana 20% syöpäpotilaiden, sekä muiden potilaiden osalta (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012). ETENE:n antamat saattohoitosuosituksukset on kuvattu seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon (taulukko 4) (ETENE 2012).

TAULUKKO 4. ETENE:n (2010) antamat saattohoitosuosituksukset.

Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoidon yhdenvertaisesta järjestämisestä ja toteuttamisesta.

Jokaisella sairaanhoitopiirillä tulee olla alueellinen saattohoitosuunnitelma.

Tavoitteena on tarjota saattohoitopalvelut asuinpaikasta riippumatta.

Tavoitteena on turvata omaisille ja läheisille mahdollisuus osallistua hoitoon asiakkaan toiveiden mukaisesti.

3.3 Kivun tunnistaminen ja arviointi

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys International Association for the Study of Pain (IASP) määrittelee, että kivulla tarkoitetaan epämiellyttävää sensorista tai emotionaalista kokemusta, joka liittyy kudosaivuriin tai sen uhkaan, tai jota kuvataan samalla tavoin. IASP huomauttaa määritelmässään myös, että vaikka potilas olisi kykenemätön ilmaistamaan kipua, se ei tarkoita, että hän ei voi kokea kipua. (Saarto ym. 2015, 47; IASP 2017.)

Kipu on aina yksilöllinen kokemus ja sen arviointi perustuu potilaan omaan kertomaan (Saarto ym. 2015, 52; IASP 2017). Kipukokemus pitää sisällään psyykkisen, eksistentiaalisen ja sosiaalisen ulottuvuuden fyysisen kokemuksen lisäksi (Korhonen & Poukka 2013). Kipu on yleinen oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012). Saaron ym. (2015, 259) mukaan kipua kokee noin 51% saattohoidossa olevista potilaista (Saarto ym. 2015). Alla olevaan taulukkoon on kuvattu kivun yleisyyttä erinäisissä kuolemaan johtavissa sairauksissa (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Kivun yleisyys kuolemaan johtavissa sairauksissa (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012).

Loppuvaiheen syöpä	35-96%
AIDS	63-80%
Sydänsairaudet	41-77%
Keuhkohtaumatauti	34-77%
Munuaissairaudet	47-50%

Sekä palliatiivisessa hoidossa että saattohoidossa käytetään termiä läpilyöntikipu, jolla tarkoitetaan kohtauksittain esiintyvää kivun pahenemisvaihetta, kun käytössä on muuten toimiva kipulääkitys, jolla kivut pysyvät hallinnassa. Läpilyöntikipu on kestoltaan tavallisimmin 30 - 60 minuuttia ja sitä voi esiintyä joko spontaanisti, liikkumisen tai muun ärsykkeen, esimerkiksi haavahoitojen tai yskimisen yhteydessä. Noin 50% läpilyöntikivuista aiheutuu jostakin ärsykkeestä. (Saarto ym. 2015, 64; Daeninck ym. 2016, 97.). Bass (2011) mukaan läpilyöntikipu voi johtua myös kipulääkkeen vaikutuksen päättymisestä aiemmin, kuin sen odotetaan päättyvän, tai kivun kärjistymisestä tuntemattomista syistä.

Kivun hoito perustuu potilaan kivun ja kokonaistilanteen huolelliseen arvioon (Kipu: Käypä hoito-suositus 2017). Kivun suhteen potilas on paras asiantuntija, eli mikäli mahdollista, kiputilanteesta tulisi kysyä potilaalta itseltään. Saattohoitovaiheessa potilaan tajunnantaso ja kognitiivinen taso voivat kuitenkin olla alentuneet, jolloin kivun ilmaiseminen ja tunnistaminen voivat olla potilaalle haastavaa tai mahdotonta. Tällöin kivun tunnistaminen ja arviointi voi perustua potilaan kipukäyttäytymisen havainnointiin. Kipukäyttäytymistä havainnoidessa kiinnitetään huomiota potilaan kasvojen ilmeisiin, liikkeisiin, ääntelyyn ja asentoon sekä käyttäytymiseen. (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 75-78; Kalso, Haanpää & Vainio 2009; Saarto ym. 2015).

3.4 Kivun lääkehoito

Kipua tulisi arvioida säännöllisesti ja tarvittaessa, esimerkiksi kivun pahentuessa. Kipua arvioidaan ennen lääkkeenottoa ja lääkkeenoton jälkeen, kun lääkkeen vaikutus on alkanut. (Saarto ym. 2015, 52.) Saattohoidossa potilaan kipulääkitys koostuu peruskipulääkityksestä ja läpilyöntikivun hoitoon tarkoitettusta tarvittaessa otettavasta lääkkeestä. Jos potilaalla on saattohoitovaiheeseen siirryttäessä toimiva kipulääkitys, jatketaan lääkitystä samalla annoksella. Tarvittaessa muutetaan annostelureittiä ja vaihdetaan lääkekuoto annostelureittiin sopivaksi sekä sovitetaan uuden lääkekuodon annos vastaamaan entistä annosta. Annostelureittiä voidaan joutua muuttamaan esimerkiksi siksi, että potilaan nieleminen on vaikeutunut tai potilas on niin kakektinen, jolloin lääkeaineen imeytyminen ihon kautta ole tehokasta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym. 2015, 260-262).

Lääkehoidon toteutuksen lisäksi on tärkeää arvioida lääkehoidon vastetta. Lääkkeen antamisen jälkeen tulisi aina arvioida miten lääkehoito on vaikuttanut kipuun, vai onko siitä tullut jotain muita vaikutuksia. Säännöllisen kipulääkkeen riittävyyttä voi arvioida seuraamalla kivun voimakkuutta, sekä läpilyöntikipulääkkeen kulutusta vuorokausittain. Tarkka kirjaaminen on hyvän hoidon ehdoton edellytys. (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 65-66.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuva aiemmista tutkimuksista aiheeseen liittyen. Yksi kirjallisuuskatsauksen tärkeimmistä tehtävistä on kehittää teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, sekä arvioida ja kehittää olemassa olevaa teoriaa. Kirjallisuuskatsauksen täytyy olla toistettavissa ja sen on pohjauduttava laajaan aihealueeseen. Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää terveydenhuollossa tapahtuvan toiminnan ohjaamiseksi näyttöön perustuvaksi (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 7).

Kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen päätyyppiin, jotka ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on asiantuntijoiden tekemä yhteenveto olemassa olevasta tutkimustiedosta tietyltä aihealueelta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus antaa kokonaiskuvan aiheesta, joka on tehty asiantuntijoiden näkökulmasta. (Stolt ym. 2016, 8.)

4.2 Tiedonhaku

Ensimmäinen vaihe kirjallisuuskatsauksen tekemisessä on sen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Tarkoituksen määrittäminen antaa prosessille suunnan. Liian laajalla tutkimuskysymyksellä tulee liikaa lähteitä ja liian suppealla ei välttämättä löydy ollenkaan tietoa. Tässä vaiheessa tutkijoiden on valittava kiinnostuksen kohteena olevat käsitteet, kohdejoukko ja kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan, sekä mistä kokonaisuudesta katsaus tehdään. (Stolt ym. 2016, 24.)

Hakuprosessi on katsauksen luotettavuuden kannalta keskeisin vaihe ja tässä tehdyt virheet johtavat väärin johtopäätöksiin. Hakuprosessissa on tarkasteltava myös millaisella asetelmalla toteutetut tutkimukset vastaavat tutkimuskysymykseen. Hyvin suunnitelluista hakulausekkeista huolimatta hakujen tuloksena on iso joukko tutkimuksia, jotka eivät sovellu katsaukseen. Tämän jälkeen mukaanotto- ja poissulkukriteerit ohjaavat tutkimusten valinnassa. Ensimmäiseksi tarkastellaan lähteitä otsikkotasolla, sitten abstraktitasolla ja viimeiseksi kokotekstejä arvioimalla. (Stolt ym. 2016, 25-27.)

Opinnäytetyötä varten tiedonhaussa käytettiin neljää tietokantaa: Arto, Cinahl, Medic ja Pubmed. Tiedonhakuun määritettiin viisi mukaanottokriteeriä; julkaisun piti olla tieteellinen tutkimus tai tieteellisiin tutkimuksiin perustuva julkaisu, julkaisukielen suomi tai englanti, koko tekstin piti olla saatavilla ja julkaisuvuoden olla 2007 tai uudempi, julkaisu on päivitetty myöhemmin kuin vuonna 2007, tai julkaisuun piti olla viittaus julkaisussa, jonka julkaisuvuosi oli 2007 tai uudempi. Haku käsitteli yli 18-vuotiaiden saattohoitoa, kivun tunnistamista, lääkehoitoa ja arviointia. Aikaikkunasta poikettiin, mikäli julkaisusta ei ollut saatavilla uudempaa painosta ja se oli kuitenkin analyysivaiheessa todettu päteväksi tai muut tulokset olivat samansuuntaisia julkaisun kanssa. Tutkimusta ei otettu työhön, jos artikkeli ei käsittele osastolla toteutettavaa saattohoitoa, kivun lääkehoitoa eikä vastaa tutkimuskysymykseen. Liitteessä 2 on esitetty hakusanojen perusteella saatujen julkaisujen määrä ja hakukriteerien perusteella opinnäytetyöhön valittujen julkaisujen määrä. Liitteessä 3 on esitetty tiivistelmä tutkimuksista ja artikkeleista.

4.3 Sisällön arviointi ja analyysi

Kirjallisuuskatsauksen ydin on aineiston käsittely. Aineiston analyysin ja synteysin tarkoituksena on tehdä yhteenvetoa ja järjestää valittujen tutkimuksien tuloksia. Lähtökohdana on, että aineiston käsittely vastaa tarkoitukseen ja käsittelymenetelmän valinta on perusteltavissa. Arvioinnin tarkoituksena on alkuperäistutkimuksesta saadun tiedon kattavuuden ja tulosten edustavuuden tarkastelu, sekä havaita onko alkuperäistutkimusten tieto oman tutkimusongelman kannalta olennaista. Arviointia tehdään, jotta voitaisiin välttää katsauksen tulosten vinouma tai virheellisesti painottuneet päätelmät. Tarkoituksena on etsiä tutkimuksista eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä, vertailla ja ryhmitellä niitä, ja sen jälkeen tulkita niitä. (Stolt ym. 2016, 28, 30-31, 80.)

Analyysi sisältää kolme vaihetta, jotka ovat tutkimuksen tärkeän sisällön kuvaaminen, katsauksen aineiston lukeminen ja loogisen kokonaisuuden kokoaminen eli synteesi. Ensimmäisessä vaiheessa kuvataan kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Analyysin toisessa vaiheessa katsauksen tekijät lukevat aineistoa, tekevät merkintöjä ja muodostavat merkintöjen avulla luokkia, kategorioita tai tee-

moja. Analyysin kolmannessa vaiheessa pyritään muodostamaan tutkimustuloksista yleisempi kuva ja esitetään ristiriitaiset tulokset. Tässä vaiheessa katsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Taulukoita ja kuvioita voidaan hyödyntää synteessin havainnollistamiseksi. Kirjallisuuskatsauksen raportoinnissa tärkeää on riittävä tarkkuus, jotta tutkimus olisi mahdollista toistaa ja lukija voisi arvioida katsauksen luotettavuutta. (Stolt ym. 2016, 30-32.)

Opinnäytetyötä varten kerätyt julkaisut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Julkaisut jaettiin kolmeen eri pääluokkaan, jotka olivat kivun tunnistaminen, kivun arviointi ja kivun lääkehoito saattohoidossa. Luokkaan sopivat julkaisut luettiin tarkemmin läpi ja samansuuntaiset aineistot valittiin opinnäytetyöhön. Pääluokista muodostettiin alaluokkia, joihin aineistoa pilkottiin. Luokista muodostui opinnäytetyön pää- ja väliotsikot. Opinnäytetyön aineiston analyysi on kuvattu alla olevaan taulukkoon (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Opinnäytetyön aineiston sisällönanalyysi.

PÄÄLUOKKA	Kivun tunnistaminen	Kivun arviointi	Kivun lääkehoito
ALALUOKKA		Kivun arviointi mittarein	Peruskipulääkitys
		Kivun arviointi kipukäyttäytymistä havainnoimalla	Läpilyöntikivun hoito
			Palliativinen sedaatio

5 TULOKSET

Kipu on yleinen oire kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kipua esiintyy syöpäsairauksien loppuvaiheessa 35-96%, aidsissa 63-80%, sydänsairauksissa 41-77%, keuhkohtaumataudissa 34-77% ja munuaissairauksissa 47-50% potilaista. Lämpilyöntikipua esiintyy 70-80% edennyttä syöpää sairastavista ja lämpilyöntikipu näyttää olevan yleistä myös muilla kuin syöpää sairastavilla loppuvaiheen potilailla (n. 63% potilaista). (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012.)

Kipu on aina yksilöllinen kokemus, ja mahdollisuuksien mukaan kivun arviointi perustuu potilaan kertomaan. Kivun kokemiseen ja ilmaisemiseen vaikuttavat muun muassa potilaan käsitys omasta hyvinvoinnista, uskomukset, tiedot ja potilaan aiemmat kokemukset. Lisäksi potilaan mieliala, mahdollinen masennus, pelot, ahdistus, unettomuus ja väsymys voivat alentaa kipukynnystä. Kuoleman lähestyessä potilaan yleistila on heikompi, ja muutokset elimistön toiminnassa vaikuttavat potilaan oirekuvaan. Tällöin kivun kuvaaminen sanallisesti voi olla potilaalle haastavaa tai mahdotonta. (Salanterä ym. 2006; Rosenberg ym. 2014, 902-903; Hänninen 2015; Saarto ym. 2015, 52, 258). Kuitenkaan se, että potilas ei pysty kipua ilmaisemaan, ei tarkoita, ettei potilas voi kipua tuntea (IASP 2017).

5.1 Kivun tunnistaminen

Kivun tunnistamisessa paras asiantuntija on kivun kokija itse, ja kivun tunnistamisen lähtökohtana on kivun kokijan oma näkemys kivustaan. Paras keino kivun tunnistamisessa onkin kiputilanteen kysyminen potilaalta. Joidenkin potilasryhmien kohdalla kuitenkin kipu joudutaan tunnistamaan muilla tavoilla, kuin kysymällä häneltä itseltään. Saattohoidossa olevan potilaan kognitiivinen toimintakyky ja tajunnan taso voi olla alentunut ja tällöin kivun ilmaiseminen voi olla potilaalle hankalaa tai mahdotonta. Tällöin kivun tunnistaminen perustuu potilaan kipukäyttäytymisen havainnointiin. Kipukäyttäytyminen on kokonaisuus, johon kuuluu kivun sanallisen ilmaisun lisäksi myös kasvojen ilmeet, liikkeet, asento ja ääntely. (Salanterä ym. 2006, 75-78; Kalso ym. 2009; Saarto ym. 2015, 259.)

Potilaan käyttäytymistä havainnoimalla voidaan tunnistaa kivuliaisuus, vaikkei hän itse kykenisi kommunikoimaan. Kasvojen ilmeet, itku ja kyynelten valuminen, kehon suojaaminen ja liikkeet, ahdistus, regressio eli taantumisen ja hermostuneisuus voivat olla merkkejä kivusta. Ilmeistä kulmakarvojen väliin muodostuvia pystyjä juonteita, tuimaa ilmettä ja irvistystä pidetään viitteenä kipuun. Kipu lisää itkuherkkyyttä, mutta kuitenkin itkuttomuutta ei voi pitää merkinä kivuttomuudesta. Myös kyynelten valuminen voi olla viite kipuun. Jännittynyt vartalo, hitaat tai jäykät liikkeet, liikkumattomuus tai levoton liikehdintä voivat myös olla merkkejä kivusta. Kivulias potilas voi pyrkiä suojaamaan kipukohtaa kädellään tai pyrkiä viemään käden lähelle kipukohtaa sitä kuitenkin koskematta. (Salanterä ym. 2006 ,75-78.)

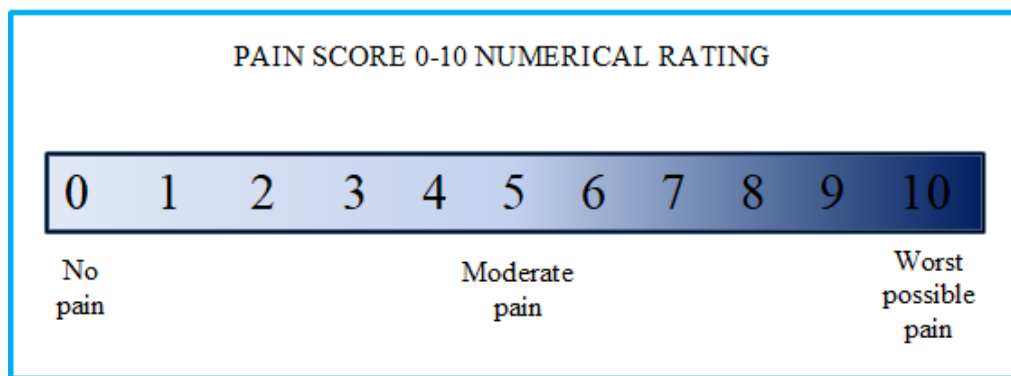
Kipu muuttaa myös potilaan käyttäytymistä. Kipua kokeva ihminen voi ilmaista kipuaan taantuneella, normaalia kehitysvaihettaan lapsellisemmalla käytöksellä. Kipu aiheuttaa myös ahdistuneisuutta ja hermostuneisuutta, jolloin potilas saattaa esimerkiksi kiivastua nopeasti. Kipua arvioidessa olisi tärkeää tuntea potilaan normaali käyttäytyminen. Tieto on oleellista, jotta voidaan arvioida mikä on normaalista käytöksestä poikkeavaa. (Salanterä ym. 2006, 75-78.)

5.2 Kivun arviointi

Hyvän kivunhoidon perusedellytys on kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012). Kipua arvioidaan säännöllisesti useita kertoja päivässä, kuitenkin vähintään neljän tunnin välein, sekä tarpeen mukaan. Kivun arviointi sekä kipulääkityksen vaste tulee kirjata potilaan sairauskertomukseen, ja arvioinnin tuloksia tulee verrata aiempien arviointien tuloksiin. Kivusta kirjataan sen voimakkuus, haittaavuus, laatu ja mekanismi, sijainti, esiintymisaika, läpilyöntikivun esiintyminen, käytössä olevat lääkkeet sekä niiden teho, että haittavaikutukset. Arviointi tapahtuu ennen lääkkeenottoa ja lääkityksen vaikutuksen alkamisen jälkeen. Arviointi lääkityksen jälkeen on tärkeää, jotta lääkityksen vaste selviää. (Salanterä ym. 2006; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym. 2015, 52-53, 260.)

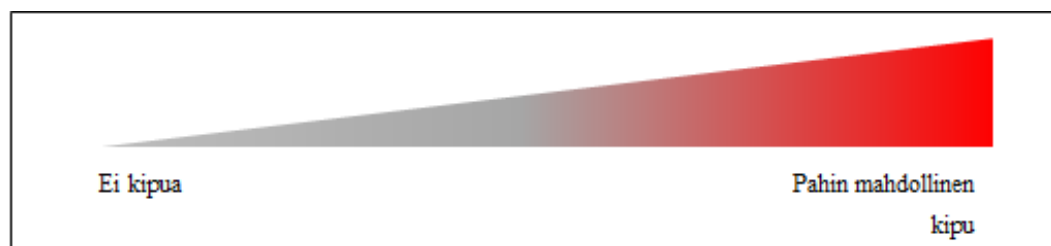
Kivun arviointi mittarein

Kivun arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita. Kun potilas pystyy vielä ilmaisemaan itseään, kipua voidaan arvioida yhdessä potilaan kanssa valitun mittarin avulla. Yleisimmin käytössä olevia mittareita ovat NRS (kuvio 2) eli 0-10 numeraalinen asteikko, VRS (kuvio 3) eli sanallinen asteikko, sekä VAS 0-100mm eli kipujana (kuvio 4). Nämä yleisimmin käytössä olevat mittarit on tutkimuksissa todettu luotettaviksi ja päteviksi. Potilaan valitsemissa mittareita tulisi käyttää koko hoitojakson ajan ja käytetty mittari tulisi kirjata potilaan sairauskertomukseen. (Salanterä ym. 2006, 83-90; Saarto ym. 2015, 52-53; Daeninck ym. 2016, 5.)



KUVIO 2. NRS, Numeral Rating Scale, numeraalinen asteikko (Saarto ym. 2015, 52-53).

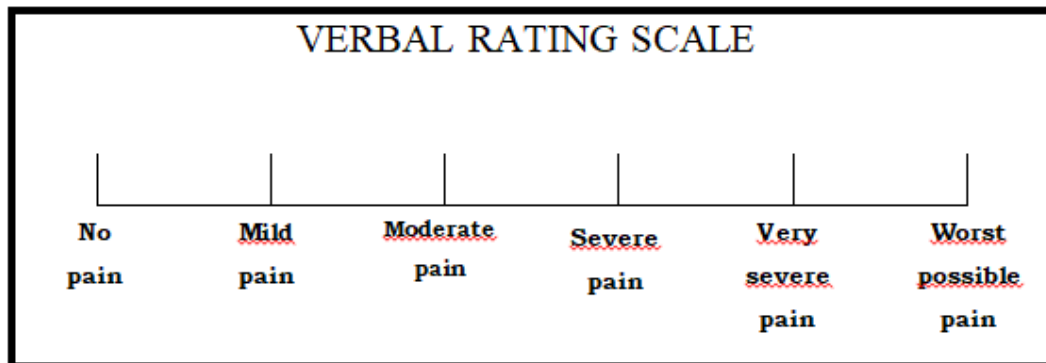
NRS on asteikoltaan 0-10 tai 1-100. Arvo 0 kuvaa kivuttomuutta, 100 tai 10 sietämätöntä tai pahinta mahdollista kipua. Ennen käyttöä tulisi varmistaa, että potilas ymmärtää miten asteikkoa tulee käyttää. (Salanterä ym 2006, 85-86.)



KUVIO 3. VAS, eli kipujana (Salanterä ym. 2006).

Kipujana on pituudeltaan 10cm ja molemmista päistä avoin. Toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen sietämätöntä tai pahinta mahdollista kipua. Potilas osoittaa janalta kohdan, jossa arvioi kipunsa voimakkuuden olevan. Kipujan toisella puolella on mitta-as-

teikko, josta voidaan katsoa arvioitu kipu lukuna joko 0-100mm tai 0-10cm. Potilasasia-
kirjoissa on hyvä ilmoittaa kivun arvio, esimerkiksi 5/10, jotta arviointiasteikko käy ilmi.
(Salanterä ym. 2006, 84-85; Saarto ym. 2015, 52.)



KUVIO 4. VRS, Verbal Rating Scale, sanallinen asteikko.

Numeerista asteikkoa ja kipujanaa on kritisoitu siitä, että ne ovat liian tarkkoja. On esimerkiksi vaikeaa määrittää ero kipujen 4 ja 5 välillä, ja vielä vaikeampaa erottaa kipu kipujen 51 ja 52 välillä. Monien mielestä on riittävää arvioida kipua sanallisesti; ei lainkaan kipua (0), lievää kipua (1-3), kohtalaista kipua (4-5) voimakasta kipua (6-7), sietämättömän voimakasta kipua (8-10). (Salanterä ym. 2006, 86.)

Daeninck ym (2016,100) tekemän katsauksen mukaan potilaiden mieltymykset mittarin valinnassa vaihtelevat. Esimerkiksi ikääntyneet ja alemmin koulutetut suosivat useimmin sanallisen asteikon käyttöä. Katsauksesta selviää kuitenkin, että 15:ssä tutkimuksessa 19:sta numeraalinen asteikko osoitti parempaa soveltuvuutta kivun arviointiin kuin kipujana tai sanallinen asteikko. Numeraalinen asteikko oli suositeltu mittari 11:ssä tutkimuksessa soveltuvuuden, vastauskyvyn ja helppokäyttöisyyden perusteella, verraten kipujanaan ja sanalliseen asteikkoon. Eurooppalaisen palliatiivisen hoidon tutkimuksen yhdistykset the European Palliative Care Research Collaborative ja the European Association for Palliative Care Research Network suosittelevat numeraalisen asteikon (NRS 0-10) käyttöä, jossa 0 tarkoittaa ”ei yhtään kipua” ja 10 ”pahinta mahdollista kipua”.

Kivun arviointi kipukäyttäytymistä havainnoimalla

Mikäli potilas ei pysty ilmaisemaan kipuaan sanallisesti tai mittarin avulla, kivun arviointi voi perustua potilaan havainnointiin. Havainnointi perustuu potilaan kasvojen ilmeiden,

itkun, asennon, liikehdinnän ja ääntelyn seurantaan. Lisäksi regressiivisyys (taantuminen), hermostuneisuus, kehon suojaaminen ja ahdistuneisuus voivat liittyä kipuun (taulukko 7). (Salanterä 2006,76-77; Kalso ym. 2009, 21-22; Saarto ym. 2015, 52-53.)

TAULUKKO 7. Muistisairaahan henkilön havainnointiin liittyviä ilmiöitä, joihin kivun on osoitettu liittyvän (Saarto ym. 2015, 83).

Kasvojen ilmeet	<ul style="list-style-type: none"> • Otsan rypistäminen • Huolestunut, kireä, kivulias, irvistelevä tai uhkaava ilme • Kireät suupielet, leukojen tai hampaiden narskutus
Käytös	<ul style="list-style-type: none"> • Motorinen levottomuus, liikehdintä, toistuva asennon vaihtaminen, itsensä heijaaminen, sormien naputtelu tai hypistely, käsien nyrkistäminen • Vihaisuus, kiihtyminen • Kipualueen hierominen, suojeleminen tai kiinnipitäminen liikkuesssa • Ryhdin tai asennon tai liikkumisen muutos • Jonkun tietyn liikkeen tai toiminnon välttäminen, kosketusherkkyyys • Tiheä tai pinnallinen hengitys, hyperventilaatio
Ääntely	<ul style="list-style-type: none"> • Kiihtynyt höpötys • Huokailu, ähkiminen, voivottelu, jonkin äännähdyksen toistuminen • Huutaminen tai kiljuminen ilman asiasisältöä, avunhuudot
Viitteet masennuksesta	<ul style="list-style-type: none"> • Itkeskely
Uni	<ul style="list-style-type: none"> • Nukahtamisvaikeudet • Heräily

Havainnoinnin tueksi on myös kehitetty erilaisia mittareita. Tällainen mittari on muun muassa alun perin muistisairaiden potilaiden oireiden seurantaan kehitetty PAINAD-asteikko (Pain Assessment in Advanced Dementia), jossa arvioidaan viiden minuutin aikana negatiivisen ääntelyn, hengityksen, ilmeiden, liikkeiden ja lohdutuksen tarpeen tai lohdutuksen vaikutuksen poikkeavuutta. Jokaisesta arvioitavasta osiosta voi saada pisteitä asteikolla 0-2, 0 ollen normaali, 1 lievästi poikkeava ja 2 selvästi poikkeava. Osioiden pisteet lasketaan yhteen, jolloin kivulle saadaan numeerinen arvo asteikolla 0-10. PAINAD-asteikko on kuvattu taulukkoon 8. (Warden, Hurley & Volicer 2003; Kalso ym. 2009, 476-475; Saarto ym. 2015, 83.)

TAULUKKO 8. PAINAD-asteikko (Warden ym. 2003).

Pisteluoja			
Havainto-kategoria	0	1	2
Hengitys	-Normaali ja huomaamaton	-Hengitys ajoittain vaivalloista -Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	-Hengitys äänekästä ja vaivalloista -Pitkiä hyperventilaatiojaksoja -Cheyne-Stokes-tyyppinen hengitys
Ääntely	-Ei ääntelyä -Tyytyväinen ääntely	-Satunnaista vaikeointia tai voihketta -Valittavaa, moittivaa, hiljaista puhetta	-Rauhatonta huutelua -Äänekästä vaikeointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	-Hymyilevä tai ilmeetön	-Surullinen, pelokas, tuima	-Irvistää
Kehon kieli	-Levollinen	-Kireä, ahdistunut kävelyä -Levotonta liikehdintää	-Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa -Pois vetämistä, työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	-Ei tarvetta	-Ääni tai kosketus tyynnyttää	-Lohduttaminen, huomion poiskääntäminen tai tyynnyttäminen ei onnistu

Potilaan voi myös olla vaikeaa tunnistaa oireitaan, kipu voi olla haastavaa erottaa esimerkiksi pahoinvoinnista. Oireselvityksessä voidaan tällöin käyttää apuna ESAS-kyselyä (liite 1), jossa arvioidaan muun muassa uupumusta, masennusta ja pahoinvointia, sekä kartoitetaan kivun laatua, sijaintia ja kipua lievittäviä tekijöitä. (Saarto ym. 2015, 51-52, 35). Alla olevassa taulukossa on havainnollistettu kivun arviointiprosessia kokonaisuudessaan (taulukko 9).

TAULUKKO 9. Kivun arviointiprosessi (Kuolevan potilaan oireiden hoito; Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym 2015, 53; Kipu: Käypä hoito-suositus 2017).

Arvioi -yksilöllisesti -säännöllisesti -tarvittaessa -levossa <-> liikkeessä	
Kivun voimakkuus VAS, NRS, VRS, PAINAD	Kivun sijainti Missä kipu on?
Haittaavuus Vaikutus mielialaan, toimintakykyyn, liikkumiseen, nukkumiseen	
Kivun luonne Minkälaista kipu on?	Muut kipuun vaikuttavat tekijät ESAS
HOIDA	KIRJAA
Kivunhoidon vaikuttavuuden arviointi -Lievittykö kipu? -Haittavaikutukset? -Lääkehoito toteutettu ohjeen mukaan KIRJAA JA VERTAA Toista säännöllisesti ja tarvittaessa	

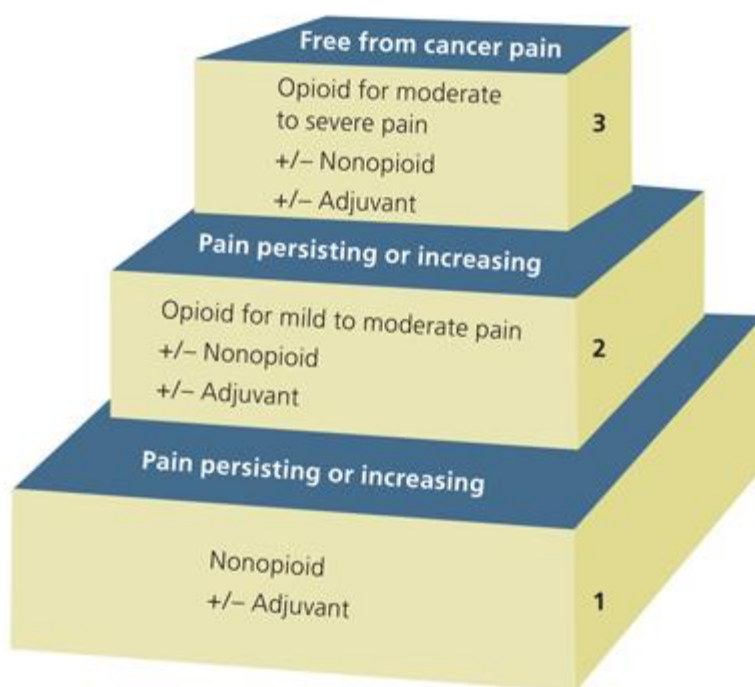
5.3 Kivun lääkehoito

Saattohoidossa oirehoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin oirehoidossa muutenkin. Potilaan hiipuvat elintoiminnot ja niiden aiheuttamat muutokset lääkeainemetaboliaan, sekä vaikeutunut oireiden arviointi tuottavat lääkehoidossa haasteita. Mikäli potilaalla on saattohoitovaiheeseen siirryttäessä toimiva kipulääkitys, jolla kivut pysyvät hallinnassa, jatketaan aiempaa kipulääkitystä entisellä annoksella tai tarvittaessa siirrytään sopivampaan annostelureittiin, jolloin lääkevalmisteen annos sovitetaan entistä annosta vastaavaksi. Saattohoitovaiheessa potilaan nieleminen saattaa esimerkiksi olla vaikeutunutta, jolloin tablettien ottaminen suun kautta ei enää onnistu, tai potilas saattaa olla myös niin kakektinen, että lääkeaineen imeytyminen kipulaastareista voi olla heikentynyt. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym. 2015, 259-260.)

Peruskipulääkitys

Saattohoidossa potilaan kipulääkitys koostuu peruskipulääkityksestä ja läpilyöntikivun hoitoon tarkoitettusta tarvittaessa otettavasta lääkkeestä. Peruskipulääkityksenä voi olla

pitkävaikutteinen kipulääke suun kautta tai transdermaalisesti, tai nopeavaikutteinen kipulääke injektioina kudokseen tai infuusiona laskimoon. (Saarto ym. 2015, 260-262.) Peruskipulääkityksen voi aloittaa WHO:n porrasmallin mukaan kivun voimakkuuden perusteella ja opioidilääkitykseen liitetään mukaan myös non-opioidilääke (kuvio 5) tai tarvittaessa siirtymällä suoraan vahvaan opioidiin. Tulehduskipulääke tai parasetamoli on riittävä lääkitys vain lievässä kivussa, mutta niitä voidaan jatkaa osana kipulääkitystä opioidien aloittamisen jälkeen. Opioidi aloitetaan kohtalaiseen tai voimakkaaseen kipuun mahdollisimman nopeasti, mikäli tulehduskipulääkkeet tai parasetamoli eivät riitä kivun hoidoksi. Vahva opioidi aloitetaan pienellä annoksella ja annosta nostetaan tarpeen mukaan ja herkästi. (Hamunen 2012c; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym. 2015, 54.)



KUVIO 5. WHO:n kivun portaat (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012).

Vahvojen opioidien on todettu olevan tehokkaita syövän aiheuttaman kivun hoidossa, ja olevan ilmeisen tehokkaita myös muun kuin syöpään liittyvän pitkäaikaisen kivun hoidossa (Hamunen 2012b). Opioidiannokset on aina titrattava potilaskohtaisesti, ja annosta suurennetaan vastetta seuraten 30% kerrallaan. Hyvä keino seurata peruskipulääkityksen

riittävyttä on kivun voimakkuuden, ja läpilyöntikivun hoitoon tarkoitetun lyhytvaikutteisen opioidin kulutuksen seuranta vuorokausittain. (Bass 2011; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012.)

Vahva opioidi aloitetaan pitkävaikutteisella morfiinilla, oksikodonilla tai hydromorfonilla, joka annostellaan suun kautta. Suun kautta annosteltavan annoksen sovittaminen on sujuvinta ja potilaalle helpoin vaihtoehto. Lääkitys pyritään antamaan potilaalle suun kautta niin kauan kuin se vain on mahdollista. Osa saattohoitopotilaista kykenee ottamaan lääkkeen suun kautta liuosmuotoisena hyvin lähelle kuolemaansa, mutta useat tarvitsevat viimeisinä päivinä muita annostelureittejä. Saattohoitovaiheessa potilaan nieleminen ja lääkeaineen imeytyminen ihon kautta voivat olla heikentyneitä, jolloin siirrytään annostelemaan lääkeaine muita reittejä esimerkiksi injektioin, letkullista siipineulaa käyttäen, suonensisäisellä tai ihonalaisella lääkeannostelijalla. Tällöin pitkävaikutteisen opioidivalmisteen tilalle vaihdetaan lyhytvaikutteinen opioidi. Suonensisäinen annostelu tulee kyseeseen siinä vaiheessa, kun ihonalaiselle annostelulle on esteitä, esimerkiksi ääreiskudosten turvotus, heikko ääreisverenkierto, tarve suurille tilavuuksille tai annoksille. Opioidin voi annostella suonensisäisesti myös tilanteissa, joissa kipu on voimakasta tai hallitsematonta. Suonensisäisesti tai ihon alle annosteltavat kerta-annokset eivät ole kuitenkaan pitkäaikaiseen kivun hoitoon soveltuva ratkaisu, sillä ne aiheuttavat potilaalle epämiellyttäviä tuntemuksia. (Saarto ym. 2015, 65-66, 260-262.)

Läpilyöntikivun hoito

Pitkävaikutteisen opioidin rinnalla tulee aina olla mahdollisuus läpilyöntikivun hoitoon lyhytvaikutteisella, tarvittaessa otettavalla, opioidivalmisteella (Saarto ym. 2015, 64). Potilaalla, joka saa opioidilääkitystä, tulee käyttää läpilyöntikivun hoitoon lyhytvaikutteista opioidia. Lääke läpilyöntikivun hoitoon valitaan sen perusteella, milloin lääkkeen vaikutuksen halutaan alkavan ja kuinka kauan sen halutaan kestävän. (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012.) Läpilyöntikipua lääkitään tarvittaessa etukäteen, esimerkiksi ennen hoitotoimenpiteitä, tai kivun voimistuessa, kuitenkin enintään kuudesti vuorokaudessa (Saarto ym. 2015, 64-66). Läpilyöntikivun esiintyminen jatkuvasti kertoo siitä, että peruskivulääkitystä tulisi lisätä (Bass 2011; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Rosenberg 2014, 932.)

Lyhytvaikutteisten oksikodoni-, morfiini- sekä hydromorfonivalmisteiden vaikutus alkaa noin 30-45 minuutin kuluttua annostelusta ja niiden vaikutus kestää 4-5 tuntia. Fentanyylivalmisteiden vaikutus alkaa 5-10 minuutissa ja vaikutus kestää noin tunnin. (Saarto ym. 2015, 65.) Morfiini- ja oksikodonivalmisteiden läpilyöntikivun lievittämiseen tarvittavan annoksen on todettu kliinisen kokemuksen perusteella olevan noin 1/6-1/8 opioidin säännöllisestä annoksesta. Fentanyylivalmisteille ei ole vastaavaa määriteltyä annostelusuhdetta verrattuna säännölliseen vuorokausiannokseen, mutta fentanyylivalmisteita käytettäessä kivunlievitys saavutetaan nopeammin (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012.) Peruskipulääkkeenä käytetyn pitkäaikaisen opioidin annosta nostettaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, että myös läpilyöntikivun hoitoon tarkoitetun lyhytvaikutteisen opioidin annos sovitetaan suuremmaksi. Läpilyöntikivun hoitoon tarkoitetun lyhytvaikutteisen opioidin ei tarvitse olla sama, kuin peruskipulääkkeenä toimiva pitkävaikutteinen opioidi, esimerkiksi pitkävaikutteista morfiinia voidaan käyttää peruskipulääkityksenä ja sen rinnalla läpilyöntikipuun voidaan käyttää fentanyylivalmistetta. (Saarto ym. 2015, 65-66.)

TAULUKKO 10. Läpilyöntikivun hoitoon (suu kautta tai suun tai nenän limakalvolle) käytettävissä olevia opioideja (Saarto ym. 2015, 65).

Opioidi	Antoreitti	Annos	Vaikutuksen alku
Morfiini	Suun kautta	Liuos 2mg/ml, 6mg/ml ja 20mg/ml	30 min
Oksikodoni	Suun kautta	Liuos 1mg/ml ja 10mg/ml	30min
		Kapseli 5mg, 10mg ja 20mg	30-45min
Hydromorfoni	Suun kautta	Kapseli 1,3mg ja 2,6mg	30 min
Fentanyyli	Kielen alle	Resoribletti 100-800mikrogr (6vahvuutta)	10-15min
	Suun limakalvolle	Bukkaalitabletti 100-800mikrogr (5vahv.)	10-15min
	Suun limakalvolle	Bukkaalikalvo 200-1200mikrogr (5vahv.)	10-15min
	Nenän limakalvolle	Nenäsumute 50mikrogr, 100mikrogr ja 200 mikrogr.	5-10min

Palliativinen sedaatio

Äärimmäisenä keinona kivun hoidossa voidaan käyttää palliativista sedaatiota. Palliativisessa sedaatiossa potilas vaivutetaan uneen lääkkeillä. Sedaatiolla voidaan lievittää kuolemaa lähestyvän ja erittäin vaikeista oireista kärsivän potilaan oireita, jos oireisiin ei ole saatu muilla keinoin lievitystä. Potilaan toiveet voidaan ottaa huomioon ja hänet voidaan sedatoida esimerkiksi yöksi. Oireiden lievittyessä sedaatio voidaan lopettaa. (Pöyhä, Tasmuth & Reininkainen 2014, 10.) Sedaation kesto riippuu potilaan tarpeista, tarvittaessa sedaatio voi jatkua kuolemaan asti, jos oireiden hoito sitä vaatii. Tavallisimmillaan sedaation kesto on muutamia päiviä. (Saarto ym. 2015, 268.) Jatkuvaa syvää sedaatiota suositellaan käytettäväksi vain niille potilailla, joiden elinajan arvellaan olevan enää tunteja tai vuorokausia (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012).

Kun potilaan oireet ovat asianmukaisesta lääkityksestä ja muista hoitokeinoista huolimatta vaikeita, voidaan siirtyä sedaatioon. Ennen sedaatioon siirtymistä on siis kokeiltava kaikki muut hoitomenetelmät ja epäselvissä tapauksissa konsultoitava toista palliativisen lääketieteen asiantuntijaa, kipuspesialistia tai psykiatria. Kipu on tutkimusten mukaan ollut syynä sedaatioon 17% tapauksista. Muita syitä sedaatiolle ovat olleet hallitsematon delirium (54%), hengenahdistus (30%), psyykinen ahdistuneisuus (19%), oksentaminen (5%) verenvuoro, kutina ja muut yksittäiset oireet (4%). (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym. 2015, 265-268.) Kansainvälisesti palliativisen sedaation käyttö on tutkimuksissa vaihdellut 3%:sta 52%:iin palliativisista potilaista. Suomessa ei ole saatavilla tietoja palliativisen sedaation käytöstä, mutta muutama vuosi sitten toteutetussa tutkimuksessa syvän sedaation käyttö vaihteli 2,5-8,5%:lla potilaista, Tanskassa sedaatiota käytettiin 2,5%:lla ja Ruotsissa 3,2%:lla potilaista. (Hamunen 2012a) Palliativisen sedaation määritelmä on esitetty seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (taulukko 11).

TAULUKKO 11. Suomalaisen asiantuntijaryhmän suositus palliatiivisesta sedaatiosta (Hänninen 2007).

Käsite	Tarkoitus
Palliatiivinen sedaatio	-Kuolevan potilaan rauhoittamista alentamalla tarkoituk- sellisesti tajunnantaso. -Ei pyritä jouduttamaan kuolemaa. -Hoitovaihtoehto potilaan sietämättömän ja hallitsematto- man fyysisen tai psyykkisen tuskan hoidossa
Oireita lievittävä hoito	-Hoitoon liittyvä sedatoituminen erotettava palliatiivisesta sedaatiosta. -Palliatiivisessa sedaatiossa sedaatio on tavoite, ei seuraus esimerkiksi kivun tai deliriumin oireita lievittävästä lääke- hoidosta.
Eutanasia	-Erotettava palliatiivisesta sedaatiosta. -Eutanasian tavoite on kuoleman jouduttaminen tai tuotta- minen
Päätös potilaan sedaatiosta	-Tehdään yhdessä potilaan kanssa (potilaslaki). Myös omai- sia tulee kuulla. -Jos akuutissa tilanteessa potilas ei ole kykeneväinen päät- tämään, lääkärin tulee toimia potilaan parhaaksi katsomal- laan tavalla.
Konsultointi	-Ennen päätöksentekoa, tulee konsultoida asiantuntijoita muista hoitovaihtoehdoista. -Hoitavan lääkärin tulee tuntea sedaation indikaatiot sekä sedaatiossa käytettävät lääkkeet.
Kesto	-Potilas voidaan sedatoida väliaikaisesti tai viimeisiksi päi- viksi. -Oireen vaikeus määrittää sedaation syvyyden. -Sedaatio voi olla jaksoittainen tai jatkuva (esim. sedaatio yöksi)
Seuranta	-Palliatiivisessa sedaatiossa hengitys säilyy spontaanina. -Sedaation aikana potilaan tilaa seurattava kliinisesti, pää- tös sedaatiosta ja sedaation kulku dokumentoidaan. -Seuranta ei vaadi koneellista monitorointia.
Sedaation kulku	-Potilas voidaan määräjain herättää, jos se on potilaan edun mukaista. -Potilasta ei kuitenkaan tarvitse rutiininomaisesti herättää ilman syytä.
Pitkittynyt sedaatio	-Huolehditaan muiden oireiden hoidosta ja tarvittavista tu- kihoidoista ja/tai -toimenpiteistä.

Olennaista on erottaa palliatiivinen sedaatio oireenmukaisesta parenteraalisesta kipulää-
kityksestä, sekä eutanasiasta. Oireiden vaikeusasteen määrittely on olennaista arvioita-
essa sedaation tarvetta ja asianmukaista käyttöä. (Hamunen, Heiskanen & Kalso 2007.)
Amerikan anestesiologiyhdistyksen mukaan sedaatio jaetaan kolmeen asteeseen: kevyt,

kohtalainen ja syvä. Kevyimmillään sedaatiolla voidaan tarkoittaa kipulääkkeiden aiheuttamia sedatiivisia vaikutuksia, ja syvimmillään yleisanestesiaa. Sedaatio tulisi pitää mahdollisimman kevyenä, eikä palliatiivisessa sedaatiossa tavoitteena ole koskaan yleisanestesia. Alla olevaan taulukkoon on kuvattu sedaation asteet (taulukko 12). (Saarto ym. 2015, 265-268.)

TAULUKKO 12. Sedaation asteet (Saarto ym. 2015, 266).

	Kevyt	Kohtalainen	Syvä sedaatio	Yleisanestesia
Reagointi	Normaali puhevaste	Mielekäs vaste puheeseen tai kosketukseen	Mielekäs vaste kipuun	Ei vastetta kipuun
Spontaani hengitys	Normaali	Riittävä	Voi ajoittain olla riittämätön	Ei tavallisesti onnistu
Hengitystie	Normaali	Normaali	Tukitoimia voidaan tarvita: Nieluputki, leuan kohotus, naamariventilaatio	Usein intubointi, kurkunpäänaamari, naamariventilaatio tai hengityskone
Verenkierto	Normaali	Normaali	Saattaa kevyesti lamaanua	Voi tarvita tukea

Sedaation tavoitteet tulee kirjata tarkasti ylös niin, että koko hoitotiimi ymmärtää ne. Lääkkeenanto aloitetaan pienellä annoksella ja sen riittävyyttä arvioidaan 2-3 kertaa tunnissa, kunnes oireet ovat lievittyneet toivotulla tavalla. Toivotun tavoitteen saavuttamisen jälkeen sedaatiota tulee arvioida vähintään kolme kertaa vuorokaudessa. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota tajunnantasoon, mahdolliseen aspiraatioon ja mahdollisiin komplikaatioihin. Saattohoidossa sedaatiota ei tarvitse monitoroida koneellisesti, mutta olisi suotavaa kirjata säännönmukaisia havaintoja potilaan sairauskertomukseen. Palliatiivisen sedaation seurantaan ei toistaiseksi saatavilla seuranta-asteikkoja, mutta tehohoidossa käytetyn Critical-Care Pain Observation Tool (taulukko 13) voisi soveltua sellaiseksi. (Saarto ym. 2015, 266-269.) Tärkeää on kirjata selkeällä tavalla potilaan vaste lääkitykselle (Hamunen 2012a).

TAULUKKO 13. Critical-Care Pain Observation Tool (CCPOT).

Havainto	Kuvaus	Pisteytys
Kasvojen ilmeet	<ul style="list-style-type: none"> -Ei havaittavaa jännitystä -Jokin seuraavista; kulmakarvojen liike, silmän ympäryksen kiristyminen, kurttuotsaisuus -Kaikki edellä mainitut ja tiukasti kiinni puristuneet silmät 	<ul style="list-style-type: none"> 0= Relaksoitunut, neutraali 1= Jännittynyt 2=Irvistävä
Kehon liikkeet	<ul style="list-style-type: none"> -Liikkumaton -Hitaat, kipualueen tavoittelu, liikehtii sopivaa asentoa etsien -Yrittää istumaan, liikuttaa raajoja, ei järkevää puhekontaktia 	<ul style="list-style-type: none"> 0= ei liikkeitä 1= Suojaavat liikkeet 2= Levottomuus
Lihajännitys (yläraajojen passiivisessa fleksiossa/ekstensiossa)	<ul style="list-style-type: none"> -Ei vastusta -Vastustaa kevyesti -Vastustaa voimakkaasti 	<ul style="list-style-type: none"> 0= Rentoutunut 1= Jännittynyt, jäykkä 2= Hyvin jännittynyt, jäykkä
Hengittäminen	<ul style="list-style-type: none"> -Hengittää rauhallisesti -Yskii, hengittää huonosti -Vaikeasti kiihtynyt hengitys tai ei hengitystä 	<ul style="list-style-type: none"> 0= sopeutunut hengitystoiminta 1= Hengitysvaikeuksia 2= Huonosti sopeutunut hengitystoiminta, apnea
Ääntely	<ul style="list-style-type: none"> -Ei ääntele /kykene yhteistyöhön -Huokailee, valittaa Itkee, huutaa 	<ul style="list-style-type: none"> 0= Tavoitteellinen sedaatio 1= valittava 2= riittämätön sedaatio tai kivunhoito

Lisäksi alun perin teho-osastokäyttöön kehitetyt Glasgow'n Coma Scale (kuvio 6), Ramsayn sedaatio- ja sedaatio-agitaatio-asteikot (kuvio 7) voivat soveltua seurannan työkaluiksi myös saattohoidossa (Saarto ym. 2015, 268).

Toiminto	Reagointi	Pisteet
Silmien avaaminen		
	- Spontaanisti	4
	- Puheelle	3
	- Kivulle	2
	- Ei vastetta	1
Puhevaste		
	- Orientoitunut	5
	- Sekava	4
	- Irrallisia sanoja	3
	- Ääntelyä	2
	- Ei vastetta	1
Paras liikevaste		
	- Noudattaa kehoituksia	6
	- Paikallistaa kivun	5
	- Väistää kipua	4
	- Fleksio kivulle	3
	- Ekstensio kivulle	2
	- Ei vastetta	1

KUVIO 6. Glasgow Coma Scale (Glasgow Coma Score ja sen arviointi: Käypä hoitosuositus 2008).

1	Patient is anxious and agitated or restless, or both
2	Patient is co-operative and tranquil
3	Patient responds to commands only
4	Patient exhibits brisk response to light glaberral tap or loud auditory stimulus
5	Patient exhibits sluggish response to light glaberral tap or loud auditory stimulus
6	Patient exhibits no response

KUVIO 7. Ramsayn sedaatio-agitaatio-asteikko (Dawson, von Fintel & Nairn 2010, 19).

Sedaatioissa käytettävän lääkityksen määrittelevät potilaan oireet ja hoitopaikan tottumukset sedatiivisten lääkkeiden käytöstä. Annos määritellään yksilöllisesti ja sitä suurennetaan asteittain ja oireiden lievittymistä seuraten. Sedatiivin lisäksi potilaan kipu-

lääkkeen antoa on jatkettava, ja lisäksi opioidia annetaan tarvittaessa kivun lievittämiseksi. (Hamunen 2012a; Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012.) Alla olevassa taulukossa on esitetty erilaisia sedaation toteuttamistapoja (taulukko 14).

TAULUKKO 14. Erilaisia sedaation toteuttamistapoja (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012).

Lääkeaine ja annos	Annostelu	Huomioitavaa
Midatsolaami 0,5-5mg/h	Jatkuvana laskimonsisäisenä tai ihonalaisena infuusiona	ad. 20mg/h erityistapauksissa
Loratsepaami 0,5mg/h	Jatkuvana laskimonsisäisenä tai ihonalaisena infuusiona	ad. 5mg/h erityistapauksissa
Propofoli 10-30mg tai deksmedetomiidi	Laskimoon	Anestesiologian erikoislääkärin ohjauksessa
Midatsolaami 2-5mg	Laskimoon nopeana kerta-annoksena 5-10min välein, kunnes potilas rauhoittuu	Akuutissa tilanteessa
Midatsolaami 10-30mg ja opioidia läpi-lyöntikipuannos 1,5 kertaisena	Laskimoon boluksena	Akuutissa hätätilanteessa SYVÄ SEDAATIO

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla saattohoitopotilaan kivun tunnistamista, arviointia ja lääkehoitoa. Aihetta lähestyttiin kolmen kysymyksen avulla: ”Miten hoitaja tunnistaa saattohoitopotilaan kivun?”, ”Miten hoitaja arvioi saattohoidossa olevan potilaan kipua?” ja ”Miten hoitaja toteuttaa saattohoidossa olevan potilaan kivun lääkehoitoa?”. Seuraavissa kappaleissa käsitellään työn tulosten pohdintaa, johtopäätöksiä, eettisyyttä, luotettavuutta ja jatkotutkimusehdotuksia.

6.1. Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimuskysymyksiä kautta pohdittiin kivun tunnistamisen, arvioinnin ja lääkehoidon haasteita saattohoidossa. Aineiston analyysistä saaduista tuloksista päädyimme johtopäätökseen, että saattohoidossa potilaan kivun tunnistamista ja arviointia vaikeuttavat useat tekijät. Potilaan kognitiivinen taso ja tajunnan taso saattavat olla alentuneet, ja lisäksi muutokset potilaan elimistön toiminnassa vaikuttavat potilaan oirekuvaan. Tällöin potilaalle voi olla haastavaa tai mahdotonta ilmaista kipuaan. Potilaalla voi myös olla vaikeuksia tunnistaa oireitaan. (Saarto ym. 2015, 51-52.) Kivun kokeminen on myös yksilöllinen kokemus, joka pitää sisällään fyysisen, psyykkisen, eksistentiaalisen ja sosiaalisen ulottuvuuden (Korhonen & Poukka 2013).

Potilaan lääkehoidon toteuttamista saattohoidossa vaikeuttavat potilaan elintoimintojen heikkeneminen ja niiden aiheuttamat muutokset lääkeainemetaboliaan. Muita vaikeuttavia tekijöitä ovat mahdollinen nielemisen heikentyminen, kakektisuus ja tajunnantason aleneminen (Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypä hoito-suositus 2012; Saarto ym. 2015, 259-260.) Hyvän kivunhoidon perusedellytys on kivun säännöllinen arvioiminen (Kipu: Käypä hoito-suositus 2017). Pohdittaessa tultiin päätelmään, että kivun tunnistamisen ja arvioinnin puutteellisuus vaikeuttaa kivun lääkehoidon toteuttamista. Kivun arviointiprosessi voi olla haasteellinen ja siinä voi hoitajana kehittyä. Aineistoa analysoidessa selvisi, että ammatillisen kehityksen tueksi on kehitetty apuvälineitä ja jokainen yksikkö voi osaltaan tukea ja kehittää hoitohenkilökunnan osaamista, esimerkiksi järjestämällä hoitohenkilökunnalle koulutusta.

Aineistohakua tehdessä selvisi, että aihetta on tutkittu enemmän kansainvälisesti kuin Suomessa. Saattohoidon tarve on lisääntynyt ja saattohoidon tarpeen arvioidaan vielä lisääntyvän lähivuosina. Asiaa pohtiessa tultiin johtopäätökseen, että tästä johtuen myös Suomessa on alettu kiinnittää huomiota saattohoidon tutkimiseen ja kehittämiseen. Suomessa saattohoidon tutkiminen onkin lisääntynyt ja suosituksia saattohoidon toteuttamiseen on tehty. Tutkimusten ja suositusten myötä saattohoidon asema Suomessa on parantunut viime vuosina. Saattohoidosta ei ole tehty muita asetuksia, kuin sitä täytyy järjestää sitä tarvitseville sairaudesta riippumatta. Aineistohaun perusteella tultiin myös siihen johtopäätökseen, että Suomessa saattohoitoon perehtyneitä asiantuntijoita on vielä varsin pieni ryhmä, sillä useamman julkaisun kohdalla törmättiin samoihin nimiin. Opinnäytetyössä pyrittiin hyödyntämään suomalaisia julkaisuja, sillä opinnäytetyö toteutettiin suomalaisen perusterveydenhuollon yksikköön.

Olemme tyytyväisiä saatuihin tuloksiin, sillä ne vastaavat tutkimuskysymyksiin. Hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistamiseksi ja tueksi löytyi aineistoa, jota on helppo ottaa käyttöön hoitotyössä, esimerkiksi PAINAD-asteikko ja kivun arviointiprosessi-kaavio. Tämä tukee opinnäytetyön tavoitetta, joka oli hoitohenkilökunnan osaamisen tukeminen ja vahvistaminen. Saimme tuotua yksikköön uutta tietoa kivun tunnistamisesta ja arvioinnista.

6.2. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Tutkimusta voidaan pitää eettisesti luotettavana, mikäli tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön ohjeiden mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat yleisesti hyväksytyjä toimintatapoja tutkimuksen tekemisessä; rehellisyyttä, luotettavuutta, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7). Olemme noudattaneet tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa. Tutkimus on mahdollista toistaa.

Muita lähtökohtia hyvään tieteelliseen käytäntöön ovat muiden tutkijoiden työn ja saavutusten huomioiminen; julkaisuihin on viitattu oikealla tavalla, saavutuksille annetaan

niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessa ja tuloksia julkaistessa. Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu, sekä aineisto tallennettu tieteelliselle tiedolle asetettujen kriteerien vaatimalla tavalla. Tutkimuksen teossa on sovellettu eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen vaatimusten mukaisia tutkimus- arviointi- ja tiedonhakumenetelmiä. Tutkimuksen tekemiseen tarvittavat luvat on hankittu ja tarvittaessa eettinen ennakoarviointi on tehty. Ennen tutkimuksen tekemistä on sovittu tutkimuksen kaikkien osapuolten oikeudet, vastuut ja velvollisuudet liittyen tutkimuksen tekemiseen. Selvitykseen liitetään myös rahoituslähteet ja muut merkittävät sidonnaisuudet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Julkaisuihin on viitattu kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaan. Tutkimuksen tekemiseen on saatu tarvittavat luvat. Kolmen ihmisen osallistuminen tämän tutkimuksen tekemiseen on tuonut monipuolisemman näkökannan aiheeseen. Työ eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti ja se on toteutettu sekä raportoitu tieteellisille tiedoille asetettujen kriteerien vaatimalla tavalla. Luotettavien tulosten saamiseksi lähteitä piti analysoida kriittisesti ja sama tieto piti löytää useammasta kuin yhdestä lähteestä.

6.3. Jatkotutkimusehdotukset

Aineistoa analysoidessa selvisi, että saattohoidon asema Suomessa on parantunut, mutta siinä on edelleen paljon kehitettävää sekä valtakunnallisesti että yksikkökohtaisesti. Saattohoidosta on olemassa suosituksia, mutta lakiin on ainoastaan säädetty, että saattohoitoa on järjestettävä sitä tarvitseville. Vaatimusten puuttuessa jokainen yksikkö voisi kehittää saattohoitoa osaltaan, esimerkiksi selvittämällä hoitohenkilökunnan tuen tarpeen saattohoidon toteuttamisessa. Esimerkiksi kivun lääkehoidosta voisi toteuttaa opinnäytetyön.

LÄHTEET

Bass, M. 2011. Understanding and managing pain in palliative care. *Nursing & Residential Care*. 13(2): 66-70. (4p)

Daeninck, P. Gagnon, B. Gallagher, R. Henderson, J. Shir, D. Zimmerman, C. Lapointe, B. 2016. Canadian recommendations on the management of breakthrough cancer pain. University of Manitoba. Winnipeg.

Dawson, R. von Fintel, N. Nairn, S. 2010. Sedation Assessment using the Ramsay scale. *Emergency nurse*. 18 (3), 18-20 (3p).

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062

ETENE Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2003. Saattohoito-Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Helsinki

ETENE Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012, suunnitelmat ja toteutus. ETENE-julkaisuja 36. Helsinki.

Glasgow Coma Score ja sen arviointi. 2008. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Neurologisen yhdistys ry:n, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n Suomen Neurokirurgisen yhdistyksen ja suomen Vaikutuslääkäreiden yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 8.10.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00135>

Hamunen, K. Heiskanen, T. Kalso, E. 2007. Miten palliatiivinen sedaatio toteutetaan. *Suomen lääkäri-lehti*. 44/2007, 4105-4108.

Hamunen, K. 2012a. Palliatiivinen sedaatio. *Finnanest* 5/2012, 470-473.

Hamunen, K. 2012b. Vahvat opioidit muun kuin syöpään liittyvän pitkäaikaisen kivun hoidossa. Käypä hoito. Näytönastekatsaus. Luettu 8.9.2017.

Hamunen, K. 2012c. Syöpäkipu ja WHO:n ohjeistus. Käypä hoito. Näytönastekatsaus. Luettu 4.11.2017

Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio-viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. *Duodecim-lehti* 18/2007, 2207-2213.

Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. *Sic!* 4/2015.

International Association for the Study of Pain. 2017. Taxonomy. Julkaistu 1994. Päivitetty 8.11.2017. Luettu 18.11.2017. <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItem-Number=576>

Kalso, E. Haanpää, M. Vainio, A. 2009. Kipu. 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Kipu. 2017. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 8.9.2017. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103>

Korhonen, T. Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim-lehti 4/2013, 440-445.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäri-seura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 4.7.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 559/1992.

Perustuslaki 11.6.1999/731

Pöyhiä, R. Tasmuth, T. Reininkainen, P. 2014. Lääkäri saattajana. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 6/2010. Helsinki.

Rosenberg, P. Alahuhta, S. Lindgren, L. Olkkola, K. Ruokonen, E. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. 3.painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, T. Hänninen, J. Antikainen, R. Vainio, A. 2015. Palliativinen hoito. 3.painos. Helsinki: Duodecim.

Salanterä, S. Hagelberg, N. Kauppila, M. Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. 1.painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Turku: Juvenes.

Surakka, T. Mattila, K-P. Åsted-Kurki, P. Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliativinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki. Fioca Oy.

Tasmuth, T. Poukka, P. Pöyhiä R. 2012. Milloin saattohoito alkaa? Finnest 5/2012, 450-454.

THL. Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. 2017. Luettu 10.8.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>

Tilastotietokeskus. 2016. Kuolemansyyt 2015. https://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_fi.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.

Valvira. 2017. Elämän loppuvaiheen hoito. Luettu 20.8.2017. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito

Warden, V. Hurley, A-C. Volicer, L. 2003. Development and psychometric evaluation of the Pain Assesment in Advanced Dementia. PAINAD. J Am Med Dirm Assoc. Vol 4. No 1

LIITTEET

Liite 1. ESAS-kysely

OIREKYSELY

Päivämäärä:

Nimi

Syntymäaika

Ohessa on lueteltuna syöpäpotilaiden 10 tavallisimmin esiintyvää oiretta.

Arvioi kohtallanne oireen voimakkuus asteikolla 0-10 (0 tarkoittaa, että teillä ei esiinny kyseistä oiretta lainkaan ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista haittaa).

Jos listasta puuttuu jokin teitä haittaava oire, voitte lisätä sen listaan ja arvioida myös sen haittaavuuden asteikolla 0-10.

	Ei lainkaan										Pahin mahdollinen
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kipu levossa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kipu liikkeessä	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Väsymys	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pahoinvointi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Masennus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ahdistuneisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Uneliaisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ruokahaluttomuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hengenahdistus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ummetus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muu oire, mikä?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muu oire, mikä?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MILLAISEKSI KOETTE VOINTINNE KOKONAISUUDESSAAN? 0= Paras mahdollinen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
											10=Heikoin mahdollinen

Liite 2. Tietokantahaut

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valittu otsikon perusteella	Valittu sisällön perusteella	Lopulliset valinnat
Cinahl	Hospice care AND recognition	10	2	0	0
Cinahl	Palliative care AND recognition	77	5	0	0
Cinahl	Palliative care AND recognition AND pain	9	3	2	2
Pubmed	Analgesia AND recognition	257	6	0	0
Medic	Saattohoito AND kipu	7	5	3	3
Arto	kipu OR kivunhoito OR kipumittari	242	3	3	1

Liite 3. Valitut tutkimukset ja artikkelit

Tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tulokset
Bass, M. 2011. Understanding and managing pain in palliative care.	Katsauksen tarkoitus on tuoda tietoa kivun tunnistamisesta, arvioinnista ja hoidosta.	Kipu on monimutkainen ja yksilöllinen prosessi. Kivunhoidon pitäisi olla myös yksilöllistä ja läpilyöntikivun hoito on tärkeä osa sitä.
Daeninck, P. Gagnon, B. Gallagher, R. Henderson, J. Shir, D. Zimmerman, C. Lapointe, B. 2016. Canadian recommendations or the managment of breakthrough cancer pain.	Tarkoituksena luoda yhdenmukaiset suositukset syöpään liittyvän läpilyöntikivun hoidossa	Läpilyöntikivun tunnistaminen ja arviointi on haaste monelle hoitoalan ammattilaiselle ja olennainen osa oikeanlaista kivunhoitomenetelmää valittaessa. Tällä hetkellä suositellaan nopeavaikutteisten oraalisten opioidien käyttöä läpilyöntikivun hoidossa, tämä lähestymistapa ei aina tarjoa optimaalista kivunlievitystä jolloin transmukosaalinen fentanyl saattaa olla parempi vaihtoehto.
Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio-viimeinen keino kärsimyksen hoidossa	Palliatiivisesta sedaatiosta ei ole yhdenmukaisia ohjeita. Katsauksen tarkoitus on selvittää, mitä palliatiivinen sedaatio on.	Palliatiivinen sedaatio on osa kuolevan potilaan oirehoitoa, hoidon tarkoitus ei ole tuottaa kuolemaa. Palliatiivinen sedaation käyttö edellyttää palliatiivisen hoidon tuntemusta. Oikein käytettynä yhtä tehokas ja turvallinen hoitomuoto kuin opioidien käyttö
Korhonen, T. Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito.	Artikkelissa käsitellään saattohoitopäätöksen tärkeää merkitystä ja kuolevan potilaan hoidon pääpiirteet.	Kuolevan potilaan oireiden hoidossa lähtökohtana on ongelmanratkaisukeinen lähestymistapa. Potilaan oireita ja lääkitystä arvioidaan säännöllisesti ja hoitoa muutetaan tarpeen mukaan. Aktiivinen kuunteleminen ja läsnäolo ovat tärkeitä.
Hamunen, K. Heiskanen, T. Kalso, E. 2007. Miten palliatiivinen sedaatio toteutetaan?	Katsausartikkelin tarkoitus on selvittää, miten palliatiivista sedaatiota käytetään ja miten se toteutetaan.	Midatsolaami on kirjallisuuden perusteella eniten käytetty lääke. Sedaation syvyyden määrää oireen lievittyminen, ei lääkkeen annos tai muu tekijä. Annos voi vaihdella huomattavasti oireen laadun, voimakkuuden, potilaan iän ja yleistilan mukaan.
Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu	Artikkelin käsittelee kuolevan sekä fyysistä että henkistä kipua ja saattohoitosuunnitelman tärkeyttä. Artikkelin käsittelee myös kivun ja oireiden merkitystä potilaalle.	Hoitolinjauksia pitäisi muuttaa, kun potilas on kuolemassa. Saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä hoitolinjauksia muutetaan useasti viimeisten elinpäivien aikana. Kuoleamisen ”diagnoointi” on tärkeää, jotta fyysiset ja henkiset oireet voidaan hoitaa potilasta kunnioittaen.