

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Syksy 2018

Krista Aaltonen, Valtteri Andersson, Danial Avanloo

PALLIATIIVISEN POTILAAN KIVUN HOITO

– Opas sairaanhoitajaopiskelijoille

OPINNÄYTETYÖ AMK

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

Syksy 2018

Krista Aaltonen, Valtteri Andresson & Danial Avanloo

PALLIATIIVISEN POTILAAN KIVUN HOITO

Opas sairaanhoitajaopiskelijoille

Suomessa palliatiivista kivun hoitoa käsitellään kirjallisuudessa melko kattavasti. Suurin osa kirjallisuudesta perustuukin kansainväliseen tutkimukseen, joiden pohjalta on määritelty valtakunnalliset käypä hoito suositukset palliatiivisen potilaan kivunhoidosta.

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus palliatiivisesta kivun hoidosta. Työn pohjalta olemme laatineet erillisen kivun hoidon oppaan sairaanhoitajaopiskelijalle. Oppaan tavoitteena on antaa opiskelijoille mahdollisimman selkeää, tuoretta ja kattavaa tietoa ja ymmärrystä palliatiivisesta kivun hoidosta. Oppaan tiedot perustuvat tämän opinnäytetyön lähteisiin.

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivisessa hoidossa tarkoituksena on edistää ja ylläpitää elämänlaatua sekä ehkäistä ja lievittää fyysistä, psykososiaalista ja eksistentiaalista kärsimystä. Palliatiiviseen hoitoon kuuluu myös saattohoito, joka ajoittuu oletetun kuolinhetken viimeisiin päiviin tai viikkoihin.

Tämä opinnäytetyö käsittelee kivun hoitoa ja palliatiivista hoitoa sekä yhdessä, että erikseen käyttäen pääsääntöisesti lähdemateriaalia alkaen vuodesta 2010.

ASIASANAT:

Palliatiivinen hoito, saattohoito, kipu, kivun hoito

BACHELOR'S / MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme of Nursing

Autumn 2018

Krista Aaltonen, Valtteri Andersson & Danial Avanloo

PALLIATIVE CARE PATIENTS PAIN MANAGEMENT

Guide for nursing students

Palliative pain management in Finland is discussed in literature quite extensively. Literature is partly based on international researches and defined for national care guidelines for palliative patient's pain management.

This thesis is literature review about palliative care patient's pain management including a palliative patients pain management guide for nursing students. The main aim is to give as clear, recent and comprehensive information as possible for nursing students. The information of guide is based on sources from this thesis.

The World Health Organization describes palliative care as comprehensive care of patient's facing problems associated with life-threatening illness. The main priority is to improve and maintain quality of life and prevent and relieve physical, psychosocial and existential suffering. Palliative care includes hospice care, which takes place on the last days or months of life before death.

This thesis considers pain management and palliative care together and separately using mainly literature from 2010.

KEYWORDS:

Palliative treatment, hospice care, pain, pain management

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 KESKEISET KÄSITTEET	3
2.1 Palliatiivinen hoito	3
2.2 Saattohoito	4
2.3 Kipu	5
2.4 Kivun hoito	5
3 PALLIATIIVISEN POTILAAN KIVUN ARVIOINTI JA DOKUMENTOINTI	6
3.1 Kliininen arviointi	7
3.2 Kivun dokumentointi	9
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	10
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	11
6 PALLIATIIVISEN POTILAAN HOITO SUOMESSA	12
7 PALLIATIIVISEN POTILAAN KIVUN HOITO	14
7.1 Lääketieteellinen kivun hoito palliatiivisilla potilaille	14
7.1.2 Palliatiivinen sedaatio	17
7.1.3 Palliatiivinen sädehoito	19
7.1.4 Palliatiivisen kivun hoidon erikoismenetelmät	20
7.2 Lääkkeetön kivun hoito	21
7.2.1 TENS hoito	22
7.2.2 Kognitiivinen käyttäytymisterapia	23
7.2.3 Mindfulness osana palliatiivisen potilaan kivun hoitoa	23
7.2.4 Psykososiaalinen- ja hengellinen tuki	24
7.3 Palliatiivinen kivun hoito vanhuksilla	25
8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	27
9 POHDINTA	28
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	30
LÄHTEET	32

1 JOHDANTO

Suomessa palliatiivista kivun hoitoa käsitellään kirjallisuudessa melko kattavasti. Ne pohjautuvatkin osittain kansainväliseen tutkimustietoon ja niiden pohjalta on määritelty valtakunnalliset käypä hoito suositukset palliatiivisen potilaan kivunhoidosta.

Palliatiivisessa hoidossa olemassa olevin keinoin ei voida potilasta parantaa, jolloin hoidon tavoitteena on potilaan elämänlaadun parantaminen ja ylläpitäminen oireita lievittämällä. Palliatiivisessa hoidossa hyvä kivun hoito on hoidon keskeinen kulmakivi. (Ahonen ym. 2016, 10.) Potilaalla on lain mukaan oikeus hyvään kivunlievitykseen osana hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Maailman terveysjärjestö WHO on arvioinut, että joka kolmas kuoleva ihminen tarvitsee palliatiivista hoitoa elämänsä loppuvaiheessa, mikä tarkoittaa 20:tä miljoonaa potilasta vuosittain (Saarto 2015, 10).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tämän hetken viimeisimpiä tutkittua tietoa hyvästä palliatiivisen potilaan kivun hoidosta hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoutta palliatiivisen potilaan tehokkaasta kivun hoidosta, jotta sitä voitaisiin tulevaisuudessa hyödyntää myös oppilaitoksissa opetusmateriaalina sekä työpaikoissa, jossa hoidetaan palliatiivisia potilaita.

Toteutamme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksena, jonka pohjalta tuotamme opaslehtisen opetusmateriaaliksi sairaanhoitajaopiskelijoille palliatiivisen potilaan kivun hoidosta. Opinnäytetyössä keskitytään keräämään kattavasti teoriatietoa helposti saataville esimerkiksi käytännön hoitotyön tueksi.

Potilaalla on lain mukaan oikeus hyvään kivunlievitykseen osana hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tämän hetken viimeisimpiä tutkittua tietoa palliatiivisen potilaan kivun hoidosta. Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoutta palliatiivisen potilaan tehokkaasta kivun hoidosta, jotta sitä voitaisiin tulevaisuudessa

hyödyntää myös oppilaitoksissa opetusmateriaalina sekä työpaikoissa, jossa hoidetaan palliativisia potilaita.

2 KESKEISET KÄSITTEET

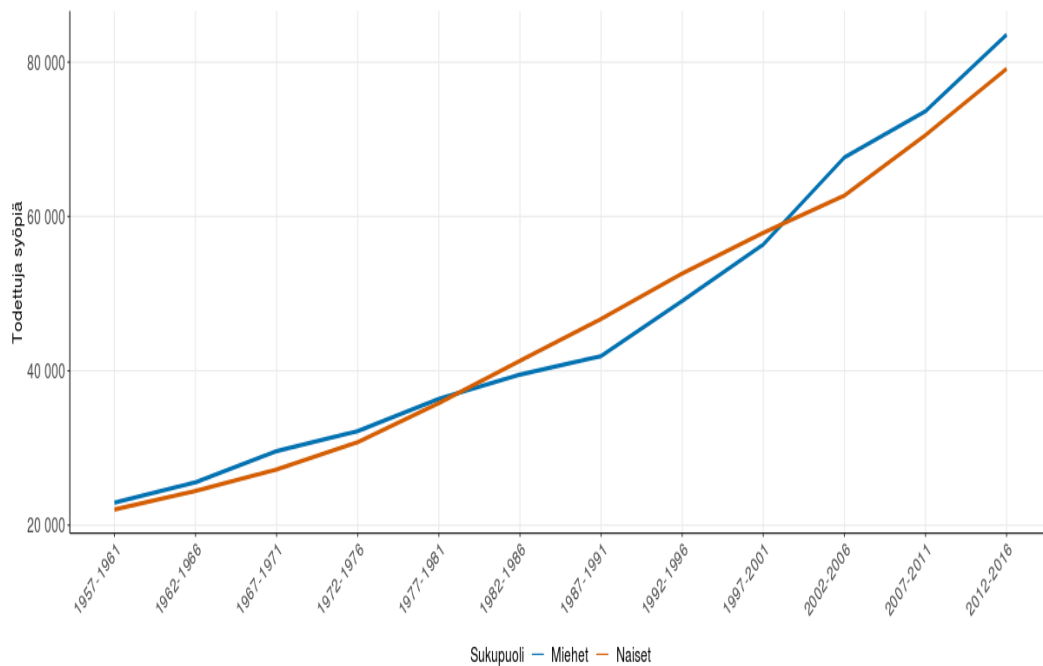
2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen termi tulee latinankielen sanasta pallium, joka tarkoittaa takkia tai viittaa (Surakka ym. 2015, 5). Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa, kun potilaalla on jokin henkeä uhkaava tai kuolemaan johtava sairaus. Se kattaa niin potilaan kuin hänen läheistensäkin kokonaisvaltaisen hoidon, jonka tarkoituksena on lievittää ja ehkäistä kärsimystä sekä parantaa loppuvaiheen elämänlaatua. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) WHO:n määritelmän mukaan palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavasta sairaudesta kärsivän potilaan sekä hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista määritelmään suhteessa kuolemiseen. (Saarto 2015, 10.)

WHO:n arvion mukaan kuitenkin palliatiivisen hoidon piirissä olevista potilaista peräti 60% kuolee johonkin muihin kroonisiin sairauksiin kuin syöpätauteihin. Lisäksi WHO arvioi n. 30 000:n suomalaisen tarvitsevan vuodessa palliatiivista hoitoa elämän loppuvaiheessa sekä yhtä suuri osa ennen sitä. Syöpäsairauksien määrä onkin jatkuvassa kasvussa Suomessa kuten taulukossa 1 on esitetty. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017; Syöpärekisteri, 2018.)

Euroopan neuvosto on laatinut jäsenmailleen suosituksen palliatiivisen hoidon järjestämisestä. Suosituksen mukaan, jokaisella jäsenvaltiolla tulee olla suunnitelma palliatiivisen hoidon järjestämisestä. Sen tulee olla osana valtion terveydenhuoltojärjestelmää. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017.)

© Suomen Syöpärekisteri (CC-BY 4.0) - cancerregistry.fi



Taulukko 1. Suomen syöpärekisteri, 2018, Todettujen syöpien määrä Suomessa vuodesta 1957-2016.

2.2 Saattohoito

Saattohoito kuuluu osana palliatiiviseen hoitoon. Saattohoito katsotaan ajoittuvan oletetun kuolinhetken läheisyyteen, keskimäärin viimeisien päivien tai viikkojen läheisyyteen. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) Saattohoidolla pyritään takaamaan kuolevalle potilaalle aktiivinen sekä arvokas ja oireeton elämän päättymisen (Hänninen 2001, 47).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa suosituksessa todetaan, että saattohoidon aloittaminen tulee perustua kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitoa voidaan järjestää niin kotona kuin myös laitoksissa. Saattohoidon järjestämisestä vastaa sairaanhoitopiiri sekä alueelliset terveyskeskukset. Tämä edellyttää, että jokaisella sairaanhoitopiirillä tulee olla alueellinen saattohoitosuunnitelma. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017.)

Suomessa saattohoitoa tarvitsee vuosittain noin 15 000 potilasta. Saattohoidon kansainvälinen historia alkaa 1800-luvun puolivälistä ja varsinaisia saattohoitokoteja on perustettu 1960-luvun lopulta lähtien enenevästi eri maihin. (Pihlainen 2010.)

2.3 Kipu

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys IASP (International Association for Study of Pain) määrittelee kivun: "epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaaurio tai jota kuvataan samalla tavoin." Kipua pidetään hoitotieteessä subjektiivisena ja kokonaisvaltaisena kokemuksena. Tyypillistä kiputuntemukselle on sen epämiellyttävyys. (Rautava-Nurmi ym. 2016, 84-88.) Ymmärtääkseen kipua, on ymmärrettävä kivun syntymekanismi. Kivun aistimiseen liittyy kemiallisten- ja sähköisten tapahtumien ketju elimistössä. Elimistössä olevat nosiseporit eli kipuhermopäätteet aktivoituvat kudoksissa, jolloin sensoriset hermot kuljettavat tunteen selkäyttimeen, josta viesti välittyy aivokuorelle. Nämä vaiheet luokitellaan transduktioon, transmissioon, modulaatioon sekä perseptioon. (Hagerber & Heiskanen 2015, 48-49.)

2.4 Kivun hoito

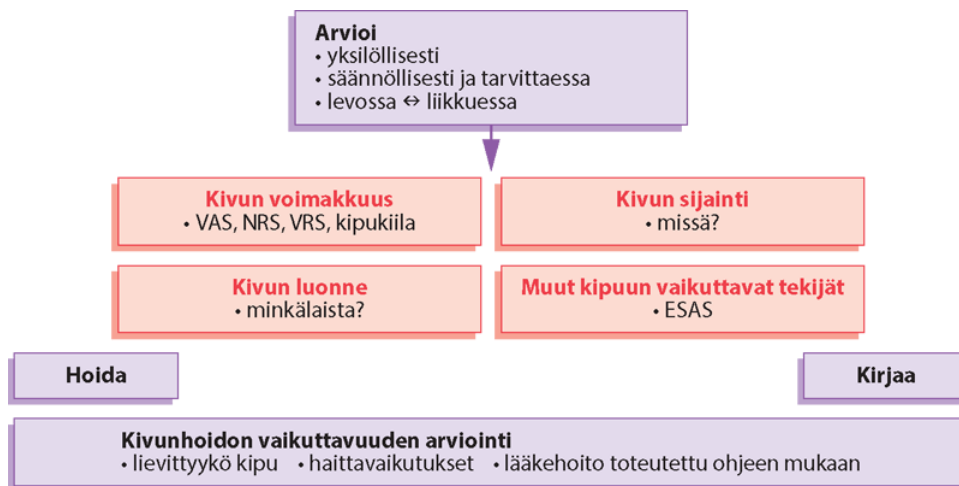
Kivun hoidon perusta on lääkkeettömät hoidot, niitä tulee käyttää aina kun se on mahdollista. Kivun lääkehoito yhdistetään tarvittaessa lääkkeettömään hoitoon. Lääkehoidon tavoite on lievittää kipua ja parantaa toimintakykyä. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.) Potilaan perusoikeuksiin kuuluu hyvä kivun hoito osana terveyden- ja sairaanhoitoa (Valvira 2018).

3 PALLIATIIVISEN POTILAAN KIVUN ARVIOINTI JA DO- KUMENTOINTI

Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat hyvän kivunhoidon perusedellytys. Kipu on subjektiivinen kokemus ja arviointi perustuu mahdollisuuksien mukaan potilaan omaan kertomaan. Kivun sanallisen kuvaamisen lisäksi kipua voidaan arvioida potilaan kanssa yhdessä valitun mittarin avulla. Jos potilas on kykenemätön ilmaisemaan itseään sanallisesti tai mittarilla, voidaan kipua arvioida havainnoimalla käyttäytymistä. Kipua arvioidaan aina sekä levossa että liikkeessä. Arviointi tapahtuu säännöllisesti ja lisäksi tarvittaessa esimerkiksi kivun pahentuessa. (Heiskanen ym. 2015, 52.)

Kipu aiheuttaa yleisesti eniten pelkoa kuolemaan johtavaa sairautta sairastaville potilaille. Kipua arvioidessa on tärkeää kiinnittää huomiota myös mahdollisiin muihin oireisiin. Taustalla saattaa vaikuttaa psyykkisiä oireita kuten ahdistusta tai masennusta, jotka saattavat provosoida kivun tunnetta. Tällöin saatetaan jopa tulkita väärin potilaan kokemaa kipua, jolloin se tulkitaan herkästi somaattiseksi kivuksi. Seurauksena potilaalle saatetaan tarjota kipulääkettä sen sijaan, että potilas mahdollisesti kaipaisi keskusteluapua. (Vainio & Vuorinen 2015, 45.)

Kivun sanallinen kuvaaminen voi olla joskus vaikeaa. Käytössä on useita kivun voimakkuutta kuvaavia mittareita, joita on hyvä käyttää apuna arvioidessa potilaan kipua (kuva1). (Heiskanen 2015, 53.)



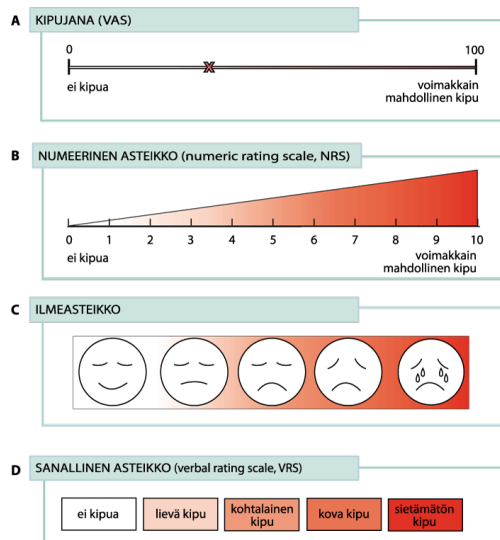
Kuva 1. Heiskanen ym. 2015. Kivun arviointi. Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Sivu 53.

3.1 Kliininen arviointi

Potilaan kliininen tutkiminen tehdään joka tapaamisella sekä aina kivun kasvaessa tai mikäli se muuttaa luonnetta. Tärkeää on aluksi luoda potilaasta kipuanamneesi. Tämä tarkoittaa, että potilas kuvaa tuntemaansa kipua omin sanoin. Potilaalle kannattaa myös teettää kipukyselylomake lisätietojen saamiseksi. Potilasta haastateltaessa on suositeltavaa kiinnittää huomiota hänen psyykkiseen vointiinsa ja hänen suhtautumiseensa kipuun. Sanavalinnoillaan potilas saattaa huomaamattaankin viestiä kivun luonteesta ja sen mekanismista. Keskustelussa tulee selvittää kivun vaikutus toimintakykyyn ja määrittämään suurin kivuista aiheutuva haitta. Kliiniseen tutkimisiin kuuluu osana myös lääke- ja mahdolliset muut hoitokokeilut ja niiden vaikutusten seuranta. Ensiarvioisen tärkeää on huomioida myöskin potilaan omat toimivat menetelmät kivunlievitykseen. Tutkimisessa kiinnitetään huomiota myös potilaan liikkumiseen sekä kuinka potilas on kykenevä riisumaan vaatteensa sekä asettumaan esim. tutkimuspöydälle. Näistä saadaan mahdollisia viitteitä toimintakyvyn rajoituksista. Tämän jälkeen potilaan raajojen ja selän liikkuvuus sekä lihasvoimat testataan. Osana tutkimusta tehdään myös ihon tunnon testaus, mikäli epäillään hermovauriokipuja. Tällöin käydään läpi potilaan palpaatioarkuus, kevyt koskettaminen, terävätunto, kylmä- sekä lämpötunto ja värinätunto. (Saarto ym. 2015, 51-52.)

Tärkeää on selvittää potilaan kivun sijainti sekä sen intensiteetti. Näin saadaan kokonaiskuva kivun luonteesta, ja potilaalle pystytään aloittamaan oikeanlainen kipulääkitys heti. Kipu voi olla viskeraalista, neuropaattista, tai mahdollisesta kudonsvauriosta aiheutuvaa nosiseptiivista kipua. Kipu anamneesia luodessa tulee tarkastella, milloin kipua ilmenee, eli onko kipu ajoittaista tai mahdollisesti jatkuvaa kipua. Lääkitystä suunniteltaessa kivun voimakkuus luokitellaan lievään, kohtalaiseen ja voimakkaaseen kipuun. (Heiskanen ym. 2013.)

Kivun sanallinen kuvaaminen voi olla vaikeaa, apuna voi kuitenkin käyttää kivun voimakkuutta arvioivia mittareita. Mittareita on erilaisia, joka tekee niiden käytöstä joustavampaa. Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS¹ (visual analogue scale). Janasta on kehitetty erilaisia versioita, jotka helpottavat sen käyttöä kliinisessä työssä. (Kalso 2018.) Kipujanassa potilas merkitsee sen hetkisen kivun voimakkuuden. Janan oikea ääripää vastaa tilannetta, jossa potilaalla on pahinta mahdollista kipua, kun taas puolestaan vasen ääripää kuvaa kivuttomuutta.



Kuva 2. Kalso ym. 2018. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

3.2 Kivun dokumentointi

Potilasasiakirjoilla tuetaan potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta sekä hoidon jatkuvuutta. Terveystieteiden tulee pitää järjestyksellistä ja ajantasaista potilaskertomustyyliä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset laativat moniammatillisesti potilasasiakirjoihin hoitokertomuksen, jossa dokumentoidaan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta sekä arviointi. Hoitotyön dokumentointi on tehtävä, jota myös sairaanhoitaja tekee jatkuvasti. (Nykänen & Junntila 2012, 3.) Dokumentointi perustuu myös lainsäädäntöön, joten se on pakollista. Terveystieteiden ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Luotettava dokumentointi edellyttää, että tietojärjestelmät ovat luotettavia, helppokäyttöisiä ja kaikkien käytössä. Potilasturvallisuuden kannalta on työyhteisössä tärkeää noudattaa yhteisesti sovittuja kirjaamiskäytänteitä, sekä yhteisiä täsmällisiä termejä, kirjaamisrakenteita ja -malleja. (Gelander & Kettunen 2014.)

Dokumentointi Suomessa tapahtuu kansallisen hoitomallin ja FinCC-luokituskonaisuuden (Finnish Care Classification) mukaan. Luokituskonaisuus koostuu tarveluokituksesta (SHTaL), toimintaluokituksesta (SHToL) ja tulosluokituksesta (SHTuL). Tarveluokitus ja toimintaluokitus sisältävät molemmat 17 komponenttia. Kirjaaminen tapahtuu käytännössä komponenttien alapuolella pää- ja alaluokissa, joita on lukuisia. (Liljamo ym. 2012, 3.)

Kivun dokumentointi tulisi tapahtua työvuoron aikana vähintään kerran. Tärkeitä dokumentoitavia asioita ovat mm. kivun sijainti, voimakkuus levossa ja liikkeessä, käytetty kivun hoitomenetelmä, kivun hoidon haittavaikutukset sekä kivun hoidon teho. (Salanterä ym. 2013, 20.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tämän hetken viimeisimpiä tutkimus tuloksia hyvästä palliatiivisen potilaan kivun hoidosta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla sitä, miten palliatiivisen potilaan kipua hoidetaan.

Opinnäytetyön tavoitteena on tarjota sairaanhoitajaopiskelijoille kattava teoriatieto palliatiivisen potilaan kivun hoidosta sekä perehtyä uusimpiin kivun hoito suosituksiin. Opinnäytetyötä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää esimerkiksi terveydenhoitoalanopiskelijoiden oppimateriaalina.

Opinnäytetyön pohjalta tuotetaan opas palliatiivisen potilaan kivun hoidosta sairaanhoitajaopiskelijoille.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset ovat

1. Miten palliatiivisen potilaan kipua voidaan hoitaa lääkkeellisesti?
2. Miten palliatiivisen potilaan kipua voidaan hoitaa lääkkeettömästi?
3. Minkälaista on saattohoitovaiheen kivun hoito?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on luoda kokonaiskuva tutkitusta aiheesta tai asiakokonaisuudesta. (Stolt ym. 2016, 7.)

Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Se on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. (Salminen 2011, 6.) Kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa ja sen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä ja käsitteistöä, sekä kehittää teoriaa tai arvioida olemassa olevaa teoriaa. Kuvailevan eli narriatiivisen kirjallisuuskatsauksen pyrkimys on kuvailla viimeaikaista tai aiemmin tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta. (Stolt ym. 2016, 7-9.)

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi aiheen valinnalla. Aiheeksi haluttiin kliiniseen hoitotyöhön liittyvä aihe, joka melko nopeasti valikoitu kivun hoidoksi. Kivun hoidon rajaaminen puolestaan tietyn erikoisalan mukaan oli välttämätöntä aineiston keruun mahdollistamiseksi.

Tiedonhaussa hyödynnettiin monipuolisesti kansainvälisiä sekä kotimaisia tietokantoja, muun muassa JBI (Joanna Briggs Institute), Medic ja Cinahl. Ajantasaista tietoa etsitään kirjallisuudesta, tieteellisistä artikkeleista ja tutkimusraporteista sekä hyödynnämme myös tilastotutkimuksia aiheesta.

Opinnäytetyön pohjalta toteutettiin palliatiivisen potilaan kivun hoidosta opas sairaanhoitajaopiskelijoille. Oppaan saaminen informatiiviseksi ja tiiviiksi kokonaisuudeksi oli melko haasteellista.

6 PALLIATIIVISEN POTILAAN HOITO SUOMESSA

Palliatiivisten potilaiden kivun hoitamisessa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Se ei nojaa pelkästään lääketieteellisiin hoitomenetelmiin, vaan käytössä on myös lääkkeettömiä hoitomuotoja. Suomessa palliatiivisten potilaiden hoitamisen osaaminen kuuluu jokaiselle sosiaali- ja terveysalan työntekijälle. Sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa todetaan kuitenkin, että palliatiivisen hoidon osaaminen ei sisälly riittävästi opetusohjelmaan ja erot ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmissa vaihtelevat. Tämän lisäksi lääkäreiden opetusohjelmaan kuuluu palliatiivisen lääketieteen osaaminen vain Helsingin ja Tampereen yliopistossa. Vuodesta 2007 lääkärit ovat voineet suorittaa palliatiivisen lääketieteen erikoispätevyyskoulutuksen. Palliatiivinen hoito on porrastettu Suomessa eri palvelumuotoihin. Sitä voidaan toteuttaa niin kotona, hoitokodeissa, terveyskeskuksen vuodeosastoilla, erikoissairaanhoidossa kuin erityisissä saattohoitokodeissa ja osastoissa. Yksiköt määritellään ABC luokituksella tiettyyn palvelutasoon. B- ja C taso ovat erityistasoja, joissa henkilökunta muodostuu moniammatillisesta erikoiskoulutetusta työryhmästä. Työryhmään kuuluu sairaanhoitajia, lääkäreitä, lähihoitajia sekä työntekijöitä, joilla on psykososiaalisen- ja hengellisen tuen antamisen valmiudet. Muita erityistyöntekijöitä saattaa myös kuulua työryhmään kuten fysioterapeutteja, suuhygienistejä, toimintaterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä. Taulukossa 2 on kuvattuna Tasojen A, B ja C yksiköt ja niiden tehtävät. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä, 2017.)

Taulukko 2. Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017, Palliatiivisen hoidon tasot Suomessa

TASO A PERUSTASO				
Yksiköt	Henkilökunta ja voimavarat	Koulutus ja osaaminen	Tehtävät	Potilaat
Sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosasto, jossa saattohoitoa toteutetaan muun toiminnan ohessa Ympärivuorokautisen asumisen yksikkö, jossa asukas hoidetaan elämän loppuun asti	Palliatiivisen ja saattohoidon vastuulääkäri ja sairaanhoitaja Saattohoitopöytälaalla on nimetty vastuulääkäri ja vastuusairaanhoitaja, jotka vastaavat hoitosuunnitelmasta ja hoidon toteutuksesta ja jotka osallistuvat potilaan hoitoon virka-aikana Henkisen ja hengellisen tuen ammatilliset saatavilla Hoitohenkilökunta tavoitettavissa ja lääkäri konsultoitavissa 24/7 Puitteet saattohoidolle: henkilöstömitoitus, saattohoituhuoneet, läheisten mahdollisuus yöpyä potilaan luona	Yksikössä on kehitetty saattohoitoa Vähintään vastuuhenkilöillä (lääkäri, sairaanhoitajat) on perustason jälkeistä jatkokoulutusta ja kokemusta Henkilökunnalle järjestetään säännöllisesti palliatiivisen ja saattohoidon lisäkoulutusta Henkilökunta omaa hyvät vuorovaikutustaidot Hallitsevat yleisimpien oireiden hoidon kuten kivun, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin ja ahdistuneisuuden hoidon Osaavat erilaiset lääkkeiden annostelureitit kuten ihonalaisen tai suonensisäisen lääkeinfusion, lääkkeettömät menetelmät ja psykososiaalisen tuen perusteet	Tarjoavat perustason oirehoitoa sekä psykososiaalista ja henkistä tukea potilaille ja läheisille huomioiden vakaumus Arvioivat oireita säännöllisesti Osallistuvat alueen hoitoketjuun ja yhteistyöhön erityistason yksiköiden kanssa (B/C-tason konsultointi)	Hauraat potilaat, joiden yleistila on heikentynyt hiasta etenevien kroonisten sairauksien tai ikääntymisen seurauksena Potilaat, joiden oirekuva on lievä ja vakaa ja hoidon ja tuen tarve on ennakoitavissa, esimerkiksi muistisairaus tai muu krooninen sairaus, jossa ei ole odotettavissa vaikeahoitoisia oireita

TASO B ERITYISTASO				
Yksiköt	Henkilökunta ja voimavarat	Koulutus ja osaaminen	Tehtävät	Potilaat
Sairaanhoitopiirin palliatiiviset yksiköt, joissa palliatiivinen pkl, sairaalan konsultatiotimi ja palliatiiviset vuodepaikat Muut sairaanhoitopiirin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erityisyksiköt - kotisairaalat ja niiden saattohoitovuodepaikat/osastot - saattohoito-osastot- ja kodit - palliatiiviset pkl:t - sairaaloiden konsultatiotimit Muiden palvelutuottajien itsenäiset saattohoito-osastot/kodit, palliatiiviset poliklinikat ja sairaaloiden konsultatiotimit	Erityiskoulutettu moniammatillinen työryhmä - lääkäri - sairaanhoitajat - erityisytöntekijöistä vähintään sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti - henkisen ja hengellisen tuen asiantuntija - psykososiaalisen tuen ammatilliset - saattoyksiköissä vapaaehtoiset Sairaanhoitopiirin palliatiivinen yksikkö toimii yhteistyössä kivunhoidon, psykiatrian, syöpätautien ja muiden saatavilla olevien erikoisalojen kanssa Saattohoito-osastolla/kodissa suositusten mukainen henkilöstömitoitus ja kodinomainen ympäristö Saatto-osastolla/kodissa ja kotisai-	Vastuulääkäreillä ja -sairaanhoitajilla erikoistumiskoulutus Henkilökunnalla jatkokoulutusta erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta Hoitoyksikössä on riittävä kokemus erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta Erityisytöntekijöillä kokemusta vakavasti sairaa potilaan tukemisesta Henkilökunta on koulutettu vaativien vuorovaikutustilanteiden varalle Henkilökunta käy säännöllisesti lisäkoulutuksessa	Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat pääasiallista toimintaa Sairaanhoitopiiri vastaa alueen hoitoketjujen koordinoimista ja palvelujen yhteen sovittamisesta Tarjoavat erityistason palliatiivista ja saattohoitoa kattavaa oirehoidon invasiiviset erityistekniikat, hätätilanteiden hoidon (sedaatiovalmius), kotisaattohoidon sekä psykososiaalisen ja henkisen tuen huomioiden vakaumuksen mukaisen eksistentiaalisen tuen Arvioivat oireita ja hoitovaihtoehtoja systemaattisesti Huomioivat läheisten tuen tarpeen myös kuoleman jälkeen Turvaavat pääsyn avohoidosta suoraan vuodeosastolle tai ko-	Potilaat, joilla nopeasti etenevä sairaus, joka vaatii puuttumista muutuviin hoidontarpeisiin esim. syöpäsairaana nopea heikkeneminen Oireiset potilaat, joiden hoito vaatii erityistason hoitoa ja seurantaa 24/7 esim. kivun tai hengenahdistuksen vuoksi. Potilaat, joiden oirekuva edellyttää valmiutta sedaatioon Potilaat, joilla erityinen psykososiaalinen ja henkisen tuen tarve, haastava sosiaalinen tilanne ja lisääntynyt läheisten tuen tarve (esim. kuormittava perhetilanne), vaikeus sopeutua lähestyvään kuolemaan Eri erikoisalojen osaamista (esim. kivunhoidon, keuhkosairauksien, neurologian, syövän hoidon asiantuntemus) tai erityistekniikoita (esim. sädehoito, palliatiivinen kirurgia, spinallinen kivunhoito, anestesioogiset toimenpiteet) tarvitsevat potilaat

TASO C VAATIVA ERITYISTASO				
Yksiköt	Henkilökunta ja voimavarat	Koulutus ja osaaminen	Tehtävät	Potilaat
Yliopistosairaanhoitopiirien palliatiiviset keskuskeskukset: - palliatiivinen poliklinikka ja konsultatiotyöyksikkö - palliatiivinen - vuodeosasto - saattohoitokoti tai vastaava saattohoito-osasto - kotisairaala - päiväsaairaala - psykososiaalisen tuen yksikkö	Erityiskoulutettu moniammatillinen työryhmä: - lääkärit - sairaanhoitajat - psykososiaalisen tuen ammatilliset (psykologit/psykoterapeutit) - sosiaalityöntekijät - fysioterapeutit - ravitsemusterapeutti - muut erityisytöntekijät konsultoitavissa - henkisen ja hengellisen tuen työntekijä - kivunhoidon asiantuntijat - koulutuspaikkoja lääkäreille ja sairaanhoitajille - saattoyksiköissä vapaaehtoistyöntekijöitä B-tason edellytysten lisäksi saatto-osastolla/kodissa ja kotisairaalaissa erityiskoulutuksen omaava lääkäri saatavilla 24/7 Ammatillisia varten erityiskoulutuksen omaavan lääkärin konsultatiopalvelut 24/7	Lääkäreillä ja sairaanhoitajilla erikoistumiskoulutus B-tason edellytysten lisäksi hoitoyksikössä on riittävä kokemus vaativan erityistason palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta Henkilökunta on koulutettu vaativien vuorovaikutustilanteiden varalle	Erva-alueen vaativan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koordinaatiovastuu mukaan lukien sairaalasielunhoidolliset palvelut Vastaavat erva-alueen - hoitoketjujen suunnittelusta ja yhteensovittamisesta - vaativan erityistason palliatiivisesta ja saattohoidosta - lasten ja nuorten hoidon toimintasuunnitelmasta - 24/7 konsultatio- ja etäpalveluista Vastaavat opetuksesta, koulutuksesta, tutkimuksesta ja hoidon kehittämisestä B-tason tehtävien lisäksi - vaativan erityistason palliatiivinen ja saattohoito kattaa eri erikoisalojen erityisosaamisen ja tekniset valmudet 24/7 (esim. invasiivinen kivunhoito, päivystys sädehoito, kriisitilanteiden hoito myös saattohoidossa) - erityisryhmien vaativan erityistason hoito (esim. lapsiperheet, vammaiset)	Hoidolle huonosti reagoivat vaikeat tai epästabiliit oireet tai kriisitilanteet (fyysiset, psykososiaaliset tai eksistentiaaliset), jotka vaativat erityiskoulutetun lääkärin tekemää hoidon suunnittelua tai toimenpiteitä 24/7 Erityisryhmät kuten lapset, nuoret, lapsiperheet B-tason potilaat, joiden hoidontarve muuttuu vaativammaksi sairauden edetessä, yhteistyössä B-tason kanssa Yliopistosairaaloiden potilaat, joiden hoito ei ole tarkoituksenmukaista muualla

7 PALLIATIIVISEN POTILAAN KIVUN HOITO

7.1 Lääketieteellinen kivun hoito palliatiivisilla potilailla

Palliatiivisten potilaiden kivun hoito pohjautuu kivun arvioinnin pohjalta tehtyyn suunnitelmaan. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan vointia seurataan ja kirjataan siinä tapahtuvat muutokset ja seurataan kipulääkkeen / lääkkeiden vaikuttavuutta. Potilaan kanssa on oleellista määrittää kivun hoidon tavoitteet sekä käydä läpi kipulääkityksestä tulevat mahdolliset haittavaikutukset. (Heiskanen 2015, 53-54.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan, lääkkeenmääräys tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lääkkeenmäärämisestä vastaa aina potilasta hoitava lääkäri, joka arvioi potilaan lääkehoidon tarpeen ja ottaa huomioon potilaan sen hetkisen terveydentilan ja sairaudet. Lääkemääräyksen tulee perustua potilaan tutkimiseen tai muutoin varmennettuun tietoon lääkehoidon tarpeesta. Asetuksen 1088/2010, 5§ mukaan laillistetulla sairaanhoitajalla, terveydenhoitajalla tai kättilöllä voi tietyin ehdoin olla rajattu lääkkeen määräämisen oikeus. Pääasiallinen vastuu lääkehoidon toteuttamisesta on yksiköiden terveydenhuollon ammattihenkilöillä, perustuen yksikön lääkehoitosuunnitelmaan. Useimmissa yksiköissä tämä tarkoittaa, että sairaanhoitaja vastaa lääkehoidon toteuttamisesta ja sen vaikutusten arvioinnista ja kirjaamisesta potilastietojärjestelmään. Sairanhoitaja on tarvittaessa yhteydessä potilasta hoitavaan lääkäriin lääkehoitoon liittyvissä asioissa. (THL 2015.)

Palliatiivisessa hoidossa kipua pyritään hillitsemään ensisijaisesti suun kautta otettavilla lääkkeillä. Mikäli potilaalla on esimerkiksi nielemisvaikeuksia, voidaan hänelle lääke antaa mikstuurana tai bukkaali lääkemuotoja käyttäen. Joskus ongelmaksi voi muodostua myös potilaalla esimerkiksi suoliston vetovaikkeudet, pahoinvointi ja oksentelu sekä alentunut tajunnan taso. Tällöin on harkittava vaihtoehtoisia lääkeantoreittejä. Hyviä lääkemuotoja ovat tällöin laastari, nenäsumute sekä lääkeannostelija. Taulukossa 3 on esitetty lääkeannostelijassa yleisimmin käytettyjä lääkkeitä ja niiden käyttöaiheet sekä yleisimmät annostukset. (Forsell 2015, 312.)

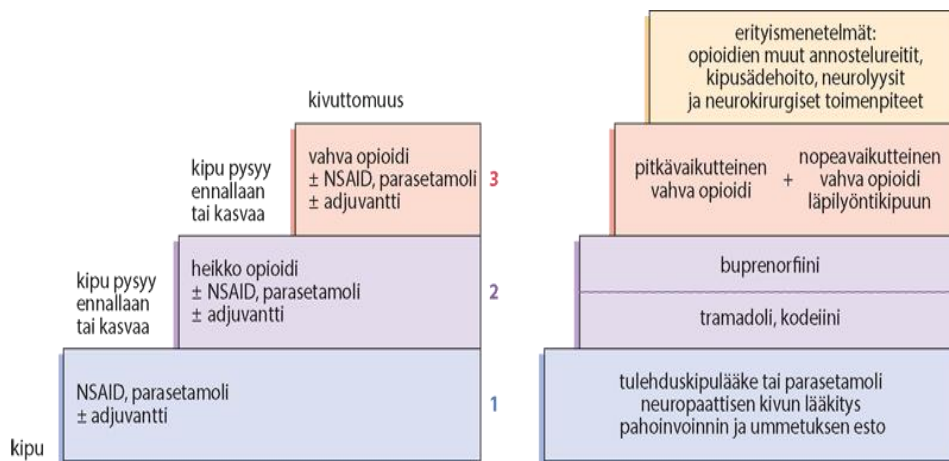
Lääke	Käyttö	pH	Annos	Huomioitavaa
Morfiini	Kipu, hengenahdistus	3,0–3,5	Vuorokauden p.o.-annos muutetaan s.c.-annokseksi suhteessa 2–3:1. Aiemmin opioidia saamattomalla aloitusannos esim. 20–30 mg/vrk s.c.	Annoksen pienentäminen munuaisten vajaatoiminnassa ja tarvittaessa maksan vajaatoiminnassa
Oksikodoni	Kipu, hengenahdistus	4,5–5,5	Vuorokauden p.o.-annos muutetaan s.c.-annokseksi suhteessa 2:1. Aiemmin opioidia saamattomalla aloitusannos noin 15–20 mg/vrk s.c.	Annoksen pienentäminen tarvittaessa munuaisten tai maksan vajaatoiminnassa
Haloperidoli	Pahoinvointi ja oksentelu	2,8–3,6	1,5–5 mg/vrk	Pitkä puoliintumisaika. Psykoosilääkkeenä ja D ₂ -reseptori antagonistina aiheuttaa herkästi ekstrapyramidaalivaikutuksia. Lisäksi on huomioitava neuroleptioireyhtymän mahdollisuus. Käytä pienintä riittävää annosta. Vanhuksilla ja munuaisten vajaatoiminnassa annoksen pienentäminen.
	Levottomuus, sekavuus	2,8–3,6	1,5–7,5 mg/vrk I	
Loratsepaami	Ahdistus, levottomuus, pahoinvointi	6,2*	2–4(6) mg/vrk	Sedatiivinen
Okreetidi	Oksentelun hallinta vähentämällä ruoansulatuskanavan eritteitä suolitukospotilailla	3,9–4,5	150–600(900) mikrog/vrk	Voidaan aluksi annostella kertainjektiona ja siirtää annostelijaan, jos lääkkeestä saadaan vastetta.
Glykopyrroni (ent. glykopyrrolaatti)	Limaisuuden vähentäminen, ruoansulatuskanavan eritteiden vähentäminen suolitukoksessa	2,3–4,3	200–600(1200) mikrog/vrk	Voimakkaasti antikolinerginen Takykardia Munuaisten vajaatoiminnassa annoksen pienentäminen
Butyyliiskopolamiini (ent. hyoskiinibutyylibromidi)	Suolitukoksessa ruoansulatuskanavan eritteiden vähentäminen, vaihtoehto glykopyrronille	3,7–5,5	40–80(120) mg/vrk	Voimakkaasti antikolinerginen
Midatsolaami	Sedaatio (ks. «Palliativinen sedaatio»)			

* Loratsepaamia on käytetty lääkeyhdistelmissä yleisesti ilman ongelmia, mutta suuremman pH:n vuoksi sen sopivuutta tulee seurata.

Taulukko 3. Saarto ym. 2015 Lääkeannostelijassa yleisimmin käytetyt lääkkeet.

Palliativinen hoito. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. Sivu 316

WHO:n kipuportaat luovat peruslähtökohdat palliativisten potilaiden kivun hoidolle. Ajatuksena on, että kivun hoito aloitetaan heikommilla kipulääkkeillä ja edetään vahvempiin valmisteisiin kiputilan mukaan kuten kuvassa 3 on esitetty. Mikäli potilas ilmoittaa kipujanalla kivun asteikoksi 7 tai enemmän, ovat pelkät tulehduskipulääkkeet tai parasetamoli riittämättömiä ja tällöin tulisivat kipua lääkittää opioidi valmisteella. Kipulääkettä tulee aina antaa riittävästi ja parhaimman vasteen ja annostuksen osaa määrittellä potilas itse. Mikäli potilas kärsii läpilyöntikivuista, kuuluvat sen hoitamiseen aina osana voimakkaat opioidit. (Surakka ym. 2015, 65-66.)



Kuva 3. Heiskanen 2015, Palliatiivinen hoito, Alkuperäiset (vasemmalla, WHO 1990, 1996) ja nykyaikaiset syöpäkipuvun hoidon portaat (oikealla). Sivu 59.

Tietyissä tilanteissa kuolevan potilaan elimistö ei aina pysty hyödyntämään tehokkaimpiakaan lääkemuotoja farmakokineettisistä syistä. Taustalla saattaa olla esimerkiksi suoliresektio, jolloin lääkeaine ei välttämättä imeydy suolistosta muualle elimistöön. Samoin kakektisen tai anorektisen potilaan elimistö ei pysty välttämättä hyödyntämään annettua lääkeainetta. Tämän lisäksi esimerkiksi lähellä kuolemaa olevan potilaan elimet eivät välttämättä enää toimi normaalisti ja esimerkiksi potilaalle on saattanut kehittyä maksan tai munuaisten vajaatoiminta, jolloin elimistö ei pysty käsittelemään tiettyjä lääkkeitä eikä tällöin saavuteta haluttua vastetta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 115.)

Potilaan ollessa saattohoito vaiheessa ja hänellä on jo säännöllinen kivut hallinnassa pitävä lääkitys, voidaan annostelu pitää ennallaan, mutta lääkehoito voidaan tarvittaessa toteuttaa toista antoreittiä tai lääkemuotoa vaihtamalla. Tällöin voidaan välttää esimerkiksi ruoansulatuskanavan kautta otettujen lääkkeiden aiheuttamat haittavaikutukset. Joissain tilanteissa saattohoitopotilaan kipuja ei saada hallittua tavallisilla menetelmillä. Tällöin voimakkaat kipulääkkeet voidaan annostella intratekaalisesti eli selkäyttimeen. Toinen vaihtoehto on antaa lääke epiduraalitaaloon tai hermoblokadeihin. Näissä tapauksissa on yleensä kyseessä vaikea neuroopaattinen kipu tai patologinen murtuma, jota ei voida operoida. (Poukka & Korhonen 2015, 260-262.)

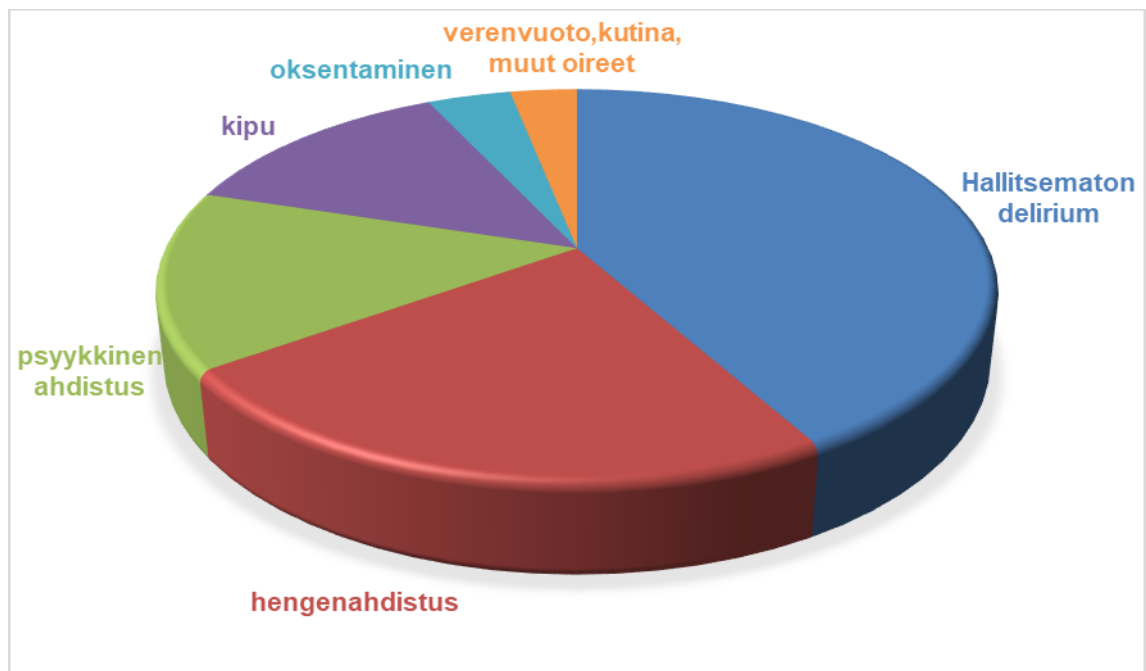
Lievän kivun perushoitona katsotaan yleisesti riittävän joko parasetamoli tai jokin NSAID valmiste, yleensä ibuprofeeni. Erityisesti luustometastaasien aiheuttamaan kipuun syöpöpotilailla ibuprofeeni on varsin tehokas kivun lievittäjä. Huomioitavaa on, että useamman kuin yhden tulehduskipulääkkeen käyttäminen ei paranna kivunlievitystä, vaan aiheuttaa enemmänkin haittavaikutuksia. Kivunhoidon porrastamisessa (kts. Kuva 3) yleensä vältetään turhaa heikkojen opioidien antamista, koska vahvojen opioidien pienemmän annostelun on todettu olevan edullisempaa kivunlievityksen kannalta. (Heiskanen ym. 2013.) Syövästä aiheutuvia kipuja hoidettaessa vahvojen opioidien (morfiiini, oksikodoni, fentanyl, hydromorfon, metadoni) kohdalla annosta voidaan suurentaa periaatteessa ilman ylärajaa, jos se johtaa kivunlievityksen tehostumiseen (Heiskanen 2015, 62).

Kipulääkkeiden haittavaikutukset ja niiden hoitaminen kuuluu osana palliatiivisen potilaan kivun hoidon osaamista. Yleisimmät haittavaikutukset liittyvät opiaatteihin ja niistä aiheutuvaan ummetukseen. Tämän takia opiaattien rinnalle aloitetaan aina ulostemassaa pehmittävä lääkitys sekä tarvittaessa käytetään suolen toimintaa aktivoivia valmisteita. Muita yleisiä haittavaikutuksia opiaateilla on pahoinvoinnin sekä mahdollisen huumauksen ilmeneminen. Pahoinvointi ohittuu yleensä itsestään muutamien päivien kuluessa opiaattien aloituksesta elimistön totuttua lääkitykseen, mutta tarvittaessa pahoinvointiin voidaan käyttää pahoinvoinnin estolääkkeitä. Hoitohenkilökunnan tulee olla valvettuneita ja tietoisia kipulääkkeiden aiheuttamista haittavaikutuksista ja osata myös erottaa potilaan voinnissa muutokset, jotka eivät ole lääkityksestä johtuvia haittoja. (Heiskanen, 2015, 60,66.)

7.1.2 Palliatiivinen sedaatio

Vaikeissa tilanteissa, joissa potilas on esimerkiksi erittäin kivulias eikä lääkehoidolla saada haluttua vastetta kipuun taikka lääkehoito pitkittää potilaan kärsimystä, voidaan

harkita palliatiivista sedaatiota. Siinä alennetaan tietoisesti potilaan tajunnan tasoa lääkkeellisesti. (Pälve 2015, 616.) Tämän vuoksi palliatiivista sedaatiota tulisikin harkita vasta, kun kaikki muut hoitomenetelmät ovat osoittautuneet tehottomiksi. Sitä voidaan kuitenkin toteuttaa eri asteisena (kts. taulukko 4) ja se aloitetaankin aina pienimmällä mahdollisella annoksella, jota tarvittaessa suurennetaan saavutetun vasteen mukaan. Kuviossa 1 on kuvattuna yleisimpien palliatiiviseen sedaation päätyminen syitä ja niiden suhteellista osuutta toisiinsa. Merkittävänä tekijänä kipu, joka on vasta neljänneksi suurin sedaatioon päätyminen indikaatio. Sedaation kestoa voidaan vaihdella potilaan tarpeiden mukaan. Tarvittaessa sitä voidaan jatkaa kuolemaan saakka oireiden niin vaatiessa tai vaihtoehtoisesti keventämään sitä esimerkiksi, jos indikaationa on ollut ahdistuksen hoitaminen. (Pöyhiä 2015, 266.)



Kuvio 1. Pöyhiä 2015, Palliatiivisen sedaation yleisimmät indikaatiot tuoreimman meta-analyysin mukaan. Sivu 266

	Kevyt (=anksiolyysi)	Kohtalainen ("tajuissaan")	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: <ul style="list-style-type: none"> • nieluputki • leuan kohotus • naamariventilaatio 	Usein intubointi, kurkunpäänaamari, naamariventilaatio, hengityskone
Verenkierto	Normaali	Normaali	Saattaa kevyesti lamaantua	Voi tarvita tukea

Taulukko 4. Pöyhiä 2015, Sedaation asteet. Palliatiivinen hoito. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. Sivu 266

7.1.3 Palliatiivinen sädehoito

Luustossa esiintyvät etäpesäkkeet aiheuttavat suurimman osan syöpäkipuista. Lisäksi riski saada patologisia murtumia tai selkäydinkompressio kasvaa. Potilaista kahdella kolmasosalla luuston etäpesäkkeet aiheuttavat kipua. Tutkimuksissa on osoitettu, että palliatiivinen sädehoito on tehonnut 70%-80%:lla potilaista luustokipuihin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018.) Hoidon päätavoite on saada mahdollisimman tehokas vaste ilman, että haittavaikutukset olisivat suuret. Vaikka palliatiivisilla potilailla lääkehoito on ensisijainen kivun hoitomuoto, on näyttöä, että palliatiivisen sädehoidon avulla potilaan ei enää tarvitse välttämättä käyttää kipulääkkeitä tai ainakin voi vähentää niiden käyttöä. Sädehoito toteutetaan pääasiassa ulkoisena sädehoitona, mutta sitä voidaan antaa myös ontelonsisäisenä sädehoitona tai radioisotooppihoitona. Sädehoidon on todettu parantavan huomattavasti palliatiivisten potilaiden elämänlaatua, jonka lisäksi se on myös hyvin siedetty hoitomuoto. (Anttonen & Mäkelä 2015, 387.)

7.1.4 Palliativisen kivun hoidon erikoismenetelmät

Yleisimpiä syitä tehottomaan kivun lievitykseen suun- tai ihon kautta otettavilla opioideilla on liiallisten haittavaikutusten aiheuttaminen. Tällöin kipua hillitsevää annosta ei välttämättä pystytä saavuttamaan. Näissä tilanteissa on tärkeä miettiä vaihtoehtoisia kivunlievityskeinoja. (Heiskanen 2012.) Erityisesti syöpäpotilaista jopa 50% kärsii kivuista suun kautta otettavien kipulääkkeiden jälkeenkin. Mikäli potilaan voidaan olettaa hyötyvän kirurgisesta hoidosta, sen parantaen potilaan elämän loppuvaihetta voidaan tällöin turvautua kirurgisiin toimenpiteisiin. (Shepherd ym. 2017.) Neurokirurgisia toimenpiteitä tehdään yleensä, kun potilaan eliniän odote on alle 1-2 vuotta. Neurokirurgisia toimenpiteitä on useita. Näitä ovat mm. myelotomia, jossa selkäytimen keskiviivan risteävistä radoista katkaistaan hermojuuri. (Heiskanen, 2012.)

Yhtenä yleisimpänä neurokirurgisena toimenpiteenä palliativisilla syöpäpotilailla voidaan pitää kordotomiaa. Se tehdään tietokonetomografia ohjatusti ja siinä potilaalta katkaistaan spinotalaaminen rata, joka kuljettaa kipua, lämpöä ja painamis- ärsyke viestit aivoihin. Amerikkalaisessa tutkimuksessa todettiin, että 83-86%:lla loppuvaiheen syöpää sairastavalla potilaalla kivut vähenivät välittömästi kordotomian jälkeen ja vaikutukset kestivät useimmilla potilailla jopa kuusi kuukautta. (Shepherd ym. 2017.)

Muita erikoistekniikoita ovat erinäiset hermojen tai selkäytimen puudutukset. Toimenpiteinä ne ovat melko yksinkertaisia ja helposti toteutettavissa. Niiden vaikutus kestää kuitenkin hyvin rajallisen ajan sekä kyseisiin toimenpiteisiin liittyy infektioriski sekä hermojuurien salpaantuminen. (Heiskanen, 2012.) Puudutukset voidaan toteuttaa infuusio periaatteella asettamalla selkäydinkanavaan tai epiduraalitalaan katetri, jonne voidaan tarvittava puudute ja kipulääkeyhdistelmä annostella. Puuduteaineen tarkoituksena on tehostaa kivunlievitystä ja sen vaikutus jää paikalliseksi, yleensä alaraajojen, lantion ja vatsan alueen kipuihin vaikuttavana. Yleisin yhdistelmä kipufuusiossa on morfiini ja bupivakiini. Intratekaalisen infuusion on todettu lievittävän kipua paremmin epiduraalitalaan asennettuun katetriin verrattuna. Hoitoa on myös kyseenalaistettu ja siitä on ristiriitaista tutkimustietoa, mutta HYKS kipuklinikan tekemän tutkimuksen mukaan kyseinen

hoito on tehokasta ja turvallista. Kyseiseen tutkimukseen osallistui 60 potilasta, joille toteutettiin spinaalinen kivun hoito viiden vuoden aikana. Potilaista 44 sai intratekaalista eli selkäydinkanavaan annosteltavaa kipulääke-puuduteaine yhdistelmää ja 16:sta kipulääke annosteltiin epiduraalitiilaan. Seurannassa 70%:lla intratekaali ryhmästä sai toivottua kivunlievitystä ja 50% epiduraali ryhmästä. Hoidon seurauksena 83% potilaista pystyi puolittamaan suun- tai ihon kautta annosteltavan kipulääkeannoksensa (Kiehelä, 2018.)

7.2 Lääkkeetön kivun hoito

Palliativiseen kivun hoitoon kuuluu oleellisessa osassa kipulääkkeiden käyttäminen, mutta tietyissä tilanteissa kipu ei kuitenkaan johdu yksinomaan somaattisista syistä, jolloin terveydenhuollon ammattilaisten on osattava myös toteuttaa lääkkeetöntä kivun hoitoa (Paakkari 2015, 318-319). Lääkkeettömällä kivunhoidolla tarkoitetaan kivun lievitystä, joka ei edellytä lääkaineiden ottoa (Boldt ym. 2014). Lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttö palliativisessa hoidossa on jatkuvasti lisääntymässä (Coelho ym. 2017).

Lääketieteellisissä hoidoissa lääkkeitä käytetään erityisesti somaattisten oireiden hoidossa, kun lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät tähtäävät enemmän kivun lievittämiseen ihmisen tunnetilojen, kognitiivisten käyttäytymisen sekä sosiokulttuuristen ulottuvuuksien kautta (Yurdanur, 2012).

Lääkkeetön kivun hoito voi yksinäänkin helpottaa potilaan kipua, mutta on tehokkainta yhdistettynä lääkkeelliseen kivun hoitoon. Kivun hoidon muotoja ovat mm. asentohoito, hengitysharjoitukset, musiikin kuuntelu, rentoutusharjoitukset, mielikuvaharjoitukset ja fysikaaliset kivunhoitomuodot, kuten lämpö- ja kylmähoito sekä hieronta. Potilaan oloa helpottaa tietoisuus siitä, että hoitaja on läsnä ja tavoitettavissa. (Kangasmäki & Pudas-Tähkä 2017.) Kiinalaiseen lääketieteeseen perustuvan akupunktion on todettu helpottavan syöpäpotilailla nivelsärkyihin, mutta laajempaa tutkimusta läpilyöntikipujen helpotukseen ei ole tarkasteltu (Singh & Chaturvedi, 2015).

Kliinisissä tutkimuksissa on osoitettu hieronnalla olevan positiivisia vaikutuksia syöpäpotilaiden kipuihin. Tutkimuksessa tarkasteltiin hieronnan vaikutuksia myös uupumukseen, stressiin, pahoinvointiin ja masennukseen. Satunnaisotantaan perustuvaan tutkimukseen osallistui 1290 syöpäpotilasta ja 12 koulutettua hierojaa. Tutkimuksessa käytettiin kolmea eri hierontatyylä. Tutkimukseen osallistuvilta potilailta kerättiin oirekuva tiedot ennen ja jälkeen hieronnan. Vastaajista 50% ilmoitti oireiden helpottaneen, mutta vain lyhyeksi aikaa. (Singh & Chaturvedi, 2015.)

Tutkittaessa muita lääkkeettömiä hoitomuotoja, tutkijat osoittivat aromaterapialla olevan kivun hallinnan kannalta hyviä vaikutuksia. Eteeristen öljyjen käytöllä pystyttiin vähentämään sädehoidosta saatuja palovammoja ja arpia. 18 tehdyssä kliinisessä tutkimuksessa aromaterapialla todennettiin olevan lyhytvaikutteista hyötyä potilaiden masennukseen ja ahdistukseen sekä se paransi heidän untaan sekä kivun hallintaa. On kuitenkin huomioitavaa, että kaikkia aromaterapiassa käytettyjä öljyjä ei ole tutkittu ja siksi tutkijat suosittelevat vain tutkittujen öljyjen käyttämistä hoidoissa. (Singh & Chaturvedi, 2015.)

7.2.1 TENS hoito

Sähköiseen hermostimulaatioon perustuvassa TENS- hoidossa potilaan lihaksiin johdetaan matala jännitteistä sähköä antureiden välityksellä. Anturit asetellaan potilaan kipukohtiin tai niiden lähetyville. Hoidosta syöpäpotilaiden kipuihin on sekalaista näyttöä. Yhdessä tutkimuksessa potilailla, joilla ei ollut malignia syöpää 25% ilmoitti TENS:n helpottavan kipuihin. Hiljattain julkaistussa tutkimuksessa kuitenkin on osoitettu TENS hoidon saattavan auttaa syöpäpotilailla lieviin kipuihin. TENS ei kuitenkaan sovellu käytettäväksi potilailla, joilla on sydämen tahdistin, epilepsia tai diagnosoimaton kipu. TENS hoitoa ohjeistetaan käyttämään potilailla, joilla on luustolihasiston kipua tai neuropaattista kipua, joka aiheuttaa voimakasta toimintakyvyn laskua tai kipu ei hellitä kolmessa kuukaudessa lääkkeellisellä hoidolla. Lääkäriin tulee valvoa hoidon kulkua. (Singh &

Chaturvedi, 2015.) Yhdessä tutkimuksessa TENS hoitoa tutkittiin myös verrattuna lume-ryhmän saamaan kivunhoitoon. Tutkimukseen osallistui satunnaisotannalla 60 potilasta, joista 50% sai vähintään kivunlievitystä verrattuna lume ryhmään. (Khadiikar ym. 2008.)

7.2.2 Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on eniten käytetty terapianmuoto kivun hoidossa. Se pitää sisällään kivun opettamista, koska kipu katsotaan olevan monimutkainen aistien ja tunnesäätelyn kokonaisuus, johon vaikuttavat potilaan ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa keskustellaan kivusta, jolloin potilaan on tarkoitus itse ymmärtää omaa kipuaan ja sitä, kuinka hän siihen reagoi. Tarkoituksena on löytää selviytymiskeinoja kivun hallintaan liittyen. Toisena etappina kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa on alkaa opettamaan yhtä tai useampaa selviytymiskeinoa kivun hallinnassa potilaalle. Jokaiseen selviytymiskeinoon terapeutin tarkoitus on tarjota ohjausta ja antaa palautetta potilaan edistymisestä. Lopuksi potilaan on tarkoitus selviytyä ja harjoitella opeteltuja menetelmiä kotona. Tarkoituksena on, että potilas harjoittelee keinoja ensin helpommissa ja rauhallisissa ympäristöissä ja vähitellen yrittää haasteellisempia tilanteita, joista selviytyä. Viimeiseen vaiheeseen kuuluu, että terapeutti auttaa potilasta luomaan itselleen oman kehitysohjelmansa, jonka avulla hän selviytyy ja pystyy ylläpitämään taitojaan kivun hallinnan kannalta. Tutkimuksessa on osoitettu kognitiivisen käyttäytymisterapian auttaneen potilaan kipuihin lyhyellä aikavälillä, mutta ei ole pystytty osoittamaan sen hyötyjä jatkuvan kivun hoidossa. (Singh & Chaturvedi, 2015.)

7.2.3 Mindfulness osana palliatiivisen potilaan kivun hoitoa

Vielä ei täsmällisesti tiedetä käsitystämme kivun ilmenemisestä. Käsitys kivun fyysisestä ilmenemisestä on kuitenkin tutkituinta, mutta siihen liittyy vahvasti osana myös tunne- sekä hengellinen puoli ja aiemmat kokemukset kivuista ja mahdolliset odotukset kivun

suhteen. Nämä kaikki osa-alueet muokkaavat kipuärsykkeeseen subjektiivisen kokemuksen tunteen kivusta. Juuri tähän perustuu mindfulness harjoitusten tarkoitus. Mindfulness harjoitteissa pyritään vaikuttamaan aivoalueille, jotka käsittävät tunnereaktion kivun ilmaantuessa. Tsangin tutkimuksessa käy ilmi, että tutkailemalla omaa kehoaan mielessään ja tulemalla tietoiseksi tunteista, joita kehossa esiintyy, voidaan ylitsepääsemättömältä tuntuvaa kipua vähentää. Hyödyt näkyivät jo ensimmäisen viikon jälkeen yksilöllisellä harjoittelulla sekä viisi kertaa viikossa kotona harjoittelemalla. Tutkimuksessa todetaan, että mindfulness vaatii kuitenkin koulutetun ja kokeneen henkilökunnan ohjaamaan sitä potilaille. (Maschio, 2016.)

7.2.4 Psykososiaalinen- ja hengellinen tuki

Hengellinen tuen on katsottu olevan yksi keskeisimmistä osa-alueista palliatiivisessa hoidossa. Potilaan henkisen tuen tarve elämän loppuvaiheessa ei kuitenkaan aina kohtaa käytännön tasolla. Chapmanin mukaan syyksi tähän on osittain todettu, ettei hoitava henkilökunta koe osaavansa antaa hengellistä tukea ja sen on katsottu olevan sairaalapapin työtä, vaikka asiaan ei ole määritelty tarkkoja normeja. Tavoitteena olisi saada potilas ilmaisemaan hengellisen tuen tarpeitaan paremmin. (Chapman 2011.)

On todettu, että palliatiivisista syöpäpotilaista noin kolmasosa kärsii psyykkisistä oireista. Tavallisimmin oireet ovat ahdistus ja masennus. Näissä tilanteissa vuorovaikutus hoitavaan henkilöstöön korostuu. Keskustelutuen antamisen tavoitteena on vahvistaa potilaan omia keinoja ajatusten rauhoittamiseen. Tavoitteena on tynnyttää hänen pelot sairaudesta ja sen etenemisestä. Yhtenä keinona hoitajat voivat yrittää yhdessä potilaan kanssa etsiä muistista hyvää oloa tuovia asioita sekä keskittyä arvostamaan elettyä elämää kuin myös nykyhetkeä. Potilaalle annetaan tilaa puhua avoimesti omista tunteistaan. Näin ollen hän työstää samalla itselleen mielessä nykyhetkeä ja oppii käsittelemään sitä. Hoitohenkilökunnan tehtävä on toimia kuuntelijana, jolle potilas voi purkaa ahdistustaan ja pahaan oloaan sekä vahvistaa potilaan omavoimaisuutta. Tämä ei vaadi hoitohenkilökunnalta erityisiä psykoterapeuttisia valmiuksia vaan se perustuu hyvään

molemmin puoleiseen vuorovaikutukseen ja potilaan ohjaukseen. Mikäli potilas selvästi kärsii diagnosoitavasta ahdistuksesta tai masennuksesta, tulisi hoitohenkilökunnan konsultoida psykiatrista yksikköä. Tarvittaessa psyykkisten tarpeiden hoidon tueksi voidaan harkita asianmukaista lääkitystä. (Idman 2015, 218–223.)

7.3 Palliatiivinen kivun hoito vanhuksilla

Palliatiivisessa hoidossa olevilla vanhuksilla lääkehoito poikkeaa farmakokineettisistä syistä verrattuna nuoriin ja aikuisiin. Iäkkäillä ihmisillä lääkeaineet jakautuvat eri tavalla elimistössä. Samoin niiden erittyminen munuaisista on hidastunut. Tämä aiheuttaa tilanteen, jolloin vanhuksilla riittää usein pienempi annos toivotun vasteen saamiseksi. Samalla haittavaikutusten aiheutuminen vähenee. Lääkevaikutuksiin vaikuttaa pitkälti vanhuksen ikä sekä hänen fyysinen kokonsa ja perussairautensa. (Marjamäki 2015, 322-328.)

Tulehduskipulääkkeet muodostavat erityisen riskin vanhusten lääkehoidon kannalta, sillä niiden aiheuttamat haitat ovat vanhuksilla moninkertaiset. Tämän vuoksi vanhuksilla on suositeltavaa käyttää parasetamolia ensisijaisena kipulääkkeenä lieviin kipuihin. Opioidien on osoitettu olevan turvallisia käyttää vanhuspotilaiden kivun hoidossa. (Kalso 2018.) Käypä hoito suositusten mukaan vanhusten vahvojen opioidien aloitusannos tulee olla kuitenkin 30-50% pienempi kuin työikäisillä henkilöillä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus, 2018).

Oman haasteensa vanhuksilla kivun hoidossa tuottavat muistisairautta sairastavat potilaat. Tutkimuksissa on osoitettu muistisairauden muuttavan ihmisen kokemaa kipua kokemusta. On osattava tulkita merkkejä muistisairaana potilaan olemuksessa ja tarkkailemaan minkälaisesta kivusta on mahdollisesti kyse, jos hän ei sairautensa vuoksi pysty itse kertomaan omista kivuistaan. (Antikainen 2015, 561-563.)

Loppuvaiheen dementiassa kivun tunnistaminen ja sen vaikeusaste perustuu havaintoihin, jonka tueksi on kehitetty erilaisia mittareita, kuten PAINAD (Pain Assessment in Advance Dementia Scale). PAINAD -mittarilla jokaisesta viidestä havaintokategoriasta voi saada 0-2 pistettä. Kokonaispistemäärä 0-10 vastaa kivuttomuudesta – voimakkaaseen kipuun. Havaintokategorioita PAINAD -mittarissa ovat hengitys, ääntely, ilmeet, kehon kieli ja lohduttaminen. Havaintokategoriat on kuvattu taulukossa 5. Arvio kivun voimakkuudesta on tärkeää hoitovasteen seuraamiseksi. (Hagelberg & Harriet 2015.)

Pisteluokka			
Havaintokategoria	0	1	2
Hengitys	Normaali ja huomaamaton	Hengitys ajoittain vaivalloista	Hengitys äänekästä ja vaivalloista
		Lyhyitä hyperventilaatiojaksoja	Pitkiä hyperventilaatiojaksoja Cheyne–Stokes-tyyppinen hengitys.
Ääntely	Ei ääntelyä	Satunnaista vaikerointia tai voihketta	Rauhatonta huutelua
	Tyytyväinen ääntely	Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta	Äänekästä vaikerointia tai voihketta, itkua
Ilmeet	Hymyilevä tai ilmeetön	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää
Kehon kieli	Levollinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa
		Levotonta liikehdintää	Pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarvetta lohduttamiseen	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntäminen ei onnistu.

Taulukko 5. Hagelber & Harriet 2015. PAINAD -mittari. Palliatiivinen hoito. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim. Sivu 82.

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyö on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Lähtökohdat hyvälle tieteelliselle käytännölle muodostuvat rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen tutkimustyössä. Opinnäytetyöhön on sovellettu tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta menetelmiä. Tutkimuksessa on noudatettu tieteelliseen tutkimukseen kuuluvaa avoimuutta, kunnioittaen muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla heidän tutkimuksiin asiaankuuluvalla tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Työssä ei ole plagioitu toisen tekstiä eikä sepitetty tutkimustuloksia. Raportoinnissa on pyritty tulokset tuomaan esiin huolellisesti ja alkuperäisiä tutkimuksia kunnioittaen. (Hirsjärvi ym. 2009, 23-26.)

Opinnäytetyössä on käytetty tietokanta tiedonhakuun Cinahl, Medic sekä internetlähteistä Käypä hoito –suositukset ja Duodecim.

Lähteinä on pyritty käyttämään sellaista tietoa, joka on julkaistu vuoden 2010 jälkeen. Pääasiassa lähteinä on käytetty suomalaisia julkaisuja. Suurimmaksi osaksi suomalaisiin lähteisiin päädyttiin, koska opinnäytetyön pohjalta toteuttavan ohjelehtisen on tarkoitus tukea sairaanhoitajaopiskelijoita suomalaisessa palliatiivisen potilaan hoitotyössä ja sisällön tulee olla suomalaisten hoitokäytänteiden mukaista.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön aihetta miettiessä halusimme yhteisymmärryksessä aiheen, joka on mielekäs meille kaikille ja tukisi tietotaitoamme myös opintojen jälkeen tulevaisuudessa. Aiheen tuli olla näin ollen mahdollisimman käytännön läheinen ja kliininen. Meillä kaikilla opinnäytetyön tekijöillä on ennestään sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, jonka myötä on kertynyt työkokemusta eri-ikäisten ihmisten ja erilaisten sairauksien parissa.

Aiheita läpi käydessä meillä tuli puheeksi yksi asia, joka yhdistää melkein kaikkia potilaita ja on keskeisessä roolissa työskennellessä eri-ikäisten ihmisten kanssa; kipu. Kivun arviointi, seuranta ja hoito ovat keskeisessä roolissa niin 70-vuotiaalla monisairaalla, kuin myös 7-vuotiaalla jalkansa loukanneella pojalla. Ihmiset kokevat kivun yksilöllisesti ja näin ollen sen hoito on myös kovin yksilöllistä. Sairaanhoidajalla onkin muun muassa tästä syystä iso rooli potilaan kivun arvioinnissa, seurannassa ja sen hoidon toteuttamisessa ja ylläpitämisessä.

Kivun hoitotyöstä löysimme runsaasti tutkimuksia ja kirjallisuutta. Kivusta oli myös lukuisia opinnäytetöitä suunnattuna eri potilasryhmiin, joiden avulla pystyimme keskittymään sellaiseen tietoon ja materiaaliin, jota ei mahdollisesti ollut aiemmissa opinnäytetöissä tai näkökulma niihin oli erilainen. Ongelmana lähinnä oli aiheemme tarkentaminen johonkin tiettyyn erikoisalaan tai potilasryhmään.

Opinnoissamme olemme kaikki loppuvaiheessa, joten tiedämme varsin hyvin, mitä sairaanhoitajan opintokokonaisuuteen kuuluu. Aihe, jota meidän mielestä opinnoissa ei ole käyty tarpeeksi kattavasti on palliativisen- sekä saattohoitopotilaan hoitotyö. Suomen väestön ikärakenne painottuu erityisesti suuriin ikäluokkiin ja tämän seurauksena terveydenhuollon palveluiden tarve kasvaa jatkuvasti. Tähän on meidän mielestä varauduttava myös opetuksessa. Päätimme siis yhdistää aiemmin valitsemamme kivun hoidon pal-

liatiivisen potilaan hoitotyöhön. Lisäksi teimme erillisen sähköisen helppolukuisen oppaan sairaanhoitajaopiskelijoille, jotta opiskelijat voivat halutessaan myöhemmin käyttää tiivistettyä opasta esimerkiksi opinnoissa tai työelämässä.

Opinnäytetyön tekijöiden tavoitteita työn suhteen olivat kattavan tietokokonaisuuden saaminen palliatiivisen potilaan kivun hoidosta, jota voisi tulevaisuudessa hyödyntää myös käytännön työssä ja ajantasaisten hoitosuosittelujen ja kirjallisuuden antavan tiedon omaksuminen. Tavoitteet saavutettiin tekijöiden mielestä melko hyvin. Aihetta olisi pitänyt rajata vielä tarkemmin, jolloin tekijöiden mielestä olisi työstä saanut tiiviimmän ja selkeämmän kokonaisuuden. Kaiken kaikkiaan työn antamasta tiedosta palliatiivisen potilaan kivun hoidosta on varmasti tekijöille tulevaisuudessa hyötyä käytännön kentällä.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä opinnäytetyö tarkastelee, miten palliatiivisten potilaiden kipua hoidetaan lääkkeellisesti sekä lääkkeettömästi. Sen lisäksi tutkimme, kuinka saattohoito vaiheen potilaan kipuja hoidetaan. Tutkimuksemme pohjalta voimme todeta, että palliatiivisten potilaiden kivun hoito nojaa vahvasti lääkkeelliseen hoitoon ja sen on osoitettu olevan tehokkain kivunlievityskeino. Palliatiivisen hoidon piirissä olevilla potilailla eliniänodote on hyvin liukuva ja he voivat elää vuosia normaalia elämää. Saattohoito vaiheessa olevien potilaiden eliniänodote on sen sijaan maksimissaan muutamia viikkoja.

Kivun arviointi yhdessä potilaan kanssa on merkittävä osa kivun kokonaisvaltaista hoitoa ja kivun hoidon onnistumista. Palliatiivisilla potilailla kipua hoidetaan pääsääntöisesti parasetamolilla tai tulehduskipulääkkeillä ja rinnalla jokin pitkävaikutteinen opioidi sekä tarvittava nopea vaikutteinen opioidi. Saattohoito potilailla annoskattoa kipulääkityksessä ei ole ja tärkein päämäärä hoidossa on kärsimyksen lievittäminen.

Syöpäsairaat potilaat ovat merkittävin potilasryhmä palliatiivisessa- sekä saattohoidossa. Syöpäsairaudet ovat määrällisesti kasvussa vuosittain Suomessa. Kivun on todettu olevan eniten potilaita pelottavin asia palliatiivisilla potilailla. Palliatiivisessa hoidossa merkittävin osa kipua aiheuttavista tekijöistä on eri syöpien aiheuttamat kivut. Kipulääkityksen kohdalla on huomioitava kuitenkin monet haittavaikutukset, joita ne saattavat aiheuttaa.

Palliativista hoitoa ja siihen erikoistumista tullaan jatkossakin tarvitsemaan Suomessa lisääntyvien kuolemaan johtaviin sairauksiin sairastuvien määrien kasvaessa sekä osasto- ja vuodepaikkoja pienennettäessä. Palliativisen hoidon osaamisen tärkeys kasvaa myös avohoidossa, esimerkiksi kotihoidossa.

LÄHTEET

Ahonen, O. Blek-Vehkaluoto, M. Ekola, S. Partamies, S. Sulosaari, V. Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Antikainen, R. Muistisairaana elämän loppuvaiheen tavallisimmat hoitoratkaisuja vaativat tilanteet. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Anttonen, A. Mäkelä, S. 2015. Palliatiivinen sädehoito. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Boldt, I. Eriks-Hoogland, I. Brinkhof, M.W.G. de Bie, R. Joggi, D. & von Elm, E. 2014. Non-pharmacological interventions for chronic pain in people with spinal cord injury (Review). The Cochrane Library. Viitattu 2.12.2018 Saatavilla: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009177.pub2/epdf/full>

Chapman, S. 2011, Spiritual support and its role in end-of-life care, British Journal of Neuroscience Nursing, Britannia, Mark Allen Publishing Ltd. Viitattu 8.12.2018 Saatavilla: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=53666fee-2b09-4e2a-b503-7394808e938c%40sessionmgr4006>

Coelho, A. Parola, V. Cardoso, D. Bravo, M.E. Apostolo, J. 2017. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal. Viitattu 2.12.2018. Saatavilla https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/07000/Use_of_non_pharmacological_interventions_for.14.aspx

Forsell M. 2015. Lääkemuodot palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Gelander, M. Kettunen, T. 2014. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa: Aaltonen, L-M. Rosenberg, P. Potilasturvallisuuden perusteet. Viitattu 11.12.2018. Saatavilla: <http://www.oppiportti.fi/op/ptp00305/do>

Grönlund, E. Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki. Edita

Hagelber, N. Harriet, F-S. 2015. Muistisairaana potilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R. (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heiskanen, T. Hamunen, K. Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Duodecim. Viitattu 27.11.2018. Saatavilla: <https://www.duodecim-lehti.fi/api/pdf/duo10822>

Hagelberg, N. Heiskanen T. 2015. Kivun mekanismit ja jaottelu patofysiologisen mekanismin mukaan. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heiskanen, T. 2012. Kivun hoito erikoistekniikoin. Helsinki: Finnanest. Viitattu 8.12.2018. Saatavilla: http://www.finnanest.fi/files/heiskanen_kivunhoito.pdf

Heiskanen, T. 2015. Kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heiskanen, T. Haakana, S & Koivusalo A-M. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heiskanen, T. 2015. Opioidien kliininen käyttö. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S. Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hänninen J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Helsinki

Idman, I. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

International Association for the Study of Pain, IASP Terminology. Washington: International Association for the Study of Pain, 2017 (viitattu 27.11.2018). Saatavilla: http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain_

Kalso, E. 2018. Voiko kipua mitata? Teoksessa: Kalso, E. Haanpää, M. Hamunen, K. Kontinen, V. Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
Viitattu 25.11.2018 Saatavilla: http://www.oppiportti.fi/op/kip00723/do?p_haku=voiko%20kipua%20mitata#q=voiko%20kipua%20mitata

Kalso, E. 2018. Opioidit. Teoksessa: Kalso, E. Haanpää, M. Hamunen, K. Kontinen, V. Vainio, A. 2018. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
Viitattu 2.12.2018 Saatavilla: http://www.oppiportti.fi/op/kip01522/do?p_haku=opioidit#q=opioidit

Kangasmäki, E. & Puhdas-Tähkä, S-M. 2017. Kivunhoitomenetelmät. Teoksessa: Ritmala-Castren, M. Lundgren-Laine, H. Lönn, M. Meriläinen, M. Peltomaa M. Ahtiala, M. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 20.11.2018. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=inf04463&p_selaus=112568

Khadilkar A, Odebiyi DO. & Brosseau L. 2008. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain, University of Ottawa. Viitattu 8.12.2018, Saatavilla: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003008.pub3/full>

Kiehelä, L. 2018, Syöpäkivun spinaalinen hoito, Helsinki: Duodecim, Viitattu 8.12.2018 Saatavilla: <https://www-duodecimlehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/api/pdf/duo14501>

Kipu. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Anestesiologiayhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.12.2018. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#K1>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 11.12.2018. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4P12>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559. Viitattu 30.9.2018. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Liljamo, P. Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Viitattu 11.12.2018. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1

Marjamäki, E. 2015. Vanhuksilla yleisesti käytössä olevat lääkkeet. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Maschio, I. 2016, Mindfulness meditation and pain management in palliative care, European Journal Of Palliative Care, Iso-Britannia, Hayward medical Viitattu 8.12.2018, Saatavilla: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=53666fee-2b09-4e2a-b503-7394808e938c%40sessionmgr4006>

Nykänen, P. & Junttila, K. 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Viitattu 11.12.2018.

Saatavilla:https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf

Paakkari, P. 2015. Muistettavia asioita tavallisimmista lääkkeistä. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura. Viitattu 1.12.2018. Saatavilla: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#K1>

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.12.2018. Saatavilla: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN:NBN:fi-fe201504225791.pdf>

Poukka, P. & Korhonen, T. 2015. Kipulääkitys saattohoidossa. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pälve, H. 2015. Eutanasia ja avustettu itsemurha. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Pöyhiä, R. 2015. Palliativinen sedaatio. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rautava-Nurmi, H. Westergård, A. Henttonen, T. Ojala, M. & Vuorinen, S. 2016. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Salanterä, S., Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 11.12.2018. Saatavilla: http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf

Saarto, T. 2015. Mitä palliativisella hoidolla tarkoitetaan? Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. 2015. Palliativisen hoidon määritelmä. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.12.2018. Saatavilla: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Viitattu 2.12.2018. Saatavilla: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Shepherd, T. Hoch, M. Cohen, B. Bruno, M. Fieremans, E. Rosen, G. Pacione, D. Mogilner, A. 2017. Palliative CT-Guided Cordotomy for Medically Intractable Pain, American Journal Of Neuroradiology, Spine Viitattu 8.12.2018, Saatavilla: <http://www.ajnr.org/content/38/2/387>

Singh, P. Chaturvedi, A. 2015 Complementary and Alternative Medicine in Cancer Pain Management: A Systematic Review. Indian Journal of Palliative Care, India; Viitattu 8.12.2018, Saatavilla: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=53666fee-2b09-4e2a-b503-7394808e938c%40sessionmgr4006>

Stolt, M. Axelin, A. Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto.

Surakka, T. Mattila, K-P. Åstedt-Kurki, P. Kylmä, J. Kaunonen M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö, Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Fioca Oy.

THL. 2015. Turvallinen lääkehoito, Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Inkinen, R & Voimanen, P. Hakoinen, S. (toim.), Tampere: Suomen yliopistopaino Oy

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. (viitattu 29.11.2018). Saatavilla: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vainio, A. Vuorinen E. 2015. Kivun esiintyvyys palliativisessa hoidossa. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliativinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Yurdanur, D. 2012. Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. Croatia: In Tech. Viitattu 2.12.2018. Saatavilla: <https://pdfs.semanticscholar.org/6d85/d51a0df9766a60be3967f431fc65c3d27733.pdf>

LIITTEET



PALLIATIIVINEN
KIVUN HOITO
OPAS

Opas sairaanhoitajaopiskelijoille



2018

Valtteri Andersson, Krista Aaltonen, Danial Avanloo ©

Palliatiivisen potilaan kivun hoito opas

Yleistä tietoa

Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen hoito on potilaan oireenmukaista hoitoa hänen sairastaessaan jotain parantumaton kuolemaan johtavaa sairautta. Palliatiivisella potilaalla elinajanodotteella ei ole aikamääritelmää. Tarkoituksena on kärsimyksen lievittäminen.

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja se ajoittuu ihmisen elämän loppuvaiheille. Yleensä viimeisiin elinviikkoihin tai päiviin.

Suurin potilasryhmä palliatiivisista potilaista ovat syöpäsairauksia sairastavia potilaita.

Palliatiivista- sekä saattohoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi potilaan kotona, laitoksissa, terveyskeskuksien vuodeosastoilla sekä erikoissairaanhoidossa.

Kivun arviointi ja dokumentointi

Onnistuneen kivun hoidon saavuttamiseksi tulee potilaan kipuja arvioida ja muodostaa kipuanamneesi. Potilaan kanssa keskustellaan hänen voinnistaan haastatteleamalla ja tutkimalla. Oleellimmat tiedot ovat:

Kivun alkamisajankohta, sijainti, kivun laajuus; paikallinen, säteilevä. Ajallisuus; jatkuva, kohtausittainen, vuorokausivaihtelut. Kivun luonne, kipua voimistavat tekijät, onko läpilyöntikipua, oheisoireet; pahoinvointi, huimaus jne. Kivun vaikutus toimintakykyyn ja uneen

Arvioinnin pohjalta luodaan kivunhoidon suunnitelma yhdessä potilaan kanssa ja hänen tavoitteitaan ja odotuksiaan kuunnellaan. Kivun hoidon arvioinnissa voidaan käyttää apuna kipumittaria. Lääkehoidon haittavaikutuksista tulee myös keskustella potilaan kanssa.

Kivun tyyppi on myös oleellinen tekijä arvioinnissa lääkityksen valinnan kannalta. Kipu voi olla neuropaattista eli hermovaurio kipua, nosiseptiivista eli kudonvaurio kipua, idiopaattista kipua tai psyykkisistä syistä johtuvaa kipua.

Tärkeää on muistaa kirjata potilaan kuvaus sekä arvio kivusta, jotta hänen kiputilanteestaan saadaan vertailupohjaa, johon hoitojen tehoavuutta voidaan arvioida.

Kivun hoito

Lääketieteellinen hoito

Hoitavan lääkärin vastuulla on määrätä potilaan lääkitys. Sairaanhoidaja toimii lääkehoidon toteuttajana ja tarkkailee lääkityksen vaikutusta ja muutoksia potilaan voinnissa, kuten haittavaikutusten mahdollista ilmaantuvuutta.

Ensisijainen kivun hoito on suun kautta otettava kipulääkitys. Peruslääkkeinä ovat parasetamoli tai tulehduskipulääkkeet, kuten ibuprofeeni. Kohtalaiseen ja vaikeaan kipuun käytetään aina voimakkaita opioideja; yleensä pitkävaikutteista opioideja ja rinnalla läpilyöntikipuihin nopeavaikutteinen opioidi.

Annosmääriä titrataan tarvittaessa vasteen mukaan. Tarvittaessa antoreittiä vaihtelemalla voidaan välttyä haittavaikutuksilta ja saavuttaa tehokkaampi vaste kivunlievitykselle. Hyviä vaihtoehtoisia lääkemuotoja ovat mikstuurat, bukkaalitabletit, resoribletit, depotlaastarit, nenäsumutteet sekä PCA- eli kipupumppu.

Vahvoihin opioideihin liittyy myös haittavaikutuksia, joista yleisimpiä ovat ummetus, pahoinvointi ja huimaus. Opioidi lääkityksen rinnalle aloitetaan aina ulostemassaa pehmittävä lääkitys ja tarvittaessa käytetään suolen toimintaa lisääviä lääkkeitä. Pahoinvointi menee ohi yleensä itsestään muutamassa päivässä lääkityksen aloittamisesta, mutta tarvittaessa voidaan käyttää pahoinvointilääkkeitä.

Saattohoitovaiheessa kipulääkityksellä ei ole enimmäisannosmäärää.

Yleisimpiä opioidi aloitusannoksia

Valmiste	Annos P.O/TD lyhytvaikutteinen	Annos P.O/TD pitkävaikutteinen
Morfiini	10 mg	60 mg
Oksikodoni	5-10 mg	40 mg
Metadoni	ei käytetä	10-15 mg
Fentanylilaastari	ei käytetä	12µg/h

Vanhukset erityisryhmänä

Vanhuspotilailla palliatiivisessa hoidossa kipulääkeannokset ovat yleensä 30-50% pienemmät kuin työikäisillä. Syynä tähän on maksan- ja munuaisten toiminnan heikentyminen, rasvapitoisuuden suhteellinen nouseminen ja elimistön vesimäärän laskeminen. Nämä tekijät vaikuttavat lääkeaineiden imeytymiseen ja metaboliaan.

Erityisesti kivun arvioinnissa dementoivaa sairastavat vanhukset muodostavat erityisryhmänsä. Pitkälle edenneessä dementiaassa potilas ei välttämättä enää pysty sanallisesti kertomaan kivuista vaan hoitajan on osattava tulkita hänen ulkoisia merkkejä. Avuksi on kehitetty PAINAD mittari, jolla voidaan määritellä dementoivaa sairautta sairastavan potilaan kivun voimakkuutta ja luonnetta.

Muita lääketieteellisiä kivun hoito menetelmiä

Palliatiivinen sedaatio

Mikäli potilaan kipuja ei saada hallintaan kipulääkityksellä tai hän kärsii voimakkaasta hengenahdistuksesta tai muista suurta kärsimystä aiheuttavista oireista, voidaan harkita potilaan sedatoimista. Palliatiivisessa sedaatiossa potilaan tajunnantaso alennetaan lääkkeellisesti. Se voidaan toteuttaa eri asteisena ja kestoisena. Pisimpään sedaatiota jatketaan potilaan kuolemaan saakka. Sedaatiota voidaan myös keventää oireiden mukaan. Yleisimmät palliatiiviseen sedaatioon päätyminen indikaatiot ovat

- Hallitsematon delirium
- Hengenahdistus
- Psykkiset syyt
- Kipu
- Oksentaminen
- Verenvuoto, kutina, muut oireet

Sedaation asteet	kevyt	kohtalainen (tajuissaan)	syvä sedaatio	yleisanestesia
reagointi	normaali puhevaste	mielekäs vaste kosketukseen tai puheeseen	mielekäs vaste kipuun	ei vastetta kipuun
spontaani hengitys	normaali	riittävä	voi ajoittain olla riittämätön	ei tavallisesti onnistu
hengitystie	normaali	normaali	mahdollisia ilmatie tukitointia, kuten -nieluputki -leuan kohotus -maski ventilaatio	Usein intubointi, larynxmaski, naamariventilaatio, hengityskone
verenkierto	normaali	normaali	saattaa kevyesti lamaantua	voi tarvita tuke

Palliatiivinen sädehoito

Suurin osa syöpäkipuista aiheutuu luustossa olevista etäpesäkkeistä eli metastaaseista. Tämä lisää myös patologisten murtumien ja selkäydinkompression riskiä. Palliatiivisena toteutetun sädehoidon on todettu vähentävän 70-80%:lla potilaista luustokipua. Joissain tilanteissa potilas saattaa päästä jopa eroon säännöllisestä kipulääkityksestä tai ainakin pystyy vähentämään niiden käyttöä. Näin myös kipulääkkeistä aiheutuvat haittavaikutukset jäävät vähäisemmiksi. Sädehoito toteutetaan pääsääntöisesti ulkoisesti, mutta sitä voidaan myös antaa ontelonsisäisesti tai radioisotooppihoitona. Sädehoito on yksi eniten siedetyin kivun hoitomuoto.

Neurokirurgiset menetelmät

Palliatiivisista syöpäpotilaista jopa 50% kärsii kivuista kipulääkityksestä huolimatta. Syynä tähän saattaa olla opioidien aiheuttamat suuret haittavaikutukset, jolloin potilas ei välttämättä pysty syömään kipulääkkeitä tarvittavilla annoksilla. Tilanteissa voidaan tällöin turvautua neurokirurgisiin menetelmiin. Pääsääntöisesti kirurgisia kivun hoitomenetelmiä käytetään, kun odotettava elinikä on alle 1-2 vuotta. Toimenpiteitä ovat selkäydinkanavaan tai epiduraalitaaloon tehtävät puudutukset sekä erilaiset hermoratojen katkaisut kuten esimerkiksi myelotomia sekä kordotomia, joka on neurokirurgisista toimenpiteistä yleisin. Arviolta peräti 83-86% potilaista saa välittömän avun kipuihin kordotomian jälkeen

ja vaikutukset ovat pitkäaikaisempia puudutuksiin verrattuna.

Lääkkeettömät kivun hoitomenetelmät

Lääkkeettömät kivun hoitomenetelmät voivat yksinään helpottaa potilaan kipua, mutta ne ovat tehokkaimpia yhdistettynä lääkkeelliseen kivun hoitoon. Eri hoitomuotoja ovat mm. asentohoito, hengitysharjoitukset, musiikin kuuntelu, rentoutusharjoitukset, mielikuvaharjoitukset ja fysikaaliset kivun hoitomuodot, kuten lämpö- ja kylmähoito sekä hieronta. Lääkkeettömään kivun hoitoon kuuluu osana myös potilaan psykososiaalisen- ja hengellisen tuen antaminen.

Vaihtoehtohoidot: Hieronta, aromaterapia ja akupunktio

Hieronnalla on osoitettu olevan positiivisia vaikutuksia syöpäkipuihin. Vaikutukset ovat kuitenkin yleisesti lyhytaikaisia.

Aromaterapialla on pystytty vaikuttamaan positiivisesti potilaiden stressiin, uupumukseen ja masentuneisuuteen, jonka seurauksena heidän kivunhallintansa ovat parantuneet. Rajoituksena aromaterapiassa on, että kaikkia siinä käytettäviä valmisteita ei ole tutkittu syöpäpotilailla.

Syöpäkipuista kärsivillä palliatiivisilla potilailla ei ole osoitettu olevan suurta hyötyä akupunktiosta. Tutkimukset osoittavat, että hyödyt rajautuvat enimmäkseen nivelperäisten kipujen lievittymiseen eikä sen vaikutuksista esimerkiksi läpilyöntikipuihin ole kattavasti.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on yleisin kivun hoitoon käytetyistä lääkkeettömistä menetelmistä. Sen tarkoituksena on saada potilas oppimaan tunnistamaan kipuaan ja sen ilmenemistä. Ajatus perustuu ihmisen psykofyysiseen kokonaisuuteen, jossa kivun katsotaan olevan osa aistien ja tunteiden säätelyä, johon liittyy vahvasti potilaan omat ajatukset ja käyttäytyminen.

Potilaalle opetetaan terapeutin opastuksella selviytymiskeinoja kivun kanssa ja tarkkailemaan omaa suhtautumistaan kipuun eri tilanteissa. Jokaisessa vaiheessa terapeutti seuraa potilaan edistymistä.

Tarkoituksena on pystyä käsittelemään ja opettelemaan selviytymiskeinoja yhä vaikeammassa tilanteissa. Kognitiivisen käyttäytymisterapian on osoitettu auttaneen potilaiden kipuihin lyhyellä aikavälillä, mutta jatkuvan kivun hoitoon siitä ei ole riittävästi näyttöä.

Mindfulness

Mindfulness harjoituksissa on tarkoitus käsitellä ja pyrkiä vaikuttamaan potilaan tunne- ja hengelliseen puoleen sekä tarkkailemaan aikaisempia kokemuksia kivusta. Nämä tekijät vaikuttavat ihmisen subjektiiviseen kipukokemukseen. Siinä on tarkoituksena tulla tietoisiksi tunteistaan, joita kehossaan tuntee. Näitä tunteita mielessään käsittelemällä potilas voi oppia hallitsemaan kokemaansa kipua.

TENS-hoito

Hoito on sähköistä neurostimulaatiohoitoa, jossa potilaan lihaksiin johdetaan matala jännitteistä sähköä antureiden välityksellä. Tutkimuksissa on kuitenkin ristiriitaista näyttöä sen tehosta palliatiivisten potilaiden kivun hoidossa, mutta sen on todettu lievittävän vähintään lievää kipua syöpäpotilailla. TENS- hoidossa ja sen käytössä on omat rajoitteensa, mikäli potilaalla on epilepsia, sydämen tahdistin tai kipu on diagnosoimatonta.

Psykososiaalinen- ja hengellinen tuki

Tärkein lääkkeettömän kivunhoidonmuoto palliatiivisilla potilailla on psykososiaalisen tuen antaminen. Hoitohenkilökunnan on tärkeä antaa potilaalle tilaa puhua avoimesti tunteistaan. Näin hän työstää samalla nykyhetkeä itselleen sisäisesti ja oppii käsittelemään tilannettaan. Tällä on vaikutuksia myös potilaan henkiseen jaksamiseen, joka puolestaan vähentää ahdistusta ja sen lieveilmiönä esiintyvää kipua. Hyviä keinoja on keskustella potilaan kanssa hyvää oloa tuovista asioista ja arvostaa mennyttä elämää kuin myös nykyhetkeä. Tärkeää on osata kuitenkin tunnistaa potilaan toimintakykyä rajoittava ahdistus tai masentuneisuus, jolloin olisi syytä konsultoida psykiatrista yksikköä.

Lähteet:

- Anttonen, A. Mäkelä, S. 2015. Palliatiivinen sädehoito. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio A. Antikainen R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Chapman, S. 2011, Spiritual support and its role in end-of-life care, *British Journal of Neuroscience Nursing*, Britannia, Mark Allen Publishing Ltd. Viitattu 10.12.2018
Saataavilla: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=53666fee-2b09-4e2a-b503-7394808e938c%40sessionmgr4006>
- Coelho, A. Parola, V. Cardoso, D. Bravo, M.E. Apostolo, J. 2017. Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal*. Viitattu 10.12.2018. Saataavilla https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2017/07000/Use_of_non_pharmacological_interventions_for.14.aspx
- Forsell M. 2015. Lääkemuodot palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio A. Antikainen R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Heiskanen, T. Hamunen, K. Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. *Duodecim*. Viitattu 10.11.2018. Saataavilla: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10822>
- Heiskanen, T. 2015. Kivun hoitoperiaatteet ja lääkehoito. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio A. Antikainen R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Heiskanen, T. Haakana, S. Koivusalo A-M. 2015. Kipupotilaan tutkiminen ja kivun arviointi. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio A. Antikainen R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Heiskanen, T. 2015. Opioidien kliininen käyttö. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio A. Antikainen R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Heiskanen, T. 2012. Kivun hoito erikoistekniikoin. Helsinki: Finnanest. Viitattu 8.12.2018. Saataavilla: http://www.finnanest.fi/files/heiskanen_kivunhoito.pdf
- Idman, I. 2015. Psykososiaalinen tuki ja psyykkisten oireiden hoito syöpäpotilailla. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J. Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim
- Khadilkar A, Odebiyi DO, Brosseau L. 2008. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain, *University of Ottawa*. Viitattu 8.12.2018, Saataavilla: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003008.pub3/full>
- Kiehelä, L. 2018, Syöpäkivun spinaalinen hoito, Helsinki: Duodecim, Viitattu 8.12.2018 Saataavilla: <https://www.duodecimlehti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/api/pdf/duo14501>
- Maschio, I. 2016, Mindfulness meditation and pain management in palliative care, *European Journal Of Palliative Care*, Iso-Britannia, Hayward medical Viitattu 8.12.2018, Saataavilla: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=53666fee-2b09-4e2a-b503-7394808e938c%40sessionmgr4006>
- Pöyhä, R. 2015. Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio A. Antikainen R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Singh, P. Chaturvedi, A. 2015 Complementary and Alternative Medicine in Cancer Pain Management: A Systematic Review. *Indian Journal of Palliative Care*, India; Viitattu 8.12.2018, Saataavilla: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=53866fee-2b09-4e2a-b503-7394808e938c%40sessionmgr4006>
- Yurdanur, D. 2012. Non-Pharmacological Therapies in Pain Management. Croatia: In Tech. Viitattu 2.12.2018. Saataavilla: <https://pdfs.semanticscholar.org/6d85/d51a0df9786a60be3967f431fc65c3d27733.pdf>