



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Sairaanhoidtajien kokemuksia saattohoitopotilaiden kivusta ja kivunhoidosta

Halme, Emmi  
Immonen, Henri

2016 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

## Sairaanhoitajien kokemuksia saattohoitopotilaiden kivusta ja kivunhoidosta

Halme Emmi  
Immonen Henri  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2016

Halme Emmi, Immonen Henri

### Sairaanhoitajien kokemuksia saattohoitopotilaiden kivusta ja kivunhoidosta

Vuosi 2016 Sivumäärä 44

---

Saattohoidossa korostuu tehokas ja ajoissa aloitettu kivunhoito. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä saattohoitopotilaan kivunhoitoa edistävästä ja heikentävästä tekijöistä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää saattohoitopotilaiden lääkkeellistä kivunhoitoa. Opinnäytetyö on osa Vantaan kaupungin kivunhoidon kehittämishanketta.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Aineisto kerättiin haastattelemalla viittä Vantaan kaupunginsairaalan vuodeosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitukset litteroitiin. Saatu aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

Onnistuneen kivunhoidon kannalta oli tärkeää, että sairaanhoitaja on tietoinen potilaan kivusta. Kivunhoitoa edisti myös sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen, saattohoitopotilaan kivunhoidon erityispiirteiden huomioiminen, työyhteisön toimivuus sekä käytössä olevien resurssien riittävyys. Kivunhoitoa heikentäviä tekijöitä olivat hoidollisen kanssakäymisen vaikeutuminen, potilaan kielteinen suhtautuminen lääkehoitoon, puutteet hyvien hoitokäytäntöjen noudattamisessa, yhteistyösuhteiden ongelmat, resurssien vähäisyys ja henkilökunnan erikoisosaamisen puutteet.

Saattohoitopotilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta arvioituna on ollut usean opinnäytetyön aiheena viime vuosina. Potilaan näkökulmasta tehdylle tutkimukselle on kuitenkin tarvetta. Lisäksi vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaamisen tasoa saattohoidossa olevan potilaan kivunhoidossa olisi tärkeää selvittää.

Asiasanat: saattohoito, kivunhoito, sairaanhoitaja

Halme Emmi, Immonen Henri

**Nurses' views on pain and pain management with end-of-life care patients**

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

---

Pain management that is efficient and on time is emphasised in end-of-life care. The purpose of this thesis was to describe the nurses' experiences of the factors promoting and debilitating pain management in end-of-life care. The objective was to provide knowledge that can be used in developing the pharmacological pain management in end-of-life care. The thesis was made in association with the city of Vantaa.

Theme interview was used as the method for gathering data. The data was collected by interviewing five nurses working on an inpatient ward providing end-of-life care. The interviews were recorded and transcribed. The collected data was analysed using inductive content analysis.

The results show that the nurse's acknowledgement of patient's pain is an important factor in successful pain management. Other factors promoting effective pain management were: nurse's professional competence, observing the special characteristics of pain management in end-of-life care, functionality of the working community and access to sufficient resources. Factors debilitating pain management were: increasing difficulties in nurse-patient interaction, patient's negative attitude towards pharmacological pain management, insufficient following of good nursing practices, problems in work unit cooperation, lack of resources and deficiencies in staff expertise.

In the past years, many theses have studied the nurse's perception of pain management in end-of-life care. There is still a need for further studies discussing the patient's perceptions. In addition, it would be important to assess recent graduates' knowledge of hospice care. Especially pain assessment skills should be studied.

Keywords: end-of-life care, pain management, nurse

## Sisällys

1	Projektin tausta.....	6
2	Yhteys aikaisempiin tutkimuksiin, kirjallisuuteen, ammatilliseen keskusteluun .....	6
3	Saattohoito .....	7
3.1	Saattohoidon oikeudellinen ja eettinen perusta .....	8
3.2	Itsemääräämisoikeus ja hoitotahto.....	9
3.3	Saattohoitopäätös.....	9
4	Saattohoitopotilaan kivunhoito.....	9
4.1	Sairaanhoitajan rooli lääkehoidossa.....	10
4.2	Lääkkeiden annostelureitit .....	10
4.3	Lääkemuodot saattohoitossa .....	11
4.4	Kivun fysiologia.....	11
4.5	Kivun eri muodot .....	12
4.6	Kivun arviointi .....	12
4.7	Kivun lääkkeellinen hoito .....	13
5	Lääkkeellinen kivunhoito .....	14
5.1	Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli .....	14
5.2	Heikot ja keskivahvat opioidit .....	15
5.3	Vahvat opioidit .....	15
5.4	Palliatiivinen sedaatio.....	15
6	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	16
7	Opinnäytetyön toteutus.....	16
7.1	Aikataulu .....	17
7.2	Tiedonhaku.....	17
8	Tulosten esittely .....	18
8.1	Saattohoitopotilaan kivunhoitoa edistävät tekijät.....	18
8.2	Saattohoitopotilaan kivunhoitoa heikentävät tekijät .....	20
9	Pohdinta.....	23
9.1	Tulosten tarkastelu .....	23
9.2	Luotettavuus .....	25
9.3	Eettisyys .....	26
9.4	Jatkotutkimusehdotukset .....	26
9.5	Ammatillisen kehityksen arvio .....	26
	Kuvat .....	32
	Kuviot .....	33
	Taulukot .....	34
	Liitteet .....	35

## 1 Projektin tausta

Tämän opinnäytetyön aiheena on sairaanhoitajien kokemukset saattohoitopotilaiden kivusta ja kivunhoidosta. Opinnäytetyössä keskitytään saattohoitopotilaan lääkkeelliseen kivunhoitoon. Opinnäytetyö on osa Vantaan kivunhoidon LbD-hanketta. Aihe valikoitui tutkijaryhmän mielenkiinnon perusteella Laurea-ammattikorkeakoulun hankeinfossa keväällä 2015. Tarkempi aiheen rajaus tehtiin loppukeväästä yhdessä hoitotyön lehtoreiden Annikki Päällysahon ja Riikka Mulderin kanssa.

Lääkkeellisen kivunhoidon kehittäminen saattohoidossa on tärkeää, koska laadukkaalla kivunhoidolla voidaan parantaa merkittävästi potilaan elämänlaatua, toimintakykyä ja jäljellä olevaa aikaa yhdessä läheisten kanssa (Kokkinen 2013, 361). Kivunhoidon osaaminen on kuitenkin yhä riittämättömällä tasolla (Anttonen, Erjanti, Grönlund & Kiuru 2014, 6). Oikeus kivuttomuuteen sekä oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan ovat jokaiselle kuuluvia perusoikeuksia, jotka on määritelty YK:n kuolevan oikeuksien julistuksessa jo vuonna 1975. Kuolevalla potilaalla on myös kaikkien muiden potilaiden tavoin oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) ja sairaanhoitajilla on velvollisuus lievittää potilaan kärsimystä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994, Sairaanhoitajan eettiset ohjeet). Etenen (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta) varapuheenjohtajan mukaan kuolevan potilaan kohtelu on lääkintätaidon humanisuiden koetinkivi ja jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari (Etene 2001, 25). Terhokodin ylihoitajan Mirja Sisko Anttosen mukaan kuolevan potilaan hoitoa tulee arvioida ja tutkia. Kuolevan potilaan hoito voisi Anttosen mielestä olla lääke- tai ravitsemushoidon kaltaista osaamisaluetta. Hoidon onnistumisen kriteereinä voivat toimia esimerkiksi potilaan yksilöllisten tarpeiden toteutuminen sekä oireiden lieventyminen. (Anttonen 2008, 52, 57.)

## 2 Yhteys aikaisempiin tutkimuksiin, kirjallisuuteen, ammatilliseen keskusteluun

Suomessa kuolee vuosittain noin 50 000 ihmistä (Tilastokeskus 2014). Käypä hoito-ohjeissa oireenmukaista hoitoa suositellaan kaikille kuoleville potilaille sairaudesta ja lähestyvistä kuolemasta aiheutuvien psyykkisten ja fyysisten oireiden lievittämiseksi (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Vuonna 2011 saattohoitoon varatuilla paikoilla hoidettiin koko Suomessa 3090 potilasta, heistä kolmannes saattohoitokodeissa (Etene 2012, 7).

Saattohoidon puutteellinen tilanne on ollut esillä myös julkisuudessa (Yle-uutiset 7.3.2012). Ongelmiksi on mainittu puutteellinen taustaorganisaatio ja hoidon sisällön kirjavuus. Lääkärit ovat toivoneet saattohoitoa koskevaa lainsäädäntöä, mutta toistaiseksi tämä on jäänyt toteutumatta. Yhtenä merkittävänä tekijänä palliatiivisen lääketieteen ja hyvän hoidon estymiseen on mainittu alaa koskevan tiedon ja koulutuksen puutteet (Tyynelä-Korhonen 2013, 379). Eri-

tyisesti kivunhoito on mainittu osa-alueeksi, jolla osaaminen on riittämätöntä (Anttonen ym. 2014, 6). Haasteellisia osa-alueita ovat olleet kivun luonteen arviointi, oikean lääkkeen ja annoksen valinta sekä riittävä seuranta. Lääkkeitä ei käytetä riittävästi tai oikea-aikaisesti (Hänninen 2013, 31). Kipua on kuitenkin mahdollista hallita palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla yksinkertaisin lääkkeellisin keinoin, potilaan tuntemuksia kuunnellen ja seuraten. Hyvän hoidon perusta on kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen. (Hamunen, Heiskanen & Hirvonen 2013, 385, 391.)

Suomessa kaikki kansalaiset kuuluvat julkisen terveydenhuollon piiriin, joten saattohoidon kehittämiseksi on Suomessa hyvät mahdollisuudet (Etene 2001, 25). Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta Etene on tutkinut suomalaisen saattohoidon kehittymistä järjestelmällisesti vuodesta 2001. Etenen vuoden 2012 kannanotossa todetaan, että saattohoidon suunnitelmallisuus on Suomessa kehittynyt vuosien 2001-2012 välisenä aikana, mutta silti moni potilas jää vaille tarvitsemaansa saattohoitoa. Kolmella neljästä sairaanhoitopiiristä oli saattohoitosuunnitelma ja suunnitelmissa korostui laadukas kivunhoito ja muu oireiden mukainen hoito. (Etene 2012, 6, 16.) Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2010 kansalliset saattohoitosuositukset, joiden tarkoitus on edistää hyvän ja yhdenvertaisen saattohoidon toteutumista Suomessa (STM 2010). Suositusten taustalla oli huoli saattohoidon laadun vaihtelevuudesta kansallisella tasolla. Kuolevan potilaan oireiden hoidosta on olemassa myös Käypä hoito-suositukset, jotka korostavat tehokkaan ja ajoissa aloitetun kivunhoidon merkitystä kuolevaa potilasta hoidettaessa (Kuolevan potilaan oireiden hoito, 2012). Kansainvälisesti tärkeimmät saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa määrittävät sopimukset ja suositukset ovat Euroopan ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Euroopan neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla (24/2010).

Saattohoitopotilaita on käytetty tutkimuksen tiedonantajina tutkittaessa saattohoitopotilaiden toivoa ja sitä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä (Hävölä, Kylmä & Rantanen 2015, 132-147) sekä tutkittaessa saattohoitopotilaiden kokemuksia kotisaattohoidosta (Kauppo 2012). Ulkomaisissa tutkimuksissa saattohoitopotilaan kipukokemuksia on tutkittu myös potilaan näkökulmasta. Tutkimukset osoittavat, että saattohoitopotilaiden kokema kipu vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja vaikeuttaa muiden oireiden hoitoa. (Black ym. 2011, 880-899.) Kuolemaa lähestyvän kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää luovien lähestymistapojen käyttöä kivunhoidossa, kivun arvioinnissa ja kivun ymmärtämisessä. Olemassa olevia kivunarviointimenetelmiä tulisi käyttää ja uusia arviointimenetelmiä kehittää. (Middleton-Green 2008, 41-46.)

### 3 Saattohoito

Elämän loppuvaiheen oireenmukaisesta hoidosta käytetään käsitteitä palliatiivinen hoitotyö, saattohoito sekä terminaalinhoito. Käsitteet ovat osittain päällekkäisiä. (Etene 2004, 6.) Pal-

liatiivinen hoito käsittää kaikkien etenevien pahanlaatuisten sairauksien oireenmukaisen hoidon (Anttonen & Hänninen 2008, 23). Terminaalihoidolla ja saattohoidolla (terminal treatment, hospice care) viitataan kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoon (Lääketieteen termit 2016, 1091). Tyypillisiä saattohoitopotilaita ovat syöpäpotilaat, keuhkohtaumapotilaat, keuhkojen- tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavat potilaat, sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat sekä eteneviä hermo-lihassairauksia sairastavat potilaat (Lindström 2013, 430.)

### 3.1 Saattohoidon oikeudellinen ja eettinen perusta

Saattohoidon oikeudellinen perusta pohjaa perustuslain (731/1999) perusoikeuksiin sekä terveydenhuollon perussäännöksiin, kuten lakiin potilaan itsemääräämisoikeudesta (785/1992, 6§). Eettistä toimintaa ohjaa laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä, jossa määritellään ammattieettiset velvollisuudet (559/1994, 15§). Ammattitoiminnan määritellään olevan terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen tähtävää, sairauksia ehkäisevää, sairaita parantavaa ja heidän kärsimystään lievittävää. Ammattitoiminnassa on sovellettava yleisesti hyväksytyttä sekä kokemusperäisesti perusteltuja koulutuksensa mukaisia menettelytapoja, joita tulee pyrkiä jatkuvasti täydentämään. Lisäksi potilaalle koituvat hyödyt ja haitat tulee ottaa tasa-arvoisesti huomioon ammattitoiminnassa.

Eettisesti hyvän hoidon periaatteet ovat hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. Saattohoidossa hyvän tekeminen on kärsimyksen lievittämistä ja hyvinvoinnin lisäämistä. Saattohoidossa keskeisiä hoitotyötä ohjaavia arvoja ovat ihmisarvon kunnioittaminen sekä tasa-arvoinen kohtelu. Ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa hyvän hoidon antamista sekä potilaan mielipiteiden ja toiveiden kunnioittamista. Tasa-arvoisuus merkitsee kaikkien potilaiden yhdenvertaista kohtelua riippumatta potilaan uskonnosta, iästä tai sukupuolesta. Myös saattohoidossa tulee huomioida ihmisen oikeus elämään. Saattohoidossa oikeus elämään voidaan nähdä elämän vähimmäisedellytysten turvaamisena. Ihmisarvoinen kohtelu ei pääty kuolemaan. (Etene 2004, 7.)

Kuolevan potilaan oikeudet on määritelty myös YK:n kuolevan oikeuksien julistuksessa (YK 1975) sekä Maailman lääkäriliiton (WMA 2011) julistuksessa saattohoidosta. Julistuksessa todetaan, että asianmukaisen saattohoidon ei tulisi olla etuoikeus vaan perusoikeus riippumatta henkilön iästä tai muista tekijöistä. Hyvä oireiden hoito elämän loppuvaiheessa kuuluu olennaisesti hyvään lääkehoitoon. Keskeistä on kivun sekä muiden fyysisten oireiden lievittäminen sekä potilaan sosiaalisiin, psykologisiin ja henkisiin tarpeisiin vastaaminen.



### 3.2 Itsemääräämisoikeus ja hoitotahto

Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6§). Potilaalla on oikeus kieltäytyä myös sellaisesta hoidosta, jonka toteuttamatta jättäminen johtaa potilaan kuolemaan tai vammautumiseen. Mikäli potilaan päätöksentekokyky on heikentynyt, tulee hoidossa noudattaa hänen mahdollisesti aiemmin laatimaansa hoitotahtoa. Mikäli hoitotahtoa ei ole laadittu eikä potilas kykene itse päättämään hoidosta, tulee hoitamista tai hoitamatta jättämisestä varten saada laillisen edustajan tai lähiomaisen suostumus. Suostumuksen antajan tulee huomioida potilaan etu sekä potilaan tahto, mikäli potilas on sen aiemmin ilmaissut. Hoitotahto ilmaisee sen, miten potilas haluaa tulla hoidetuksi elämänsä loppuvaiheessa. Hoitotahto on ajankohtainen silloin, kun potilas ei enää itse kykene ilmaisemaan tahtoaan siitä miten haluaa itseään hoidettavan. Hoitotahto voi olla kirjallinen tai suullinen ilmaisu koskien elämän pitkittämistä erilaisten hoitotyön menetelmien avulla. Kirjallinen hoitotahto on luotettavin tapa ilmaista tahdon vakaus. (Etene 2004, 8-9.)

### 3.3 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöksellä tarkoitetaan hoidon linjaamista. Hoitolinjaus määritellään yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Päätös tehdään usein erikoissairaanhoidossa, mutta linjausten mukaista hoitoa annetaan terveydenhuollossa, kotisairaanhoidossa, vanhustenhoitoyksiköissä sekä saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78-79.) Saattohoitopäätös on päätös siirtyä parantavasta hoidosta oireiden hoitamiseen. Saattohoitopäätöksen tekeminen on tärkeää, jotta potilasta voidaan säästää turhalta kivulta ja kärsimykseltä elämän loppuvaiheessa. Päätös tulee kirjata tarkasti potilaan tietoihin, jotta se kaikkien hoitoyksiköiden käytettävissä. (Etene 2004, 10-11.) Saattohoitopäätös antaa sairaanhoitajalle mahdollisuuden asettua selkeämmin potilaan ja omaisten tueksi. Hoidon linjaaminen myös vähentää sairaanhoitajan mahdollisesti kokemaa ristiriitaa sellaisissa hoitosuhteissa, joissa sairaanhoitaja on kokenut parantavat hoidot potilaan kannalta hyödyttömiksi. (Anttonen ym. 2008, 25, 51.)

## 4 Saattohoitopotilaan kivunhoito

Fyysistä, psyykkistä ja eksistentiaalista kipua on usein mahdotonta erottaa toisistaan. Kipua täytyykin arvioida ja hoitaa paitsi fysiologisenä oireena, myös psyykkisenä ja hengellisenä kärsimyksenä. Kipukokemukseen sekä kivun ilmaisemiseen vaikuttavat potilaan kipuun liittämät merkitykset. (Hänninen 2003, 75.) Potilas pystyy harvoin erittelemään kivun ja ahdistuksen eriyttä. Esimerkiksi potilaan perhetilanne voi vaikuttaa potilaan kokemaan kipuun voimistavasti. (Hänninen 2015, 51.) Saattohoitopotilaan oireita hoidetaan parhaan mukaan, jäljellä olevaa

elinaikaa kunnioitetaan ja kuolemasta pyritään tekemään niin potilaalle, kuin omaisille vähemmän tuskallinen. (Vainio 2009, 13-14.) Kärsimyksen lievittämisen tärkeimpiä keinoja ovat keskustelu potilaan ja omaisten kanssa sekä riittävä kipulääkitys (Hänninen 2015, 51).

#### 4.1 Sairaanhoitajan rooli lääkehoidossa

Potilaan lääkehoidon tarve määräytyy lääketieteellisen diagnoosin ja sairauden aiheuttamien haittojen perusteella. Lääkehoidon tarvetta arvioidaan yhdessä potilaan kanssa. Hoitajan ja lääkärin yhteistyö kuitenkin korostuu, mikäli potilas ei pysty kommunikoimaan. Hoitajien havainnot ovat tärkeitä, koska hoitajat seuraavat potilaan vointia enemmän kuin lääkärit. Potilas on ensisijainen tiedonantaja eikä potilaan näkemystä tulisi syrjäyttää vaikka hänen kommunikointikykynsä olisivat heikentyneet. Potilaan omaiset ovat toissijaisia tiedonantajia. Hoitaja kerää potilaasta objektiivista informaatiota havainnoimalla potilaan käyttäytymistä ja vie tietoja potilaan voinnista lääkärille. Lääkäri tekee lääkitsemispäätöksen ja antaa lääkemääräyksen suullisesti tai kirjallisesti. Potilaalle voidaan määrätä myös lääkkeitä, joita käytetään vain tarvittaessa tiettyyn oireeseen. (Huupponen, Huupponen, Kaukkila, Tornainen & Veräjänkorva 2010, 102-104.)

Sairaanhoitajan lääkehoidon osaamiseen kuuluu eri vaiheita; lääkehoidon tarpeen määrittäminen, päätöksenteko, lääkehoidon toteuttamisen suunnittelu, lääkehoidon toteuttaminen sekä lääkehoidon arviointi. Asiantuntevan sairaanhoitajan työskentelyssä eri vaiheet muodostavat kokonaisuuden eikä niitä voi erottaa toisistaan. Sairaanhoitajan työskentelyyn lääkehoidossa kuuluvat toiminnot, joita hän tekee lääkärin antamien määräysten perusteella, sekä toiminnot joita hän tekee yhteistyössä muiden hoitohenkilökunnan jäsenten kanssa. Lisäksi lääkehoitoon kuuluvat sairaanhoitajan itsenäisesti toteuttamat toiminnot, jotka perustuvat hänen omaan asiantuntijuuteensa sekä potilaan tuntemiseen. (Huupponen ym. 2010, 104.)

Lääkehoidossa voi olla mukana useita eri toimijoita. Potilaan omaiset voivat asettaa odotuksia potilaan lääkitykseen liittyen. Omaisilla voi olla epäilyjä lääkityksen tehosta ja soveltuvuudesta. Ristiriitoja voi syntyä sairaanhoitajien välille tai hoitajan ja lääkärin välille. Sairaanhoitajan on tehtävä ratkaisuja tilanteen edellyttämällä tavalla potilaan parasta ajatellen. (Huupponen ym. 2010, 90-93.)

#### 4.2 Lääkkeiden annostelureitit

Lääkemuodot voidaan jakaa annostelureitin mukaan enteraaliseen- ja parenteraaliseen käyttöön soveltuviin lääkeaineisiin. Enteraalinen lääkehoito tarkoittaa maha-suolikanavaan annosteltavaa lääkehoitoa. Parenteraalisesti annosteltavat lääkemuodot annostellaan muualle kuin ruoansulatuskanavaan. Parenteraalisesti annostellun lääkkeen vaikutus on tehokkaampi kuin

enteraalisesti annostellun lääkeaineen. Parenteraaliset injektiot annostellaan joko lihakseen eli intramuskulaarisesti (i.m), laskimoon eli intravenoosisti (i.v) tai ihon alle eli subkutaanisesti (s.c). (Huupponen ym. 2010, 58-61, 114.) Ihon alle injektoitava lääke imeytyy hitaammin ja tasaisemmin kuin lihakseen tai laskimoon annosteltuna. Lihakseen annosteltu lääke imeytyy nopeammin kuin ihonalaiskudokseen annosteltuna. Laskimonsisäisen annostelun etuina ovat nopea vaikutus eli vaste ja tasainen lääkeainepitoisuus verenkierrrossa. Annostelu laskimon kautta sopii käytettäväksi potilailla, jotka eivät kykene ottamaan lääkettä suun kautta. Lääkettä voidaan annostella suonensisäisesti jatkuvana nesteensiirtona eli infuusiona tai boluksena eli kerta-annoksena. (Huupponen ym. 2010, 131-132, 136, 145.)

#### 4.3 Lääkemuodot saattohoidossa

Saattohoidossa olevan potilaan kipua pyritään hoitamaan ensisijaisesti suun kautta annosteltavilla lääkkeillä. Nieltävien tablettien sijaan voidaan tarvittaessa käyttää liuoksia tai poskien limakalvoilta imeytyviä vaihtoehtoja. Opioidoja voidaan annostella myös pitkävaikutteisella depotlaastarilla. Laastarit eivät sovellu akuutin kivun hoitoon. (Forsell 2015, 312.) Lääkeannostelijan käyttöön voidaan siirtyä kun suun kautta annostelu ei ole enää mahdollista. Lääkeannostelija on lääkeinfuusiopumppu, joka annostelee lääkkeen tasaisena infuusiona potilaalle. Yleensä lääkeinfuusion antoon käytetään subkutaanista antoreittiä, mutta myös lihaksen tai suonensisäinen annostelu on mahdollista. Lääkeannostelijaa voidaan käyttää sairaalassa tai kotiooloissa. (Marjamäki, E. 2015, 313.) Kipua hoidetaan ensisijaisesti lääkkeillä, mutta potilas voi hyötyä myös kipuädehoidosta. Kipuädehoidon tarkoituksena on lievittää kasvaimesta aiheutuvia oireita. Kipuädehoito on yleensä hyvin siedettyä ja sen avulla voidaan merkittävästi parantaa joidenkin potilaiden elämänlaatua. (Anttonen & Mäkelä 2015, 387.)

#### 4.4 Kivun fysiologia

Kivun tuntemuksen prosessi alkaa hermopäätteen sähkökemiallisesta aktivoitumisesta kudokseen kohdistuvan mekaanisen, kemiallisen tai lämpöenergiaärsyksen johdosta. Tämä johtaa monimutkaisten sähköisten ja kemiallisten tapahtumien kautta subjektiiviseen kivun kokemukseen. Tämä prosessi voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: transduktioon, transmissioon, modulaatioon ja perseptioon. Transduktiolla, eli nosiseptorin aktivoitumisella, tarkoitetaan tapahtumaa jossa hermopäätteet aktivoituvat sähkökemiallisesti jonkin ärsyksen vaikutuksesta. Transmissiossa hermosolut kuljettavat kipuviestin keskushermoston osiin, joissa kipua voidaan aistia. Kipuviesti kulkee ärsytetystä kudoksesta ensin selkäyttimeen, josta selkäytimen välittäjäneuronit kuljettavat viestin aivorunkoon ja talamukseen, josta se lopulta päättyy aivokuorelle. Kipuviesti voi myös muuntua hermostossa. Tästä käytetään termiä modulaatio. Erilaiset tekijät, kuten stressi tai kipulääkkeet muuntavat kipuviestin voimakkuutta heikompaan tai vahvempaan. Tämä tapahtuu keskushermoston inhibitoristen ratojen vaikutuksesta.

Nämä inhibitoriset radat estävät tai kiihdyttävät kipua välittävien hermosolujen toimintaa selkäytimessä. Lopulta kipuviesti aiheuttaa kipua välittävien neuronien aktivoitumisen aivoissa ja subjektiivisen kivun tunteen. Tästä vaiheesta käytetään termiä perseptio. (Kalso & Kontinen 2009, 76.)

#### 4.5 Kivun eri muodot

Kivun yleisimmät luokittelumenetelmät ovat luokittelu kudostyyppin tai ajallisen keston mukaan. Kudostyyppin perusteella luokitellessa kipu jaetaan nosiseptiiviseen somaattiseen kipuun (kudosvaurion aiheuttama kipu, esimerkiksi luustoetäpesäkkeet), nosiseptiiviseen viskeraaliseen kipuun (onttojen elinten sekä sileän lihaksen venytyksestä johtuva kipu), neuropaattiseen kipuun (hermovaurioon liittyvä kipu) sekä idiopaattiseen kipuun, joka on tuntemattomasta syystä aiheutuvaa kipua. (Hagelberg & Heiskanen 2015, 47-48.) Ajallisesti kipu voidaan jaotella krooniseen kipuun, johon kuuluu kaikki pitkäaikainen kipu (myös lääkittynä) sekä äkilliseen kipuun, kuten läpilyöntikipu. Tällä tarkoitetaan äkillisesti alkavaa, suhteellisen lyhytkestoista kipua. (Hänninen 2003, 73, 85.) Tyypillistä läpilyöntikivulle on kohtauksittainen esiintyminen. Sitä voi esiintyä ilman ärsykettä tai jonkin ärsykkeen vaikutuksesta. Syöpäsairauksien aiheuttamista kivuista kärsivillä läpilyöntikipu on tavallista. Läpilyöntikipua esiintyy vaikka syöpäkivut olisivat säännöllisellä kipulääkityksellä muutoin hoidossa. (Heiskanen 2015, 62-64.)

#### 4.6 Kivun arviointi

Kivun arviointi on sekä lääkärin että sairaanhoitajan vastuulla. Kivun arvioinnin tulee olla kokonaisvaltaista ja kipua arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota myös psyykkis-emotionaalisten, hengellisten ja sosiaalisten ongelmien aiheuttamien kipujen tunnistamiseen. Tärkeintä arvioinnissa on potilaan tärkeimpien oireiden ja eniten puuttumista vaativien ongelmien tunnistaminen. On tärkeää ymmärtää, että kipu ja kivun pelko aiheuttavat kuolevalle potilaalle ahdistusta, joka puolestaan lisää kärsimystä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57.)

Kivun arvioinnissa käytetään potilaan tutkimisen, haastattelun ja tarkkailun lisäksi erilaisia apuvälineitä. Mitä vaikeampi potilaan kiputila on, sitä tiheämmin kipua arvioidaan. Arvioinnissa käytetään koko ajan samaa asteikkoa ja arviointi kirjataan tarkasti. (Kotovaino & Mäenpää 2013, 664.) Arvioinnissa käytettäviä apuvälineitä ovat esimerkiksi numeerinen asteikko (VAS-asteikko), jossa nolla tarkoittaa kivutonta ja kymmenen pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. Tämä on yleisesti visuaalisissa mittareissa käytetty asteikko. Toinen yleinen kipuasteikko on VRS-asteikko, jossa kivun tasoa kysytään potilaalta suullisesti 0 ollessa “kipua ei ole lainkaan”, edeten 1 = “kipu on lievää”, 2 = “kipu on kohtalaisen voimakasta”, 3 = “kipu on voimakasta” ja 4 = “kipu on sietämättömän voimakasta” (Kalso & Kontinen 2009, 55).

Potilaan pitkälle kehittynyt muistisairaus tai sekavuus voi tehdä saattohoitopotilaan kivun arvioinnista haastavaa. Kyky ilmaista kipua voi olla rajoittunut, jos verbaalinen itsensä ilmaisu ja kyky hahmottaa tuntemuksia ovat heikentyneet. Kivun tunnistamiseen ja onnistuneeseen hoitoon vaikuttavat hoitohenkilökunnan kyky tunnistaa potilaan kipu ilmeistä ja eleistä sekä hoitohenkilökunnan ja omaisten uskomukset ja asenteet. Arviointiin tarvitaan tietoa päivittäisistä tilanteista, kuten peseytymisestä, pukeutumisesta, liikkumisesta tai asennon vaihdosta, syömisestä ja erittämisestä. Tällöin kivun havainnoinnissa voidaan käyttää apuna esimerkiksi PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) asteikkoa, joka on kehitetty loppuvaiheen dementian kivun tunnistamisen ja vaikeusasteen määrittämisen tueksi. (Finne-Soveri & Hagelberg 2015, 82-83.)

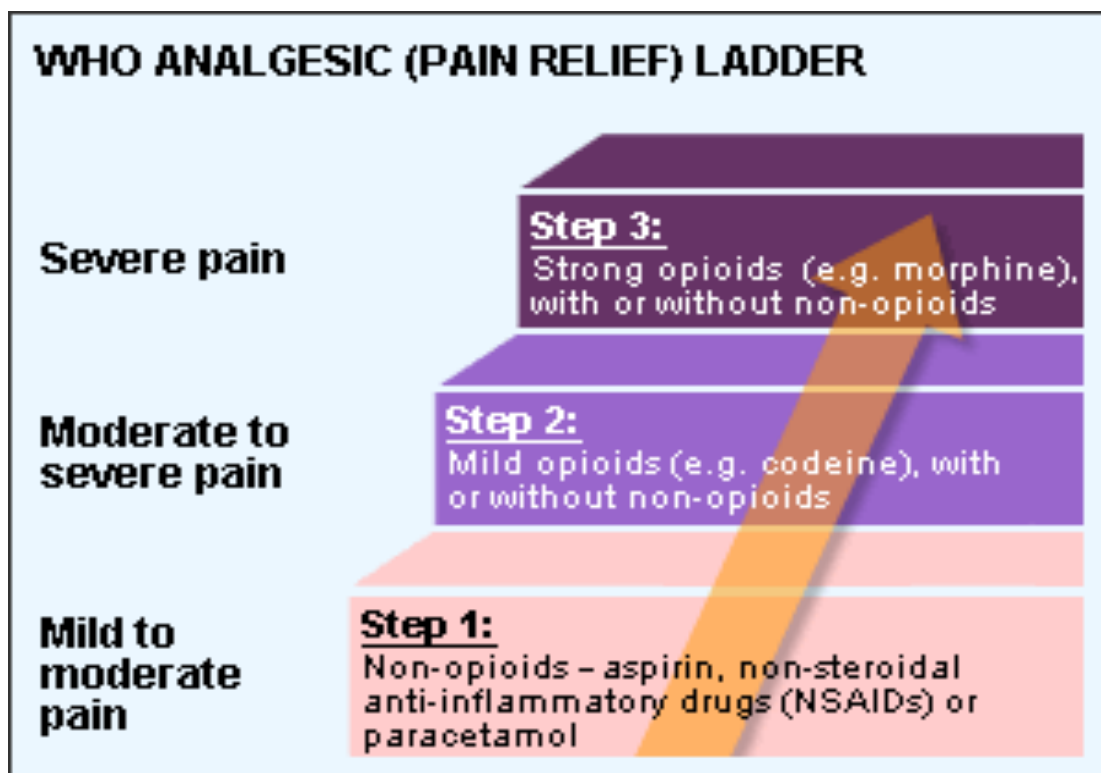
## PAINAD score

Items*	0	1	2	Score
Breathing independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation.	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-Stokes respirations.	
Negative vocalization	None	Occasional moan or groan. Low-level speech with a negative or disapproving quality.	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying.	
Facial expression	Smiling or inexpressive	Sad. Frightened. Frown.	Facial grimacing.	
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting.	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out.	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch.	Unable to console, distract or reassure.	
<b>Total**</b>				

Kuva 1: PAINAD-mittari

### 4.7 Kivun lääkkeellinen hoito

WHO on laatinut kivunhoidon porrastuksen, jonka mukaan kivun hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeistä ja siirtyminen vahvoihin kipulääkkeisiin tapahtuu asteittain. Porrastus on luotu erityisesti syöpäkivun hoitoon, mutta on sovellettavissa saattohoitoon yleisesti. Suomessa asteikon keskiaskelma, eli heikot opioidit, ovat vähäisessä käytössä syöpäkivun hoidossa (Heiskanen 2015, 62).



Kuva 2: WHO:n kivunhoidon portaat

Syöpäsairauksien aiheuttamaa voimakasta kipua lääkitään opioideilla, jotka ovat yleisesti käytettyjä vahvoja kipulääkkeitä. Kivunhoidon onnistumisen kannalta lääkkeen aloittaminen ajoissa ja lääkeannoksen sovittaminen potilaalle yksilöllisesti on tärkeää. Pitkävaikutteiset kipulääkkeet ovat hyvä perusta kivun hoidolle, jota voidaan tukea lyhytvaikutteisilla kipulääkkeillä läpilyöntikivun hoidossa. Yleisesti käytettyjä vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni ja fentanyl. (Heiskanen 2015, 62-64.)

## 5 Lääkkeellinen kivunhoito

### 5.1 Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli

Tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia käytetään palliatiivisessa hoidossa yksinään lievän tai kohtalaisen kivun hoitoon. Niitä voidaan myös käyttää tehostamaan opioidien vaikutusta. Tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli muodostavat WHO:n kivunhoidon portaiden alimman tason. Tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää muiden lääkkeiden rinnalla, mikäli niiden käytölle ei ole vasta-aihetta. (Kontinen 2015, 59.)

## 5.2 Heikot ja keskivahvat opioidit

Opioidit ovat keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä. Niiden kivunhoidollinen teho on tulehduskipulääkkeisiin verrattuna huomattavasti suurempi. Kroonisen kivun hoidossa opioideja pyritään välttämään, sillä ne aiheuttavat riippuvuutta. Saattohoitovaiheessa tällä ei kuitenkaan ole merkitystä, esimerkiksi syöpäpotilaille harvoin kehittyy riippuvuutta opioideihin. (Vainio 2009.)

Heikot ja keskivahvat opioidit kuten tramadoli, kodeiini ja buprenorfiini muodostavat WHO:n kivunhoitoportaikon toisen askelman. Yksinään ne eivät riitä kovan kivun hoitoon. Heikoilla opioideilla on kattovaikutus sekä maksimiannokset (Kokkinen 2013, 364.) Keskivahvaksi opioidiksi luokitellaan buprenorfiini. Käyttöä rajoittavat buprenorfiinin sivuvaikutukset, joiden vuoksi harva potilas sietää suuria annoksia. Käyttö on kuitenkin toisinaan perusteltua. Buprenorfiini sopii esimerkiksi nielemisvaikeuksista kärsiville potilaille, joilla ei ole tarvetta vahvoille opioideille. (Hänninen 2003, 94-95.)

## 5.3 Vahvat opioidit

Kivun hoidossa käytettäviä vahvoja opioideja ovat morfiini, hydromorfon, oksikodoni, fentanyyli ja metadoni. Annos säädetään jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Tavoitteena on löytää pienin mahdollinen morfiiniannos, jolla potilas saadaan kivuttomaksi ja haittavaikutukset minimaalisiksi. Sivuvaikutuksia ovat esimerkiksi pahoinvointi, väsymys ja ummetus. Lääke pyritään antamaan potilaalle suun kautta otettavina tabletteina tai oraaliliuoksena. Lihakseen annettavat pistokset ovat usein epämiellyttäviä, koska saattohoitopotilailla lihasmassaa on vain vähän. Riittäväillä annoksilla suun kautta otettavat lääkkeet ovat yhtä tehokkaita kuin injektiot. Mikäli potilas ei pysty nielemään, voidaan morfiinia tai oksikodonia antaa ihonalaisena infuusiona. Ihonalaiseen infuusioon voidaan tarvittaessa lisätä tukilääkkeitä, kuten haloperidolia pahoinvoinnin estämiseksi. Kipupumppu mahdollistaa myös läpilyöntikipuja kurissa. Fentanyylilaastari on ihonalaisen infuusion vaihtoehto jos peruskipujen hoito on hyvin hallinnassa. Laastari ei sovi tilanteisiin, joissa kivun ajankohta vaihtelee paljon. Morfiinia voidaan myös antaa suonensisäisenä kestoinfuusiona. Annosmäärä on yksilöllinen ja tiputusnopeutta säädetään kipuvasteen mukaan. (Kokkinen 2013, 366.)

## 5.4 Palliatiivinen sedaatio

Palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan potilaan tajunnantason alentamista lääkkeellisesti vaikeiden oireiden hallitsemiseksi. Tarkoituksena on pitää sedaatio mahdollisimman kevyenä, jolloin se ei lamaa hengitystä. Palliatiivisen sedaation toteutuksesta ja etiikasta on laadittu

yleisohjeet Euroopan palliatiivisen hoidon ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistysten asiantuntijaryhmien toimesta. (Pöyhiä 2015, 265, 270.)

## 6 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaanhoitajien näkemyksiä saattohoitopotilaan kivunhoitoa edistävästä ja heikentävistä tekijöistä. Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää saattohoitopotilaiden lääkkeellistä kivunhoitoa.

Opinnäytetyö vastaa seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitkä tekijät edistävät saattohoitopotilaan kivunhoitoa?
2. Mitkä tekijät heikentävät saattohoitopotilaan kivunhoitoa?

## 7 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Vantaan kaupungin sairaalapalveluiden kanssa. Työelämän yhteyshenkilönä toimi Katja Blomberg. Opinnäytetyön toteutettiin ilman rahoitusta eivätkä opinnäytetyön tekijät tai haastatteluihin osallistuneet saaneet korvausta osallisuudestaan.

Opinnäytetyö toteutettiin haastattelututkimuksena. Tutkimukseen osallistui yhteensä viisi sairaanhoitajaa, joilla oli kokemusta saattohoidosta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Aineistolähtöisessä sisällönanalysissä luodaan sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon, jotta aineiston perusteella voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Sarajärvi & Tuomi 2013, 108.)

Haastateltaviksi valittiin osastolla vakituisesti työskenteleviä henkilöitä, joilla oli työkokemusta saattohoito-osastolta yhdestä vuodesta lähes 20 vuoteen. Opinnäytetyön suunnitelmaa esiteltiin osastolla 15.12.2015, jolloin käytiin läpi opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja toteutus. Haastattelupäiväksi valittiin tutkimusluvan hyväksymisen jälkeen 13.1.2016. Sairanhoitajien haastatteluiden jälkeen aiherajausta muutettiin. Tämä päätös tehtiin, sillä tutkittavaksi soveltuvia potilaita ei ilmoittautunut aikarajojen sisällä. Muutoksen johdosta Vantaan kaupungille tehtiin lisäselvitys opinnäytetyön aiheen muutoksesta.

Haastateltavilla oli etukäteen mahdollisuus tutustua tutkimussuunnitelmaan, jonka liitteenä oli saatekirje (Liite 1) ja haastattelukysymykset (Liite 2). Haastattelun alussa jokaiselta haastateltavalta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Lisäksi kerrattiin



tutkimuksen tarkoitus ja tavoite sekä käytiin haastattelun kulku läpi. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelujen kesto oli keskimäärin 15 minuuttia. Haastattelutilanteissa molemmat opinnäytetyön tekijät olivat läsnä. Haastattelut nauhoitettiin ja osallistujille annettiin kirjainkoodi A-E, jotta haastateltavaa ei pysty tunnistamaan. Aineisto litteroitiin, jonka jälkeen nauhoitukset hävitettiin. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 16 sivun verran. Litteroitu aineisto järjestettiin haastattelukysymysten mukaisesti. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin. Pelkistysten pohjalta luotiin alaluokkia, jotka jaettiin tutkimuskysymysten mukaisesti kivunhoitoa vahvistaviin ja heikentäviin tekijöihin. Tutkimuskysymysten ulkopuolelle jäänyttä tietoa hyödynnettiin pohdintaosuudessa.

### 7.1 Aikataulu



Kuvio 1: Aikataulu

### 7.2 Tiedonhaku

Opinnäytetyön lähdeaineita etsittiin Laurea-ammattikorkeakoulun kampuskirjastosta ja Helsingin yliopiston terveystieteiden keskuskirjastosta. Tietoa etsittiin manuaalisesti sekä kirjastojen tietokantoja selaamalla. Internet-lähteistä hyväksyttiin vain virallisten organisaatioiden verkkosivuja. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa systemaattisessa tiedonhaussa keskityttiin etsimään saattohoitopotilaan kokemuksia kuvaavia tutkimuksia. Tiedonhaku tehtiin yhteistyössä informaation kanssa. Suomenkielisille asiansanoille haettiin vastineita Redfox Master ja MOT-verkkosanakirjojen avulla. Tietoa etsittiin Nelli-portaalin kautta ja hakusanoina käytettiin hospice care, end-of-life care, patients' experiences sekä saattohoito, lääkkeellinen ki-

vunhoito ja kokemuksellisuus. Projektivaiheessa keskityttiin etsimään sairaanhoitajan näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia. Tiedonhaku varten asiasanat määriteltiin opinnäytetyön otsikon ja tutkimuskysymysten perusteella. Aineistohaussa valittiin mukaan lääketieteellisiä ja hoitotieteellisiä tutkimusartikkeleita. Tietoa haettiin kokoteksteistä suomeksi hakusanoilla saattohoito, palliatiivinen hoito ja kivunhoito sekä englanniksi sanoilla hospice care, pain management, experiences of nurses ja quality of care. Haku rajattiin vuoden 2009 jälkeisiin tutkimuksiin. Hakutulokset käytiin läpi ensiksi otsikkotasolla. Abstraktien perusteella hyväksyttiin mukaan pääasiassa sellaisia tutkimuksia, jotka käsittelevät aikuisen saattohoitopotilaan lääkkeellistä kivunhoitoa sairaanhoitajan näkökulmasta. Ulkopuolelle jätettiin lasten saattohoitoa käsittelevät tutkimukset sekä kehittyvissä valtioissa tehdyt tutkimukset. Taulukossa 1 on kuvattu tiedonhaun tulokset.

Tietokanta	Hakusana	Osumat	Hyväksytyt
EBSCOhost	end-of life care AND pain management AND quality of care	43	1
PubMed	end of life care AND pain management AND experiences of nurses	16	1
	end of life care AND attitudes AND opioids	42	2
	end of life care AND Finland AND pain	8	1

Taulukko 1: Tiedonhaku

## 8 Tulosten esittely

### 8.1 Saattohoitopotilaan kivunhoitoa edistävät tekijät

Saattohoitopotilaan kivunhoitoa edistävästä tekijöistä korostuivat kivun arviointi ja kivunhoidon oikea-aikaisuus. Hyvän kivunhoidon mahdollistavat riittävät resurssit sekä toimiva työyhteisö. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen vaikutti merkittävästi kivunhoidon onnistumiseen. Taulukossa 2 esitetään aineiston analyysin tulokset kivunhoitoa edistävästä tekijöistä.

Alaluokka	Yläluokka
Kivuista kertominen Potilaan kipuja arvioidaan	Sairaanhoitaja on tietoinen potilaan kivuista
Sairaanhoitajan ammattitaito Sairaanhoitajan halu kehittää osaamistaan Tiedon jakaminen Kollegiaalisuus Mentorointitoiminta	Sairaanhoitajan hyvä ammatillinen osaaminen
Kipulääkkeiden riittävä käyttö Kivunhoidon oikea-aikaisuus Lääkärin osaaminen	Saattohoitopotilaan kivunhoidon erityispiirteiden huomioiminen
Omahoitajamallin käyttö Mahdollisuus osallistua koulutuksiin Potilaan kiireetön kohtaaminen	Riittävät resurssit
Toimiva yhteistyö Tiedon kulku Toimiva yhteistyö lääkäreiden kanssa	Työyhteisön toimivuus

Taulukko 2: Kivunhoitoa edistävät tekijät

Saattohoitopotilaiden kivun arviointi perustuu suurelta osin sairaanhoitajan toteuttamaan havainnointiin, vain osa potilaista kykenee itse kertomaan kivuistaan.

*“Potilaista pitää havainnoida ilmeitä, eleitä, missä tilanteessa ne kivut tulee. Onko, korostuuko se mihin kellonaikaan, ihan tämmösiä havaintoja tehdä siihen, ihan niinku hoitotilanteis.”*

Haastateltavien mukaan hyvä kivunhoito edellyttää myös lääkäreiltä erikoisosaamista; kipulääkityksen tulee olla riittävää ja oikein ajoitettua. Lääkehoidon onnistuminen vaatii sairaanhoitajan ja hoitavan lääkärin tiivistä yhteistyötä; sairaanhoitajan tulee viedä aktiivisesti tietoa hoitavalle lääkärille. Sairaanhoitajan tulee myös uskaltaa antaa potilaalle riittävästi tarvittavia kipulääkkeitä.

*“Et tääl on kuitenki yks lääkäri vaan ja usein on osastolla 18 potilasta, että kyl hoitajan täytyy olla aika tarkkana siinä. Sen tiedon viemisessä.”*

Sairaanhoitajan ammattitaito ja tiedon jakaminen koettiin tärkeäksi. Avun pyytämistä pidettiin osana sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Mentoritoiminta uusille työntekijöille sekä oman osaamisen päivittäminen vahvistavat osastolla työskentelevien sairaanhoitajien ammattitaitoa.

*“Meillä on hirmu pätevät kaikki meidän sairaanhoitajat. Ja ovat rohkeita ja uskaltavat niinku kysyy ja antaa ja osaavat, kaikki osaa kipupumpun varmasti.”*

Kivunhoidon onnistumisen kannalta tärkeäksi katsottiin, että potilaan kohtaamiseen on käytettävissä riittävästi aikaa. Omahoitajamallin käytön koettiin helpottavan kivun arviointia.

*“Mikä siihen sit niinku auttaa mun mielestä kivunhoidon ja kaiken muunkin hoidon onnistumiseen on se että ollaan omahoitajina tietyille ihmisille. Kun se, että jos mä aina oon ensimmäistä kertaa hoitamassa eri ihmisiä, niin sieltä moni asia jää huomaamatta.”*

Yhteistyön tekeminen oli haastateltavien mukaan toimivaa ja lääkärit helposti lähestyttäviä. Haastateltavat kokivat pienen työyhteisön ja kiinteiden yhteistyösuhteiden helpottavan tiimityöskentelyä. Yhteistyötä tehtiin muiden osastojen sekä erikoissairaanhoidon yksiköiden kanssa.

*“Minusta moniammatillinen yhteistyö toimii hyvin. Pystytään aina menemään tonne lääkärin pakeille jos huomataan et hei tää ei nyt oo riittävä ja tälle on nyt jouduttu tälle kyseiselle potilaalle jouduttu antamaan sitä tarvittavaa lääkettä todella tiheästi vaikkapa yön aikana--”*

## 8.2 Saattohoitopotilaan kivunhoitoa heikentävät tekijät

Hoidollisen kanssakäymisen vaikeutumisen, potilaan kielteisen suhtautumisen kivunhoitoon, hyvien hoitokäytänteiden noudattamisen puutteiden, yhteistyösuhteiden ongelmien, resurssien vähäisyyden ja hoitohenkilökunnan erikoisosaamisen puutteiden koettiin heikentävän saattohoitopotilaiden kivunhoitoa. Taulukossa 3 kuvataan kivunhoitoa heikentävät tekijät.

Alaluokka	Yläluokka
Potilaan sekavuus Haasteet kivun arvioinnissa	Hoidollisen kanssakäymisen vaikeutuminen
Potilas kieltäytyy kipulääkkeistä Potilas kieltää kivut Mies-sukupuoli Potilaan ennakkoluulot kipulääkkeitä kohtaan	Potilaan kielteinen suhtautuminen kivunhoitoon
Kivun seurannan puutteellisuus Kipujen aliarviointi	Puutteet hyvien hoitokäytäntöjen noudattamisessa
Yhteistyö omaisten kanssa ongelmallista Ristiriidat hoidon tavoitteissa Omaisten ennakkoluulot kipulääkkeitä kohtaan	Yhteistyösuhteiden ongelmat
Kiire Rajalliset koulutusmahdollisuudet Henkilökunnan vähäisyys	Resurssien vähäisyys
Haasteet oikean kipulääkeannoksen määrittämisessä Lääkärin kokemattomuus Sairaanhoitajan kokemuksen puute Kipujen ennakkoinnin vaikeus	Terveystenhoitohenkilökunnan erikoisosaimisen puutteet

Taulukko 3: Kivunhoitoa heikentävät tekijät

Kivun arviointi potilaan voinnin heiketessä koettiin haasteelliseksi, sillä kivun erottaminen henkisestä ahdistuksesta tai muista oireista on vaikeaa.

*“Voi olla joskus vaikeaa arvioida sitä, sitä kun usein kipuun liittyy, on fyysistä kipua, on henkistä kipua, on sitä monista eri oireista, niinkun hengenahdistus, niinkun tämmöstä, et johtuvaa kipua tavallaan ja ne on erilaisia.”*

Kivun arvioinnin systemaattisuutta heikentää usein potilaan kyvyttömyys ilmaista kipujaan. Potilailla saattaa myös olla kielteinen suhtautuminen kipulääkkeisiin tai he eivät halua tuoda kipujaan esille. Erityisesti mielenterveys- tai päihdetaustaisten miespuolisten potilaiden koettiin jäävän helposti huomioimatta, sillä he eivät tuo kipujaan esille.

*“He tyytyy tosi vähään ja he ei halua häiritä ja onko sit taustalla semmonen ajatus vielä että mä en ansaitse tulla jotenkin kuulluksi tai hoidetuksi, et varmaan aika monta kertaa on ohi-tettu ja jotenkin--”*

Kiireisellä osastolla potilaiden voinnin tarkkailuun jää niukasti aikaa, jolloin kivut voivat jäädä huomaamatta. Resurssien riittämättömyys tuotiin esille potilaiden kivunhoitoa heikentävänä tekijänä eri tilanteissa, esimerkiksi kuolevan potilaan riittämättömänä huomioimisena.

*“Sitä aikaa on meillä tosi vähän välillä. Ja sitten kun siinä on se kuoleva potilas, että mä luulen että se on semmonen ristiriita mikä meillä kaikilla on, että haluis sille, joka sitä hoitajaa kaikkein eniten tarvii niin antaa sitä aikaa mutta sitten kaikki tää paperityö sun muu vie siten (aikaa). Se on semmonen jatkuva ristiriita minkä kanssa pitää vaan elää--”*

Hyvien hoitokäytänteiden noudattamisen puutteina koettiin kipujen ja lääkkeen vaikutuksen vähäinen seuranta sekä kipujen aliarviointi. Seurannan vähäisyys liittyy systemaattisuuden puutteellisuuteen ja riittämättömiin resursseihin. Kipu arvioidaan sanallisesti, jolloin täsmällistä seurantaa potilaan kivuista ei ole. Tämä vaikeuttaa potilasta ensimmäistä kertaa hoitavan hoitajan mahdollisuutta arvioida kipuja ja voi johtaa kipujen aliarviointiin.

*“Ei välttämättä arviointiin mutta ehkä sit siihen seurantaan. Että se voi olla että se unohtuu tai sit sitä ei kirjata mihinkään. Meillä on sanallinen arviointi. Ollaan aina välillä puhuttu että käytettäs totanoin näitä janoja ja näin mutta tuota ne on sit jääny jotenkin tuota että me puhutaan.”*

Yhteistyösuhteiden ongelmat aiheuttavat haasteita potilaan kivunhoidolle. Omaisten ennakkoluulot kipulääkkeitä kohtaan voivat pahimmillaan johtaa siihen, että potilaan kivut jäävät hoitamatta. Myös ristiriidat hoidon tavoitteissa eri ammattiryhmien välillä heikentävät kivunhoidon toimivuutta.

*“--omaiset ku tulee, potilas on väsyny, nukuksissa niin ne voi kysyä et mitä lääkettä on annettu että ku hän eilen oli ihan virkeä ja käveli ja nyt on niinku melkein, nukkuu vaan eikä vastaa. Et se oletus on usein et on lääkitty jotenki tajuttomaks.”*

Sairaanhoitajien ja lääkäreiden kokemattomuus saattohoitopotilaan kivunhoidosta koettiin kivunhoitoa heikentävänä tekijänä. Erityisesti uusille sairaanhoitajille kivunhoito voi olla haasteellista. Saattohoidossa olevan potilaan kipujen ennakointi ja arviointi koettiin olevan vaikeaa. Osaston lääkäreiden kerrottiin vaihtuvan melko usein ja tämän koettiin vaikuttavan heikentävästi kivunhoitoon. Lääkärit saattavat tulla toisen tyyppisestä terveydenhuollon yksiköstä eikä heillä ole merkittävää kokemusta saattohoitopotilaiden kivunhoidosta. Tällöin oikean kipulääkeannoksen määrittäminen voi olla vaikeaa.

*“--jos tulee jostain ihan muualta niin sit se voi olla aika häkellyttävää. Esimerkiksi se opioitien (opioidien) määrä, mitä yks ihminen voi vuorokauden aikana saada.”*

## 9 Pohdinta

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Osastolla toteutettavan kivunhoidon arvioitiin olevan hyvää tai melko hyvää. Osaston kivunhoitomenetelmiin kuului suun kautta annettavan lääkityksen lisäksi kipupumppu, kipulääkettä hitaasti vapauttava laastari, ihonalainen kanyyli, kipulääkepistokset lihakseen sekä harvemmin palliatiivinen sedaatio. Jos potilas siirtyi toisesta sairaalasta morfiinitiputuksessa, tämä vaihdettiin mahdollisimman pian kipupumppuun. Ihonalaista kanyyliä käytettiin haastateltavien mukaan paljon.

Sairaanhoitajat kokivat ammatillisen osaamisensa olevan hyvällä tasolla. Ammatillisen osaaminen kehittyi kokemuksen myötä sekä koulutusten kautta. Tiedon jakamista ja avun pyytämistä pidettiin tärkeänä. Uusia sairaanhoitajia varten oli suunnitteilla mentori -toiminnan aloittaminen tulevaisuudessa. Mentori -toiminnalle koettiin olevan tarvetta saattohoidon vaatiman erikoisosaamisen vuoksi. Yhteistyösuhteet lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien kanssa koettiin kiinteiksi ja toimiviksi. Erityisesti tiedonkulku sairaanhoitajilta lääkärille koettiin tärkeäksi potilaiden suuren määrän johdosta. Osasto on osa opetussairaala ja lääkäreiden kerrottiin vaihtuvan melko usein. Uudet lääkärit tulevat monesti toisen tyyppisestä terveydenhuollon yksiköstä, eikä heillä välttämättä ole merkittävää kokemusta saattohoitopotilaan kivunhoidosta. Tämän vuoksi sairaanhoitajan ammattitaidolla on yhä suurempi merkitys oikea-aikaisen ja riittävän kivunlievityksen toteutumisen kannalta.

Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat potilailla ja omaisilla olevan jonkin verran ennakkoluuloja vahvojen kipulääkkeiden käytön suhteen. Mediassa tasaisin väliajoin esiintyvät uutiset vanhusten liiallisesta lääkitsemisestä vaikuttavat osaltaan lääkekielteisyyteen. Omaiset saattavat ajatella, että potilaita lääkitään tajuttomuuteen asti. Erityisesti morfiinia pidetään edelleen kuolemaa edistävänä ja hengitystä lamaavana lääkkeenä. Omaiset saattavat myös

vastustaa lääkkeen antamista sen väsyttävän vaikutuksen vuoksi. Japanissa toteutetussa laajassa väestötutkimuksessa selvisi, että 27 % vastaajista uskoi opiaattihoidon lyhentävän potilaan elinikää ja 28 % vastaajista uskoi opiaattien aiheuttavan riippuvuutta (Akiyama, Akizuki, Eguchi, Igarashi, Miyashita, Morita, & Shirahige 2014, 155-160). Haastatellut sairaanhoitajat eivät olleet kohdanneet riippuvuuden pelkoa, mutta pelko "sekaisin menemisestä" on potilailta melko yleinen. Kivuista ei kerrota tai lääkettä ei haluta ottaa. Tämän uskottiin johtuvan siitä, että potilaat ajattelevat kivun kuuluvan sairaana olemiseen. Varsinkin miespotilaiden koettiin usein sinnittelevän kipujen kanssa. Erityisesti sellaisten, joilla oli mielenterveys- tai päihdeongelmia taustalla. Virheelliset tiedot ja ennakkoluulot voivat johtaa kipujen alilääkitsemiseen ja elämänlaadun heikkenemiseen. Ymmärrettävän tiedon antaminen ja keskustelu käytettävästä lääkityksestä potilaan ja omaisten kanssa oikoo vääriä ennakkoluuloja ja antaa vastauksia saattohoidon herättämiin kysymyksiin.

Uutisilla ja yhteiskunnallisella keskustelulla on suuri merkitys kansalaisten mielipiteisiin. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa vuonna 2000 paljastunut Harold Shipman-nimisen lääkärin diamorfiinilla tekemät murhat ovat vaikuttaneet hoitohenkilökunnan rohkeuteen käyttää opioideja (Wilson, Morbey, Brown, Payne, Seale & Seymour 2015, 60-70). Tapauksen johdosta lääkäreiden ja sairaanhoitajien on todettu kyseenalaistavan omaa toimintaa kipulääkkeiden määräämisen ja käytön suhteen saattohoidossa. Tilanne on hankala, sillä liiallisen opioidien käytön vastapuolella on pelko potilaan alilääkitsemisestä. Tarkoituksenmukaista vahvojen kipulääkkeiden käyttöä voitaisiin edistää palliatiivisen lääketieteen erikoiskoulutuksen ja moniammatillisen yhteistyön vahvistamisen avulla. (Gardiner, Gott, Ingleton, Hughes, Winslow & Bennett 2012, 206-214.) Suomessa vastaavia tapauksia ei ole ollut, mutta kipulääkkeitä käytetään edelleen riittämättömästi (Hänninen 2013, 31).

Kivun arviointi saattohoitopotilaan kohdalla voi olla haastavaa, koska potilailla on moninaisia oireita. Fyysisten oireiden lisäksi psyykkiset oireet kuten pelko ja ahdistus voimistavat kipua. Kaikki potilaat eivät pysty kertomaan kivuistaan, jolloin kivun arviointi perustuu hoitohenkilökunnan havaintoihin. Sairaanhoitajien mukaan havainnointi oli yleisin osastolla käytetty kivun arvioinnin menetelmä. Kipua arvioitiin ilmeiden, eleiden, liikkeiden ja ääntelyn perusteella. Arviointia tehtiin kaikissa hoitotilanteissa. Kivuista kysyttiin säännöllisesti sellaisilta potilailta, jotka kykenivät kommunikoimaan. Myös omaiset osallistuivat kivun arviointiin. Standardoidut kipumittarit eivät olleet osastolla aktiivisesti käytössä, koska niitä ei koettu hyödyllisiksi saattohoitopotilaiden kivun arvioinnissa. Tuloksista kuitenkin ilmeni kipujen systemaattisen arvioinnin ja seurannan puutteiden heikentävän kivunhoidon vaikuttavuutta. Hoidon jatkuvuuden ja hyvän kivunhoidon toteuttamisen kannalta systemaattinen kirjaaminen kivun arviosta olisi hyödyksi. Tämä helpottaisi sairaanhoitajien lisäksi lääkärin mahdollisuuksia arvioida kipulääkityksen riittävyttä. Yhdenmukaisten käytäntöjen käyttöönotto kivun arviointiin ja seurantaan liittyen voisi parantaa hyvän kivunhoidon toteutumista. Suomalaisissa palliatiivisen hoidon



suosituksissa on erikseen mainittu vanhus- ja dementiapotilaiden loppuvaiheen hoito (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Potilailla, joiden kognitiivinen toimintakyky on alentunut, tulisi kivun arviointiin ja hoitoon kiinnittää erityistä huomiota. Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan kivun arviointi perustuu kuitenkin edelleen standardoitujen kipumittarien käyttöön, vaikka kipumittarit eivät sovellu kognitiivisilta kyvyiltään heikentyneiden potilaiden kivun arviointiin. (Sampson, Van Der Steen, Pautex, Svartzman, Sacchi, Van Den Block & Van Den Noortgate, 2015.) Erityisryhmien tarpeiden tunnistaminen ja huomioiminen kivunhoidon suosituksissa parantaisi palliatiivisen hoidon laatua.

Saattohoitopäätös mahdollistaa turhista tutkimuksista luopumisen ja keskittymisen potilaan oireiden hoitamiseen. Saattohoitoon siirtyminen on mahdollista vasta lääkärin tekemän saattohoitopäätöksen jälkeen. Päätös tehdään yhteistyössä potilaan ja omaisten kanssa. Mikäli potilaalle ei ole tehty päätöstä aktiivisista hoidoista luopumisesta, ei hän myöskään voi saada parasta mahdollista oirehoitoa. Hyvinkään sairaalassa tehdystä selvityksestä ilmeni, että vain kuudelle prosentille puolen vuoden aikana sairaalassa kuolleelle oli tehty saattohoitopäätös. Verikokeita oli otettu viimeisen elinvuorokauden aikana 84 % potilasta (Lehto, Mustonen, Pessa & Vinkaharju, 2011). Vain saattohoitopäätöksiä tekemällä voidaan turvata potilaan loppuvaiheen elämänlaatu. Saattohoitopäätösten määrään ja päätösten oikea-aikaisuuteen tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomioita.

## 9.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida seuraavien kriteerien perusteella: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Juvakka & Kylmä 2007, 128). Tämän opinnäytetyön luotettavuutta vahvistettiin huolellisen suunnittelun ja raportoinnin avulla. Ennen tutkimustyön aloittamista opinnäytetyölle haettiin tutkimuslupa Vantaan kaupungilta. Tutkimuksen laadullisiin kriteereihin opinnäytetyön tekijät tutustuivat tutkimuskirjallisuuden avulla sekä laadullisen tutkimuksen työpajassa. Kummallakaan opinnäytetyön kirjoittajista ei ollut merkittävää kokemusta laadullisen tutkimuksen teosta. Tämä vaikutti tutkimuksen luotettavuuteen, sillä haastattelukysymykset eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin niin hyvin kuin olisi ollut mahdollista. Tutkimustulosten yleistettävyyttä rajoittaa tutkimukseen osallistuneiden pieni määrä.

Opinnäytetyöprosessi kesti noin vuoden. Pitkä ajanjakso mahdollisti perusteellisten syventymisen tutkittavaan ilmiöön. Työryhmään kuului aluksi kolme henkilöä, mutta suunnitelmavaiheen aikana yksi opiskelija jättäytyi pois projektista. Useamman henkilön tutkimusryhmän etuna on mahdollisuus kriittiseen arvioon tutkimustyön aikana eli tutkijatriangulaatioon (Juvakka & Kylmä 2007, 17). Opinnäytetyötä työstettiin yhdessä koko projektin ajan. Molemmat opiskelijat olivat alusta asti sitoutuneita laadukkaaseen opinnäytetyön tekemiseen.

### 9.3 Eettisyys

Saattohoitoon liittyvässä tutkimuksessa on tärkeää tiedostaa aiheen sensitiivisyys. Ennen varsinaisen tutkimustyön aloittamista opinnäytetyösuunnitelmalle haettiin FUAS-liittouman eettinen ennakoarvio. Alkuperäisenä suunnitelmana oli haastatella myös saattohoitopotilaita, joten opinnäytetyön tutkimuseettisiä näkökulmia pohdittiin suunnitelmavaiheessa runsaasti. Lähtökohtana tutkimuksen luotettavuudelle ja eettisyydelle pidettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksia (TENK 2012, 6) sekä Maailman lääkäriiliiton Helsingin julistusta (WMA 2013). Tutkimuseettinen neuvottelukunta jakaa ihmistieteitä koskevat eettiset periaatteet kolmeen osa-alueeseen (TENK 2009, 4): tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuojaa. Tutkimukseen osallistuneilta kerättiin kirjalliset suostumuslomakkeet (Liite 4), joiden sisältö käytiin läpi ennen haastatteluiden alkua. Vahingoittamisen välttämisen periaatteen mukaisesti tutkittavia kohdeltiin arvostavasti ja tutkimuksessa käytettiin kunnioittavaa kirjoitustapaa (TENK 2009, 7-8). Tietosuojan säilymisestä huolehdittiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusmateriaali säilytettiin henkilökohtaisella tietokoneella, eikä haastattelussa kerättyä materiaalia jaettu ulkopuolisille. Opinnäytetyössä ei kerätty henkilö- tai muita tunnistettavia tietoja.

### 9.4 Jatkotutkimusehdotukset

Saattohoitopotilaan kivunhoidon tulisi olla näyttöön perustuvaa kaikissa saattohoitoa tarjoavissa yksiköissä. Erityisesti kotimaista tieteellistä tutkimusta aiheesta on kuitenkin liian vähän. Saattohoitopotilaan kivunhoito sairaanhoitajan näkökulmasta arvioituna on ollut usean opinnäytetyön aiheena viime vuosina (Kylmämetsä & Sällinen 2016, Pulkkinen & Tikka 2015 ja Malinen 2013). Saattohoitopotilaan näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia on hyvin vähän. Potilaiden heikko kunto, aiheen sensitiivisyys ja saattohoitopäätösten puuttuminen ovat rajoittaneet potilaiden käyttämistä saattohoitoa käsittelevien tutkimusten tiedonantajina. Potilaan näkökulmasta tehdylle tutkimukselle on kuitenkin tarvetta, koska potilas itse on paras henkilö kuvaamaan omia kokemuksiaan. Saattohoitopotilaan kivunhoidon osaamista tulisi kartoittaa myös laajempien tutkimusten avulla. Hoidon vaativuuden ja sairaanhoitajien koulutuksessa opetettavan palliatiivisen hoidon vähäisyyden vuoksi olisi hyvä selvittää vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaamisen tasoa. Erityisesti kivun arvioinnin osaamista tulisi tutkia.

### 9.5 Ammatillisen kehityksen arvio

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja vaati molemmilta tutkijoilta sitoutuneisuutta. Suunnitelmavaiheessa teoretiedon keräämiseen käytettiin paljon aikaa, mikä auttoi aiheeseen syventymi-

sessä. Alkuun työn etenemistä hidastivat epäselvyydet aiheen rajauksessa. Yhteistyö Vantaan kaupungin työelämävastaavan kanssa sujui kuitenkin hyvin; aikataulut pitivät ja haastattelut saatiin sovittua ongelmitta. Työelämävastaavan aktiivinen mukanaolo helpotti projektin etenemistä.

Aiheen lopullinen rajaus tehtiin vasta sairaanhoitajien haastatteluiden jälkeen, koska aiheen laajuus osoittautui odotettua suuremmaksi. Lisäksi tutkimukseen soveltuvien saattohoitopotilaiden puuttuminen vaikutti aiheen rajaukseen. Sairaanhoitajien näkökulmaan keskittymisen vuoksi tiedonhaku jouduttiin tekemään uudestaan. Tutkimuskysymykset muotoutuivat tässä vaiheessa uudelleen, jolloin haastattelukysymyksiä ei ollut laadittu lopullisten tutkimuskysymysten pohjalta. Haastattelukysymysten asettelusta johtuen aineiston analyysi oli haastavaa. Analyysin tekeminen vaati paljon aikaa sekä perehtymistä laadullisen tutkimuksen toteuttamiseen. Analyysivaiheessa ohjauksen merkitys korostui. Omistautuminen opinnäytetyön kirjoittamiselle auttoi työn etenemisessä. Työtä kirjoitettiin yhteisissä tapaamisissa, mikä mahdollisti näkemysten kriittisen vertailun. Aikataulujen yhteensovittaminen oli toisinaan haastavaa, mutta yhteiset tapaamiset antoivat painetta työn loppuun saattamiselle. Opinnäytetyön eri osuuksia kirjoitettiin moneen kertaan uudestaan ja koemme, että tämä lisäsi tekstin laatua. Työ on antanut meille uusia valmiuksia saattohoitopotilaan kohtaamiseen ja osaamme nyt arvioida saattohoitopotilaan kivunhoitoa kriittisesti. Lisäksi olemme saaneet uusia valmiuksia lukea ja arvioida tieteellisiä tutkimuksia. Tulevaisuudessa pystymme osaltamme vaikuttamaan näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseen.

## Lähteet

- Akiyama, M., Akizuki, N., A., Eguchi, K., Igarashi, A., Miyashita, A., Morita, T. & Shirahige, Y. 2014. A Population-Based Survey on Perceptions of Opioid Treatment and Palliative Care Units. *American journal of hospice and palliative medicine*. Vol. 31, No. 2, 155-160.
- Anttonen, A. & Mäkelä, S. 2015. Sädehoito. Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. (toim.) *Palliativinen hoito*. 3. painos. Helsinki: Duodecim, 387-389
- Anttonen, M. Erjanti, H. Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Johtopäätökset. Teoksessa Anttonen, M. Erjanti, H. Grönlund, A. & Kiuru, S. (toim.) *Palliativisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet*. Helsinki: Fioca Oy, 45-46.
- Anttonen, M. & Hänninen, J. 2008. Teoksessa Anttonen, M., Grönlund, E., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Ensimmäinen painos. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 23-35.
- Anttonen, M. 2008. Teoksessa Anttonen, M. Grönlund, E. Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Ensimmäinen painos. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 49-57.
- Black, B., Herr, K., Fine, P., Sanders, S., Tang, X., Bergen-Jackson, K., Titler, M. & Forcuzzi, C. 2011. The Relationships Among Pain, Non-pain Symptoms, and Quality of Life Measures in Older Adults with Cancer receiving Hospice care. *Pain Medicine*. Vol. 12, No. 6, 880-899. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117028/>
- Etene. 2004. Saattohoito-Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 18.5.2015 <http://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a>
- Etene. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Etene julkaisuja 36. Viitattu 28.8.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7>
- Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999. Finlex ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 22.9.2015
- Euroopan neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla 24/2010. Finlex ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 22.9.2015 <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2010/20100024>
- Finne-Soveri, H. & Hagelberg, N. 2015. Muistisairaanpotilaan kivun tunnistaminen. Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. (toim.) *Palliativinen hoito*. 3. Painos. Helsinki: Duodecim, 82-83
- Forsell, M. 2015. Lääkemuodot palliativisessa hoidossa. Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. (toim.) *Palliativinen hoito*. 3. Painos. Helsinki: Duodecim, 312-313
- Gardiner, C., Gott, M., Ingleton, C., Hughes, P., Winslow, M. & Bennett, M.I. 2012. Attitudes of health care professionals to opioid prescribing in end-of-life care: a qualitative focus group study. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 44, No. 2, 206-214.
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. 1. painos. Helsinki: Edita Prima
- Hagelberg, N. & Heiskanen, T. 2015. Kivun mekanismit ja jaottelu patofysiologisen mekanismin mukaan. Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. *Palliativinen hoito*. 3. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 47-48

- Hamunen, K. Heiskanen, T. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Duodecim-lehti. Vol. 129, No. 4, 385-392.
- Heiskanen, T. 2015. Opioidien kliininen käyttö. Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T., Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 62-67.
- Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H., Torniainen, K. & Veräjänkorva, O. 2010. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Pro. 1.-3. painos.
- Hänninen, J. & Pitkälä, K. 2002. Palliatiivisen hoidon koulutus. Suomen lääkäri-lehti. Vol. 57, No. 18-19, 2059-2062.
- Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. 1. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Hänninen, J. 2009. Palliatiivinen sedaatio - viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Viitattu 7.7.2015  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>
- Hänninen, J. 2013. Saattohoito tänään. Teoksessa Aalto, K. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Ensimmäinen painos. Helsinki: Kirjapaja, 24-40.
- Hänninen, J. 2015. Total pain -käsite. Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T., Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 51.
- Hävölä, H., Kylmä, J. & Rantanen A. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiede 2015, 27 (2), 132-147.
- Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.-3. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kauppo, K. 2012. Kotisaattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kotona selviytyminen: Pirkanmaan hoitokodin asiakkaiden kokemuksia kotisaattohoidosta. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.8.2015.  
<https://tampub.uta.fi/handle/10024/83534>
- Kalso E. & Kontinen V. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso E., Haanpää, M. & Vainio A. (toim.) Kipu. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76-103.
- Kalso, E. & Vainio, E. 2009. Teoksessa Haanpää, M., Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 476-506.
- Kokkinen, J. 2013. Syöpäkivun kokonaishoito. Teoksessa Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 361-366
- Kontinen, V. 2015. Tulehduskipulääkkeiden asema palliatiivisessa hoidossa. Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3.painos. Helsinki: Duodecim, 59
- Kotovainio, T. & Mäenpää, L. 2013. Kivun arviointi. Teoksessa Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Duodecim kustannus Oy, 664-665
- Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito. Viitattu 7.7.2015.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#s17>

Kylmämettä, T. & Sällinen, L. 2016. Saattohoitopotilaan hoitotyö sairaanhoitajan näkökulmasta. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 18.5.2015.

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

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Finlex ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 29.6.2015

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P15>

Lehto, J., Mustonen, M., Pessa, K. & Vinkaharju, A. 2011. Tarvitaanko akuuttisairaalaan saattohoitopäätöksiä? Suomen lääkärilehti. Vol. 66, No. 41, 3046-3047.

Lindström, R-L. 2013. Saattohoito. Teoksessa Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 8. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 430-431

Läketieteen termit. 2016. Jansson, M., Kivelä, T., Klemettinen, R., Kontula, K., Laukkanen, S., Maamies, S., Saarela, L., Sariola, H., Sovijärvi, A., Teppo, L. & Pettersson, T.6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Malinen, J. 2013. Saattohoitopotilaan hoitotyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Marjamäki, E. 2015. Lääkeannostelija (PCA). Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. Painos. Helsinki: Duodecim, 313-318

Middleton-Green, L. 2008. Managing total pain at the end of life: a case study analysis. Nursing standard. 23 (6), 41-46

Olsen, J. & Vaija-Kääriä, S. 2014. Hoitajien teoriaosaaminen ja asenteet saattohoidossa. Teoksessa Anttonen, M. Erjanti, H. Grönlund, A. & Kiuru, S (toim.) Palliatiivisen ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy, 25-27.

Pulkkinen, H. & Tikka, K. 2015. Hoitajien kokemuksia saattohoitopotilaan kivunlievityksestä. Karelia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Pöyhä, R. 2015. Palliatiivinen sedaatio. Teoksessa Antikainen, R., Hänninen, J., Saarto, T. & Vainio, A. Palliatiivinen hoito. 3. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 265-271

Sairanen, S. 14.01.2013. Saattohoito Vantaalla. Viitattu 26.8.2015.

[https://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/85373\\_Saattohoito\\_Vantaalla\\_Yhteensopivuustila\\_.pdf](https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/85373_Saattohoito_Vantaalla_Yhteensopivuustila_.pdf)

Sampson, E., Van Der Steen, J., Pautex, S., Svartzman, P., Sacchi, V., Van Den Block, L. & Van Den Noortgate N. 2015. European palliative care guidelines: How well do they meet the needs of people with impaired cognition? British medical journal supportive and palliative care. Vol. 5, No. 3, 301-305.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. Painos. Vantaa: Tammi.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu: 6. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa - asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuosituksen. Viitattu 22.9.2015.

<http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Suomen perustuslaki 731/1999. Finlex ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 18.5.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tilastokeskuksen www-sivut. Tilastot ja taulukot. Liitetaulukko 1 a: Kuolleet peruskuolemansyyn ja iän mukaan 2013, molemmat sukupuolet. Viitattu 26.8.2015.  
<http://www.stat.fi/til/ksyyt/tau.html>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 8.3.2016.  
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 7.3.2016.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tyynelä-Korhonen, K. 2013. Palliatiivisen hoidon opetus. Duodecim-lehti. Vol. 129, No. 4, 379-380.

Vainio, A. 2009. Kipu ja kärsimys. Teoksessa Haanpää, M., Kalso, E., Vainio, M. (toim.) Kipu. 3. Painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12-19

Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S., Seale, C. & Seymour, J. 2015. Administering anticipatory medications in end-of-life care: a qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. Palliative Medicine. Vol. 29, No. 1, 60-70.

WMA 2011. Declaration on End-Of-Life medical care.  
Viitattu 18.5.2015.  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e18/>

WMA. 2013. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Viitattu 7.3.2016.  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

YK kuolevan oikeuksien julistus 1975.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf)

Yle-uutiset 7.3.2012. Saattohoito on Suomessa retuperällä. Yle verkkouutiset. Viitattu 10.09.2015.  
[http://yle.fi/uutiset/saattohoito\\_on\\_suomessa\\_retuperalla/5069609](http://yle.fi/uutiset/saattohoito_on_suomessa_retuperalla/5069609)

## Kuvat

Kuva 1: PAINAD-mittari .....	13
Kuva 2: WHO:n kivunhoidon portaat .....	14



Kuviot

Kuvio 1: Aikataulu ..... 17

## Taulukot

Taulukko 1: Tiedonhaku .....	18
Taulukko 2: Kivunhoitoa vahvistavat tekijät .....	19
Taulukko 3: Kivunhoitoa heikentävät tekijät .....	21

## Liitteet

Liite 1: Saatekirje .....	36
Liite 2: Haastattelukysymykset.....	37
Liite 3: Suostumuslomake .....	38
Liite 4: Tutkijan taulukko .....	39
Liite 5: Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä toisen tutkimuskysymyksen yhdestä yläluokasta .....	41

Liite 1: Saatekirje



Hyvä sairaanhoitaja!

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kartoittaa saattohoitopotilaiden ja sairaanhoitajien näkemyksiä kivusta ja kivunhoidosta sairaalan vuodeosastolla. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää saattohoitopotilaiden lääkkeellistä kivunhoitoa.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelututkimuksena. Osallistuminen on meille tärkeää, sillä haluamme tuoda esiin sairaanhoitajien näkemyksen lääkkeellisestä kivunhoidosta. Haastattelu kestää 15-30min. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja luottamuksellista.

Haastattelut nauhoitetaan, jonka jälkeen kaikki tunnistetiedot koodataan. Tämä tarkoittaa henkilötietojen ja muiden tunnisteen muuttamista tunnistamattomaksi. Materiaalin säilytyksessä toimitaan niin että tietoturva ei vaarannu missään vaiheessa. Aineiston analysoinnin jälkeen haastattelumateriaali tuhotaan. Tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa tutkimusprosessia. Tutkimusaineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön tilaaja on Vantaan kaupunki. Työn ohjaajina toimivat Annikki Päällysaho sekä Riikka Mulder. (nimi.sukunimi@laurea.fi)

Vastaaamme mielellämme opinnäytetyöhön liittyviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Henri Immonen  
050 5688621  
henri.immonen@student.laurea.fi

Emmi Halme  
044 2130058  
emmi.halme@student.laurea.fi

## Liite 2: Haastattelukysymykset

Kysymys	Perustelu/Lähde
Mitä lääkkeellisiä kivunhoidon menetelmiä osastolla on käytössä suun kautta annettavan lääkityksen lisäksi?	20 prosenttia syöpäkivuista kärsivistä potilaista tarvitsee kivunhoidon erikoismenetelmiä kipujensa hoitoon (Kalso & Vainio 2009, 497).
Millaiseksi koette saattohoitopotilaan kivun arvioinnin? - Mitä kivunarviointimenetelmiä osastolla on käytössä? - Millaisia ongelmia kivun arviointiin liittyy?	Kivun diagnostiikassa on puutteita kivun kehittymisen ja laadullisten piirteiden selvittämisessä (Hänninen 2003, 81-86).
Millaiset tilanteet ovat saattohoidossa kivun hoidon kannalta haastavimpia?	Sairaanhoitajien ja lähihoitajien teoriaosaamisessa ilmeni puutteita kivun hoidossa ja sedaation toteuttamisessa (Olsen & Vaija-Kääriä 2014, 26).
Onko potilailla tai heidän omaisillaan pelkoja/ ennakkoluuloja vahvojen kipulääkkeiden käytön suhteen?	Potilaat ja läheiset pelkäävät usein kipulääkityksen lisäämistä riippuvuuden kehittymisen pelossa (Hänninen & Pitkälä 2002.)
Kertovatko potilaat riittävästi kivuistaan?	Potilaat pelkäävät kivuistaan kertomista, koska he pelkäävät kivunhoitoon keskittymisen estävän varsinaisen taudin hoitoon. (Hänninen & Pitkälä 2002.)
Koetko että sinulla on riittävästi osaamista saattohoitopotilaiden kivunhoidon toteuttamiseen? - Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta?	Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan kivun hallinnan osaaminen vaatii kehittämistä (Anttonen, Erjanti, Grönlund & Kiuru 2014, 45.)
Mitkä tekijät varmistavat hyvän kivunhoidon toteutumisen?	Kivunhoidon toteuttamisen tulee olla ehkäisevää eikä reagoivaa (Hänninen 2003, 88-90).
Miten kivunhoitoa kehitetään osastolla? - Mahdollisuus osallistua koulutuksiin? - Lääkäreiden rooli? - Yhteistyö?	Työntekijöiden tulee saada koulutusta ja heidän tulee voida harjoittaa kliinistä osaamistaan (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6, 15, 20).
Miten arvioisit osastolla toteutettavaa kivunhoitoa kokonaisuudessaan? - Mitkä tekijät heikentävät kivunhoidon laatua? (Kiire/stressi/muut olosuhteet?)	Hoitotyön laatua heikentäviä tekijöitä saattohoidossa ovat kiire, ajanpuute ja henkilökunnan vaje (Partanen 2014, 31).

Liite 3: Suostumuslomake



**Suostumus tutkimukseen osallistumiseen**

Olen saanut tietoa tutkimuksesta. Suostun haastateltavaksi ja annan luvan aineiston käyttöön tässä tutkimuksessa. Henkilöllisyyteni pidetään salassa koko tutkimusprosessin ajan ja tuotettu aineisto tuhoaan tutkimuksen päättyessä. Minulla on oikeus keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen sen kaikissa vaiheissa.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Paikka Päivämäärä

\_\_\_\_\_

Allekirjoitus

Liite 4: Tutkijan taulukko

Tutkimuksen tekijät, nimi ja vuosi (lehden nimi)	Tutkimuskysymykset	Tutkimusmenetelmät	Tulokset	Pohdinta ja tutkimuksen laatu
Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S., Seale, C. & Seymour, J. 2015. Administering anticipatory medications in end-of-life care: a qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. Palliative Medicine.	Millaisia päätöksiä, tavoitteita ja huolia sairaanhoitajilla on käytettäessä tarvittavia lääkkeitä?	Etnografinen tutkimusmenetelmä.	Sairanhoitajilla on johtava rooli tarvittaessa annettavien lääkkeiden annostelussa. Sairanhoitajat annostelevat lääkkeitä harkiten ja varovaisuutta käyttäen. Osa sairaanhoitajista kokee henkistä rasitusta tästä päätöksenteosta. Koulutuksella, harjoituksella ja kokemuksella oli tärkeä rooli varmuuden saavuttamisessa.	Tutkimuksessa kartoitettiin sairaanhoitajien suhtautumista tarvittaessa annettavaan lääkitykseen, erityisesti kipulääkkeisiin ja rauhoittaviin lääkkeisiin kotihoidon tiloissa. Lääkityksen tarkoituksena oli saada potilas rauhalliseksi ja kivuttomaksi pienimmällä mahdollisella lääkemannoksella. Kollegiaalisesta tuesta ja konsultoinnista koettiin olevan suurta tukea päätöksenteossa. Tutkimuksessa käytettiin mukavuusotosta, joka voi rajoittaa tulosten yleistettävyyttä. Tuloksilla on kuitenkin vahva pohja suuren aineiston vuoksi.
Langley, G., Schmollgruber, S., Fulbrook, P., Albarran, J.W. & Latour, J.M. 2014. South African critical care nurses' views on end-of-life decision-making and practices. Nursing in Critical Care.	Mitä kokemuksia ja näkemyksiä Etelä-Afrikkalaisilla kriittisesti sairaita hoitavilla sairaanhoitajilla on saattohoidosta?  Miten näkemykset ja kokemukset eroavat eurooppalaisista?	Kyselytutkimus	Kyselyn tulokset olivat samansuuntaisia Euroopassa tehtyjen kyselyiden kanssa. 76 % vastaajista kertoi olevansa jatkuvassa kontaktissa saattohoitoon, mutta vain 29 % oli ollut mukana saattohoitoon liittyvässä päätöksenteossa. 86 % vastaajista koki perheiden osallisuuden saattohoitoon tärkeäksi, mutta vain 62 % kertoi tämän olevan rutiinikäytäntö osastolla. Kuolevan potilaan hoidossa sairaanhoitajat painottivat potilaan uskonnollisten näkemysten huomioon ottamista.	Sairanhoitajat osallistuvat saattohoitoon liittyvään päätöksentekoon harvoin, vaikka sairaanhoitajat ovat osallisena saattohoidon toteutuksessa ja heillä perusteltuja näkemyksiä hoidon järjestämisestä. Sairanhoitajien osallisuutta saattohoidon päätöksentekoon voitaisiin parantaa hoitosuosituksen ja koulutuksen avulla. Kyselytutkimukseen vastanneiden ollessa erikoissairaanhoidossa työskenteleviä, ei tuloksia voida yleistää koskemaan suurempaa joukkoa. Lisäksi kyselyyn vastanneet ovat mahdollisesti olleet erityisesti saattohoidosta kiinnostuneita, joka on voinut vaikuttaa tulosten puolueellisuuteen.
Gardiner, C., Gott, M., Ingleton, C., Hughes, P., Winslow, M. & Bennett, M.I. 2012. Attitudes of health care professionals to opioid prescribing in end-of-life care: a qualitative focus group study. Journal of Pain and Symptom Management.	Mitä asenteita terveydenhuollon ammattilaisilla on opioidien määräämisen suhteen saattohoidossa?	Ryhmähaastattelu	Opioidien liian vähäiseen käyttöön vaikuttavat esimerkiksi lääkäreiden huolet opioidien määräämiseen liittyen sekä kipulääkkeiden käyttöön liittyvän koulutuksen vähäisyys. Potilailla ja omaisilla on usein huolia kipulääkkeiden käytön aloitusta kohtaan, joista erityisesti sairaanhoitajien tulisi keskustella heidän kanssaan.	Erikoistuneiden lääkäreiden yhteistyö perustason lääkäreiden kanssa mahdollistaa paremman luottamuksen opioidien käyttöön saattohoidossa. Kansainvälistä kivunhoidon laatua nostettaessa, lääkäreiden paremmilla koulutusmahdollisuuksilla on suuri merkitys. Moniammatillista yhteistyötä tulisi lisätä ja luoda toimintamalleja jotka tukevat toimivaa saattohoitopotilaan kivunhoitoa.
Akiyama, M., Akizuki, N., A., Eguchi, K., Igarashi, A., Miyashita, A., Morita, T. & Shirahige, Y. 2014. A Population-Based Survey on Percep-	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää väestön mielipiteitä opiaateista ja palliatiivista hoitoa antavista yksiköistä (PCU's). Lisäksi haluttiin selvittää mitkä tekijät ovat yhteydessä ennakkokäsitysten syntymi-	Poikkileikkaustutkimus, joka toteutettiin kyselytutkimuksena.	Suurella osalla vastaajista oli positiivisia käsityksiä opioideista ja PCU (Palliative care unit) toiminnasta. Kuitenkin 27 prosenttia vastaajista uskoi opiaattihoidon lyhentävän potilaan elinikää ja 28 prosenttia uskoi opiaattien aiheuttavan riippuvuutta. Tietämys palliatiivisen yksiköiden	Tutkimus toteutettiin osana Japanin terveys- työvoima ja hyvinvointiministeriön käynnistämää hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää alueellisia palliatiivisen hoidon toimintamalleja. Noin 4000 vastausta analysoitiin. Tutkimus on laaja ja otanta kattava. Tutkimus on laadullisesti hyvä, käytetty standardoituja menetelmiä aineiston analysoinnissa. Japanilainen

tions of Opioid Treatment and Palliative Care Units. American journal of hospice and palliative medicine.	seen.		toiminnasta (PCU's) ja luottamus kansallista syövän hoitoa kohtaan olivat yhteydessä positiivisiin käsityksiin. Kansalaisten tiedon lisääminen parantaisi käsityksiä palliativisesta hoidosta ja lisäisi turvallisuuden tunnetta.	terveydenhoitojärjestelmä ja hoitokulttuuri on pitkälle kehittyntä, tulokset ovat joissain määrin yleistettävissä koskemaan myös muita länsimaita. Suomessa PCU-yksiköiden kaltaista palliativisen hoidon erikoisosaamista tarjotaan ainakin yliopistollisissa sairaaloissa.
Sampson, E., Van Der Steen, J., Pautex, S., Svartzman, P., Sacchi, V., Van Den Block, L. & Van Den Noortgate, N. 2015. European Palliative Care Guidelines: How well do they meet the needs of people with impaired cognition? British Medical Journal, Supportive and Palliative Care.	Selvittää kuinka hyvin nykyiset eurooppalaiset palliativisen hoidon suositukset vastaavat sellaisten potilaiden tarpeisiin, joiden kognitiivinen kyky on alentunut.	Kyselytutkimus 14 valtiolle, jotka kuuluvat European Pain and Impaired Cognition verkostoon (PAIC). Data kerättiin hoitosuosituksen sisällöstä. Hoitosuosituksen laadun kehittymistä arvioitiin Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) mittariston avulla.	11 maalla oli käytössä palliativisen hoidon suositukset, joista kymmenessä suosituksessa mainittiin kivunhoito. Näistä kymmenestä seitsemässä suosituksessa oli mainittu kognitiivisen kyvyn alenemiseen johtavia tiloja kuten delirium tai dementia. Puolella suosituksista suositeltiin validoitujen kivunarviointimenetelmien käyttöä kyseisille potilasryhmille, vaikka kyseiset kivunarviointimenetelmät eivät ole sopivia näiden potilasryhmien kivun arviointiin.	Tutkimus on julkaistu Iso-Britannian johtavassa lääketieteellisessä julkaisussa. Tutkimusaineisto kerättiin kansallisten hoitosuositusten pohjalta validoitujen menetelmien avulla.



## Liite 5: Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä toisen tutkimuskysymyksen yhdestä yläluokasta

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>”--et sit, sitä pitää vaan kokeilla et löytyy se riittävä, jos ei edelliset annokset oo auttanut ja sit pitää miettii tai--”</p> <p>”--(pelko ja ahdistus) jotka sitten ruokkii sitä kipua”</p> <p>”--ja sitten ei välttämättä tiedä, että miten paljon siinä on sitä kipua ja miten paljon sitä henkistä ahdistusta siitä tulevasta kuolemasta--”</p>	<p>Riittävän kipulääkeannoksen löytyminen onnistuu kokeilemalla</p> <p>Potilaan kokema pelko ja ahdistus yhdessä vahvistavat kipua</p> <p>Vaikeus erottaa henkisen ahdistuksen osuutta kivusta</p>	<p>Haasteet oikean kipulääkeannoksen määrittämisessä</p>	<p>Hoitohenkilökunnan erikoisosaamisen puute</p>
<p>”meillä on tää lääkärinvaihto aika nopeeta--”</p> <p>”--ja sit on aika kokemattomia lääkäreitä.”</p> <p>”Niin mun mielest niinku ne on liian arkoja nostamaan sitä kipulääkettä, niinku säännöllistä kipulääkettä.”</p> <p>”--ehkä ku tulee uus lääkäri nii he on aika varovaisia noiden vahvojen kipulääkkeiden kanssa.”</p> <p>”-- tai uskallusta (määrätä riittävästi kipulääkkeitä)--”</p> <p>”--se kovasti vaikeuttaa jos vaikka lisäkipulääkkeitä nostetaan tosi hintsusti.”</p> <p>”--ja toisilla (lääkäreillä) sit se tietotaso ei oo semmonen mitä me niinku toivottavas ja tietysti ne siinä oppii--”</p> <p>”--jos lääkäriillä ei ole tietämystä--”</p> <p>”Se on tietysti huono asia että lääkärit vaihtuu usein.”</p> <p>”Jos lääkäriillä ei semmost oikee vanhan kansan niinku kivunhoidon tunteista--”</p> <p>”--ja heillä ei välttämättä oo sitä pisintä kokemusta--”</p>	<p>Lääkärit vaihtuvat usein</p> <p>Lääkärit ovat melko kokemattomia</p> <p>Lääkäriin ovat arkoja nostamaan säännöllisen kipulääkkeen annosta</p> <p>Uudet lääkärit ovat melko varovaisia määrätessään vahvoja kipulääkkeitä</p> <p>Lääkäri ei uskalla määrätä tarpeeksi kipulääkkeitä</p> <p>Lisäkipulääkkeiden annoksen riittämätön nosto vaikeuttaa saattohoitopotilaan kivunhoidon onnistumista</p> <p>Osalla lääkäreistä tietotaso kivunhoidosta on puutteellinen</p> <p>Lääkäriin tietämyksen puute</p> <p>Lääkäreiden suuri vaihtuvuus</p> <p>Lääkäriin kokemusten puutteellisuus kivunhoitoon liittyen</p> <p>Lääkäreillä ei ole aina pitkä kokemusta kivunhoidosta</p>	<p>Lääkäriin kokemattomuus</p>	

<p>“Aina sit kun lääkäri vaihtuu, siinä on semmonen pieni katve ennen kuin lääkäri ajaa itsensä sisään tälläseen--”</p> <p>”--tässä nyt on vaihtunu meidän kyseisellä osastolla, osasto x:llä lääkärit täsnäin--”</p>	<p>Lääkäriin perehtymisvaihe aiheuttaa katveen kivunhoidossa</p> <p>Osastolla lääkärit ovat vaihtuneet useasti</p>		
<p>”Ehkä mulla tässä kun en oo niin paljon, niin kauaa ollu tässä--”</p> <p>”Tota, se on ollu semmonen asia mikä on ollu täällä tullu uutena asiana--”</p> <p>”--ja sit sillain just sen tajuttoman ihmisen niinkun (kivun arviointi)--”</p>	<p>Sairaanhoitaja ei ole työskennellyt saattohoitosastolla pitkään</p> <p>Saattohoitopotilaan kivun arviointi on tullut uutena asiana</p> <p>Tajuttoman ihmisen kivun arviointi on tullut uutena asiana</p>	<p>Sairaanhoitajan kokemuksen puute</p>	
<p>”--on sit monista eri oireista, niinkun hengenahdistus, niiku tämmöst, et johtuvaa kipua tavallaan ja ne on erilaisia.”</p> <p>”--et miten se niinku etenee se (sairaus).”</p> <p>”-- tota kuinka kovat kivut tulee.”</p> <p>”Kuinka nopeesti ne kivut rupee lisääntyä ja--”</p>	<p>Erilaiset oireet aiheuttavat monenlaista kipua</p> <p>Sairaanhoitajan on vaikea arvioida sairauden etenemistä</p> <p>Sairaanhoitajan on vaikea arvioida kipujen pahenemista</p> <p>Sairaanhoitajan on vaikea ennakoita kuinka nopeasti kivut lisääntyvät</p>	<p>Kipujen ennakkoinnin vaikeus</p>	