



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Laura Hautakangas

---

## Laadukas kivunhoito osana palliativista hoitotyötä

Opinnäytetyö  
Kevät 2023  
Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Tekijä: Laura Hautakangas

Työn nimi: Laadukas kivunhoito osana palliatiivista hoitotyötä

Ohjaajat: Mari Salminen-Tuomaala ja Kirsi Kivistö-Rahnasto

Vuosi: 2023

Sivumäärä: 53

Liitteiden lukumäärä: 8

---

Tämän opinnäytetyön aihe käsittelee laadukasta kivunhoitoa osana palliatiivista hoitotyötä. Aihe on aina ajankohtainen ja tärkeä. Palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla on oikeus hoitoon, johon kuuluu laadukas kivunhoito.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa hoitohenkilökunnalle kivun hoidon laadun kehittämiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata laadukkaan kivun hoidon toteutumista osana palliatiivista hoitotyötä eräässä terveyskeskuksessa. Tutkimusaineisto kerättiin erään terveyskeskuksen osastolla työskenteleviltä hoitajilta paperisen kyselylomakkeen avulla, joka sisälsi sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä. Kyselyyn osallistui 13 osastolla työskentelevää hoitajaa.

Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin hyödyntäen prosentteja, frekvenssejä ja keskilukuja. Avoimien kysymysten avulla kerätty kvalitatiivinen aineisto analysoitiin käyttäen laadullista, induktiivista sisällönanalyysia.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että osastolla toteutuvassa hoidossa on hyvin toteutuvia, mutta myös parannettavia seikkoja. Hyvällä pohjalla olevia osastolla toteutuvia asioita ovat potilaan kivun hoito, oirehoito ja perushoito. Myös omaisten arvokkaassa kohtaamisessa, lääkeinfuusiopumppujen oikeaoppisessa käytössä sekä hoitajien ammattitaidossa hoitaa potilaita on onnistuttu. Lääkkeettömiä hoitokeinojakin on osastolla käytössä mukavasti sekä omaisten mahdollisuus yöpymiseen on positiivista.

Tuloksista ilmeni myös parannettavia seikkoja. Kipupumppujen käytön aloitukseen saattaa välillä mennä turhankin kauan aikaa ja joskus niiden käyttöönotto tapahtuu aivan liian myöhään. Myös saattohoitopäätösten ja hoitolinjausten tekeminen venyy kohtuuttoman pitkälle, joskus potilaan viimeisille elintunneille saakka. Lääkärin ajantasainen kouluttaminen saattohoitoon nousi esiin muutamassakin eri kohdassa, lääkärin rooli on kuitenkin melko tärkeä hoidon etenemisessä, toteutumisessa ja sen laadussa. Ennakointia ja suunnitelmallisuutta olisi tärkeä lisätä hoidon laadun parantamiseksi. Tuloksista nousi esiin myös huoli osastolla olevasta kiireestä, mikä johtuu osaston jakautumisesta saattohoitopotilaisiin ja akuuttia hoitoa tarvitseviin potilaisiin, saattohoitopotilaille ei aina löydy heidän tarvitsemaansa aikaa.

<sup>1</sup> Asiasanat: palliatiivinen hoitotyö, kipu, kivun hoito, kivun arviointi, kivun mittaaminen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Degree programme: Degree programme in nursing

Author: Laura Hautakangas

Title of thesis: High-quality pain care as part of palliative nursing

Supervisors: Mari Salminen-Tuomaala and Kirsi Kivistö-Rahnasto

Year: 2023

Number of pages: 53

Number of appendices: 8

---

The topic of this thesis deals with high-quality pain care as part of palliative nursing. The topic is always relevant and important. Patients in palliative care have the right to receive treatment that includes high-quality pain care.

The aim of this thesis was to produce new information for the nursing staff to improve the quality of pain treatment. The intention of this thesis was to depict how the high-quality pain care as part of palliative nursing was implemented at a health center ward. The research material was collected by means of a questionnaire from nurses who worked at the health center. The questionnaire contained both quantitative and qualitative issues. 13 nurses participated in the survey.

The quantitative materials were analyzed using percentages, frequency, and averages. The qualitative material collected through open questions was analyzed using inductive content analysis.

The results of the thesis revealed that there were good implementations, but also things to be improved. Patients' pain care, symptomatic care and basic care were on a good basis. Respectful encounter of family members, the correct use of pain pumps and the professional care of the nurses are areas that have been successful. Non-pharmaceutical treatments are also used at the health center ward. It was also positive that a family member has the opportunity to spend the night with the patient.

The results also revealed points that need to be improved. The use of pain pumps is started too late. It takes too long to make hospice decisions and treatment guidelines. It was also said that doctors should have up-to-date training in hospice care. It would be important to improve foresight and planning. There are patients who need acute care but also patients who need terminal care. There is not enough time for patients who are in terminal care.

<sup>1</sup> Keywords: palliative treatment, palliative care, analgesia, pain relief, pain management

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä .....	2
Thesis abstract .....	3
SISÄLTÖ .....	4
Taulukkoluetelo .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ .....	9
2.1 Saattohoito.....	10
2.2 Henkinen, hengellinen ja eksistentiaalinen hoito .....	11
2.3 Oirehoito .....	12
2.4 Palliatiivinen sedaatio.....	13
3 KIVUN HOITOTYÖ.....	15
3.1 Kipu .....	15
3.2 Kivun arviointi ja tarkkailu sairaanhoitajan taitona .....	16
3.3 Kivun lääkehoito.....	17
3.4 Kivun lääkkeetön hoito .....	18
3.5 Kivun arvioinnissa hyödynnettävät erilaiset kipumittarit .....	19
3.5.1 VAS-asteikko .....	19
3.5.2 NRS- ja VRS-asteikko.....	20
3.5.3 PAINAD- ja RAI-mittari.....	20
3.6 Kivun hoitotyön laadun kehittäminen.....	21
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS .....	22
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA MAHDOLLINEN TUOTOS .....	23
5.1 Aineiston keruu ja kohderyhmä .....	23
5.2 Aineiston analysointi .....	23
6 TULOKSET .....	25
6.1 Vastaajien taustatiedot.....	25
6.2 Määrällisten kysymysten vastaukset .....	25
6.2.1 Palliatiivisessa hoidossa käytettävän lääkehoidon toteutuminen osastolla hoitohenkilökunnan kokemana.....	25
6.2.2 Kipupumpun käytön osaaminen hoitohenkilökunnan kokemana .....	25

6.2.3	Saattohoidossa olevien potilaiden kivun hoidon arvioinnin ja hoidon osaaminen hoitohenkilökunnan kokemana .....	26
6.2.4	Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan eksistentiaalisen, hengellisen ja henkisen tukemisen taidot hoitohenkilökunnan kokemana .....	26
6.3	Laadullisten kysymysten vastaukset .....	26
6.3.1	Saattohoidossa olevan potilaan hyvä hoito .....	26
6.3.2	Saattohoidossa olevan potilaan hoidon toteutuminen osastolla .....	30
6.3.3	Hoitohenkilökunnan ehdotuksia, mitä voisi tehdä toisin tai kehittää.....	34
6.3.4	Hyvällä pohjalla olevat asiat osastolla tapahtuvassa hoidossa.....	38
6.3.5	Hoitohenkilökunnan kehitysehdotuksia osastolla tapahtuvassa hoidossa .	39
6.3.6	Lääkkeettömät kivunhoito menetelmät osastolla .....	42
6.3.7	Potilaan kivun arvioinnissa käytettävät erilaiset keinot osastolla .....	42
6.3.8	Saattohoidossa olevien potilaiden hoidon osaamisen ylläpito osastolla ....	43
6.3.9	Potilaan läheisten huomioon ottaminen.....	43
6.3.10	Täydennyskoulutuksen tarpeellisuus .....	44
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	46
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua.....	46
7.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	46
7.3	Johtopäätökset.....	48
7.4	Jatkotutkimusaiheita ja kehittämis ehdotuksia .....	48
	LÄHTEET .....	50
	LIITTEET .....	53

## Taulukkoluetelo

Taulukko 1. Saattohoidossa olevan potilaan hyvä hoito.....	28
Taulukko 2. Saattohoidossa olevan potilaan hoidon toteutuminen.....	32
Taulukko 3. Ehdotuksia, mitä voisi tehdä toisin tai kehittää .....	36
Taulukko 4. Palliatiivisessa hoidossa / saattohoidossa kehitettäviä asioita .....	40

# 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö käsittelee laadukasta kivunhoitoa osana palliatiivista hoitotyötä, mikä on erittäin tärkeä ja aina ajankohtainen aihe. Palliatiivista hoitoa tarvitsevalla potilaalla on oikeus laadukkaaseen kivunhoitoon viimeisinä elinhetkinään eikä kenenkään tulisi kärsiä kovista kivuista tai muunlaisista oloa hankaloittavista oireista. Siksi tätä tulisikin tuoda enemmän ihmisten tietoisuuteen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL, 2022) mukaan palliatiivinen hoito on parantumaton, etenevää sairautta sairastavan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jonka tavoitteena on vähentää kärsimystä ja edistää potilaan elämänlaatua. Myös läheisten huomioiminen ja tukeminen kuuluvat palliatiiviseen hoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM, i.a.) mukaan ennakoivan hoitosuunnitelman ja saattohoitopäätöksen tekeminen aikaisessa vaiheessa on perusta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon antamiselle.

Tämän opinnäytetyön aiheen oli tuonut ilmi eräs ammattikorkeakoulun opettaja. Palliatiivinen hoitotyö -teema on yksi Seinäjoen ammattikorkeakoulun Terveiden edistäminen ja hoito -tutkimusohjelman teemoista. Asioiden edetessä oltiin yhteydessä erään terveyskeskuksen johtavaan hoitajaan ja terveyskeskuksen osaston osastonhoitajaan ja heidän molempien kanssa tehtiin yhteistyötä opinnäytetyön myötä. Tämä opinnäytetyö tehtiin kyselytutkimuksen pohjalta, joka teetettiin terveyskeskuksen osastolle. Hoitajat vastasivat kyselyyn paperisen lomakkeen muodossa, koska näin jokainen haluava sai kyselyyn vastata ilman, että hoitajan työaika menee hukkaan kiireisenä aikana, josta kärsii koko työyhteisö.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa hoitohenkilökunnalle kivun hoidon laadun kehittämiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata laadukkaan kivun hoidon toteutumista osana palliatiivista hoitotyötä eräässä terveyskeskuksessa.

On muistettava, että laadukas kivunhoito ei ole pelkästään lääkehoitoa, ja yksi tämän työn tehtävistä on tuoda tietoisuuteen myös niitä lääkkeettömiä hoitokeinoja. Näitä lääkkeettömiä hoitokeinoja voivat olla esimerkiksi asentohoito, suun kostutus ja puhdistus, ilman raikastaminen ikkunan avaamisella tai tuoksuilla ja oikeanlaisten apuvälineiden hankinta, joista tekee arvion fysioterapeutti (Rahko & Rajala, 2020, s.1606).

Asiasanoina opinnäytetyötä tehdessä ovat olleet kipu, kivun hoito, palliatiivinen hoitotyö, hoitotyö, akuutti kipu, krooninen kipu, kivun mittaaminen, kivun seuranta, kivun arviointi,

palliative treatment, palliative care, palliative nursing, analgesia, pain relief, pain control, pain management, perhehoitotyö.

Tiedonhakuun on käytetty tietokantoja ja tiedonlähteitä, kuten käypähoitosuositus, englannin ja suomenkieliset hoitotieteelliset tutkimukset, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, sosiaali- ja terveysministeriö, Valvira, Medic, Terveysportti, SeAMK-Finna, CINAHL Complete ja PubMed.



## 2 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ

WHO määrittelee palliatiivisen hoidon kuuluvan kaikille, joiden sairastama sairaus on niin huonossa vaiheessa, että se tulee luultavimmin johtamaan kuolemaan (Käypä hoito- suositus, 2019). On tärkeää tunnistaa varhain, mikäli potilas ja hänen tilanteensa vaikuttavat siltä, että kuolema on lähestymässä. Näin potilas saa pikimmiten tarvitsemaansa palliatiivista hoitoa ja hänellä on mahdollisuus saada hyvä päätös elämälleen. Jotta potilas saisi tarvitsemaansa palliatiivista hoitoa, on myös tärkeää saada hoitolinjaukset ja hoitosuunnitelma tehtyä ajantasaiseksi hyvissä ajoin. WHO on arvioinut palliatiivista hoitoa tarvitsevien ihmisten määrän ympäri maailman olevan 20 miljoonaa joka vuosi (Baillie ym., 2018, s. 2). Tehdyn analyysin pohjalta on saatu viitteitä siihen suuntaan, että 87,6 prosenttia kuolevista ihmisistä tulee tarvitsemaan palliatiivista hoitoa vuonna 2040.

Palliatiivinen hoitotyö on kehitetty potilasryhmälle, joiden sairaus on huonolaatuista eikä sairautta ole aktiivisten hoitojen avullakaan saatu parannettua ja tilanne vaikuttaa huonolta (THL, 2022). Potilas voi olla palliatiivisessa hoidossa jopa vuosien ajan ennen kuolemaansa. Pää tavoite palliatiivisessa hoitotyössä on varmistaa, ettei potilas ole kärsimyksissään kovien kipujen ja muiden oireidensa kanssa ja pystyttäisiin parantamaan potilaan viimeisiä elinhetkiä. Palliatiivisen hoitotyön tavoite on myös auttaa ja kuunnella potilaan omaisia parhain mahdollisin keinoin, koska tilanne ei ole heillekään helppo. Palliatiiviseen hoitoon ei ole ikärajaa tai muitakaan rajoitteita, se on tarkoitettu jokaiselle.

Tarvetta palliatiiviseen hoitoon siirtymiselle pystyy tunnistamaan erilaisista merkeistä, jos lähtökohtana on jokin pitkälle edennyt sairaus (Käypä hoito -suositus, 2019). Tällaisia muutoksia potilaassa, joka on kroonisesti sairas, voivat olla heikentynyt suorituskyky, etenevä painonlasku tai useampi suunnittelematon sairaalajakso. Muunlaisia muutoksia voivat olla esimerkiksi sydämen vajaatoiminta, hengenahdistus, munuaisten vajaatoiminta, maksakirroosi, toistuvat aspiraatiopneumoniat, vaikean vaiheen dementia, suorituskyvyn heikkeneminen syövän seurauksena tai progressiivinen fyysinen heikkeneminen. Kun potilas on palliatiivisen hoidon loppuvaiheilla, hän siirtyy saattohoitoon ja se ajoittuu yleensä viimeisille elinpäiville tai -viikoille (THL, 2022).

## 2.1 Saattohoito

Saattohoito on vaihe potilaan hoidossa, kun tämä on lähellä kuolemaa vaikean sairauden uuvuttamana (Suomen syöpäpotilaat, 2017). Tavoitteena on saada oireet hyvin hallintaan, kuten esimerkiksi kivuttomuus on yksi tärkeimmistä, johon tähdätään. Potilas voi olla saattohoidossa kotona, sairaalassa, terveyskeskuksessa tai saattohoitokodissa. Tässä vaiheessa omaisten huomioiminen on tärkeämpää kuin koskaan. Kuolevalla saattaa olla masennusta ja ahdistuneisuutta, mutta omaisten normaali suhtautuminen tilanteeseen voi helpottaa potilaan ahdistuneisuuteen ja jopa pelkoon. Tukea voi saada saattohoidon tukihenkilöiltä, hoitohenkilökunnalta ja sairaalapapilta. Saattohoitoon siirrytään silloin, kun elinaika, joka potilaalla on jäljellä, on arvioitu pian päättyväksi ja saattohoitovaihe voi jäädä hyvinkin lyhyeksi tilanteen etenemisen mukaan (Sarivaara ym., 2018, s. 5).

Potilaan aiemmin normaalit elimistön toiminnot alkavat muuttumaan hiljalleen, vointi ja liikkuminen alkavat heikentyä ja potilas menettää haluaan syödä ja juoda, nielemisestä tulee vaikeampaa ja potilas on paljon uneliaampi (Korhonen & Poukka, 2013, s. 440). Hoitohenkilökunnan on muistettava perheen tukeminen ja informointi kaikesta pienestäkin muutoksesta, mikä liittyy potilaaseen ja asioista tulee puhua niiden omilla nimillä. On tärkeää kertoa, miksi mitään tapahtuu ja mitä tulee todennäköisesti tapahtumaan sekä tietysti, mikä ennuste on potilaan jäljellä olevasta elinajasta. Hoitohenkilökunnan tulee omata tarkkaavaisuutta ja empatiakykyä potilasta ja omaisia kohtaan.

Kun potilas on lähellä kuolemaa, ei potilaalta mitata enää perusmittauksia vaan keskitytään oireiden ja kivun hoitoon (Korhonen & Poukka, 2013, s. 440–441). Myös potilaan lääkehoito otetaan uudelleen arvioitavaksi ja pois jätetään kaikki sillä hetkellä epäolennaiset lääkkeet, kuten esimerkiksi verenpaine-, kolesteroli-, diabetes- ja masennuslääkkeet, keskitytään ainoastaan hoitamaan kipua, pahoinvointia ja muita ilmaantuvia oireita.

Nesteytys tai ravitsemus suonensisäisesti saattohoidossa olevalle ei anna potilaalle parempaa elämänlaatua tai lisää elinaikaa (Käypä hoito -suositus, 2019). Vahvat opioidit ovat ensisijainen lääkehoito saattohoitopotilaan kipuun, niillä voidaan lievittää myös hengenahdistusta. Antibioottihoidoja ei oteta käyttöön, ellei ole syytä epäillä, että ne merkittävästi auttaisivat potilasta hänen oireidensa kanssa. Delirium eli sekavuustila on todella yleistä saattohoidossa olevilla ja lääkkeetön hoitokeino on ensisijainen, jolla delirium pyritään hoitamaan. Sekavuutta vähentävät potilasta ympäröivät tutut esineet ja läheiset sekä ympäristö, joka tuntuu

turvalliselta (Huttunen, 2018). Myös kevyt hieronta ja musiikin kuunteleminen ovat hyviä rauhoituskeinoja. Palliatiivisessa hoidossa voidaan käyttää myös sedaatiota (Käypä hoito -suositus, 2019). Kun potilaan kohdalla päädytään saattohoitopäätökseen, se tuo mukanaan elvytyksestä pidättäytymispäätöksen eli DNR:n.

Saattohoitopäätöksen tekeminen olisi hyvä tehdä mahdollisimman hyvissä ajoin, heti, kun tunnistetaan lähestyvä kuolema (Saarto ym., 2015, s. 257). Näin potilas ja hänen omaisensa saavat mahdollisuuden valmistautua potilaan lähestyvään kuolemaan eivätkä he pidä turhaan yllä toivoa tai odotuksia siitä, että jotain olisi tehtävissä.

## **2.2 Henkinen, hengellinen ja eksistentiaalinen hoito**

Lähestyessään kuolemaa ihminen käy mielessään läpi suuria ja erilaisia ajatuksia (Haho, 2017, s. 1704). Potilaalla saattaa olla myös eksistentiaalista kärsimystä, johon liittyvät ajatukset olemassaolon päättymisestä, surusta ja luopumisen pelosta sekä ajatus siitä, että menettää kontrollin omaan elämäänsä esimerkiksi kipujen takia. Kärsimystä pystytään ammattilaisten avustuksella lievittämään erilaisin keinoin, kuten suunnittelemalla etukäteen saattohoitoa. Tärkeää on kuunnella potilaan viimeisiä toivomuksia, varmistaa potilaalle tämän saattohoitopaikka sekä tarjota mahdollisuus nykyisen ja tulevan pohdinnalle.

Palliatiivisen hoidon taival kohti kuolemaa on potilaalle äärettömän raskasta henkisesti (Terveyskylä, 2021a). Potilaan olisikin saatava mahdollisuus puhua häntä vaivaavista asioista jonkun ihmisen kanssa, mieluiten tuntemattoman ammattilaisen kanssa, koska joskus puhuminen perheenjäsenille tai tutuille saattaa olla vaikeaa.

Hengellisyys kuuluu osaksi henkisyyttä, ja siitä puhuttaessa tarkoitetaan enemmänkin sitä, kun ihminen on kiinnostunut tai uskoo johonkin korkeampaan voimaan tai jumaluuteen (Saarto ym., 2015, s. 307). Erittäin usein nämä tällaiset tarpeet, kuten hengellisyys, heräävät ihmisen sisällä, kun eteen tulee erilaisia kriisejä, oma tai oman läheisen vakava sairastuminen. Myös tätä aluetta on palliatiivisen hoidon aikana muistettava hoitaa ja huomioida, jos potilaalla on hengellisiä tarpeita. Erilaisia tapoja voivat olla esimerkiksi yksinkertaisesti potilaan vierellä oleminen ja kunnioittavasti kuunteleminen, hiljentyminen yhdessä potilaan kanssa voi

myös olla erittäin voimaannuttavaa, tai sitten voisi järjestää jonkinlaisen kirkollisen toimituksen, jos vain mahdollista.

### 2.3 Oirehoito

Potilaalla saattohoidon aikana voi tulla useanlaisia oireita, joita tulee hoitaa kaikella osaamisella (Rahko & Rajala, 2020, s.1606). Potilailla voi ilmetä pahoinvointia, johon on hyvä antaa pahoinvointilääkettä. Potilailla voi myös olla limaisuutta, hengenahdistusta ja kipua. Kipuun yleensä käytetään vahvoja opioideja ja morfiinia. Limaisuuteen on olemassa myös omat lääkkeensä, mutta myös lääkkeettömiä hoitokeinoja.

Saattohoitopotilailla esiintyy yleisimmin hengenahdistusta, sitä pystytään lievittämään opioideilla ja bentsodiatsepiineilla, mutta lääkehoito ei yksinään ole apu hengenahdistuksen lievittämiseen (Saarto ym., 2015, s. 262). Lääkkeettömiä hoitokeinoja hengenahdistukseen ovat esimerkiksi puoli-istuva asento, lisähappi, viileä ja raikas ilmavirta, rentouttaminen ja nebulisoitu keittosuola. Limaa ja sylkeä erittyy kuolevalla melko paljon viimeisinä elintunteina, jolloin näihin apuna saattaa olla imukatetrin avulla imeminen ylänielun ja suun alueelta. Myös lääkityksen avulla voidaan saada liman ja syljen eritystä vähenemään. Pahoinvointi ja oksentelu saattavat olla yleisiä oireita saattohoitopotilailla, ja niitä pyritään hoitamaan pahoinvointilääkityksellä, jota potilaalle annetaan säännöllisesti. Myös ummetusta esiintyy melko useasti, jonka hoidossa käytetään laksatiivilääkitystä ja se on säännöllisesti käytössä, mutta on myös olemassa suppoja ja peräruiskeita (mts. 263). Ripulin esiintyessä on mahdollista antaa potilaalle loperamidivalmistetta tai kroonisen ripulin yhteydessä voidaan antaa oktreotidia, mutta myös opioidien aloituksen jälkeen ripuli voi lieventyä.

Suun oireita, kuten kuivumista, autetaan suun kostutuksella ja suun puhdistuksella pari kertaa vuorokaudessa (Saarto ym., 2015, s. 263). Suun kostutukseen on olemassa erilaisia tapoja, kuten geelejä, ruokaöljyä, sitruunatikkuja tai keinosylkivalmisteita, myös jäämurskaa voi antaa imeskeltäväksi. Tavallisin oire saattohoidossa olevalla potilaalla on sekavuus, tällöin tärkeää on löytää syy sekavuuteen ja saada se hoidettua. Jos syynä on lääkkeet, niitä voidaan yrittää karsia ja vaihtaa, mutta jos syynä on jokin fyysinen oire, se on tärkeää saada hoidettua. Turvallisen ja rauhallisen ympäristön luominen on suotavaa sekä lääkityksen aloittaminen, mikäli tilanne sen vaatii (mts. 264). Kouristuskohtauksia voi myös esiintyä osalla potilaista, tällöin hoitokeinona ovat liuosmuotoiset, rektaalisesti, ihonalaisesti tai laskimoon

annettavat lääkkeet. Ahdistuneisuutta voidaan hoitaa myös lääkityksen avulla esimerkiksi oksatsepaamilla tai loratsepaamilla (mts. 265).

Syöpäpotilailla voi ilmetä pehmytkudoskasvaimista ja luustopesäkkeistä johtuvaa kudospainurikipua ja siitä johtuvaa hermopinnekipua, tällöin voidaan potilaalle antaa palliatiivista sädehoitoa lievittämään kipuja (Heiskanen ym., 2013, s.385). Potilaista 80 prosenttia saa tehokasta kivunlievitystä sädehoidosta, joilla kipu johtuu luustopesäkkeistä. Sädehoito on tarvittaessa uusittavissa ja se on turvallista. Vaikutuksen kuuluisi alkaa noin parin viikon aikana, ja sen tulisi kestää useammankin kuukauden (Tarnanen ym., 2019, s. 2).

## 2.4 Palliatiivinen sedaatio

Sedaatio on yhdenlainen oireiden hoitomuoto elämän loppuvaiheilla. Kun potilas lähestyy kuolemaa ja hänellä on sietämätöntä kipua ja kärsimystä, mutta mikään muu hoitokeino ei enää tehoa, mietitään tällöin sedaatiota (Tarnanen ym., 2019, s. 4). On kuitenkin muistettava, että sedaatio ei ole ensisijainen ratkaisu. Sen tarkoituksena ei ole nopeuttaa tai tuottaa potilaan kuolemaa vaan potilaan oireiden hallintaan saaminen.

Sedaatiolla saadaan alennettua potilaan tajunnantaso lääkkeiden avulla (Saarto ym., 2015, s. 265). Sedaatiota voidaan jakaa kevyeen, kohtalaiseen ja syvään sedaatioon, jossa kevyesti sedatiivista efektiä voi jopa antaa käytetyt kipulääkkeet. Syvä sedaatio on jo yleisanestesian tasoa, jolloin potilaan hengitystä on autettava, koska potilas ei siihen itse riittävästi pysty. Palliatiivisen sedaation tarkoituksena ei ole milloinkaan laskeutua yleisanestesian tasolle, vaan se olisi hyvä säilyttää mahdollisimman kevyenä. Sedaatiota voidaan palliatiivisessa hoidossa käyttää myös silloin, jos toimenpiteistä on potilaalle aiheutunut kärsimystä ja myös, jos teho-osastolla hengityskone jätetään hoidosta pois.

Sedaatiossa on muistettava huolehtia kivusta kipulääkkeiden avulla (Saarto ym., 2015, s. 265). Hengenahdistus, hankala delirium, kipu, psyykkinen ahdistuneisuus, oksentaminen ja verenvuoto, kutina ja muut yksittäiset oireet ovat perusteita sedaatioon palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille. Sedaatiossa käytettäviä lääkkeitä ovat esimerkiksi midatsolaami, lyhytvaikutteinen propofoli, analgeettiset ketamiini ja deksmedetomidiini (mts. 266). Kun sedaatioon päädytään, olisi hyvä tuoda sedaation tavoitteet jokaiselle hoitohenkilökunnan jäsenelle tietoisuuteen niin, että jokainen ymmärtää ne. Päivän aikana olisi hyvä sedaatiota arvioida

ainakin kolmesti. Saattohoitopotilasta ei sedaation aikana monitoroida, mutta hoitohenkilökunnan olisi hyvä kirjoittaa havaintojaan lainmukaisesti potilaan sairauskertomukseen. Sedaation kesto riippuu jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Jos tilanne sen vaatii, sedaatiota voidaan ylläpitää kuolemaan asti, mutta se voidaan purkaa pois muutaman vuorokauden kuluttua tai sitä pystytään keventämään esimerkiksi omaisten vierailun ajaksi (mts. 268).

## 3 KIVUN HOITOTYÖ

### 3.1 Kipu

Kipu voi olla akuuttia eli äkillistä tai pitkäaikaista (Valvira, 2020). Krooninen kipu voi johtua syöpäsairaudesta tai muunlaisista sairauksista, tällaisia kiputyyppejä ovatkin hermovaurio, kudოსvaurio tai idiopaattinen eli tuntematon kipu. Kipu voi olla hermovauriosta tai hermopin-teestä johtuvaa, jolloin sitä kohdataan esimerkiksi polyneuropatiassa eli ääreishermoston sai-raudessa, iskiaksessa, MS-taudissa tai postherpeettisessä neuralgiassa eli kiputilassa, joka on pitkittyneen vyöruusun jäljiltä (Mali, 2021, s. 1084). Kipu voi johtua myös paikallisesta ku-dosvauriosta tai inflammaatiosta, tällaista voi kohdata esimerkiksi nivelrikossa, syövässä tai reumassa. On myös olemassa sentralisoitunutta kipua eli tällöin kipujärjestelmä on herkistyy-nyt, tällaista kipua tavataan fibromyalgiassa, ärtyvän suolen oireyhtymässä tai tensiopään-säryssä.

Hermovauriosta johtuva kipu voi tuntua viiltävältä, polttavalta tai sähköiskumaiselta, myös ki-vun heijastumista voi esiintyä (Terveyskylä, 2021b). Kudოსvauriokipu tuntuu jomottavavalta ja tylpältä kivulta. Sentralisoitunut kipu voi olla vaihtelevampaa, vaeltavaa särkyä, laajaalaista ja hajanaisempaa. Potilaat voivat tuntea särkyä levossa, tunnottomuutta, kosketuskipua, ki-helmäintiä, puutumista, poltetta, kolotusta, viiltävää kipua (Mali, 2021, s. 1084).

Potilas tuntee kivun yleensä epämiellyttävänä ja kipu tavallisesti viittaa kudოსvaurion uhkaan tai jo syntyneeseen kudოსvaurioon (Käypä hoito -suositus, 2017). Syöpäpotilaalla voi olla ki-pua, jota kutsutaan läpilyöntikivuksi ja se tarkoittaa tilannetta, kun potilaalle ilmaantuu hetkel-lisesti voimakasta kipua, vaikka hän olisikin saanut tavanomaiset lääkkeet eli kipu puskee ki-vunlievityksen läpi hetkellisesti (Tarnanen ym., 2019, s. 2). Tähän hoitokeinona on antaa po-tilaalle lisäannos nopeavaikutteista opioidia.

Hännisen (2015) mukaan kipu on yleensä se, mitä ihminen vastaa kysyttäessä häneltä, mikä kuolemassa pelottaa. Myös läheiset pelkäävät, että heidän kuoleva läheinen on kivuissaan viimeisillä elinhetkillään. Oireista kivun tunnistaa helposti, ja siihen myös lääkärit helposti kiin-nittävät huomionsa. Oireet muuttuvat, kun kuolema on lähempänä ja merkittäviä muutoksia tapahtuu, kun esimerkiksi sekavuus lisääntyy ja kipu vähenee. On todettu, että mitä kovem-maksi kivut tulevat, monet potilaat usein haluavat nopeuttaa kuolemaansa, mutta kaikki eivät

tätä toivo. Kipu saattaa olla potilaalle pelottavaa, jos kivun kasvu merkitsee potilaalle etene- mistä kohti tulevaa kuolemaa.

Kipu on niin tavallinen osa ihmisten jokapäiväistä arkea, että jokainen on varmasti kokenut sitä tavalla tai toisella, sillä onhan kipua ollut olemassa niin kauan, kun ihmiset ovat olleet maapallolla (Kalso ym., 2018, s. 18). Kipu ja kärsimys kävelevät melkein aina käsi kädessä, ja kärsimys voi olla ruumiillista, mutta myös henkistä. Suuri osa syöpäpotilaista hakeutuu hoi- toon juuri kivun vuoksi, ja mitä pidemmälle sairaus etenee, sen yleisempää kipu on. Loppu- vaiheen syöpäpotilailla kipuja on noin 50–90 prosentilla (mts. 546).

### **3.2 Kivun arviointi ja tarkkailu sairaanhoitajan taitona**

Sairaanhoitaja voi kysyä potilaalta itseltä tämän kivusta, jos potilas pystyy vastaamaan, koska tärkein seikka kivun arvioinnissa on kuulla se potilaan itse arvioimana (Käypä hoito - suositus, 2017). Kipupiirroksen avulla on hyvä arvioida kivun tyyppiä, sijaintia ja kestoa.

Säännöllinen kivun arviointi ja sen arvioiminen erilaisissa tilanteissa, kuten liikkeessä ja le- vossa olisi suotavaa (Terveyskylä, 2021b). Sairaanhoitajan olisi myös hyvä arvioida kipua en- nen ja jälkeen lääkkeenoton, koska näin on helpompi arvioida lääkkeen tehoa. Hoitajan on myös hyvä tarkastella, voisivatko kivun voimakkuuteen vaikuttaa muutkin tekijät, kuten esi- merkiksi mieliala, heikko yleisvointi tai sosiaalinen tilanne. Potilas voi esimerkiksi olla vihai- nen, katkera tai masentunut, jolloin se voi vaikuttaa myös kivun voimakkuuteen. Kun kipua arvioidaan, tulee siitä kirjata ylös kaikki mahdollinen, mitä vain irti saadaan (Käypä hoito -suo- situs, 2019). Kuten esimerkiksi kivun luonne, sijainti, voimakkuus, esiintymisaika, vaikutus mielialaan, toimintakykyyn, liikkumiseen ja nukkumiseen ja myös, jos potilaalla esiintyy läpi- lyöntikipua.

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu (Kalso ym., 2018, s. 27). Kun potilaan vointi on niin huono, eikä hän pysty ilmaisemaan kipua sanoin, on sai- raanhoitajan työskenneltävä tarkkaillen ja kiinnitettävä huomionsa jokaiseen pieneenkin elee- seen. Kipua pystyy havaitsemaan potilaan kasvojen ilmeistä tai ääntelystä, näitä voi ilmetä potilasta liikuttaessa tai asentoa vaihdeltaessa, mutta myös levossa potilas voi olla kivuis- saan. Tällaisia merkkejä tarkkaillen sairaanhoitajan on hyvä omata empaattisuutta ja kykyä tunnistaa ihmisen kasvoilta hänen tunnetilojaan.



Potilaan oireita voi olla todella hankala arvioida, koska potilaalla saattaa sairauden edetessä sekä oireiden lisääntyessä ilmetä hankaluuksia tunnistaa ja kertoa sanallisesti omista oireistaan (Saarto ym., 2015, s. 34). Oireita voi ilmetä sen verran paljon, että potilaalla saattaa jopa sekoittua oireet keskenään, mikä tuottaa vaikeuksia hoitaa.

WHO toi vuonna 1986 julkisuuteen syöpäkivun hoitosuunnitelman kehittämiseksi analgeettisten tikkaiden rungon, jota hoitohenkilökunta voisi hyödyntää (McHugh ym., 2012, s. 426). Tikkaiden tarkoituksena on ohjata hoitajia käyttämään oikeanlaisia ja oikean vahvuisia lääkkeitä kivun vakavuuteen nähden. Alun perin tikkaat oli suunniteltu kivunlievityksen ohjeeksi kehitysmahihin, mutta se onkin onnistuneesti auttanut 80–90 prosenttia potilaista, joilla oli syöpäperäistä kipua ympäri maailman. Analgeettisissa tikkaissa on kolme vaihetta, jossa lähtöpisteenä on kipu. Palliatiivisen potilaan hoitotyössä näitä tikkaita on hoitajan helppo hyödyntää, kun potilaan kipua, sen laatua ja voimakkuutta on arvioitu. Kun hoitaja on perillä potilaan kivun voimakkuudesta, on hänen helpompi miettiä oikeaa lääkitystä ja lääkkeen vahvuutta juuri sille kyseiselle potilaalle. Jos kipu on voimakasta, voidaan suoraan antaa vahvaa opioidia ja liittää sen rinnalle jokin kipulääke ja, jos kipu on matalaa, niin annetaan heikompaa opioidia.

### 3.3 Kivun lääkehoito

Suomessa käytetään kivun lieventämiseen ensisijaisesti tulehduskipulääkkeitä ja parasetamolia (Kalso ym., 2018, s. 177). Jos nämä eivät ole teholtaan riittäviä lieventämään kipuja, tulee tällöin käyttöön opioidipohjaiset lääkkeet. Lopulta voidaan joutua tilanteeseen, jossa näitä kaikkia lääkkeitä on käytettävä yhtäaikaaisesti tehon vahvistamiseksi. Hoidettaessa pitkittyneempää kipua on lääkehoito yksi osa isompaa kokonaisuutta. Heikkoja opioideja ovat esimerkiksi kodeiini tai tramadoli ja buprenorfiini sekä vahvoja opioideja ovat morfiini, oksikodoni tai fentanyyli (mts. 559). Lääkehoitoa suunniteltaessa on muistettava, että jokainen ihminen on yksilö ja suunnittelu voi viedä aikansa, ennen kuin oikeanlainen vaste lääkkeille löytyy (mts. 561).

Lääkkeiden anto pyritään hoitamaan lähes aina suun kautta otettuna, mutta tietysti saattohoitovaiheessa tulee lopulta eteen vaihe, kun potilas ei pysty enää nielemään tabletteja (Saarto ym., 2015, s. 312). Tällöin on hyvä siirtyä muulla tavalla otettaviin lääkkeisiin, kuten esimerkiksi liuoksiin tai bukkalisiin lääkemuotoihin. On olemassa bukkaalikalvo sekä bukkaalitabletti ja molemmissa on samanlainen periaate eli kalvo tai tabletti asetetaan posken

limakalvolle, josta se liukenee omalla ajallaan noin 15 minuutista eteenpäin. Molemmista on käytettävänä vain fentanylä, jota käytetään läpilyöntikivussa. Molemmissa tulee mukana omat ohjeensa, joita tulee tarkasti noudattaa. On olemassa myös resoribletti, eli tabletin muodossa oleva lääke, mutta sitä ei myöskään nielaista tai pureskella vaan se liukenee suussa. Depotlaastari on yksi kivun hoidon tapa, mutta se ei kuitenkaan sovellu hoitomuodoksi, kun kyse on akuutista kivusta. Depotlaastari on pitkävaikutteinen, joka yleensä sisältää buprenorfiinia tai fentanylä. Laastari liimataan iholle, joka on siisti, tasainen ja terve sekä sijaitsee ylävartalon tai käsivarren alueella. Fentanyylidepotlaastaria voidaan käyttää 72 tunnin ajan ja buprenorfiinilaastaria 7 päivän ajan (mts. 313). On myös olemassa nenäsumutteena annettava kipulääke, joka sisältää fentanylä. Yleisimmin sitä käytetään läpilyöntikivun hoidossa. Uuden annoksen potilas saa tarvittaessa 10 minuutin välein, mutta on muistettava vaihtaa sierainta aina annosta otettaessa. Tarkemmat ohjeet tulevat aina nenäsumutteen mukana.

Lääkkeiden annossa on myös mahdollista ottaa käyttöön lääkeannostelija (Saarto ym., 2015, s. 313). Lääkeannostelijoita on monia erilaisia, mutta yleensä se on mukana kannettava ja pienikokoinen lääkeinfuusiopumppu. Lääkettä voidaan antaa potilaalle ihonalaisesti, lihakseen tai suoneen, mutta ihonalaisesti anto on tyypillisin tapa. Infuusiopumppu antaa lääkettä jatkuvana infuusiona, mutta tarvittaessa siitä saa annettua myös boluksia eli kerta-annoksia, kuten esimerkiksi läpilyöntikivun iskiessä. Infuusiopumppuun tulee lääkeasetti, joka sisältää lääkeliuoksen (mts. 315). Lääkäri tekee määräyksen lääkeinfuusiopumppuun ja määrittelee lääkeliuoksen kokonaistilavuuden, antonopeuden ja konsentraation sekä boluksen suuruuden, kuinka monta bolusta voi tunnin aikana saada, ja myös boluksien välisen lukitusajan. Infuusiopaikka on hyvä silloin, kun ihonalaista rasvaa on tarpeeksi, iho on siisti ja terve (mts. 316–317).

### **3.4 Kivun lääkkeetön hoito**

Kipua hoidettaessa ensisijaisena menetelmänä käytetään lääkehoitoa, mutta on kuitenkin tärkeää lisätä lääkehoidon rinnalle lääkkeettömiä hoitomenetelmiä kivunhallintaa ajatellen, koska nämä molemmat yhdessä saattavat hyvinkin paljon parantaa potilaan elämänlaatua (Saarto ym., 2015, s. 54). Erilaisia psykologisia hoitokeinoja ovat esimerkiksi erilaiset harjoitukset liittyen tietoiseen läsnäoloon, tarkkaavaisuuden hallinnoiminen ja rentoutus. Erilaisia fysioterapian hoitokeinoja voivat olla esimerkiksi kevyenpuoleinen hieronta, akupunktio, liikehoidon ohjaaminen, transkutaaninen hermostimulaatio ja lymfaterapia. Lääkkeettömiä

hoitokeinoja voivat olla esimerkiksi asentohoito, suun kostutus ja puhdistus, ilman raikastaminen ikkunan avaamisella tai tuoksuilla ja oikeanlaisten apuvälineiden hankinta, joista tekee arvion fysioterapeutti (Rahko & Rajala, 2020, s.1606).

### **3.5 Kivun arvioinnissa hyödynnettävät erilaiset kipumittarit**

Potilaalle saattaa olla hankalaa kertoa sanallisesti oireistansa minkä takia onkin hyvä, että on olemassa apukeinoja eli erilaisia oiremittareita, joiden avulla saadaan parempaa kokonaiskuva potilaan oireista ja niiden voimakkuudesta (Saarto ym., 2015, s. 34). Potilas voi spontaanisti osata kertoa kuvausta oireistaan, mutta se ei ole riittävää. Tästä syystä tällaisessa tilanteessa on hyvä hyödyntää erilaisia mittareita, jolloin saataisiin tietoon kokonaiskuva potilaan oireista ja hänen kokemuksestaan.

Tällaisia erilaisia mittareita ovat esimerkiksi Visual Analogue Scale eli VAS-asteikko, Numeric Rating Scale eli NRS-asteikko, Verbal Rating Scale eli VRS-asteikko, PAINAD-mittari ja RAI-mittari.

#### **3.5.1 VAS-asteikko**

VAS-asteikko eli Visual Analogue Scale eli kipujana tai kipukiila (Terveyskylä, 2019). Se on jana, joka on 10 cm pituinen (Saarto ym., 2015, s. 35). Sitä käytettäessä keskitytään mittaamaan yhden oireen voimakkuutta potilaan kokemuksen kautta. Asteikossa 0 merkitsee oireettomuutta ja toisessa päässä janaa 10 tarkoittaa pahinta mahdollista oireen tuottamaa epämukavuutta. Tätä asteikkoa käytettäessä potilasta pyydetään osoittamaan janalla sitä kohtaa, joka edustaa hänen kivunlaatuansa sillä hetkellä (Pesonen, 2011, s. 25). VAS-asteikosta on tullut ehkä jopa yleisin kivun mittaamisen työväline ja sitä käytetään paljon kipututkimuksissa. VAS-asteikon avulla saadaan luotettavaa tietoa, sillä se on dokumentoitu ja laillistettu. Tutkijoiden toimesta on huomioitu, että VAS-asteikkoa käytettäessä epäluotettavien vastausten yleistymiseen liittyy vahvasti väestön ikääntyminen. VAS-asteikko on helppokäyttöinen ja yksinkertainen, myös monien eri kielten keskuudessa (mts. 26).

### 3.5.2 NRS- ja VRS-asteikko

Numeric Rating Scale eli NRS-asteikko, siinä arvioidaan kipua numeroin (Terveyskylä, 2019). NRS-asteikkoa käytettäessä on yleisesti arvioitu, että asteikon numeroissa 0 tarkoittaa ettei kipua ole, 1–3 tarkoittaa lievempää oiretta, 4–5 tarkoittaa kohtalaisempaa oiretta, 6–7 tarkoittaa jo kovempaa oiretta ja 8–10 onkin sitten jo sietämätöntä (Saarto ym., 2015, s. 35). NRS-asteikon avulla voidaan arvioida kivun vaikeusastetta, asteikko on käytännöllinen ja yleisimmin käytetty kivun arvioinnissa kliinisessä käytössä (Pesonen, 2011, s. 24). NRS-asteikkoa voidaan hyödyntää myös visuaalisesti käyttäen sanoja ja numeroita pysty- tai vaakaviivaa pitkin. Potilaita pyydetään ilmaisemaan tuntemaansa kivun voimakkuutta asteikon numerolla. Suullisen asteikon kanssa saattaa ilmetä ongelmia vanhempien potilaiden kanssa (mts. 25). Heidän kanssaan voidaan käyttää asteikkoa, jossa on pienempi määrä valintoja, kuten esimerkiksi 0–5, jolloin se ei ole liian vaativa. Asteikkoa on helppo ja nopea käyttää. NRS-asteikko ei ole sopiva työväline sekavien tai hämmentyneiden potilaiden kivun arvioimiseen.

Verbal Rating Scale eli VRS-asteikko on sanallinen, jossa on monta kohtaa. Siinä arvioidaan, onko kipu olematonta, lievää, kohtalaista, kovaa vai sietämätöntä (Terveyskylä, 2019). VRS-asteikko on käytännöllinen ja yleinen menetelmä arvioidessa kivun vakavuutta (Pesonen, 2011, s. 23). Potilasta pyydetään valitsemaan sana, joka kuvailee hänen tuntemaansa kivun voimakkuutta, näin saadaan parhaiten arvioitua potilaan kipua. VRS-asteikkoa on hyvä käyttää silloin, jos potilaalla on näkö- tai motoriikkahäiriö (mts. 24).

### 3.5.3 PAINAD- ja RAI-mittari

Dementoituneella potilaalla kivun arviointiin käytetään PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) ja siinä pisteytys toimii siten, että mitä voimakkaampaa kipu on, sitä suurempi numero on ja numerot ovat 0–10 välillä (Tasmuth, 2019, s. 541). Kipua arvioidessa havainnoidaan kategorioittain potilaan hengitystä, ääntelyä, ilmeitä, kehon kieltä ja sitä onko tarvetta lohduttamiselle (Saarto, 2015, s. 83). Jokaisesta havaintokategoriasta on mahdollista saada 0–2 pistettä.

Jos potilas on laitoshoidossa pidempiaikaisesti, voidaan huonossa kunnossa olevan vanhuksen kivusta saada karkea kuvaus kipumittarin RAI (Resident Assessment Instrument) avulla, joka perustuu hoitohenkilökunnan havainnointiin (Tasmuth, 2019, s. 541). Mittari toimii asteikolla 0–3, jossa 0 tarkoittaa, ettei kipua ole ja 3 tarkoittaa, että kovia kipuja on päivittäin.

RAI-arviointivälineen avulla voidaan selvittää ikääntyneiden toimintakykyä, voimavaroja, palveluntarvetta ja terveydentilaa (Lind ym., 2020, s. 2067). RAI-järjestelmään sisältyy kattava MDS-kysymyssarja (Minimum Data Set), siihen kuuluu arvio potilaan kivusta omana osiona (Björkman ym., 2007, s. 2547). Sen tuottama kivun arviointi perustuu arvioitsijan sekä mahdollisesti myös potilaan itsekertomaan ilmoitukseen (mts. 2548).

### 3.6 Kivun hoitotyön laadun kehittäminen

Potilaan oikeus on saada terveyden- ja sairaanhoitoa ja sen tulee olla laadultaan hyvää (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 2 luku 3 §). Potilaan hoito on aina järjestettävä ja potilasta tulee kohdella niin hyvin, kuin mahdollista. Potilaan ihmisarvoa tai vakaumusta ei saa loukata millään tavoin ja potilaan yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Potilaan hoidossa on otettava huomioon hänen äidinkielensä, kulttuurinsa ja muut yksilölliset tarpeet, mikäli mahdollista.

Korkeaa potilastyytyväisyyttä pidetään laadun mittarina hoitotyössä, mutta se pelkästään ei ole tarpeeksi hyvä työväline, jotta pystyttäisiin kehittämään hoitotyön laatua (Reponen & Roine, 2016, s. 2630). Pitäisikin kiinnittää huomiota juuri niihin huonoihin palautteisiin ja mihin potilaat ovat olleet tyytymättömiä. Näitä syitä on hyvä analysoida ja pyrkiä korjaamaan.

Kipua mitataan säännöllisesti ja tuloksia merkitään ylös, jonka jälkeen voidaan miettiä oikeanlaista ja vahvuista kipulääkitystä unohtamatta rinnalla lääkkeettömiä hoitokeinoja (Tarnanen ym., 2019, s. 1). Tällöin kivunhoito on monipuolista ja alusta asti hyvin suunniteltua.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on vuonna 2022 julkaissut palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen. Siinä laatuksiteereiksi on asetettu esimerkiksi oikea-aikainen hoitoon pääsy ja, että hoidon jatkuvuus olisi saumatonta (Saarto, 2022, s. 21). Hoitoa olisi myös hyvä suunnitella ennakoiden (mts. 22). Hoidon tulisi olla yksilökeskeistä elämänlaatua ylläpitävää (mts. 24). Oirehoidon pitäisi olla vaikuttavaa sekä mahdollistaa psykososiaalinen, henkinen ja hengellinen tuki (mts. 25). Hoitohenkilöstön riittävydestä ja muista tarkoituksenmukaisista voimavaroista huolehtiminen on yksi todella tärkeä seikka (mts. 30). Myös korkeatasoista osaamista on aina tärkeä olla riittävästi (mts. 32).

## 4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata laadukkaan kivun hoidon toteutumista osana palliativista hoitotyötä eräässä terveyskeskuksessa. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa hoitohenkilökunnalle kivun hoidon laadun kehittämiseksi.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Millaista on laadukas kivun hoito osana palliativisessa hoidossa olevien potilaiden hoitotyötä hoitohenkilökunnan kokemana?
2. Millaisia haasteita kivun hoitotyössä ilmenee hoitohenkilökunnan kokemana?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA MAHDOLLINEN TUOTOS

### 5.1 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena. Kyselylomake muodostui neljästä taustakysymyksestä, kuudesta Likert-asteikollisesta kysymyksestä ja yhdestätoista avoimesta kysymyksestä. Avoimin kysymyksiin selvitettiin erään terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan kokemuksia laadukkaasta kivun hoidosta ja sen kehittämistarpeista. Teoreettiseen viitekehykseen pohjautuvalla kyselylomakkeella aiheesta saatiin laaja kuva ja se antoi aiheesta johdonmukaista ja ytimekästä tietoa. Saatiin yleiskatsausta aiheesta ja kartoitettiin tilannetta. Käytettävissä olevien aineistojen odotettiin olevan laajoja.

Keväällä 2022 oltiin yhteydessä erään terveyskeskuksen johtavaan hoitajaan saatekirjeen (Liite 1.) kautta. Opinnäytetyön suunnitelma valmistui kesäkuun alussa ja opinnäytetyötä koskeva sopimus allekirjoitettiin 13.6.2022. Tutkimuslupa hyväksyttiin parin viikon sisällä sopimuksen allekirjoituksesta. Yhteydessä oltiin myös valitun osaston osastonhoitajaan ja sovittiin muista ajankohdista. Kesä ja alkusyksy meni keskittyessä tutkimuksen kirjalliseen osioon. Osaston hoitajille teetettiin kysely vuoden 2022 syksyllä. Kyselytutkimus toteutui kyselylomakkeen (Liite 2.) muodossa, koska katsoimme tämän osastonhoitajan kanssa parhaimmaksi vaihtoehdoksi. Hoitajilla oli aikaa vastata kyselyyn kolmisen viikkoa, jonka jälkeen vastatut kyselylomakkeet haettiin osastolta. Saadun aineiston analysointi aloitettiin.

### 5.2 Aineiston analysointi

Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin hyödyntäen prosentteja, frekvenssejä ja keskilukuja (keskiarvo, keskihajonta, mediaani).

Avoimien kysymysten avulla kerätty kvalitatiivinen aineisto analysoitiin käyttäen laadullista, induktiivista sisällönanalyysia. Keskiössä tällöin ovat asiat ja aiheet, joita aineisto tuo ilmi ja myös teemat (Kallinen, i.a.). Aineisto analysoitiin kolmevaiheisesti, joka koostuu aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja teoreettisten käsitteiden luomisesta (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 122). Pelkistämävaiheessa karsittiin aineistosta kaikki tutkimukselle ei tärkeä asia pois, näin saatiin parempi pohja ryhmittelylle (mts. 122–123). Ryhmittelyvaiheessa aineistosta poimittiin käsitteitä, jotka omaavat samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Käsitteistä

muodostuivat alaluokat, kun samaa tarkoittavat tai kuvaavat ryhmiteltiin ja sulautettiin eri luokiksi. Nimet alaluokille annettiin käsitteen mukaan, joka kuvasi luokan sisältöä. Näin luotiin pohja seuraavalle vaiheelle (mts. 124). Teoreettisten käsitteiden luomisvaiheessa aineistosta eroteltiin tieto, jonka katsottiin olevan tutkimuksen osalta tärkeää ja sen tiedon pohjalta kehitettiin teoreettisia käsitteitä. Näin jatkettiin muodostaen yläluokkia ja pääluokkia tai yhdistäviä luokkia, kunnes aineistoa saatiin tiivistettyä mahdollisimman paljon (mts. 125–126).



## 6 TULOKSET

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn osallistui yhteensä 13 osastolla työskentelevää hoitajaa, joista kaikki olivat naisia. Heidän ikänsä mediaani oli 42 vuotta ja keskiarvo 42,2. Vastaajista ammatilliselta koulutukseltaan kahdeksan (61,5 %) oli sairaanhoitajia ja viisi (38,5 %) lähihoitajia tai perushoitajia. Vastaajista neljä (30,8 %) oli käynyt sekä lähihoitajan, että sairaanhoitajan koulutuksen.

Vastaajista koulutustaustaltaan kuusi (46,5 %) oli lukion käyneitä, yhdeksän (69,2 %) oli peruskoulun käyneitä ja kolmella (23,1 %) oli taustallaan myös jokin muu koulutus.

### 6.2 Määrällisten kysymysten vastaukset

#### 6.2.1 Palliatiivisessa hoidossa käytettävän lääkehoidon toteutuminen osastolla hoitohenkilökunnan kokemana

Seitsemän (58,3 %) vastaajista oli sitä mieltä, että osastolla palliatiivisessa hoidossa käytettävä lääkehoito toteutuu melko hyvin. Neljä (33,3 %) vastaajaa arvioivat, että lääkehoito ei toteudu hyvin, mutta ei myöskään heikosti. Yksi (8,3 %) vastaaja oli sitä mieltä, että lääkehoito toteutuu melko heikosti.

#### 6.2.2 Kipupumpun käytön osaaminen hoitohenkilökunnan kokemana

Viisi (38,5 %) vastaajista piti kipupumpun käytön osaamistaan erittäin hyvänä ja kolme (23,1 %) vastaajista melko hyvänä. Kaksi (15,4 %) vastaajista arvioi kipupumpun käytön osaamistaan siten, että se ei ollut hyvää, muttei myöskään heikkoa. Kaksi (15,4 %) vastaajista piti kipupumpun käytön osaamistaan melko heikkona ja yksi (7,7 %) vastaaja piti kipupumpun käytön osaamistaan erittäin heikkona. Osastolla kipupumpun käyttöön otosta huolehtivat sairaanhoitajat, joten lähihoitajille ja perushoitajille sitä ei opeteta. Lähihoitajat ja perushoitajat voivat kipupumpun välityksellä antaa potilaalle boluksia. Osastolle on tulossa tulevaisuudessa uudenmallinen kipupumppu, jolloin hoitajat tarvitsevat opastusta sen käyttöön.

### 6.2.3 Saattohoidossa olevien potilaiden kivun hoidon arvioinnin ja hoidon osaaminen hoitohenkilökunnan kokemana

Kaksi (15,4 %) vastaajista piti osaamistaan kivun hoidon arvioinnissa erittäin hyvänä ja 11 (85,6 %) vastaajista piti osaamistaan kivun hoidon arvioinnissa melko hyvänä. Neljä (30,8 %) vastaajista piti osaamistaan saattohoidossa olevien potilaiden hoidossa erittäin hyvänä ja yhdeksän (69,2 %) vastaajista piti osaamistaan saattohoidossa olevien potilaiden hoidossa melko hyvänä.

### 6.2.4 Palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan eksistentiaalisen, hengellisen ja henkisen tukemisen taidot hoitohenkilökunnan kokemana

Viisi (38,5 %) vastaajista piti palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan eksistentiaalisen / hengellisen tukemisen taitojaan melko hyvänä. Seitsemän (53,9 %) vastaajista ei pitänyt taitojaan hyvinä, eikä heikkoina. Yksi (7,7 %) vastaaja piti tukemisen taitojaan melko heikkona. Yksi (7,7 %) vastaaja piti palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan henkisen tukemisen taitojaan erittäin hyvinä, yhdeksän (69,2 %) vastaajista piti tukemisen taitojaan melko hyvinä ja kolme (23,1 %) vastaajaa ei pitänyt taitojaan hyvinä, eikä heikkoina.

## 6.3 Laadullisten kysymysten vastaukset

### 6.3.1 Saattohoidossa olevan potilaan hyvä hoito

Pääkategoria *Potilaan hyvä hoito* (Taulukko 1.) koostuu yläkategorioista: *kokonaisvaltainen hoito, asiakaskeineinen työskentelytapa, tarpeiden huomioiminen ja lääkärin kouluttautuminen*. Yläkategoria *Kokonaisvaltainen hoito* koostuu alakategorioista: potilaan perushoito, potilaan kivunhoito, potilaan oirehoito ja hoidosta huolehtiminen. Potilaan perushoito osana kokonaisvaltaista hoitoa sisältää esimerkiksi suun hoidosta ja hygieniasta huolehtimista, painehaavojen ehkäisyä ja ruokailussa avustamista eli jokapäiväisistä arkisista asioista huolehtimista ja avustamista. Potilaan kivunhoitoon sisältyy potilaan olon tekeminen hyväksi ja kivuttomaksi, sen vuoksi onkin tärkeää huolehtia oikea-aikaisesta kivun lääkitsemisestä, jolloin kipu ei ehtisi yltyä liian voimakkaaksi. Potilaan oirehoidossa on tärkeää, että potilaan erilaisia oireita, kuten esimerkiksi pahoinvointia, kipua, levottomuutta tai hengenahdistusta

hoidettaisiin ajoissa ja olisi myös tärkeää, jos pystyttäisiin ennakoimaan ennen oireiden alkamista tai pahenemista. Hoidosta huolehtimisessa oleellista on varmistaa, että hoidossa huomioidaan jokainen siihen kuuluva osa-alue.

Yläkategoria *Asiakaskeskeinen työskentelytapa* koostuu alakategorioista: potilasta ja omaisia arvostava työskentelytapa, potilaan parhaaksi tehdyt välttämättömät päätökset ja oman rauhan järjestäminen. Potilasta ja omaisia arvostava työskentelytapa osana asiakaskeskeistä työskentelytapaa sisältää potilaan huomioimisen kunnioittavasti, mutta on myös tärkeää huomioida potilaan omaiset kunnioittavasti ja tukea heitä. Potilaan toiveiden kuunteleminen ja toteuttaminen sekä mielitekojen huomioiminen ovat todella tärkeitä seikkoja, kun puhutaan saattohoidossa olevasta potilaasta. Hoitotahdon noudattaminen ja sen arvostaminen on potilaan toiveiden kunnioittamista ja tärkeä osa hoitosuhdetta. Potilaan parhaaksi tehdyt välttämättömät päätökset osana asiakaskeskeistä työskentelytapaa koostuvat - ei ehkä niin miellyttävistä - mutta kuitenkin välttämättömistä päätöksistä. Nopeat päätökset ovat potilaan eduksi ja onkin elintärkeää, että hoitolinjaukset hoidettaisiin kuntoon pikimmiten, kun on nähtävissä tilanteen vakavuus. Turhien tutkimusten, toimenpiteiden ja lääkitysten lopettaminen ajoissa on potilaalle parhaaksi, koska näin hänen ei tarvitse kärsiä turhan takia, jos tiedetään niiden olevan tarpeettomia ja epäolennaisia. Ennakoiden tehty lääkehoidon suunnitelma on hoidon kannalta vain kaikkien eduksi. Palliatiivinen saattohoitopäätös ja DNR tulevat aina yhdessä, vaikkakin DNR voidaan määrätä myös ilman saattohoitopäätöstä. Nämä päätökset ovat ajankohtaisia palliatiivisen hoidon loppuvaiheessa, kun saattohoitovaihe alkaa, jolloin lääkärin nuo päätökset on tehtävä hyvissä ajoin. Helppoja päätöksiä ne eivät ole, mutta loppupeleissä potilaan parhaaksi. Oman rauhan järjestäminen oman rauhallisen huoneen avulla on saattohoitopotilaan ja hänen omaistensa kannalta merkittävin ratkaisu, koska heidän on tärkeää saada viettää viimeiset yhteiset hetket ja suremiset rauhassa. Olisi ikävää, jos surevien vieressä olisi levoton potilas ääntelehtimässä.

Yläkategoria *Tarpeiden huomioiminen* koostuu alakategoriasta potilaan psyykkisten tarpeiden huomioiminen. Saattohoitopotilaan hoidossa on muistettava myös psykososiaalisen, eksistentiaalisen, hengellisen ja henkisen puolen huomiointi, koska joskus nämä tarpeet saattavat unohtua fyysisten oireiden hoitamiseen keskittyessä. Potilas saattaa käydä suurtakin kamppailua ajatustensa kanssa mielessään ja välillä se ei potilaasta edes näy ulospäin, jolloin hoitajan on automaattisesti huolehdittava näistäkin tarpeista tarjoamalla erilaisia vaihtoehtoja.

Yläkategoria *Lääkärin kouluttautuminen* koostuu alakategoriasta asianosaava lääkäri. Saattohoidossa olevan potilaan hoitamisessa yksi ehkä tärkeimmistä asioista on lääkäri, joka tietää saattohoidosta. Hän tietää mitä päätöksiä missäkin tilanteessa täytyy tehdä, tunnistaa ja osaa ennakoida. Lääkäri on kuitenkin se merkittävä tekijä, josta riippuu hoidon laatu, edistyminen ja päätösten tekeminen.

Taulukko 1. Saattohoidossa olevan potilaan hyvä hoito

<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoriat</b>	<b>Yläkategoriat</b>	<b>Pääkategoria</b>
Hyvä perushoito (4)	Potilaan perushoito	Kokonaisvaltainen hoito	
Suun hoito			
Painehaavojen ehkäisy			
Hyvä kivunhoito (7)	Potilaan kivunhoito		
Oikea-aikainen kivun lääkitseminen			
Olon tekeminen hyväksi ja kivuttomaksi			
Hyvä oireenmukainen hoito (4)	Potilaan oirehoito		
Oireiden ennakoiminen			
Kaikkien hoidon osa-alueiden huomioiminen	Hoidosta huolehtiminen		

Potilaan toiveiden kuuntelu ja toteuttaminen	Potilasta ja omaisia arvostava työskentelytapa		
Potilaan huomiointi kunnioittavasti			
Potilaan kohtaaminen ajan kanssa			
Potilaan mielitekojen huomioiminen			
Omaisten huomiointi ja tukeminen kunnioittavasti			
Hoitotahdon noudattaminen			
Ennakoiden tehty lääkehoidon suunnitelma	Potilaan parhaaksi tehdyt välttämättömät päätökset	Asiakaskeskeinen työskentelytapa	Potilaan hyvä hoito
Turhien tutkimusten lopettaminen ajoissa			
Turhan lääkityksen lopettaminen ajoissa			
Nopeiden päätösten tekeminen			
Hoitolinjausten tekeminen			
DNR:n tekeminen			
Palliatiivisen saattohoitopäätöksen tekeminen			

Rauhallisen oman huoneen järjestäminen	Oman rauhan järjestäminen		
Henkisen puolen huomiointi	Potilaan psyykkisten tarpeiden huomioiminen	Tarpeiden huomioiminen	
Psykososiaalisten tarpeiden täyttäminen			
Eksistentialisten tarpeiden täyttäminen			
Hengellisten tarpeiden täyttäminen			
Saattohoidosta tietävä lääkäri	Asianosaava lääkäri	Lääkärin kouluttaminen	

### 6.3.2 Saattohoidossa olevan potilaan hoidon toteutuminen osastolla

Yläkategoria *Potilaan hoidon toteutuminen* (Taulukko 2.) koostuu alakategorioista: kipupumppujen aloituksia viivästyy, potilaan hoidossa onnistuneita seikkoja, potilaalla mahdollisuus keskusteluapuun, saattohoitopäätösten tekeminen venyy melko myöhäiseen vaiheeseen, haasteita omaisten kanssa, potilaan hoidossa olevia parannettavia seikkoja ja lääkärin vaikutus potilaan hoitoon. Saattohoidossa olevan potilaan hoidossa lääkinefuusiopumppujen aloituksia viivästyy ja potilas saattaa joutua odottamaan kohtuuttoman kauankin lääkinefuusiopumpun saamista, toiset saattavat joutua odottamaan viimeisille elinpäivilleen asti. Kipupumppuja pitäisi pystyä aloittamaan aikaisemmin, potilaan kivut on saatava hallintaan mahdollisimman pian, koska potilaan ei tulisi joutua kärsimään kivusta. Potilaan hoidossa onnistutaan, kun saattohoidettavien oireita, kuten kipua, ahdistusta tai hengenahdistusta pidetään aina ensisijalla ja potilaan tarpeita huomioidaan parhaalla mahdollisella osaamisella. Hoitajat osastolla ovat asennoituneet huomioimaan saattohoidon erityispiirteet ja on myös opittu hyvin valikoimaan potilaalle sopivia tapoja fyysisistä kivunhallintamenetelmistä. Vastauksista selvisi, että hoito voi toteutua vaihtelevasti, kohtalaisen hyvin, täysin

sattumanvaraisesti, hyvin, välillä hyvin - välillä ei. Jotkut potilaat saattavat saada hyvän ja oikea-aikaisesti annetun oirehoidon, mutta näin ei ole jokaisen kohdalla. Potilaalla on mahdollisuus saada keskusteluapua esimerkiksi tukihenkilöiltä tai sairaalapapilta ja tämä mahdollisuus on potilaalle kerrottava ja toteutettava. Yleensä potilaan on helpompi keskustella ja purkaa mieltään ventovieraalle kuin perheenjäsenelle tai muulle läheiselle. Potilas saattaa ajatella, ettei halua kuormittaa läheisiään yhtään enempää. Siitä päästäänkin haasteisiin omaisten kanssa, sillä välillä omaisten on todella hankala ymmärtää tilannetta tai he eivät vain halua hyväksyä asiaa. Onhan tilanne heille todella vaikea, koska heidän tulisi luopua läheisistään. Potilaan hoidon toteutumisessa on paljon parannettavaa saattohoitopäätösten suhteen.

Saattohoitopäätösten tekeminen venyy yleensä melko myöhäiseen vaiheeseen, joskus päätökset tulevat aivan potilaan viimeisinä elintunteina ja joskus aivan liian myöhään. Potilaan hoidossa parannettavia asioita löytyi muitakin, kuten se, että lähestyvää kuolemaa ei ennakoita ja ennakoivaa hoitosuunnitelmaa harvoin tehdään. Ennakointi näkyy olevan monessa asiassa heikolla pohjalla ja kaipaisi parannettavaa. Usein potilaan hoito jää hieman yksipuoliseksi ja joidenkin potilaiden hoito on huonompaa. Sairauksia ja vaivoja on tietysti yhtä paljon erilaisia kuten on ihmisiäkin, mutta kyllä jokaiselle kuuluisi samantasoinen saattohoitovaiheen hoito. Potilaat saattavat kärsiä myös turhista toimenpiteistä, joita tehdään, vaikka niillä ei olisi mihinkään enää vaikutusta. Joskus turhat toimenpiteet, joilla ei uskota olevan minkäänlaista tilannetta parantavaa vaikutusta, saattavat nostattaa potilaalle turhaa toivoa paremmasta. Resurssipula on myös suurena ongelmana, jos yhtä aikaa on monta saattohoitopotilasta ja paljon omaisia. Osastolla on myös yhteistyö palliatiivisen yksikön kanssa, mutta heitä on välillä vaikea saada osastolla käymään, mikä tietenkin on todella harmillista, koska heillä olisi paljon enemmän tietoa ja taitoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon potilaista.

Lääkärin vaikutus on todella suuri potilaan saamaan hoitoon. Melkein kaikki on lääkäristä riippuvaista ja hoito useasti riippuukin lääkäristä. Kokematon lääkäri ei uskalla tehdä päätöksiä ja joskus hoito määrittyy paljonkin hoitajan kokemuksen perusteella, jos lääkärin kokemus on puutteellista. Tietenkään asia ei saisi näin olla, vaan osastolla täytyisi olla lääkäri, joka tietää saattohoidosta, on siihen kouluttautunut ja osaa asiansa. Välillä lääkäri saattaa myös olla haluton tai kiireinen kommunikoidaan potilaan ja/tai omaisten kanssa ja se tietenkin on todella harmillista. Joidenkin potilaiden ja omaisten kohdalla lääkärin sanalla on paljon painoarvoa ja odottavat lääkäriä käymään ja kertomaan omin sanoin asioista.

Taulukko 2. Saattohoidossa olevan potilaan hoidon toteutuminen

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
Kipupumppuja pitäisi aloittaa aikaisemmin	Kipupumppujen aloituksia viivästyy	Potilaan hoidon toteutuminen
Kipupumppuja joutuu potilas odottamaan kohtuuttomasti		
Kipupumpun aloitus voi viivästyä		
Saattohoidettavien oireet aina ensisijalla	Potilaan hoidossa onnistuneita seikkoja	
Potilaan tarpeet huomioidaan		
Jotkut potilaat saavat hyvän ja oikea-aikaisesti annetun oirehoidon		
Hoitajat asennoituneet huomioimaan saattohoidon erityispiirteet		
Fyysisistä kivunhallintamenetelmistä osataan hyvin valikoida potilaalle sopivia tapoja		
Potilaiden saatavilla tukihenkilöt	Potilaalla mahdollisuus keskusteluapuun	
Potilaiden saatavilla sairaalapappi		
Monesti saattohoitopäätös tulee melko myöhäisessä vaiheessa	Saattohoitopäätösten tekeminen venny melko myöhäiseen vaiheeseen	
Yleensä saattohoitopäätökset tehdään liian myöhään		
Saattohoitopäätökset tulevat aivan potilaan viimeisinä elintunteina		



Välillä omaiset eivät ymmärrä tilannetta	Haasteita omaisten kanssa	
Potilas kärsii turhista toimenpiteistä	Potilaan hoidossa olevia parannettavia seikkoja	
Joidenkin potilaiden hoito on huonompaa		
Lähestyvää kuolemaa ei ennakoida		
Ennakoivaa hoitosuunnitelmaa harvoin tehdään		
Usein hoito jää hieman yksipuoliseksi		
Runsaasti on parannettavaa		
Resurssipula ongelmana, jos yhtä aikaa monta saattohoitopotilasta ja paljon omaisia		
Palliativisen yksikön kanssa yhteistyö, mutta välillä vaikea saada osastolla käymään		
Lääkäristä riippuvaista		Lääkärin vaikutus potilaan hoitoon
Hoito riippuu useasti lääkäristä		
Välillä lääkäri haluton / kiireinen kommunikoidaan potilaan / omaisten kanssa		
Hoito määrittyy paljon hoitajan kokemuksen perusteella, jos lääkärin kokemus puutteellista		
Kokematon lääkäri ei uskalla tehdä päätöksiä		

### 6.3.3 Hoitohenkilökunnan ehdotuksia, mitä voisi tehdä toisin tai kehittää

Yläkategoria *Tulevaisuuden hoidon laadun paraneminen* (Taulukko 3.) koostuu alakategori-  
oista: palavereiden järjestäminen, kokonaisvaltaiseen hoitoon parempaa ja tarkempaa otetta,  
suunnitteleva ja ennakoiva työskentely, lupapaikkalaisten informointi ja ympäristön rauhoitta-  
minen, omaisten arvostaminen, faktojen kertominen tilanteesta potilaalle ja läheisille suoraan,  
ajan antaminen potilaalle ja omaisille, nopea ajattelu ja päätösten teko, nykyaikaiset tekniset  
laitteet. Palavereiden järjestäminen osana tulevaisuuden hoidon laadun paranemista pitää  
sisällään sekä palavereiden järjestämistä hoitohenkilöstön keskuudessa että hoitopalaverei-  
den järjestämistä.

Olisi kiva, jos osastolla järjestettäisiin palavereita, joissa keskusteltaisiin kehit-  
tämisehdotuksista ja mieltä askarruttavista asioista.

”Kokonaisvaltaiseen hoitoon parempaa ja tarkempaa otetta osana tulevaisuuden hoidon laa-  
dun parantamista” pitää sisällään esimerkiksi sitä, että lääkeinfuusiopumppuja käyttöönotet-  
tisiin aikaisemmin lääkärin aloituksesta, ettei potilaan tarvitsisi kohtuuttomasti odottaa pa-  
rempaa kivunlievitystä. Kuten aiemmin tuli ilmi (Taulukko 2.), lääkeinfuusiopumppujen käyt-  
töönotto saattaa venyä aivan potilaan viimeisille elinpäiville tai joskus se aloitetaan aivan liian  
myöhään. Hoidon kannalta kaivataan tarkempaa huomiota kivun lievitykseen ja asentohoi-  
toon. Asentohoito on erittäin tärkeä osa hoitoa, jos potilas on vuodepotilas, joka ei itse pysty  
asentoon vaihtamaan tai muutenkaan liikkumaan enää. Kivunlievitys palliatiivisen hoidon  
potilaalla sekä saattohoidettavalla tulisi olla ensisijaista, mutta muita osa-alueita unohtamatta.

Olisi hoidon kannalta sujuvampaa, jos tarvittavat oirelääkkeet laitettaisiin valmiiksi listalle,  
jotta ne olisivat käytettävissä heti, kun niitä tarvittaisiin. Suunnitteleva ja ennakoiva työsken-  
tely hoidon laadun parantamisessa voisi näkyä esimerkiksi suunnitelmallisuuden lisäämisellä  
lääkehoidossa ja ennakoivan suunnitelman ja potilaan toiveiden kirjaaminen potilaan tietoihin  
olisi myös varmasti avuksi hoidon etenemisen kannalta. Ennakoiminen ja varautuminen olisi  
sekä potilaan että hoitohenkilökunnan eduksi hoidon edetessä ja niiden avulla hoidon laatua  
voitaisiin parantaa. Osaston lupapaikkalaisille informointi ja ympäristön rauhoittaminen ovat  
potilaan eduksi. Potilaalle ilmoittaminen lupapaikasta sen myönnettäessä olisi suotavaa ja  
myös oman huoneen ja rauhallisen ympäristön järjestäminen olisi mielekästä saattohoitopoti-  
laalle ja tämän omaisille. Omaisten arvostaminen kuuluu tärkeäksi osaksi palliatiivista

hoitopolkua, koska potilas ei ole ainoa, joka käy läpi vaikeita aikoja. Omaisia tulisi ymmärtää ja tukea kaikella mahdollisella osaamisella eikä heitä tulisi milloinkaan unohtaa tai sivuuttaa.

Omaisten ymmärtäminen ja heidän asiantuntijuutensa arvostaminen osana potilaan toimintakyvyn muutosten arvioinnissa olisi hyvä omaksua omaan vuorovaikutukseen. Omaisiin suhtaudutaan mielestäni pikemmin kielteisesti kuin edes neutraalisti.

Olisi suotavaa järjestää saattohoitopotilaan ja läheisten kanssa rohkea keskustelutuokio, jolloin pyritään vastaamaan esitettyihin kysymyksiin ja kertomaan suoraan tilanteen vakavuus, mitä tulee tapahtumaan ja jonkinlainen aika-arvio elinajan odotteesta. Näin he toivottavasti ymmärtävät tilanteen ja pystyvät keskittymään yhdessä viimeisiin hetkiin ja suremiseen. Potilaalle ja omaisille olisi tärkeää järjestää aikaa eikä kiire saisi näkyä, vaikka se voikin olla nykyaikana todella hankalaa. Ikinä ei saisi olla niin kiire, että potilas ja omaiset tuntevat olonsa ei-tärkeiksi. Nopeampi ajattelu ja päätösten tekeminen osana hoidon laadun parantamista pitää sisällään nopeita päätöksiä ja hoitolinjausten tekemistä ja ettei olisi pitkitettyjä linjauksia hoidon suhteen. Potilaalla on oikeus saada oikeanlaista tarvitsemaansa hoitoa ja myös nopea saattohoitopäätöksen tekeminen on potilaan eduksi, eikä ole inhimillistä antaa potilaan odottaa viimeisinä elinpäivinä. Ehdotukseksi tuli myös, että osaston teknistä laitteistoa voisi kehittää. Bluetooth-kuulokkeita ja tablettitietokoneita voisi hankkia.

Teknistä laitteistoa voisi kehittää, esim. tabletti, jos ei potilaalla ole älypuhelin. Bluetooth-kuulokkeita voisi ostaa, niistä musiikin / kirjojen kuuntelu on laadukkaampaa kuin pienestä seinäradiosta.

Yläkategoria *Ajantasainen kouluttautuminen ja edistyneempi kommunikaatio* koostuu alakategorioista: lääkärin ajantasainen koulutus ja mielenkiinto hoitoon, parempi vuorovaikutus eri ammattitahojen ja osastojen / yksiköiden välillä, ajantasainen koulutus palliatiivisen potilaan hoitoon ja toiminnan keskittäminen palliatiiviseen hoitoon ja sen eri vaiheisiin. Lääkärin ajantasainen koulutus ja mielenkiinto hoitoon sisältää ehdotuksia lääkäreiden menemisestä saattohoitokoulutukseen ja heidän osaamisensa kasvattamista juuri saattohoitoon. Osastonlääkärin tulisi olla asianosaava ja kiinnostunut saattohoidosta. Hänellä tulisi myös olla valmius saattohoitopäätöksen tekemiseen. Lääkäri on merkittävä tekijä hoidon toteutumiselle ja etenemiselle, sen vuoksi osastonlääkärillä täytyy olla tieto ja taito saattohoidon osalta hallinnassa.

Lääkärit saattohoitokoulutukseen, että ymmärtävät ja osaavat hoitaa oikein potilasta.

Myös muun hoitohenkilökunnan ajantasainen koulutus palliatiiviseen hoitoon olisi kannattavaa esimerkiksi pidemmällä saattohoitokoulutuksilla tai suuremmalla panostuksella kuolevan potilaan hoitoon ammattikoulutuksissa. Esihenkilönkin tietämys on hyvä saada nykytasolle ja tietämys siihen, mitä kenttätö kuolevan potilaan kanssa on. Koulutukset ja ajantasaisen tiedon oppiminen ei ikinä ole huono asia, aina voi oppia uutta. Parempaa vuorovaikutusta eri ammattitahojen ja osastojen sekä yksiköiden välillä olisi hyvä lisätä. Hoitajien ja lääkäreiden keskinäistä keskustelua olisi hyvä olla enemmän. Kuten myös kommunikaatiota ja verkostoitumista kotisairaalan, palliatiivisen yksikön ja osaston välillä. Ehdotuksia tuli myös sen suhteen, että osastolla toiminta keskitettäisiin palliatiiviseen hoitoon ja sen eri vaiheisiin. Saattohoito-osastoksi muuttuminen auttaisi sekä potilaita että hoitohenkilökuntaa, kun keskityttäisiin ainoastaan kuoleviin potilaisiin eikä mukana olisi myös akuuttihoitoa tarvitsevia potilaita.

Taulukko 3. Ehdotuksia, mitä voisi tehdä toisin tai kehittää

<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoriat</b>	<b>Yläkategoriat</b>
Palavereiden järjestäminen hoitohenkilöstön keskuudessa	Palavereiden järjestäminen	
Hoitopalavereiden järjestäminen		
Kipupumppujen aloitus aiemmin lääkärin toimesta	Kokonaisvaltaiseen hoitoon parempaa ja tarkempaa otetta	
Tarkempaa huomiota kivunlievitykseen		
Tarkempaa huomiota asentohoitoon		
Tarvittavat oirelääkkeet valmiiksi listalle		

Suunnitelmallisuuden lisääminen lääkehoidossa		
Ennakoivan suunnitelman kirjaaminen potilaan tietoihin	Suunnitteleva ja ennakoiva työskentely	
Ennakointi ja varautuminen		
Ilmoittaminen lupapaikasta potilaalle osastolta lupapaikan myönnettäessä		
Lupapaikkalaisille oma huone	Lupapaikkalaisten informointi ja ympäristön rauhoittaminen	Tulevaisuuden hoidon laadun parantaminen
Omaisten ymmärtäminen		
Omaisten arvostaminen osana potilaan hoitoa	Omaisten arvostaminen	
Saattohoitopotilaan ja läheisten kanssa järjestetty rohkea keskustelutuokio	Faktojen kertominen tilanteesta potilaalle ja läheisille suoraan	
Kiire ei saisi näkyä	Ajan antaminen potilaalle ja omaisille	
Nopeiden päätösten ja linjausten teko	Nopea ajattelu ja päätösten teko	
Ei pitkitettyjä linjauksia hoidon suhteen		
Teknisen laitteiston kehittäminen	Nykyaikaiset tekniset laitteet	
Bluetooth- kuulokkeiden hankinta		
Tablettitietokoneiden hankinta		

Lääkärit saattohoitokoulutukseen (2)		
Lääkärin valmius saattohoitopäätöksen te- koon	Lääkärin ajantasai- nen koulutus ja mie- lenkiinto hoitoon	Ajantasai- nen koulut- tautuminen ja edisty- neempi kommuni- kaatio
Asianosaava lääkäri		
Saattohoidosta kiinnostunut osastonlääkäri		
Enemmän keskinäistä keskustelua sekä hoi- tajien, että lääkäreiden kanssa.	Parempi vuorovaiku- tus eri ammattitaho- jen ja osastojen / yk- siköiden välillä	
Verkostoituminen paremmin kotisairaalan palliativisen poliklinikan kanssa		
Kommunikaatiota kotisairaalan, palliativisen yksikön ja osaston välillä		
Pidemmät saattohoitokoulutukset	Ajantasainen koulu- tus palliativisen poti- laan hoitoon	
Esihenkilön tietämys nykytasolle		
Ammattikoulutuksissa enemmän panostusta kuolevan potilaan hoitoon		
Saattohoito-osastoksi muuttuminen	Toiminnan keskittä- minen palliativiseen hoitoon ja sen eri vaiheisiin	

### 6.3.4 Hyvällä pohjalla olevat asiat osastolla tapahtuvassa hoidossa

Yläkategoria *Monipuolisen hoidon osaaminen ja hoitajien ammattimaisuus* (Liite 3.) koostuu alakategorioista: kivunhoito, oirehoito, perushoito, kipupumppujen oikeaoppinen käyttö, hoitajien ammatillinen työote, potilaan sekä omaisten välitön huomioiminen, välineistö ja talon sisällä tapahtuva työskentely. Osastolla tapahtuvassa hoidossa hyvällä pohjalla olevia asioita

on monia. Kivunhoito on yksi niistä. Kivulias potilas tunnistetaan ja kivunhallinta on hallussa. Kipulääkkeitä annetaan ja voimakkaampia kipulääkkeitä, kuten oksikodonia, morfiinia tai fentanylia uskalletaan antaa tarvittaessa. Kivunhoito on yksi tärkeimmistä asioista hoidettaessa palliatiivisen vaiheen potilaita, kivuttomuus on päätavoite. Oirehoito ja perushoito ovat osastolla myös hyvällä pohjalla. Oireenmukainen hoito ja oirelääkkeiden käyttö toteutuu. Kivunhoidossa on käytössä lääkeinfuusiopumput ja niiden käytön osaaminen on hyvällä tasolla ja niitä käytetään niitä tarvittaessa.

Hoitajien ammatillinen työote on osastolla onnistunutta. Hoitajien ammattitaito hoitaa potilaita on osaavaa ja välittävää, heillä on tietotaitoa ja kokemusta sekä he ovat asennoituneet potilaiden hoitoon perusteellisesti. Hoitajilla on realistiset näkemykset heikkenevän potilaan voinnista ja ennusteesta sekä he osaavat kertoa asioista lääkärille jämäkällä otteella. Monilla hoitajilla on myös erikoistumiskoulutuksia, mikä vaikuttaa positiivisesti hoidon laatuun. Potilaan sekä omaisten välitön huomioiminen kuuluu palliatiiviseen hoitoon merkittävästi. Potilas sekä hänen omaisensa huomioidaan kokonaisvaltaisesti ja heidät kohdataan arvostavasti ja kunnioittavasti. Potilaalle järjestetään yksilöhuone, mikäli siihen nähdään tarvetta, omaisillakin on mahdollisuus yöpyä potilaan huoneessa. Omaisia informoidaan potilaan muutoksista ja muista tärkeistä seikoista. Osastolla on nykyaikaiset välineistöt, mikä helpottaa suuresti oikeanlaisen hoidon saamisessa. Talon sisällä tapahtuva työskentely onnistuu hyvin, koska saman talon sisällä on olemassa palliatiivinen yksikkö sekä talon sisäiset kuljetukset toimivat mainiosti. Palliatiivisella yksiköllä osaaminen ja tieto ovat vielä parempaa, koska he ovat perehtyneet syvemmin palliatiiviseen hoitoon. Palliatiivisen yksikön työntekijöitä pystytään konsultoimaan tilanteen tullen.

### **6.3.5 Hoitohenkilökunnan kehitysehdotuksia osastolla tapahtuvassa hoidossa**

Yläkategoria *Hoidon edistäminen ja laadun parantaminen* (Taulukko 4.) koostuu alakategori-  
oista: yhteistyön lisääminen eri tahojen välillä, parempi ja monipuolisempi hoito, keskittyminen palliatiiviseen hoitoon / saattohoitoon, hoitohenkilöstön kouluttautuminen ja ajantasaisten päätösten tekeminen. Yhteistyön lisääminen eri tahojen välillä osana hoidon edistämistä ja laadun parantamista pitää sisällään yhteistyötä ja konsultointia osastonlääkärin ja palliatiivisen lääkärin kanssa sekä yhteistyön lisäämistä palliatiivisen poliklinikan kanssa. Yhteistyön tekemisellä saadaan parhaita mahdollisia tuloksia hoidon kehittämisessä, kun jokaisella osapuolella on yhteinen päätavoite. Kenenkään ei tarvitse tietää ja osata kaikkea, mutta

yhteistyön kautta voi oppia toisilta ja saada asiat sujumaan. Parempaa ja monipuolisempaa hoitoa olisi hyvä päästä toteuttamaan. Palliatiivista sedaatiota voisi hyödyntää enemmän ja kivun hoitoa parantaa sekä lääkainfuusiopumppuja pitäisi hankkia lisää. Välillä kivun hoidossa menee liian kauan, että kivut saadaan hallintaan. Ennakoiminen ja suunnitelmallisuus parantavat hoidon laatua merkittävästi, kuten esimerkiksi ajoissa suunniteltu oirehoito pelastaa monenlaisilta haastavilta tilanteilta.

Olisi työkalut ns. valmiiksi mietitty, kun vointi heikkenee / kivut kasvavat.

Kuolevan potilaan tunnistamista on hyvä harjoitella ja etsiä tietynlaisia oireita tai muutoksia potilaan olossa. Yhden hengen huoneet saattohoitopotilaille mahdollistaisivat potilaan rauhallisen ympäristön, jossa potilaan ja omaisten on mukavampi olla. Potilaat tarvitsevat keskusteluapua ja heillä onkin mahdollisuus tukihenkilöihin ja sairaalapastoriin, mutta myös henkisen ensiavun järjestäminen olisi suuri apu potilaalle ja tämän omaisille. Osastolla hoidetaan saattohoitopotilaiden lisäksi akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita ja se saattaa välillä olla todella hankalaa yhdistää, eivätkä saattohoitopotilaat ja heidän omaisensa saa tarvitsemaansa aikaa ja tukea hoitajilta. Kehitysehdotuksena tulikin, että osasto kohdennettaisiin saattohoitoon tai osastolla olisi vähemmän paikkoja akuuteille potilaille. Näin voitaisiin edistää hoitoa ja parantaa hoidon laatua. Hoitohenkilöstön kouluttautuminen on aina ajankohtaista, niin hoitajien kuin lääkäreidenkin. Näin varmistettaisiin, että potilas saa parasta mahdollista tarvitsemaansa hoitoa jokaiselta häntä hoitavalta. Myös päätösten tekemisessä täytyy parantaa, napakammat päätökset saattohoitopäätösten kanssa ja hoitolinjausten ajantasaiseksi tekeminen.

Taulukko 4. Palliatiivisessa hoidossa / saattohoidossa kehitettäviä asioita

<b>Pelkistetyt ilmaisut</b>	<b>Alakategoriat</b>	<b>Yläkategoriat</b>
Enemmän yhteistyötä palliatiivisen poliklinikan kanssa	Yhteistyön lisääminen eri tahojen välillä	
Yhteistyö ja konsultointi osastonlääkärin ja palliatiivisen lääkärin välillä		
Palliatiivisen sedaation hyödyntäminen		



Kivunhoito	Parempi ja monipuolisempi hoito	Hoidon edistäminen ja laadun parantaminen
Ennakointi		
Ajoissa suunniteltu oirehoito		
Henkisen ensiavun järjestäminen		
Suunnitelmallisuus		
Omaisten huomioiminen		
Kuolevan potilaan tunnistaminen		
Enemmän yhden hengen huoneita		
Lisää kipupumppuja		
Osaston kohdentaminen saattohoitoon	Keskittyminen palliativiseen hoitoon / saattohoitoon	
Vähemmän akuutteja potilaita		
Hoitajat palliativiseen koulutukseen	Hoitohenkilöstön kouluttaminen	
Lääkäreiden koulutus		
Hoitolinjausten ajantasaisuus	Ajantasaisten päätösten tekeminen	
Napakammat päätökset saattohoitopäätösten tekemiseen		

### 6.3.6 Lääkkeettömät kivunhoito menetelmät osastolla

Yläkategoria *Monipuoliset lääkkeettömät hoitokeinot* (Liite 4.) koostuu alakategorioista: ihon lämpötilan vaihtelu paikallisesti, potilaan liike, keskusteluapu, potilaan perushoito, läsnäolo ja mielihyvän tuotto. Lääkkeettöminä hoitokeinoina osastolla toimivat paljon kylmä- ja kuuma-hoidot, kuten esimerkiksi kylmägeelit, kylmäpussit ja lämpöpakkaukset. Ne voivat auttaa tehokkaastikin erilaisiin kipuihin ja ovat helposti käytettävissä. Potilaan liikkuminen, mikäli potilas sellaiseen vielä kykenee, on joskus myös hyvä hoitokeino kipuun kuten myös asentohoito vuodepotilailla, kunhan sitä tekee riittävän usein. Keskustelua käytetään myös hoitokeinona, koska joillakin kipu saattaa pahentua pelosta, ahdistuksesta ja stressistä. Henkinen tuki ja rauhoittelu hoitajilta, sairaalapapilta tai tukihenkilöltä ovat suuri helpotus joidenkin kohdalla ja he saavat siitä suuresti apua. Myös ihan potilaan perushoitoon liittyvät seikat, kuten suun hoito, puhtaudesta huolehtiminen, ihonhoito, tukisidokset ja O-painepatja, voivat olla avuksi monellakin potilaalla. Joillekin potilaille myös hoitajan läsnäolo ja kosketus helpottavat oloa hyvinkin paljon sekä musiikin kuuntelu on toisille todella tärkeää ja tuottaa mielihyvää ja sitä kautta toimii hyvänä hoitokeinona.

### 6.3.7 Potilaan kivun arvioinnissa käytettävät erilaiset keinot osastolla

Yläkategoria Kivun arvioiminen (Liite 5.) koostuu alakategorioista: Potilaan sanattoman viestinnän tulkinta, potilaan hengitys, potilaan käyttäytyminen ja teot, erilaiset kipumittarit, potilaan näkökulma, tarkkaileminen ja hoitajan omat työvälineet. Potilaan sanattoman viestinnän tulkinta osana kivun arvioimista sisältää potilaan ilmeiden ja eleiden tulkitsemista, koska niiden avulla voidaan saada paljon tietoa potilaan kivun tilanteesta, jos potilas ei pysty itse kertomaan. Myös potilaan hengitystaajuudesta huomataan, jos potilas kärsii kivuista, sillä sen noustessa epänormaalin korkeisiin lukemiin, ei potilaalla ole kaikki hyvin. Potilaan käyttäytymistä ja tekoja, kuten toimintakykyä, ääntelyä, sekavuutta ja levottomuutta tarkkaillaan, koska niiden poiketessa potilaan normaalista olemuksesta huomataan melko nopeasti, jos potilaalla on jokin hätänä. Kivulias potilas voi myös purra hoitajaa ja olla muutenkin aggressiivinen, potilas ei osaa muuten ilmaista kivun tunnettaan. Jos potilas kuitenkin pystyy puhumaan ja ilmaisemaan omia tuntemuksiaan, pyydetään häneltä itseltään sanallista kuvausta kivustaan, koska hän tietää parhaiten. Vaihtoehtona on myös omaisten tulkinta potilaan tilasta, koska he tietävät parhaiten, mikä on normaalia ja mikä epänormaalia käytöstä. Osastolla on käytössä myös erilaisia kipumittareita, kuten esimerkiksi VAS-mittari, ja sitä todella moni hyödyntää. Hoitajalla on myös omat työvälineet, kuten kuulo, näkö, puhe ja kokemus, joita hän pystyy

hyödyntämään havainnoinnissa. Tarkkaileminen on erittäin tärkeää, ja sillä pääsee hyvinkin pitkälle arvioidessa potilaan kipua.

### 6.3.8 Saattohoidossa olevien potilaiden hoidon osaamisen ylläpito osastolla

Yläkategoria *Kouluttautuminen ja uuden oppiminen* (Liite 6.) koostuu alakategorioista: erilaiset erikoistumiskoulutukset ja kurssit ja oppiminen muun väylän kautta. Erilaiset erikoistumiskoulutukset ja kurssit pitää sisällään erilaisia tapoja, joilla ylläpidetään hoidon osaamista heidän osastollaan. Osa hoitajista on käynyt palliatiivisen hoidon erikoistumiskoulutuksen ja on todella mahtava huomata, että hoitajat haluavat myös oma-aloitteisesti käydä erilaisia koulutuksia ja kursseja. Myös saattohoitokoulutuksia on järjestetty, toki korona-aika teki ikävät väli-vuodet, mutta niitä on myös ilmeisesti pyritty järjestämään uudelleen. Hoitajille myös kerrotaan erilaisista kursseista ja koulutuksista, mikä on myös erittäin hyvä asia. Oppiminen muun väylän kautta pitää sisällään itsenäistä asioiden oppimista, jota osa hoitajista myös tekevät mielellään. He myös keskustelevat paljon työkavereiden kanssa jakaen tietotaitoa toisilleen, mikä onkin todella tärkeä asia, koska se lisää yhteisöllisyyttä, mutta on myös oiva tapa oppia uusia asioita sekä tietysti pystyy purkamaan omia mietteitä toisten kanssa. Mainittiin myös, että osastolle otetaan myös opiskelijoita, joilta saa tuoreinta tietoa uusista tavoista. Oli oikein positiivinen asia, että opiskelijoiden läsnäolo harjoittelussa otetaan vastaan suurena voimavarana.

### 6.3.9 Potilaan läheisten huomioon ottaminen

Yläkategoria *Läheisten huomioon ottaminen ja tukeminen* (Liite 7.) koostuu alakategorioista: käytöstapojen muistaminen, molemminpuolinen vuorovaikutus, informointi, emotionaalinen tuki, mahdollisten oikeuksien kertominen, fyysinen jaksaminen ja hoitamiseen mukaan ottaminen. Käytöstapojen muistaminen potilaan läheisten kanssa, kuten esittäytyminen ja yleinen huomioiminen kuuluvat hyviin käytöstapoihin, joita ei saisi ikinä unohtaa varsinkaan hoitajan roolissa. Molemminpuolinen vuorovaikutuksen kuuluu omaisten kanssa keskusteleminen, heidän kuuntelemisensa ja heidän kysymyksiinsä vastaaminen. On myös tärkeää tukea heitä ja kysyä heidän jaksamisestaan, tukiverkostaan ja henkisen tuen tarpeestaan.

Omaisille pitäisi antaa aikaa purkaa tuntojaan, mutta se välillä vaikeaa kiireen vuoksi.

Pyrin keskustelemaan heidän kanssaan, kohtaamaan heidän tunteensa ja pelkonsa. Usein potilas itse on jo hyväksynyt tulevan kuolemansa, joskus omaisten saaminen samalle aaltopituudelle on työlästä...

Emotionaalinen tuki, läsnäolo, arvostaminen, aidosti kohtaaminen, suruun vastaaminen ja tukeminen ovat asioita, joista osaston hoitajat huolehtivat potilaan läheisten huomioon ottamisessa. Heidänkin täytyy saada purkaa ajatuksiaan ja tuntea etteivät ole yksin. Heidän tulee kokea olonsa tervetulleeksi ei taakaksi. Läheisille kerrotaan myös yöpymismahdollisuudesta sekä tarjotaan sairaalapapin tapaamisvaihtoehdosta. Informaatio kulkee hoitajilta läheisille heidän halutessaan myös puhelimitse, jos potilaan voinnissa on tullut muutoksia. Läheisten fyysisestä jaksamisesta pidetään huolta tarjoamalla kahvia tai ruokaa. Hoitajat ottavat läheiset mukaan hoitotoimenpiteisiin, mikäli läheinen itse niin haluaa. Läheiset saavat auttaa hoitamisessa halutessaan, jolloin hoitaja neuvoo ja ohjaa.

### 6.3.10 Täydennyskoulutuksen tarpeellisuus

Yläkategoria *Jatkokouluttautuminen* (Liite 8.) koostuu alakategorioista: potilaan kohtaaminen, potilaan omaisten kohtaaminen, palliatiivisen hoidon tärkeät osa-alueet, ylläpitävät koulutukset, erilaiset syöpätaudit, uuden kipupumpun koulutus ja palliatiivisen hoidon kokonaisvaltainen koulutus.

Hoitajilta kysyttäessä täydennyskoulutuksien tarpeellisuudesta ja lisäohjauksen tarpeesta liittyen kivunhoitoon tuli paljon erilaisia ehdotuksia ja he olivat todella avoimin mielin täydennyskoulutuksille, lisäohjauksille ja uusien asioiden oppimiselle.

Uusi tieto on aina paikallaan.

Aina koulutus olisi tervetullutta.

Kyllä, kaikki lisäohjaus ja tieto paremman kivunhoidon toteuttamiseen on tärkeää ja tarpeellista.

Potilaan kohtaamiseen liittyvä koulutus kiinnostaisi, jossa käytäisiin läpi, miten kohdata sureva potilas ja miten lohduttaa surevaa potilasta. Toisilta sellainen saattaa tulla luonnostaan, mutta kaikilta sen ei tarvitse tulla. Tällainen koulutus olisi hyväksi, koska kuitenkin työskennellään paljon surevien potilaiden kanssa ja heitä tulisi osata lohduttaa. Myös koulutus, jossa käsiteltäisiin omaisten kohtaamista potilaan kuoleman jälkeen, miten heitä lohdutetaan ja

miten siinä tilanteessa toimitaan. Saattohoidettavien potilaiden kanssa työskenneltäessä sellaisia tilanteita tulee paljon. Tietenkin kokemuksen karttuessa näistäkin tulee helpompaa, mutta alussa se voi tuntua vieraalta. Palliatiivisen sedaation toteuttamiseen, kivunhoitoon ja henkiseen tukemiseen koettiin myös täydennyksen tarvetta, kuten myös ylläpitäviin koulutuksiin, kuten haavanhoidon, kinestetiikan ja ensiavun kohdalla. Tietoutta erilaisista syöpätaudeista kaivattiin myös sekä lisäkoulutusta saattohoidosta että palliatiivisesta hoidosta, kuten esimerkiksi kipukoulutusta. Osastolle on tulevaisuudessa tulossa käyttöön uudenmallinen kipupumppu ja sen käyttämiseen toivottiin koulutusta, kun kyseinen kipupumppu saapuu osastolle käyttöön.

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että saattohoitopäätösten ja hoitolinjausten tekemisen suhteen on hankaluuksia, koska niiden tekeminen saattaa venyä liiankin myöhäiseen vaiheeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM, i.a.) mukaan ennakoivan hoitosuunnitelman ja saattohoitopäätöksen tekeminen aikaisessa vaiheessa on perusta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon antamiselle. Potilaalla olisikin oikeus saada saattohoitopäätös pikimmiten sen jälkeen, kun tiedostetaan lähestyvä kuolema. Saattohoitopäätöksen tekeminen olisi hyvä tehdä mahdollisimman hyvissä ajoin, heti, kun tunnistetaan lähestyvä kuolema (Saarto ym., 2015, s. 257). Näin potilas ja hänen omaisensa saavat mahdollisuuden valmistautua potilaan lähellä olevaan kuolemaan eivätkä he pidä turhaan yllä toivoa tai odotuksia, että jotain olisi tehtävissä.

Tuloksista selvisi, että osastolla käytetään todella mukavasti lääkkeettömiäkin kivun hoidon menetelmiä. Laadukas kivunhoito ei ole pelkästään lääkehoitoa ja yksi tämän työn tehtävistä on tuoda tietoisuuteen myös niitä lääkkeettömiä hoitokeinoja (Rahko & Rajala, 2020, s.1606).

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu (Kalso ym., 2018, s. 27). Tulosten mukaan hoitajat osastolla ovat hyvin tietoisia erilaisista keinoista, joilla tarkkailla potilaan tilaa ja he käyttävät niitä monipuolisesti.

Potilaalle saattaa olla hankalaa kertoa sanallisesti oireistansa ja sen takia on hyvä, että on olemassa apukeinoja eli erilaisia oiremittareita, joiden avulla saadaan parempaa kokonaiskuvaa potilaan oireista ja niiden voimakkuudesta (Saarto ym., 2015, s. 34). Tulosten perusteella VAS-asteikko oli yleinen osaston hoitajien käyttämänä. Ainahan sitä ei tietystikään pystytä käyttämään saattohoitopotilaiden kanssa, mutta jos potilas sattuu olemaan tarpeeksi hyvässä kunnossa, on se silloin hyvä apukeino.

### 7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehtäessä työn eettisyydestä vastaa työn tekijä itse. Tutkimuksessa käytettävät tiedot tulee olla anonymisoitu. Eettisyyttä ja tutkimuslupan tarvetta on mietitty tässä opinnäytetyön suunnitelmassa ja tutkimuslupaa haettiin organisaatiolta, koska kohteena

tutkimukselle on organisaation edustajat. Tekijänoikeuslaissa plagiointi eli luvaton lainaaminen on kielletty ja siksi opinnäytetyöt tarkistetaankin plagiointitunnistusjärjestelmässä ennen kuin ne voidaan hyväksyä. Opinnäytetyön tekijän tulee huolehtia, ettei salassa pidettäviä tietoja päädy julkaistavaan ja arvioitavaan opinnäytetyöhön (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset, 2020). Anastaminen, itsensä plagiointi, plagiointi ja vilppi ovat käsitteitä, jotka liittyvät loukkaukseen, kun puhutaan esimerkiksi tutkimuksen tekemistä ja julkaisemista (TENK, 2019). Juuri näitä asioita tämän opinnäytetyön tekemisessä vältetään.

Aihe on valittu tarkasti ja kiinnostuksen pohjalta, ja siitä on ollut hyvä lähteä työstämään tätä opinnäytetyötä. Tutkimuksen tekemisessä on huomioitu, että plagiointia ei syntyisi ja, että lähteiden etsinnässä on käytetty lähdekritiikkiä. Tehdyssä kyselyssä hoitohenkilökunnalle varmistettiin, että kyselyyn pystyi osallistua anonyymisti ja, että anonyymiyys on pysyvää ja on olemassa salassapitovelvollisuus. Aineisto analysoitiin tarkasti ja keskityttiin asioihin, aiheisiin ja teemoihin, joita aineisto kertoi. Aineisto raportoitiin SeAMKin kirjallisten töiden raportointiohjeen mukaisesti ja esittämällä opinnäyteseminaarissa. Raportoinnissa kerrottiin kaikesta kerätystä tiedosta mitään pois jättämättä tai tietoja muuttamatta. Tutkimusprosessi kuvattiin siis siinä muodossa kuin se on toteutunut.

Tutkimukseen on vapaaehtoista osallistua ja kieltäytyäkin voi ja tutkittaville tulee informoida perinpohjaisesti mihin he ovat osallistumassa (Kuula-Luumi, i.a.).

Opinnäytetyötä tehdessä käytetään kriittistä ja arvioivaa työasennetta ja tarkastellaan kokonaisvaltaisesti ja kriittisesti. Tutkimuksen edetessä ja tietoja etsiessä on hyvä käydä läpi omassa mielessä kysymyksiä miksi, mitä ja miten. On tärkeää analysoida omaa toimintaa kriittisesti. Tutkimuskysymyksinä on parempi käyttää hieman monimutkaisempia kysymyksiä, kuin sellaisia, joihin on helppo vastata lyhyesti parilla sanalla (Saaranen-Kauppinen & Puuniekka, 2006).

Lähteitä aineiston keruussa löytyi paljon ja niistä täytyikin löytää sellaiset, jotka liittyivät jotenkin etsittyyn tietoon. Tutkimusta tehtäessä käytettiin virallisia ja luotettavia tutkimustietoa sisältäviä lähteitä ja jokainen lähde arvioitiin hyvin ennen käyttöä. Lähteet pyrittiin rajaamaan viimeisten 10 vuoden sisälle eli ne sisälsivät melko uutta tietoa. Opinnäytetyössä käytettiin suomen- ja englanninkielisiä lähteitä. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysia käyttäen.

### 7.3 Johtopäätökset

Tuloksista ilmeni saattohoitopotilaan kivun hoidon toteutumisen olevan melko vaihtelevaa. Se on toisten mielestä hyvää, joidenkin mielestä kohtalaista ja vaihtelevaa, mutta myös sattumanvaraista. Erilaisia mielipiteitä tietysti on yhtä monta, kuin on ihmistäkin, mutta kenenkään mielipidettä ei pidä sivuuttaa.

Kivun hoidossa hyvin toteutuvia asioita kuitenkin löytyy. Kivulias potilas osataan tunnistaa ja kipulääkkeiden annon kanssa ei ujostella, vahvempiakin kipulääkkeitä uskalletaan antaa tarvittaessa. Kipupumppuja osataan käyttää oikeaoppisesti ja kivunhallinta yleisellä tasolla näyttäisi olevan melko onnistunutta. Lääkkeettömiäkin menetelmiä kivunhallinnassa käytetään melkein jokaisen toimesta, mikä oli todella positiivista huomata. Hoitajien ammattitaito ja kokemus ovat oikein hyvällä pohjalla.

Tuloksista kuitenkin ilmeni myös haasteita ja parannettavaa on. Kipupumppujen aloituksissa voi ilmetä viivästymisiä, jolloin potilas joutuu odottamaan kohtuuttomankin kauan. Olisikin erittäin hyvä kehittää tätä osa-aluetta, ennakoida ja pyrkiä aloittamaan kipupumppuja aikaisemmin. Tämä liittyy paljonkin ennakkointiin ja suunnitelmallisuuteen ja niiden tärkeyteen hoitotyössä, jossa ilmeisesti oli myös puutteita. Ennakointi ja suunnittelu tulevan varalta parantavat hoidon laatua ja niin myös hoidon toteuttaminen helpottuu hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Saattohoitopäätösten ja hoitolinjausten tekeminen venyy myös melko myöhäiseen vaiheeseen. Lääkärillä on suuri vaikutus potilaan hoidossa ja tuloksista ilmeni myös ehdotuksia, että lääkäreiden olisi myös hyvä käydä jonkinlainen saattohoitoon valmistava koulutus, jotta osaaminen saattohoitopotilaan hoidossa olisi ajantasaista ja hänellä olisi asianosaava valmius päätösten tekemiseen.

### 7.4 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämisehdotuksia

Jatkotutkimusaiheina voisi tutkia esimerkiksi moniammatillisuutta tätä aihetta koskien. Hoidon toteutumiseen tarvitaan kuitenkin sekä lääkäriä että hoitajia yhtä paljon ja joskus hoitoon saattaa kuulua myös muita ammattitahoja. Hoitoa toteuttavilla olisi hyvä olla samanlainen ajatusmaailma ja sama päämäärä, nimittäin laadukkaasti toteutuva kivun hoito sekä tietysti hoito kokonaisuudessaan. Jatkotutkimusaiheena voisi tietysti olla myös potilaan ja omaistenkin näkökulma hoidon toteutumisesta, sen laadusta ja kehittämisehdotuksia. Toki heiltä tiedon kerääminen voi olla hankalaa, mutta esimerkiksi jonkun lyhyen



potilastyytyväisyyskyselyn avulla se voisi olla mahdollista. En tiedä, onko tällaista jo käytössä, mutta siitä voisi saada hyvää näkökulmaa siihen suuntaan.

Kehittämissuhteuksena minulle tuli mieleen jo tuloksissa vastaan tullut ehdotus palaverien järjestämisestä. On tärkeää kuulla työntekijöitä, mutta heidän tulee myös tuntea tulleensa kuulluksi. Turhia ehdotuksia ei olekaan ja kuka tietäisi paremmin hoidossa tapahtuvista asioista ja niiden kehittämisestä kuin hoitajat, jotka sitä hoitoa tekevät päivittäin. Resurssit saattavat olla tiukalla, mutta olisi hyvä keksiä jonkinlainen tapa kehittää toteutuvaa hoitoa. Myös koulutukset ja kurssit sekä lääkäreille että hoitajille eivät olisi milloinkaan pahitteeksi, näin saataisiin ammattitaitoa parannettua. Kukaan ei ole kokonaan valmis vaan jokainen voi oppia aina uutta.

## LÄHTEET

- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. (2020). Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene. <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Baillie, J., Anagnostou, D., Sivell, S., Van Godwin, J., Byrne, A., & Nelson, A. (2018). *Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions*. *BMC Palliative Care* 17 no. 1. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0314-4>
- Björkman, M., Palviainen, J., Laurila, J., & Tilvis, R. (2007). *Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi*. *Suomen lääkirilehti*, 62 (26), 2547–2553.
- Haho, A. (2017). *Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys*. *Lääkirilehti* 72 (33), 1704–1709.
- Heiskanen, T., Hamunen, K., & Hirvonen, O. (2013). *Kipu palliatiivisessa hoidossa*. *Duodecim*, 129 (4), 385–392.
- Huttunen, M. (2018). *Sekavuustila (delirium)*. Lääkirikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00357>
- Hänninen, J. (2015). *Kuolevan kipu. Sic! Lääketietoa Fimeasta*, 5 (4), 36–37. [https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kuolevan-kipu](https://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu)
- Kallinen, T., & Kinnunen, T. (i.a.). Etnografia. Teoksessa J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallanalyysi/>
- Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V., & Vainio, A. (2018). *Kipu* (4. uud. laitos.). Kustannus Oy Duodecim.
- Korhonen, T., & Poukka, P. (2013). *Kuolevan potilaan hoito*. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 129 (4), 440–445.
- Kuula-Luumi, A. (i.a.). Tutkimuslupa, suostumus, informointi ja tietosuoja. *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusetiikka/tutkimuslupa-suostumus-informointi-ja-tietosuoja/>
- Käypä hoito -suositus. (2017). *Kipu*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Käypä hoito -suositus. (2019). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lind, M., Noro, A., Havulinna, S., & Mäkelä, M. (2020). *Kognitio ja iäkkään asiakkaan osallistuminen RAI-arviointiinsa*. *Suomen lääkirilehti*, 76 (40), 2067–2070.
- Mali, M. (2021). *Kroonistuneen kivun arviointi rationaaliseksi*. *Suomen lääkirilehti*, 76 (17), 1084–1085.
- McHugh, M., Miller-Saultz, D., Wuhrman, E., & Kosharskyy, B. (2012). *Interventional pain management in the palliative care patient*. *International journal of palliative nursing*, 18, No 9. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2012.18.9.426>
- Pesonen, A. (2011). *Pain measurement and management in elderly patients* [Väitöskirja, Helsingin yliopisto]. Unigrafia Oy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7343-4>
- Rahko, E., & Rajala, K. (2020). *Saattohoito terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla*. *Duodecim*, 136 (13), 1606.
- Reponen, E., & Roine, R. (2016). *Tyytyväinen potilas = laadukas terveydenhuolto?* *Lääkirilehti*, 71 (42), 2630–2631.
- Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006). *Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., & Vainio, A. (2015). *Palliatiivinen hoito*. (3., uudistettu painos.). Duodecim.
- Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junttila, K., Lehto, J., Finne-Soveri, H., Hammar, T., & Forsius, P. (2022). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-824-8>
- Sarivaara, S., Lämsä, R., & Seppälä, U. (2018). *Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset*. *Gerontologia* 32 (1), 4–20. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.67817>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). *Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. <https://stm.fi/saattohoito>
- Suomen syöpäpotilaat. (2017). *Saattohoitopotilaan opas*, 1–19. <https://www.syopapotilaat.fi/opas/saattohoitopotilaan-opas/>
- Tasmuth, T. (2019). *Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa*. *Suomen lääkirilehti*, 74 (9), 540–544.
- Tarnanen, K., Saarto, T., & Laukkala, T. (2019). *Kuolevan potilaan oireiden hoito*. Käypä hoito -suositus. Duodecim, 1–4. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (2019). *Tieteellisten julkaisujen tekijyydestä sopiminen*. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK\\_suositus\\_tekijyys.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/TENK_suositus_tekijyys.pdf)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (2022). *Mitä on palliatiivinen hoito?* <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito>
- Terveyskylä. (2021a). *Henkinen ja hengellinen tuki*. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/tukea/henkinen-ja-hengellinen-tuki>
- Terveyskylä. (2021b). *Kipu*. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/kipu>
- Terveyskylä. (2019). *Opi arvioimaan kipua*. <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Valvira. (2020). *Kivun hoito*. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittamisen/laakehoidon-erityistilanteita/kivun-hoito>

## **LIITTEET**

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Kyselylomake

Liite 3. Palliatiivisessa hoidossa / saattohoidossa hyvällä pohjalla olevat asiat

Liite 4. Käytössä olevat lääkkeettömät hoitokeinot

Liite 5. Erilaiset keinot potilaan kivun arvioinnissa

Liite 6. Hoidon osaamisen ylläpito

Liite 7. Potilaan läheisten huomioon ottaminen

Liite 8. Täydennyskoulutuksen tarpeellisuus

Liite 1. Saatekirje

## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

**3.6.2022**

Olen 3. vuoden sairaanhoitajaopiskelija Seinäjoen Ammattikorkeakoulusta. Haen tutkimuslupaa opinnäytetyölleni, jonka olisin tekemässä Terveyskeskuksen osastolle. Opinnäytetyöni aiheena on Laadukas kivun hoito osana palliatiivista hoitotyötä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata laadukkaasti kivun hoidon toteutumista osana palliatiivista hoitotyötä terveyskeskuksessa. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa hoitohenkilökunnalle kivun hoidon laadun kehittämiseksi.

Opinnäytetyöni sisältää kyselytutkimuksen hoitohenkilökunnalle. Kyselytutkimuksen olisi määrä toteutua syksyllä 2022 ja opinnäytetyön tulisi valmistua joulukuussa 2022. Opinnäytetyössä noudatetaan TENK:n (2013, 2019) ja Helsingin julistuksen eettisiä ohjeita. Kyselytutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja jokaisen anonymiteettiä turvataan kaikissa opinnäytetyöprosessin vaiheissa.

Asiasta olen alustavasti ollut yhteydessä johtavaan hoitajaan ja osaston osastonhoitajaan.

Kunnioittaen

Laura Hautakangas

## Liite 2. Kyselylomake

**KYSELYLOMAKE**

- **Ikä** \_\_\_\_\_

- **Sukupuoli**

Mies \_\_\_\_\_

Nainen \_\_\_\_\_

Muun sukupuolinen \_\_\_\_\_

- **Koulutustausta**

Peruskoulu \_\_\_\_\_

Lukio \_\_\_\_\_

Muu \_\_\_\_\_

- **Ammatillinen koulutus**

Sairaanhoitaja \_\_\_\_\_

Lähihoitaja/perushoitaja \_\_\_\_\_

- **Millaista on mielestäsi saattohoidossa olevan potilaan hyvä hoito?**

---

---

---

- **Miten saattohoidossa olevan potilaan hoito toteutuu mielestäsi osastollanne?**

---

---

---

- **Millaisia ehdotuksia sinulla on, mitä voisi tehdä toisin tai kehittää?**

---

---

---

- **Mitkä asiat ovat mielestäsi hyvällä pohjalla osastollanne tapahtuvassa palliatiivisessa hoidossa / saattohoidossa?**

---

---

---

- **Mitä asioita itse kehittäisit osastollanne tapahtuvassa palliatiivisessa hoidossa / saattohoidossa?**

---

---

---

- **Miten koet palliatiivisessa hoidossa käytettävän lääkehoidon toteutuvan osastollanne tällä hetkellä?**

1 = Erittäin hyvin \_\_\_\_  
2 = Melko hyvin \_\_\_\_  
3 = Ei hyvin, eikä heikosti \_\_\_\_  
4 = Melko heikosti \_\_\_\_  
5 = Erittäin heikosti \_\_\_\_

- **Millaisia lääkkeettömiä kivunhoito menetelmiä osastollanne on käytössä?**

---

---

---

- **Koetko osaavasi kipupumpun käyttöönoton ja käytön?**

1 = Erittäin hyvin \_\_\_\_  
2 = Melko hyvin \_\_\_\_  
3 = Ei hyvin, eikä heikosti \_\_\_\_  
4 = Melko heikosti \_\_\_\_  
5 = Erittäin heikosti \_\_\_\_

- **Millaisia erilaisia keinoja käytät potilaan kivun arvioinnissa?**

---

---

---



- **Millaista on osaamisesi kivun hoidon arvioinnissa?**

- 1 = Erittäin hyvää \_\_\_
- 2 = Melko hyvää \_\_\_
- 3 = Ei hyvää, eikä heikkoa \_\_\_
- 4 = Melko heikkoa \_\_\_
- 5 = Erittäin heikkoa \_\_\_

- **Millaista on osaamisesi saattohoidossa olevien potilaiden hoidossa?**

- 1 = Erittäin hyvää \_\_\_
- 2 = Melko hyvää \_\_\_
- 3 = Ei hyvää, eikä heikkoa \_\_\_
- 4 = Melko heikkoa \_\_\_
- 5 = Erittäin heikkoa \_\_\_

- **Miten saattohoidossa olevien potilaiden hoidon osaamisen ylläpitoa pidetään osastolla yllä?**

---

---

---

- **Millaiseksi koet palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan eksistentiaalisen / hengellisen tukemisen taitosi?**

- 1 = Erittäin hyvä \_\_\_
- 2 = Melko hyvä \_\_\_
- 3 = Ei hyvä, eikä heikko \_\_\_
- 4 = Melko heikko \_\_\_
- 5 = Erittäin heikko \_\_\_

- **Millaiseksi koet palliatiivisessa hoidossa olevan potilaan henkisen tukemisen taitosi?**

- 1 = Erittäin hyvä \_\_\_
- 2 = Melko hyvä \_\_\_
- 3 = Ei hyvä, eikä heikko \_\_\_
- 4 = Melko heikko \_\_\_
- 5 = Erittäin heikko \_\_\_

- **Miten otat potilaan läheiset huomioon?**

---

---

---

- **Koetko tarvitsevasi lisäohjausta kivun hoidossa tai sen toteuttamisessa?**

---

---

---

- **Koetko tarvitsevasi täydennyskoulutusta? Jos niin, millaista?**

---

---

---

**Liite 3. Palliatiivisessa hoidossa / saattohoidossa hyvällä pohjalla olevat asiat**

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
Kivuliaan potilaan tunnistus (2)	Kivunhoito	
Kivunhallinta		
Kipulääkkeiden käyttö		
Tarvittaessa voimakkaampien kipulääkkeiden anto		
Oirelääkkeitä käytetään	Oirehoito	
Oireenmukainen hoito		
Saattohoitopotilaiden perushoito	Perushoito	
Kipupumppuja käytetään	Kipupumppujen oikeaoppinen käyttö	
Kipupumppujen käytön osaaminen hyvällä tasolla		
Hoitajien ammattitaito hoitaa potilaita (3)		
Hoitajilla realistiset näkemykset heikkenevän potilaan voinnista ja ennusteesta		
Hoitajien tietotaito		
Hoitajien kokemus		

Osaaminen	Hoitajien ammatillinen työote	Monipuolisen hoidon osaaminen ja hoitajien ammattimaisuus
Välittäminen		
Hoitajien asennoituminen		
Hoitajilla erikoistumiskoulutuksia		
Hoitajat osaavat kertoa asiat lääkärille jämäkästi		
Potilaan ja omaisten kokonaisvaltainen huomiointi	Potilaan sekä omaisten välitön huomiointi	
Yksilöhuoneen järjestäminen (2)		
Omaisilla mahdollisuus yöpyä		
Omaisten kontaktointi		
Kunnioitus potilaita kohtaan		
Kunnioitus omaisia kohtaan		
Potilaan kohtaaminen		
Omaisten kohtaaminen		
Nykyaikaiset välineistöt	Välineistö	
Palliativinen yksikkö samassa talossa	Talonsisällä tapahtuva työskentely	
Talonsisäiset kuljetukset toimivat		

#### Liite 4. Käytössä olevat lääkkeettömät hoitokeinot

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
Kylmähoito (6)	Ihon lämpötilan vaihtelu paikallisesti	Monipuoliset lääkkeettömät hoitokeinot
Kuumahoito		
Liikkuminen (2)	Potilaan liike	
Asentohoito (9)		
Keskustelu (4)	Keskusteluapu	
Rauhoittelu		
Henkinen tuki hoitajilta		
Henkinen tuki sairaalapapilta		
Tukihenkilöt		
0-painepatja	Potilaan perushoito	
Tukisidokset		
Suun hoito		
Puhtaudesta huolehtiminen		
Ihohoito		

Hoitajan kosketus	Läsnäolo	
Musiikin kuuntelu	Mielihyvän tuotto	

### Liite 5. Erilaiset keinot potilaan kivun arvioinnissa

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
Ilmeet (9)	Potilaan sanattoman viestinnän tulkinta	Kivun arvioiminen
Eleet (6)		
Hengitystaajuus	Potilaan hengitys	
Toimintakyky	Potilaan käyttäytymisen ja teot	
Käyttäytyminen		
Levottomuus (2)		
Aggressiivisuus		
Hoitajan pureminen		
Sekavuus		
Ääntely (2)		
VAS-mittari (6)		
Kipumittari 1–10		
Kipumittari 1–5		
Potilaan haastattelu (2)	Potilaan näkökulma	

Havainnointi	Tarkkaileminen	
Omaisten tulkinta		
Kuulo	Hoitajan omat työvälineet	
Näkö		
Puhe		
Kokemus		



## Liite 6. Hoidon osaamisen ylläpito

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
Osa hoitajista käynyt palliatiivisen hoidon erikoiskoulutuksen	Erilaiset erikoistumiskoulutukset ja kurssit	Kouluttautuminen ja uuden oppiminen
Saattohoitokoulutukset		
Erilaiset koulutukset (7)		
Erikoistumiskoulutukset		
Kurssit		
Työkavereiden kanssa keskustelu (3)	Oppiminen muun väylän kautta	
Itsenäinen asioiden oppiminen		
Opiskelijoiden mukana tulee uusinta tietoa		

## Liite 7. Potilaan läheisten huomioon ottaminen

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
Esittäytyminen	Käytöstapojen muistaminen	Läheisten huomioon ottaminen ja tukeminen
Huomioiminen		
Keskustelu (10)	Molemminpuolinen vuorovaikutus	
Kuuntelu (3)		
Kysely		
Kysymyksiin vastaaminen		
Tiedottaminen muutoksista	Informointi	
Soittopyyntöjen välittäminen lääkärille		
Tukeminen	Emotionaalinen tuki	
Aidosti kohtaaminen		
Arvostaminen		
Suruun vastaaminen		
Läsnäolo		
Yöpymismahdollisuudesta kertominen (2)		

Sairaalapapin tapaamisvaihtoehdon tarjoaminen	Mahdollisten oikeuksien kertominen	
Kahvia omaisille	Fyysinen jaksaminen	
Ruoan tarjoaminen		
Mahdollisuus auttaa potilaan hoitamisessa	Hoitamiseen mukaan ottaminen	
Hoitamisessa neuvominen		
Hoitamisessa ohjaaminen		

## Liite 8. Täydennyskoulutuksen tarpeellisuus

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
Miten kohdata sureva potilas	Potilaan kohtaaminen	Jatkokouluttaminen
Miten lohduttaa surevaa potilasta		
Omaisten ”jälkihoito” kuoleman jälkeen	Potilaan omaisten kohtaaminen	
Palliatiivisen sedaation toteutus	Palliatiivisen hoidon tärkeät osa-alueet	
Kivun hoito		
Henkinen tukeminen		
Haavanhoidon ylläpitävä koulutus	Ylläpitävät koulutukset	
Kinestetiikan ylläpitävä koulutus		
Ensiavun ylläpitävä koulutus		
Tietous erilaisista syöpätaudeista	Erilaiset syöpätaudit	
Uuden kipupumpun käyttö	Uuden kipupumpun koulutus	
Saattohoidon lisäkoulutus	Palliatiivisen hoidon kokonaisvaltainen koulutus	

