

Sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan kohtaamisesta

Lindell Rosa

Urpiola Aino

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

LINDELL, ROSA & URPIOLA, AINO:
Sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan kohtaamisesta

Opinnäytetyö 42 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Helmikuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kokeneilta hoitotyössä ja saattohoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta kokemuksia kuolevien asukkaiden kohtaamisesta ja saattohoidosta asumispalveluyksikössä. Työn tehtävinä oli vastata, että miten kuolevan asukkaan hoitamiseen osallistuva hoitohenkilökunta kohtaa asukkaan ja millaista kuolevan asukkaan hoitaminen on. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille sairaanhoitajien näkemyksiä kuolevan asukkaan kohtaamisesta sekä luoda katsaus Tampereen kaupungin tehostetun asumispalveluyksikön saattohoidon nykytilanteeseen. Aineisto kerättiin neljältä sairaanhoitajalta teemahaastattelulla, joiden vastauksille tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi. Teemahaastatteluiden teemat luotiin opinnäytetyön tutkimuskysymysten pohjalta.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kuoleman kohtaaminen vaati hoitohenkilöstöltä monitasoista ammatillisuutta. Asukkaan lisäksi myös omaiset tarvitsivat tukea kuoleman äärellä. Kuoleman kohtaaminen aiheutti hoitohenkilöstössä saattohoitotyön tekemistä tukevia ja heikentäviä tuntemuksia. Tukevia tuntemuksia olivat empaattisuus, armeliaisuus, ennakkoluulottomuus ja levollisuus. Heikentäviä tunnekokemuksia olivat saattohoitotyöstä aiheutuva stressi, ahdistus, riittämättömyyden tunne ja epävarmuus.

Hyvän kuoleman edellytyksenä asumispalveluyksikössä on asukkaan fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja lääkkeellisten tarpeiden huomioiminen yksilöllisesti. Haasteita saattohoitoon tuo erityisesti resurssien puute ajan ja henkilöstön suhteen. Jatkossa olisi hyvä, jos asumispalveluyksikössä kartoitettaisi hoitohenkilökunnan lääkehoidollinen osaaminen ja vastualueet. Omaisille annettavaan aikaan kannattaisi myös panostaa. Haastavien tilanteiden kohtaamista ja hoitohenkilöstön ammatillista kasvua voisi tukea debriefingin ja työnohjauksen järjestäminen.

Asiasanat: saattohoito, palliatiivinen hoito, kuoleman kohtaaminen

ABSTRACT

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

LINDELL, ROSA & URPIOLA, AINO:
Nurses Experiences of Facing Dying

Bachelor's thesis 42 pages, appendices 5 pages
February 2020

The purpose of this thesis was to examine different experiences that nurses have had in facing dying patients and the level of hospice care in housing services. The authors also examined the current state of hospice care in enhanced housing service units provided by the city of Tampere. The assignment was to gather information on how the nurses participating in taking care of the patient faced a dying patient and what providing hospice care for them was like. The data was collected from four nurses through themed interviews and was then analyzed using a qualitative content analysis method. The themes were based on research questions from the thesis.

The results showed that it took the nursing staff great professional skills on multiple levels to face a dying patient and their family. Facing a dying patient can have both positive and negative effects on the nursing staff's feelings on hospice care. The positive feelings that were considered supportive were empathy, graciousness, open-mindedness and calmness. The negative feelings that were considered discouraging were hospice care induced stress, anxiety, and feelings of insufficiency and uncertainty.

A good and peaceful death requires that the patient's physical, psychological, social, and medical needs are paid attention to on an individual level. According to nurses, the lack of resources such as time and personnel bring challenges to hospice care.

Key words: hospice care, palliative care, facing death

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	PALLIATIIVISTA HOITOTYÖTÄ OHJAAVAT LAIT JA SUOSITUKSET 7	
4	KUOLEVAN KOHTAAMINEN	8
	4.1 Psykososiaalisen tuen antaminen kuolevalle	9
5	SAATTOHOITO PALLIATIIVISEN HOIDON OSANA	11
6	SAATTOHOIDOSSA OLEVAN POTILAAN LÄÄKKEETÖN JA LÄÄKKEELLINEN OIREHOITO	13
	6.1 Kivunhoito saattohoidossa	13
	6.2 Pahoinvoinnin hoito saattohoidossa	14
	6.3 Ummetus saattohoitopotilailla	14
	6.4 Hengitysteiden oireet	15
7	SAATTOHOITO TAMPEREEN KAUPUNGIN ASUMISPALVELUYKSIKÖSSÄ	16
8	AIHETTA KÄSITTELEVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	17
9	KVALITATIIVISEN TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	19
	9.1 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä	19
	9.2 Teemahaastattelun sisällönanalyysi opinnäytetyössä	20
10	TULOKSET	22
	10.1 Kuoleman kohtaaminen	23
	10.2 Hyvän kuoleman edellytykset	23
	10.3 Sairaanhoidajien tunnekokemukset	25
	10.4 Saattohoidon toteutuminen	26
11	TULOSTEN TARKASTELU	29
12	EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	31
13	OMAN OPPIMISEN JA TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISEN POHDINTAA	33
	LÄHTEET	34
	LIITTEET	38
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	38
	Liite 2. Haastattelukutsupohja	39
	Liite 3. Tietoinen suostumus	40
	Liite 4. Alaluokat	41

1 JOHDANTO

Sairaanhoitajan ammatissa kuoleman kohtaaminen on lähes väistämätöntä. Kuolevan potilaan hoitotyössä korostuvat perushoidon toteuttaminen, kivun hoito sekä rauhallisen ja arvokkaan kuoleman mahdollistaminen. Näiden asioiden huomioiminen on tärkeä osa palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. (Mitä on elämän loppuvaiheen hoito. THL 2016.)

Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaa hoitosuunnitelma, joka perustuu asiakkaan tai potilaan ja hänen läheistensä kertomiin arvoihin, päämääriin, tarpeisiin ja toiveisiin (Mitä on elämän loppuvaiheen hoito. THL 2016.). Saattohoitopotilaan hoitosuunnitelmasta ja hoidon toteutuksesta vastaavat vastuulääkäri ja vastuusairaanhoitaja, joilla tulisi olla perustason jälkeistä syventävää koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 29). Saattohoidossa oleva kuoleva potilas tulisi kohdata aidosti, arvokkaasti, asiallisesti ja yksilöllisesti (Grönlund 2008).

Opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Tampereen kaupungin tehostetun palveluasumisen yksikön kanssa. Yksikkö sijaitsee Koukkuniemen vanhainkodin alueella, jossa tehostetun palveluasumisen piirissä asuu vuonna 2019 yli 200 ihmistä. Koukkuniemen vanhainkodin ja tehostetun palveluasumisen yksiköt palvelevat ikäihmisiä, jotka eivät kykene asumaan omassa kodissaan kotihoidon ja muiden kotona asumista tukevien palvelujen turvin. (Tehostettu palveluasuminen. Tampereen kaupunki.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kokeneilta hoitotyössä ja saattohoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta kokemuksia kuolevien asukkaiden kohtaamisesta ja hoitamisesta. Työn aineisto on kerätty teemahaastattelumenetelmää käyttäen ja sen tavoitteena on tuoda esille sairaanhoitajien näkemyksiä kuolevan potilaan kohtaamisesta sekä luoda katsaus Tampereen kaupungin tehostetun palveluasumisyksikön saattohoidon nykytilanteeseen.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kokeneilta hoitotyössä ja saattohoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta kokemuksia kuolevien asukkaiden kohtaamisesta ja saattohoidosta asumispalveluyksikössä.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten kuolevan asukkaan hoitamiseen osallistuva hoitohenkilökunta kohtaa asukkaan?
2. Millaista kuolevan asukkaan hoitaminen on?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille sairaanhoitajien näkemyksiä kuolevan potilaan kohtaamisesta sekä luoda katsaus Tampereen kaupungin tehostetun asumispalveluyksikön saattohoidon nykytilanteeseen. Lisäksi pyrimme siirtämään opinnäytetyön kautta kerätty syvällinen tieto seuraaville saattohoidon parissa työskenteleville sairaanhoitajille, sekä muille hoitotyötä tekeville henkilöille. Opinnäytetyö voi toimia myös aihetta käsittelevänä perehdytysmateriaalina saattohoidosta kiinnostuneille hoitotyöntekijöille ja hoitotyön opiskelijoille. Tulevina sairaanhoitajina opinnäytetyön tekijät saavat myös uutta tietoa ja näkemystä saattohoitotyöstä.

3 PALLIATIIVISTA HOITOTYÖTÄ OHJAAVAT LAIT JA SUOSITUKSET

Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuuluu ymmärtää ihmisen elämänsäkaareen sisältyvät vaiheet, hallita elämän loppuvaiheen hoidon perusasiat ja vuorovaikutustaidot sekä tunnistaa läheisten tuen tarpeet (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2018, 22). Suomessa tapahtuvan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon linjaavia suosituksia on annettu Sosiaali- ja terveysministeriöstä, Euroopan neuvostolta, Euroopan parlamentilta, WHO:lta ja Käypä hoito- suosituksilta. Lisäksi palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa linjaavat lait, joista keskeisimpiä ovat YK:n kuolevan oikeuksien julistus, Euroopan ihmisoikeussopimus ja Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus. Kansallisella tasolla tärkeimmät lait ovat Suomen perustuslain (731/1999) perusoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). (Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. THL 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on antanut suositukset osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sen mukaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tasot voidaan jakaa kolmiportaiseen malliin, jossa A-taso kuvaa perustasoa, B-taso erityistasoa ja C-taso vaativaa erityistasoa. Ympäri vuorokautisen asumisen yksikkö, jossa asukasta hoidetaan elämän loppuun asti sijoittuu A-tasolle. Tämän tason toimintamalliin kuuluu, että saattohoitopotilaalle on nimetty vastuulääkäri ja vastuusairaanhoitaja, jotka vastaavat hoitosuunnitelmasta ja hoidon toteutuksesta ja jotka osallistuvat potilaan hoitoon virka-aikana. Vastuuhenkilöillä tulisi olla perustason jälkeistä koulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta, sekä heille tulisi järjestää säännöllisesti lisäkoulutusta. Heidän tulisi hallita yleisimpien oireiden, kuten kivun, hengenahdistuksen, pahoinvoinnin ja ahdistuneisuuden hoito. Lisäksi heidän tulisi osata hyödyntää lääkkeiden erilaisia annostelureittejä, hallita lääkkeettömät hoitomenetelmät ja pystyä antamaan perustason psykososiaalista tukea. (Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 29.)

4 KUOLEVAN KOHTAAMINEN

Saattohoidossa oleva kuoleva potilas tulisi kohdata aidosti, arvokkaasti, asiallisesti ja yksilöllisesti (Grönlund 2008). Se, mikä on arvokasta kuoleman kohtaamisen tavoissa, määräytyy toisaalta kulttuurista ja toisaalta lähiyhteisöstä, tavallisesti perheestä ja suvusta. Pitkäaikaissairaiden vastuullinen kohtaaminen edellyttää hyvän terveydenhuollon lisäksi koko yhteiskunnan päättäväisyyttä hoitaa asia inhimillisesti ja oikeudenmukaisesti arvioimalla erilaisten asioiden arvojärjestystä ja sitoutumalla riittävien resurssien osoittamiseen tälle alueelle. (ETENE 2004,11.)

Kohtaaminen on nähdäksi ja kuulluksi tulemistä. Potilaan ja sairaanhoitajan välinen kohtaaminen on merkityksellistä potilaan hyvinvoinnin kannalta, sillä potilaan hyvinvointia lisää ja kasvattaa luottamuksen rakentaminen ja tuen saaminen sairaanhoitajalta. Kun kohtaamisessa on mukana aitoa läsnäoloa, potilas kokee, että hänet kohdataan aidosti ja välittävästi. (Grönlund & Huhtinen 2011, 92-93.) Ammatillisella kohtaamisella voidaan myös lievittää kipuun ja tunteisiin liittyvää psyykkistä tuskaa.

Kuoleva saattohoitopotilas on usein herkkä ja haavoittuvainen, mutta siitä huolimatta häntä kohdatessa on hyvä muistaa selkeät realiteetit siitä, ettei hänen terveydentilansa ole kohentumassa. Sairaanhoitajan on tärkeä tiedostaa millä tavalla potilaan kohtaa, sillä sairaanhoitajan puhe, äänensävy, ilmeet, kosketus, mielikuvat ja tunteet ovat suuressa merkityksessä. (Grönlund 2008.) Kuoleman lähestyessä ihminen ei usein jaksakaan keskustella, mutta toisen läsnäolo ja kosketus, esimerkiksi kädestä kiinni pitäminen, voivat rauhoittaa häntä. Myös musiikki ja ääneen lukeminen voivat tuntua miellyttävältä. (Ahlblad 2019, 43.)

Saattohoitopotilaan hoidon keskeisenä osa-alueena on myös läheisten jaksamisen tukeminen ja tiedon antaminen. Kaikille läheisille on annettava saattohoitopotilaan luvalla mahdollisuus olla läsnä ja osallistua hoitoon. (Kelo, Launiemi & Takaluoma 2015, 271.) Läheiset tarvitsevat herkkyyttä ja empatiaa kärsimyksen kohtaamiseen. Omaiset pitävät tärkeänä sitä, että he tuntevat olevansa tervetulleita hoitopaikkaan saattohoidon aikana. Tervehdysten, kuulumisten kysymisen ja ajantasaisen tiedon antamisen koetaan antavan voimia. (Ahlblad 2019, 92.)

Kuolevan potilaan kohtaaminen voi vaatia sairaanhoitajalta myös kykyä tukea hengellisten tarpeiden ilmaisemista. Hengellisten tarpeiden ilmaisu voi olla potilaalle vaikeaa, sillä se vaatii oman sisimmän paljastamista. Siksi sen tunnistaminen voi olla vaikeaa myös sairaanhoitajalle. Ammattilaisen on oleellista ymmärtää oma ihmiskäsityksensä, maailmankuvansa ja arvonsa, sekä oivaltaa niiden yhteys kuolevan asiakkaan ja tämän omaisten kohtaamiseen. Haastaviin kohtauksilanteisiin on myös hyvä varautua. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen & Ojala 2015, 449.)

Kuolevan potilaan hoitaminen voi kuormittaa hoitohenkilöstöä. Hoitohenkilöstön jaksamista voi tukea esimerkiksi debriefing-menetelmän hyödyntäminen. (Ridantaa 2006, 55.) Psykologinen jälkipuinti, eli debriefing on menetelmä, jota sovelletaan äkillisten, ennustamattomien ja järkyttävien kokemusten käsittelyyn tilanteen mentyä ohi. Se voidaan nähdä koulutuksellisenä tapahtuman, jossa ihmisille tarjotaan tietoa traumaattisen kriisin kulusta ja autetaan heitä arvioimaan normaaleja stressireaktioon kuuluvia oireita. Debriefing antaa mahdollisuuden myös tunteiden purkamiseen, jakamiseen ja selittämiseen. Psykologinen jälkipuinti on nimienomaan reaktiovaiheen interventiomenetelmä ja pidetään Suomessa yleensä 1-3 vuorokauden sisällä tapahtuneesta (Hyllinen 2008, 8-9). Lisäksi voidaan hyödyntää työnohjausta. Työnohjaus on ihmissuhde- tai palvelualoihin tai organisaatioiden kehittämiseen liittyvää ammatillista keskustelua. Se mielletään oppimisprosessina, jossa suuremman tai erilaisen ammatillisen kokemuksen tai tietämyksen omaava henkilö asettaa ammatitaitonsa palvelemaan toisen työntekijän ammatillista kasvua. (Ahonen 2000, 8-9.)

4.1 Psykososiaalisen tuen antaminen kuolevalle

Kuolevista potilaista noin 1/3-2/3 on depressio-oireita. Lisäksi noin kolmasosa kärsii ahdistuneisuudesta. Näiden haasteiden lisäksi potilainen eksistentiaaliset kysymykset saattavat herättää tuen tarvetta kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan psyykkisten haasteiden tunnistaminen ja huomioiminen on keskeinen osa hoitoa ja edellyttää sairaanhoitajalta valmiuksia olla läsnä.

Hyvä vuorovaikutus hoitavan henkilökunnan ja potilaan välillä vähentää erillisen psykososiaalisen tuen tarvetta. Myös elettyä elämää arvostava muistelu ja surutyö suojaavat vaikeammilta psyykkisiltä häiriöiltä ja auttavat potilasta suhtautumaan hyväksyvämmiin ja tynnemmiin elettyyn elämään ja lähestyvään kuolemaan. (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus 2019.)

5 SAATTOHOITO PALLIATIIVISEN HOIDON OSANA

Palliatiivinen hoito tarkoittaa oireita lievittävää hoitoa. Tällöin hoidolla ei enää pyritä aktiivisesti ylläpitämään elintoimintoja, vaan lievittämään kipua ja muuta fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä. Palliatiivisen hoidon vaihe voi joissain tapauksissa kestää jopa vuosia. (Saarto ym. 2018, 8.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Tarkemmin ottaen se on “kuolevan potilaan hoitamista” ja ajoittuu oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen (Saarto ym. 2018, 8). Hoidon tulisi olla aktiivista ja kokonaisvaltaista potilaan ja hänen läheistensä hoitamista, jonka avulla voidaan tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu (Saattohoito. Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Hyvä saattohoito on toteutunut silloin, kun potilaan ja omaisten yhteinen kokemus on, että kuolema on siirtymistä hyvästä ja ihmisarvoisesta elämästä itse kunkin vakaumuksen mukaiseen ikuiseen lepoon (Pajunen & Aalto 2013, 11-12).

Saattohoito on moninainen käsite, jota hoitotyön ja lääketieteen näkökulmien lisäksi voidaan tarkastella myös filosofian ja teologian näkökulmista. Se on hyvin arvoperustaista toimintaa, jonka eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. (Pajunen & Aalto 2013, 11-12.) Ihmisarvon kunnioittamisella viitataan hyvään elämään ja vahingon välttämiseen, hyvään kivunhoitoon, kärsimyksen pitkittämisen ja turhien hoitojen välttämiseen. Itsemääräämisoikeuden lähtökohtana on potilaan oman hoitotahdon merkitys ja sen noudattaminen. (ETENE 2012.)

Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen linjaus, jonka tekee hoitava lääkäri. Saattohoitopäätöksellä ilmaistaan palliatiivisen hoidon vaihe, jossa hoidetaan kuolevaa potilasta (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus 2019). Saattohoitopäätös pitää aina myös sisällään DNAR-päätöksen, eli niin sanotun “ei elvytetä”- päätöksen, jonka mukaan ihmisen sydäntä ja hengitystä ei yritetä saada uudelleen käyntiin, kun potilaan hengitys tai sydämen toiminta lakkaa. (Lähestyvän kuoleman merkit. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä). Muut hoidon rajaukset, kuten pidättäytyminen antibiooteista tai sairaalasiirroista tulee tehdä ja kirjata erikseen (Palliatiivinen hoito ja

saattohoito. Käypä hoito- suositus 2019). Kuoleman lähestyessä potilaan tilaa arvioidaan kliinisten löydösten perusteella. Tarpeettomat mittaukset ja seurannat tulisi lopettaa ja huomio keskittää potilaaseen. Tavoitteena on tilanteen rauhoittaminen, jolloin hoitaminen muuttuu läsnäoloksi, keskusteluksi ja kuunteluksi. (Korhonen & Poukka 2013.)

6 SAATTOHOIDOSSA OLEVAN POTILAAN LÄÄKKEETÖN JA LÄÄKKEELLINEN OIREHOITO

Toiminta- ja työyksikössä lääkehoito perustuu lääkehoitosuunnitelmaan. Lääkehoitosuunnitelma on keskeinen osa lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden perehdytystä sekä lääkehoidon laatuun ja turvallisuuteen varmistamista. (Inkinen, Volmanen & Hakoinen 2015.) Saattohoitopotilaan lääkehoidossa on oleellista arvioida lääkkeiden tarve uudelleen. Monet aiemmin tarpeelliset valmisteet kuten verenpaine-, rytmihäiriö- ja osteoporoosilääkkeet voidaan karsia pois. Aiemmista lääkkeistä annetaan kipu- ja pahoinvointilääkkeitä, sekä ahdistusta lievittäviä valmisteita. Saattohoitotilanteessa voidaan myös joutua vaihtamaan lääkkeiden antoreittiä tai lääkkeen antomuotoa. Esimerkiksi opiaatteja voidaan antaa nestemäisenä liuoksena suun kautta tai pistämällä ihon alle. Ihon alle pistettävät ruiskeet ovat hyvä vaihtoehto, kun potilas on hyvin huonokuntoinen ja ennuste on alle vuorokauden luokkaa. (Korhonen & Poukka 2013.)

Useat potilaan ja heidän läheiset uskovat, että ravitsemusta ja nesteytystä lisäämällä voidaan estää fyysinen heikkeneminen. Vähentynyt ravinnonotto ei kuitenkaan itsessään nopeuta kuolinprosessia. (Del Rio, Shand, Bonati, Palma, Maldonado, Taboda & Nervi 2012.) Esimerkiksi suonensisäisestä nesteytyksestä on harvoin hyötyä kuolevan potilaan hoidossa ja se saattaa jopa aiheuttaa haittaa lisäämällä nestekertymiä (Korhonen & Poukka 2013). Myöskään letkuruokinnan hyödyistä ei ole näyttöä ja se saattaa lisätä kärsimystä saattohoidossa (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus 2019).

6.1 Kivunhoito saattohoidossa

Kivunhoito on kuolemaan johtavien sairauksien yksi yleisimmistä oireista. Kipua tulee arvioida säännöllisesti ja kirjata ylös sen voimakkuus sanallisesti tai numeraalista asteikkoa käyttäen. Jos potilas ei pysty itse kuvailemaan kipua, sitä arvioidaan ilmeiden, eleiden, ääntelyn ja asennon perusteella. Palliativisen tai saattohoitopotilaan muun kuin syövästä johtuvan kivun hoidossa sovelletaan samoja periaatteita ja lääkkeitä, kuin syöpäkivun hoidossa.

Lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat aina ensisijaisia kivunhoidossa. Saattohoidossa ja palliatiivisessa hoidossa keskeisiä lääkkeettömiä kivunhoidonmenetelmiä ovat muun muassa asento- ja liikehoito ja rentoutus. (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito- suositus 2019.)

Lääkkeellisessä hoidossa kipulääkitys valitaan kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaan ja annos määritellään yksilöllisesti. Pitkäaikaisessa kivussa lääkettä annetaan säännöllisin väliajoin. Saattohoitopotilaan lääkehoidossa käytetään yleensä opioideja joita ovat morfiini, oksikodoni, metadoni ja fentanyylilaastarit, jonka rinnalle liitetään mukaan sopiva nonopioidilääke, kuten tulehduskipulääke tai parasetamoli. Nonopioidi kipulääke voi olla käytössä säännöllisesti tai tarvittaessa. Voimakkaisiin kipuihin voidaan määrätä suoraan vahvoja opioideja, kuten morfiinia. Myös heikkoja opioideja, kuten tramadolia tai kodeiinia voidaan käyttää, jos potilas kärsii heikosta tai keskivaikeasta kivusta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito- suositus 2019.) Neuropaattiseen hermosärkyyn voidaan käyttää epilepsia- tai masennuslääkkeitä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus 2019).

6.2 Pahoinvoinnin hoito saattohoidossa

Parantumattomasti sairaista jopa 60% esiintyy saattohoitovaiheessa pahoinvointia. Pahoinvoinnin mahdollisia syitä ovat esimerkiksi infektio, mahaärsytys, ummetus, ahdistuneisuus, hyperkalsemia, yskä ja limaisuus ja vaikea kipu. Pahoinvointia helpottava lääkitys valitaan pahoinvoinnin etiologian mukaan. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito- suositus 2019.) Pahoinvointiin voidaan käyttää pahoinvointilääkettä, mutta joskus myös psyykkelääkkeitä, kuten haloperidolia tai olantsapiinia (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito- suositus 2019).

6.3 Ummetus saattohoitopotilailla

Ummetuksella tarkoitetaan harventunutta vatsan toimintaa, joka on alle kolme kertaa viikossa. Tällöin uloste on laadultaan kovaa ja ulostaminen vaikeaa, sekä maha-suolikanavan läpimenoaika on yli viisi vuorokautta. Saattohoitopotilaista

jopa noin puolet kärsii ummetuksesta. On otettava huomioon, että potilas voi kärsiä ummetuksesta vaikkei hän juuri söisikään mitään. Ulostetta nimittäin muodostuu myös mahasuolikanavan eritteistä, suolen epiteelisoluista ja bakteerimassasta. Ummetusta hoidetaan yleisesti erilaisilla laksatiivivalmisteilla, mutta nykyinen tutkimusnäyttö ei riitä todistamaan minkään tietyn laksatiivivalmisteen käyttöä palliatiivisessa hoidossa. Ripuli on saattohoitopotilailla huomattavasti harvinaisempi oire kuin ummetus. (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito-suositus 2019.)

6.4 Hengitysteiden oireet

Pitkälle edenneissä sairauksissa hengenahdistus on yleinen oire. Hengenahdistusta hoidetaan yleensä opioideilla, joista voidaan hyödyntää tarpeen mukaan sekä pitkä- että lyhytvaikutteisia. Opioidien rinnalle voidaan ottaa käyttöön myös bentsodiatsepiinia, jos muut lääkehoidolliset keinot eivät auta. Happihoito voi lievittää hengenahdistusta potilailla, jotka kärsivät hypoksiasta, mutta muilla potilasryhmillä se ei vaikuta ilmapirtaa paremmin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito-suositus 2019.)

Saattohoitopotilailla voi esiintyä myös limaisuutta, hengityksen korinaa ja verisyyskää. Limaisuuteen voidaan käyttää esimerkiksi mukolyyttejä, joita hyödynnetään myös keuhkohtaumataudin hoidossa. Kuolemaa edeltävää korinaa voidaan helpottaa glykopyrronilla tai butyyyliskopolamiinilla, jotka voidaan annostella infuusiona tai boluksena. Veriyskään voidaan antaa traneksaamihappoa tai opoideja, jotka voivat lievittää yskää. Palliatiivisilla potilailla voi ilmaantua myös hikkaa, jotka usein johtuvat pallean ärsytyksestä, metabolisista syistä, infektiosta tai keskushermostoperäisistä syistä. Pitkittyneen hikan hoidosta ei ole vielä luotettavaa näyttöä, mutta esimerkiksi baklofeenin ja gabapentiinin on havaittu lievittävän oireita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito-suositus 2019.)

7 SAATTOHOITO TAMPEREEN KAUPUNGIN ASUMISPALVELUYKSIKÖSSÄ

Tehostetun palveluasumisen yksiköiden saattohoitosuunnitelman selkeyttää ja varmistaa hoidon eettisiä linjauksia, sekä tuo esille hyväksi koettuja käytänteitä ja tarjota omaisten ja henkilöstön yhteistyöhön asukkaan hyväksi tarkoitettuja vuorovaikutuksen apuvälineitä. Suunnitelma nojautuu YK:n vuonna 1975 julistamiin kuolevien oikeuksiin. Hyvän saattohoidon lähtökohtana tulisi nähdä asukkaan/potilaan yksilölliset tarpeet, voimavarat, arvot ja kokonaisvaltainen hyvä vointi. (Ackerman ym. 2012.)

Monet Koukkuniemen vanhainkotiin siirtyvät asukkaat ovat jo valmiiksi palliatiivisen hoidon piirissä. Uuden asukkaan tullessa hänelle järjestetään hoitoneuvottelu noin kahden viikon kuluessa, jolloin moniammatillinen asiantuntijaryhmä, asukas ja omaiset linjaavat tulevan hoidon suunnan asukkaan voimavarat huomioiden. Hoitoneuvottelussa on mukana aina myös sairaanhoitaja, vastaava sairaanhoitaja tai osastonhoitaja. Hoitoneuvottelussa asukkaan asioista keskustellaan avoimesti. Hoitohenkilökunnan tulee tarjota totuudenmukaista tietoa sairaudesta ja kuunnella tarkasti potilaan omia näkemyksiä siitä, miten hän toivoo tulevansa hoidetuksi loppuelämänsä aikana. Tämä parantaa asukkaan elämänlaatua ja lievittää ahdistusta. (Ackerman ym. 2012.)

Tampereen kaupungin tehostetun palveluasumisen yksikössä asukkailla on käytössä riittävän yksityisyyden varmistava esteetön huone ja wc-pesutila tai asunto. Ryhmäkodin asukkaat saavat liikkua yhteisissä turvallisissa tiloissa sekä osallistua kodin askareisiin ja päivittäisiin toimintoihin. Asukkaat saavat yksilöllisen palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaista riittävää ympärivuorokautista hoitoa, ohjausta ja tukea moniammatilliselta henkilöstöltä. Kodissa voi asua kuolemaan asti, ellei tarvetta sairaalahoitoon siirtymiselle tule. (Tehostettu palveluasuminen. Tampereen kaupunki.)

8 AIHETTA KÄSITTELEVÄT AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Hävölä, Rantanen ja Kylmä ovat tutkineet saattohoidossa olevien potilaiden toivoa ja sitä heikentäviä ja vahvistavia tekijöitä potilaan ja hoitajan näkökulmasta. Tutkimuksessa todettiin, että saattohoidossa olevan potilaan toiveisiin kuuluu tulla kohdelluksi ja kuulluksi arvokkaasti. Sekä potilaat että hoitajat toivat esille kuoleman läheisyyteen liittyviä toiveita, kuten kauneus, kivuttomuus ja rauhallisuus. Lisäksi esille nousi toiveita muun muassa saunomisesta. (Hävölä, Rantanen & Kylmä 2015, 142-143.)

Sand on tarkastellut kuolevan potilaan hoitamista suomalaisissa saattohoitokodeissa. Tutkimuksessa on tarkasteltu mitä saattohoitokodeissa tapahtuu, millaista hoitamista arvostetaan, millaisia ympäristöjä saattohoitokodit ovat ja mitä potilaat ja heidän omaiset odottavat saattohoitovaiheen hoidolta. Tutkimuksessa todettiin, että hoidon keskiössä on potilas ja perhe ja yhdessä tekeminen on avainsana. Saattohoidon peruslähtökohtana on potilaan psyykkisten, sosiaalisten, henkisten ja hengellisten ulottuvuuksien tarpeista lähtevä hoito. Potilas saa omaisilta ja hoitohenkilöstöltä rakkautta, lämpöä, myötätuntoa ja tukea. Konkreettisen hoitoavun lisäksi tukemisen muotoja ovat myös ystävälliset sanat ja sanattomat viestit. Saattohoidon tarkoituksena on tukea, vahvistaa ja rauhoittaa kuolemaan lähestyvää potilasta ja hänen omaisiansa. Vapaaehtoisilla on myös oleellinen merkitys työyhteisössä. (Sand 2003, 6.)

Anttonen tutkimuksessa on tarkasteltu parantumaton syöpä sairastavien aikuispotilaiden, perheenjäsenten ja hoitohenkilökunnan kokemuksia saattohoidosta. Tutkimuksen mukaan saattohoidon tavoitteena on mahdollistaa hyvä kuolema. Hyvässä kuolemassa ei kielletä kuoleman ja luopumisen vaikeutta. Hyvä kuolema toteutuu potilaan, perheenjäsenten ja ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan vuorovaikutteisen yhteistyön avulla. Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistamiseksi tarvitaan yhtenäinen koulutussisältö perustasolle ja oma koulutusjärjestelmä vaativan palliatiivisen ja saattohoidon tasolle. Hoidon laadun kehittämisen vaatii tutkitun tiedon lisäämistä. (Anttonen 2016, 7-8, 31.)

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunta ETENE:n julkaisussa on selvitetty saattohoito-ohjeiden ja saattohoitokäytäntöjen kokonaistilannetta saattohoitopiireissä ja suurissa kaupungeissa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Vuonna 2012 Suomen saattohoitosuunnitelmien eettisten lähtökohtien toteuttiin painotettavan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisen lähtökohtana pidettiin potilaan oman tahdon toteutumista ja hoitotahdon merkitystä. Potilaan turvallisuutta katsottiin lisäävän henkilökunnan inhimillinen, arvokas, ystävällinen ja rauhallinen toiminta. Lisäksi rehellisyyttä ja avoimuutta korostettiin. Esille nousivat potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. (ETENE 2012.)

ETENE:n julkaisun mukaan hoitotyöntekijät toivoisivat myös saavansa laajempaa perustason saattohoitokoulutusta sekä lisää täydennyskoulutusta. Saattohoidon laatu ja kehitys perustuvat työlle, opiskelulle ja kokemusten jakamiselle. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus koetaan saattohoitopotilaan kannalta turvattomuuden tunnetta lisääväksi tekijäksi hoitotyöntekijöiden parissa. Suomen sairaanhoitopiireissä saattohoitokoulutus on usein suunnattu pääasiassa niille henkilöille, joiden piiriin saattohoitopotilaista huolehtiminen kuuluu. On hyvin tärkeää, että terveys- ja sosiaalihuollon yksiköistä löytyy tietämystä, kokemusta ja osaamista kuolevan potilaan hoitamisesta. (ETENE 2012.)

9 KVALITATIIVISEN TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisella eli laadullisella menetelmällä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimushenkilöt saavat suhteellisen vapaamuotoisesti kertoa aihealueeseen liittyvistä kokemuksistaan ja mielipiteistään tutkijan etukäteen laatimien kysymysten pohjalta. Tämä ns. ymmärtävä menetelmä antaa mahdollisuuden kartoittaa yhteiskuntailmiöitä niiden kaikessa rikkaudessaan. Laadullisella tutkimuksella pyritään saamaan laaja kokonaiskuva tarkasteltavasta ilmiöstä. (Kvalitatiivinen tutkimus. Tilastokeskus.)

Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2011). Tässä opinnäytetyössä on käytetty haastattelua aineistonkeruumenetelmänä, sillä se antoi mahdollisuuden joustavuuteen. Haastattelijalla on siis mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinymmärryksiä, selventää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Lisäksi kysymykset voidaan esittää siinä järjestyksessä kuin tutkija katsoo ne aiheelliseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2011.)

9.1 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä

Opinnäytetyön aineistonhankintaan käytetään teemahaastattelua. Teemahaastattelussa on kyse puolistrukturoidusta haastattelusta, jossa on suunniteltu haastattelun rakennetta enemmän ennalta kuin avoimessa haastattelussa, mutta vähemmän kuin strukturoidussa lomakehaastattelussa. Teemahaastattelu on keskustelunomainen haastattelumenetelmä, jonka hyödyntäminen edellyttää huolellista aihepiiriin asioihin perehtymistä etukäteen. Se ei etene tarkkojen, yksityiskohtaisten, valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta, vaan väljemmin kohdentuen ennalta mietittyihin teemoihin (Liite 1). Siinä kysymyksiä suunnitellaan ja mietitään käyttäen hyödyksi aikaisempia tutkimuksia. Teemat ja aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samoja, vaikka niissä liikutaan joustavasti ilman tiukkaa etenemisreittiä. Kaikkien haastateltavien kohdalla tietty teema ei välttämättä etene yhtä pitkälle kuin toisten haastateltavien kanssa. Apukysymykset ovat hyvä apu teemahaastattelussa, sillä ne voivat ruokkia keskustelua sekä selkeyttää ja avata kysymyksiä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Opinnäytetyön otanta on toteutettu satunnaisotantamenetelmällä haastattele-malla niitä sairaanhoitajia, jotka olivat työvuorossa haastattelupäivänä ja halusivat osallistua aineistonkeruuseen (n=4). Kohderyhmän sairaanhoitajilla oli kaikilla työuraa takana yli 10-vuotta ja vähintään kahden vuoden työkokemus kyseisestä palveluasumisyksiköstä. Teemahaastattelut järjestettiin vapaamuotoisina yksilö-keskustelutuokioina työvuoron ohessa. Haastattelut pidettiin rauhallisissa pai-koissa ryhmäkotien tiloissa. Teemahaastattelun teemat valikoituivat opinnäyte-työn teorian pohjalta, joita olivat sairaanhoitajien kokemukset saattohoidossa ole-vien asukkaiden kohtaamisesta sekä sairaanhoitajien näkemykset ja osaaminen käytännön saattohoitotyöstä.

Sairaanhoitajien osallistuminen opinnäytetyön aineistonkeruuseen oli täysin va-paaehtoista ja anonyymiä (Liite 2). Pyrimme luomaan haastattelutilanteista mah-dollisimman avoimia ja luotettavia. Haastatteluun osallistuneilta kerättiin vielä tie-toinen suostumus opinnäytetyön aineiston keruuseen (Liite 3). Tutkimustuloksia analysoidessa karsimme pois kaikki sellaiset piirteet, joista voisi tunnistaa tai identifioida vastaajan.

9.2 Teemahaastattelun sisällönanalyysi opinnäytetyössä

Aineistolle tehdään induktiivinen sisällönanalyysi, jolla analysoidaan saatuja avoi-mia vastauksia. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin voi kuvata karkeasti kolmi-vaiheiseksi prosessiksi: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreetti-sen käsitteiden luominen. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään ja epäolennainen karsitaan pois. Tämän jälkeen kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja, jotka pelkistetään. Pelkistämisen jälkeen ai-neisto ryhmitellään, eli aineistosta nousseista ilmaisuista etsitään samankaltai-suuksia ja eroavaisuuksia. Samaa ilmiötä kuvaavat käsitteet ryhmitellään luo-kiksi, joista muodostetaan alaluokkia. Tämän jälkeen alaluokat nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelu jatkuu siten, että alaluokista yhdistel-lään yläluokkia ja yläluokkia yhdistellään pääluokiksi. Pääluokat nimetään aineis-tosta nousevan ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan, jonka jälkeen aineistoa käsit-teellistetään ja siitä tehdään johtopäätöksiä. Sisällönanalyysi perustuu tulikintaan

ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tarkasteltavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

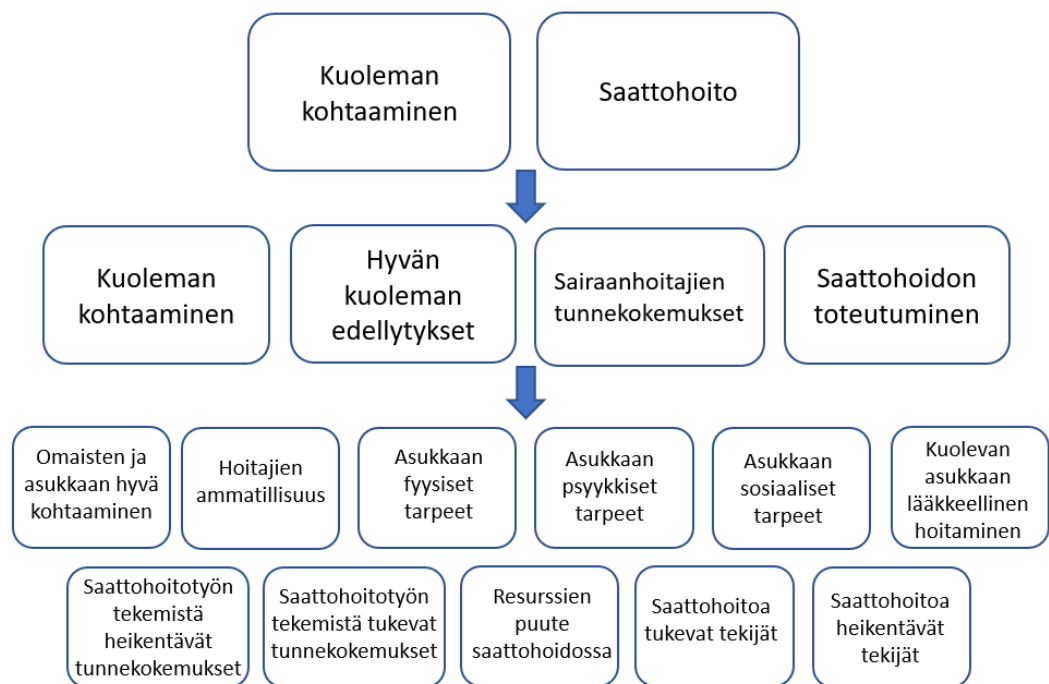
Aluksi teemahaastattelun materiaali käytiin läpi ja se litteroitiin. Osallistujien vastaukset pelkistettiin, jonka jälkeen aineistosta nostettiin olennaisia käsitteitä ja sitaatteja, jotka vastaisivat opinnäytetyön tutkimustehtäviin. Käsitteet ja sitaatit kirjoitettiin ylös lappuille, jonka jälkeen lappuja lähdettiin yhdistelemään asiasisältöjen perusteella. Tämän ryhmittelyn tuloksena syntyi yksitoista alaluokkaa. Jokaisen alaluokan kohdalta löytyy sitä kuvaavat alkuperäiset ilmaisut (Liite 4). Prosessi jatkui alaluokkien yhdistelemisellä yläluokiksi, jotka lopulta kuvaisivat opinnäytetyön tutkimustehtäviä (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Yläluokat. Sairaanhoidtajien kokemuksia kuolevan kohtaamisesta ja saattohoidosta.

Kuoleman kohtaaminen	Omaisten ja asukkaan hyvä kohtaaminen Sairaanhoidtajien ammatillisuus
Hyvän kuoleman edellytykset	Asukkaan fyysiset tarpeet Asukkaan psyykkiset tarpeet Asukkaan sosiaaliset tarpeet Kuolevan asukkaan lääkkeellinen hoitaminen
Sairaanhoidtajien tunnekokemukset	Saattohoitotyön tekemistä heikentävät tunnekokemukset Saattohoitotyön tekemistä tukevat tunnekokemukset
Saattohoidon toteutuminen	Resurssien puute saattohoidossa Saattohoitoa tukevat tekijät Saattohoitoa heikentävät tekijät

10 TULOKSET

Opinnäytetyön yläluokiksi muodostui kuoleman kohtaaminen, hyvän kuoleman edellytykset, sairaanhoitajien tunnekokemukset ja saattohoidon toteutuminen. Alaluokkia muodostui yhteensä 11 ja ne ovat omaisten ja asukkaan hyvä kohtaaminen, hoitajien ammatillisuus, asukkaan fyysiset tarpeet, asukkaan psyykkiset tarpeet, asukkaan sosiaaliset tarpeet, kuolevan asukkaan lääkkeellinen hoitaminen, saattohoitotyön tekemistä heikentävät tunnekokemukset, saattohoitotyön tekemistä tukevat tunnekokemukset, resurssien puute saattohoidossa, saattohoitoa tukevat tekijät ja saattohoitoa heikentävät tekijät. Nämä muodostavat kokonaisuudessaan "Sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan kohtaamisesta"- opinnäytetyön sisällön.



KUVIO 1. Sisällönanalyysin tuotos

10.1 Kuoleman kohtaaminen

Kaikissa haastatteluissa nousi esille, että kuoleman kohtaamisessa sairaanhoitajan ammatillisuudella on suuri merkitys. Ammattirooli ja siinä pysyminen koettiin haastavaa työtä tehdessä jaksamista tukevana asiana. Toisinaan saattohoitotyötä tehdessä voi olla yleisestä työroolista eriävä saattohoito-rooli, joka auttaa erityisesti saattohoitotilanteista selviämässä. Tilanteenlukutaito, tilanneherkkyys, rauhallisuus ja ennakkoluulottomuus koettiin tärkeiksi ominaisuuksiksi kohtaamistilanteissa. Omalla persoonalla ja henkilökohtaisilla vahvuuksilla nähtiin myös olevan merkitystä.

“Yrittää pitää sen ammatillisuuden ja ajatella että sä oot se ammattilainen siinä. Että sun pitää niiku toimia vaikka sisimmässä itkettä, että sun pitää pitää hallinnassa se tilanne. Se ei saa mennä sellaseen hysteriaan, rauhallisuus on tärkeää.”

Omaisista kohdattaessa kuoleman puheeksi ottaminen nostettiin tärkeäksi asiaksi. Asukkaan tilanteesta tulisi antaa ajankohtaista ja realistista tietoa ja tarvittaessa antaa tukea myös omaisille kuoleman lähestyessä. Kynnys ottaa yhteyttä omaisiin tulisi olla matala. Lisäksi hoitohenkilökunnan tulisi yhdessä ottaa omaiset huomioon ryhmäkodin tiloissa. Kuolemasta puhumisen kulttuurin koettiin haastattelujen perusteella muuttuneen. Kuoleman ei koettu enää olevan tabu.

“-- hoitajat auttavat myös omaisia potilaan kuoleman jälkeen, eli omaisia ei jätetä yksin.”

“-- kyllä se monesti herättää sellasta ahdistusta, että osaako toimia oikein. Lähinnä se omaisten ahdistus on niin paha ja se, jos sen asukkaan kipuja tai henkistä pelkoa ei oo saatu hoidettua niin hyvin kun pitäs. Sitten on ittekin että ´voi ei, miten tästä vuorosta selviää´.”

10.2 Hyvän kuoleman edellytykset

Hyvän kuoleman edellytyksiksi nostettiin esille konkreettisia kuolevan asukkaan hoitamiseen liittyviä seikkoja, jotka jaettiin fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin sekä lääkkeelliseen hoitamiseen.

Asukkaan fyysisistä tarpeista perushoidon merkitys nousi esille jokaisessa haastattelussa. Sairaanhoitajat kokivat perushoidon toteutuksen olevan laadukasta asumispalveluyksikössä. Asentohoito, koskettaminen, ihonhoito ja suunhoito koettiin oleellisiksi asioiksi kuolevan asukkaan hoitamisessa. Haastatteluiden mukaan myös päivärutiinin ylläpitäminen ja turhien toimenpiteiden välttäminen ovat tärkeitä asioita.

“Tajutonkin kuulee. Koskettaminen on tärkeää.”

“Just niiku silitän asukasta kädestä tai päästä, sellasta turvallisuuden tunteen luomista.”

Asukkaan psyykkisistä tarpeista tuotiin esille asukkaan mielipiteen huomioiminen ja yksilöllisyys. Asukkaan mieltymysten mukaisen musiikin tai jumalanpalvelusten soittaminen saattohoitoaikana nähtiin hyvää saattohoitoa tukevana asiana. Lisäksi olisi tärkeää, että asukkaalla olisi turvallinen olo. Läsnä oleminen ja vierellä olo ovat oleellisia tekijöitä turvallisuuden tunteen luomisessa.

“Laitetaan joskus siis soimaan ihan jotakin, jos tulee joku jumalanpalvelus nii niitä sit päälle ja musiikkia”.

Sosiaalisista tarpeista nostettiin esille asukkaan hengellisyys ja hengellisten tarpeiden huomioiminen saattohoidossa. Kuolevan asukkaan hoitoon kuuluu myös oleellisesti omaisten ja mahdollisten vapaaehtoisten kanssa tehtävä yhteistyö. Lisäksi haastatteluissa nostettiin tärkeäksi asiaksi kuolevan sijoittaminen ryhmäkodin yksilöhuoneeseen.

“Omaisten kanssa se yhteistyö kyllä korostuu tosi paljon saattohoitotilanteissa.”

Saattohoidettavan lääkkeelliset tarpeet kerrottiin toteutettavan Käypä hoito- suositusten mukaisesti. Yleisimmät lääkkeiden antotavat ovat per oss, per rectum ja

subcutis-pistokset. I.v.- hoitoa on hyvin vähän. Saattohoidettavan kivunhoidossa käytetään N-lääkevalmisteita, kuten Oramorfiinia tai Oxynormia. Näiden yleisimmäksi haittavaikutukseksi saattohoidossa on havaittu olevan ummetus, jota hoidetaan tarvittaessa vatsanpehmickeillä ja laksatiiveilla. Lisäksi asukkaalle voidaan antaa nesteenpoistolääkettä (Furesis), limaneritystä vähentäviä valmisteita (Robinul), kuumetta alentavia lääkkeitä, antibiootteja oireiden helpottamistarkoituksiin tai lisähapetta.

”Kyllä pyritän ihan Käypähoito-suositusten mukaisesti, että katotaan mitä niitä oireita sitten on.”

10.3 Sairaanhoitajien tunnekokemukset

Kaikilla osallistuneilla sairaanhoitajilla oli kuolevan kohtaamisesta saattohoitotyön toteuttamiseen liittyviä negatiivisia ja positiivisia tunnekokemuksia. Saattohoitotyön tekemistä tukevia positiivisia tunnekokemuksia olivat etenkin empaattisuus ja armeliaisuus. Näihin tuntemuksiin liittyi sairaanhoitajan kokemus asukkaan levollisen kuoleman saavuttamisesta. Haastatteluissa nousi esille myös oman henkilökohtaisen uskon merkitys voimavaroja tukevana tekijänä.

Saattohoitotyötä heikentäviä tunnekokemuksia olivat etenkin stressi, ahdistus ja riittämättömyyden tunne. Lisäksi mainittiin epävarmuus saattohoitoon sitoutumisesta ja toteutumisesta, jolla viitattiin muun muassa lääkärin vastuuseen ja rooliin. Esimerkiksi lääkelistan päivittäminen saattohoitoon siirryttäessä on oleellista hyvän saattohoidon toteuttamiseksi. Toisinaan töissä tapahtuvien asioiden pohittamisen kerrottiin jäävän päälle vapaa-ajalla. Tämä koettiin henkisesti kuormittavana asiana. Jaksamista tukevaksi asiaksi mainittiin kuitenkin puolisolille puhuminen kotiloissa, mutta vaitiolovelvollisuuden takia se voi toisinaan olla ongelmallista.

”Jokainen tilanne on erilainen. Mulla henkilökohtaisesti toiset tilanteet herättää enemmän empaattisuutta kuin toiset. Kuitenkin on pidettävä se ammatillisuus. Sun täytyy pitää hallinnassa se tilanne.”

“Kyllä työvuoron jälkeen vielä ajattelee niitä ihmisiä ja sitä tilannetta. Vielä vuosien jälkeenkin joku tilanne voi olla mielessä.”

10.4 Saattohoidon toteutuminen

Saattohoidon toteutumista käsiteltäessä resurssit ja niiden vähyys nousivat esille useammassa haastattelussa. Hyvän saattohoidon toteuttamisen esteenä nähtiin lähinnä ajanpuute. Sairaanhoidajien laaja työnkuva nähtiin myös haasteellisena. Lisäksi PKV-luvallista hoitohenkilökuntaa nähtiin olevan liian vähän, jotta saattohoidettavien asukkaiden kivunhoito olisi aina turvattuna. Sairaanhoidajien mukaan lääkehoidon toteuttamisessa ilmenee myös arkuutta.

“Meillon sairaanhoitajia vähemmän keillon PKV-luvat, nii sit saattaa olla et kuu- lenkin et joku ollu vaikka eilen tosi kipee. Sit kun kysyn et no onko annettu kipu- lääketä, nii ei oo. Eli tää kivunhoito ehkä joskus ontuu. Samoin hengityksen hoito jos mietitään vaikka Robinulin antaminen, nii sitäkään ei kamalan herkästi anneta välttämättä aina jos sairaanhoitaja puuttuu.”

“-- sit tuntuu et vaik on suoritettukin (lääkeluvat), nii ei oo hyödynnetty.”

Matalasta hoitohenkilöstön mitoituksesta johtuen hoitohenkilöstö saattaa joutua vaihtamaan työpistettä hyvinkin lyhyellä varoitusajalla ja tämän koettiin heikentävän hoitaja-jatkumoa hoitotyössä. Vähäinen mitoitus näkyy myös omaisille tarjolla olevassa ajassa.

“Perustilanne, jos meillä on kaksi hoitaja ja 15 asukasta esimerkiksi aamussa ja siinä on joku saattohoidettava, niin ei mitään mahdollisuuksia. Usein meen katto- maan (saattohoidettavaa) kun tuun vuoroon, sit kun mennään tekemään aamu- toimet.”

“-- mut sit kun meillon tota kiertoo niin paljon, et aina joudutaan paikkaamaan toista ryhmäkotiä, niin se vaikeuttaa tietenkin sitä, et se jatkumo puuttuu.”

Lisäksi sairaanhoitajat nostivat esille omaisten tuomat haasteet. Hoitohenkilöstön ammatillista osaamista saatetaan kyseenalaistaa hyvinkin suoraan. Lisäksi

omaisten esittämät vaatimusten koettiin toisinaan olevan saattohoitoperiaatteiden vastaisia joko resursseista tai asukkaan kunnosta johtuen.

“Omaiset saattavat vaatia vaikkapa suonensisäistä nesteytystä, mitä ei enää nykypäivänä missään nimessä suositella saattohoidettavalle tai happea, että he ei ymmärrä vaikka kuinka selittäis sitä asiaa.”

Haastatteluissa nousi erityisesti esille vapaaehtoisten auttajien merkitys saattohoitotyössä. Vapaaehtoisten nähtiin auttavan suuresti, sillä aina hoitohenkilöstö ei ehdi olemaan saattohoidettavan vierellä. Vapaaehtoisten vähyys nähtiin siis haasteena.

Saattohoitotyötä tukevinä tekijöinä sairaanhoitajat nostivat esille saattohoitopäätökset. Niiden roolin nähtiin olevan oleellinen hoitotyön toteuttamisen näkökulmasta. Myös hoitosuunnitelmien merkitystä korostettiin. Sairaanhoitajat kuvailivat olemassa olevien hoitosuunnitelmien olevan hyviä, mutta niitä kerrottiin kuitenkin olevan määrällisesti liian vähän etenkin saattohoidon osalta. Kuolleen asukkaan kunnioittaminen nähtiin myös toimivana asumispalveluyksikössä. Kuolleelle asukkaalle tehdään yleensä muistopöytä ryhmäkodin tiloihin, eikä kuolemaa pyritä salaamaan.

“Nykyisin tehdään hyvä saattohoitopäätöksiä. Se helpottaa meitä kyllä sitten heti. Jos se on vaan ilmassa eikä kukaan oikein tiedä, eikä kukaan ota vastuuta siitä nii sit se on sille sairaanhoitajalle tosi ressaava tilanne.”

“Ne tehdyt hoitotahdot on hyviä. Saattohoidon toiveet ja hoitotahdot on kuitenkin turhankin harvinaisia.”

“Musta on hienosti täällä, että kun asiakas kuolee niin tehdään semmonen niiku muistopöytä. Hänen valokuvansa on siinä ja tavallaan niiku hän on siinä läsnä kaikille, että muutkin näkee mitä on tapahtunu. Ei mitään salata.”

Haastatteluiden perusteella hoitohenkilöstön välisen yhteistyön nähtiin olevan hyvää. Etenkin saattohoitotilanteissa vanhemmat ja kokeneemmat hoitohenkilöstöstä auttavat usein kokemattomampia nuorempia hoitohenkilöstöä. Eri ikäisten

ja taustaisten työntekijöiden yhdistetty osaaminen nähtiin voimavarana. Lisäksi esille nostettiin moniammatillinen yhteistyö. Esimerkiksi työskentely hautausoimistojen kanssa ja heidän antama työpanos koettiin erittäin hyvänä ja tärkeänä.

Jotkut sairaanhoitajat kokivat, että työnohjauksesta ja debriefingistä olisi ollut monessa tilanteessa apua. Näitä tilanteita olivat haasteelliset ja raskaat saattohoitotilanteet ja myös työyhteisön ongelmatilanteet. Tällä hetkellä ryhmäkotipalaverit toimivat asumispalveluyksikössä osittain purkutuokioina tällaisten tarpeiden ja tilanteiden ilmaantuessa. Toisaalta joidenkin ryhmäkotien sisäistä viestintää keuhuttiin nykyisellään toimivaksi myös ristiriitojen ilmaantuessa ja sen koettiin riittävän.

“Tarvis vähän sellasta miten meni ja miten tästä vois oppia”

“Ehdottomasti tarvittas ja ollaan pyydetty työnohjausta, että ei olla saatu vaikka on pyydetty. Varmasti kyse on hinnasta, siitä rahasta. Olis se kamalan hyvä jos sitä olis.”

“...pitäs ehdottomasti olla tilanteita, et me ehditään rauhassa istumaan alas ja miettimään asioita et voidaanko me tehdä jotain toisin tai oisko jotain kehittämistä tai muuta”

11 TULOSTEN TARKASTELU

Hyvän saattohoidon toteutuminen edellyttää ihmisen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioimista (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito 2019). Tulosten mukaan psyykkisistä tarpeista asukkaan mielipiteen huomioiminen on oleellista. Mielipiteen nähdään käyvän parhaiten ilmi henkilökohtaisen hoitosuunnitelman muodossa. Asumispalveluyksikössä haasteeksi nostettiin näiden vähyyks ja ajankohtaisuus. Hoitosuunnitelmilla ja hoitotahdoilla on oleellinen merkitys asukkaan itsemääräämisoikeuden ja elämänlaadun kannalta (ETENE 2012; Ackerman ym. 2012). Jatkoa ajatellen hoitosuunnitelmien tekemiseen kannattaisi siis panostaa entistä enemmän, jotta asukkaan ääni tulisi kuulluksi.

Saattohoidettavilla on myös tarve lääkkeelliselle hoidolle. Saattohoitopotilaan kivun lääkehoidossa käytetään ensisijaisesti vahvoja opioideja ja antoreittiä tulee tarvittaessa vaihtaa (Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito 2019). Työyksikön esimiehen tehtävänä on varmistaa, että yksikön lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on tarvittava osaaminen ja oikeanlaiset olosuhteet. Osaamisen varmistaminen on oleellista esimerkiksi tilanteissa, joissa työntekijä palaa työhön pitkän poissaolon jälkeen. Lisäksi tulee huomioida määräaikaisten työntekijöiden ja opiskelijoiden tehtävät ja osaaminen lääkehoidossa. Tulosten mukaan asumispalveluyksikön lääkehoidon toteuttamisen haasteena on etenkin PKV-lääkeluvallisten vähyyks ja arkuus lääkehoidon toteuttamisessa. Lääkehoidon osaamista olisi siis hyvä kartoittaa asumispalveluyksikössä. Työyksikön esimiehen tehtävänä on varmistaa, että yksikön lääkehoidon toteuttamiseen osallistuvalla henkilöstöllä on tarvittava osaaminen ja oikeanlaiset olosuhteet. Osaamisen varmistaminen on oleellista esimerkiksi tilanteissa, joissa työntekijä palaa työhön pitkän poissaolon jälkeen. Lisäksi tulee huomioida määräaikaisten työntekijöiden ja opiskelijoiden tehtävät ja osaaminen lääkehoidossa. (Inkinen ym. 2015.)

Sairaanhoitajien mukaan omaisten huomioiminen saattohoitotilanteessa on oleellista. Omaiset kaipaavat tukea ja tietoa. Yhdessä tekeminen on avainsana ja hyödyttää kaikkia osapuolia saattohoitotilanteessa. (Ahlblad 2019, 92; Sand 2003, 6.) Omaisille tarjottavaan aikaan kannattaa siis panostaa ja pyrkiä tekemään heidän kanssa mahdollisimman tiivistä yhteistyötä saattohoitoaikana.

Tulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat saattohoitotyöstä toisinaan aiheutuvan negatiivisia tunteita. Ammattiroolissa pysyminen, koulutus ja kokemus nähtiin negatiivisia tunnekokemuksia helpottavina tekijöinä. Ammattiroolissa työskentelevän henkilön on oleellista ymmärtää omat arvonsa, sekä oivaltaa niiden yhteys kuolevan asiakkaan ja tämän omaisten kohtaamiseen. Haastaviin kohtauksisiin tilanteisiin olisi hyvä varautua. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 449.) Työnohjaus voidaan nähdä opetuksellisena tapahtumana, jolla voidaan lisätä työntekijöiden tietoa tällaisista tilanteista (Ahonen 2000, 8-9). Työnohjaukseen panostaminen voisi siis olla hyvä asia asumispalveluyksikössä, sillä se tukisi hoitohenkilöstön ammatillista kasvamista.

Tähän opinnäytetyöhön osallistuneiden sairaanhoitajien mukaan debriefingiä ja työnohjausta olisi toisinaan hyvä olla saatavilla. Debriefing auttaa akuuttien kokemusten ja tunteiden läpikäymisessä. Menetelmän avulla kokemusten ja tunteiden ilmaiseminen ääneen antaa toiselle ihmiselle konkreettisemmän sisällön ja auttaa ihmistä itseään hyväksymään ne. Lisäksi se syventää sosiaalista tukea ja lisää läheisyyden tunnetta osallistujien kesken. Tämä voisi helpottaa sairaanhoitajien kuvaamia negatiivisia tunteita, sillä menetelmä antaa mahdollisuuden myös tunteiden purkamiseen, jakamiseen ja selittämiseen. (Hyllinen 2008, 8-9.) Olisikin hyvä, jos asumispalveluyksikössä tarvittaessa kokeiltaisiin debriefingmenetelmän toimivuutta raskaiden tai haastavien kuolematapausten yhteydessä. Myös työnohjauksen kautta saatavasta koulutus- ja kehitysnäkökulmasta voisi olla hyötyä.

12 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Etiikalla viitataan yksilön ja yhteisön moraaliseen toimintaan, käsityksiin ja laatuvaatimukseen. Eettiset ohjeet ovat ryhmän virallinen julkilausuma, jossa ilmaistaan ja kuvaillaan tietyn ryhmän jäsenten moraaliset tai ei-moraaliset vaatimukset ja käyttäytyminen. (Hoidokki 2010.) Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisten suositusten mukaan ihmistieteellisessä tutkimuksessa tulee huomioida tutkitavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja (Arene ry 2018).

Opinnäytetyölle on hankittu tutkimuslupa ja huolehdimme hyvästä aineistonhallinnasta prosessin alusta loppuun. Noudatimme tutkimusaineistojen suhteen hyvää tieteellistä käytäntöä ja huolehdimme, että kerätty ääni- tai tekstidata ei vaarannu. (Aineistonhallinnan käsikirja.) Seurasimme työssämme induktiivisen sisällönanalyysin prosessia oikeaoppisesti ja reflektoimme valmista tuotostamme jo aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin, sekä tarkastelemme mahdollisia samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Tiedonhaussa on käytetty luotettavia hakukoneita ja lähteitä. Teoria-aineistossa on käytetty pääasiassa enintään 10-vuotta vanhoja lähteitä, joita hyödynnetään vastuullisesti ja huolellisesti viitaten niihin oikeaoppisesti.

Laadullisen menetelmän ja teemahaastattelujen hyödyntämisestä voi kuitenkin herätä kysymyksiä puolueettomuudesta. Puolueettomuus nousee kysymykseksi esimerkiksi siinä, että pyrkiikö opinnäytetyön tekijä ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia vai suodattuuko tiedonantajien kertomus opinnäytetyön tekijöiden oman kehysten läpi. Laadullista menetelmää hyödynnettäessä tämä on lähes väistämätöntä, sillä opinnäytetyön tekijät ovat sekä tutkimusasetelman luoja ja tulkitsijoita. (Tuomi & Sarajarvi 2018.)

Validiteetti eli luotettavuus tarkoittaa pätevyyttä. Se on mittarin tai tutkimusmenetelmän kyky mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hoidokki 2010.) Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää hyvin toteutunut teemahaastattelu ja sen tulosten analysointi. Opinnäytetyössämme tulee myös esille teoreettiset lähtökohdat, joiden pohjalta teemahaastattelun teemat on valittu.

Haastattelemiemme sairaanhoitajien valinta perustui vapaaehtoisuuteen. Valikoinnissa huomioitiin kuitenkin se, että haastateltaviksi valikoituisi sairaanhoitajia

eri mittaisine työurineen. Haastattelut sujuivat luontevasti. Haastatteluun osallistuneilta sairaanhoitajilta tuli paljon ajatuksia jokaiseen teemahaastattelun teemaan liittyen. Haastattelutilanne oli turvallinen, luottamuksellinen ja avoin. Haastattelutilannetta tarkasteltaessa on hyvä huomioida, että toinen opinnäytetyön tekijöistä oli ennestään tuttu teemahaastatteluun osallistuneille. Tämä voi vaikuttaa teemahaastattelujen vastauksiin ja tulosten myöhempään objektiiviseen tarkasteluun.

Opinnäytetyön luotettavuutta olisi voinut lisätä suurempi otanta. Lisäksi haastatteluja olisi voinut pitää useampana eri kertana, jolloin aineistoa olisi voinut kertyä samalla otannallakin enemmän.

13 OMAN OPPIMISEN JA TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISEN POHDINTAA

Opinnäytetyön tekeminen antoi laajemman kuvan siitä mitä kaikkea saattohoitopotilaan kohtaamiseen ja hoitamiseen liittyy. Se vahvisti ammatillisuuttamme ja antoi syvempää näkemystä siitä, mikä saattohoidossa toimii ja mikä vielä vaatii kehittämistä. Koemme, että opinnäytetyötä tehdessä oma ammatillisuutemme otti ison harppauksen eteenpäin. Lisäksi prosessi kehitti taitoja tekstin tuottamisessa ja tulkinnessa.

Koemme, että opinnäytetyöprosessi kasvatti ja kehitti monia oppimisen taitoja. Oppimisen taitojen kehitys kohdistui etenkin tiedonhakuun sekä tiedon ja lähteiden arvioimiseen. Saattohoidosta on todella paljon materiaalia, jonka takia sopivan ja luotettava materiaalin valikoiminen ja arvioiminen nousi tärkeään osaan. Yhteistyömme aikataulutuksen ja suunnittelun suhteen sujui läpi prosessin hyvin. Teimme paljon työtä etänä ja keskustelimme reaaliajassa prosessin etenemisestä puhelimitse. Työstimme kaikkia osioita yhdessä suurempaa työnjakoa tekemättä. Suurimmaksi haasteeksi opinnäytetyön tekemisessä nousi sisällönanalyysin tekeminen. Tämän tyyppinen aineiston analysointi ei ollut ennestään kummallekaan tuttua, joten menetelmän oppiminen tapahtui varsinaisesti vasta sitä käytettäessä. Koemme, että opinnäytetyöstämme tuli tavoitteidemme mukainen.

Jatkossa voisi olla hyvä tarkastella nuorten sairaanhoitajien kokemuksia saattohoitotyöstä ja verrata heidän kokemuksiin kokeneempien hoitajien kokemuksiin. Lisäksi saattohoidon lääkehoidon toteutumisesta ja hoitotyöntekijöiden lääkehoidollisista vastuualueista olisi hyvä kerätä lisää tietoa kehitystarkoituksiin. Myös omaisten roolia ja vaikutusta saattohoidossa voitaisiin tutkia enemmän sekä miten omaisia pystyttäisiin tukemaan saattohoitotilanteissa entistä paremmin. Muita tarkastelunkohteita voisi myöskin olla laajemmin saattohoidon laadun arviointi, sekä miten ja kuinka paljon saattohoitopotilaan hoitoa opetetaan oppilaitoksissa ja työpaikoilla.

LÄHTEET

Aalto, K. (toim.) 2013. Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki.

Ackerman, L., Alanko, H., Annala, H., Fabrin, V., Heikkilä, A., Jaaranen, M., Jokinen-Santisteban, R., Kainulainen, M., Laitinen, H., Lindell, M., Majanmaa, L., Ripsaluoma, J., Saari, T., Saarinen, T., Satama, A., Savontaus, P., Suominen, M. & Tuomi, L. 2012. Rauhaniemen sairaalan ja Koukkuniemen vanhainkodin saattohoitosuunnitelma. <https://www.tampere.fi/liitteet/r/6Bm5C6CfE/Saattohoitosuunnitelma.pdf>. Luettu 24.2.2019.

Ahlblad, J. 2019. Miten kohdata kuolema. Helsinki.

Ahonen, J. 2000. Narratiivinen lähestymistapa työnohjauskessa: tapaustutkimus työnohjauskeskustelusta. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaali-psykologian laitos. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/87673/gradu00042.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Aineistohallinnan käsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/aineistohallinta/> 6.5.2019.

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja henkilökunnan näkökulmasta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteiden tiedekunta. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/98745>.

Arene ry. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2018. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinn%C3%A4ytet%C3%B6iden%20eettiset%20suositukset.pdf>. Luettu 31.1.2020.

Del Rio, Ml., Shand, B., Bonati, P., Palma, P., Maldonado, A., Taboda, P. & Nervi, F. 2012. Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions and decision-making among patients, family and health

care staff. *Psycho-Oncology* 21, 913-921. Palliatiivinen hoito 2016 nro 42. S. 30-31.

ETENE-julkaisuja 4. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. 2004. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e/ETENE-julkaisuja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf>. Luettu 24.1.2020.

ETENE-julkaisuja 36. Saattohoito suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012: suunnitelmat ja toteutus. 2012. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69922/URN_ISBN_978-952-00-3270-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 24.1.2020.

Grönlund, E. Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. 1.painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Grönlund, E. 2008. *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Sairaanhoitajaliitto.

Inkinen, R., Volmanen, P. & Hakoinen, S. (toim.) 2015. *Turvallinen lääkehoito. Opas lääkehoitosuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129969/URN_ISBN_978-952-302-577-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 28.1.2020.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., Tiittanen H. 2015. *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2019. Käypä hoito- suositus. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>. Luettu 5.5.2019.

Kvalitatiivinen tutkimus. Menetelmäkäsitteet. Tilastokeskus.
https://www.stat.fi/meta/kas/kvalit_tutkimus.html. Luettu 29.1.2020

Hoidokki- sanasto. 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Itä-Suomen yliopisto. http://www.hoidokki.fi/index_fin.html. Luettu 29.1.2020.

Hyllinen, L. 2008. Kunnallisen kriisiryhmän jäsenten kokemuksia debriefing-toiminnasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hävölä, H., Rantanen, A., Kylmä, J. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Pro gradu- tutkielma. Hoitotiede 2015; 27(2): 132-147.

Korhonen, T., Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. 2013; 129(4):440-5. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/4/duo10821>

Lait ja suositukset koskien elämän loppuvaiheen hoitoa. 2017. Terveystieteiden tutkimuskeskus. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-elaman-loppuvaiheen-hoitoa>. Luettu 25.2.2019.

Lähestyvän kuoleman merkit. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. <http://www.pkssk.fi/lahestyvän-kuoleman-merkit>. Luettu 6.5.2019.

Mitä on elämän loppuvaiheen hoito. Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2016. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-elaman-loppuvaiheen-hoito>. Luettu 6.5.2019.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2017. Taulukko 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaiset laatuksiteerit palvelujen tuottajille. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Luettu 3.3.2019.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito- suositus. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#s21>. Luettu 24.2.2019.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 4.painos. Sanoma Pro Oy.

Ridanpää, S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro gradu- tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Saaranen-Kauppinen, A. Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuk- sen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto .<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Luettu 6.5.2019

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. (toimi.) 2018. Palliatiivisen hoidon hyvät käytänteet. Helsinki. Duodecim.

Saattohoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://stm.fi/saattohoito>. Luettu 6.5.2019.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa: tutkimus suomalaisestasaat- tohoidosta. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. [https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67272/951-44-5617-3.pdf?se- quence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67272/951-44-5617-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Tehostettu palveluasuminen. Tampereen kaupunki. <https://www.tampere.fi/sosi- aali-ja-terveyspalvelut/ikaihmisten-palvelut/asuminen/tehostettu.html>. Luettu 28.1.2020.

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

- Haastateltavilta tiedustellaan taustatietoja ammatillisesta toiminnasta

- Millaisia kokemuksia sinulla on saattohoidossa olevien asukkaiden kohtaamisesta?

- Millaisia tuntemuksia olet kokenut saattohoitotilanteissa (kuten pelottavia, ahdistavia, lämminhenkisiä, empaattisia, voimaannuttavia, armeliasuutta herättäviä)?

- Onko joku tilanne jäänyt erityisesti mieleen tai painamaan pidemmäksi aikaa? Millainen tilanne on ollut?

- Keskustellaan sairaanhoitajien kanssa heidän kokemuksistaan ja edellytyksistään toteuttaa saattohoitoa:
 - Kuinka toteutate saattohoitopotilaan perushoitoa?
 - Kuinka toteutate kivunhoidon, hengenahdistuksen ja ahdistuneisuuden hoidon saattohoidossa?
 - Kuinka hyödynnätte lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä hoitokeinoja?
 - Kuinka hyödynnätte erilaisia lääkkeiden annostelureittejä?
 - Millaisiksi koet edellytyksesi antaa henkistä tukea saattohoitotilanteessa?

- Millaista on hyvä saattohoito?
 - Toteutuuko saattohoito työyksikössäsi mielestäsi hyvin? Mitä hyviä ominaisuuksia työyksikkösi saattohoidossa on?
 - Hyödynnättekö työnohjausta tai jaatteko kokemuksianne saattohoidosta?
 - Millaisilla keinoilla/ tavoilla purat mahdollisia työstä aiheutuvia paineita?

Liite 2. Haastattelukutsupohja



Hyvä sairaanhoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kerätä hoitotyössä ja saattohoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta kokemuksia kuolevien asukkaiden kohtaamisesta.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne ilmoittamatta syytä milloin tahansa.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla sairaanhoitajia työaikana. Äänitämme ja kirjoitamme keskustelua ylös. Emme kerää kuva- tai videomateriaalia. Haastattelutilanteeseen saa tulla kollegan kanssa tai yksin. Haastattelu kestää noin tunnin.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme!

Terveisin

Rosa Lindell, Sairaanhoitajaopiskelija (AMK) Tampereen ammattikorkeakoulu

Aino Urpiola, Sairaanhoitajaopiskelija (AMK) Tampereen ammattikorkeakoulu

Liite 3. Tietoinen suostumus



SUOSTUMUS

Sairaanhoitajien kokemuksia kuoleman kohtaamisesta

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on hoitotyössä ja saattohoidossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta kokemuksia kuolevien asukkaiden kohtaamisesta.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön: Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

Liite 4. Alaluokat

Asukkaan fyysiset tarpeet	Hyvä perushoito Päiväritiinen ylläpitäminen Turhien toimenpiteiden välttäminen Asentohoito Koskettaminen Ihohoito Suunhoito
Asukkaan psyykkiset tarpeet	Kohdataan asukas yksilönä Vierellä olo Läsnäolo Turvallisuuden tunteen luominen Ei aikatauluja tai pakottamista Musiikki
Asukkaan sosiaaliset tarpeet	Hengellisten tarpeiden huomiointi Yhteistyö omaisten kanssa Yhteistyö vapaaehtoisten kanssa Yksilöhuone Ei aikatauluja tai pakottamista
Omaisten kohtaaminen	Tiedon antaminen asukkaan tilanteesta Kuoleman puheeksi ottaminen Kynnys yhteydenotossa omaisiin matala
Kuolevan asukkaan lääkkeellinen hoitaminen Käypähoito- suositusten mukaan	N-lääkkeet kivunhoidossa Nesteenpoistolääkkeet Antibioottihoito Limaisuuden lääkitseminen Happihoito Kuumetta alentavat lääkkeet Erialaisten antoreittien hyödyntäminen
Hoitajien ammatillisuus	Ammattirooli Tunneherkkyys Tilanteenlukutaito Hoitajan rauhallisuus
Saattohoitotyön tekemistä heikentävät tunnekokemukset	Stressi Ahdistus Riittämättömyyden tunne Epävarmuus saattohoitotyöhön sitoutumisesta
Saattohoitotyön tekemistä tukevat tunnekokemukset	Empaattisuus Armeliaisuus Levollisen kuoleman saavuttaminen Hengellisyys voimavarana Ennakkoluulottomuus kohdata Kuolema ei ole tabu

Resurssien puute saattohoidossa	Matalasta miehityksestä johtuva työpisteen muutos Hoitaja-jatkumon haasteet Debriefingin ja työnohjauksen puuttuminen Omaisille annettavan ajan vähyys Vapaaehtoisten merkitys ja heidän vähyys PKV lääkityksen toteuttaminen ja ylläpitäminen
Saattohoitoa heikentävät tekijät	Omaisten tuomat haasteet Sairaanhoidajan laaja työnkuva Hoitajien ammatillisen osaamisen kyseenalaistaminen
Saattohoitoa tukevat tekijät	Hoitotahdot Moniammatillinen yhteistyö Viestinnän merkitys Kodinomainen ympäristö Vanhemmat hoitajat auttavat nuorempia hoitajia

