



SAATTOHOIDON TOTEUTUMINEN VANHAINKODIN PITKÄAIKAIS- OSASTOLLA

Hoitajien kokemuksia

Noora Laitinen

Minna Lammentausta

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto-
ehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LAITINEN, NOORA & LAMMENTAUSTA, MINNA:
Saattohoidon toteutuminen vanhainkodin pitkäaikaisosastolla
Hoitajien kokemuksia

Opinnäytetyö 49 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Maaliskuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta erään vanhainkodin pitkäaikaisosastolla. Saattohoito on yleensä kuvattu osana syöpäsairaiden hoitoa, vaikka suurin osa suomalaisista kuolee iäkkäinä erilaisissa pitkäaikashoidon laitoksissa. Siksi saattohoidon osaamisella on tärkeä merkitys vanhuksen elämän loppuvaiheen laadukkuuden turvaamisessa.

Opinnäytetyön tehtävänä oli kartoittaa, mitä kokemuksia hoitajilla oli saattohoidon toteutumisesta vanhainkodin pitkäaikaisosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda hoitajien kokemukset näkyviksi ja saadun tiedon kautta löytää mahdollisia kehittämis-kohteita. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena haastatteleamalla pitkäaikashoidossa työskentelevää yhdeksää hoitajaa. Aineiston keräämisessä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan saattohoidon osaaminen koettiin tärkeäksi, vaikka siitä saatu koulutus oli vähäistä. Yhtenäisten käytäntöjen luomista ja niiden läpikäymistä toivottiin, jotta kaikilla olisi tasapuoliset valmiudet hoitaa kuolevaa vanhusta ja tukea tämän omaisia. Muita saattohoitoon vaikuttavia asioita vanhainkodin pitkäaikaisosastolla olivat mm. moniammatillinen yhteistyö, työyhteisön ilmapiiri ja kollegiaalinen tuki.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää hoitajien ja saattohoidossa olevien vanhusten välistä vuorovaikutusta. Tulosten perusteella vanhusten oma hoitotahto oli huonosti tiedossa. Jatkotutkimusehdotuksena olisi myös selvittää, kuinka paljon vanhuspotilaiden kanssa keskustellaan heidän omasta hoitotahdostaan heidän ollessaan parempikuntoisia, ennen pitkäaikashoitoa, ja miten vanhuksen oman hoitotahdon toteutumista voidaan edesauttaa.

ABSTRACT

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

LAITINEN, NOORA & LAMMENTAUSTA, MINNA:
Hospice in the Long-term Ward of the Elderly
As experienced by nurses

Bachelor's thesis 49 pages, appendices 3 pages
March 2014

The purpose of this study was to describe nurses' experiences on how hospice is carried out in the long-term ward of the elderly. Hospice is usually described as a part of nursing of cancer patients, but most Finns die aged in different kinds of long-term wards. Therefore knowledge on hospice of great significance in guaranteeing the quality of life in the last years of an elderly person.

The task of this study was to survey what kind of experiences nurses had of hospice in the long-term ward of the elderly. The goal of the study was to make the nurses' experiences visible and through that information to find possible needs of development. The study was carried out as a qualitative research by interviewing nine nurses working in the long-term ward. The data were collected through themed interviews. Interviews were analyzed with qualitative content analysis.

Upon the results the know-how on hospice was regarded as a very important part of nurse's professional skills, though there was not a lot of education of the subject. Joint practices and reviewing them together were wished for, so that everyone would have the same preparedness to nurse a dying patient and family members. Other essential things affecting hospice in the long-term ward were multi-professional co-operation, atmosphere of the work community and supporting the colleagues.

In the future it would be interesting to study interaction between nurses and the aged in hospice care. Old people's own will concerning their care at the end of life was poorly known. Furthermore, it would be interesting to carry out a study on how much the aged are able to discuss their own will concerning the care in the last years of life when they still have the ability to determine it and how their own will would be respected more.

Key words: hospice, long-term care, aged, nursing

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO.....	5
2 SAATTOHOITO PITKÄAIKAISOSASTOLLA	6
2.1 Saattohoito	6
2.1.1 Saattohoidon historiaa.....	6
2.1.2 Saattohoitoa ohjaava lainsäädäntö	7
2.1.3 Saattohoidon etiikka.....	8
2.1.4 Saattohoidon suositukset.....	10
2.1.5 Saattohoitoa vai palliatiivista hoitoa?	11
2.1.6 Kuolevan potilaan hoitotyö	13
2.1.7 Vanhuksen saattohoito	19
2.2 Pitkäaikaishoito.....	21
2.2.1 Saattohoidon puitteet.....	21
2.2.2 Kuolevan potilaan hoitajana.....	22
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	24
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	25
4.1 Kvalitatiivinen menetelmä.....	25
4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä.....	25
5 TULOKSET	29
5.1 Saattohoitoon osallistuvat ammattiryhmät ja niiden välinen yhteistyö vanhainkodilla.....	29
5.2 Saattohoitotyön ammatillinen osaaminen vanhainkodilla	30
5.3 Saattohoitoon ja kuoleman lähestymiseen suhtautuminen vanhainkodilla.....	30
5.4 Saattohoidon sisältö vanhainkodilla	31
5.5 Saattohoitotyön haasteet vanhainkodilla.....	32
5.6 Toimintatavat ja koetut tarpeet	33
6 POHDINTA.....	35
6.1 Tulosten tarkastelua	35
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus	38
6.3 Opinnäytetyön eettisyys.....	39
6.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	40
LÄHTEET.....	41
LIITTEET	47
Liite 1	47
Liite 2.....	48

1 JOHDANTO

Viimeisten vuosikymmenten aikana, ihmisten odotetun eliniän kasvaessa, kotona tapahtuva kuolema on siirtynyt sairaaloihin, terveyskeskuksiin ja pitkäaikaishoitoa tarjoaviin laitoksiin. Saattohoidoksi nimitetään kuolemaa edeltävästi alkavaa ja sen yli jatkuvaa kuolevan ja tämän läheisten hoitoa ja tukea tilanteessa jolloin parantavaa hoitoa ei ole. Saattohoidon tulisi edesauttaa hyvää ja laadukasta elämää kuolemaan asti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11.) Vaikka saattohoito liitetään yleensä erityisesti osaksi syöpäpotilaiden hoitoa, he ovat kuitenkin vähemmistönä verrattuna niihin iäkkäisiin suomalaisiin, jotka kuolevat edellä mainittujen hoivaosastojen kaltaisissa paikoissa (Hänninen 2012a, 48). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilaston mukaan vuoden 2011 lopussa vanhainkotihoitossa oli 15 520 ja tehostetun palveluasumisen piirissä 30 772 ihmistä. Täten saattohoidolla, sen osaamisella ja laadukkaalla toteuttamisella on tärkeä merkitys erilaisilla pitkäaikaissosastoilla, koska elämän loppuvaiheen siirrot eri hoitopaikkojen välillä eivät useinkaan lisää elämän pituutta tai arvokkuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 25–26). On esitetty kritiikkiä siitä, että Suomessa saattohoitoon ja sen osaamisen tärkeyteen on herätty verrattain myöhään, vaikkakin viimeisen vuosikymmenen aikana mm. hoidon suunnitelmallisuudessa on tapahtunut edistystä suunnitelmien muuttuessa yksikkökohtaisista ohjeistuksista saattohoidon ottamisesta osaksi sairaanhoitopiirien ohjeistuksia (Pihlainen 2012, 8).

Tämän työn tarkoituksena on selvittää, millaisena erään pirkanmaalaisen vanhainkodin hoitajat kokevat saattohoidon toteutumisen työssään. Tekijöiden kiinnostus aiheeseen kumpusi halusta tuoda näkyviksi hoitajien kokemukset, hoitotyön todellisuus ja mahdolliset koetut kehittämistarpeet. Asioiden näkyväksi tuomisella ja niiden analysoinnilla voidaan yhtenäistää hoitotyön käytäntöjä ja näin edesauttaa hyvää ja laadukasta saattohoitoa.

2 SAATTOHOITO PITKÄAIKAISOSASTOLLA

2.1 Saattohoito

Saattohoito on ihmisen ja hänen läheistensä hoitoa ja tukemista elämän viimeisinä viikkoina. Saattohoidon tarkoituksena on pyrkiä lievittämään erilaisia oireita. Hoidolla halutaan valmistaa ihmistä ja tämän läheisiä kuoleman kohtaamiseen. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2003, 5; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2013c.) Saattohoitoa ohjaavat erilaiset lait ja suositukset sekä eri ammattikuntien eettiset ohjeet (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2003). Ihmisen oma hoitotahto tulee huomioida (Hänninen & Anttonen 2008, 26). Vuoden 2012 kuolevan potilaan oireiden hoidon Käypä hoito -suosituksen mukaan hoidossa tulee huolehtia paitsi potilaan fyysisistä, myös psyykkisistä, sosiaalisista ja hengellisistä tarpeista.

2.1.1 Saattohoidon historiaa

Saattohoidosta on ensimmäisiä merkintöjä 1800-luvulla, ja ensimmäisiä eräänlaisia saattohoitokoteja alkoi syntyä Eurooppaan 1840-luvulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11). Varsinaisesti 1940-luvulla alkaneen kehityksen erääksi kiinnekohdaksi muodostui vuosi 1967, jolloin englantilaisen lääkärin Cicely Saundersin kehittämä ensimmäinen moderni saattohoitokoti, St. Christopher's Hospice, avattiin Lontooseen, jonka jälkeen saattohoitoa myös alettiin kehittää omana erikoisalanaan. Yhdysvaltalaiset hakiivat tietoa saattohoidosta englantilaisilta, ja ensimmäinen saattohoitokoti avattiin Yhdysvalloissa 1974. (National Hospice And Palliative Care Organization 2013.)

Myös Suomessa alkoi 70-luvulla lisääntyä keskustelu arvokkaasta kuolemasta (Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys, 2013a) ja saattohoito lähti Suomessa kehittymään hiljalleen 1980-luvulla (Hänninen 2013). Lääkintöhallitus kutsui edellä mainitusta englantilaisesta St. Christopherin saattohoitokodista lääkärin pitämään seminaareja ja yleisöluentoja kuolevan potilaan hoidosta (Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys 2013a). Ensimmäinen kansallinen ohjeistus saattohoidosta oli Lääkintöhallituksen 1982 antamat terminaalihoidon ohjeet, jotka syntyivät osin englantilaisilta saadun tiedon pohjalta. Suomen ensimmäiset saattohoitokodit perustettiin syöpäjärjestöjen tukemana vuonna

1988 Tampereelle ja Helsinkiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11; Syöpäjärjestöt 2013.) Nykyään saattohoitokoteja on maassamme kaiken kaikkiaan neljä. Naapurimaassamme Ruotsissa niitä on yli kuusikymmentä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 11).

2.1.2 Saattohoitoa ohjaava lainsäädäntö

Jo Suomen perustuslaissa määritellään, että jokaisella on oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Lisäksi jokaiselle on taattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. (Suomen perustuslaki 1999/731.) Tarkemmin sosiaali- ja terveyspalveluja sekä niiden järjestämisestä määritellään kansanterveyslaissa (1972/66), terveydenhuoltolaissa (2010/1326) ja erikoissairaanhoidolaissa (1989/1062). Potilaan oikeuksia turvaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785).

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään hoitoon, joka on järjestettävä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan siten, ettei hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään loukata. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä kaikista muista seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitonsa kannalta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Kokkonen, Holi & Vasantola 2004, 49.) Potilasta on hoidettava tavalla, joka on hänen henkilökohtaisen etunsa mukainen. Myös laillisen edustajan tai läheisen on päätöksiä tehdessään huomioitava potilaan tahto. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Jos potilas ei enää ole kykeneväinen tekemään päätöksiä tai ilmaisemaan tahtoaan hoitoaan koskevista asioista, mutta hän on tehnyt aiemmin hoitotahdon tai -testamentin tai muuten ilmaissut tahtonsa, hänelle ei saa antaa sellaista hoitoa, joka olisi vasten tätä aiemmin ilmaistua tahtoa, vaikka laillinen edustaja tai läheiset esittäisivät toisenlaisia vaatimuksia (Kokkonen ym. 2004, 57). Itsemääräämisoikeuteen vedoten potilas tai läheiset eivät voi itse määritellä itseään minkä tahansa hoidon piiriin. Tilanteessa, jossa potilas tai läheiset eivät pääse yhteisymmärrykseen hoidosta, lopullisen päätöksen tekee lääkäri lääketieteellisiin syihin nojaten. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2013c.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) takaa potilaalle myös oikeuden kieltäytyä tietyistä hoidosta, mutta kieltäytyminen ei saa kuitenkaan johtaa potilaan hylkäämiseen tai hoitosuhteen katkaisemiseen (Kokkonen ym. 2004, 51). Hoitotahto on yleensä

sä kirjallinen, potilaan itse joko vapaasti kirjoittama tai valmiiseen lomakkeeseen laatima asiakirja, joka yleensä käsittelee elämää lyhytaikaisesti pidentävän hoidon aloittamista, jatkamista tai keskeyttämistä. Päivätystä ja allekirjoitetusta, kahden eilähiomaisen todistamasta hoitotahdosta tulee ilmetä, että sen tekijä on ymmärtänyt asiakirjan sisällön ja sen merkitykset hänen hoidolleen. Hoitotahdon kopiota voidaan säilyttää potilasasiakirjoissa tai potilaan itsensä hallussa, jolloin merkintä hoitotahdosta tulee löytyä potilasasiakirjoista. (Halla 2010, 757.) Valtakunnallisen potilastiedon sähköisen arkiston tullessa käyttöön maassamme, hoitotahto tulee löytyä myös sähköisistä potilastiedoista 1.9.2016 jälkeen (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista 2012). Potilas voi muuttaa, korjata tai peruuttaa hoitotahtonsa. Hoitotahto on itsemääräämisoikeuden jatkamista vielä sen jälkeen, kun ihminen ei ole kykenevä tekemään päätöksiä hoidostaan. (Halla 2010, 757.) Itsemääräämisoikeutta enemmän potilaan tekemissä valinnoissa usein korostuu luottamus häntä hoitaviin ihmisiin (Louhiala & Launis 2009, 45). Potilaan kykeneväisyys tehdä hoitoonsa liittyviä päätöksiä säilyy myös usein pidempään kuin potilaan oikeustoimikelpoisuus, joten potilaan tahto hoidon suhteen on huomioitava, vaikka hänellä olisi edunvalvoja esimerkiksi taloudellisia asioita varten (Kokkonen ym. 2004, 83–85; Finne-Soveri 2009).

2.1.3 Saattohoidon etiikka

Terveydenhuollon perustana ovat lakien lisäksi eettiset periaatteet (Louhiala ym. 2009, 19). Etiikka on etsimistä hyvän ja pahan, oikean ja väärän välillä. Etiikka ei usein anna yhtä ainoaa oikeaa ratkaisua, mutta se voi auttaa ihmisiä jäsentämään toimintaansa ja pohtimaan sen perusteita, sekä arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2001, 4.) On esitetty, että keskeisiä terveydenhuoltoon vaikuttavia periaatteita ovat ihmiselämän kunnioittaminen ja ihmisarvon kunnioittaminen. Elämä on aina arvokas ja hoitohenkilökunnan keskeisin tehtävä on ylläpitää elämää. Kuitenkin ihmisarvon tunnustamiseen pohjautuva oikeus kuolla arvokkaasti aiheuttaa ristiriidan ihmiselämän kunnioittamisen periaatteen kanssa. (Louhiala ym. 2009, 30.)

Lääketiede on onnistunut pidentämään ihmisen elinikää huomattavasti. Kuitenkin on huomattava, että ainoana tavoitteena ihmisen hoitamisessa ei saisi olla vain pitkä ikä,

vaan myös mielekäs ja hyvä elämä. On kuitenkin ongelmallista määritellä, kuka on kuoleva potilas ja mikä on hänen käsityksensä elämänlaadusta. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2004, 11–12.) Kuolemaan on vaikea suhtautua, koska sitä ei voida täysin selittää eikä siihen voida suhtautua täysin neutraalina tapahtumana sen järkähtämättömyyden ja lopullisuuden takia. Ihminen pelkää luonnostaan kuolemaa osana omaa itsesuojeluvaistoaan. Ilman kuoleman tiedostamista on kuitenkin vaikea arvostaa elämää ja sen ainutkertaisuutta. (Lindqvist 2004, 19–20.)

Kuolema on lääketieteen näkökulmasta saatettu nähdä eräänlaisena hoidon epäonnistumisena ja ei-toivottuna lopputuloksena (Hänninen 2006, 47). On kuitenkin tunnustettava, että kaikkia kroonisia sairauksia ei pystytä parantamaan ja nähtävä palliatiivinen hoito ja oireiden lievittäminen ensisijaisena tehtävänä, ei toissijaisena toimintana (Pelkonen 2004, 25).

Hoitoyhteisö koostuu eri ammattiryhmistä, joilla on omaa työtään ohjaavat eettiset ohjeet. Huolimatta yhteisistä päämääristä, joita ovat terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksien lievittäminen, eri ammattiryhmien edustajat voivat ajoittain joutua moraaliselle törmäyskurssille johtuen eroista ammattien kehittämisessä, myös erot yleisestä moraalista voivat osaltaan vaikuttaa. Tämänkaltaisia ongelmia voidaan ehkäistä sillä, että jokainen työntekijä hahmottaa oman asemansa ja tavoitteensa osana laajempaa terveydenhuollon järjestelmää. Lisäksi ammattietiikkaa ja eettisiä ongelmia tulisi tuoda esiin työyhteisössä ja käyttää aikaa niiden luonteen selvittämiseen ja tutkimiseen. (Louhiala ym. 2009, 56–57.)

Eettinen pohja ohjaa myös kivun hoitoa. Aikaisemmin kivun ja kärsimyksen katsottiin olevan väistämätön ja arvokas kokemus osana sairastamista ja hoitoa. Toisen maailmansodan jälkeen asenneilmapiiri on kuitenkin muuttunut päinvastaiseksi, ja ihmisarvon kunnioittamisen ja hyvän tekemisen periaatteet ovat tehneet kivun arvioinnista ja tehokkaasta kivun lievityksestä terveydenhuollon lähtökohtia. Lisäksi kivunhoitoa, sen tarjontaa ja saatavuutta on pohdittava myös oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Sattumanvaraisuus kivun hoidossa esimerkiksi hoitopaikasta riippuen ei kuulu eettisesti hyvään hoitoon. (Louhiala ym. 2009, 147–149.) On kuitenkin arvioitu, että esimerkiksi vanhusten kivunhoito on usein riittämätöntä, osin sen takia, että he itse vähättelevät kipuaan ja kokevat siitä kertomisen häpeällisenä (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2008, 8).

Vanhus ei myöskään aina elämän loppuvaiheessa pysty selkeästi ajattelemaan omaa tilaansa, ja hän saattaa siirtyä toimintakyvyn aina edelleen alentuessa uuteen rooliin toisten hoivattavaksi. Häntä hoivaavatkin saattavat ajan myötä hyväksyä uuden roolin elämäntilanteena, jonka tulee jatkuva määrättömästi. Kun on tultu vaiheeseen, jossa vanhus on jo vuodepotilas, joka pystyy vain puhumaan ja nielemään, ilman että aikaisemmin on kertaakaan keskusteltu elämän loppuvaiheen hoidosta, edessä voi olla suuria ongelmia ja hämmennystä mietittäessä hoitolinjauksia. (Annamäki 2008, 10.)

2.1.4 Saattohoidon suositukset

WHO eli Maailman terveysjärjestö on julkaissut palliatiivisen hoidon suositukset vuonna 2002. Vuonna 2003 myös Euroopan neuvosto antoi oman suosituksen, jonka 45 maata on allekirjoittanut (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 16).

Lääkintöhallitus antoi huhtikuussa 1982 terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Lääkintöhallituksen lakkauttamisesta huolimatta ohjeissa korostetut seikat, kuten ihmisarvoa kunnioittava oireenmukainen perushoito, kivun ja tuskan lievittäminen sekä inhimillinen tuki ovat yhä avainasemassa uudemmissakin suosituksissa. (Kokkonen ym. 2004, 110.) Vuonna 2003 Valtakunnallisen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE:n työryhmä julkaisi muistion saattohoidosta, jonka suosituksissa painotettiin oikeutta hyvään hoitoon diagnoosista riippumatta, itsemääräämisoikeutta ja yhteisymmärrystä hoidon toteuttamisen suhteen. Potilaalla tulisi olla oikeus valita paikka, missä kuolla. Henkilöihin, jotka eivät kykene päättämään enää hoidostaan, tulee suhtautua erityisellä herkkyydellä. Hoidon jatkuvuus tulee turvata ja sen tulee olla suunnitelmallista. Hyvä hoito tulee taata henkilöstöresurssein, ammattitaidon ja riittävien hoitovälineiden turvin. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2003, 14.)

Ensimmäinen ja ainoa sosiaali- ja terveysministeriön antama suositus saattohoidosta on vuodelta 2010. Suosituksessa määritellään saattohoito jokaisen ihmisen perusoikeudeksi, johon kuuluu fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kärsimyksen kokonaisvaltainen hoito omaisia ja läheisiä unohtamatta. Vielä kuolemankin jälkeen ihmistä tulee kohdella arvostavasti ja kunnioittavasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17.) Suositusta laatineen työryhmän mukaan terveydenhuoltoalan ammattilaisille tulisi suunnata koulutusta palliatiivisen hoidon asiantuntijuudesta, johon sisältyy perushoidon, lääkityksen, neu-

ropsykologisten ja muiden oireiden, etiikan ja lain, perhe- ja potilaslähtöisyyden ja vuorovaikutustaitojen hallinta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 20). Työnantajalla on velvollisuus järjestää tarvittava koulutus ja työnohjaus. Koulutus on suositeltavaa järjestää niin, että eri ammattiryhmät voivat siihen yhdessä osallistua ja keskustelun keinoin päästä yhteisymmärrykseen saattohoidon toteuttamisesta ja käytännöstä hoitoyksikössä. (Kokkonen ym. 2004, 119–120.) Saattohoitosuositusta laatinut työryhmä kannustaa hoidon järjestämiseen esimerkiksi siinä palveluyksikössä, jossa potilas on viettänyt elämänsä viimeiset kuukaudet tai vuodet. Siirtäminen erikoissairaanhoidon tai muuhun terveydenhuollon yksikköön ei ole tarkoituksenmukaista ja katkaisee jo olemassa olevan hoitosuhteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 23–26.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan myös vanhusväestöllä on oikeus yhtäläisesti hyvään saattohoitoon. Vanhuskuolemaan saattavat myötävaikuttaa erilaiset sairaudet, kuten sydämen vajaatoiminta, keuhkohtaumatauti tai diabetes, mikä osaltaan lisää myös vanhusten saattohoidolle asetettavia osaamisvaatimuksia. Muistisairaiden vanhusten osalta korostetaan vanhuksen oman hoitotahdon selvittämistä mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 18.)

Saattohoito ja sen kehittäminen on nostettu myös osaksi nykyisen hallituksen hallitusohjelmaa (Valtioneuvosto 2011). Yhteisvastuukeräys 2014 tukee Terho-säätiön valtakunnallista hanketta, jonka tarkoituksena on luoda valtakunnallinen ammatillinen konsultaatiopalvelu saattohoidon parantamiseksi (Kirkkopalvelut 2013).

2.1.5 Saattohoitoa vai palliatiivista hoitoa?

Palliatiivinen hoito tarkoittaa oireenmukaista hoitoa. Sana ”palliatiivinen” juontuu latinan sanasta ”pallium”, joka tarkoittaa viittaa. Kuvaannollisesti palliatiivinen hoito voidaan nähdä viittana, joka suojaa, turvaa ja lohduttaa potilasta ja kokoaa yhteen saattohoidossa tarvittavan ammattitaidon ja -tiedon. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys 2013b.) Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan palliatiivisen hoidon tarkoituksena on kohentaa parantumaton sairautta tai tilaa sairastavan potilaan ja hänen läheistensä elämän laatua. Kuolema nähdään siinä luonnollisena osana elämää, ja tarkoitus on, että potilas ja hänen läheisensä elävät mahdollisimman täyttä elämää kuolemaan asti. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena ei ole nopeuttaa tai myöhäistää kuole-

maa. (World Health Organization 2013.) Palliatiivinen hoito on myös psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen tuen tarjoamista (Grönlund & Huhtinen 2011, 76). Palliatiivinen hoito voi kestää useita vuosia, esimerkiksi syövänhoidossa tauti voidaan pitää aisoissa hoitojen turvin, vaikka sitä ei voitaisi parantaa tai poistaa (Tasmuth 2013, 15).

Saattohoito on lähelle kuolemaa ajoittuvaa palliatiivista hoitoa (Tasmuth 2013, 15). Kuoleman läheisyyden käsite kuitenkin vaihtelee ja saattohoidon aloittamisen ajankohdasta on esitetty erilaisia arvioita. Saattohoidon kesto vaihtelee yleisimmin puolesta vuodesta kolmeen viikkoon. (Hänninen 2006, 50–51.) Keskeistä on hoidon uudelleen suuntaaminen läsnäoloon ja oireiden lievittämiseen (Grönlund ym. 2011, 78). Saattohoito tulee nähdä jokaisen ihmisen oikeutena (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 17).

Lääkintöhallituksen 1982 antamassa ohjekirjeessä terminaalihoidolla tarkoitettiin koko saattohoidon käsitettä. Termillä selitettiin kuolema lääketieteelliseksi tapahtumaksi, mikä osaltaan medikalisoi kuoleman ja etäännytti sen arjesta. (Kokkonen ym. 2004, 109.) Nykyisin terminaalihoidolla tarkoitetaan juuri ennen kuolemaa tapahtuvaa hoitoa, kun elinaikaa on odotettavissa vain tunteja tai korkeintaan päiviä (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2003, 6).

Elvytys määritellään sydämen uudestaan käynnistämiseksi sydänpysähdyksen sattuessa. Potilaan tilan odotetaan kohentuvan onnistuneen elvytyksen jälkeen. (Hänninen 2012b, 8.) Jos hoitava lääkäri katsoo, että potilaalla on niin vaikea perussairaus, ettei hänen tilansa palautuisi ennalleen tai se oleellisesti huononisi elvytyksen jälkeen, hän voi tehdä päätöksen pidättäytyä kyseisen potilaan kohdalla sydämen sähköisestä tahdistamisesta ja paineluelvytyksestä. Elvyttämättäjäättämispäätöksestä käytetään lyhenteitä ER (ei resuskitoida), DNR (do not resuscitate), DNAR (do not attempt resuscitation) ja AND (allow natural death). Päätös tulee kirjata potilasasiakirjoihin, samoin päätöksen tekijä tai tekijät ja sen lääketieteelliset perusteet. Samoin potilaan ja omaisten kanssa on keskusteltava päätöksestä, tarvittaessa useastikin ja heidän näkemyksensä kirjattava myös potilasasiakirjoihin. Potilaan oma tahto on huomioitava, mutta potilas tai omaiset eivät voi odottaa lääketieteellisesti perustellun päätöksen kumoamista. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2013b.) Monin paikoin näitä merkintöjä käytetään osoituksena saattohoidon aloittamisesta ja turhista tutkimuksista ja toimenpiteistä pidättäytymisestä, vaikka päätöksen sisällöllinen merkitys ei aina ole kaikkialla sama ja hoitavan henkilökunnan tulkinta voi olla erilainen eri hoitopaikoissa (Hänninen 2006, 14).

Esimerkiksi akuuttihoitossa voidaan pidättäytyä vain elvytyksestä, mutta muuten hoito on aktiivista vaikkapa sydämen sähköisen rytminsiirron muodossa, kun taas pitkäaikashoidossa ER-merkinnällä saatetaan sulkea pois myös esimerkiksi hoitaminen antibiooteilla (Hänninen 2006, 14–15; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2013b.) Helsinkiläisen saattohoitokodin ylilääkäri Juha Hänninen (2006, 16) on esittänyt ajatuksen, jonka mukaan käsitteellä ’saattohoitopotilas’ voitaisiin ilmaista potilaan olevan aktiivisen oireenmukaisen hoidon piirissä mutta samalla suljetaan pois potilaalle turhat ja tarpeettomasti kuormittavat tutkimukset ja toimenpiteet.

2.1.6 Kuolevan potilaan hoitotyö

Hoitotyö tarkoittaa hoitajien tekemää työtä, kun taas lääketieteellinen hoito on lääkärin vastuulla. Hoitotyössä tulee huomioida, että potilaan oikeudet toteutuvat tai paranevat ja hänen asemansa omista asioistaan päättävänä ja arvokkaana persoonana säilyy. (Grönlund ym. 2011, 120–121.) Jotta potilaan oikeudet täyttyvät, hoitajan tulee tarvittaessa toimia ikään kuin potilaan asianajajana. Omahoitajuuden merkitys korostuu. Omahoitajan polun on kuljettava potilaan polun rinnalla tasavertaisena kahden ihmisen välisenä vuorovaikutussuhteena, mutta hoitajalla pitää kuitenkin olla selkeä näkemys hoitotyön luonteesta. (Grönlund ym. 2011, 120–121.)

Käypä hoito -suositus kuolevan potilaan oireiden hoidosta toteaa, että kokonaisvaltaisen, ihmisen hengelliset, sosiaaliset, maailmankatsomukselliset ja psykologiset tarpeet huomioivan oireenmukaisen hoidon tulee kuulua kaikille kuoleville potilaille (2012). Suosituksessa mainitaan, että jokaisen potilasryhmän kohdalla tulee miettiä juuri tietyn sairauden asettamat vaatimukset saattohoidolle. Ikääntynyt potilas asettaa jo itsessään vaatimuksia hyvän perushoidon osaamiselle. Yhteistyötä ja konsultaatiota sairaanhoidon eri tasojen välillä tulisi lisätä, jotta hoitolaitossiirroilta, jotka saattaisivat rasittaa potilasta tarpeettomasti ja kohtuuttomasti, vältytään. Suosituksessa todetaan myös, että vanhuspotilailla tulee noudattaa samoja käytäntöjä kuin nuoremmillakin potilailla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Ihmisen kokemaan kuolemanpelkoon vaikuttaa hänen käsityksensä elämästä. Elämään tyytyväiset ja kiitolliset ihmiset kohtaavat kuolemanikin varmemmin kuin ne, jotka ovat kokeneet elämän sarjana negatiivisia tapahtumia. Jos ihminen kokee, että elämässä on

jäänyt paljon saavuttamatta ja itselle asetetut tavoitteet ovat jääneet täyttymättä, kuolemanpelko ja ahdistus ovat suurempia. Myös omaisten tapaan surra ja käsitellä menetyksiä vaikuttavat samat asiat. Myös jo koettu suru muuttaa ja muokkaa ihmisen tapaa kohdata kuolema ja sen lähestyminen. (Grönlund ym. 2011, 54–55.) Vakava tai parantumaton sairaus herättää ihmisessä eksistentiaalisen eli olemassaoloon liittyvän ahdistuksen peruskysymyksen: mikä tämän elämän tarkoitus oli, joka kärsimyksen jälkeen päättyy kuolemaan (Murtonen 2014)? Sielunhoidollisesti eksistentiaalista ahdistusta voidaan lähestyä muistelun, sovituksen ja valmistautumisen kautta. Kuitenkin hoitohenkilökuntakin voi helpottaa potilaan ahdistusta jo pelkästään kohtaamalla potilaan ahdistuksen ja keskustelemalla myös hengellisistä asioista. (Aalto 2004, 264–266.)

Kuoleman läheisyyden tiedostaminen ja hyväksyminen sulkee pois tarpeettomat tutkimukset ja toimenpiteet, esimerkiksi verinäytteet, verenpaineen mittauksen, suonensisäisen ravitsemuksen tai ruokintaletkut. Potilaan tilaa tulisi arvioida kokonaisuutena, ei mitattavien suureiden vaan potilaan voinnin mukaan. (Antikainen, Konttila, Virolainen & Strandberg 2013, 911; Korhonen & Poukka 2013, 440–441.) Saattohoito ei ole teknistä toimenpiteiden suorittamista, vaan siinä korostuvat läsnäolo, kuuntelu, tukeminen ja turvallisuuden tunteen luominen. Vaikka sairautta itsessään ei voida parantaa, saattohoidon aloittaminen ei kuitenkaan tarkoita ihmisen hoitamisen lopettamista. Oireiden hyvällä hoidolla voidaan jopa pidentää elinaikaa. (Hänninen 2012c, 11–12.)

Saattohoitopotilaan fyysistä kipua ja sen lääkitsemistä tulee arvioida säännöllisesti. Arviointi tulee kirjata näkyviin hoitotietoihin. Kivun tuntemus vaikuttaa laaja-alaisesti myös potilaan psyykkiseen hyvinvointiin, ja potilaan pelko voi voimistaa kipua tai toisinpäin. Eniten kuolevan potilaan kipua on tutkittu syöpäpotilailla, mutta samoja kivunhoidon periaatteita tulee toteuttaa muidenkin saattohoidossa olevien potilasryhmien kohdalla. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 385.) Turhat pelot ja uskomukset tiettyjen lääkeaineiden aiheuttamista sivuvaikutuksista, kuten kuoleman nopeuttamisesta, saattavat estää tehokasta oireenmukaista hoitoa. Tutkimuksissa on todettu, että voimakas kipu rasittaa elimistöä huomattavasti, mikä nopeuttaa kuolemaa, päinvastoin kuin kivun riittävä hoito, joka lisää elämän mukavuutta ja usein myös pituutta. (Hänninen 2012c, 27.) Jos potilaan tajunnantaso on laskenut tai nieleminen ei enää onnistu, on vaihdettava lääkkeen antoreittiä esimerkiksi ihonalaispistokseen (Korhonen ym. 2013, 442).

Hengittäminen on elämisen perustoiminto. Ilman saannin estyessä tai vaikeutuessa ihminen kokee pelkoa ja ahdistusta. Hätääntyminen lisää entisestään ahdistavaa tunnetta. (Hänninen 2012c, 34; Korhonen ym. 2013, 443.) Syyt kuolevan potilaan hengenahdistukseen voivat olla elimellisiä, kuten sydämen vajaatoiminta tai heikentynyt keuhkojen toiminta, tulehduksellisia, kuten astma tai keuhkokuume mutta myös psyykkisiä, kuten pelko (Hänninen 2012c, 34–35). Potilaan oloa voi helpottaa läsnäololla ja rauhoittelulla, potilaan rentouttamisella, asentohoidolla ja tarvittaessa lisähapella, lääkkeillä tai höyryhengityksellä (Hänninen 2012c, 35; Korhonen ym. 2013, 443). Limaisuus ja hengitysteiden huomattava rohina saattavat lisääntyä lähellä kuoleman hetkeä. Tilannetta voidaan helpottaa imemällä limaa ylemmistä hengitysteistä. Tosin on huomioitava, että potilas itse ei välttämättä häiriinny rohinasta, sillä tajunnantaso on yleensä silloin jo laskenut huomattavasti. Toimenpiteen todellinen merkitys onkin yleensä läheisten rauhoittamisessa. (Korhonen ym. 2013, 443.)

Kuolevan potilaan ravitsemuksessa korostuu elämänlaadun ylläpitäminen. Ravintoa ei nautita elämän ylläpitämiseksi vaan psykososiaalisen nautinnon ja hyvän olon luomiseksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 197.) Kuoleman lähestyessä nälän- ja janontunne yleensä katoavat ja nielemisvaikeudet saattavat lisääntyä. Potilas ei välttämättä enää edes jaksaa syödä tai juoda, vaikka ruokaa olisikin paranneltu helpommin nieltäväksi, energiarikkaammaksi tai paremmanmakuiseksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 197; Hänninen 2012c, 16–17; Hänninen & Rahko 2013, 435.) Kun potilas kieltäytyy ruoasta ja juomasta tai ei enää kykene syömään, letkuravitseminen tai suonensisäinen ravitseminen ei enää ole tarkoituksenmukaista, koska ravitsemuksen tarkoituksena on ollut enää tuoda lohtua ja hyvää oloa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 197). Ravitsemusta suonensisäisesti tai suoraan mahalaukkuun nenämahaletkun tai gastrostooman kautta ei voida pitää enää tässä vaiheessa varsinaisena ateriana, vaan toimenpiteenä jolla taataan elintoimintojen ylläpitäminen (Hänninen 2012c, 15–16). Suonensisäisestä ravitsemuksesta päinvastoin saattaa olla haittaa potilaalle lisäämällä nesteiden kertymistä elimistöön (Korhonen ym. 2013, 441) eikä se myöskään oletettavasti lievitä potilaan janontunnetta (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Myöskään sellaisen potilaan, jonka tajunnantaso on alentunut, syöttäminen ei ole suotavaa koska ruokaa tai juomaa saattaa mennä hengitysteihin (Hänninen 2012c, 16). Usein juuri ravitsemuksen ja nesteensaannin vähentyminen on omaisia eniten ahdistava seikka, ja he pelkäävät ja miettivät, kuoleeko potilas, koska ei syö. Tällöin tulisi kertoa omaisille ruokahalun hiipumisen ja janontunteen vähenemisen olevan tavanomaista kuoleman lähesty-

essä. Omaisille tulisi korostaa asian olevan päinvastoin: potilas ei syö, koska hän kuolee. (Häihälä, Lehtipuu-Vuokola & Surakka 2008, 19–20.)

Vähentyneen syömisen ja juomisen myötä suun limakalvot kuivuvat. Myös lääkkeet ja lisähapen antaminen saattavat kuivattaa suuta. Myös erilaisia infektioita voi esiintyä. (Hänninen 2012c, 44; Hänninen ym. 2013, 435–436.) Nesteytyksellä ei yleensä kuitenkaan oleellisesti pystytä vaikuttamaan suun limakalvojen kuntoon (Korhonen ym. 2013, 441) ja joskus tilanne saattaa olla sellainen, että potilas ei yksinkertaisesti jaksa juoda (Hänninen 2012c, 15). Suun ja hammasproteesien säännöllinen tarkistus ja hoito ehkäisee ongelmien syntyä. Mikäli potilas pystyy vielä juomaan, on ensisijaisesti huolehdittava, että juomaa on usein tarjolla. Jääpalojen imeskely voi helpottaa joidenkin potilaiden oireita ja kipua. Suun oireiden helpottamiseen voidaan käyttää myös erilaisia keinosylkivalmisteita. Mikäli suussa on kivulias sieni- tai virusinfektio, voidaan harkita paikallisesti puuduttavan geelin ja antiseptisten aineiden käyttöä. (Hänninen 2012c, 44; Hänninen ym. 2013, 435–436.) Sieni-infektio on mahdollista hoitaa myös paikallislääkityksen avulla, mutta sen kohdalla tulee tarkoin harkita yhteisvaikutus muiden lääkkeiden kanssa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Myös suun kipua on tarvittaessa hoidettava riittävän vahvoin kipulääkkein (Hänninen 2012c, 44; Hänninen ym. 2013, 435–436), esimerkiksi morfiinisuuvedellä tai -geelillä (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Kuolevalla potilaalla voi esiintyä myös ihon kutinaa, joka voi johtua ihon kuivumisesta, kudossmassan vähenemisestä, lääkkeistä tai juontua jostain perussairaudesta (Hänninen ym. 2013, 436). Ihon oheneminen voi altistaa painehaavaumille kohdissa, jossa luun ja ihon välinen kudosis on jo muutenkin vähäistä. Kutinan hoitaminen suun kautta otettavin lääkkein on harkinnanvaraista, koska useimmiten lääkkeistä ei ole hyötyä ja toisekseen ne rasittavat muuta elimistöä. (Hänninen 2012c, 46.) Oleellisinta hoitoa on ihon säännöllinen rasvaus perusvoiteella ja potilaan hyvästä asentohoidosta huolehtiminen, jolloin asentoa vaihdetaan usein, parin tunnin välein. On myös harkittava, kuinka paljon suihkussa käyminen lisää ihon kuivuutta ja onko se muutenkin potilaalle kohtuuton rasite. (Hänninen 2012c, 46; Hänninen ym. 2013, 436.)

Kuolevan potilaan pahoinvointi voi johtua lääkityksestä, aineenvaihdunnan tai aivotoiminnan muutoksista, tulehduksista, ruoansulatuskanavan toiminnan häiriöistä tai liikkeestä. Aina ei ole mahdollista osoittaa yhtä tiettyä syytä pahoinvoinnille. (Hänninen

2012c, 32.) Kipu, etenkin hoitamattomana, voi vaikuttaa laaja-alaisesti potilaan fyysiseen hyvinvointiin (Heiskanen ym. 2013, 385). Oleellista on selvittää pahoinvoinnin syy ja puuttua siihen (Hänninen 2012c, 32) ja tarvittaessa käyttää pahoinvointilääkkeitä oikein hillitsemiseksi joko suun kautta, peräpuikkoina tai ihonalaisina pistoksina (Korhonen ym. 2013, 445).

Jopa noin puolet kuolevista potilaista kärsii ummetuksesta (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Vähentynyt liikunta ja ravitsemus sekä nautittujen nestemäärien pienentyminen ja lääkkeet hidastavat suolen toimintaa (Hänninen ym. 2013, 433). Vaikka potilaalle ei enää juuri menisikään ruokaa suun kautta, suolessa voi olla paljonkin ulostetta, koska sitä muodostuu yhä myös ruoansulatuskanavan eritteistä, suolen epiteelisoluista ja bakteerimassasta (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Ummetusta tulisi hoitaa ulostemassaa pehmittävillä laksatiiveilla ja välttää ulostemassaa lisääviä, nestettä sitovia laksatiiveja, koska potilaat yleensä liikkuvat ja juovat vähän (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012; Hänninen ym. 2013, 433–434). Ummetusta voidaan ehkäistä säännöllisillä wc-käynneillä tai suolen toimittamisella peräruiskein (Hänninen 2012c, 36). Ripuli on harvinaista kuolevilla potilailla, mutta on huomioitava viittaako ripuli ummetuksen tai osittaisen suolitukoksen yhteydessä esiintyvään ohivuotoon (Hänninen 2012c, 36; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012; Hänninen ym. 2013, 434).

Omaiset tulisi ottaa saattohoitoon mukaan alusta alkaen. Omaisia saattaa auttaa asian käsittelemisessä hoitoneuvottelu, johon osallistuu omahoitajan lisäksi tarvittaessa myös lääkäri. (Grönlund ym. 2011, 105.) Mikäli perhe on sopeutunut tilanteeseen ja kokee tukiverkostonsa riittäväksi, hoitoneuvottelun keskeinen tavoite on tiedon jakaminen ja tilanteeseen liittyviin kysymyksiin vastaaminen (Grönlund & Leino 2008, 41). Voi myös olla, että aikaisemmat ristiriidat ja erimielisyydet omaisten välillä nousevat uudestaan pintaan, mikä saattaa aiheuttaa vaikeuksia vuorovaikutuksessa ja kommunikaatiossa myös henkilökuntaa kohtaan. Tällöin olisi hyvä, jos tilanteeseen maltettaisiin pysähtyä ja käsitellä asia. (Schmitt 2008, 59.) On kuitenkin hyväksyttävä, että hoitohenkilökunta ei voi ratkaista riitoja, jotka voivat juontaa vuosien takaisista tapahtumista. Ristiriitatilanteiden vähentämiseksi tulisi jo etukäteen sopia suuntaviivat, kuka hoitaa omaisille tiedottamisen ja vastavuoroisesti, kuka omaisista on yhteyshenkilö hoitohenkilökuntaan. (Hietanen 2004, 243.) Hyvällä saattohoidolla, joka ottaa omaiset huomioon, vahvistetaan heidän kykyään selviytyä elämän kriiseistä myöhemminkin. Omaisten

huomiointia saattohoidon aikana voidaankin katsoa myös ennalta ehkäisevän terveydenhuollon näkökulmasta. (Häihälä ym. 2008, 20.)

Ihminen todetaan kuolleeksi, kun sydämen toiminta ja hengitystoiminta loppuvat, toisin sanoen kun sydämen syke ei enää tunnu ja rintakehä ei enää nouse eikä laske. Toissijaisia kuoleman merkkejä ovat lautumat, tummanpunaiset alueet vainajan iholla, jotka ilmaantuvat veren hemolysoituessa ja laskeutuessa kudosten läpi alaspäin. Esimerkiksi selällään olevalla vainajalla lautumia muodostuu selän alueelle ja raajojen alapinnoille. Muita toissijaisia kuoleman merkkejä ovat ruumiin jäähtyminen ja kuolonkankeus, joka etenee alkaen puremalihaksista noin kaksi tuntia kuoleman jälkeen ja ollen täydellinen noin kahdeksan tuntia kuoleman jälkeen. Mikäli lääkäri ei ole paikalla kuoleman sattuessa, hoitaja kirjaa ylös päivämäärän ja kellonajan, jolloin kuolema on havaittu. (Matalainen 2010, 383.) Kuoleman toteaa aina lääkäri. Eri toimintayksiköissä voi olla erilaisia ohjeita, kuinka asia järjestetään, mutta pääsääntöisesti lääkärin tulee todeta kuolema mahdollisimman pian, viimeistään seuraavana arkipäivänä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 18.) Lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen ja hautausluvan. Omaisella on oikeus halutessaan pyytää kopiota kuolintodistuksesta. Hautauslupa annetaan omaiselle, hautausseuran edustajalle tai suoraan seurakuntaan. (Lindström 2010, 329.)

Kuoleman jälkeen vainaja puetaan. Virtsarakko tyhjennetään painamalla kädellä kevyesti vatsan päältä ja laitetaan vaippa. Vainaja pestään kevyesti. Silmät suljetaan ja niille asetetaan kostutetut sideharsolaput. Hiukset kammataan. Miehiltä ajetaan tai siistitään parta. Mahdolliset hammasproteesit laitetaan suuhun ja suu suljetaan, ja varmistetaan joko kietomalla side leuan alta päälle muutamana kerran tai tukemalla leuka muuten. Mahdolliset korut poistetaan, ellei aikaisemmin ole muuta sovittu. Jalat sidotaan yhteen ja kädet laitetaan sivuille suoraksi. Jalkojen siteeseen kiinnitetään lappu, jossa on vainajan nimi, syntymä- ja kuolinaika ja henkilötunnus. Mahdolliset keuhkotieturi ja dreenerit poistetaan. Vainajalle puetaan valkea pitkä paita, joka on selästä auki pukemisen helpottamiseksi. Vaihtoehtoisesti vainaja voidaan pukea hänen itsensä tai omaisten valitsemiin vaatteisiin. Vainajan kasvot peitetään liinalla ja hänet peitetään lakanalla, jonka päälle voidaan muotoilla risti vainajan uskonnollisesta suuntautumisesta riippuen. Joskus on myös tapana taitella lakanaan kolme laskosta kuvaamaan kristinuskon pyhää kolminaisuutta. Lakanan päälle asetetaan usein kukka tai kukkakimppu. Huone siistitään ja hoitotarvikkeet ja muut ylimääräiset tavarat siirretään pois näkyviltä. (Vallejo Medina ym. 2006, 337; Grönlund ym. 2011, 170–171.)

Kuoleman tapahduttua omaisille annetaan aikaa hyvästellä vainaja. Hoitaja voi olla omaisten tukena ja valmistaa heitä kuolleen kohtaamiseen. (Grönlund ym. 2011, 171). Hoitaja voi rohkaista omaista ymmärtämään, että kaikenlaiset tunteet ovat normaaleja kuoleman jälkeen. Hoitoyksikössä olisi hyvä olla rauhallinen tila, jossa voi rauhassa surra ja jättää jäähyväiset. (Kiiltomäki 2007, 83–84.) Kuolemaan liittyviä rituaaleja tarvitaan, koska niiden avulla kuoleva saadaan siirtymään pois elävien maailmasta, mikä on tärkeä osa surutyötä. Myös kuolleen näkeminen vie surun prosessia eteenpäin. (Kokko & Laine 2013). Kuolemaan liittyvät rituaalit voidaan nähdä myös tapana hallita psykologista ahdistusta, joka syntyy siitä, että joutuu pohtimaan myös oman elämänsä rajallisuutta (Lindqvist 2004, 21).

2.1.7 Vanhuksen saattohoito

Myös iäkkään ihmisen saattohoidon painopiste on aidossa läsnäolossa, lohdutuksessa ja vuorovaikutuksessa (Grönlund ym. 2011, 93). Tarpeettomiksi käyneet lääkkeet lopetetaan asteittain (Finne-Soveri 2009). Usein ajatellaan, että vanhan ihmisen on helpompi kohdata kuolema, koska hän on jo joutunut luopumaan omista läheisistään ja tuntee ehkä jo saavuttaneensa kaikki elämässään, 'olevansa valmis' (Grönlund ym. 2011, 92). Moni saattaa kuitenkin tuntea pelkoa ja ahdistusta, jonka taustalla voi olla esimerkiksi kipu, tunne toisten armoilla olemisesta tai tunne oman elämänhallinnan menettämisestä (Sairanen 2013, 6–7). Omaisten ahdistus ja menettämisen pelko voi lisätä vanhuksen taakkaa ja hän voi kokea, että hänellä ei ole lupaa kuolla. Usein vanhakin kuoleva pelkää eniten yksin olemista. (Lahti 2013.) Vanha ja sairas ihminen kokee usein tarvetta saada puhua kuolemastaan (Sairanen 2013, 6–7), vaikka saattaakin olla, että pitkäaikaispotilaiden kognitio on riittämätön tilanteesta ja sairauden tilasta keskusteluun (Finne-Soveri 2009). Monella pitkäaikaishoidossa viimeisiä vuosiaan viettävällä vanhuksella on jokin dementoiva sairaus, joka aiheuttaa sen, ettei vanhus ole tietoinen omasta tilastaan (Pitkälä 2004, 29–30).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan vuonna 2009 vanhainkotien asiakkaista 46,3 prosenttia sairasti muistisairautta (Vuorio & Väyrynen 2011, 2). Toisen arvion mukaan jopa 80 prosenttia pitkäaikaishoidossa olevista sairastaisi jotakin muistisairautta. On arvioitu, että maailmanlaajuisesti muistisairauksien määrä tulee kaksinkertaistumaan seuraavan viidentoista vuoden aikana ja edelleen kolminkertaistumaan seuraavan

kolmenkymmenenviiden vuoden aikana. (Alzheimer's Disease International 2014.) Suomessa ei muistisairaille ole laadittu erikseen suositusta elämän loppuvaiheen hoidosta. Eurooppalaisen suosituksen mukaan muistisairauteen tulisi jo alusta alkaen, diagnosin varmistuttua, suhtautua parantumattomana sairautena, ja laatia hoitotahto sekä sopia hoitolinjauksista sairauden loppuvaihetta koskien mahdollisimman varhain (van der Steen ym. 2013).

Australiassa tehdyn suosituksen mukaan muistisairaahan ihmisen hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista ja myös omaisille ja läheisille tulisi suunnata tietoa sairaudesta. Kuolemas- ta puhuminen on usein vaikeaa, ja aiheen käsittelyn välttäminen saattaa johtaa epätar- koituksenmukaisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Asiaan voidaan vaikuttaa henkilö- kunnan koulutuksella. (Joanna Briggs Institute 2011.) On huomattu, että vähemmistö muistisairaista oli varsinaisesti saattohoidossa kuollessaan ja hoitolinjauksia oli tehty vasta lähellä kuolemaa (Antikainen ym. 2013, 911). Asianmukainen ja yksilöllisesti laadittu hoitolinjaus edesauttaa vanhuksen hyvinvointia ja hoitotyötä sekä vähentää omaisten ahdistusta (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2008, 4). Hoitolinjan valitseminen ei useinkaan ole yksittäinen tapahtuma, vaan se on sarja peräkkäisiä päätöksiä. Hoitolinjoista keskusteltaessa on korostettava, että jonkin hoitolinjan valitseminen ei tarkoita hoitamatta jättämistä tai hoidon huononemis- ta, vaan kyse on hoidon painopisteen siirtymisestä hyvästä olostu huolehtimiseen. (Val- takunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2008, 11–13.) Omai- set tulee nähdä voimavarana myös silloin, kun vanhus on hoidettavana jossakin pitkäai- kaislaitoksessa. Omaisia tulee tukea ja kannustaa hoitoon osallistumisessa, sillä heidän läsnäolonsa lisää vanhuksen kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Valtakunnallinen tervey- denhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2008, 11.)

Kun kuolema tapahtuu pitkäaikaishoidossa, se usein salataan muilta asukkailta. Kuiten- kin näkyvät rituaalit, kuten kynttilän sytyttäminen ja suruliputus ovat myös kunnioituk- sen osoittamista vainajaa kohtaan. Omaisille salaileva ja välttelevä vainajan kohtelu saattaa jättää negatiivisen muistikuvan. (Vainio, Leino & Eckerdal 2004, 39.) Myös toisista asukkaista voi tuntua loukkaavalta, jos tutun kanssa-asukkaan kuolema salataan heiltä (Lahti 2013). Hoitohenkilökunnan toimesta tapahtuva vainajan hyvästely tuo nä- kökulmaa omaan työhön. Suhtautuminen sekä kuolemaan että ajatukseen omasta kuo- lemasta vaikuttaa hoitotyöhön, joko huomaamatta tai tietoisesti. (Vainio ym. 2004, 39.)

2.2 Pitkäaikaishoito

Sosiaalihuoltolain 17. ja 24. pykälien nojalla kunnan on tarjottava kuntalaiselle ympäri-vuorokautinen laitoshoido. Laitoshoido tulee kuitenkin kyseeseen vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai jos se muuten on ihmisen laadukkaan ja turvallisen elämän toteuttamiseksi perusteltua (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2013). Laitoshoidoa ohjaa osaltaan myös Sosiaali- ja terveysministeriön 2013 antama suositus ikäihmisten palveluiden kehittämiseksi, jossa todetaan mm. että ikäihmisten laitoshoidossa on oltava riittävästi koulutettua henkilökuntaa sekä toimiva ja turvallinen toimintaympäristö. Enemmistö vanhainkodeissa työskentelevistä on lähi- ja sairaanhoitajia.

2.2.1 Saattohoidon puitteet

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen mukaan (2010, 23–24) jokaisella sairaanhoidopiirillä tulisi olla oma saattohoitoa sen alueella ohjaava suunnitelma, jossa on määritelty erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastuualueet. Erikoissairaanhoidon tulisi tarjota konsultaatioapua erityisesti kipua koskevissa kysymyksissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 35.) On ehdotettu, että palliatiivisen hoidon osaaminen tulisi porrastaa kuten muillakin erikoisaloilla on tehty. Perustason osaamista tulisi löytyä kaikilta terveydenhuollon ammattilaisilta työyksiköstä riippumatta, ja perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tulisi olla saattohoitoyksiköitä vaativampaan hoitoon ja esimerkiksi kotisaattohoidon varmistamiseen. (Saarto 2009, 3-4.) Ammatillista koulutusta on arvosteltu siitä, että se antaa aivan liian riittämättömät valmiudet palliatiivisen ja saattohoidon toteuttamiseen. Palliatiivisen hoidon osaamisen tulisi olla osa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen koulutusta lääkäristä lähihoitajaan. Lisäksi tarjolla tulisi olla erikoistumiskoulutuksia, joista saadaan asiantuntijoita ja kehittäjiä alalle. (Saarto 2009, 3-4; Anttonen 2011, 3.) Jos kuolema nähdään hoitoyhteisössä luonnollisena prosessina, yhteisön tulee myös tarjota itselleen toimintatavat kuolevan inhimillisen hoidon mahdollistamiseksi. Paitsi fyysisesti rauhallisen ympäristön järjestämisessä, hoitotyön johtamisella on suuri merkitys saattohoidon psyykkisen ympäristön luomisessa. (Anttonen 2008, 50–53.)

2.2.2 Kuolevan potilaan hoitajana

Pitkäaikaishoidossa työskentelee yleensä pääosin lähi- ja sairaanhoitajia. Lähihoitaja on nimikesuojattu ammatti, jonka laajuus on 140 opintopistettä (Asetus terveydenhuollon ammattinimikkeistä, 1994). Sairaanhoitajan koulutuksen laajuus on 210 opintopistettä (Opetushallitus, 2006). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994) toteaa, että toiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien hoitaminen ja sairaiden parantaminen sekä heidän kärsimystensä lievittäminen.

Opetushallituksen 2010 antaman määräyksen mukaan lähihoitaja työskentelee ihmisten kanssa ja heitä varten sosiaali- ja terveystieteiden hoito-, huolenpito-, kasvatus- ja kuntoutustehtävissä. Lähihoitajan tulee työskennellä eettisesti kestäväällä arvoperustalla ja tuntea laaja-alaisesti sosiaali- ja terveystieteiden palvelujärjestelmää, jotta hän osaa työskennellä vaihtuvissa työympäristöissä ja –tilanteissa. (Opetushallitus 2010.) Lähihoitaja on nimikesuojattu ammattihenkilö (Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994), jonka tulee hakea Valviralta oikeutta käyttää ammattinimikettä (Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valvira 2013a).

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen perustuu eettiselle osaamiselle, terveyden edistämiseksi, hoitotyön päätöksenteolle, ohjaukselle ja opetukselle, yhteistyölle, tutkimukselle ja kehittämiselle, monikulttuuriselle hoitotyölle, yhteiskunnalliselle toiminnalle, kliiniselle hoitotyölle ja lääkehoidolle. Sairaanhoitaja käyttää työssään näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja hänen työnsä perustuu hoitotieteeseen. Lisäksi hänen tulee tuntea muitakin tieteenaloja pystyäkseen toimimaan potilaan parhaaksi. (Opetusministeriö 2006, 63–64.) Sairaanhoitaja on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994).

Omahoitaja toimii oman potilaansa kokonaisvaltaisen hoidon koordinaattorina (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2007). Omahoitajuuden tärkeä voimavara ja työväline on moniammatillinen yhteistyö. Potilaan parhaaseen päästään, kun hänen ympärillään on yhteistyössä toimivaa eri alojen asiantuntijuutta, jolla voidaan ratkaista erilaisia kuolevan potilaan olemisen eri puoliin liittyviä ongelmia. Apua voi myös pyytää sellaisissa asioissa, joista ei itse suoriudu. (Murtonen 2007, 13.)

Kukaan ei synny kuolevan potilaan omahoitajaksi, vaan tehtävään kasvetaan ja opitaan. Hoitajan pitää osata olla tarpeeksi lähellä ja läsnä, mutta myös ottaa etäisyyttä. (Lipponen 2006, 170–171.) Kuolevan potilaan hoitotyössä on omattava kykyä tunnistaa kuolevan, omaisten sekä hoitajan omia, suruun ja luopumiseen liittyviä tunteita (Anttonen 2011, 3). Tiedostamaton hoitajan oma kuolemanpelko voi näkyä säälin, myötätunnon ja samastumisen reaktioina, joissa sekoittuvat hoitajan ja potilaan tunteet. Hoitajan ammatillisen kehityksen kannalta on tärkeää kyetä omien tunteidensa ja toimintansa arviointiin. (Alanko 2011, 9.) Hoitohenkilökunnan kuormitusta keventää, kun kuolevaa ei yritetä asettaa mihinkään tiettyyn käyttäytymismalliin tai ihannekuvaan, vaan hyväksytään se, että kuolema ei suinkaan jalosta ihmistä vaan ennemmin vahvistaa jo olemassa olevia luonteenpiirteitä (Hänninen 2006, 132).

Päättynyttä hoitosuhdetta ja saattohoitovaihetta tulisi arvioida työyhteisössä pian potilaan kuoleman jälkeen, jotta mahdolliset ristiriitatilanteiden synnyttämät riittämättömyyden ja avuttomuuden tunteet tai ajatukset siitä, tuliko kaikki tehtyä oikein, tulevat heti käsiteltyä eivätkä jää painamaan hoitajien mieltä ja kenties seisomaan esteenä oman osaamisen kehittämisen tiellä. Keskustelun tulee olla avointa ja arvostelusta vapaata. Erilaisten näkemysten ymmärtäminen työyhteisössä auttaa jatkossa toimimaan yhdessä saman asian kanssa. (Snellman 2008, 99–100.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erään pirkanmaalaisen vanhusten pitkäaikaishoidon yksikön hoitajien kokemuksia vanhusten saattohoidon toteutumisesta.

Opinnäytetyön tehtävä:

Mitä kokemuksia vanhusten pitkäaikaishoidossa työskentelevillä hoitajilla on saattohoidon toteutumisesta?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda näkyväksi hoitajien kokemukset ja saadun tiedon kautta löytää saattohoidon mahdollisia kehittämiskohteita vanhainkodin pitkäaikaisosastolla.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Opinnäytetyöllä haluttiin tuoda esiin hoitajien kokemuksia saattohoidon toteuttamisesta. Täten oli perusteltua valita kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54). Monia hoitamisessa tapahtuvia ilmiöitä ei voida mitata pelkästään määrällisillä keinoilla tai toimintaa havainnoimalla, vaan ilmiöiden ymmärtämiseksi tarvitaan myös kuvailevaa tietoa (Kankkunen ym. 2013, 74).

Hoitotyössä tarvitaan eri tavoin hankittua tietoa kokemuksista liittyen sairauteen ja terveyteen ja mitä merkityksiä ihmiset antavat niille. Analysoitua tietoa ihmisten kokemuksista voidaan käyttää hyväksi ymmärtämällä ihmisten kokemuksia vastaavanlaisessa tilanteessa. Tieto auttaa myös arvioimaan mahdollisia toimenpiteitä toiminnan kehittämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 57.) Kokemusperäisen tutkimuksen kautta voidaan parantaa potilas- ja asiakaslähtöisyyttä (Kankkunen ym. 2013, 74).

4.2 Aineiston keruu- ja analyysimenetelmä

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään yleensä joko havainnoimalla tai haastattelemalla. Havainnointi voi olla osallistuvaa tai piilossa tapahtuvaa, ja sillä voidaan selvittää esimerkiksi, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Haastattelu voidaan toteuttaa myös eri tavoin. Tiedonantajat voivat vastata suullisesti heille esitettyihin kysymyksiin joko yksilö- tai ryhmähaastattelussa tai he voivat vastata kirjoittamalla, päiväkirjoilla, valokuvilla tai piirustuksilla. Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla hoitajia. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina, koska ajateltiin että aiheen herkkyyden takia ihmisten on helpompi puhua aiheesta ilman ryhmää. Lisäksi on todettu, että ryhmän keskinäinen vuorovaikutus saattaa vääristää jonkun yksilön muistamaa kokemusta. (Kankkunen ym. 2009, 95.) Havainnointia ei voitu katsoa tässä aiheelliseksi aineistonkeruumenetelmäksi aiheen sensitiivisyyden takia. Pelkkä havainnointi olisi myös jättänyt oleellista tietoa keräämättä. Haastattelut voidaan edelleen jakaa strukturoituihin, teema- ja avoimiin haastatteluihin (Kankkunen ym. 2013, 119–

124). Opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua, jossa keskustelulle on valmis aihepiiri, mutta kysymysten muotoilua voidaan täsmentää (Kankkunen ym. 2013, 125). Vaikka teemahaastattelussa painottuvatkin ihmisten omille kokemuksilleen antamat merkitykset ja tulkinnat, teemahaastattelu ei ole epätarkoituksenmukaista keskustelua; sitä ohjaa opinnäytetyön tehtävä tai –ongelma (Kankkunen ym. 2009, 97).

Haastattelujen neljä teemaa olivat hoitaja ja saattohoito moniammatillisessa yhteistyössä, hoitaja ja saattohoidon toteuttaminen omassa työyhteisössä, hoitaja ja omaiset saattohoidon aikana sekä hoitaja ja omat voimavarat saattohoidon toteuttamisen aikana. Teemat valikoituivat sen pohjalta, että kukaan terveydenhuollon ammattihenkilö ei toteuta saattohoitoa yksin, vaan hän toimii aina jossakin työyhteisössä moniammatillisessa yhteistyössä ja hän kohtaa työssään myös omaisia. Moniammatillista yhteistyötä korostetaan useissa saattohoidon suosituksissa. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2003, 14; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 20.) Lisäksi hoitajan oma jaksaminen on avainasemassa missä tahansa hoitotyössä ja heijastuu suoraan asiakkaisiin, asukkaisiin, potilaisiin ja läheisiin. Erityisesti kuolevan potilaan kohtaaminen ja hoitaminen voidaan kokea kuormittavaksi (Lipponen 2006, 172).

Haastateltavat valittiin yhteistyössä yksikön esimiehen kanssa siten, että opinnäytetyön yhteistyötahon erään yksikön pitkäaikaishoidon osastoilta haastateltaviksi valikoitui yhdeksän hoitajaa (n=9). Haastateltaviksi haluttiin koulutettuja hoitajia, mutta heitä ei haluttu rajata mitenkään muuten esimerkiksi työkokemuksen perusteella. Haastateltaville lähetettiin kirje opinnäytetyöstä (liite 1). Lisäksi haastateltavia lähestyttiin sähköpostitse ja puhelimitse tarkemman haastatteluajankohdan sopimiseksi. Haastattelut toteutettiin työyksikön tiloissa hoitajien työaikana. Haastattelut tehtiin rauhallisessa tilassa kahden kesken haastattelijoiden kanssa. Haastattelut toteutettiin kolmena päivänä marraskuussa 2013. Jokainen haastateltava allekirjoitti suostumuksen osallistumisesta (liite 2).

Aineiston analyysimenetelmänä oli sisällönanalyysi. Se on aineiston tiivistämistä niin, että siitä voidaan nostaa esiin tutkittavien ilmiöiden suhteet, samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Sisällönanalyysillä laajastakin aineistosta muokataan malleja tai käsittekarttoja, -luokituksia tai -järjestelmiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23–24; Kankkunen, ym. 2013, 166). Opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia, jossa analyysin eteneminen alkaa analyysiyksikön valinnasta. Lyhimmillään se voi olla sana, mutta myös lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön

määrittelyyn vaikuttaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. (Latvala ym. 2001, 25.) Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin eli kirjoitettiin auki. Litteroitua tekstiä tuli 59 sivua fonttikoolla 12 kirjoitettuna. Litteroidut haastattelut luettiin läpi useaan kertaan, jonka jälkeen niistä alettiin etsiä opinnäytetyön tehtävään vastaavia ilmauksia.

Opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valittiin ilmaisu, joka vastaa opinnäytetyön tehtäväkysymykseen. Alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin. Pelkistetyt ilmaukset käytiin läpi yksitellen ja ne jaettiin kukin samankaltaisuuksien perusteella ryhmiin, joista käytetään nimitystä alakategoria. Kullekin alakategorialle annettiin sen sisältöä mahdollisimman hyvin kuvaava nimi. Alakategorioiden nimet olivat vielä lähellä konkreettisia asioita. Seuraavassa vaiheessa aineisto abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin yhdistämällä edelleen samansisältöisiä alakategorioita ja luomalla näistä yhdistelmistä yläkategorioita. Yläkategorialle annettiin nimi, joka kuvasi mahdollisimman hyvin kaikkia sen sisältämiä alakategorioita. Yläkategorioita nimettäessä niille annettiin alakategorioita käsitteellisemmät nimet, joilla yläkategorian sisään voitiin sulkea alakategorioita laajempia kokonaisuuksia. Yläkategorioiden nimiä verrattiin alkuperäisilmauksiin, jotta voitiin varmistua, että ne yhä ovat oikein ryhmitelty. Yläkategoriat yhdistämällä saatiin ydinkategoria, joka edelleen kuvasi kaikkien yläkategorioiden sisältöä (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällön analyysin etenemisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Ydinkategoria
”.. nykyinen lääkäri joka ottaa omaisetkin huomioon siinä ja on meidän tukena siinä et soittaa, soitti tälle omaiselle, joka olis halunnu nesteytystä välttämättä, niin hän oli tukena..”	Lääkäri, joka omalta osaltaan on yhteydessä omaisiin, tukee hoitajia työssään.	Yhteistyö lääkärin kanssa	Saattohoitoon osallistuvat ammattiryhmät ja niiden välinen yhteistyö vanhainkodilla	Saattohoidon toteutuminen vanhainkodilla
”..meillä ei oo käytettävissä kolmatta sektoria, ulkoilutus on ainoa missä sitä apua saadaan..”	Vapaaehtoisapua saa vain ulkoilutukseen.	Vapaaehtoisten kuulumattomuus saattohoitoon		
”.. omainen vaati, että pitää nesteyttää, niin hirveen hankalaa kohdata se omainen..”	Omaisten epärealistisiksi koetut vaatimukset vaikeuttavat omaisten kohtaamista.	Haasteet omaisten kohtaamisessa	Saattohoitotyön haasteet vanhainkodilla	
”.. jos aattelee sitä viimeistä vaihetta, hoitaja hoitaa paljon myös omaisia siinä vaiheessa..”	Saattohoitoon kuuluu olennaisesti myös omaisten tukeminen.	Omaisten tukeminen	Saattohoidon sisältö vanhainkodilla	
”.. tarvittavia lääkkeitä laitetaan sinne aika paljon valmiiksi erilaisia tilanteita varten..”	Mahdollisia ongelmatilanteita ennakoidaan tarvittavan lääkityksen kannalta.	Kliininen hoitotyö		
”.. morfiinia käytetään tosi paljon siinä saattohoitovaiheessa..”	Morfiini on yleinen lääke saattohoidossa.			
”..hoitajat viettää enemmän aikaa sen kuolevan potilaan kanssa..”	Kuolevan potilaan kanssa vietetään enemmän aikaa.	Kuolevan tukeminen		

5 TULOKSET

5.1 Saattohoitoon osallistuvat ammattiryhmät ja niiden välinen yhteistyö vanhainkodilla

Tulosten perusteella vanhainkodin oma lääkäri koettiin tärkeimmäksi yhteistyökumppaniksi. Lääkäriltä odotettiin, että hän selittää omaisille lääketieteelliset asiat. Yhteistyön sujuminen ei ollut välttämättä riippuvaista lääkärin kokemuksesta, vaan enemmän tämän tavasta toimia. Lääkäriltä toivottiin rohkeutta puhua asioista ja selkeitä hoitolinjoja ja -ohjeita. Lääkärrien suuri vaihtuvuus koettiin ongelmalliseksi. Aineiston perusteella koettiin myös, että lääkäri ei pääse paikalle äkillisessä tilanteessa ja että häntä on vaikea välillä tavoittaa. Lääkäri ei osallistunut hoitoneuvotteluihin kuin poikkeustapauksissa. Tulosten perusteella yhteistyö päivystyslääkärin kanssa koettiin vaikeaksi, koska tämä ei tuntenut asukkaita eikä heidän hoitolinjauksiaan. Lääkärin toivottiin olevan enemmän yhteydessä omaisiin ja hoitajien tukena. Sairaanhoitajien vähyys nousi myös esiin tuloksista. Kuitenkin koettiin, että kaikki hoitajat pystyvät hoitamaan kuolevaa potilasta yhtä lailla.

Aineiston perusteella asioista puhuminen oman työyhteisön sisällä auttoi jaksamaan. Asioista sovittiin yhdessä ja työnjakoa mietittiin esimerkiksi sen pohjalta, kuka tehtävästä parhaiten suoriutuu. Myös keskinäisen huumorin koettiin keventävän työntekoa. Tulosten perusteella haastateltavien mielestä oli hyvä asia, että työyhteisössä on erimittaisen työkokemuksen omaavia hoitajia, joilla jokaisella oli omia vahvuuksia. Pääsääntöisesti koettiin, että työyhteisöltä sai tukea. Pidettiin tärkeänä, ettei yksittäinen hoitaja kuormitu liikaa. Kuolemaan liittyvät asiat pyrittiin käsittelemään ja keskustelemaan työpaikalla. Tapahtumat tulivat välillä kotiin, vaikkakin useimmiten ne pystyttiin jättämään työpaikalle. Koettiin, että oma elämäntilanne ja työstä saatu arvostus vaikuttivat työyhteisöön ja työssä jaksamiseen.

Aineiston perusteella työssä jaksamista vaikeuttivat pitkittyneet selvittämättömät asiat, joihin ei saatu ratkaisua. Vaikka ilmapiiriä yleisesti pidettiin avoimena, koettiin myös, että erilaisista näkemyksistä oli ajoittain vaikea keskustella. Myös yhtenäisten ohjeiden puute saattohoidosta ja toimintatapojen epäselvyys koettiin turhauttavaksi. Tulosten mukaan toivottiin, että saattohoitoon liittyviä asioita kerrattaisiin ja käytäisiin osastolla

läpi. Kouluttamattoman henkilökunnan käyttäminen kuormitti hoitajia saattohoitotilanteissa. Koulutetulla henkilökunnalla koettiin olevan parempi ymmärtämys kuolevan hoitamisesta ja yhteistyön olevan joustavampaa. Aineiston perusteella katsottiin myös, että kouluttamattomat saattoivat sitoa työvuorossa koulutettua hoitajaa joihinkin tehtäviin, jotka muuten olisi jaettu koulutetun henkilökunnan kesken.

Aineiston perusteella vapaaehtoistyöntekijät eivät osallistuneet saattohoitoon. Seurakunnan työntekijöitä oli mukana saattohoidossa harvoin, vaikka koettiin tärkeäksi asukkaan ja omaisten kannalta, että seurakunnan työntekijän saisi tarvittaessa paikalle. Koettiin, että mikäli vapaaehtoistyöntekijä osallistuisi saattohoitoon, hänen tulisi olla sen verran vahva henkisesti, ettei tämä kuormittaisi hoitohenkilökuntaa omalla ahdistuksellaan.

5.2 Saattohoitotyön ammatillinen osaaminen vanhainkodilla

Aineiston perusteella ammattitaidon merkityksen koettiin korostuvan asukkaan tilan huonontuessa, jotta hoitaja huomaa asukkaan tilassa tapahtuvat muutokset ja osaa ennakoita, hoitaa ja ennaltaehkäistä erilaisia oireita. Koettiin, että kaikki koulutetut hoitajat ovat kykeneviä hoitamaan kuolevaa potilasta. Katsottiin, että jokainen hoitaja työskenteli ja oli läsnä omalla persoonallaan ja tavallaan. Tulosten perusteella hoitajat kokivat vahvasti, että heidän tulee pitää asukkaiden puolta ja toimia heidän äänenään.

Tulosten perusteella työkokemuksen koettiin tuovan lisää varmuutta kohdata kuolema ja vähentävän pelkoa ja ahdistusta sitä kohtaan. Työkokemuksen koettiin lisäävän saattohoidon osaamista. Koettiin, että yhdessä tekeminen siirtää hiljaista tietoa eteenpäin ja että asioista pystyi aina kysymään työtovereilta. Tulosten mukaan ammatillisessa koulutuksessa saatu tieto saattohoidosta koettiin vähäiseksi ja pintapuoliseksi.

5.3 Saattohoitoon ja kuoleman lähestymiseen suhtautuminen vanhainkodilla

Tulosten mukaan koettiin, että saattohoitotyö ja kyky kohdata kuolema ovat tärkeä osa hoitajan osaamista, samoin omaisten tukeminen tilanteessa. Aineiston perusteella hoitajat kokivat, ettei huonokuntoisilla asukkailla ollut vaikutusmahdollisuuksia päättää

omasta hoidostaan eivätkä he osanneet arvioida tilannettaan, vaan se jäi omaisten ja lääkärin asiaksi. Jos asukas kuitenkin oli kohtalaisen hyväkuntoinen, kuolemasta ei puhuttu. Hoitajat pohtivat työssään myös eettisiä kysymyksiä, esimerkiksi elämän tarkoituksenmukaisuus ja arvokkuus huonokuntoisella vuodepotilaalla mietitytti. Hoitajista tuntui pahalta, jos kuoleva joutui turhiksi koettuihin tutkimuksiin tai toimenpiteisiin.

Tulosten perusteella hoitajat kokivat vanhan ja sairaan ihmisen kuoleman luonnolliseksi, ja että se on helpompi kohdata kuin äkillinen tai nuoren ihmisen kuolema. Kuitenkin jos kuolema tapahtui yllättäen, se jäi mietityttämään vanhainkodillakin. Omaisten surua kohdatessaan, hoitaessaan kuolevaa tai hyvästellessään vainajaa hoitajienkin tunteet tulivat välillä pintaan. Aineiston perusteella koettiin kuitenkin helpoksi pitää tiettyä ammatillisuutta ja katsottiin erilaisten tunteiden ja niiden tunnistamisen kuuluvan oleellisena osana hoitajuuteen.

5.4 Saattohoidon sisältö vanhainkodilla

Tulosten mukaan asukkaiden oma hoitotahto oli huonosti tiedossa, koska asukkaat eivät olleet puhuneet siitä aikaisemmin missään vaiheessa eivätkä olleet puhuneet asioista omaistensa kanssa. Omaiset usein toivoivat hoitoa vanhainkodilla kuolemaan asti, vaikka keskinäisiä ristiriitoja saattoi esiintyä omaisten kesken. Kuitenkin lähellä kuolemaa, tehdyistä hoitolinjauksista huolimatta, tilanne saattoi olla omaisille yllättävä. Aineiston perusteella hoitajien kokemukset hoitolinjoista vaihtelivat. Koettiin, että niitä ei ollut tehty paljonkaan ja jos niitä oli, niissä oli paljon tulkinnanvaraa ja niitä muutettiin herkästi jos esimerkiksi omaiset muuttivat mieltään. Syyt ja tausta tehdyille päätöksille eivät aina olleet selkeästi tiedossa. Toisaalta tulosten mukaan koettiin, että jotkut tehdyt hoitolinjaukset olivat selkeitä ja niitä oli helppo noudattaa. Myös varsinaisen saattohoitopäätöksen tekemisen jälkeen oli helppo toimia. Aineiston perusteella omaisten kanssa hoitolinjauksia oli käyty läpi aikaisempaa enemmän. Hoitajien mukaan omaiset yleensä hyväksyivät elvytyskiellon helpommin kuin muut hoitolinjaukset.

Aineiston perusteella hoitajat kokivat omaisten tukemisen kuuluvan oleellisesti saattohoitoon. Tulosten mukaan tärkeäksi koettiin yhteydenpito omaisiin ja tiedon jakaminen. Katsottiin, että omaisiin pitää olla aktiivisesti yhteydessä jo mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Omaisten tuskaa ymmärrettiin, ja koettiin että omaiset olivat joskus ahdis-

tuneempia kuin kuoleva asukas itse. Usein käyville, tutuksi tulleille omaisille oli helpompaa puhua. Hoitajat katsoivat, että heidän täytyy huomioida myös omaisen voimavarat esimerkiksi siinä, jaksako tämä olla kuolevan vierellä. Aineiston perusteella koettiin, että omaisten kohtaamiseen ja kohteluun tulisi kiinnittää huomiota vielä kuoleman jälkeenkin. Joskus hoitajia jäi mietityttämään, kuinka omainen selvisi läheisensä kuolemasta.

Aineiston perusteella saattohoidossa oleellisimmaksi koettiin helpottaa kuolevan oloa, luoda hyvää oloa ja antaa aikaa ja rauhallinen tila kuolla ja omaisten olla vierellä. Toisaalta saattohoito koettiin selkeäksi, toisaalta ei koettu lainkaan yksiselitteiseksi, mitä se piti sisällään. Saattohoitovaiheen katsottiin olevan suhteellisen lyhyt ajanjakso, muutamien päivien pituinen. Toisaalta mainittiin vanhainkodin olevan tavallaan saattohoitokoti ja saattohoitovaiheen useamman vuoden pituinen. Tulosten perusteella kuolevaa käytiin useammin katsomassa ja perushoidosta, asentohoidosta sekä suunhoidosta huolehdittiin. Ravitsemuksesta huolehdittiin niin pitkään kuin asukas pystyi syömään. Kivunhoito koettiin myös oleelliseksi osaksi saattohoitoa. Tulosten mukaan kivunhoidossa oli tapahtunut parannusta ja kipua uskallettiin lääkittää aikaisempaa paremmin. Lääkehoito koettiin selkeäksi toteuttaa ja lääkehoitoon varautuminen ja lääkityksen tarpeen ennakointi oli parantunut. Aineiston perusteella kivunhoidon koettiin kuitenkin olevan epätasaista, kivun arviointiin ei koettu olevan yhtenäisiä käytäntöjä, ja katsottiin että paljon riippui hoitajan herkkyydestä antaa kipulääkettä. Selkeämpien hoitolinjauksien ja kliinisten tutkimusten vähenemisen koettiin vapauttaneen enemmän aikaa läsnäoloon. Koettiin, että tarvetta kerrata asioita on ja myös eettistä pohdintaa ja keskustelua kaivattiin. Moni mielsi saattohoidon vanhainkodilla erilaiseksi kuin esimerkiksi syöpäpotilaiden saattohoidon ja kuolevan vanhuksen katsottiin eroavan kuolevasta syöpäpotilaasta. Tulosten mukaan pidettiin tärkeänä, että kuoleva saa olla hänelle tutussa paikassa tutujen hoitajien hoidossa.

5.5 Saattohoitotyön haasteet vanhainkodilla

Tulosten perusteella hoitajat kokivat saattohoidon haasteellisimmaksi asiaksi kohdata omaisia, jotka eivät ymmärtäneet tilannetta. Koettiin että ei ole niinkään vaikeata kohdata surua, kuin omaisten vaikeiksi koettuja kysymyksiä mm. saattohoitovaiheen pituudesta, asukkaan syömättömyydestä tai jos omaisilla oli kohtuuttomiksi koettuja vaati-

muksia. Ajoittain hoitajat joutuivat kohtaamaan myös epäilyksiä ja luottamuksen puutetta omaisten taholta. Oli myös epäselvyyttä, kuinka tarkasti ja kenen toimesta omaisille tulisi asioista kertoa. Aineiston perusteella omaisten ristiriidat keskenään, esimerkiksi hoitolinjoista, kuormittivat hoitajia. Koettiin kuitenkin tärkeänä, että näidenkin omaisten ahdistukseen vastattiin ja heille selitettiin asiat tarvittaessa toistuvasti. Hoitajien mukaan omaiset kokivat usein hoitolinjausten tekemisen siten, että heidän piti päättää hoidosta mustavalkoisesti kahden vaihtoehdon välillä.

Tulosten perusteella koettiin, että toisten asukkaiden hoitoa ja muita tehtäviä on priorisoitava ja suunniteltava uudelleen, koska kuoleva asukas ja omaiset veivät enemmän hoitajien aikaa. Toisaalta taas tulosten mukaan koettiin, että aikaa kuolevalle ja tämän omaisille ei pystytty antamaan. Koettiin, että mikäli kuolevan vierellä vietti enemmän aikaa, tilanteessa ei pystynyt olemaan aidosti läsnä, koska muut työt ja pelko toisten hoitajien kuormittumisesta painoivat mieltä. Toisaalta mainittiin, että työyhteisössä suhtauduttiin ymmärtäväisesti, mikäli joku hoitajista oli pitempään kuolevan tai omaisten tukena ja pois muista töistä.

5.6 Toimintatavat ja koetut tarpeet

Aineiston perusteella saattohoidon ei koettu toteutuvan yhtäläisesti, katsottiin esimerkiksi, että kaikille omaisille ei tuotu yhtä selkeästi esille mahdollisuutta olla kuolevan vierellä. Yhtenäinen toimintaohje tai sovittu käytäntö puuttui. Koettiin, että yhteinen ohje helpottaisi muun muassa toimintaa omaisten kanssa. Osaston toiminnan osalta saattohoito tuotti kahtalaisia mielipiteitä. Tulosten mukaan toisaalta koettiin, että saattohoito muutti osaston toimintaa ja toisaalta että se ei muuta osaston toimintaa. Aineiston perusteella katsottiin, että saattohoito ei saa tulla normaalien toimintojen tielle, eikä kukaan voi keskittyä vain kuolevan asukkaan hoitoon.

Aineiston mukaan hoitajat kokivat, että saattohoitovaiheessa olisi tarvetta koulutetulle lisätyövoimalle, jolla saataisiin lisää aikaa sekä kuolevalle että toisille asukkaille. Tulosten mukaan hoitajista tuntui pahalta, jos kuoleva joutui olemaan yksin. Hoitajat pitivät tärkeänä, että kuolevalla olisi joku vierellä, mikäli omaisia ei ollut tai he eivät päässeet paikalle.

Aineiston perusteella omahoitajuus ei näkynyt saattohoidossa, paitsi jos omahoitaja itse oli asian suhteen aktiivinen. Tulosten perusteella koettiin, että omahoitajuuden on vaikea näkyä saattohoidossa, koska omahoitaja ei ole aina töissä eikä hän voi hoitaa vain omaa asukastaan. Tulosten mukaan omahoitajan tärkeimmäksi tehtäväksi koettiin yhteyden pitäminen omaisiin työvuorossa ollessaan.

Aineiston perusteella koulutukseen saattohoidosta ja kuolevan ihmisen hoitotyöstä suhtauduttiin myönteisesti ja sitä toivottiin, koska saattohoitotyön osuus ammatillisessa koulutuksessa koettiin vähäiseksi. Tulosten perusteella myös koulutus omaisten kohtaamiseen, tukemiseen ja vuorovaikutukseen nähtiin saattohoidon onnistumisen kannalta hyödyllisenä.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Lääkärien suuri vaihtuvuus koettiin ongelmaksi saattohoidon toteuttamisessa pitkäaikaishoidossa, koska vaihtuvat lääkärit eivät luonnollisestikaan tunteneet asukkaita heti yhtä hyvin ja hoitosuhde jäi katkonaiseksi. Lääkäriin ikää tai kokemusta ei aineistossa mainittu yhteistyöhön vaikuttavana tekijänä. Toisaalta tuotiin esiin, että olisi hyvä, jos vanhainkodin lääkäri olisi geriatri. Eniten yhteistyön sujuvuuteen tuntui aineiston perusteella vaikuttavan lääkäriin oma asenne vanhusten hoitoon, oma aktiivisuus olla yhteydessä omaisiin ja selvittää heille asioita sekä se, kuinka hyvin oli ennakoitu ongelmia esimerkiksi määräämällä tarvittavia lääkkeitä ennakoivasti varalle. Eettisiä ristiriitoja eri ammattiryhmien välillä ei aineiston perusteella esiintynyt, vaikka Louhiala ym. (2009, 56–57) ovatkin maininneet niiden mahdollisuudesta. Aineiston perusteella koettiin, että sekä sairaan- että lähihoitajat pystyivät suoriutumaan kuolevan potilaan hoidosta yhtä lailla.

Hoitajat kokivat työyhteisön ilmapiirin pääsääntöisesti keskusteleväksi, toisia tukeväksi ja työtovereita arvostavaksi. Työyhteisö koettiin voimavaraksi saattohoidon toteuttamisessa, ja työtovereiden jaksamisesta huolehdittiin. Snellmanin (2008, 99–100) mukaan avoimeen keskusteluun ja erilaisten näkemysten esittämiseen kannattaa työyhteisössä kannustaa, koska niiden salliminen osaltaan vahvistaa työyhteisöä. Kuormittavana ei koettu niinkään saattohoitoa itsessään, vaan enemmän hoitajia kuormitti muussa työssä koettu arvostuksen puute ja se, että muita työhön liittyviä ristiriitoja ei saatu purettua säällisessä ajassa. Useat mainitsivat huumorin työssä jaksamisen tukena, kuten Vesa (2009, 102) on myös todennut tutkimuksessaan. Aineiston perusteella työkokemuksen koettiin helpottavan saattohoidossa toimimista, kuten Lipponen on todennut (2006, 170–171).

Koettiin, että saattohoidon toteuttaminen on sujuvampaa koulutetulla henkilökunnalla, joilla voidaan odottaa olevan tietynlainen tieto- ja taitotasoa. Vapaaehtoisten käyttö oli vähäistä. Vapaaehtoistyöntekijän läsnäolo kuolevan vierellä voisi kuitenkin helpottaa hoitajien tunnetta siitä, että kuoleva joutuu olemaan liian paljon yksin. Vapaaehtoistyöntekijä ei voi korvata koulutettua hoitohenkilökuntaa, mutta hän voi täydentää saat-

tohoidon sisältöä läsnäololla ja arjen pienillä hyvillä teoilla. (Colliander 2008, 122.) Oman haasteensa vapaaehtoistyöntekijöiden osallistumiselle saattohoitoon asettaa vaatimus siitä, että vapaaehtoistyöntekijän oma elämäntilanne ja -katsomus tulee olla vakaalla pohjalla, eikä oma läpikäymätön suru saa olla motiivina vapaaehtoistyölle (Sand 2003, 114). Lisäksi seurakunnan työntekijöiden osallistuminen oli vähäistä, vaikka koettiin tärkeäksi, että myös sieltä saataisiin joku kuolevan ja omaisten luokse.

Kuten Grönlund (2011, 120–121) on kirjoittanut hoitajan ja hoidettavan suhteesta, aineiston perusteella hoitajat kokivat että on tärkeää toimia asukkaiden puolestapuhujina. Katsottiin, että on tärkeää että asukkaat tulevat yksilöllisesti hoidetuiksi ja että heidät nähdään arvokkaina yksilöinä, vaikka heidän päätöksentekokykynsä omista asioistaan tai toimintakykynsä olisikin heikentynyt. Louhialan ym. (2009, 146–147) maininta etiikasta kivunhoidon perustana tuntui myös nousevan aineistosta esiin. Katsottiin, että kuoleman tulisi olla mahdollisimman lempeä ja kivuton jokaiselle kuolevalle.

Saattohoidossa käytettävän kivunlievityksen koettiin aineiston perusteella parantuneen viime vuosien aikana, kuten Pihlainen on todennut (2012, 8), vaikkakin esiin tuotiin, että kivun arviointi ja sen lääkitseminen saattaisi olla tasalaatuisempaa jos siihen olisi jonkinlainen käytäntö, jota kaikki noudattaisivat. Myös kuolevan potilaan oireiden hoidon Käypä hoito -suosituksen mukaan säännöllinen kivun arviointi ja kirjaaminen on hyvän hoidon perusta (2012). Tulosten mukaan koettiin tärkeäksi, että asukkaalla olisi rauha kuolla hänelle tutussa ympäristössä hänet tuntevien hoitajien hoitamana, kuten myös sosiaali- ja terveysministeriö mainitsee jo olemassa olevan hoitosuhteen tärkeyttä korostaen (2010, 23–26). Aineiston perusteella saattohoitovaiheeseen katsottiin oleellisesti kuuluvan myös omaisten kokonaisvaltainen tukeminen ja heidän jaksamisestaan huolehtiminen, kuten sosiaali- ja terveysministeriönkin linjaus on (2010, 17).

Aineiston perusteella vaikuttaa, että vaikka asukkaat vanhainkodilla olivat monisairaita ja moni sairasti etenevää muistisairautta, heidän omaa tahtoaan hoitonsa suhteen ei ilmeisesti ollut käyty läpi aikaisemmassa vaiheessa, koska monellakaan ei hoitotahtoa vanhainkodille tullessaan ollut. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) kuitenkin korostetaan potilaan oman tahdon toteutumisen merkitystä, joten mietityttää, miksei vanhuksen omaa tahtoa elämän loppuvaiheen hoidosta ole aiemmin missään vaiheessa hoitopolkua kysytty. Vaikka laki on jo yli kaksikymmentä vuotta vanha, sitä ei ehkä liitetä tiiviisti osaksi myös vanhan ja sairaan ikäihmisen hoitoa. Tulosten perusteella

hoitolinjoista tuntui olevan epäselvyyttä. Vaikka mainittiinkin, että omaisten kanssa on keskusteltu hoitolinjoista aikaisempaa enemmän, kenties samanlaista selventävää keskustelua tulisi käydä myös työyhteisön sisällä.

Maininnat saattohoitovaiheen kestosta muutaman päivän pituisena ajanjaksona ovat ehkä yhteydessä Antikaisen ym. (2013, 911) toteamukseen, että harva muistisairas oli saattohoidossa kuollessaan, mikäli saattohoidolla yleisesti ottaen ymmärretään tarkoitettavan pitempää ajanjaksoa (Hänninen 2006, 50–51). Myös aineistossa mainittu tilanteen yllättävyys omaisille saattaa johtua siitä, että osana hyvää saattohoitoa tavoiteltava valmistautuminen kuoleman lähestymiseen (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE 2003, 5) jää toteutumatta saattohoitovaiheen lyhyen keston takia, mikä puolestaan saattaa lisätä erilaisten konfliktien ja kommunikaatiovaikeuksien mahdollisuutta, joista Schmitt (2008, 59) on kirjoittanut.

Sellaisten omaisten kohtaaminen, jotka eivät hyväksyneet lähestyvää kuolemaa, koettiin saattohoidon kuormittavimmaksi osuudeksi. Aineiston perusteella ei aina ollut selvää, mistä keskustelua tulisi aloittaa ja miten sitä tulisi käydä, vaikka koettiin, että asioista täytyy puhua tarvittaessa useastikin. Eräs yksittäinen omaisia ahdistava asia nousi useasti aineistosta esiin. Omaisia ahdisti eniten usein juuri se, että kuoleva lopetti syömisen ja juomisen tai ei enää kyennyt siihen, mikä johti epärealistisiksi koettuihin vaatimuksiin ja vaikeutti hoitajien ja omaisten välisen luottamuksen ylläpitämistä, kuten Häihälä ym. (2008, 19–20) ovat huomanneet. Ristiriitaiselta vaikuttaa, että vaikka aineiston perusteella vanhan ihmisen kuolema ja kuolema vanhainkodilla koettiin luonnolliseksi osaksi elämän kaarta, kuolemasta ei vanhainkodilla puhuttu avoimesti ennen saattohoitovaihetta, joka puolestaan saattoi olla hyvinkin lyhyt. Kuolemasta puhumisen vaikeuden ovat maininneet mm. Lindqvist (2004, 19–20) ja Joanna Briggs Institute (2011). Aineiston perusteella koettiin kuitenkin lopulta helpoksi pysyä ammatillisena erilaisissa kohtaamisissa. Mattila (2011, 69) on todennut, että omien tunteiden tunnistaminen ja ammatillisuuden tiedostaminen ohjaa vaikeitakin tilanteita.

Riittämättömyyden tunne nousi aineistosta esiin. Normaalit päivätyöt ehdittiin hoitamaan, mutta asioita jouduttiin priorisoimaan, koska katsottiin, että kuoleva ja tämän omaiset tarvitsevat ja vievät enemmän aikaa. Koulutetulle lisätyövoimalle saattohoitovaiheessa koettiin olevan tarvetta. Vaikka todellisuudessa ei henkilöstöresurssein päästäisikään täydelliseen potilas-hoitajasuhteessa tapahtuvaan läsnäolon antamiseen, jo

pyrkimys siihen ja sen arvostaminen ideaalisena tilanteena on jo itsessään arvokasta ja kertoo myös hoitajien potilaan ihmisyyttä ja hoidon inhimillisyyttä korostavasta asenteesta, kuten Sand (2003, 111) on kirjoittanut.

Tulosten perusteella saattaisi olla tarvetta yhtenäiselle ohjeistukselle, kuinka hoitaa erilaiset käytännön asiat saattohoitovaiheessa ja kuoleman jälkeen, jotta hoitajien aikaa ei toistuvasti kuluisi samojen asioiden selvittelyyn. Koettiin, että ohje mm. takaisi omaisten tasavertaisen kohtelun, kuten Koivulakin (2013, 196) on todennut. Aineiston perusteella omahoitajuus ei ollut säännönmukaista eikä suuressa roolissa saattohoitovaiheen aikana. Omahoitajuuden käsitettä saattaisi olla hyvä avata ja laajentaa näkemystä omahoitajasta asukkaan kokonaisvaltaisen hoidon koordinaattorina ja moniammatillisen yhteistyön yhdyshenkilönä, kuten Åstedt-Kurki ym. (2007) sekä Murtonen (2007, 13) ovat kirjoittaneet.

Koulutusta saattohoidosta oli ollut vähän, aineiston perusteella joitakin yksittäisiä kertoja, joista saattoi olla aikaa. Aineiston perusteella koulutusta kuitenkin kaivattiin ja tuotiin esiin, ettei koulutuksen välttämättä tarvitse olla lääketieteellisesti painottuvaa, vaan siinä voitaisiin tuoda esiin myös vuorovaikutuksellisia taitoja, jotka on mainittu myös sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa (2010, 20). Koulutus lisää hoitohenkilökunnan työkaluja vaikeiksi koettuihin tilanteisiin, sillä tutkitun tiedon hallinta, esimerkiksi surun prosessin tunteminen, myös helpottaa tuen tarpeen tunnistamista (Mattila 2011, 65).

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisen lähestymistavan vaarana on yksittäisen tekijän sokeutuminen omalle aiheelleen ja vakuuttuminen tutkimustulosten oikeellisuudesta. Lisäksi luotettavuutta voidaan tarkastella uskottavuuden ja siirrettävyyden kriteereillä. Uskottavuuden lisäämiseksi tulokset ja niihin johtanut analyysi tulee kuvata selkeästi ja ymmärrettävästi. Aineisto ja tulokset tulee liittää yhteen loogisesti. Aineisto ei saa olla liian suppea. Huolellinen opinnäytetyön aihepiirin kuvaus, haastateltavien valinta ja aineiston keruun ja tulosten tarkka kuvaus lisäävät tutkimuksen luotettavuutta siirrettävyyden näkökulmasta. Opinnäytetyön kulku tulee olla selvästi auki kirjoitettuna, jotta sen prosessia voidaan seurata esimerkiksi toisen tutkijan toimesta. (Kankkunen ym. 2009, 159–160.)

Opinnäytetyötä teki kaksi opiskelijaa, joilla oli mahdollisuus reflektoida jatkuvasti opinnäytetyön prosessin edetessä. Kaikki haastattelut tehtiin kummankin tekijän läsnä ollessa, jotta haastattelutilanne oli elävänä kummankin tekijän mielessä, jotta tulkinnanvaraisuus nauhoituksia kuunnellessa oli mahdollisimman vähäinen. Aineisto oli kvalitatiiviselle opinnäytetyölle kohtalaisen laaja, yhdeksän haastateltavaa. Luotettavuutta lisää aineistosta saatujen samankaltaisuuksien määrä. Opinnäytetyön prosessi on kuvattu raportissa.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikka pohjautuu säännöille, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Perussääntönä voidaan pitää, ettei tutkimusaineistoa keksitä ja muokata joidenkin tiettyjen tarkoitusten mukaan. Lisäksi tutkimuksen eettisyyden toteutumiseksi sille voidaan esittää vaatimuksia tutkijoiden aidosta ja tunnollisesta kiinnostuksesta aiheeseen sekä tutkimuksen kohteiden tai tiedonantajien kunnioittavasta kohtelusta. Lisäksi tutkimuksella on luotava mahdollisuuksia edistää tutkimusta ja taata, että tutkimuksesta saatua tietoa käytetään oikein ja kehittävästi. (Kankkunen ym. 2009, 172–173.)

Tekijät olivat aidosti kiinnostuneita opinnäytetyön aiheesta ja paneutuivat aiheeseen ennen opinnäytetyön aloittamista. Tekijöillä oli vilpitön halu tuoda näkyväksi hoitajien kokemuksia. Työlle haettiin ja saatiin asianmukainen lupa työelämän yhteistyötaholta. Haastateltaville annettiin etukäteen tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta. Jokainen haastateltava allekirjoitti suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Vaikka haastateltavat valittiin yhteistyössä työnantajatahon edustajan kanssa, osallistujille korostettiin läpi prosessin sen vapaaehtoisuutta ja mahdollisuutta kieltäytyä tai keskeyttää.

Haastattelunauhat ja niiden pohjalta tehdyt litteroinnit säilytettiin ulkopuolisten saavuttamattomissa, ainoastaan tekijöiden käytettävissä. Litterointeihin ei kirjoitettu mitään yksityiskohtia, mistä haastateltavan olisi voinut tunnistaa. Samoin nimiä tai muita tunnisteita ei nauhoituksiin tai litterointeihin laitettu. Opinnäytetyön valmistuttua haastattelut tuhottiin pyyhkimällä nauhoitukset tyhjiksi. Kirjalliset litteroinnit poltettiin.

6.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Tulosten perusteella koulutukseen saattohoidosta suhtauduttiin myönteisesti ja sitä kaivattiinkin. Eri ammattiryhmien yhteisellä koulutuksella voitaisiin kenties parantaa saattohoidon kokonaisvaltaisuutta, myös lääkäriyhteistyön vakiinnuttaminen ja ulottaminen tarvittaessa useammin hoitoneuvotteluihin saattaisi vahvistaa moniammatillista yhteistyötä ja keskusteluyhteyttä asukkaaseen ja omaisiin jo aikaisemmassa vaiheessa. Koulutus voisi myös antaa hoitajille työkaluja selviytyä haastavista kohtaamisista omaisten kanssa ja rohkeutta puhua yleisesti vaikeiksi koetuista asioista, joita kuitenkin lähestyvän kuoleman äärellä on tuotava esiin. Henkilöstöresursseja ja niiden suuntaamista saattohoitovaiheessa tulisi pohtia. Lisäksi vapaaehtoistyöntekijöiden ja seurakunnan työntekijöiden vaillinaista osallistumista saattohoitovaiheeseen olisi hyvä tarkastella lähemmin ja miettiä, onko mahdollista ja aiheellista tehdä tiiviimpää yhteistyötä. Työyhteisö saattaisi myös hyötyä kaikille yhteisestä ohjeesta saattohoitovaiheeseen.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa painottui osaltaan hoitajien ja muiden saattohoitoon osallistuvien välisen vuorovaikutuksen tarkastelu. Olisi mielenkiintoista selvittää myös hoitajien ja saattohoidossa olevien vanhusten välistä vuorovaikutusta, etenkin jos asukkaiden kognitio ja kommunikaatiokyky ovat heikentyneet. Opinnäytetyön pohjalta oli selvää, että asukkaiden oma hoitotahto oli huonosti selvillä, ja koettiin, että sitä ei ollut luotettavasti mahdollista selvittää enää asukkaan pitkäaikaishoitoon tultua asukkaiden huonon kognitiivisen tilan vuoksi. Useiden suositusten mukaan hoitotahdosta pitäisi keskustella mahdollisimman varhaisessa vaiheessa esimerkiksi muistisairauden diagnoosin jälkeen. Olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka paljon hoitotahdon tekemistä ja sen merkitystä tuodaan ikäihmisille esiin avoterveydenhuollossa jo sairastumisen alkuvaiheessa, vanhuksen toimintakyvyn ollessa parempi ja kuinka he itse suhtautuvat asiaan ja siitä keskusteluun. Mikäli hoitotahdosta keskusteltaisiin avoimesti aikaisemmin ja sen selvittäminen olisi yhtä luonnollinen osa ikäihmisenkin etenevän sairauden hoitoa kuin esimerkiksi lääkitys, se voisi rauhoittaa tilannetta elämän loppuvaiheessa ja taata vanhuksen oman tahdon toteutumisen.

LÄHTEET

Aalto, K. 2004. Sielunhoito saattokodeissa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 263–268.

Alanko, L. 2011. Jaksaminen saattohoidon kehityskulussa. Palliatiivinen hoito 33/2011, 8–9.

Alzheimer's Disease International. 2014. World Alzheimer Report 2013. Journey of caring. An Analysis of Long-term Care for Dementia. Luettu 6.3.2014. Viitattu 6.3.2014. <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2013>

Annamäki, L. 2008. Iäkkään kuolema. Palliatiivinen hoito 26/2008, 8–10.

Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J. & Strandberg, T. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen lääkärilehti 12/2013. 909–915.

Anttonen, M. 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 49–57.

Anttonen, M. 2011. Palliatiivisen hoidon tulevaisuus sairaanhoitajan haasteena. Palliatiivinen hoito 33/2011, 3.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564.

Colliander, J. 2008. Vapaaehtoistyöntekijät voimavarana kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 121–131.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Finne-Soveri, H. 2009. Vanhusten vuodeosastohoidon erityiskysymykset. Luettu 29.1.2014. Viitattu 29.1.2014. <http://www.terveysportti.fi>

Grönlund, A. & Leino, T. 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 37–48.

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

Halla, T. 2010. Hoitotahto. Teoksessa Mustajoki M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasmus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 757–758.

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Duodecim-lehti 2013; 129: 385–92.

- Hietanen, P. 2004. Kohti kokonaisvaltaista hoitoa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 235–245.
- Häihälä, E., Lehtipuu-Vuokola, L. & Surakka, T. 2008. Pirkanmaan Hoitokodissa omaisten tukeminen on osa hyvää saattohoitoa. Sairaanhoitaja 9/2008, 18–20.
- Hänninen, J. 2006. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Hänninen, J. 2012a. Eutanasia. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Hänninen, J. 2012b. Saattohoidon lääkeopas. 2. korjattu painos. Terho-säätiön julkaisusarja. Julkaisu nro 1.
- Hänninen, J. 2012c. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. 13. uudistettu painos. Helsinki: Etelä-Suomen Syöpäyhdistys.
- Hänninen, J. 2013. Mitä olen oppinut saattohoitolääkärinä 20 vuodessa. Luettu 17.10.2013. Viitattu 17.10.2013. <http://www.terho.fi/julkaisut/blogi/81-mita-olen-oppinut-saattohoitolaakarina>
- Hänninen, J. & Anttonen, M. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 23–35.
- Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim-lehti 2013;129:433-9.
- Joanna Briggs Institute. 2011. Palliatiivinen lähestymistapa pitkälle edennyttä muistisairautta sairastavan ihmisen hoidossa. Best Practice 15(5). Luettu 20.1.2014. Viitattu 20.1.2014. Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Hovi, S. & Reiman-Möttönen, P. <http://hotus.fi/joanna-briggs-institute/suomenkieliset-jbi-suositukset>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Kirkkopalvelut. 2013. Saattohoito on yhteisvastuun 2014 kotimaankohde. Luettu 6.11.2013. Viitattu 6.11.2013. <http://yhteisvastuu.fi/fi/ajankohtaista/133-saattohoito-on-yhteisvastuun-2014-kotimaankohde>
- Koivula, R. 2013. Muistisairaana ihmisen omaisena terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla. Tutkimus toimijuudesta. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Väitöskirja.
- Kokko, S. & Laine, L. (toim.) 2013. Tampereen yliopisto. Kuolemamakasiini. Katsottu 5.12.2013. Viitattu 5.12.2013. <http://www.youtube.com/watch?v=V-lzRNSCSqk>

Kokkonen, P., Holi, T. & Vesantola, S. 2004. Hoitotahto – potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Jyväskylä: Gummerus.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim-lehti 2013;129:440-5.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Luettu 31.7.2013. Viitattu 31.7.2013. <http://www.kaypahoito.fi>.

Kiiltomäki, A. 2007. Surevan tukeminen. Teoksessa Kiiltomäki, A. & Muma, P. (toim.) Tässä ja nyt – sairaanhoitaja tekee kriisityötä. Jyväskylä: Gummerus.

Lahti, P. psykologi. 2013. Kuolemaa yhä pelätään. Luettu 29.1.2014. Viitattu 29.1.2014. http://www.valli.fi/lehti_1_2013.htm

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lindqvist, M. 2004. Etiikan näkökulma kuoleamisen kohtaamiseen hoidossa. Teoksessa Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. 2. korjattu painos. Helsinki: Edita, 19–24.

Lindström, R. 2010. Odotettu kuolema kotona. Teoksessa Mustajoki M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 329.

Lipponen, V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Lääkintöhallitus. 1982. Ohjekirje DNo 3024/02/80.

Matilainen, E. 2010. Kuoleman toteaminen. Teoksessa Mustajoki M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoitajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 383–384.

Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

- Murtonen, I. 2007. Palliatiivisen hoitotyön erityisyys? Palliatiivinen hoito 24/2007, 11–13.
- Murtonen, I. lehtori. 2014. Henkilökohtainen tiedonanto. 28.1.2014. Tampereen ammattikorkeakoulu.
- National Hospice and Palliative Care organization. 2013. History of Hospice Care. Luettu 9.9.2013. Viitattu 9.9.13. <http://www.nhpco.org/history-hospice-care>
- Opetushallitus. 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. Ammatillisen osaamisen perusteet. Määräys 17/011/2010.
- Pelkonen, R. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Teoksessa Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. 2. korjattu painos. Helsinki: Edita, 25.
- Pihlainen, A. 2012. Saattohoitosuunnitelmien kehitys vuosina 2001, 2009 ja 2012. Teoksessa Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus. Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE, 8–20.
- Pitkälä, K. 2004. Vanhuksen kuolema. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 29–30.
- Saarto, T. 2009. Palliatiivisen hoidon organisointi. Palliatiivinen hoito 29/2009, 3–4.
- Sairanen, S. terveyskeskuslääkäri. 2013. Elämän loppu. Vantaan Lauri 31.10.2013, 6–7.
- Sand, H. 2003. Sateenkaaren päästä löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Schmitt, F. 2008. Kuoleva potilas ja perhe. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 59–69.
- Snellman, M. 2008. Tunteet ja kokemukset kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoidajaliitto ry, 97–107.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2013a. Hakemusohjeet. Luettu 17.10.2013. Viitattu 17.10.2013. <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet>
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2013b. Päätös elvyttämättä jättämisestä. Luettu 19.11.2013. Viitattu 19.11.2013. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2013c. Saattohoito. Luettu 16.7.2013. Viitattu 31.7.2013.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Kuoleman toteaminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Julkaisuja 2013:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista. 11.4.2012/165.

van der Steen, J., Radbruch, L., Hertogh, C., de Boer, M., Hughes C., Larkin, P., Francke, A., Jünger, S., Gove, D., Firth P., Koopman, R., & Volicer, L. 2013. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine* 0(0), 1–13.

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys SPHY. 2013a. Historiaa. Luettu 17.10.2013. Viitattu 17.10.2013. <http://www.sphy.fi/yhdistyksemme/historiaa/>

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys SPHY. 2013b. Mitä on palliatiivinen hoito. Luettu 19.11.2013. Viitattu 19.11.2013. http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Syöpäjärjestöt. 2013. Saattohoitokodit. Luettu 9.9.2013. Viitattu 9.9.2013. <http://www.cancer.fi/syopajarjestot/toiminta/saattohoitokodit/>

Tasmuth, T. syöpätautien erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. 2013. Lähtevien lääkäri. *Kirkko & Kaupunki* 41/2013, 14–16.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Vainio, A., Leino, T. & Eckerdal, G. 2004. Palliatiivisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 33–52.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U., Pyykkö, V. & Kivelä, S. 2006. Vanhustenhoito. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE.

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

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. 2. korjattu painos. Helsinki: Edita.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Helsinki: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE.

Valtioneuvosto. 2011. Hallitusohjelma.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vesa, P. 2009. Aineistolähtöinen teoria hyvää oloa ja työhyvinvointia edistävästä huumorista hoitajien keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Vuorio, S. & Väyrynen, R. 2011. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

World Health Organization WHO. 2013. Palliative care. Luettu 19.11.2013. Viitattu 19.11.2013. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen E. & Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen – kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Sairaanhoitaja 11/2007. Luettu 25.2.2014. Viitattu 25.2.2014. https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11_2007/muut_artikkelit/omahoitaja_mahdollistaa_potilaan/

LIITTEET

Liite 1



Arvoisa vastaanottaja!

Olemme sairaanhoidon opiskelijoita Tampereen ammattikorkeakoulusta. Valmistumme kesäkuussa 2014 suuntautumisvaihtoehtona sisä- ja syöpätautien sekä kirurgisten sairauksien hoitotyö. Osana sairaanhoitaja AMK -tutkintoa ja sen viimeisen vuoden opintoja teemme opinnäytetyön.

Opinnäytetyömme käsittelee saattohoidon toteuttamista vanhainkodin pitkäaikaisosastolla hoitajan kokemana. Työ toteutetaan kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, jonka tarkoituksena on tuoda esiin ja kartoittaa hoitajien kokemuksia ja näkökulmia aiheeseen, ja tehdä näkyväksi hoitajan työn eri osa-alueita iäkkään ihmisen hoidossa tämän elämän loppuvaiheessa.

Aineisto opinnäytetyöhömmme kerätään haastattelemalla hoitajia. Haastattelut nauhoitetaan. Yksilöhaastattelu etenee teemoittain eli aihealueittain. Meillä on salassapitovelvollisuus, ja aineistoa käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettömänä. Aineiston pohjalta saadut tulokset ja johtopäätökset esitetään kirjallisina opinnäytetyön raportissa keväällä 2014. Yksittäistä henkilöä ei voi raportista tunnistaa. Aineistoa käytetään vain ja ainoastaan tässä opinnäytetyössä ja se hävitetään asianmukaisesti työn valmistuttua. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja voit halutessasi keskeyttää osallistumisesi.

Toivomme kuitenkin osallistumistasi, koska kertomasi kokemukset tuovat arvokasta tietoa juuri tästä hoitotyön osa-alueesta juuri tässä hoitoympäristössä. Mikäli Teillä on jotain kysyttävää opinnäytetyöstä tai sen toteuttamisesta, voitte ottaa meihin yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla. Vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Noora Laitinen

Minna Lammentausta

Liite 2

1(2)



TIEDOTE

22.11.2013

Arvoisa haastateltava!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on kerätä hoitajien kokemuksia saattohoidon toteuttamisesta vanhainkodin pitkäaikaisosastolla. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa X:n kaupungilta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona. Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla yhdeksää vanhainkodin hoitajaa. Haastateltavat on valittu yhteistyössä vanhainkodin osastonhoitajan kanssa. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelussa ei ole valmiita kysymyksiä, vaan se toteutetaan teemahaastatteluna. Neljä teemaa ovat hoitaja ja saattohoito moniammatillisessa yhteistyössä, hoitaja ja saattohoidon toteuttaminen omassa työyhteisössä, hoitaja ja omaiset saattohoidon aikana sekä hoitaja ja omat voimavarat saattohoidon toteuttamisen aikana. Haastattelu vie aikaa noin puoli tuntia-tunnin. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla 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. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa (www.theseus.fi), ellei X:n kaupungin kanssa ole muuta sovittu. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Noora Laitinen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

Minna Lammentausta
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

(jatkuu)



SUOSTUMUS

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kerätä hoitajien kokemuksia saattohoidon toteuttamisesta vanhainkodin pitkäaikaisosastolla sekä mahdollisuudesta esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

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

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys