

KUOLEMAA LÄHESTYVÄN POTILAAN
KIVUNLIEVITYKSEN MERKITYS ELÄMÄNLAATUUN
Sairaanhoitajan näkökulma omaan osaamiseensa

Mira Merenaalto, Maria Silo ja
Johanna Vilén
Opinnäytetyö, syksy 2015
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Merenaalto, Mira; Silo, Maria & Vilén, Johanna. Kuolemaa lähestyvän potilaan kivunlievityksen merkitys elämänlaatuun. Sairaanhoidajan näkökulma omaan osaamiseensa. Diak Helsinki, syksy 2015, 67 s., 5 liitettä. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoidajan käsitystä omasta osaamisestaan kuolemaa lähestyvän potilaan hoidossa ja tuoda esiin keinoja vaikuttaa kuolevan potilaan elämänlaatuun hoitotyön keinoin. Lisäksi tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien koulutustarpeita kuolevan potilaan hoitoon ja kivunlievityksen liittyen.

Tutkimusaineistoa kerättiin sairaanhoitajilta kyselylomakkeilla kesällä 2015. Kysely sisälsi 15 kysymystä. Kysymykset koostuivat taustatiedoista, hoitajien näkemyksestä omasta osaamisestaan, kivunhoidon osaamisesta ja työskentelystä kuolema lähestyvän potilaan kanssa.

Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista sisällönanalyysii. Opinnäytetyön teoriaosuus pilkottiin pienempiin kokonaisuuksiin, joista lopuksi tehtiin yksi kokonaisuus. Käsitelimme aineistoa teoria- ja aineistolähtöisesti.

Aineisto analysoitiin perehtymällä saatuihin vastauksiin, minkä jälkeen aloitettiin tärkeimpien asioiden priorisointi korostamalla ne jokaisesta vastauslomakkeesta ja tekemällä niistä yhteenveto.

Vastauksista nousi viisi pääpiirrettä; saattohoitokoulutuksen tärkeys, hoitajan osaaminen kuolevan hoidossa, kivunhoidon hallitseminen lääkkeellisin ja lääkkeettömin keinoin, työskentely saattohoitopotilaan kanssa ottaen huomioon hänen elämänlaatunsa ja moniammatillisen yhteistyön tärkeys. Pyrkimyksenä oli tuoda esiin hoitajien mielipiteitä ja kokemuksia kuolevan potilaan hoidosta ja heidän käsityksiään potilaan elämänlaadusta.

Saatujen vastausten perusteella saattoi päätellä, että lisäkoulutukselle on tarvetta. Osalla vastaajista termistö sekoittui keskenään. Kaikilla vastaajilla oli jonkinlaiset tiedot ja taidot kuolevan potilaan hoidosta. Vastaajat kokivat hallitsevansa hyvin sekä lääkkeellisen että lääkkeettömän kivunhoidon. Sairaanhoitajat kokivat pystyvänsä parantamaan kuolemaa lähestyvän potilaan elämänlaatua työskentelyllään.

Asiasanat: elämänlaatu, kipu, saattohoito, sairaanhoidajan kompetenssi.

ABSTRACT

Merenaalto, Mira; Silo, Maria and Vilen Johanna. The significance of pain relief on a dying patient's quality of life. Nurses' perspectives on their own expertise. 67 p., 5 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2015. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of this thesis was to survey nurses' conceptions of their own skills when treating a dying patient and to bring out measures to influence a dying patient's quality of life through nursing. The thesis also aimed at surveying nurses' training needs concerning the nursing and easing the pain of a dying patient.

Research data was collected through questionnaires in the summer of 2015. The questionnaire included 15 questions and consisted of background information, the nurses' perceptions of their own skills, their knowledge of pain relief and working with a dying patient. In this thesis, answers were sought to the following questions.

The method of analysis was a qualitative content analysis. At first we divided the thesis into small units and after an analysis we combined them into a single entity, based on the theory and on the results of the survey. We began the analysis by familiarizing ourselves with the responses we received, after which we prioritized the most important aspects by highlighting them from each response form and by summarizing them. We decided on an open questionnaire so that the respondents could participate anonymously. Five main features emerged from the responses: the importance of palliative care training, the expertise of the nurse when treating a dying patient, pain relief through medical and natural means, working with a dying patient while taking into account their quality of life and the importance of multi-professional collaboration.

The aim was to gather nurses' opinions and experiences about treating a dying patient and their conceptions of the patient's quality of life. Based on our survey, we were able to conclude that additional training is required. Some of the participants confused the terms. All participants felt that they have sufficient knowledge in the treatment of pain relief of dying patients both with and without drugs. Nurses felt that they have sufficient skills and capabilities to improve the life quality for dying patients.

Key words: quality of life, hospice care, nurse competence, pain.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TAUSTA	8
3 PALLIATIIVINEN – JA SAATTOHOITO	11
4 KIPU	19
4.1 Kivun arviointi ja kirjaaminen	20
4.2 Lääkkeellinen kivun hoito	21
4.3 Lääkkeetön kivunhoito	23
5 ELÄMÄNLAATU	26
5.1 Kivun vaikutus elämänlaatuun.....	26
5.2 Toimintakyvyn ja elämänlaadun mittaaminen.....	28
6 SAIRAANHOITAJAN KOMPETENSSI.....	30
7 HOITOTYÖN NÄKÖKULMA	31
7.1 Kärsimyksen hoitaminen	31
7.2 Kuolevan potilaan hoitotyö.....	31
7.3 Ristiriitaiset hoitovaatimukset	32
7.4 Sairaanhoitajan tunteita kuolevan hoidossa	32
7.5 Etuoikeutena kuolevan hoitotyö	34
7.6 Onnistumisesta saatava voima	34
7.7 Kuolevaa potilasta hoitava henkilökunta ja omaiset.....	35
7.8 Sairaanhoitaja lähellä kuolevaa	35
8 KYSELY	37
8.1 Tutkimuskysymykset	37
8.2 Tutkimusaineisto- ja menetelmät	38
8.3 Kohderyhmä ja aineistonkeruu	39
8.5 Päätelmät.....	41
9 ANALYYSI	42
9.1 Taustatiedot.....	42
9.2 Aineiston analysointi	42
9.3 Osaaminen	45

9.4 Kivunhoidon osaaminen	46
9.5 Työskentely kuolemaa lähestyvän potilaan kanssa	48
10 POHDINTA JA EHDOTUKSET	51
LÄHTEET.....	54
LIITE 1: Saatekirje kyselylomakkeen mukaan.	59
LIITE 2: Kyselylomake.....	60
LIITE 3: Kuolevien oikeuksien julistus	63
LIITE 4: Kuolevan potilaan hoidossa vaikuttavat ja kuolemaa koskevat juridiset säädökset:	64
LIITE 5: ESAS kyselykaavakkeessa kartoittavat oireet	65
LIITE 6 ESAS-kaavake.....	66

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme käsittelee sairaanhoitajan näkökulmaa hänen asiantuntijuudestaan kivunlievityksessä, kuolemaa lähestyvän potilaan hoitotyössä. Valitsimme aiheen, koska olemme huomanneet työkentällä puutteita kuolevan potilaan kivunhoidossa. Toteutimme opinnäytetyön tutkimusosuuden Gaius- säätiön Puotilan palvelutalossa, Myllypuron monipuolisessa vanhustenkeskuksessa ja Suursuon sairaalassa.

On yleistä, että kuolemaa lähestyvä henkilö saa riittämättömästi kipulääkitystä. Hän ei välttämättä pysty sanoin tuomaan kipuaan ilmi ja tällöin sairaanhoitajan rooli kivun tulkitsemisessa on keskeinen. Sairaanhoitajan havainnot potilaasta ovat lääkärille tärkeitä lääkityksen määräämiseksi ja sopivan annostuksen löytymiseksi. Kivunhoito on tärkeää ihmisarvon kunnioittamisen ja oikeudenmukaisuuden toteutumisen kannalta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 113.)

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan hänen tehtävänsä on kärsimyksien lievittäminen ja potilaan elämänlaadun parantaminen. (Sairaanhoitajaliitto i.a.) Opinnäytetyön aihe on tästä syystä aina ajankohtainen. Hoitajat tarvitsevat tietoa kivun hoidosta ja erilaisista hoitomenetelmistä päivittäisessä työssään, jotta he voivat edesauttaa potilaan elämänlaadun parantumista sekä tukea potilasta ja hänen läheisiään parhaalla mahdollisella tavalla.

Työskennellessämme hoitoalalla työhömmme on sisältynyt kuolemaa lähestyvien potilaiden hoitoa. Uskomme opinnäytetyön tuovat meille sekä yhteistyötahoille uutta ja arvokasta tietoa kuolemaa lähestyvän potilaan hyvästä kivunhoidosta ja tätä kautta elämänlaadun paranemista. Tietoa voimme hyödyntää sairaanhoitajina tulevaisuudessa.

Suurin osa iäkkäistä ihmisistä viettää viimeiset päivänsä hoitokodeissa. Heistä harvat pääsevät saattohoitokotiin kuoleman lähestyessä. Hoitokodeissa työskentelevillä hoitajilla tulee olla valmiudet kohdata kuolemaa lähestyviä asukkaita.

Opinnäytetyön aihe ja sisältö ovat tärkeitä kuolevan potilaan, hänen läheistensä, sairaanhoitajien, koko työyhteisön hyvinvoinnin ja työssä jaksamisen kannalta. Väistämätön kuoleman läheisyys asettaa hoitotyölle suuren haasteen. On otettava huomioon ja osattava

hoitaa erityisesti kuolevan potilaan tarpeet, mahdolliset toiveet ja hyvinkin nopeasti muuttuvat tilanteet. Hoitajan on lisäksi pystyttävä tukemaan, auttamaan ja ohjaamaan potilaan läheisiä. Läheiset saattavat olla ajoittain eri mieltä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa tarvittavista hoidoista. Työyhteisössä sairaanhoitajalta voidaan odottaa asiantuntemusta kuolevan potilaan hoitotyöstä ja menetelmistä. Tämä lisää työn kuormittavuutta suuremman vastuun muodossa.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT JA TAUSTA

Koska me kaikki olemme työskennelleet paikoissa, joissa hoidetaan kuolemaa lähestyviä potilaita, keskustelimme aiheesta. Tulimme lopputulokseen, että jokaisessa yksikössä kuolemaa lähestyvien potilaiden hoito toteutetaan pääpiirteissään samoilla tavoin, eettisiä ohjeita ja lakeja noudattaen.

Laki potilaan oikeuksista määrittelee potilaan oikeuksia niin, että jokainen Suomessa pysyvästi asuva on oikeutettu saamaan ilman syrjintää, terveydentilansa edellyttämällä tavoin, terveyden- ja sairaanhoitopalveluja terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää useita terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevia velvoitteita, jotka tulevat esiin käytännön hoitotyössä. Hoitotyön ydin on potilaasta huolehtiminen. Sairaanhoitaja huolehtii potilaan asioista noudattaen työssään säädöksiä, eettisiä ohjeita, hoitosuosituksia ja periaatteita. (Grönlund & Huhtinen 2011, 32.)

Mediassa saattohoidosta on puhuttu paljon. Helsingin Sanomien mielipidekirjoituspalsalla tammikuussa 2015 Pipsa Sinkko-Westerholm kertoi kokeneensa iäkkään lähisukulaisensa hoidon laiminlyödyn. Sinkko-Westerholmin mielestä tähän johti hänen läheiselleen tehty DNR- päätös. Päätöksenteon jälkeen ravinnon ja nesteen saanti oli riittämätöntä, hoitokodin vedottua henkilökunnan vähäisyyteen ja kiireeseen. (Sinkko-Westerholm, c25). Helsingin Uutisissa tammikuussa 2015 Minna Rajamäki kertoo millaista hoitoa hän on kokenut miehensä sisaren saaneen sairastuttuaan syöpään 74-vuotiaana. Rajamäki kertoo kokeneensa kälynsä hoidon laiminlyödyn, koska kälyä palloteltiin sairaalan ja kodin välillä hänen odottaessaan saattohoitoon pääsyä. Rajamäki kertoo kälynsä kuolleen ennen saattohoitopaikan järjestymistä ja siitä, kuinka hän koki mahdollisuuden hyvästellä omaisensa vaikeaksi vainajan paperilakanalla peittelyn ja kylpyhuoneeseen sijoittamisen takia. Rajamäki pohtii kokemansa perusteella yhteiskunnan moraalin ja etikan tilaa sekä sitä, auttaako asioiden pahoittelu jälkikäteen omaisia, jotka ovat menettäneet läheisensä ja tarvitsisivat tukea (Rajamäki 2015, 5-6).

Kuolevan hoitoa pidetään nykyään moniammatillisena yhteistyönä, jossa huolehditaan potilaan hyvinvoinnista. Lääkäri vastaa hoidosta, mutta potilas, henkilökunta sekä omaiset huomioidaan hoitoprosessin suunnittelussa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 118.) Hoitohenkilökunnan rooli hoitoprosessissa on se, että he toteuttavat lääkärin antamia hoitomääräyksiä. Hoitohenkilökunnan fyysinen ja psyykinen läsnäolo auttaa potilasta ympäröivän todellisuuden käsittämässä, jolloin empaattisuus ja läsnäolo korostuvat. Hoitajan tulee ottaa huomioon ja hyväksyä potilas sellaisena kuin hän on. Kipu on yksi kuolevan potilaan elämään vaikuttavista monista tekijöistä. Kipu on yleinen, tärkeä ja vaikea. (Grönlund & Huhtinen 2011, 18.)

Halusimme edellä esitettyjen tapausten vuoksi parantaa ja syventää omaa osaamistamme tulevana sairaanhoitajina. Lisäksi haluaisimme selvittää valmiiden sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, kuinka he voivat vaikuttaa omalla osaamisellaan hoitotyössä kuolevan potilaan elämänlaadun parantamiseen.

Tutkimusympäristöinä oli kaksi pitkäaikaishoitolaitosta, Gaius- säätiön Puotilan palvelutalo ja Helsingin kaupungin Myllypuron monipuolinen palvelukeskus sekä akuuttisairaala Suursuon sairaala. Puotilan palvelutalolla tutkimus suunnataan kaikille sairaanhoitajille, Myllypuron monipuolisessa palvelukeskuksessa osasto 5:n sairaanhoitajille ja Suursuon sairaalassa saattohoito-osasto 11:n sairaanhoitajille.

Gaius-säätiön ylläpitämä, vuonna 1988 perustettu Puotilan palvelutalo tarjoaa ympärivuorokautista, elämää kunnioittavaa hoivaa muistisairaille vanhuksille. Palvelutalossa on 7 osastoa ja 134 asukaspaikkaa. Palvelutalossa työskentelee moniin ammattiryhmiin kuuluvaa henkilökuntaa, kuten sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia, hoitoapulaisia, toimintaterapeutti, osastonhoitajia, keittiöhenkilökuntaa, huoltomiehiä, siivoojia, toimistohenkilökuntaa, jalkahoitaja, kampaaja, johtaja sekä lääkäri. Palvelutalossa on käytössä vastuuhoidaja järjestelmä ja hoitosuunnitelmassa huomioidaan yksilöllisesti asukkaan voimavarat ja tarpeet. Gaius- säätiöllä on Puotilan Palveluton lisäksi vanhuksille suunnattuja palveluja Heseva-kodissa, Heseva Lounasravintolassa ja Munknäshemmetissä. (Gaius-säätiö 2015.)

Kohderyhmäksi kyselylomakkeen avulla tehtyyn haastatteluun Puotilan palvelutalossa valitsimme sairaanhoitajat, jotka työskentelevät hoitotyössä. Päädyimme tähän, koska heillä on ajantasainen tieto ja taito kenttätöön osalta Puotilan palvelutalossa.

Myllypuron monipuolinen palvelukeskus on yksi kymmenestä palvelukeskuksista Helsingissä. Myllypuron monipuolinen palvelukeskus sijaitsee kaupungin Itäisellä alueella. Monipuolisen palvelukeskuksen tiloissa sijaitsee päivätoimintayksikkö Sireeni ja palvelukeskus. Monipuolinen palvelukeskus tarjoaa ympärivuorokautista hoiva ja hoitoa. Palvelukeskuksessa on viisi osastoa. Osasto 5 tarjoaa pitkäaikaishoitoa kaikille ympärivuorokautista hoitoa tarvitseville. Osastolla on 6 arviointi- ja kuntoutus paikka ja 21 ympärivuorokautista paikka. Osasto 5 toimii kohorttiosastona, joka tarkoittaa että asukkailla on moniresistenssi bakteeri, kuten MRSA ja ESBL. Lähes kaikilla asukkaalla on toimintakykyä rajoittava pitkäaikaissairaus, eivätkä he pärjää kotona. Osastolla työskentelee kolme sairaanhoitaja, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. Osaston mitoituksen kuuluu myös fysioterapeutti ja lähihoitajia. Osaston kanssa moniammatillisessa yhteistyössä toimii toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja, sairaalapastori ja virikeohjaaja.

Suusuon sairaala on Helsingissä Maunulassa sijaitseva akuuttisairaala. Ylilääkärinä siellä toimii Marja Sippola-Soininen ja ylihoitajana Saija-Riitta Eskola-Manneri. Vuodeosastoja Suursuon sairaalassa on kahdeksan, lisäksi on saatavilla muun muassa fysioterapia ja jalkaterapia palveluja. (Helsingin kaupunki 2015.)

Suursuon sairaalan osasto 11 muuttui saattohoito-osastoksi vuonna 2013. Se on ensimmäinen kaupungin sairaalan saattohoitoon erikoistunut vuodeosasto. Muutoksen myötä osastolta vähennettiin 10 potilaspaikkaa ja näin saatiin saattohoito-osastolle henkilöstömäärä. Terhokodissa hoidetaan edelleen nuoremmat ja haastavammat saattohoitopotilaat, osaston 11 keskittyessä iäkkäämpiin saattohoitopotilaisiin. (Nironen 2012.)

Osasto valikoitui saattohoito-osastoksi osaksi rakenteensa vuoksi. Osastolla on paljon pieniä yhden ja kahden hengen huoneita. Näin pystytään takamaan rauhallinen ja yksityinen ympäristö, niin potilaille kuin omaisillekin. (Paulavaara 2012.)

3 PALLIATIIVINEN – JA SAATTOHOITO

Palliativinen hoito on oireidenmukaista hoitoa, joka tarkoittaa potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, jota annetaan silloin kuin parantavan hoidon mahdollisuutta ei enää ole. Palliativisen hoidon päämääränä on taata potilaalle ja hänen läheisilleen mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Hoidolla pyritään helpottamaan potilaan elämää ja kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana. Oireet arvioidaan potilaan subjektiivisen kokemuksen mukaisesti. Hoidon lähtökohtana ovat potilaan kokemukset oireista. (Käypä hoitosuositus 2012, 5.) Yleensä oireenmukainen hoito otetaan aktiivisen hoidon rinnalle pikkuhiljaa ja sen osuus kasvaa sitä mukaan kun aktiivinen hoito ei tuo toivottua tulosta (Saarto 2009.)

Palliativisessa hoidossa potilaalle mahdollistetaan mahdollisimman hyvä, hänen yksilöllisiä tarpeitaan vastaava hoito. Hoidossa kiinnitetään huomiota potilaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin oireita lievittämällä ja näin elämänlaatua parantamalla. (Grönlund & Huhtinen 2011, 76–77.) Pääpaino on kivun ja muiden oireiden taltuttamisella sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Hyvä palliativinen hoito kuuluu kaikille elämän loppuvaihetta eläville. (HUS i.a.)

Vaikka erot eri perussairauksien oireissa ja hoidoissa voivat poiketa suurestikin, elämän loppuvaiheessa palliativisen hoidon ollessa käynnissä, hoito voi olla hyvin samankaltaista. Palliativinen hoito sopiikin hyvin lähes jokaiselle erikoisalalle. (Lääkäriliitto 2012.)

Kaikille potilaille tulee antaa oireenmukaista hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulisi osata tunnistaa potilaan oireet ja lievittää niitä sekä konsultoida moniammatillista työryhmää hoitoon liittyvissä kysymyksissä tilanteen niin vaatiessa. Oireiden selvittämiseksi voi käyttää kyselyjä, mittareita ja haastatteluja. Oireiden vähäinen tuntemus ja varhaisen puuttumisen vähäisyys mahdollistavat potilaan alihoidon ja heikentävät hoidon laatua. Myöhään aloitettu hoito vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja voi aiheuttaa kärsimystä. (Käypä hoitosuositus 2012, 2.)

Palliativinen hoito vaati yhteistyötä monien tahojen kanssa. Kuolemaa lähestyvä potilas ja hänen perheensä tarvitsevat omaan tilanteeseensa sopivaa palliativista hoitoa. Yhteis-

työ eri tahojen kanssa mahdollista laadultaan parhaan hoidon potilaille. Vuonna 2002 WHO:n julkaisema palliatiivisen hoidon määritelmää pidetään Euroopassa standardina. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa laadukasta hoitoa potilaille ja emotionaalista tukea omaisille. Britanniassa palliatiivinen hoito on tiimityötä eri tahojen kanssa. Tiimeissä työskentelee lääkäreitä, sairaanhoitajia, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä, pastoreita, psykoterapeutteja, toimintaterapeutteja ja fysioterapeutteja. Hyvä yhteistyö pohjautuu omien rajojen tunnistamiseen ja avun pyytämisen toisilta tiimin jäseniltä. Jatkuva keskustelu tiimin sisällä mahdollistaa laadukasta hoitoa potilaalle ja avun antoa hänen perheelleen. Tiimillä tulisi olla yhteiset tavoitteet ja ymmärrys avun tarpeesta. (Gamondi, Larkin, Cross & Payne 2013, 89–90.)

Eurooppalainen palliatiivisen hoidon yhdistys EAPC, on vertaillut EU-alueella tällä hetkellä voimassa olevia koulutussuunnitelmia. Tutkimuksessa vertailtiin ammattisanaston yhtäläisyyksiä ja eroavuuksia eri kielissä. Sen pohjalta laadittiin kymmenen kompetenssia, jotka EAPC:n mukaan hoitohenkilökunnan tulisi hallita, jotta palliatiivinen hoito olisi mahdollista. (Gamondi & ym. 2013, 10–11.)

Palliatiivisen hoidon kymmenen kompetenssia

1. Hoitohenkilökunnan tulisi toteuttaa palliatiivista hoitoa kaikkialla, jossa on potilaita ja heidän omaisiaan.
 2. Mahdollista potilaalle mahdollisimman hyvä fyysinen olo, sairauden kaikissa vaiheissa.
 3. Tyydyttää potilaan psyykkiset tarpeet.
 4. Tyydyttää potilaan sosiaaliset tarpeet.
 5. Tyydyttää potilaan hengelliset ja eksistentiaaliset tarpeet.
 6. Huomioida potilaan omaisia ja vastata heidän tarpeisiinsa.
 7. Ymmärtää päätöksentekoon liittyvät kliiniset ja eettiset kysymykset.
 8. Järjestää kokonaisvaltaista hoitoa tiimityönä kaikkialla, jossa palliatiivista hoitoa on saatavilla.
 9. Kehittää tiimin sisäisiä vuorovaikutustaitoja.
 10. Oman osaamisensa jatkuva reflektointi ja koulutuksen lisääminen.
- (Gamondi ym. 2013, 90.)

Kehityksen myötä 1800-luvulla monissa maissa näkyi kuolleisuuden jyrkkä nousu. Britanniassa syntyi epidemioita, jotka johtivat nopeasti kuolemaan ja myös pitkäaikaissairaudet lisääntyivät. Kuoleman merkitys korostui, jolloin palliatiivisen- ja saattohoidon tarve lisääntyi. Ihmiset alkoivat hahmottaa kuoleman kokonaisuutena. Vähitellen yleistyi kuolemaa lähestyvien siirtyminen kodeista hoitoa tarjoaviin laitoksiin. Näin historian ensimmäiset laitokset saivat alkunsa. Laitosten työntekijät olivat useimmiten uskonnollisia ja motivoituneita työhönsä. 1800-luvun lopussa ja 1900-luvun alussa Lontoossa, Dublínissa ja Gorkissa perustettiin palliatiivista hoitoa toteuttavia laitoksia. Lääkärit ja hoitajat alkoivat kiinnittää enemmän huomiota kuolevan potilaiden tarpeisiin. Vuonna 1887 palliatiivinen lääketiede tunnustettiin erikoisalana. (Clark 2003, 3–4.)

Palliatiivisen lääketieteen edelläkävijänä pidetään englantilaista lääkäriä William Munkia. Hän julkaisi tutkimuksen nimeltä Eutanasia tai lääketieteellinen hoito helppoa kuolemaa varten. Teoksessaan Munk kuvasi sanalla eutanasia, lääkärin halua auttaa potilastaan hyvään kuolemaan. Teosta voidaan pitää edelläkävijänä myös palliatiivisen hoidon kirjallisuudessa. Vuonna 1926 amerikkalainen lääkäri Artur Macdonald kaipasi lisää tutkimuksia, jotka pystyisivät antamaan mahdollisimman hyvän yleiskuvan kuolemasta. Tutkimuksien olisi pitänyt perustua havaintoihin ja mittareiden tarkkoihin arvioihin, joiden avulla olisi mahdollista vähentää kipua ja kuoleman pelkoa. (Clark 2003, 3–4.)

Lääketieteelliset tutkimukset herättivät vähän huomiota Iso-Britanniassa ja Irlannissa. Ei ole näyttöä siitä, että samaan aikaan syntyneet saattohoitokodit olisivat olleet riippuvaisia näistä julkaisuista. (Clark 2003, 3–4.)

Käytännössä palliatiivisen hoidon kehitys Iso-Britanniassa alkoi 1950-luvulla. Kehitys käynnistyi ammattikirjallisuudesta. Lääkärit, sosiaalityöntekijät ja sosiaalialan tiedemiehet tuottivat uudenlaista todistusaineistoa kliinisestä ja sosiaalisesta kuolemasta nykyisessä yhteiskunnassa. Palliatiivisessa hoidossa kiinnitettiin huomiota autonomiaan, itsemääräämisoikeuteen ja elämän merkitykseen ennen kuolemaa. Yli 15 maakunnassa työskenteli yli 200 Marian Curin sairaanhoitajaa. Merkityksellisen kehityksen ja kasvun palliatiivisessa hoidossa toteutti Cicely Saunders Pyhän Josefin sairaalassa Haknississa, Lontoon länsiosassa. Erityistä huomiota hän kiinnitti uskonnon merkitykseen palliatiivisessa hoidossa. Hänen havaintonsa perustuivat potilaan tarkkailuun, kuunteluun ja läsnäoloon. Havaintojensa avulla hän pystyi muodostamaan kuvan kivun kokonaisuudesta. Näkemys

kivusta auttoi liikkumaan fyysisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja hengellisen ulottuvuuden ulkopuolelle. (Clark 2003, 4–6.)

Aikakaudella oltiin epäluuloisia kipulääkkeiden suhteen. Cicely Saunders osoitti, että voimakkaiden kipulääkkeiden käyttöä voidaan pitää turvallisena ja varmana keinona lievittää potilaan kipua. Hän on todennut, että säännöllinen lääkitys voi ennaltaehkäistä kipua, joskus se voi myös lievittää kipua. Kipulääkitystä tulisi antaa pienin annoksin, annostusta ylöspäin nostaen. (Clark 2003, 4–6.)

Saunders perusti oman sairaalan vuonna 1967 Lontooseen. Sairaalan perustaminen antoi esimerkkiä muille samanlaiseen toimintaan. Pyhän Cristoferin sairaala oli ensimmäinen nykyaikainen sairaala. Sairaala oli ainutlaatuinen, potilaat saivat erinomaisen hoidon, henkilökuntaa koulutettiin lisää ja sairaalassa tehtiin tieteellisiä tutkimuksia. Psykiatri Colin Murray Parkes aloitti tutkimuksen jo ennen ensimmäisen potilaan saapumista sairaalan. Tutkimus pohjautui potilaan omaisten muistoihin. (Clark 2003, 4–6.)

Parkes jakoi potilaat kolmeen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän kuuluivat potilaat, jotka olivat kotona tai jotka kuolivat viikon sisällä sairaalan tulon jälkeen. Toisen ryhmän kuuluvat potilaat, jotka kuolivat sairaalassa. Kolmanteen ryhmään kuuluivat potilaat, jotka kuolivat Pyhän Cristoferin sairaalassa. Parkes huomasi paljon yhtäläisyyksiä huolimatta siitä, kuoliko potilas kotona vai sairaalassa. Kaikilla potilailla oli kipuja. Havaintojensa perustella hän pystyi osoittamaan, että potilaat jolla oli kipuja, olivat saattohoidossa. Kipu lievittyi sairaalassa olon aikana. Sairaalassa hoitajat pystyivät tunnistamaan paremmin potilaan kipuja ja oireita. Hoidon jatkuvuus ja psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaminen oli sairaalassa parempaa. Pyhän Cristoferin menestys oli merkittävä askel palliatiivisen hoidon kehityksessä. Eniten sairaaloita perustettiin 1980-luvulla, jolloin perustettiin joka vuosi 10 uutta sairaalaa. Palliatiivisen hoidon kokemus levisi nopeasti. 1990-luvulla Britanniaassa oli yli 1000 sairaanhoitajaa, joista suurin osa toteutti saattohoitoa kotona. (Clark 2003, 4–6.)

Palliatiivisen hoidon kehitys Euroopassa sai vaikutteita Cicely Saundersin toiminnasta. Huimaa kehitystä on tapahtunut viimeisen 15 vuoden aikana. Eurooppalainen palliatiivisen hoidon yhdistys perustettiin vuonna 1988. Yhdistyksen määritelmä palliatiivisesta

hoidosta sisältää kokonaisvaltaisen hoidon, jotta elämänlaatu kuolemaan saakka olisi laadultaan mahdollisimman hyvä. Kaikissa suurissa maissa on oma palliatiivisen hoidon yhdistyksensä. Vuonna 2003 Euroopan yhdistys antoi omat suosituksensa palliatiivisen hoidon toteuttamiselle. Suositus koskee sairaaloita, kotihoitoa, vanhain- ja seniorikoteja. (De Conno, Blumhuber & Rocafort 2003, 12–20.)

Euroopassa suurena haasteena pidettiin palliatiivisen hoidon laatua ja tutkimuksia julkaisevien tutkijoiden koulutusta. Euroopan palliatiivisen yhdistyksen johtoryhmä on tehnyt töitä palliatiivisen hoidon laadun parantamiseksi ja tutkimuksien toteuttamisen mahdollistamiseksi. Nykypäivänä useat tutkimukset ovat julkaistu tai kehittämisvaiheessa. (De Conno ym. 2003, 12–20.)

Saattohoidolla tarkoitetaan aikaa, joka voi olla kestoltaan muutamia viikkoja tai kuukausia ja sijoittuu lähemmäksi todennäköistä kuolinhetkeä kuin palliatiivinen hoito. Saattohoito on potilaan ja omaisen kärsimyksien lievittämistä. Fyysisten oireiden lisäksi huomioidaan psyykkiset oireet kuten ahdistus, yksinäisyys, turvattomuuden tunne ja autonomian säilyttäminen. (Hautala 2013.)

Saattohoidon periaatteet ovat oireiden lievitys, turvallinen ja jatkuva hoitosuhde, psykologinen tuki, yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioitus, lähiverkoston huomioiminen, potilaan itsemääräämisoikeuden varmistaminen ja elämänlaadun aktiivisuuden maksimointi. Saattohoidon periaatteet pohjautuvat Yhdistyneiden Kansakuntien kuolevien oikeuksien julistukseen vuodelta 1975 (Liite 3). (Hänninen 1999, 7.) Kuolevien oikeuksien julistuksessa kivuttomuutta pidetään tärkeänä elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä.

Saattohoito ei ole sidonnainen mihinkään sairauteen, joten se hyödyttää potilasta monien edenneiden sairauksien aiheuttamissa tilanteissa. Saattohoidon aloittamisen ajankohdan määrittäminen voi olla ongelmallista. Saattohoitoa lähestyvän potilaan tila voidaan kuitenkin määritellä niin, että sairaus on pahanlaatuinen, etenevä ja levinnyt, sitä ei voida parantaa, eikä elinaikaa merkittävästi pidentää hoidollisin toimin ja/tai potilaan hoito on diagnoosista riippumaton ja hän haluaa itse saattohoitoon. (Hautala 2013.)

Saattohoidon luonne ja kesto poikkeavat eri taudeissa. Kuolevan potilaan hoidossa seurataan hoitojen vastetta ja arvioidaan hoitojen hyötyä. Aktiivista hoitoa tulisi karsia elämän loppuvaiheessa ja tarpeettomia lääkkeitä lopettaa. Antibioottihoito ei paranna potilaan ennustetta, mutta sillä voi lievittää hänen oireitaan. Suonensisäinen nesteytys ja ravitsemus eivät ole tarpeen saattohoidossa. Liitännäissairauksien ennaltaehkäisevä hoito olisi paikallaan ennen oireiden kehittymistä ja pitkittymistä. Potilaan ikä tai sairaudet eivät ole este saattohoidolle. (Käypä hoito- suositus- 2012, 2.)

Saattohoidon kulmakivenä pidetään End of life-ohjelmaan, joka julkaistiin vuonna 2008. Strategia pohjautuu End of life care- ohjelmaan, joka toteutettiin vuosina 2004-2007. Ohjelman tavoitteena oli kuolevien hoidon profiilin nostaminen ja asenteiden muuttuminen kuolemaa kohtaan. Toteutunut saattohoito arvioitiin jälkikäteen tekemällä kyselyjä omaisille ja tekemällä kansallisia arviointeja. Hyvän saattohoidon kriteerinä tutkimuksessa oli pidetty hyvää kivunhoitoa. (Sankelo 2012, 2–4.)

Saattohoidosta on tehty lukuisia tutkimuksia kansainvälisellä tasolla. Sitä on tutkittu potilaan, omaisten sekä henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksissa on käytetty sekä määrällisiä, että laadullisia tutkimusmenetelmiä. Tutkimukset ovat olleet kertaluontoisia ja aineistot olivat olleet pieniä ja kuvailevia. Kansainvälisissä tutkimuksissa oli todettu kivunhoidon olevan puutteellista ja painottuvan lääkehoitoon. Economist- lehdessä oli julkaistu selvitys saattohoidon laadusta, joka oli tehty 40 maassa. Tulokset julkaistiin vuonna 2010. Britanniassa ja Australiassa todettiin olevan paras saattohoidon taso, Suomen ollessa sijalla 28. Suomessa saattohoidosta on tehty vähän tutkimuksia. Aiheesta on tehty lähinnä opinnäytetöitä ja väitöskirjoja (Sankelo 2012, 2–11.)

Kuoleman tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja arvokas kokemus jokaiselle ihmiselle. Arvokas ja rauhallinen kuolema, sekä saattohoitopäätöksen tekeminen on haaste suomalaiselle terveydenhuollolle. Saattohoitopäätöstä ei aina tehdä. Saattohoito kuitenkin edellyttää päätöksentekoa siitä, että potilas on lähestymässä kuolemaa. (Kattainen 2013.)

Saattohoitoa koskevat säädökset perustuvat Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 julkaisemiin kaikkia sairaanhoitopiirejä koskeviin saattohoitosuosituksiin. Kuolemaa lähestyvää potilasta hoidettaessa nämä näyttöön perustuvat suositukset, eettiset ohjeet ja

juridiset säädökset auttavat terveydenhuollon työntekijöitä toimimaan hyvien saattohoidon periaatteiden mukaisella tavalla. (Grönlund & Huhtinen 2011, 30.) ETENE on julkaissut vuonna 2002 Yhdistyneiden kansakuntien 40 vuotta sitten laatiman kuolevan oikeuksien julistuksen (LIITE 3), jossa kuvastuu ihmisen arvokkuus sekä hänen oikeutensa huolenpitoon ja hoivaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 15.)

Saattohoitopäätös on hoidon linjaamista. Päätöksen tekeminen antaa potilaalle mahdollisuuden saada kuolevan identiteetin. Tämä tarkoittaa mahdollisuutta kohdata oma kärsimys, kuolema ja surra sitä, sekä mahdollisuuden saada uudelleen suuntautuvaa hoitoa. Saattohoitopäätöksellä on vaikutus potilaan loppuelämänlaatuun ja omaisten kokemuksiin potilaan hoidosta sekä kuolemasta. Päätös ja sen linjaukset kirjataan sairauskertomukseen ja niitä voidaan muuttaa tarvittaessa. Päätös tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa. Keskustelussa käydään läpi sairaus, siihen saadut hoidot, sairauden ennuste ja hoitovaihtoehdot jatkossa. Potilaan ja läheisten käsitykset ennusteesta ja hoidoista selvitetään. Keskustelussa on hyvä käydä läpi toimenpiteet, käytettävät hoidot, missä potilasta hoidetaan, mistä on hyötyä kärsimysten lievittämisessä ja mitkä ovat potilaan toiveet. (Hautala 2013.)

Saattohoitopäätöksen tekemistä voi vaikeuttaa hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden saattohoidosta tai kuolemasta puhumisen aloittamisen vaikeus. Yhteisymmärryksen saaminen potilaan ja omaisen kanssa, koulutus, kokemus ja lääkäreiden halu hoitaa loppuun saakka voivat myös vaikeuttaa saattohoitopäätöksen tekoa. (Hautala 2013.)

Saattohoitopäätös on syytä tehdä potilaalle, jos hän sairastaa pahanlaatuista, ei parannettavissa olevaa etenevää tautia. Päätöksen tekeminen riittävän ajoissa ja hoidon aloittaminen sitten kun siihen on tarvetta helpottaa potilaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan kokemaan ahdistusta odottavasta kuolemasta. (Hautala 2013.)

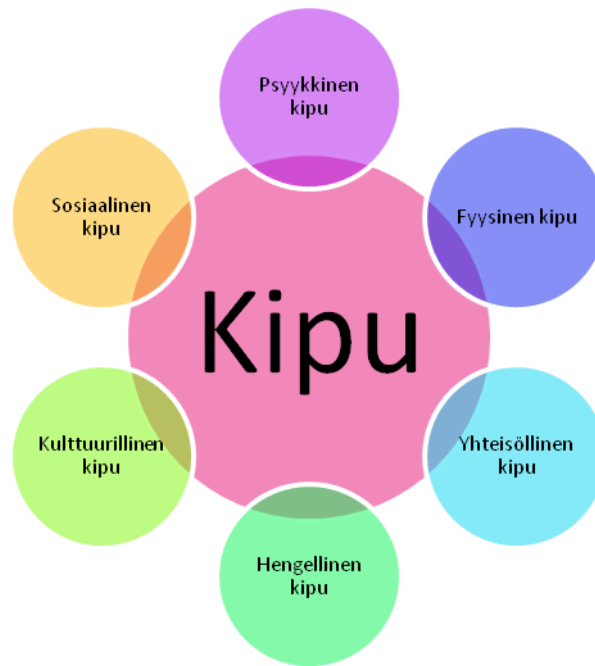
Lyhenteitä DNR = do not resuscitate tai DnaR = do not attempt to resuscitate ei pidä käyttää merkintöinä saattohoidon aloittamisesta (Käypä hoito- suositus 2012). Hoitotahdolla voi jokainen suullisesti tai kirjallisesti ennakoon ilmaista halunsa siitä, kuinka haluaa itseään hoidettavan vaikean vamman tai sairauden kohdatessa, mikäli ei pysty muutoin ilmaisemaan tahtoaan. Hoitotahtoa ei voi ohittaa ilman vahvoja perusteita ja se sitoo

oikeudellisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Hoitotahtoon tehnyt vahvistaa kirjallisen hoitotahtoon allekirjoituksellaan ja siitä tehdään merkintä potilasasiakirjoihin. Hoitotahto tulee voimaan, mikäli potilas ei itse pysty ilmaisemaan toiveitaan, osallistumaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon, on todennäköistä ettei potilas toivu, ennuste on lyhyt tai huono, sekä jos potilaan ennalta kuvaama tilanne toteutuu. Hoitotahto ei ole voimassa, jos toipuminen on odotettavissa ja ennuste on hyvä. Hoitotahtoon voi sisältyä kiellot elvyttämisestä, pitkälle edenneen sairauden yhteydessä nesteytyksestä, i.v lääkkeiden annosta ja ravitsemuksesta. Siihen voi sisältyä toiveet hoivasta, tutkimukseen osallistumisesta, elinluovutustahto sekä muita toiveita. Hoitotahtoon voi myös halutessaan nimetä sijaispäättäjän/edunvalvojan, jonka ei tarvitse olla lähiomainen. (Laakkonen 2013.)

DNR-päätös tarkoittaa päätöstä pidättäytyä potilaan sydämen paineluelvytyksestä ja sähköisestä tahdistuksesta tilanteessa, jossa sydämen toiminta pysähtyy. DNR- päätös on lääkärin lääketieteellisin perustein tekemä päätös elvyttämättä jättämisestä. Päätöksestä käytetään myös nimeä AND- päätös = allow natural death, joka tarkoittaa luonnollisen kuoleman sallimista. Päätöksen tulee perustua arvioon siitä, ettei potilaan tila todennäköisesti elvyttämisen jälkeen palautuisi. Päätöstä tehdessä lääkärin on huomioitava potilaan jäljellä olevat voimavarat ja perussairauksien ennuste. DNR- päätöstä tehdessä erityistä huomiota on kiinnitettävä siihen, onko elvytyksestä enemmän haittaa vai hyötyä potilaalle. Päätös ei saa vaikuttaa potilaan muuhun hoitoon, muu hoito jatkuu entisellään. Saattohoito päätöksestä ja siitä erillisestä DNR- päätöksestä olisi keskusteltava potilaan ja hänen luvallaan myös lähiomaisen kanssa. Omaisten kanssa keskusteltaessa tulisi selvittää, miten potilas olisi itse toivonut itseään hoidettavan nykyisessä tilassaan. Potilas eikä omainen voi edellyttää lääketieteellisesti perustellun ja asianmukaisen päätöksen kumoamista. Akuutti sairaalassa lääkäri tekee päätöksen elvyttämättä jättämisestä ja jatko- hoito järjestävässä sairaalassa lääkäri arvioi päätöksen jatkumista. (Valvira 2015.)

4 KIPU

Jokainen kokee kipua eri tavoin, kuten kuviosta 1 on nähtävissä. Kivun tuntemuksen vaikuttavat monet tekijät, kuten uskonto, aiempi kokemus kivusta ja saadusta hoidosta, yksilön fyysinen ja psyykkinen tila sekä kulttuuri. Hoitajan tietämys kipuun vaikuttavista tekijöistä auttaa tunnistamaan potilaan tuntemuksia ja kokemuksia kivusta.



KUVIO 1. Kokonaiskivun muodostuminen (Sailo & Varti 2000, 30).

Kivunhoidon esteenä ei saa olla dementia tai muu pitkälle edennyt sairaus. Hoitajalla tulisi olla valmiudet tunnistaa potilaan kivun merkit ja lievittää kipua. Hoitajan valmiudet tunnistaa ja lievittää kipua syntyvät empaattisen läsnäolon kautta. Kuolevien vanhuspotilaiden kipu on usein alihoidettua. (Grönlund & Huhtinen 2011, 115.)

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kipua seuraavasti. Kipu on epämiellyttävä sensorinen kokemus, johon liittyy kudосvaurio tai mahdollinen kudostuho. (Vanio 2004, 17.) Kipu voidaan jakaa kahteen ryhmään, krooniseen eli pitkäaikaiseen kipuun ja akuuttiin eli lyhytaikaiseen kipuun. Krooninen kipu voi johtua monesta eri syistä. Kipu jaotellaan syntymekanismin mukaan. Kudосvaurio kivun yhteydessä syntyy kudосvaurio, joka on jatkuva. Kipu aiheuttaa paikallisesti tulehdusta ja vaurioita. (Vainio 2004, 35.)

Kroonista kipua kutsutaan nosiseptiiviseksi kivuksi. Nosiseptiivisen kivun syntymekanismin perustella, voidaan tehdä jako kahtia. Somaattisen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattinen kipu syntyy yleensä kudoksissa, kuten luustossa ja lihaksissa. Viskeraalinen kipu syntyy sisäelimissä. Se voi olla sekä krooninen tai akuutti. Viskeraalista kipua on vaikea paikantaa, sillä se säätelee laajalle alueelle. Esimerkiksi sydäninfarktissa kipu voi tulla yläraajoissa ja korvanlehdessä. Hoitajan tulisi tunnistaa potilaan muita oireita päätöksenteossa. Muut somaattiset oireet voivat paljastaa, kyseessä olevan akuutin sisäelinkivun. (Sailo & Varti 2000, 32-33.)

Hermovauriokivulla on erilainen syntymekanismi nosiseptiiviseen kipuun verrattuna. Hermovauriokipu ei aiheuttaa kudolvauriota, häiriö tapahtuu hermopäätteissä ja johtoradassa. Krooninen neuropaattinen kipu syntyy hermovaurion johdosta. (Sailo & Varti 2000, 33.)

Mikäli kipuoireita ei saada kulumaan mihinkään ryhmään, kipua pidetään tuntemattomana. Tuntemattomasta syystä johtuvaa kipua kutsutaan myös idiopaattiseksi kivuksi. Idiopaattisen kivun etiologia on tyypillistä potilaille jotka ovat kärsineet jonkinlaisista psyykkisistä ongelmista. (Sailo & Varti 2000, 33.) Tuntemattomasta syystä johtuvalle kivulle löydetään harvoin selitystä. Potilaalle tehty tutkimukset osoittavat potilaan olevan terve, eikä laboratoriotuloksissa ole poikkeavaa. Kivun etiologia on vaikeasti selitettävissä. Kipu ei aiheudu kudolvauriota eikä hermovauriosta. (Vainio 2004, 35.)

4.1 Kivun arviointi ja kirjaaminen

Kivun säännöllinen arviointi ja kirjaaminen ovat perusedellytyksiä hyvälle hoidolle. Kipu kirjataan numeraalisesti tai sanallisesti, sen voimakkuutta kuvaten. Kivun haittaavuus kirjataan sen toimintakykyyn, mielialaan, liikuntakykyyn ja nukkumiseen vaikuttavuuden mukaan. Kivun laatu, esiintymispaikka ja-aika sekä käytetyt lääkkeet, niiden vaste ja haitat kirjataan. (Käypä hoito -suositus 2012.)

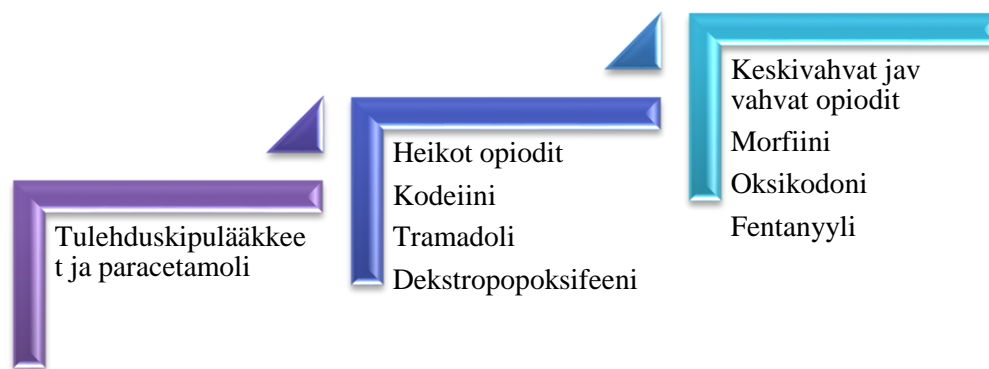
Hoitajilta edellytetään kivun hoidon osaamista. Kivun voimakkuutta ja tunnistamista varten on käytettävissä erilaisia menetelmiä ja mittareita. VAS- kipujanalla potilas itse voi kuvata kivun voimakkuutta. Tämän lisäksi hoitajan tekemä silmämääräinen tarkkailu,

jossa kiinnitetään huomiota fyysisiin oireisiin kuten eleisiin, ilmeisiin, hikoiluun, kosketukseen reagoimiseen ja pulssin tasoon, antavat tietoa mahdollisesta kivun voimakkuudesta. On huomioitava, että kipulääkkeiden imeytyminen voi olla jostain syystä häiriytynyt. Vanhuksilla alipaino voi olla syy häiriintyneeseen kipulääkkeiden imeytymiseen ja sitoutumiseen. WHO on julkaissut vuonna 1998 ohjekirjan, jossa fyysisen kivun lisäksi kiinnitetään huomioita muihin kipuun liittyviin oireisiin. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57.)

4.2 Lääkkeellinen kivun hoito

Tieto kivunlievityksestä, sen monipuolisuudesta ja useat vaihtoehdot kannattaa tuoda potilaan tietoon hyvissä ajoin. Pelkkä tieto kivunhoidosta auttaa potilasta, vaikka itse kivunhoidolle ei olisi vielä tarvetta. (Pfizer 2014.)

Kivunhoidon on oltava potilaalle helppoa ja toteuttaminen yksikertaista. WHO:n kolmiaskelmaisten kipuportaiden mukaisesti kuviossa 2 on nähtävissä, että kivun lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä, joista siirrytään asteittain vahvoihin opioideihin. Ensimmäinen annostelureitti on suun kautta annostelu. Kipulääkityksen tulee olla säännöllistä ja sitä suunniteltaessa on varauduttava läpilyöntikipuihin. Suunnitellun lääkityksen tulee perustua portaittaiseen malliin. Kipua tarvitsee hoitaa kaikkina vuorokauden aikoina ja ennaltaehkäisevällä otteella. Kipulääkkeen annostusta nostetaan yleensä vastekattoon saakka ja tarvittaessa tulehduskipulääkkeen rinnalla aloitetaan heikko opioidi. Tulehduskipulääkkeen rinnalle vaihdetaan vahva opioidi, kun heikon opioidin vastekatto saavutetaan. (Hänninen 2003, 88–89.)



KUVIO 2. WHO:n lääkehoitoportaikko (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006).

Tulehduskipulääkkeet sijoittuvat kipuportaissa ensimmäiselle askelmalle. Kivun hoito aloitetaan tulehduskipulääkkeellä, jolla on anti- inflamaattinen eli tulehdusta vähentävä vaikutus tai paracetamolilla, joka on kipulääke. Tulehduskipulääkkeet ja opioidit ovat tehokkaita luustokipuja hoidettaessa. Tulehduskipulääkkeiden on todettu olevan hyödyllisiä saattohoitopotilaan kivunhoidossa. Niitä käytettäessä on kuitenkin muistettava saattohoitopotilaan lääkitykseen liittyvät riskitekijät, kuten maksan ja munuaisten toimintahäiriöt, korkea ikä, kuivuminen ja muiden lääkkeiden yhteiskäyttö. (Hänninen 2003, 91–92.)

Heikot opioidit sijoittuvat kipuportaissa toiselle askelmalle. Heikoksi opioidiksi luokitellaan Suomessa markkinoilla oleva kodeiini. Kodeinin teho perustuu sen muuttumiseen elimistössä morfiiniksi. Kodeinin sivuvaikutukset ovat morfiinin kanssa samankaltaisia. Yleisimmin käytetty valmiste on tramadoli. Kodeiinia käytetään yhdistelmävalmisteissa Panacod, joka on paracetamolin ja kodeinin yhdistelmä sekä Ardinex, joka sisältää ibuprofeinia ja kodeiinia. (Hänninen 2003, 93.)

Opioidit sijoittuvat kipuportaissa kolmannelle askelmalle. Morfiini on hinnaltaan edullinen perusopioidi, jonka hyötyosuus on oraalisessa käytössä 1660 prosenttia. Oksikodonin hyötyosuus on oraalisessa käytössä 5060 prosenttia. Fentanyyliä sisältävä laastari sopii stabiilin kivun hoitoon ja sen vaikutus alkaa hitaasti 1217 tunnin kuluessa laastarin asettamisesta. Fentanyylilaastarin voi joutua vaihtamaan 48 tunnin välein. Metadoni on toisen linjan opioidi ja sitä suositellaan käytettäväksi vain kokeneen, kivunhoitoon erikoistuneen

lääkärin valvonnassa. Metadoni omaa opioidivaikutuksen lisäksi serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton eston sekä NDMA- antagonismin. Metadonilla on muiden lääkkeiden kanssa yhteisvaikutuksia esim. SSRI- lääkkeit. Sen puoliintumisaika on pitkä, 15-60 tuntia. (Käypä hoito -suositus 2012.)

Vahva opioidi aloitetaan lyhytvaikutteisella oraalisesti annosteltavalla opioidilla ja annostusta nostetaan yksilöllisesti. Kun haluttu vaste on saavutettu, siirrytään pitkävaikutteiseen opioidiin vastaavalla vuorokausiannoksella. Aloitus voidaan tehdä myös pienellä annoksella pitkävaikutteisista opioidia. Pitkävaikutteisen opioidin rinnalle läpilyöntikivun hoitoon voidaan tarvittaessa aloittaa lyhytvaikutteinen opioidi. (Käypä hoito- suositus 2012.)

4.3 Lääkkeetön kivunhoito

Kipua voidaan helpottaa lääkkeettömillä kivunhoidon menetelmillä. Parhaimman hyödyn lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä saa, kun sen yhdistää lääkehoitoon. Lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä on muun muassa kylmähoito, rentoutuminen, mukavaan asentoon hakeutuminen, sekä erilaiset vaihtoehtoiset hoitomuodot, kuten akupunktio, vyöhyketerapia. (PKSSK i.a.)

Kylmä- ja lämpöhoidot ovat paljon käytettyjä kivunhoidon menetelmiä. Kylmä- ja lämpöhoidon väliltä valitsemisen määrittää kivun aiheuttaja, ongelman kesto sekä se, minkä potilas kokee parhaiten hänelle auttavan. Jos kipu sijaitsee nivelissä tai lihaksissa, ovat molemmat toimivia vaihtoehtoja. Lämpöhoitoa voidaan myös käyttää esihoitona esimerkiksi liikehoitoa edeltävästi. (Terve media Oy 2008.)

Kylmähoitoa käytetään paikallisesti siihen kehon osaan, jossa kipu on. Kylmä helpottaa kipua vähentäen samalla kuumotusta, sekä rauhoittaa tulehdusta. Kylmähoidon vaikutus perustuu verisuonten supistumiseen ja kylmähoitoa saavan alueen tuntohermojen puutumiseen. Kylmähoitoa annetaan 15- 20 minuuttia kerrallaan, jonka jälkeen tulee pitää 40-45 minuutin tauko. Jos kylmähoitoa antaa liian pitkään kerrallaan, voi se johtaa reflektoriiseen verenkierron lisääntymiseen. (Terve media Oy 2008.)

Kylmähoito sopii saattohoitopotilaiden hoidossa hyvin tulehtuneiden nivelten hoitoon. Jääpalahieronta on hyvä ja toimiva kivunhoitomenetelmä. Jäätä voi käyttää esimerkiksi ärtyneiden lihasten ja jänteiden sekä lihasten kiinnityskohdissa sijaitsevien kipujen hoitoon. Alaselkäkiput ja selkäkiput, jotka säteilevät jalkoihin asti, lievenevät usein paikallisella kylmähoidolla. (Terve media Oy 2008.)

Lämpöhoidon vaikutus perustuu lämmön kipua lievittävään tehoon. Verenkierron parantuessa kudoksen aineenvaihdunta paranee ja lihasjännitys vähenee. Paikallisten vaikutusten lisäksi lämpö rentouttaa koko kehoa ja rauhoittaa potilasta. Lämpöhoitoa voidaan antaa useilla eri menetelmillä. Yleisimmin käytetyt keinot ovat erilaiset lämpöpakkaukset, lämmin vesi ja ultraääni. Parhaimmillaan lämmön avulla saadaan katkaistua lihasjännityskipu. Lämmön hyviin puoliin kuuluu sen sidekudosten venyvyyttä parantava vaikutus. Lämpöhoito helpottaa hieronnasta ja liikehoidoista mahdollisesti johtuvia kipuja. Useat eri tutkimukset tukevat sitä, että lämpö vähentää pitkäaikaisia tulehdustiloja. (Terve Media Oy 2008.)

Akupunktio eli akupunktuuri on vanha, Kiinasta lähtöisin oleva hoitomenetelmä. Akupunktuuripisteet määräytyvät kehon elimiä kuvaavien mediaanien mukaan. Alun perin potilaita pistettiin akupunktiassa terävillä kivillä, mutta nyttemmin kivet ovat vaihtuneet neuloihin. Sairauksien hoidossa pistelyllä pyritään vaikuttamaan virtauksiin, jotka tapahtuvat mediaaneja pitkin. (Saarelma 2014.)

Parhaiten akupunktuurihoitojen katsotaan soveltuvan kipujen helpottamiseen. Akupunktiota voidaan käyttää akuutin, että kroonisen kivun hoidossa. (Huotari i.a.) Akupunktuurin tehoa kipuun on tutkittu ja sen vaikutuksen sanotaan olevan lumehoidon tasolla tai siitä vain hieman parempi. Erityisesti tuki- ja liikuntaelimistön kivuista kuten niska- ja hartiasseudun kivuista, nivelrikon säryistä sekä selkävaivoista kärsivät ovat hakeneet apua akupunktiosta. Myös migreenistä tai ääreishermostoperäisestä kivusta kärsivä voi saada apua akupunktiosta. Jäykkyyden ja fibromyalgian hoidossa akupunktiosta voi olla apua verrattuna siihen, ettei ole akupunktuurihoitoa saanut. (Saarelma 2014.)

Fysioterapia saattohoidossa on vielä suhteellisen uusi asia. Selkeää toimintamallia siihen ei ole vielä muotoutunut, vaan se hakee vielä muotoaan. Fysioterapian tarkoituksena saattohoitopotilaan hoidossa on ylläpitää potilaan toimintakykyä, ennaltaehkäistä jäykkyyttä

ja painehaavoja, helpottaa kipuja sekä parantaa potilaan elämänlaatua. Fysioterapeutti voi myös omalta osaltaan tukea saattohoitopotilasta ja hänen läheisiään. (Bjong i.a., 1)

Saattohoitopotilaan toimintakykyä voi ylläpitää niin arkiliikunnalla, kuin suunnitellulla ja ohjatulla harjoitteluilla. Vaikka potilas saisikin ohjattua harjoittelua, on häntä hyvä tukea myös omatoimisuuteen. Liikkuminen tulee suunnitella kunnon ja voinnin mukaan. Huomioon tulee ottaa yleisvoinnin ajoittain yllättävät ja voimakkaatkin vaihtelut. (Bjong i.a., 2)

Asentohoitojen hyvä huomioiminen mahdollistaa kipujen ennaltaehkäisyn ja niiden helpottamisen. Asentoa muuttamalla voimme vaikuttaa kipureseptoreihin vähentäen niihin kohdistuvaa ärsytystä, ehkäistä jäykistymistä ja ennaltaehkäistä painehaavojen syntyä. Asentohoito on erityisen tärkeä henkilöillä, jotka joutuvat viettämään suurimman osan ajastaan vuoteessa tai pyörätuolissa ja ovat estyneitä itse vaikuttamaan asennonvaihtoonsa. Asentoa tulee vaihtaa riittävän usein. (Bjong i.a., 3-4.)

TNS- sähkökipuhoito eli transkutaaninen elektroninen hermostimulaatio, on hyvä vaihtoehto erilaisten kipujen hoidossa. Se on käytössä yleisesti ja se on yleensä hyvin siedetty. Se on hyvä lihas- ja hermoperäisen kivun hoidossa. Tutkimustulokset ovat vielä ristiriitaisia sähkökipuhoidon tehosta kivunhoidossa ja enemmän pitkäaikaisia tutkimuksia asian suhteen tarvittaisiin. TNS- sähkökipuhoitoa on hyvä käyttää yhdessä muun kivunhoidon rinnalla. (Bjong i.a., 4.)

5 ELÄMÄNLAATU

Elämänlaatu on vaikeasti määriteltävä käsite. Elämänlaatuun sisältyy jokaisen yksilölliset ja omakohtaiset käsitykset sisäisistä ja ulkoisista tekijöistä. Terveystieteellisessä elämänlaadulla voidaan yleisesti tarkoittaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, sekä niihin vaikuttamista hoidoilla. (Hietanen 2004, 231.)

Elämänlaatua määrittävät odotukset ja odotusten suhde niiden toteutumiseen. Sairaus muuttaa odotuksia elämästä. Terveystieteellisessä potilaan elämänlaatuun voidaan vaikuttaa lääketieteellisillä menetelmillä, vuorovaikutuksella, tukipalveluilla sekä joustavalla, jatkuvalla, tehokkaalla ja hyvällä moniammatillisella yhteistyöllä. (Hietanen 2004, 231–232.)

5.1 Kivun vaikutus elämänlaatuun

WHO:n mukaan elämänlaatu käsite tarkoittaa yksilön käsitystä omasta hyvinvoinnista (THL 2014). Elämänlaatua pidetään tärkeänä hoitotyön tuloksena saattohoitopotilailla. Elämänlaatua voi tarkastella kahdesta ulottavuudesta. Ensimmäinen, subjektiivinen ulottuvuus käsittelee henkilön omakohtaista tulkintaa omasta hyvinvoinnistaan ja tyytyväisyyttään omaan elämäänsä. Subjektiivinen ulottuvuus käsittelee fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja eksistentiaalista hyvinvointia. Toinen, terveyteen liittyvä elämänlaatu käsitteenä sisältää terveydenhuollon puuttumista yksilöön fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. (Tang, Aaronson & Forbes 2004, 114–115.)

Fyysinen hyvinvointi tarkoittaa yksilön kokemusta omasta fyysisestä kunnosta ja oireiden olemassa oloa tai puuttumista. Psyykkinen hyvinvointi sisältää emotionaaliset reaktiot, kuten depression ja levottomuuden. Eksistentiaalinen hyvinvointi sisältä yksilön kyvyn löytää elämän merkityksen ja suoriutua vaikeuksista. Sosiaalinen hyvinvointi tarkoittaa yksilön käsitystä omasta asemastaan yhteiskunnassa, vuorovaikutuksesta muiden kanssa ja mahdollisuudesta saada tukea muilta ihmisiltä. (Tang ym. 2004, 114–115.)

Vaikka elämänlaatua pidetään tärkeänä palliatiivisessa hoidossa, elämänlaadun merkityksestä saattohoitopotilailla oli tehty vähän tutkimuksia. Terveysteen liittyvä elämänlaatu on relevantti potilaalle, joka saa aktiivista hoitoa. Palliatiivisissa hoidossa hoidon tavoitteena on elämänlaadun parantaminen, sairauden parantamisen sijasta, jolloin elämänlaadun käsitteen laajempi merkitys korostuu. Saattohoidossa olevan elämänlaatu rakentuu jäljellä olevista voimanvaroista. (Sailo & Vartti 2000, 165.)

Pitkittynyt kipu vaikuttaa ihmisen päivittäisen elämään ja rajoittaa hänen toimintaansa. Kipu aiheuttaa masennusta, ruokahaluttomuutta ja unettomuutta. Kipu vaikuttaa myös sosiaalisiin suhteisiin. Potilaan ja hänen omaisensa elämänlaatu heikkenee. Kivusta johtuva toimintakyvyn menettäminen on merkittävää potilaan elämänlaadun kannalta. (Sailo & Vartti 2000, 35.)

Euroopassa tehty tutkimus osoitti, että kroonista kipua sairastavat nukkuvat yöllä huonosti ja heräävät useita kertoja yön aikana. Tutkimus osoitti, että potilaiden unen laatu oli huono ja he nukkuivat keskimäärin 6 tuntia. Kolmannes vastaajista nukkui alle viisi tuntia. Kivun helpottuessa unen laatu paranee. (Mercadante, Girelli & Casuccio 2004, 355–359.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että lähes kaikilla kipupotilailla esiintyy masennusta. Masennus aiheuttaa ruokahalun menettämistä tai lisääntymistä, unettomuutta ja sosiaalisen elämän vähenemistä. Tutkimuksissa tulee esiin, että masennuksesta kärsivillä potilailla on suurempi riski saada mielenterveysongelmia. Masennus voi aiheutua monesta erisyystä. Toimintakyvyn menetys kivun seurauksena voi aiheuttaa masennusta, samoin kivusta johtuva yksityisen elämään muutos. Kipulääkkeet voivat olla masennuksen syynä ja masennus voi olla kivun ilmenemismuoto. Kivun parannuttua masennus oireet voivat helpottua. Kipupotilaat voivat kärsiä ahdistuneisuudesta, paniikista ja stressistä. Ahdistuneisuuden oireet voivat ilmetä sydämentykytyksenä. Oireet aiheuttavat huolestuneisuutta ja kipuun voi liittyä paniikkikohtauksia. Paniikkikohtauksessa ruumiillisia oireita voi olla esimerkiksi vatsakipu, hengenahdistus, sydän oireet ja jalkojen tai käsien puuttuminen. Kivun syntymekanismit ovat erilaisia, varhainen puuttuminen on tärkeää ja moniammatillinen ryhmä pystyy hoitamaan potilasta kokonaisvaltaisesti. Potilaan kokonaisvaltainen hoito edistää parantumista ja elämänlaadun kohottamista. (Sailo & Vartti 2000, 68–72.)

5.2 Toimintakyvyn ja elämänlaadun mittaaminen

Kroonisesta kivusta kärsivä potilas pystyy harvoin parantumaan täysin. Hoidon tavoitteena on toimintakyvyn- ja elämänlaadun parantuminen. Kroonisesta kivusta kärsivä voi sopeutua tilanteeseen ja korvata rajoitteet muulla tavoin. Esitiedoista käy usein ilmi potilaan toimintakyky. Kipupotilaille ei ole olemassa mittaria, jolla pystytäisiin mittaamaan ja arvioimaan toimintakykyä. Apuna voidaan käyttää Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen tekemä puolistrukturoitua kyselykaavaketta, jonka avulla pystytään arvioimaan potilaan toimintakykyä. Toimintakykykyselyä käytetään erikoissairaanhoidossa fysio- ja toimintaterapiassa. Palliatiivisessa hoidossa olevalle potilaalle on kehitetty ESAS (Edmont Symptom Assessment Scale) kaavake (LIITE 5). Kaavakkeen avulla hoitohenkilökunta pystyy kartoittamaan potilaiden oireita. Euroopassa on tehty useita tutkimuksia, joissa osoitetaan kaavakkeen hyödyllisyys palliatiivisessa hoidossa oleville potilaille. Kaavakkeessa on kartoitettu yhtätoista oiretta, joita potilaalla mahdollisesti esiintyy. Potilaan tulisi ympyröidä asteikolla 0-10, kulloisenkin tilanteen mukaan oireensa. Mikäli potilas vastaa 4 tai sitä suuremman luvun, otetaan asia puheeksi ja selvitetään oireen taustaa. Kipua pidetään tärkeänä ja sitä pidetään yleisenä oireena palliatiivisessa hoidossa olevilla potilailla. (Salminen 2007, 24–26.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, suurimman osan potilaista olevan tyytyväisiä saamansa hoitoon. Eri maissa tehdyt tutkimukset osoittivat, että maiden välillä on olemassa eroavaisuuksia. Englannissa ja Suomessa tehdyt tutkimukset osoittivat kivunhoidon olevan laadultaan hyvää. Alankomaissa tehty tutkimus osoitti, että potilaista 55 prosentilla esiintyi kipua ja 42 prosentin kivunhoito oli riittämätöntä. Tutkimuksissa todettiin kivun aiheuttavan unettomuutta. Unettomuus edesauttaa masennuksen syntymistä ja masennus puolestaan pahentaa kipua. (Salminen 2007, 24- 26.)

Oireiden paljous tuo hoitajalle ja lääkärille uudenlaiset haasteet potilasta hoidettaessa. Potilaan kuunteleminen ja läsnäolo edistää potilaan voimaantumista ja edesauttaa toimintakyvyn parantumista. Toimintakyvyllä on suoran vaikutus elämänlaatuun. (Salminen 2007 24- 26.)

Elämänlaatuun vaikuttaa oireiden lisäksi edenneessä sairaudessa ikä, suorituskky, tarjolla olevat hoidot ja jäljellä oleva elinaika. Oireiden muuttuvuus on huomioitava seikka.

Samat oireet eivät välttämättä häiritse kuoleman lähestyessä, mitkä ovat häirinneet diagnoosin saamisen aikaan potilasta. (Käypä hoito- suositus 2012, 3.)

Eksistentiaalista eli olemassaoloon liittyvää kärsimystä voi aiheuttaa oman kuoleman kohtaaminen. Se voi ilmetä kuolemanpelkona, paniikkina, merkityksettömyydentunteena, arvottomuudentunteena, kokemuksena taakkana tai riippuvaisena olemisesta, toiveena kuoleman nopeuttamisesta tai eristäytymisenä. Eksistentiaalinen kärsimys tulisi erottaa depressiosta, deliriumista ja ahdistuneisuudesta, joita voidaan hoitaa lääkehoidolla. Potilaiden halu kuolla liittyy usein kipuun, heikentyneeseen suorituskyykyyn, väsymysoireyhtymään ja masennukseen. (Käypä hoito- suositus 2012, 3.)

6 SAIRAANHOITAJAN KOMPETENSSI

Terminä kompetenssia voi tarkistella kahdesta ulottuvuudesta. Yhdestä näkökulmasta kompetenssia pidetään työntekijän ominaisuutena suoriutua työtehtävästään. Toinen laajempi käsite sisältää laadun mittareita, joiden avulla pystytään osoittamaan työn laatua ja suoriutumista tehtävästä. Kompetenssi on tiedon ja taidon kokonaisuus, joka vaikuttaa työn sisältöön. Sitä pystyy mittaamaan ja arvioimaan yleisesti hyväksytyjen asetusten mukaan. Kompetenssia pystytään parantamaan koulutuksen kautta. (Parry 1996, 33, 48–56.)

Kuolemaa lähestyvän potilaan saattohoitopäätöksen tekemisen jälkeen, sairaanhoitajan on mahdollista hoitaa potilasta kokematta tarpeetonta ristiriitaa hoitosuhteessa, jossa parantavan hoidon mahdollisuutta ei enää ole. Selkeä päätös helpottaa sairaanhoitajaa asettumaan potilaan ja omaisten tueksi ja auttaa näin potilasta saamaan oikein suunnattua hoitoa. Näin hoitosuhteessa voi korostua elämän loppuvaiheessa potilaalle merkittävät seikat. Selvitetään keskustelemalla potilaan kanssa hoitopaikka, potilaan yksilölliset toiveet ja omaisten osallistuminen saattohoitoon. Turvallisessa hoitosuhteessa potilaalle mahdollistuu käydä läpi elämänsä päättymiseen liittyviä tunteita ja ajatuksia. Hoitosuunnitelmaan kirjataan merkitykselliset aiset. (Hänninen & Anttonen 2008, 25.)

Potilaan ollessa hyväkuntoinen tuetaan häntä itsensä hoitamisessa, autonomian säilyttämisessä ja asioiden hoitamisessa. Elämänlaatuun vaikuttavat fyysiset oireet pyritään saamaan hallintaan. Sairanhoitajan rooli kuolevan potilaan lähellä on läsnä olevaa, kuuntelevaa, hiljentyvää hoitoa, jossa turhat tutkimukset ja toimenpiteet on pyritty karsimaan pois. Sairanhoitajan arvioima ja toteuttama oirehoito nousee keskeiseksi. Omahoitaja järjestelmä voi tuoda tukea potilaalle ja omaisille. (Hänninen & Anttonen 2008, 25–26.)

7 HOITOTYÖN NÄKÖKULMA

7.1 Kärsimyksen hoitaminen

Lähtökohtana saattohoidolle tulisi olla potilaan ja hänen läheistensä kärsimyksen hoitaminen. Kärsimys aiheutuu tilanteesta elämässä, johon potilaalla tai hänen läheisellään ei ole mahdollisuutta vaikuttaa ja siihen ei sisälly jatkuvuutta. Lääketieteessä ihmistä hoidetaan ruumin toimintojen ja niitä säätelevien hermotoimintojen tutkimisen ja hoidon periaatteella. Hoitotieteessä ihminen ajatellaan kokonaisuutena, jonka elämään kärsimys kuuluu osana. Hoitosuhteessa on huomioitava potilaan oma tuntemus kärsimyksestä, jolloin voidaan varmistaa hänen tarvitsemansa hoito. (Hänninen & Anttonen 2008, 34.)

7.2 Kuolevan potilaan hoitotyö

Kuolevan potilaan hoitotyön lähtökohtana ovat potilaan tarpeet. Tarpeiden selvittämisen, kirjaamisen ja toteuttamisen tapa on tärkeässä merkityksessä. Omahoitaja järjestelmä edesauttaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Työyhteisössä voi olla myös saattohoitovastaava, joka on vastuussa tiedon hankkimisesta, ei kaikkien kuolevien hoitamisesta. Kuolevia voidaan joutua hoitamaan saattohoitoon tarkoitettujen paikkojen vähäisyyden vuoksi parantavaan hoitoon suuntaavilla osastoilla. Tällöin täytyy ratkaista, kuinka hoidetaan samassa huoneessa kuolemaa lähestyviä ja parantuvia potilaita. Saattohoidon lähtökohtana tulee olla yksilöllisyys ja sen kunnioittaminen. Potilaan toiveisiin keskittyminen ja mahdollisuuksien mukaan niiden toteuttaminen ovat tärkeitä asioita. Osastonhoitajat ovat vastuussa toimintalinjoista, joiden mukaan toiveita toimintayksikössä on mahdollista toteuttaa. (Anttonen 2008, 51–52.)

Oirehoidon yksilöllinen arviointi on sekä lääkärin että hoitajien tehtävä. Ensisijassa potilas kuvaa oireensa itse. Jos potilas ei pysty ilmaisemaan itseään, arvioidaan tilanne hoitohenkilökunnan ja omaisten arvioiden perusteella. Ensisijaisesti fyysiset oireet lievitetään, koska niillä on suora vaikutus potilaan elämänlaatuun. (Anttonen 2008, 52.)

Hoitohenkilökunnan osaamista voidaan lisätä kirjallisuudella ja tutkimustiedolla. Lisäkoulutustarvetta varten olisi hyvä selvittää henkilökunnan osaamista ja suunnata koulutusta vastuuhenkilöille. Tutkimuksissa on todettu saattohoidosta lukevien hoitajien pysyvän keskustelemaan helpommin kuolemaan liittyvistä asioista potilaiden kanssa, jolloin myös hoidon laatu paranee. (Anttonen 2008, 52.)

7.3 Ristiriitaiset hoitovaatimukset

Potilaan ja omaisten näkemykset hyvästä hoidosta kuoleman lähestyessä, voivat olla ristiriitaiset. Ristiriitaa voi olla hoitotahdosta tai saattohoitopäätöksestä huolimatta esimerkiksi siitä, mikä on tilanteessa tarpeellista hoitoa. Hoitoneuvotteluissa tulisi pyrkiä ennaltaehkäisemään näitä tilanteita. Hoidon linjauksien tekeminen yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa päämääränä yhteisymmärryksessä saatu hoitolinjaus, kirjattuna potilasasiakirjoihin, voi olla ennaltaehkäisevä tekijä. Ravitsemuksen ja nesteytyksen aiheet olisi syytä keskustella erityisesti selviksi. Keskustelujen avulla ristiriitaiset toiveet voidaan ennaltaehkäistä ja hoitopäätökseen voidaan vedota tarvittaessa. Vaativassa tilanteessa hoitopäätös on sairaanhoitajan tukena. Osastonhoitajan luoma hoitokulttuuri, jossa hoitoneuvottelut kuuluvat kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoon automaattisesti, auttavat hoitajia työssään saavuttamaan hyvän ja laadukkaan hoidon päämäärään. (Anttonen 2008, 55–56.)

7.4 Sairaanhoitajan tunteita kuolevan hoidossa

Kuoleman läsnäolo kaikessa hoitotyössä, siihen liittyvät kokemukset ja tunteet antavat mahdollisuuden sairaanhoitajalle ammatilliseen ja persoonalliseen kasvuun. Saattohoidon tavoitteet hyvä, inhimillinen ja yksilöllinen kuolema, sisältävät tietoista saattamista kuolemaan. Kuolema voi olla vapauttava mahdollisuus, uhka, menetys, tiedostettu tai tiedostamaton tavoite. Kuolemalla on vaikutus kaikkiin jäljelle jääviin. (Snellman 2008, 97.)

Elämänhistoriasta tulee pohja sairaanhoitajan käsitykseen hyvästä ja pahasta. Koulutus ja kokemus rakentavat ammatillisen suhtautumisen kuolemaan. On hyvä pohtia missä kul-

kee persoonallisten tunteiden ja ammatillisuuden raja. Tärkeää olisi tunnistaa oman jaksamisensa rajat ja pystyä kertomaan tuen tarpeesta kokematta olevansa huono, paha tai häirikkö. Persoonallisuuden ja ammatillisuuden tukiessa toisiaan on helpompi vastaanottaa työn haasteita. Oman rajallisuuden ymmärtäminen voidaan nähdä rakentavana asiana. Sen ymmärtäminen mahdollistaa sairaanhoitajan asettumisen potilaan ja omaisen lähelle jakamaan, kokemaan ja toimimaan heidän parhaakseen. (Snellman 2008, 97–98.)

Kuolevaa potilasta hoidettaessa kärsimyksen sietäminen on osa hoitotyötä. Pettymyksen tunteet syntyvät, kun puuttuu mahdollisuus auttaa. Työyhteisössä lupa käsitellä ja ilmaista tunteita auttaa jaksamaan. Mikäli tunteita ei voida ilmaista, hoitosuhteessa koetut pettymykset voivat edetä ulospääsyä etsiväksi vihaksi, joka kuuluu puheissa, asenteissa ja vaatimuksissa työyhteisöä kohtaan. (Snellman 2008, 98–99.)

Epävarmuus toimintavalmiuksista huolimatta on tunne, jota voidaan kokea kuoleman lähestyessä. Oireet ja hoidot voivat herättää tunteita ja olla vaativia. Hyvästä hoidosta huolimatta mahdollisuus hyvään kuolemaan voi hävitä. Tämä voi tuoda hoitajille avuttomuuden ja riittämättömyyden tunteita. Ajatukset toisin toimimisen mahdollisuudesta ja muista tunteista joita hoitotilanteet herättävät, olisi hyvä päästä puhumaan pian tilanteen lauettua. Tunteet ja käytännön tapahtumat on hyvä erottaa toisistaan ja kokemuksista kerrotaan arvostelematta. Näin toimimalla mahdollistetaan, etteivät tapahtumat jää mieleen tai työyhteisöön kaihertamaan. Inhimillistä on, että sairaanhoitaja voi kokea vastemielisyyttä, väsymystä ja haluttomuutta kuolevaa, hänen läheistään tai jotain hoitotoimenpidettä kohtaan, vaikka tätä voi olla vaikea hyväksyä. (Snellman 2008, 99–100.)

Vastuu ja kuoleman jatkuva läsnäolo uuvuttaa, mikä on luonnollinen reaktio. Hyväksytykin kuolema jatkuvana mielessä olijana aiheuttaa uupumusta. Kuinka paljon pystyy ottamaan vastaan toisen surua ja luopumisen tuskaa, sekä tukea ja lohduttaa on raja, jota ammatillisen kasvun kautta voi pyrkiä hallitsemaan tietoisesti. (Snellman 2008, 102–103.)

Kun potilas hyväksyy tilanteensa aiheuttaman tarvitsevuutensa ja heikkoutensa, tämä vapauttaa potilaan käyttöön voimia. Tehdessään saattohoitotyötä sairaanhoitajan tulisi kannustaa potilasta tähän, tilanteeseen sopivilla keinoilla. Potilas voi tuoda sairaanhoitajalle kannettavaksi ja jaettavaksi pelkonsa, murheensa ja huolensa, jos hänelle tarjotaan siihen

tilaisuutta. Potilas voi tällä tavoin kerätä voimia lähestyttäessä kuolemaa. Sairaanhoidajalta vaaditaan tällöin omaan heikkoutensa ja tarvitsevuutensa hyväksymistä, joka on suuri vaatimus. (Snellman 2008, 103.)

7.5 Etuoikeutena kuolevan hoitotyö

Kuolemaa lähestyvien hoitotyö on hoitamisen lisäksi jatkuvaa elämän peruskysymysten kohtaamista ja miettimistä. Elämän peruskysymykset ja niiden aiheuttamat tunteet antavat mahdollisuuden ammatilliseen ja henkilökohtaiseen kasvuun. Hoitotyön arvojen ja henkilökohtaisten perusarvojen käsitteleminen tuo arvostusta itse tekemälle työlle ja motivoi työhön. Omiin tietoihin ja taitoihin on pystyttävä luottamaan. Oma työtä ja valintoja on pystyttävä arvioimaan, täsmentämään ja perustelemaan. Pettymysten ja onnistumisten kautta sairaanhoitaja kehittyy saaden kokemusta itsestään. Sairaanhoidajan on kyettävä rakentamaan vuorovaikutukseen yhteisten tavoitteiden ja omien vaatimustensa kanssa, jolloin tapahtuu kokemuksellista kasvamista ja työssä kehittymistä. (Snellman 2008, 105.)

7.6 Onnistumisesta saatava voima

Sairaanhoidaja joutuu tunnekuormituksen kohteeksi kohdatessaan jatkuvia ympäristön vaatimuksia ja ollessaan jatkuvassa valmiustilassa kuolevaa potilasta hoidettaessa. Tavoitellessaan vahvuutta ja erehtymättömyyttä on muistettava, että omien vaikeiden tunteiden taustalla voi olla omat asenteet ja pelot. Omille tunteille herkkänä oleminen mahdollistaa työssä kasvamisen ja näin kehittyy tilanteiden tunnistuskyky ja kuolemaa lähestyvän potilaan hoitotyön erityisosaaminen. Omien tunteiden ja oman kuoleman hahmottamisen kautta sairaanhoitaja pystyy ottamaan vastaan kuolemaa lähestyvän tunteita ja jakamaan niitä kuolevan kanssa. Omiin tunteisiin luottaminen ja kuuleminen auttavat luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen, antaa tätä kautta turvaa ja läsnäoloa potilaille sekä omaisille. Näin saavutetaan onnistumisen kokemuksia, joiden avulla sairaanhoitaja voi tuntea itsensä arvostetuksi, luottamuksen ja samaistumisen arvoiseksi. (Snellman 2008, 107.)

Hyvän saattohoidon toteuttaminen mahdollistuu arvioinnin avulla. Arviointi auttaa havaitsemaan hoitotyössä huonosti toteutuneet tai toteutumattomat seikat. Arviointi tulee perustua yksikön toimintamalliin kuolevan potilaan hoidosta. Myönteinen asenne ja työtovereiden rohkaisu kertovat kuolevan hoitotyön arvostamisesta. (Anttonen 2008, 53.)

7.7 Kuolevaa potilasta hoitava henkilökunta ja omaiset

Perheen voimavarojen tukeminen ja selviytymiskeinojen kehittäminen surun kohdatessa, on tavoitteena perhekeskeiselle hoitotyölle. Henkilökuntamitoitukset voivat estää näkemästä sitä kuinka lapsia ja perheitä voitaisiin tukea jokapäiväisessä hoitotyössä. Kiireiset hoitajat voivat kokea aktiiviset perheenjäsenet hankalina ja hoitotyötä häiritsevinä. Lyhyillä sairaalahoidoilla tehostetaan sairauksien hoitoa, mutta potilaan ja omaisten tarpeiden, sekä elämäntilanteiden kokonaisvaltainen huomioiminen jäävät pois. Vakava sairaus ja sairaalaan joutuminen, sekä kuoleman läheisyys tuovat mukanaan paljon tunteita. Päättuneina ovat potilailla kuten henkilökunnallakin pelko ja ahdistus. Reagointitapa kuorittavaan tilanteeseen riippuu aiemmista selviytymisen kokemuksista. Aiemmin käsittelemättömät tunteet myös tiedostamattomina, tulevat esiin. Riitojen välttämiseksi olisi syytä pysähtyä pohtimaan mitä tapahtuu, joskus siihen voi tarvita ulkopuolista apua. (Schmitt 2008, 66- 67.)

7.8 Sairaanhoitaja lähellä kuolevaa

Elämän rajallisuuden hyväksyminen ja oman kuolemaan suhtautumisen pohdiskelut ovat mahdollisuus kehittyä saattohoitotyössä. Omat kokemukset kuolemasta voivat hoitotilanteissa aktivoitua. Kuolevaan suhtautumiseen vaikuttavat myös oma eletty elämä ja oma elämän tilanne. Nämä seikat vaikuttavat siihen voiko sairaanhoitaja pysähtyä kuolevan ja hänen läheistensä luo. (Kärpänniemi 2008, 109.)

Kuolevaa lähestyvän potilaan hengelliset tarpeet täytyy kuulla ja huomioida omasta vakaumuksesta riippumatta, sillä ne ovat hoitoprosessiin kuluva osa. Potilaan tarpeet on pystyttävä erottamaan hoitajan tarpeista. Miten potilaan tarpeet kuullaan, on saattohoidon ammattitaitoa. (Kärpänniemi 2008, 110–111.)

Ahdistuksen hoitoa on tilanneherkkyys ja se, että kuuntelija kestää itse ahdistusta eikä lähde karkuun. Hoitajan täytyy osata turvautua työtoverin apuun tarvittaessa. Kuolemaa lähestyvä potilas kaipaa vierelleen asettuvaa, vaivautumatonta ihmistä, ei niinkään varmuutta ja viisautta. (Kärpänniemi 2008, 111.)

Ihmisen perusaistimukset säilyvät, vaikka tajunnantaso heikkenisikin. Siksi on tärkeää, että hoitotilanteissa huomioidaan ja korostetaan hellää ja lämmintä kosketuksen ja liikkeiden sävyä sekä kiireettömyyttä. Katseen ja äänen vivahteet ovat työvälineitä, joita tulee korostaa fyysisessä hoidossa, hoidettaessa kuolemaa lähestyvää potilasta. Hyvän kosketus välittää potilaalle, että hän on hyvissä ja turvallisissa käsissä. Olisi hyvä tietää potilaan toiveista sekä tavoista, jotta voitaisiin mahdollistaa hänelle arvokas ja yksilöllinen hoito. (Kärpänniemi 2008, 113.)

Kuoleman läheisyydessä voi olla myös hienoa, elämän eri värisävyt sisältävää elämää. Hoitotilanteissa itku, väsymys, nauru ja huumorikin voivat olla läsnä ja ne voivat olla selviytymiskeinoja. (Kärpänniemi 2008, 114.)

8 KYSELY

8.1 Tutkimuskysymykset

Kysymykset voivat muuttua tutkimuksen aikana. Tutkimuksen kannalta on kuitenkin tärkeää, että tutkimuksen alkaessa on olemassa jonkinlaiset tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymyksiä ei kannata kuitenkaan liikaa määrittää ja yksityiskohtaistaa. Tarkka määrittely ja yksityiskohtaistaminen vaarantavat tärkeitä näkökulmia, ja ne saattavat jäädä tutkimuksen ulkopuolelle, tai niitä ei oteta riittävästi huomioon. (Järvenpää 2006, 10.)

Työmme tavoitteena on kartoittaa sairaanhoitajien käsitystä omasta osaamisestaan kuolemaa lähestyvän potilaan hoidossa ja tuoda esiin mahdollisuuksia vaikuttaa kuolevan potilaan elämänlaatuun kivunhoidossa hoitotyön keinoin.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaiseksi hoitaja kokee oman osaamisensa kuolevan potilaan hoitotyössä ja mihin he kokevat tarvitsevansa lisätietoa?
2. Minkälaiseksi hoitaja kokee mahdollisuutensa parantaa kuolevan potilaan elämänlaatua omalla hoitotyöllään?
3. Mitä ja minkälaisia kivunlievitysmenetelmiä hoitajilla on käytössään kuolevaa potilasta hoidettaessa?
4. Millaiseksi hoitajat kokivat moniammatillisen yhteistyön kuolevaa potilasta hoidettaessa?

Kyselylomakkeessa kartoitimme sairaanhoitajien taustaa, onko koulutustaustalla, lisäkoulutuksella, iällä, sukupuolella ja työssäoloajalla merkitystä omaan käsitykseen osaamisesta kuolevan potilaan hoidossa. Kartoitimme lisäksi, mitä hoitajat kokevat osaavansa ja mihin he kokevat tarvitsevansa lisätietoa parantaakseen kuolemassa olevan potilaan elämänlaatua. Kartoitimme hoitajien tietoa kivunhoidon lääkkeellisistä ja lääkkeettömistä menetelmistä, hoitajien käsityksiä kuolemaa lähestyvän potilaan hoidossa käytössä olevista termeistä, sekä tuntemuksia yhteistyöstä moniammatillisessa työryhmässä ja kokemuksista elämänlaadun parantamisesta.

8.2 Tutkimusaineisto- ja menetelmät

Laadullista tutkimusta ei voi tarkoin määritellä. Laadullisessa tutkimuksessa toimijan oma näkökulma on keskeinen osa tutkimusta. Siinä tutkija itse osallistuu tutkimukseen aktiivisesti, eikä ole vain ulkopuolinen havainnoitsija. Itse prosessi voi muuttua tutkimusjakson aikana, se ei ole vain yhteen näkökantaan sidottu. (Järvenpää 2006, 3–4.)

Aineistonkeruuvälineenä käytetään tutkittavia henkilöitä itsessään. Tutkijan omat havainnot ja haastateltavien kanssa käydyt keskustelut ovat tärkein osa tutkimusta, ei niinkään tutkimuksessa mitattu tieto. Tutkimuksen suunnitelma saattaa muuttua matkan varrella. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan tutkia niin ennalta tuttuja, kuin vähemmän tutkittuja ilmiöitä. Laadullinen tutkimus on hyvä tapa tutkia ilmiötä, jota ei voi tutkia kokeellisesti käytännöllisestä, eettisistä tai inhimillisistä syistä johtuen. (Järvenpää 2006, 5–7.)

Tutkimuksella tulee olla teoreettinen pohja. Teorioista pystytään rakentamaan tulkintoja ja se auttaa etenemään tutkimuksessa. Teorian tulisi kehittyä tutkimuksen mukana. (Järvenpää 2006, 8–9.)

Opinnäytetyön metodina käytimme laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusmenetelmää käyttäen halusimme saada selville sairaanhoitajien omia käsityksiä osaamisestaan. Tutkimusmenetelmän luonteen ja tiedon takia tutkimuksessa korostuu tutkimuskohteeseen nähden kolme näkökulmaa, konteksti, ilmiön intentio ja prosessi. Kontekstin huomioiminen tarkoittaa, että selvitetään ja kuvataan tutkimustekstissä millaisiin yleisiin sosiaalisiin, kulttuurisiin, historiallisiin ja ammatillisiin yhteyksiin tutkittava asia liittyy. Kuvataan esiintymisympäristöä tai ilmiötä ajassa, paikassa ja sosiaalisessa verkostossa. Intention kuvaaminen tarkoittaa tutkimustilanteessa tarkkailtavia motiiveja ja tarkoituksia, jotka liittyvät tutkittavan ilmaisuun tai tekemiseen. Prosessilla tarkoitetaan tutkimusaineiston ja tutkimusaikataulun tuotantoedellytysten suhdetta tutkimusta tekevän ja tutkittavan asian ymmärtämiseen. (Vilkkä 2005, 99.)

Tiedot keräsimme kyselylomakkeella. Kyselylomakkeeseen päädyimme, koska resurssit olivat riittämättömät haastattelujen tekemiseen. Sairaanhoitajien vuorotyö ei mahdollista tapaamisia niin, että kaikki pääsisivät paikalle samanaikaisesti.

Anonyymisti kyselylomakkeeseen vastaamalla on mahdollista saada tietoa osaamisessa olevista mahdollisista puutteista, ilman sairaanhoitajan leimautumista. Anonyymi vastaminen mahdollistaa myös sen, etteivät opinnäytetyön tekijöiden omat tulkinnat häiritse vastaamista tai vastausten tulosta.

Ennen varsinaista kyselyä esitetasimme kyselyn kolmella osastonhoitajalla. Varsinaiset kyselylomakkeet annettiin sairaanhoitajille henkilökohtaisesti ja työpisteisiin laitettiin palautuslaatikot, joihin täytetyt kyselylomakkeet saattoi jättää. Uskomme saavamme rehellisemmän kuvan aiheesta, kun sairaanhoitajat voivat vastata lomakkeen avulla anonyymisti.

Varasuunnitelmaksi olimme ajatelleet järjestää ryhmähaastatteluja, mikäli emme olisi saaneet kyselylomakkeilla riittävästi vastauksia. Eettisen toimikunnan antamien ohjeiden vuoksi, luovuimme varasuunnitelmasta hakiessamme tutkimuslupaa Eettisestä lautakunnasta.

8.3 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen voi toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna tai kyselylomakkeella. Haastatteluissa havainnointi on osallistuvaa. Haastatteluiden tulee olla ennalta sovittuja ja haastattelijan alulle panemia. Haastattelijan pitää kyetä pitämään keskustelua yllä ja tarvittaessa motivoida haastateltavaa. (Järvenpää 2006, 13–14.)

Kyselylomakehaastattelussa kysymykset ja kysymysjärjestys ovat kaikille samat. Tutkija voi itse päättää onko haastattelu tällöin strukturoitu eli lomakkeessa on kaikille samat vastausvaihtoehdot vai puolistrukturoitu, jolloin vastausvaihtoehdot ei ole. (Järvenpää 2006, 16.)

Haastattelemalla toteutetussa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään mitään teoreettisella tai konkreettisella tavalla. Haastattelu tulisi kohdentaa henkilöille, jotka tietävät tutkimuksen aiheesta mahdollisimman paljon, omien kokemustensa ja koulutustensa kautta. Haastattelutavat sekä organisaatiot joita he edustavat, tulisivat olla mahdollisimman tarkkaan harkittuja. (Järvenpää 2006, 20.)

Tutkimuksen toteuttajien tulee olla ennen haastatteluun lähtöä selvillä siitä, mitä haastattelu koskee ja mihin kysymyksiin he haluavat vastauksia. Resurssit, aika ja raha asettavat myös tutkimukselle omat haasteensa. (Järvenpää 2006, 20.)

Lähtökohtana opinnäytetyöllemme on ihmisarvon kunnioittaminen. Ennen kyselyä kerroimme henkilökunnalle tulevasta tutkimuksesta ja mitä tulee tapahtumaan sen jälkeen. Henkilökunnalle kerrottiin, että vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyyn osallistuneet eivät ole missään vaiheessa tunnistettavissa.

Koska kyseessä on lopullinen sekä mahdollisesti vaikea ja arkaluontoinen, mutta kuitenkin luonnollinen ihmisen elämänsäkaareen liittyvä osa-alue, on erityisesti huomioitava inhimillisyyden ja eettisyyden lähtökohdat. Eettisinä kysymyksinä suunnitteluvaiheessa meille nousi esiin ensimmäiseksi erilaisten hoitojen tarpeellisuuden arviointi, niiden vaikutus ja seuraukset potilaan elämänlaatua ajatellen.

Opinnäytetyön tekemistä varten teimme kirjalliset sopimukset opinnäytetyöntekijöiden ja työelämänedustajien välillä. Helsingin Kaupungin alaisuudessa oleviin laitoksiin haettiin tutkimusluvat. Tutkimuslupahakemus lähetettiin liitteineen Eettisen lautakunnan käsiteltäväksi maaliskuussa 2015. Viikon kuluttua saimme sähköpostin, jossa esitettiin tarkennus- ja muutosehdotuksia suunnitelmaan liittyen. Saimme ehdotuksen luopua varasuunnitelmasta, lisäselvitystä vaadittiin kustannuksista ja yhteydenottojen suhteen. Kysymysten esitestauksesta pyydettiin selvitys. Kysymysten esitestauslomake annettiin kevättalvella 2015 Puotilan Palvelutalossa kolmelle osastonhoitajalle, vastauksia saatiin kaksi. Päätimme pitää kysymykset ennallaan esitestauksesta saamamme palautteen jälkeen.

Varsinainen kysely Puotilan Palvelutalossa aloitettiin 1.4.2015, vastausaikaa kyselyyn oli 30.4.2015 asti. Tutkimusluvan tultua Eettisestä lautakunnasta, kyselyt aloitettiin Myllypurossa ja Suursuolla kesä-heinäkuussa 2015. Kyselyt analysoitiin heinä-syyskuun 2015 aikana, opinnäytetyön esitarkastukseen jättö lokakuussa, kypsyysnäyte ja luovutus marraskuussa 2015. Kyselyn vastaamiseen ja valmiin työn esittämiseen käytetty aika yhteis-

työpaikoissa oli arviolta yhteensä Puotilassa 6 tuntia, Myllypurossa 3–4 tuntia ja Suur-suolla 6 tuntia. Kustannukset olivat pienet ja tekijöiden vastuulla. Kustannuksia tuli lähinnä paperista ja kirjekuorista.

8.5 Päätelmät

Päätelmissä kyse on tutkimuksessa tehtyjen havaintojen tunnistamisesta ja niiden kehittämisestä. Löydökset tulee suhteuttaa teoriaan ja teoreettiseen viitekehykseen. Tutkimuksen tulee olla kautta linjan rehellinen ja luotettava, jotta siitä voi tehdä luotettavia ja vakavasti otettavia päätelmiä. (Järvenpää 2006, 34–35.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa vastaajien kiinnostus kuolevan potilaan elämänlaadun parantamisesta. Kokemus siitä, että omalla hoitotyöllään voi saada aikaan potilaan olon helpottumista kuoleman lähestyessä, auttaa olemaan asiasta kiinnostunut. Luotettavuuteen vaikuttaa lisäksi kysymyslomakkeen täyttämiseen varattu aika. Mahdollisuus miettiä ja vastata kysymyksiin rauhassa takaa harkitumpia vastauksia, kuin kiireessä vastatut. Huomioitavaa on, että kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. Kyselytutkimuksia pidetään pinnallisina ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. Haittoina on, että ei ole mahdollista varmistua miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn, sekä ovatko vastaajat pyrkineet vastauksissaan rehellisyyteen ja huolellisuuteen. Ei ole myöskään selvää, ovatko vastausvaihtoehdot olleet vastaajien mielestä onnistuneita. Väärinymmärryksien kontrollointi on vaikeaa, eikä tiedetä vastaajien perehtyneisyyttä kysytävään aiheeseen. Vastaamattomuus saattaa olla suuri. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195.)

9 ANALYYSI

9.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeita jaettiin Gaius- Säätiölle 11 kappaletta. Vastauksia sieltä saimme kolme, joista yksi oli tyhjä. Vastausprosentti Gaius- Säätiöllä oli noin 27 prosenttia Myllypuron monipuolisen vanhustenkeskuksen osasto viidelle jaettiin neljä kyselylomaketta, joista kaikkiin oli vastattu. Vastausprosentti siellä oli 100. Suursuon sairaalan osasto 11:sta jaettiin 15 kyselylomaketta, joista yhdeksään vastattiin. Kolme lomaketta oli hävinnyt. Vastausprosentti oli Suursuolla 60.

Kun kaikki vastaukset oli palautettu, päätimme vastaajien anonymiteetin varmistamiseksi vaihtaa vastauslomakkeet keskenämme, jolloin jokainen ryhmän jäsen analysoi muun kuin oman työyhteisönsä vastaukset. Esitestauksen vastauksia ei lopullisessa työssä huomioitu.

Kyselyyn vastasi yhteensä 16 sairaanhoitajaa. Naisia vastaajista oli 13, miehiä yksi. Yksi vastaajista ei ilmoittanut sukupuoltaan ja yksi kyselylomake oli tyhjä. Tyhjää kyselylomaketta emme tule tässä työssä jatkossa huomioimaan.

Valmistumisvuodet vastaajilla ajoittuvat vuosille 1985–2015. Osa opistotasaisen sairaanhoitajatutkinnon suorittaneista ilmoitti päivittäneensä tutkintonsa ammattikorkeakoulutasoniseksi. Työskentelyaika hoitoalalla vastaajilla oli aina viidestä kuukaudesta 30 vuoteen.

9.2 Aineiston analysointi

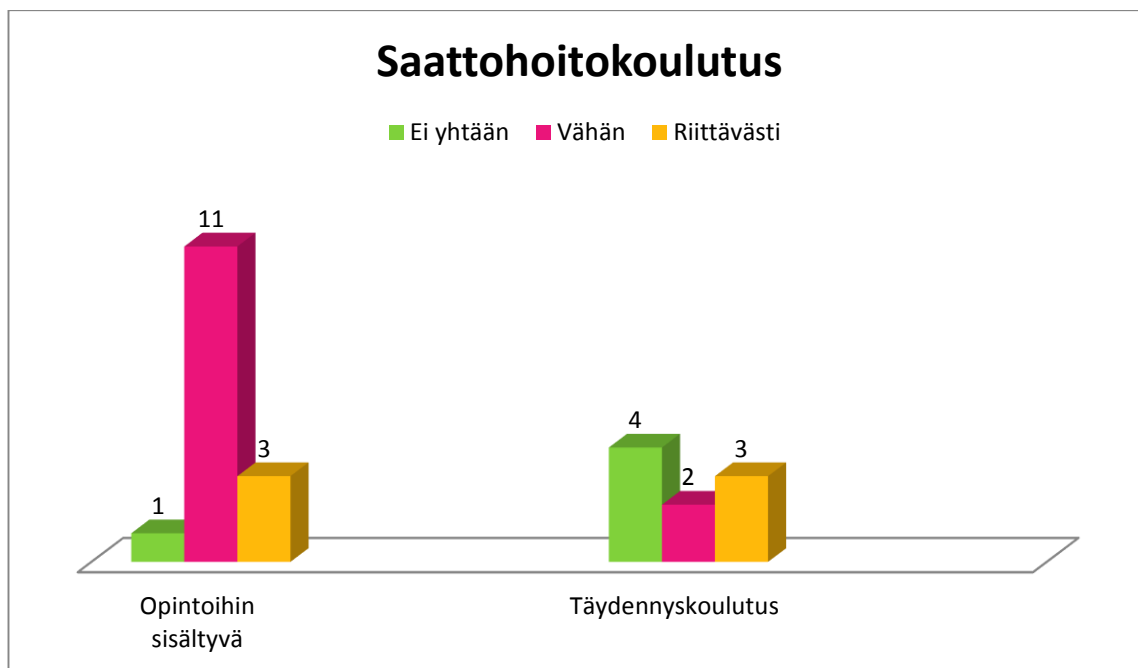
Haastattelun tarkoituksena on tuoda uutta tietoa esiin tutkittavasta aiheesta. Teoreettisen aineiston, haastatteluiden ja itse analyysin välillä tulee olla selkeä punainen lanka. Laadullisen tutkimuksen haastavimmaksi osuudeksi sanotaan useimmiten itse analyysia. (Järvenpää 2006, 21.)

Haastatteluaineistoa voi lähestyä kahdesta eri näkökulmasta. Aineistolähtöisen näkökulman tarkoituksena on muodostaa tulkintoja aineistoa tutkimalla. Teoreettisen näkökulman tarkoituksena on, että haastattelut toimivat apuvälineenä tulkinnoille. (Järvenpää 2006, 21.)

Tutkijaa saattaa helposti ohjata läpi tutkimuksen omat ajatukset ja tottumukset ilman, että hän itse tiedostaa asiaa. Ne voivat kuitenkin muuttua vahvastikin kun aineisto on koottu ja analysoitu. Tutkijan tulisikin käyttää ohjaavia olettamuksia tutkiessaan tutkimukseen liittyvää kirjallisuutta, tai toteuttaessaan haastatteluita. Analyysi on valmis siinä vaiheessa kun koko aineisto on käsitelty, määritelty ja suhteutettu teoriaosuuteen. (Järvenpää 2006, 24.)

Analyysi on monivaiheinen. Se jäsennellään ja tulkitaan useassa eri vaiheessa. Tutkijan on itse tunnettava aineistonsa täysin, niin teoriaosuuden kuin haastattelumateriaalikin suhteen. (Järvenpää 2006, 25.)

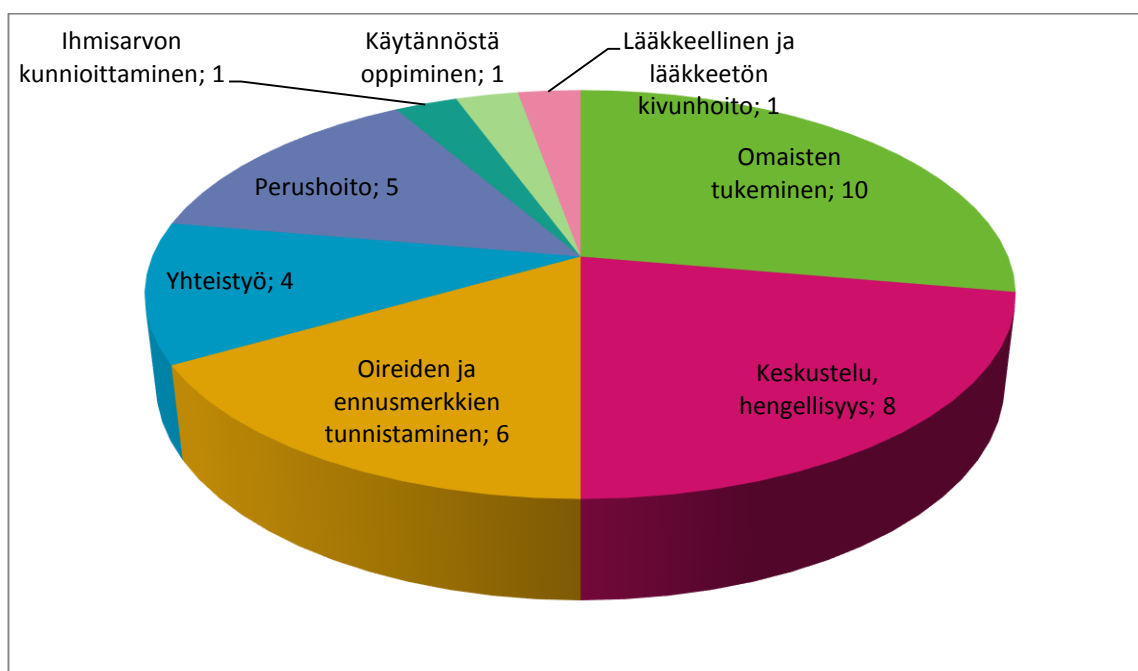
Aineistoa voi analysoida teemoittamalla, tyypittelemällä, erittelemällä sisältöä, keskustelemalla tai muilla erilaisilla analysointitavoilla. Aineistoa voi eritellä esimerkiksi tyypittelemällä siitä samankaltaisuuksia, tai etsimällä aineistosta poikkeavia tapauksia. (Järvenpää 2006, 30.)



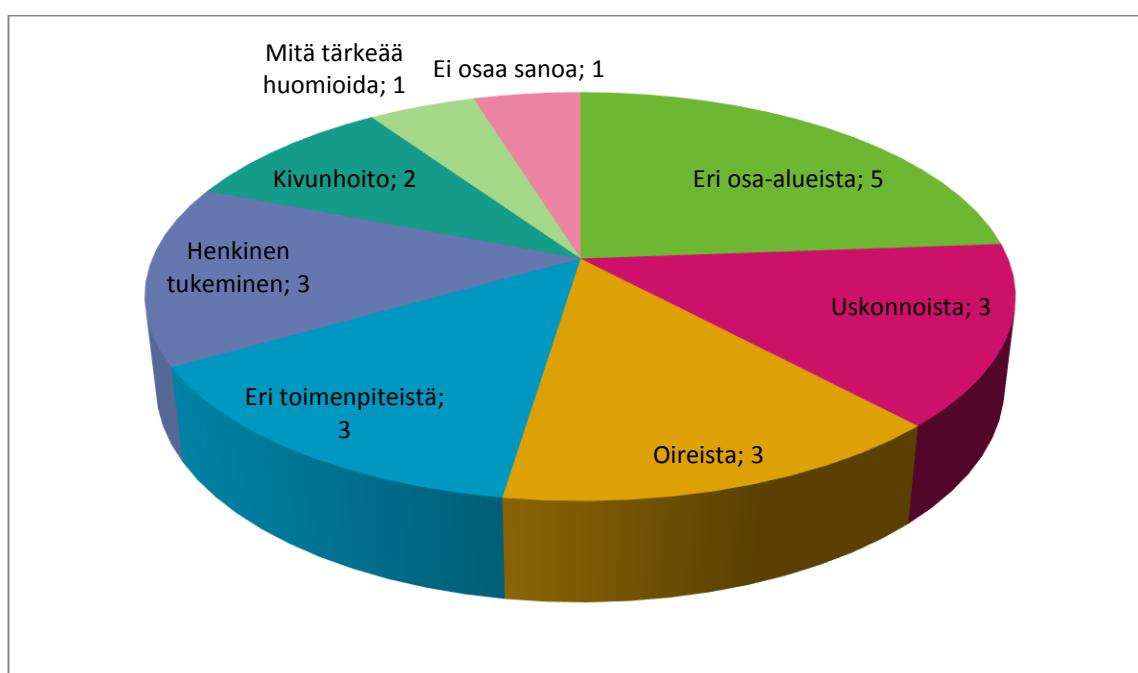
KUVIO 1. Sh-koulutukseen sisältyvä ja opintojen jälkeinen saattohoitokoulutus

Vastauksissa nousi selkeästi esiin toive, että saattohoitoa pitäisi enemmän käsitellä jo sairaanhoitajakoulutuksessa. Suurin osa vastaajista oli saanut saattohoitokoulutusta perusopintojensa aikana, kuten kuviossa 1 näkyy. Täydennyskoulutusta vastaajat olivat saaneet vähän. Oma-aloitteisesti ammattitaitoaan saattohoitoon liittyen oli täydentänyt kolme vastaajaa. Neljällä vastaajalla täydennyskoulutusta ei ollut lainkaan ja kahdella saattohoitokoulutus oli vähäinen. Lisätietoa ja koulutusta koettiin tarvittavan, jotta oma osaaminen olisi varmempaa työskenneltäessä kuolevaa lähestyvien kanssa.

9.3 Osaaminen



KUVIO 2. Asiat, jotka koettiin parhaiten hallittavan saattohoidossa



KUVIO 3. Mihin koettiin tarvittavan lisätietoa

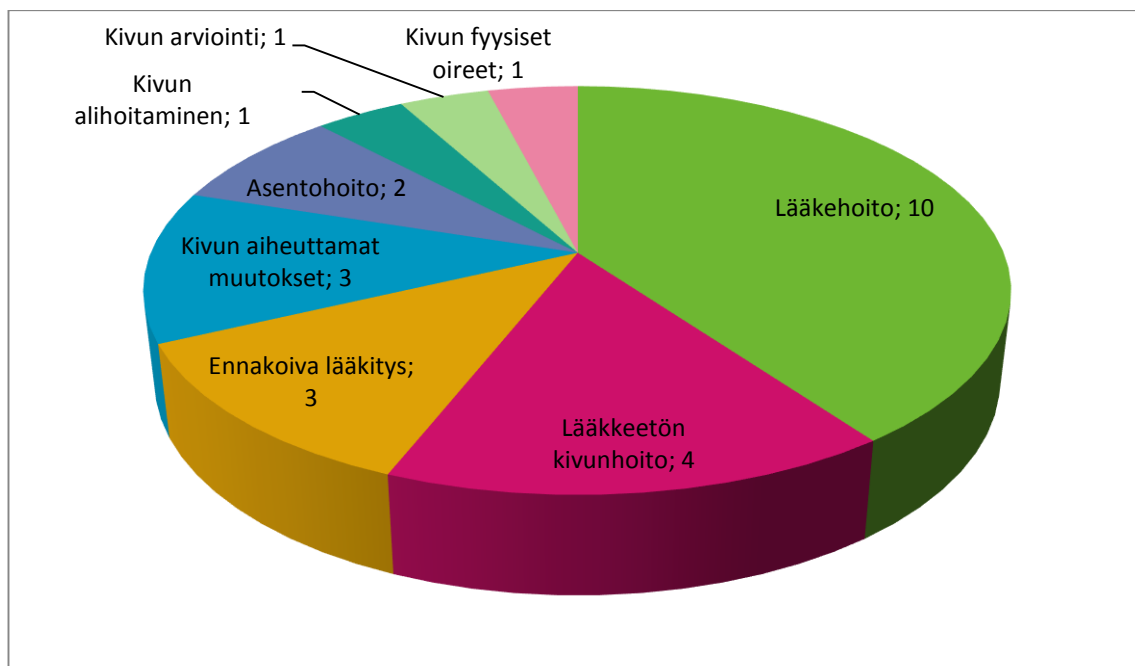
Kuvio 2 on nähtävissä, että kymmenen vastaajaa koki, osaavansa kuolevan potilaan omaisen kohtaamisen. Keskustelun ja hengellisyyden hallitsi kahdeksan henkilöä. Kuusi vastaajaa koki osaavansa kuolevan potilaan oireiden ja ennusmerkkien tunnistamisen. Viisi

vastaaja koki osaavansa perushoidon ja neljä yhteistyön saattohoito potilasta hoidettaessa. Ihmisarvon kunnioittamisen, käytännöstä oppimisen, lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon koki hallitsevansa parhaiten yksi vastaaja jokaisessa osa-alueesta. Vastauksista nousi esille, että kuolevan kohtaamiseen ja läsnäoloon tarvittaisiin lisää varmuutta. Lääkkeellisen ja lääkkeettömän kivunhoidon osaaminen oli vähäistä. Saatujen vastausten perustella vastaajat kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta kivunhoidosta, joka näkyy kuviossa 3. Viisi vastaajaa koki tarvitsevansa lisätietoa kokonaisvaltaisesta hoidosta. Henkinen tukeminen, uskonto, oireet ja toimenpiteet nousivat vastauksista esille kolmella vastaajalla. Vastauksiin pohjautuen voimme päätellä, että hoitajat kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta ja tietojen päivitystä.

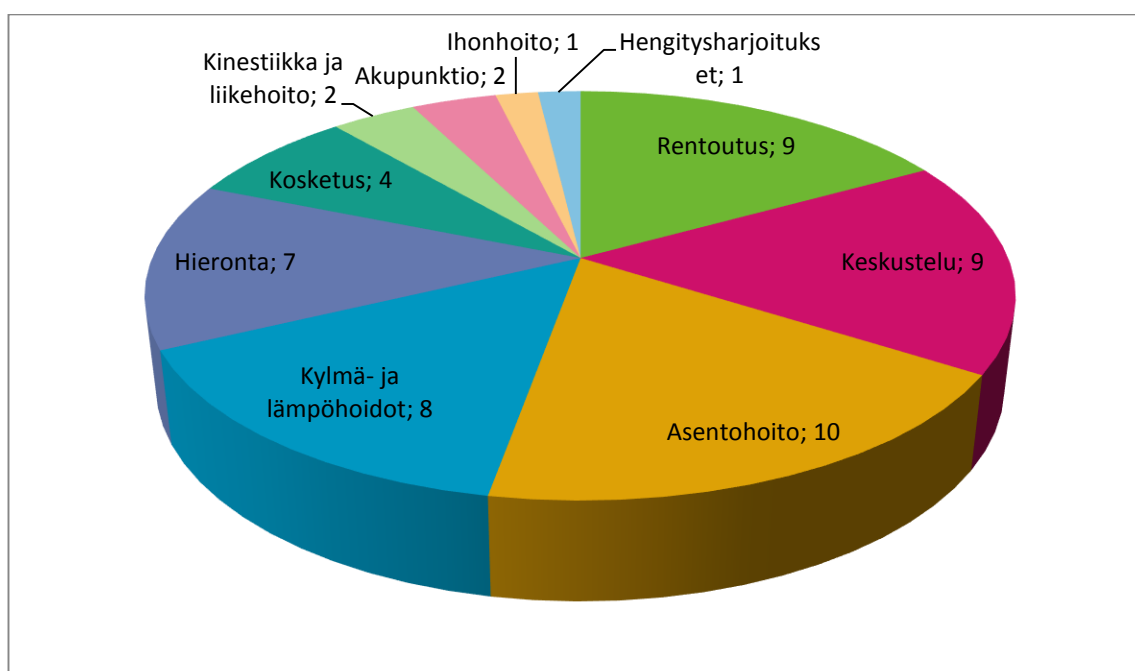
9.4 Kivunhoidon osaaminen

Vastauksissa korostui, että osaaminen kivunhoidon lääkkeellisestä menetelmästä oli vahvempaa kuin lääkkeettömästä kivunhoidosta. Kymmenen vastaajaa 15:sta koki, että hänellä on tietoa kivun lääkkeellisestä hoitomenetelmästä, kuten kuviossa 4 on nähtävissä. Lääkkeettömästä kivunhoidosta koki tietoa omaavansa neljä vastaajaa. Ennalta ehkäisevän lääkehoidon osaaminen oli kolmella vastaajalla tiedossa. Kivun aiheuttamat muutokset olivat kolmen vastaajan tiedossa. Asentohoitoa omassa työssä käytti kaksi vastaajaa. Kivun arviointi ja kivusta aiheuttavat fyysiset oireet olivat yhdelle vastaajalle tuttuja.

Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät olivat suurella osalla vastaajista tiedossa. kuviossa 5 on nähtävissä, että vastaajaa 15:sta osasivat käytä asentohoitoa kivun lievityksen. Keskustelu ja rentoutus olivat yhdeksällä vastaajalla käytössä. Kylmä- ja lämpöhoidon vaikutuksesta kivun lievityksessä tiesi kahdeksan vastaajaa. Hieronta oli seitsemällä vastaajalla tiedossa ja kosketus neljällä. Kinestiikka ja akupunktio oli kahden vastaajan tiedossa, sekä hengitysharjoitukset ja ihon perushoidosta huolehtiminen oli nostettu esille yhdellä vastaajalla.



KUVIO 4. Osa-alueet, joista koettiin omattavan tietoa

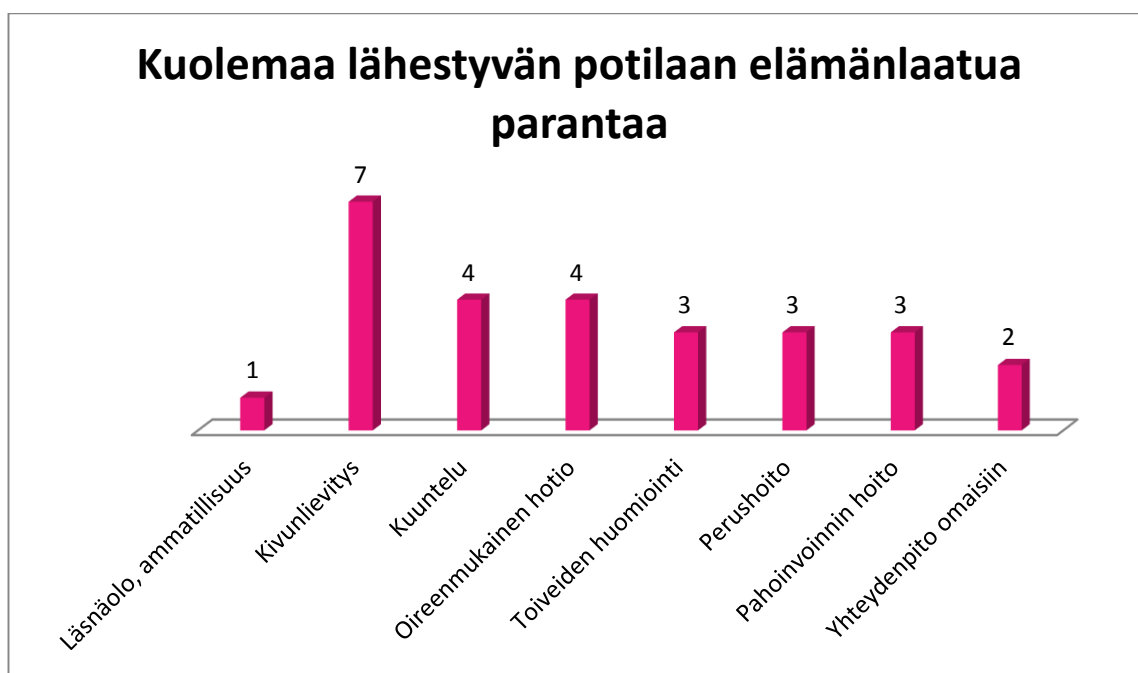


KUVIO 5. Tutuimmat lääkkeettömän kivunhoidon menetelmät

9.5 Työskentely kuolemaa lähestyvän potilaan kanssa

Kuolevan potilaan hoitoon liittyvä termistö tunnettiin hyvin. 15:sta vastaajasta DNR-päätöksen tarkoituksen tiesi 12 vastaajaa, palliatiivisen hoidon 11 vastaajaa ja saattohoidon kymmenen vastaajaa. Kaksi vastaajaa sekoitti palliatiivisen ja saattohoidon käsitteet keskenään. Kaksi vastaajaa ei osannut aukaista saattohoidon käsitettä ja yksi vastaaja ei palliatiivista hoitoa. DNR-päätöstä ei osannut tarkemmin kuvailla yksi vastaaja. Vastaajista yksi avasi, miten edellä mainitut termit hänen työssään näkyvät.

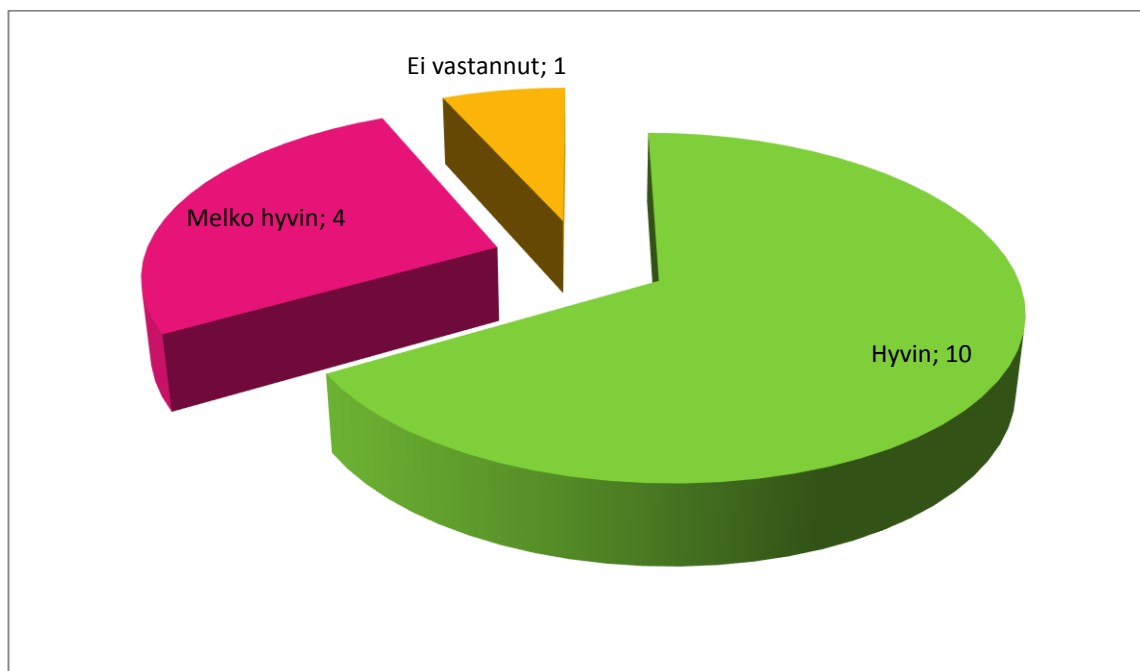
Saattohoitopäätös kuolevaa lähestyvällä potilaalla oli yhdeksän vastaajan hoitoyksikössä. Kolmen vastaajan mukaan lääkäri ei aina tehnyt erikseen saattohoitopäätöstä kuolevaa lähestyvälle potilaalle.



KUVIO 6. Mitkä asiat koettiin parantavan kuolevan potilaan elämänlaatua

Kuviosta 6 on nähtävissä, että kivunhoidon merkitys korostuu seitsemällä vastaajalla. Kuuntelu ja oireenmukainen hoito jakautui tasaisesti neljän vastaajan kesken. Kolme vastaajaa oli siitä mieltä, että perushoito, pahoinvoinnin hoito ja toiveiden huomiointi parantavat kuolevan potilaan elämänlaatua. Yhteydenpito omaisiin piti tärkeänä kaksi vastaajaa.

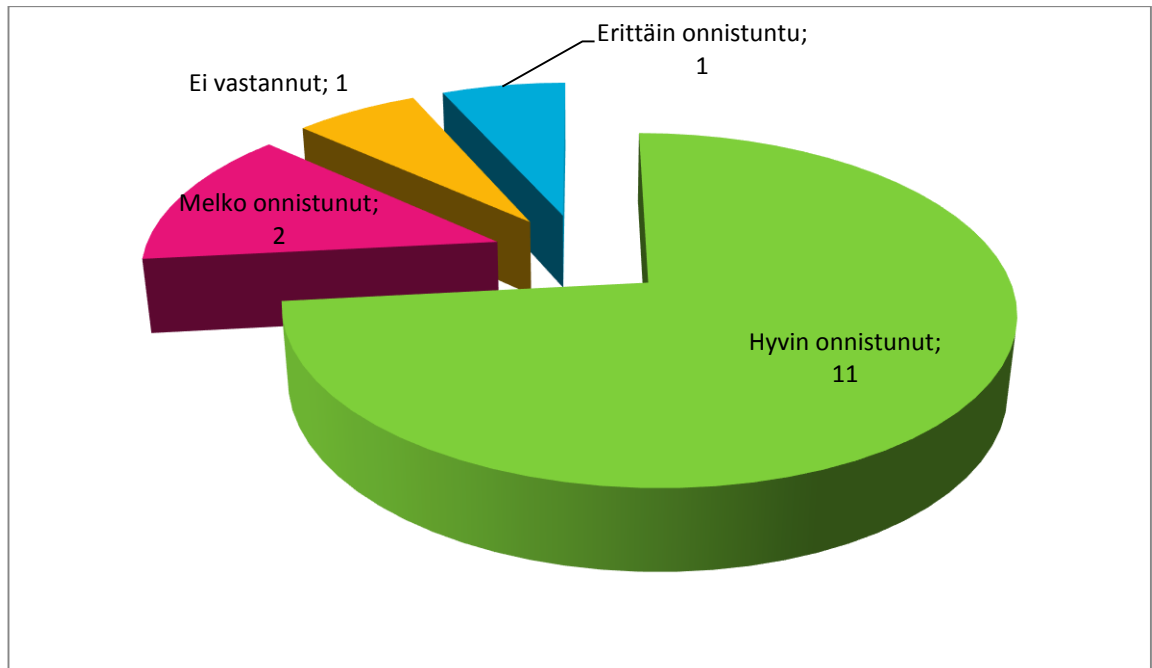
Läsnäolon nosti yksi vastaaja elämänlaatua parantaviin tekijöihin. Vastaajilla oli tietoa asioista jotka voivat parantaa potilaan elämänlaatua kuoleman lähestyessä.



KUVIO 7. Onnistumisen kokemus kuolevan potilaan hoidossa huomioiden hänen elämänlaatunsa

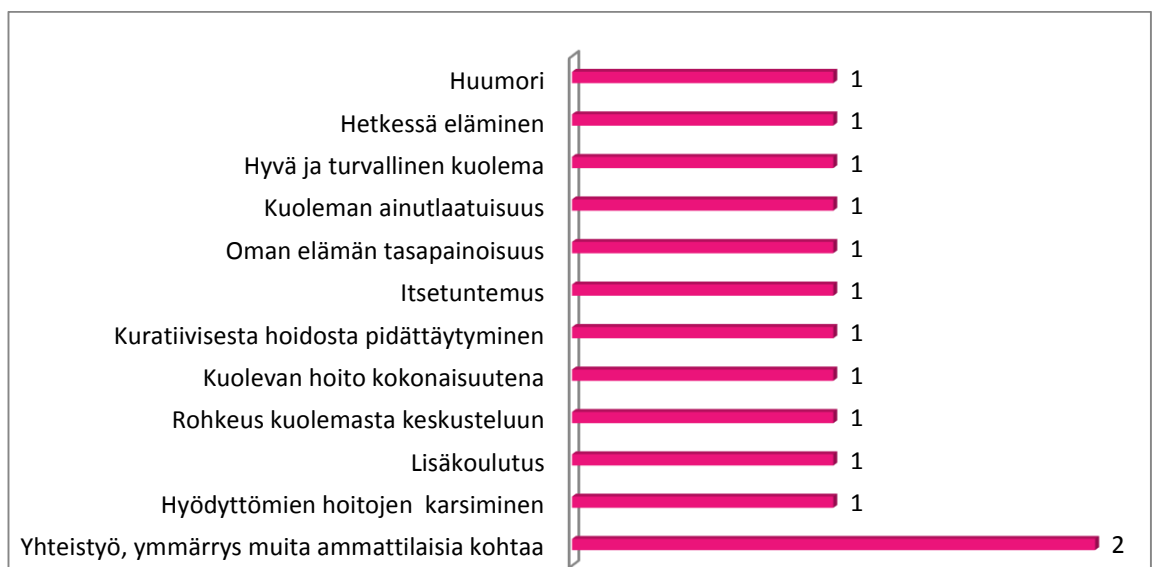
Suuri osa vastaajista koki onnistuneensa kuolevan potilaan hoidossa, kuten kuvio 7 näkyy. Kymmenen vastaajaa 15:sta oli arvioinut onnistuneensa kuolevan potilaan hoidossa. Melko hyvin oli kokenut onnistuneensa neljä vastaajaa ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Vastauksissa tuotiin esiin asioita, joiden koettiin huonontavan hoitotyön laatua. Kiireen mainitsi kolme vastaajaa. Toisaalta yksi vastaaja toi esiin, että epäonnistumisistakin voi oppia. Yksi vastaaja mainitsi haasteena työn kehityksen ja kehittämisen. Yksi vastaaja koki, että hänellä on parantamisen varaa kivunhoidossa.

Moniammattilinen yhteistyö oli onnistunut pääsääntöisesti hyvin. Kuviossa 8 on nähtävissä, että 11 vastaajaa 15:sta koki moniammattilisen yhteistyön työpaikalla onnistuneen hyvin. Melko hyvin onnistumisen koki kaksi vastaajaa ja erittäin onnistuneeksi vain yksi. Yksi vastaaja ei ole vastannut tähän kysymyksen. Haasteelliseksi yhteistyön muiden ammattilaisten ja omaisten kanssa koki yksi vastaaja.



KUVIO 8. Miten moniammatillinen yhteistyön koettiin onnistuneen

Kysymyksessä, jossa pyydettiin kertomaan mielteitä omin sanoin, vastaajat nostivat esiin yhteistyön ja ymmärryksen muita ammattilaisia kohtaan.. Kuviossa 9 on eritelty tarkemmin asiat, jotka vastaajat halusivat mainita erikseen. Kolme vastaajaa mainitsi vastaustilan vähydestä. Vastaustilan halusimme pitää rajallisena, jotta vastaukset voitiin pitää kohtuullisen pituisina ja täten analysointi ei olisi liian haastavaa ja laajaa. Yksi vastaaja pohti, millaisia vastauksia toivoimme saavamme kysymyksillä. Emme halunneet kysymyksillä johdatella haastateltavia, joten kysymykset ovat laaja-alaisia.



KUVIO 9. Asiat, jotka haluttiin erikseen mainita

10 POHDINTA JA EHDOTUKSET

Tutkijan tulee osata tarkastella itseään. Tutkijan tulee nähdä mahdollinen omien tulkintojen käyttö ja niiden vaikuttavuus lopputulokseen. Hänen on tarvittaessa hyvä varmistaa tulkintojen oikeellisuus haastateltavilta. Tutkittavien ihmisten näkökulmia tulee ymmärtää, eikä tulkinnoissa tule käyttää omia näkökantoja. (Järvenpää 2006, 42.) Olemme pyrkineet säilyttämään objektiivisen näkökannan tutkimusta tehdessämme ja pyrkineet jättämään omat mielipiteet ja asenteet pois tulkinnoista. Olemme pitäneet kyselyyn vastanneiden vastaukset alkuperäisinä jättäen omat näkemyksemme ulkopuolelle.

Tutkimuksessa raportointi on luovaa ja kirjoittaminen keskeinen kriteeri onnistumiselle. Havaintoja tulisi tulkita teoreettisten ideoiden avulla. Tutkimusmenetelmät sekä teoreettiset lähtökohdat esitetään vasta tutkimuksen lopussa. Kirjoittamisen tulee olla luovaa. (Järvenpää 2006, 42.) Kuten johdannossa totesimme, tutkimuksen jälkeen huomasimme aiheen olevan ajankohtainen ja koskettavan kaikkia hoitotyössä olevia jossain määrin. Aiheesta on aiemmin tehty tutkimuksia Suomessa lähinnä kuolevan potilaan kivunhoidosta, mutta sairaanhoitajan näkökulmaa omasta osaamisestaan ei ole aikaisemmin tutkittu. Tästä syystä emme ole voineet verrata saamiamme vastauksia aikaisemmin saatuihin tutkimustuloksiin.

Ennakko-odotuksiemme vastaisesti, vastausprosentit jäivät odotettua pienemmiksi osassa paikoista. Yhteistyökumppaneiden kanssa työskentely sujui hyvin ja odotuksiamme paremmin. Yhteistyökumppanit ovat olleet kiinnostuneita kuulemaan opinnäytetyön tuloksista. Kyselylomakkeen vastausten perusteella aiheesta voisi tehdä lisää tutkimuksia tulevaisuudessa esimerkiksi mahdollisten lisäkoulutusten jälkeen, jolloin olisi mahdollista saada tietoa, kuinka lisäkoulutus vaikuttaa hoitajien kokemukseen omasta osaamisestaan. Lisäkoulutusta ja tietojen ajan tasalla pitämistä olisi jatkossa hyvä ylläpitää omaehtoisen opiskelun lisäksi myös työnantajan tarjoaman koulutuksen kautta.

Oli helppo lähteä työskentelemään kolmen hengen ryhmässä työskenneltyämme aikaisemminkin yhdessä erilaisia ryhmätöitä tehdessä. Työn edetessä kolmen opiskelijan yhteinen opinnäyte on asettanut haasteita muun muassa aikataulujen yhteensovittamisen, tiedon hankinnan ja tekstin tuottamisen kanssa. Olemme välillä olleet eri mieltä asioista, mutta yhteistyö on lopulta kuitenkin sujunut kaiken kaikkiaan hyvin. Jokainen ryhmän

jäsen on osallistunut työskentelyyn tasavertaisesti. Työt pyrittiin jakamaan ottaen huomioon jokaisen vahvuudet.

Kehittämistyötään aloittaessaan tekijä kohtaa erilaisia eettisiä kysymyksiä. Aihetta valittaessa tulisi kiinnittää huomiota työn eettisyyteen. Tulisi miettiä tarkoin tutkimusongelman merkitystä ja osata valita kirjallisuudesta luotettavat lähteet. Aineistokeruumenetelmien valinta vaati tekijältä tietoa millaisia tuloksia hän haluaa saada ja mitkä ovat tutkimuksen tavoitteet. Tutkimustulosten analyysi ja julkistaminen tulisi toteuttaa eettisiä ohjeita noudattaen. (Heikkilä, Jokinen, & Nurmela 2008.)

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa kohtasimme ensimmäisen eettisen kysymyksen. Pohdimme aiheen ajankohtaista merkitystä yhteiskunnalle. Oliko valitsemamme aihe realistinen ja valittu oikein perustein. Mietimme pitkään ennen kun ryhdyimme kirjoittamaan käsikirjoitusta, ketkä tulevat hyötymään meidän työstämme. Päädyimme siihen, että vastatessa sairaanhoitajat mahdollisesti refleктоivat omaa osaamistaan ja arvioivat kehittämisen tarvetta. Tätä kautta kuolevan potilaan elämänlaatu voisi parantua. Kuten Heikkilä ym. ovat todenneet, terveydenhuollossa ensisijainen tutkimuksen päämäärä on potilaiden hyvä. (Heikkilä & ym. 2008.)

Saatuamme käsikirjoituksen valmiiksi, lähetimme tutkimuslupahakemuksen Helsingin kaupungin Eettiseen lautakuntaan. Toukokuussa 2015 tutkimusluvan saatuamme kysely aloitettiin Myllypuron monipuolisessa vanhustenkeskuksessa osasto 5:lla ja Suursuon sairaalassa osastolla 11. Kyselylomakkeen mukana vastaajat saivat saatekirjeen (Liite 1), jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta. Saatekirjeessä oli maininta, että vastaaminen oli vapaaehtoista, eikä aiheuttaisi vastaajalle ylimääräisiä kuluja. Kyselylomakkeet olivat toimitettu yhteistyötahoille kirjekuoressa palautuslaatikon mukana. Vastausaikaa oli kuu-kausi. Gaius- Säätiöllä kysely toteutui aikaisemmin, koska tutkimuslupia ei tarvittu. Saatekirjeessä mainitsimme, että kyselylomakkeet hävitetään välittömästi analyysin jälkeen. Kyselyyn vastattiin anonymisti, jolloin yksittäistä henkilöä ei voitu tunnistaa vastauksien perustella.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että kysymykset olivat esitestattuja Gaius- säätiön esimiehillä. Esitestauksen vastauksia ei huomioitu varsinaisessa analyysissä. Vas-

taus-ajan päätyttyä jokainen ryhmän jäsen analysoi muun kuin oman työpaikkansa vastaukset. Tämä lisäsi vastauksien luotettavuutta ja varmisti, etteivät työkaverit ole tunnistettavissa käsialan perusteella.

LÄHTEET

- Anttonen Mirja-Sisko 2008. Kuolevan potilaan hoitotyön johtaminen. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki & Eva Agge. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 51–56.
- Bjong, Jenni i.a. Meillä jokaisella on oikeus fysioterapiaan. Viitattu 5.5.2015.
[http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20saattohoi-](http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20saattohoi-dossa%20ARTIKKELI524a.pdf?Dokumentti)
[dossa%20ARTIKKELI524a.pdf?Dokumentti](http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20saattohoi-dossa%20ARTIKKELI524a.pdf?Dokumentti)
- Cancer Care Ontario 2014. Edmont Syptom Assessment System.(ESAS).Viitattu 13.8.2015. [https://www.cancercare.on.ca/com-](https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13546)
[mon/pages/UserFile.aspx?fileId=13546](https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=13546). Tuloste tekijän hallussa.
- Clark, David 2003.The development of palliative medicine. Teoksessa Bruera, Eduardo; Higginson Irene J; Ripamonti Carla & Gunten von Charles. Oxford text-book palliative medicine.Oxford. Oxford University press.
- De Conno, Franco; Blumhuber, Hedi; Rocafort, Javier 2003. The development of palliative medicine in Europe. Teoksessa Bruera, Eduardo; Higginson Irene J; Ripamonti Carla & Gunten von Charles. Oxford textbook palliative medicine.Oxford. Oxford University press.
- Gaius-säätiö 2015. Viitattu 15.5.2015. www.gauissaatio.fi/?p=vanhainkotijapalvelutalo
- Gamondi, Claudia; Larkin, Philip; Cross, Garold & Payne, Sheila. European Journal of palliative care 20 (2) 2013, 89–90.
- Gamondi, Claudia;Larkin,Philip & Payne,Sheila 2013.Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education. Viitattu 1.8.2015.
[http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?file-](http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?file-ticket=XPrM1LNaSbo%3d&tabid=1958)
[ticket=XPrM1LNaSbo%3d&tabid=1958](http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?file-ticket=XPrM1LNaSbo%3d&tabid=1958)
- Grönlund, Elina & Huhtinen, Aili 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Publishing.
- Hannikainen Petri 2011. Elina, Grönlund & Aili, Huhtinen (toim.). Kuolemaan liittyvät juridiset säädökset. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita.
- Hautala, Urpo 2013. Saattohoitopäätös. Palliatiivisen hoidon seminaari 26.4.2013. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Heikkilä, Asta; Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus-ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Helsingin kaupunki 2015. Suursuon sairaala. Viitattu 6.7.2015

<http://www.hel.fi/www/Helsinki/fisosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat/suursuon-sairaala/>

Hietanen Päivi 2004. Sairaus ja elämänlaatu. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen Palliatiivinen hoito (toim.) Helsinki: Duodecim 231232.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Saajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Viitattu 1.4.2015. http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syovan_hoito/Sivut/Palliatiivinen-hoito.aspx

Hänninen, Juha 1999. Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. Helsinki: Etelä- Suomen syöpäyhdistys ry.

Hänninen, Juha 2003. Saattohoitopotilaan oireiden hoito. Helsinki: Duodecim.

Hänninen Juha & Anttonen Mirja Sisko 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki & Eva Agge (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 2526, 34.

Järvenpää, Eila 2006. Laadullinen tutkimus. Teknillinen korkeakoulu, tuotantotalouden osasto. Viitattu 23.07.2015. <http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf>

Kattainen, Eija 2013. Saattohoidon ajankohtaiset haasteet luento. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Kärpänniemi, Raija 2008. Sairaanhoitaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki & Eva Agge (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 109114.

Käypä hoito- suositus 2012. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Viitattu 1.4.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50063>

Laakkonen, Marja- Liisa 2013. Hoitotahto teoriasta käytäntöön. Palliatiivisen hoidon seminaari 26.4.2013. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 17.8.1992. Viitattu 1.4.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leinonen, Tuija; Nurminen, Raija; Jyrkkiö, Sirkku 2014. Saattohoidon osaamista pitää lisätä. Sairaanhoitaja-lehti (8), 45

- Lääkäriliitto 2012. Palliatiivinen lääketiede. Viitattu 24.3.2015. <https://www.laakari-liitto.fi/koulutus/erityispatevyydet/palliatiivinen/>
- Mercadance, Sebastiano; Girelli David; Casuccio, Alessandra. Sleep disorders in advanced cancer patients: prevalence and factors associated. 2004. Support Care Cancer 12(5) Viitattu 13.7.2015 Saatavissa <http://www.nellipor-taali.fi>, Pub-Med tietokanta.
- Nironen Saija 2012. Helsingille oma saattohoito osasto Suursuon sairaalaan. Viitattu 4.7.2015. http://yle.fi/uutiset/helsingille_oma_saattohoito-osasto_suursuon_sairaalaan/6401309
- Parry S.B. The quest for competences: Competency studies can help you make HR decision, but the results are only as good as the study. Training. 1996. Viitattu 6.6.2015. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=xc-tl28Ttfk%3D&tabid=194>
- Paulavaara Päivi 2012. Helsinki saa saattohoito-osaston. Viitattu 4.7.2015. <http://www.hs.fi/kaupunki/a1354667062558>
- Pfizer 2014. Syövän palliatiivinen hoito. Viitattu 24.3.2015. <http://www.syopainfo.fi/syovan-hoito/syovan-palliatiivinen-hoito.html>
- Pohjois-Karjalan sairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä i.a. Lääkkeetön kivunhoito. Viitattu 1.5.2015. <http://www.pkssk.fi/laakkeeton-kivunhoito>
- Rajamäki, Minna 2015. Vainaja kärrättiin varastoon. Helsingin Uutiset 14.1.2015, 6–7.
- Saarelma, Osmo 2014. Akupunktio (akupunktuuri). Viitattu 25.4.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00062
- Saarelma, Osmo 2014. Akupunktuurin (akupunktion) teho kiputilojen hoidossa on vähäinen. Viitattu 1.5.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dna00001
- Saarto, Tiina 2009. Palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito koska ja kenelle? Viitattu 25.3.2015. http://www.med.helsinki.fi/uutiset/docs/Saarto_Palliatiivinen%20hoito.pdf
- Eriikka, Sailo & Anne-Mari, Vartti (toim) 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.
- Sairaanhoitajaliitto i.a. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 21.5.2015 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salanterä, Sanna; Hagelberg, Nora; Kauppila, Marja & Närhi Matti 2006. Kivun hoito-työ. Porvoo, Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

- Salminen, Eeva 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan kivun? Kipuviesti 1-2007, 2226.
- Sankelo, Merja 2012. Saattohoitotutkimuksen ajankohtaiset aiheet. Saattohoitotutkimuksen päivä 6.11.2012 luento. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.12.2014. <http://etene.fi/documents/1429646/1570624/2012+Saattohoitotutkimuksen+p%C3%A4iv%C3%A4+Saattohoitotutkimuksen+ajankohtaiset+aiheet.pdf/4500cee5-3cdf-45df-80ac-e815d8ce197b>
- Schmitt Florence 2008. Kuoleva potilas ja perhe. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki & Eva Agge (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 6667.
- Sinkko-Westerholm, Pipsa 2015. Elvytyskielto purkaa ruuhkaa laitoksissa. Helsingin Sanomat 11.1.2015, C25.
- Snellman Miia 2008. Tunteet ja kokemukset kuolevan hoidossa. Teoksessa Elina Grönlund, Mirja Sisko Anttonen, Susanna Lehtomäki & Eva Agge (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 97–107.
- Sulkava, Raimo 2013. Saattohoitotutkimuksen foorumi, ETENE. Palliatiivisen hoidon seminaari 26.3.2013. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Tang, Woung-Ru; Aaronson, Lauren S & Forbes, Sahar A 2004. Quality of Life in Hospice Patients with Terminal Illness. Western Journal of Nursing Research 2004. 26(1), 113–115. Viitattu 15.8.2015 Saatavissa <http://www.nellipor-taali.fi>, Pub-Med tietokanta.
- Terve Media Oy 2008. Fysioterapeuttiset keinot. Viitattu 27.5.2015. <http://www.tohtori.fi/?page=9065063&id=9900997>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Elämänlaatu. Viitattu 14.6.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/elamanlaatu>
- Vainio, Anneli 2004. Kivunhallinta. Helsinki: Duodecim.
- Vainio, Anneli 2004. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim 17, 35.
- Vainio, Anneli 2004. Palliatiivisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. Teoksessa Anneli Vainio & Päivi Hietanen (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim.

- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2002. Kuolevien oikeuksien julistus. Viitattu 21.8.2015. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+4+Kuolemaan+liittyv%C3%A4t+eettiset+kysymykset+terveydenhuollossa.pdf/6a1cd043-354c-486d-b554-e9f37159924e>
- Valvira 2015. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR- päätös). Viitattu 31.3.2015. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta
- Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

LIITE 1: Saatekirje kyselylomakkeen mukaan.

Hei,

Olemme kolme Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijaa. Teemme opinnäytetyötä vuoden 2015 aikana aiheena kuolemaa lähestyvän potilaan kivunlievityksen merkitys hänen elämänlaatuunsa. Opinnäytetyön näkökulma on sairaanhoitajan näkemys omasta osaamisestaan. Tutkimus on osa opinnäytetyötämme. Opinnäytetyön valmistumisajankohta on marraskuu 2015.

Pyytäisimme teitä vastaamaan ohessa olevaan kyselylomakkeeseen. Kysymysten avulla pyrimme kartoittamaan sairaanhoitajien omia näkemyksiä erilaisten kivunlievitysmenetelmien osaamisesta kuolemaa lähestyvän potilaan hoidossa, sekä niiden merkitystä potilaan elämänlaatuun. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaajien henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa missään vaiheessa tutkimusta. Kyselyn vastaukset tuhotaan analyysin jälkeen. Tutkimus tehdään Helsingissä kolmessa hoitopaikassa, joissa hoidetaan kuolemaa lähestyviä potilaita. Valmis opinnäytetyö tai osa siitä esitellään työpaikallasi työn valmistuttua.

Vastattuanne kyselylomakkeeseen voitte palauttaa vastauskuoren osastolla olevaan postilaatikkoon. Toivomme, että vastaisitte kyselyyn 31.4.2015 mennessä. Kiitos!

Helsingissä 13.2.2015

Yhteistyöterveisin

Mira Merenaalto mira.merenaalto@student.diak.fi

Maria Silo maria.silo@student.diak.fi

Johanna Vilén johanna.vilen@student.diak.fi

LIITE 2: Kyselylomake

TAUSTATIEDOT:

1. Sukupuoli: _____ 2. Valmistumisvuosi: _____

3. Kauanko olet työskennellyt hoitoalalla? _____

4. Paljonko koulutukseesi sisältyi opintoja kuolevan potilaan hoidosta? _____

5. Oletko saanut täydennyskoulutusta aiheesta? _____

OSAAMINEN:

6. Mitkä asiat koet osaavasi kuolevan potilaan hoidossa? _____

7. Mihin asioihin koet tarvitsevasi vielä lisätietoa parantaaksesi kuolemaa lähestyvän potilaan elämänlaatua? _____

KIVUNHOIDON OSAAMINEN

8. Mitä tietoa sinulla on kuolevan potilaan kivunhoidosta? _____

9. Mitkä lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat sinulle tuttuja? Koetko tarvitsevasi vielä lisätietoa lääkkeettömän kivunhoidon eri menetelmistä? _____

TYÖSKENTELY KUOLEMAA LÄHESTYVÄN POTILAAN KANSSA

10. Miten tulkitset seuraavat termit: DNR-päätös, palliativinen hoito, saattohoito ja miten ne näkyvät työssäsi? _____

11. Onko hoitoyksikössäsi kuolevaa lähestyvällä potilaalla lääkärin tekemä saattohoitopäätös? _____

12. Miten koet parantavasi kuolemaan lähestyvän potilaan elämänlaatua omalla työlläsi? _____

13. Miten koet oman ja työyhteisösi onnistuneen hoidettaessa kuolevaa potilasta, ajatellen hänen elämänlaatuaan? _____

14. Miten koet yhteistyön onnistuvan muiden hoitoon osallistuvien kanssa?

15. Onko vielä jotain muuta, mitä haluaisit kertoa aiheesta omin sanoin?

LIITE 3: Kuolevien oikeuksien julistus

- Minua on oikeus tulla kohdelluksi elävänä ihmisenä kuolemaani asti.
- Minulla on oikeus toivon ylläpitämiseen riippumatta siitä muuttuuko sen tavoite.
- Minulla on oikeus saada hoitoa ja huolenpitoa toivoani ylläpitäviltä vaikka toivo muuttuisi.
- Minun on oikeus ilmaista omalla tavallani tulevaa kuolemaani koskevat tunteeni.
- Minulla on oikeus osallistua hoitoani koskeviin päätöksiin
- Minulla on oikeus jatkuvaan hoitoon, vaikka tavoitteena ei enää ole paraneminen vaan hyvä olo.
- Minulla on oikeus siihen, etten kuollessani ole yksin.
- Minulla on oikeus olla kärsimättä kipua.
- Minulla on oikeus saada rehelliset vastaukset kysymyksiini.
- Minulla on oikeus tiedonsaantiin.
- Minulla on oikeus saada apua perheeltäni ja perheelleni kuolemani hyväksymiseksi.
- Minulla on oikeus rauhalliseen ja arvokkaaseen kuolemaan.
- Minulla on oikeus säilyttää yksilöllisyyteni, eikä ratkaisujani saa tuomita vaikka ne olisivat vastoin muiden näkemyksiä.
- Minulla on oikeus keskustella ja kertoa uskonnollisista ja/tai henkisistä elämyksistäni riippumatta siitä, mitä ne merkitsevät muille.
- Minulla on oikeus ruumiini loukkaamattomuuteen kuoleman jälkeen.
- Minulla on oikeus huolehtivaisten, myötätuntoisten ja osaavien ihmisten antamaan hoitoon, jotka pyrkivät parhaansa mukaan ymmärtämään tarpeeni ja jotka auttaessaan minua kohtaamaan kuolemani kokevat oman tehtävänsä antoisaksi. (ETENE 2002)

LIITE 4: Kuolevan potilaan hoidossa vaikuttavat ja kuolemaa koskevat juridiset säädökset:

Suomen ratifioima kansainvälinen ihmisoikeussopimus, Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999).

Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus 2009.

Suomen perustuslakiin kirjatut perusoikeudet (731/1999).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), potilaslaki.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994), ammatinharjoittamislaki.

Kansanterveyslaki (66/1972).

Erikossairaanhoidolaki (1062/1989).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta (27/2004).

Laki kuoleman hetken jälkeisistä toimista ja vainajaksi toteamisesta (459/1973, asetus 948/1973 ja 27/2004).

(Hannikainen 2011)

LIITE 5: ESAS kyselykaavakkeessa kartoittavat oireet

Kipu levossa

Kipu liikkeessa

Väsymys, uupumus, virkistämätön uni

Pahoinvointi

Masennus

Hengenahdistus

Ruokahaluttomuus

Ahdistuneisuus

Ummetus

Unettomuus

Yleisvointi

(Salminen 2007)

LIITE 6 ESAS- kaavake

Cancer Care Ontario Action Cancer Ontario

Edmonton Symptom Assessment System
(tarkistettu versio) (ESAS-R)

Pain	Ole hyvä ja ympyröi se numero joka parhaiten kuvastaa oloiliasi NYT: Ei kipua	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen kipu
Tiredness	Eiväsynyt (väsymys = energian puute)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen väsymys
Drowsiness	Ei unellias (unellias = nukuttaa)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen uneliaisuus
Nausea	Ei pahoinvointia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen pahoinvointi
Lack of Appetite	Ei ruokahalun puutetta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen ruokahalun puute
Shortness of Breath	Ei hengenhädistystä	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen hengenhädistys
Depression	Ei masennusta (masennus = surullinen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen masennus
Anxiety	Ei ahdistusta (ahdistus = hermostunut)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen ahdistus
Well-being	Paras hyvinvointi (hyvinvointi = minkäläiseksi tunteet olosi yleisesti)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen hyvinvointi
Other	Ei _____ muuta ongelmia (esim. ummetusta)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pahin mahdollinen

Potilaan nimi _____ Täyttämä (ruksaa yksi)
☐ Potilas
 Pvm. _____ Aika _____ ☐ Omaishoitaja
☐ Terveydenhuollon ammattihenkilö
☐ Hoitava henkilö/hoito

ESAS-R Finnish v.1.01-Nov-12

Used with Permission from Alberta Health Services, 2012

