

Sanna Hämäläinen

Palliativinen sedaatio terveyskeskussairaalan osastolla

-Teemahaastattelu

Sairaanhoitaja
Sosiaali- ja terveysala
Syksy 2019



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tekijä(t): Hämäläinen Sanna

Työn nimi: Palliatiivinen sedaatio terveyskeskussairaalan osastolla. -Teemahaastattelu

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja (AMK), sosiaali- ja terveys

Asiasanat: palliatiivinen sedaatio, palliatiivinen hoito, saattohoito, etiikka

Palliatiivinen sedaatio on tajunnan tason alentamista lääkkeellisesti. Palliatiivista sedaatiota voidaan käyttää hoitomuotona silloin, kun potilaan oireet ovat sietämättömät, eikä niitä muilla hoidoilla saada lievitettyä. Sedaatio voi olla väliaikaista tai jatkuvaa, jolloin potilas voidaan sedatoida viimeisiksi elinpäivikseen. Potilaan kuoleminen sedaation aikana herättää monenlaisia ajatuksia, sillä se monesti rinnastetaan eutanasiaan. Palliatiivisen sedaation käytöstä hoitotyössä, on vain vähän tutkimustietoa.

Opinnäytetyöni kohdistuu Kainuun erään kunnan terveyskeskussairaalan osastolle. Osastolla toteutetaan palliatiivista sedaatiota lähinnä syöpäpotilaiden vaikeiden oireiden hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien näkemyksiä palliatiivisesta sedaatiosta terveyskeskussairaalan osastolla. Tavoitteena oli kehittää hoitotyötä tuomalla työnantajalle sairaanhoitajien kohtaamia haasteita palliatiivisen sedaation käytöstä esille.

Opinnäytetyö toteutui laadullisella tutkimusmenetelmällä. Opinnäytetyön aineiston hankin teemahaastattelun avulla, johon osallistui viisi sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat työskentelevät terveyskeskussairaalan osastolla, että Aliisassa. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja, jotka analysoin sisällön analyysillä. Keskeisimpinä asioina opinnäytetyön tuloksissa nousi esille hoitopäätösten laatiminen. Hoitopäätösten puuttumisen katsottiin vähentävän potilaan ja omaisten jaksamista, eikä potilaalla ja omaisilla ole mahdollista valmistautua lähestyvään kuolemaan. Potilaan kärsimys myös pitkittyy, jos hoitopäätökset eivät ole ajan tasalla. Suurin osa haastateltavista oli myös rinnastanut sedaation eutanasiaan, sillä osastolla potilas sedatoidaan viimeisiksi elinpäiviksi. Haastateltavat kertoivat, että sedaatiota pitäisi tuoda enemmän ihmisten tietoisuuteen. Sedaatiota pidettiin kuitenkin hyvänä asiana, jos edellytykset sen käytölle täyttyvät. Palliatiivista sedaatiota käytetään osastolla tilanteissa, joissa muut käytettävissä olevat keinot eivät enää tehoa. Sedaatiolla pyritään rauhoittamaan potilasta ja yleisin syy sedaation antamiselle osastolla on kuolemaan johtavan sairauden rinnalla kipu ja ahdistus. Suurin osa haastateltavista koki, että koulutusta palliatiivisesta hoitotyöstä ja sedaatiosta tulisi lisätä niin sairaanhoitajille kuin lääkäreillekin. Joskus jopa asianmukaisen lääkkeen saaminen potilaille on hankalaa ellei, lääkäri ole ajan tasalla potilaan tilanteesta. Syövän hoidosta, sen etenemisestä ja oirehoidosta tulisi sairaanhoitajille myös lisätä tietoa.

Opinnäytetyön avulla saatiin arvokasta tietoa palliatiivisen sedaation käytöstä hoitotyön näkökulmasta katsottuna. Aikaisempien tutkimusten tulokset tukivat opinnäytetyöni tuloksia, joten tuloksia voidaan hyödyntää kaikissa terveydenhuollon yksiköissä, joissa palliatiivisen hoitotyön osaamista tarvitaan. Keskeisimpinä kehittämisasiaina nousi esille hoitopäätökset, koulutus ja sedaation julkisuuteen tuominen.

Jatkotutkimusaiheena voisi samanlaisen tutkimuksen toteuttaa suuremmissa mittakaavassa. Mielenkiintoista olisi myös samankaltainen haastattelu esim. tehohoitoyksikköön, jossa sedaatio on terveyskeskussairaalan osastoa käytetympi hoitomuoto.

Abstract

Author(s): Hämäläinen Sanna

Title of the Publication: Palliative Sedation on a Health Centre Ward- a Thematic Interview

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: palliative sedation, palliative care, terminal care, ethics

Palliative sedation refers to lowering the level of consciousness medically. Palliative sedation can be used as a treatment when the patient's symptoms are intolerable and cannot be relieved by other treatments. Sedation may be temporary or continuous, allowing the patient to be sedated for the last days of life. The death of a patient during sedation raises a variety of thoughts, as it is often equated with euthanasia. There is little research on the use of palliative sedation in nursing.

My thesis focuses on a unit of a municipal health center hospital in Kainuu. The ward provides palliative sedation mainly for the treatment of severe symptoms in cancer patients. The purpose of this thesis was to describe the nurses' views on palliative sedation in the ward. The aim was to develop nursing by highlighting the challenges faced by nurses in using palliative sedation.

The thesis was implemented with a qualitative research method. I obtained the material for my thesis by means of a theme interview with five nurses. The nurses work in the ward of the hospital, that Aliisa. The interviews were individual interviews, which I analyzed with content analysis. One of the most important issues in the results of the thesis was the preparation of nursing decisions. Lack of treatment decisions was considered to reduce patient and relatives coping and it was not possible for the patient to prepare for the impending death. Patient suffering is also prolonged if treatment decisions are not up to date. Most interviewees also equated sedation with euthanasia, as the ward is sedated for the last few days of life. Interviewees said that sedation should be brought more into people's awareness. However, sedation was considered a good thing if the conditions for its use were met. Palliative sedation is used in the ward when other available means are no longer effective. Sedation seeks to reassure the patient and the patient and the most common reason for sedation in the ward is pain anxiety alongside the fatal illness. Most interviews felt that training in palliative care and sedation should be provided to both nurses and doctors. Sometimes even getting the right medicine for a patient is difficult unless the doctor is up to date with the patient's situation. Nurses should also be made more aware on cancer treatment, its progression and its treatment.

The thesis provided valuable insight into the use of palliative sedation from a nursing perspective. The results of previous research supported the results of my thesis, so the results can be utilized in all health care units where palliative care expertise is needed.

Career decisions, educations, and publicizing sedation emerged as key development ideas. As a topic for further research, a similar study could be carried out on a larger scale. It would also be interesting to have a similar interview with, for example, an intensive care unit where sedation is the most commonly used form of treatment in the ward.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Palliativinen hoito.....	3
2.1	Saattohoito.....	3
2.2	Palliativinen hoito ja saattohoito osastolla.....	5
2.2.1	Hoitolinjaus	6
2.2.2	Hoidon rajaus.....	7
2.3	Palliativisen sedaation käyttö kuolevan hoidossa	7
2.3.1	Kuolevan potilaan hoitotyö	9
2.3.2	Hoitotyön eettiset haasteet.....	9
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	11
4	Opinnäytetyön toteutus.....	12
4.1	Laadullinen tutkimus.....	12
4.2	Aineiston keruu	13
4.3	Teemahaastattelu	14
4.4	Kohderyhmä.....	15
4.5	Aineistolähtöisen sisällön analyysi.....	16
5	Tulokset	17
5.1	Millaisilla keinoilla hoitoa voisi palliativisen sedaation avulla parantaa?	17
5.2	Mitkä ovat palliativisen sedaation käyttöaiheet osastolla?	19
5.3	Mitä eettisiä asioita palliativinen sedaatio herättää?	21
6	Johtopäätökset.....	23
7	Pohdinta	27
7.1	Luotettavuus	28
7.2	Eettisyys	31
	Lähteet.....	33

Liitteet

1 Johdanto

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan, parantumattomasti sairaan, tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015, 10). Palliativisen hoidon tarvetta aiheuttavat pitkälle edenneenä monet sairaudet ja hoitoa tarvitaan erityisesti silloin, jos sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen monenlaista kärsimystä (Saarto & asiantuntijaryhmä 2017, 7). Kärsimys ymmärretään monimuotoisena elämänlaatua heikentävänä kokemuksena, sisältäen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Palliativisen hoidon tarve kasvaakin parantumattomien sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä. Saattohoito on osa palliativista hoitoa. Se on kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista, joka ajoittuu yleensä elämän viimeisille viikoille tai päiville. (Saarto ym. 2015, 10-11.) Saattohoidossa, kuin palliativisessa hoidossakin, ovat keskiössä kivun ja muiden oireiden hallinta. Saattohoidon tavoitteena on potilaiden ja heidän läheistensä paras mahdollinen elämän laatu. (Saarto ym. 2015, 256.)

Perusterveydenhuollon tehtävänä on vastata suurimmaksi osin palliativisesta hoidosta, erityisesti saattohoidosta. Oman paikkakunnan terveyskeskus onkin luonteva yksikkö vastaamaan saattohoidosta, jolloin hoito tapahtuu lähellä omaisia ja kotia. (Saarto ym. 2015, 582.) Suurin yksittäinen ryhmä saattohoidossa, on syöpäpotilaat, mutta myös moniin muihin kuolemaan johtaviin sairauksiin liittyy vaikeita oireita, kuten kipua ja hengenahdistusta (Saarto ym. 2015, 256). Kuolevan potilaan hoidossa ei oireita aina saada hallintaan tavanomaisin keinoin, jolloin vaihtoehdoksi voi harkita sedaatiota (Hänninen 2007).

Sedaatiolla tarkoitetaan potilaan tajunnantason alentamista, joka tapahtuu lääkehoidon avulla (Saarto ym. 2015, 265). Palliativisen sedaation yleisimpiä syitä ovat hallitsematon delirium, hengenahdistus, psyykinen ahdistuneisuus, kipu, oksentaminen ja verenvuoto (Saarto ym. 2015, 270). Saattohoidossa sitä voidaan käyttää potilaalle viimeisinä elinpäivinä kuolemaan asti. Sen tarkoituksena on rauhoittaa potilasta silloin, kun oireet ovat sairaudesta johtuen sietämättömät ja mikään muu hoito ei enää auta. (Hänninen 2007.) Suomessa palliativinen sedaatio on hoitomuotona harvinainen ja se aiheuttaa myös epäileviä kannanottoja ja pohdintoja sen eettisestä hyväksyttävyydestä. Pelkona on sedaation väärinkäyttäminen potilaan kuoleman jouduttamisena tai surmaamisena armomurhan tapaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 119.) Sedaatiota on kuitenkin hiljalleen ryhdytty käyttämään palliativisessa hoidossa olevien potilaiden vaikeiden oireiden hoidossa (Hamunen 2012).

Teen opinnäytetyön Kainuun erään kunnan terveyskeskussairaalan osastolle. Osastolla toteutetaan palliatiivista sedaatiota lähinnä syöpäpotilaiden vaikeiden oireiden hoidossa. Opinnäytetyön aihe nousi omasta kiinnostuksesta aiheeseen, sillä olen ollut mukana seuraamassa sedaation antamista syöpäpotilaalle kyseisellä osastolla. Koska potilas kuoli sedaation aikana, oli kokemus erittäin ainutlaatuinen ja ajatuksia herättävä. Palliatiivisesta sedaatiosta ei löydy paljon tutkimustietoa, joten aiheen valinta syventyi entisestään. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien näkemyksiä palliatiivisesta sedaatiosta terveyskeskussairaalan osastolla. Tavoitteena on kehittää hoitotyötä tuomalla työnantajalle sairaanhoitajien kohtaamia haasteita palliatiivisen sedaation käytöstä esille. Opinnäytetyön avulla on mahdollista saada arvokasta tietoa sedaation käytöstä ja vaikutuksista hoitotyön näkökulmasta katsottuna. Tulosten perusteella työnantajalla on mahdollisuus kehittää osaston hoitotyötä esim. koulutuksen avulla

Aiheen valinta on ajankohtainen myös siksi, että palliatiivisen hoidon koulutusta ollaan lisäämässä terveyden- ja sosiaalihuollon opetussuunnitelmiin. Palliatiivisen hoidon osaamista tarvitaan, sillä useimpien sairauksien ennuste on pidentynyt lääketieteen kehittymisen myötä. Tämä tarkoittaa myös sitä, että kuolin tapahtuma pitkittyy, jolloin usein myös kärsimys pitkittyy. (Saarto ym. 2015, 256.)

Opinnäytetyö toteutuu laadullisella tutkimusmenetelmällä ja aineisto kerätään teemahaastattelun avulla. Haastattelut toteutuvat yksilöhaastatteluin, jotka analysoin sisällön analyysillä. Tutkimuskysymykseni ovat: Millaisilla keinoilla hoitoa voisi palliatiivisen sedaation avulla parantaa? Mitkä ovat palliatiivisen sedaation käyttöaiheet osastolla? Mitä eettisiä ajatuksia palliatiivinen sedaatio herättää?

2 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan sekä hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitoa (Saarto ym. 2015, 10-11). Palliatiivisen hoidon tarvetta aiheuttavat pitkälle edenneenä monet sairaudet, kuten syöpä, neurologinen sairaus, muistisairaus, sydän-, keuhko-, maksa- ja munuaissairaudet (Saarto & asiantuntijaryhmä 2017, 7). Vaikka sairaus voisi olla vielä parannettavissa, tai sen eteneminen jarrutettavissa, liittyy siihen paljon pelkoja ja oireita, jotka heikentävät elämänlaatua. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on ehkäistä ja lievittää kärsimystä sekä vaalia elämänlaatua siten, että potilas voisi elää voimiensa ja halunsa mukaista elämää kuolemaansa saakka mahdollisimman vähin oirein. Kärsimykseksi katsotaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kärsimys, jotka ovat oleellinen osa niin palliatiivista kuin saattohoitoakin. Palliatiivisella hoidolla ei ole ajallista määrettä suhteessa kuolemaan, toisin kuin saattohoidolla, joka ajoittuu oletetun kuoleman välittömään läheisyyteen. Potilas rasittuu kuolemaan johtavan sairauden edetessä, joten palliatiivisen hoidon tarve kasvaa sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. Palliatiivinen hoito onkin hyvä aloittaa kuolemaan johtavan sairauden varhaisessa vaiheessa sairauden hoidon rinnalla helpottamaan sairauden tai hoitojen aiheuttamia oireita ja henkistä kuormaa. Varhain aloitettu palliatiivinen hoito parantaa potilaiden elämänlaatua, vähentää masentuneisuutta ja voi pidentää jopa elinaikaa. (Saarto ym. 2015, 10.) Hyvän elämän loppuvaiheen hoidon edellytyksenä on lähestyvän kuoleman ja palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018).

Palliatiivisen hoidon käsitettä käytetään erityisesti potilaiden kohdalla, jotka sairastavat syöpää. Syöpäpotilailla palliatiivinen hoito voi kestää vuosienkin ajan, joten käsite ei ole aina sidoksissa kuoleman läheisyyteen. Hoitotyön kannalta on kuitenkin oleellista, että potilaan elämänlaatua voidaan edistää merkittävästi hoitotyön toiminnoilla silloin, kun sairauteen ei ole löydettävissä lääketieteellisesti parantavaa hoitoa. Palliatiivista hoitoa voidaankin kuvata inhimillisenä toimintana kuolevan potilaan hoidossa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 309.)

2.1 Saattohoito

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Se on kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista, joka ajoittuu yleensä elämän viimeisille viikoille tai päiville (Saarto ym. 2015, 10-11) ja sen tavoitteena on

potilaiden ja heidän läheistensä paras mahdollinen elämänlaatu (Saarto ym. 2015, 256). Saattohoitoon siirrytään, kun potilaan toimintakyky on rajoittunut merkittävästi ja mahdollisuudet itsestä huolehtimiseen ovat heikentyneet. Elintoimintojen hiipuesssa lähestyvän kuolevan merkit voivat olla jo nähtävissä, vaikka osalla potilaista toimintakyky voikin säilyä kohtalaisena kuolemaan asti. Saattohoidossa keskiössä ovat kivun ja muiden oireiden hallinta, sekä psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien ratkaiseminen. (Saarto ym. 2015, 10-11.) Eksistentiaalinen kärsimys tarkoittaa olemisen päättymistä. Kuolemista ei voida käsittää rationaalisesti, jonka edessä järki tuhoutuu. (Haho 2017.) Grönlund & Huhtinen (2011, 58-59) kertovat hoitamattoman kivun voivan voimistaa muita fyysisiä oireita. Vastavuoroisesti fyysiset ongelmat, kuten ummetus, hengenahdistus ja pahoinvointi voivat lisätä potilaan kipua. Fyysistä kipua voivat lisätä myös uskoon liittyvät asiat tai ihmissuhteisiin liittyvät tekijät, kuten ongelmat läheisten kanssa. Kivut vievät paljon psyykkisiä voimavaroja, joten ympärillä olevaan elämään ei silloin pysty osallistumaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 58-59.)

Saattohoitopäätös edellyttää, että potilaalla on diagnosoitu sairaus, joka johtaa kuolemaan, eikä sen parantaminen ole enää mahdollista. Kuoleman lähestyminen on tärkeää tunnistaa, että hoitotoimenpiteet voidaan suunnitella siten, että potilas saa avun mahdollisimman nopeasti. (Saarto ym. 2015, 11.) Saattohoitopäätös edellyttää hoitotiimiltä välitöntä vaikutusta. Elintoiminnot ovat tässä vaiheessa monesti jo alkaneet hiipua ja potilaan tajunnan taso laskea. Omaisten ja potilaan tietämättömyys voi johtaa luottamuspulaan ja voi vaikeuttaa hoitoa. Osa potilaista ei hyväksy lähestyvää kuolemaa ja potilaat alkavat kärsiä masennuksesta ja ahdistuksesta, jolloin elämänlaatu heikkenee. (Saarto ym. 2015, 257.) Saattohoitopotilaalla kuolema voi seurata äkillisestikin komplikaatioista tai taudin etenemisestä johtuen. Hoitosuunnitelmassa tulisi ilmetä, miten akuuttitilanteessa ja elämän loppuvaiheessa toimitaan. (Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä 2015.) Saattohoitopäätös, joka puuttuu tai on tehty liian myöhään, antaa epärealistisia odotuksia, eikä anna mahdollisuutta valmistautua lähestyvään kuolemaan. Ellei lähestyvää kuolemaa huomata, voi potilaan hiipuminen herättää epäilyjä laiminlyönnistä tai hoitovirheestä. Tämä puolestaan johtaa luottamuspulaan ja vaikeuttaa potilaan hoitoa. (Saarto ym. 2015, 257.) Osalle potilaista on vaikeaa hyväksyä lähestyvä kuolema, jolloin potilaat kärsivät eniten masennuksesta ja ahdistuksesta. Tällöin heidän elämänlaatunsa on muita heikompi. Potilasta ei voi pakottaa hyväksymään saattohoitopäätöstä, joten potilasta pyritään hoitamaan hänen omilla ehdoillaan mahdollisuuksien mukaan. Vaikeassa tilanteessa potilasta auttaa autonomian (itsehallinnon) kunnioitus ja luottamuksellinen suhde. (Saarto ym. 2015, 257.) Potilaalla on oikeus kieltäytyä lääkärin ehdottamista hoidoista ja tutkimuksista, ja mutta oikeus myös osallistua hoitotapahtumaan. Lääkärin velvollisuutena on esitellä järkeviä tutkimus- ja hoitomenetelmiä ja kertoa niiden

hyödyistä ja haitoista. Potilaan tehdessä päätöksiä, on lääkärin kerrottava, mikä niiden merkitys voi olla potilaalle ja pyrittävä jatkamaan uusilla ehdoilla. Vaikka potilaan itsemääräämisoikeus on keskeinen ihmisoikeusperiaate, ei se vähennä Pelkosen (2019) mukaan lääkärin vastuuta hoitoratkaisuissa, eikä lääketieteellisissä asioissa (Saarto ym. 2015, 257).

Syöpäpotilaat ovat suurin yksittäinen potilasryhmä saattohoidossa. Tämän ajatellaan johtuvan siitä, että muissa sairauksissa taitekohdan tunnistaminen on vaikeampaa, vaikka ne johtavatkin kuolemaan ja aiheuttavat vaikeita oireita, kuten kipua ja hengenahdistusta. Syöpä etenee yleensä nopeasti ja sen luonne on opittu tunnistamaan. Lääketieteen kehittyminen on paitsi pidentänyt useimpien sairauksien ennustetta, johtanut myös siihen, että kuolema pitkittyy ja kärsimys pidentyy. Lisäksi elinajan pidentyminen lisää monisairaiden ikäihmisten, kuten muistisairaiden määrää. (Saarto ym. 2015, 256.)

2.2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito osastolla

Suomessa, terveydenhuoltojärjestelmä on porrastettu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä vaatavuustason mukaan. Erikoissairaanhoidon vastaa pääasiassa vaativan tasoisesta hoidosta, sisältäen harvinaisten potilasryhmien ja oireyhtymien hoidon. Valtaosa potilaista hoidetaan kuitenkin perusterveydenhuollossa, jonka tehtävänä on vastata suurimmaksi osin palliatiivista hoidosta, erityisesti saattohoidosta. Oman paikkakunnan terveyskeskus onkin luonteva yksikkö vastaamaan saattohoidosta, jolloin hoito tapahtuu lähellä omaisia ja kotia. (Saarto ym. 2015, 573.)

Kuolema kuuluu luonnollisesti elämään ja se tarkoittaa biologisen olemassaolon päättymistä. Kotihoito on yleistynyt, mutta kuolemaan liittyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito jätetään yleensä laitoksiin ammattilaisten tehtäväksi. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotyöhön liittyy olennaisesti kuolevan potilaan hoitotyö terveyspalvelujärjestelmän eri osissa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 75; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 308.) Saattohoitokodeista hyötyvät erityisesti vaikeaoireiset potilaat, nuoret potilaat, pienten lasten vanhemmat ja potilaiden perheet, joissa on riski komplisoituneeseen suruun (Saarto ym. 2015, 582).

Hoitohenkilökunnan on osattava vastata potilaan fyysisiin, psykososiaalisiin ja henkisiin tarpeisiin (Saarto ym. 2015, 582). Kuoleman lähestyessä erityisesti psykososiaalinen (psykykinen ja sosiaa-

linen) sekä eksistentiaalinen kärsimys korostuvat. Voinnin heikkeneminen ja elämästä luopuminen voivat näkyä vetäytymisenä ja surumielisyytenä, jotka tulisikin erottaa masennuksesta ja ahdistuksesta. (Saarto ym. 2015, 259.) Vaikea sairastuminen merkitsee kriisiä perheyhteisössä, jolloin perheenjäsenten huoli ja hätäily voivat lisätä potilaan ahdistusta (Grönlund & Huhtinen 2011, 122). Hoitotyöntekijät tarvitsevatkin potilaan tai perheen stressin ja ahdistuksen vaistoamiseen herkkyyttä. Hoitotyöntekijöiden on osattava arvioida ja hoitaa potilaan oireita säännöllisesti ja pitää läheisiä ajan tasalla voinnin muutoksissa. Lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeää, että etusijalle nousevat sairauden sijaan potilaan toiveet, omaisten huomioiminen ja hyödyttömien toimenpiteiden välttäminen. (Korhonen & Poukka 2013, 129.) Merkittäväksi tekijöiksi perhekeskeisessä hoitotyössä nousee hoitotyöntekijän käyttämät menetelmät, asiantuntijuus ja yksilölliset ominaispiirteet (Grönlund & Huhtinen 2011, 122).

Lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeää, että etusijalle nousevat sairauden sijaan potilaan toiveet, omaisten huomioiminen ja hyödyttömien toimenpiteiden välttäminen (Korhonen & Poukka 2013, 129). Grönlundin & Huhtisen (2011, 112) mukaan, peruseriaate kuolevan hoidossa on, että kuoleva potilas on läheisineen mukana hoitoa koskevassa päätöksenteossa.

2.2.1 Hoitolinjaus

Kuolevan potilaan parhaan mahdollisen hoidon mahdollistaa odotettavissa olevan kuoleman tunnistaminen ja hoitolinjausten tekeminen (Grönlund & Huhtinen 2011, 76). Hoitolinjan ensisijainen tavoite määräytyy sen mukaan, mihin sairauden hoidolla on realistista pyrkiä. Kroonisissa sairauksissa hoidon tavoitteena on sairauden hidastaminen ja sen vakauttaminen sekä komplikaatioiden ehkäisy. Palliatiivinen, eli oireenmukainen hoitolinja on kyseessä silloin, kun perussairauden etenemistä ei enää voida jarruttaa, eivätkä hoidot ole enää potilaan edun mukaisia, ja sairaudesta aiheutuu potilaalle kärsimystä. Hoitolinjausten teko vaatii tietoa, taitoa ja empaattista rohkeutta. (Saarto ym. 2015, 11.) Parhain, potilasta palveleva hoitosuunnitelma saavutetaan potilaan ja omaisten kanssa yhteistyössä laadittuna (Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä 2015; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018). Hoitolinjaukset tehdään joko yhden tai useamman lääkärin huolellisen arvion perusteella, ja se onkin yksi lääkärin haastavimmasta tehtävistä (Saarto ym. 2015, 11).

Hoitosuunnitelma tukee potilaan kokonaisvaltaista, yksilöllistä ja laadukasta hoitoa. Hoitosuunnitelma pitää sisällään hoitoa koskevat linjaukset, hoitomenetelmät ja tavoitteet, keskustelut ja kirjaukset sairauden vaiheesta, tahot, jotka vastaavat hoidon järjestämisestä, potilaan toiveet ja pelot, sekä seurannan. Sairauden edetessä hoitosuunnitelmaa tulee myös tarkentaa. Hyvissä ajoin laadittu hoitosuunnitelma on tärkeää laatia etenkin sairauksissa, jotka voivat vaikuttaa potilaan kykyyn ilmaista mielipiteitään ja itseään. (Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä 2015; Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018.) Oireenmukaiseen hoitoon eivät kuulu hoidot, jotka ovat hyödyttömiä tai hoidot, jotka lisäävät potilaan kärsimystä. Potilaalle tulee kuitenkin tarjota hoito, joka on hoitolinjauksen mukainen. (Saarto ym. 2015,11.)

Yhteistyössä laadittu hoitosuunnitelma vaatii hyviä kommunikaatiotaitoja, mutta se parantaa yleensä potilaiden sekä omaisten hoitotyytyväisyyttä. Hoitolinjausten laatiminen antaa mahdollisuuden optimaaliseen ja potilasta palvelemaan hoitoon sekä loppuelämän järjestelyihin. Hoitolinjaukset ovat myös terveydenhuoltojärjestelmän kannalta välttämättömiä, että resursseja kohdennetaan hyödyttömien hoitojen sijasta hyödyllisiin hoitoihin. (Saarto ym. 2015, 12.)

2.2.2 Hoidon rajaus

Hoidon rajauksilla pidättäydytään toimenpiteistä, joilla ei potilaan katsota enää hyötyvän. DNR (do not resuscitate)-päätös tarkoittaa päätöstä pidättäytyä elvytyksestä, ja se on hoidonrajauksista ehkä tunnetuin. DNR-päätös tarkoittaa, että potilaan sairaudet katsotaan niin vaikeaksi, ettei potilas todennäköisesti hyötyisi tai palautuisi sydänpysähdyksestä elvyttämisen jälkeen. DNR-päätöksestä käytetään joissakin hoitoyksikössä synonyymiä DNAR (do not attempt to resuscitate) tai ER (ei resuskitoida). Edellä mainitut eivät tarkoita väistämättä saattohoitoa ja tämä onkin tiedostettava, että hoito kohdentuu oikealla tavalla saattohoitopotilaisiin, joilla on DNR- päätös ja niihin potilaisiin, joilla on ”vain” DNR- päätös. (Saarto ym. 2015, 12.)

2.3 Palliatiivisen sedaation käyttö kuolevan hoidossa

Kuolevan potilaan hoidossa ei oireita aina saada hallintaan tavanomaisin keinoin, jolloin vaihtoehdoksi voi harkita sedaatiota. Sedaatiolla tarkoitetaan potilaan tajunnantason alentamista lääkkeellisesti. (Saarto ym. 2015, 265.) Hänninen (2006) kuvailee sedaation heikentävän potilaan tie-

toisuutta tai muuttavan kokemusta omasta kärsimyksestään ja korostaa, että sitä käytetään erityäin vaikeissa tilanteissa, joissa muu oirehoito ei riitä (Hänninen 2006). Yleisin sedaatioissa käytetty lääkeaine on midatsolaami. Muita käytettäviä lääkkeitä ovat loratsepaami, propofoli ja dexmedetodiini. Käytännössä lääkevalinta riippunee hoitavan lääkärin kokemuksesta eri lääkkeiden käytöstä. (Hamunen 2012.) Lääkäreiden, jotka hoitavat kuolevia potilaita, tulisi perehtyä sedaation kliiniseen käyttöön sekä tuntea toimivansa eettisesti oikein sedatointia käyttäessään. Lääkärit tarvitsevat myös palliatiivisen lääketieteen koulutusta. (Hänninen 2006.)

Päätös sedaation aloittamisesta tehdään yhdessä potilaan kanssa, huomioiden myös omaisten mielipide asiasta. Jos potilas ei itse kykene ilmaisemaan kantaansa esim. akuutissa hätätilanteessa, tulee lääkärin toimia potilaan parhaaksi. Omaiset ja henkilökunta voivat myös kokea henkistä kuormitusta ja ahdistusta erityisesti syvän sedaation toteuttamisesta, joten keskustelut ja neuvonta ovat tärkeitä. Palliatiivisen sedaation yleisimpiä syitä ovat hallitsematon delirium, hengenhdistus, psyykkinen ahdistuneisuus, kipu, oksentaminen ja verenvuoto. (Saarto ym. 2015, 266-270.) Katastrofitilanteissa tulisi sedaatioissa käyttää lääkkeitä, jotka vaikuttavat nopeasti (Hänninen 2006).

Sedaatiota voidaan käyttää väliaikaisesti, kuten sedatoida vaikeiden oireiden yli tai käyttää jatkuvasti lähellä kuolemaa, viimeisinä elinpäivinä (Saarto ym. 2015, 268). Sedatointia voidaan myös tehdä hyvin eriasteisesti, joka voi olla potilaan rauhoittamista tai syvää tajunnan tason alentamista (yleisanestesia). Sedaatioissa potilas saatetaan vain niin syvään tiedottomuuden tilaan, kuin on tarpeellista. Ihanne tilanne olisi, että potilas kykenee kommunikoimaan, syömään ja juomaan (Hänninen 2006).

Suomessa palliatiivinen sedaatio on hoitomuotona harvinainen, eikä siitä ole kovinkaan paljon keskusteltu lääketieteen piirissä. Se on aiheuttanut myös epäileviä kannanottoja ja pohdintoja sen eettisestä hyväksyttävyydestä. Pelkona on sedaation väärinkäyttäminen potilaan kuoleman jouduttamisena tai surmaamisena armomurhan tapaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 119.) Sedaatiota on kuitenkin hiljalleen ryhdytty käyttämään palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden vaikeiden oireiden hoidossa (Hamunen 2012). Ongelmatonta hoitomuodon käyttö ei silti ole, sillä sedaation pitkittyessä, voi ahdistusta herättää potilaan ravitseminen ja nestehoito. Kyse ei ole myöskään eutanasiasta, vaikka potilas voi sedaation aikana kuollakin. (Saarto ym. 2015, 271.) Eettiseksi kysymykseksi usein nouseekin, kuinka sedaatio voidaan erottaa eutanasiasta. Pohdintaa herättää myös, paraneeko ihmisen elämänlaatu vaivuttamalla hänet uneen. (Hänninen 2012, 229-230.)

2.3.1 Kuolevan potilaan hoitotyö

Hoitotyö on sairaanhoitajan tai muun hoitotyötä tekevän henkilön työtä, jossa lääketieteellinen hoito on lääkärin vastuulla (Grönlund & Huhtinen 2011, 120). Hoitaminen käsittää luonnollisen, että ammatillisen hoitamisen. Ammatillista hoitamista on terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneen ammattihenkilön käyttämät ammatilliseen tietoonsa perustuvien auttamismenetelmien terveyspalveluja käyttävien terveyshyvän edistäminen. Koulutuksen tietoperusta voi olla useilla tieteenaloilla, kuten lääketieteessä lääkäreillä ja hoitotieteessä hoitotyöntekijöillä. Hoitotieteen perustuvaa ammatillista hoitamista kutsutaan hoitotyöksi, jonka pyrkimyksenä on edistää toisen ihmisen hyvää. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 23). Kuolevan potilaan hoito eroaa muusta hoitotyöstä, sillä tavanomaisesti vuodeosastolla on keskeisessä roolissa parantava hoito. Kuolevan potilaan hoidossa pyritään puolestaan kaikin mahdollisin keinoin tukemaan potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointia ja selviytymistä elämän viimevaiheessa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 120.) Toimintaan sisältyy oleellisesti myös eettinen ulottuvuus, joka käsittelee hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän kysymyksiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 23).

2.3.2 Hoitotyön eettiset haasteet

Eettiset lähtökohdat kuolevan potilaan hoitotyössä ovat samat kuin hoitotyössä yleensä. Kuoleman lähestyminen tuo mukanaan kuitenkin lisävaatimuksia, sillä potilaan itsemääräämisoikeutta olisi osattava tukea ja auttaa potilasta selkiyttämään keskeisiä asioita oman elämänsä kannalta. Potilaan oma tahto ja se, miten hän haluaa muiden ihmisten toimivan kuoleman lähestyessä, on keskeistä selvittää. Hoitajan on myös kyettävä olemaan ammattilainen, vaikka potilaan elämänarvot olisivat erilaiset kuin hoitajan omat elämänarvot. Potilaan yksilöllisyyttä kuin myös potilaan elämänpiiriin liittyviä ihmisiä tulee arvostaa ja kunnioittaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 311-313.) Kuolevan potilaan hoitotyö on vaativaa, sillä kuolemasta on vain vähän tietoa, eikä näyttöön perustuvaa tietoa ole muuten kuin biologisen tiedon osalta. Totuuden kertominen ja rehellisyys ovat kuitenkin luottamuksellisen viimeisen hoitosuhteen peruselementit. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 213.)

Kuolevan ihmisen hoidossa vaikeita tilanteita syntyy erityisesti silloin, jos potilaalla ja hänen läheisillään on tarvittavista hoitotoimenpiteistä tai niiden tärkeysjärjestyksestä erilainen käsitys. Ristiriitatilanteissa auttaakin merkittävästi, jos potilas on laatinut eläessään hoitotahtonsa. Hoi-

totahto on potilaan eläessään tehty tahdon ilmaisu lääke- ja hoitotyöhön tai muihin liittyviin ratkaisuihin. Hoitotahto voi olla joko suullinen tai kirjallinen tahdon ilmaisu siltä varalta, jos potilas ei itse kykene osallistumaan omiin hoitoratkaisuihinsa. Molemmissa tapauksissa tahto on hyvä kirjata potilaan asiakirjoihin ja hankkia todistajat asialle. Tahto on myös määräajoin ajantasaistettava. Hoitotahdon puuttuessa, potilasta hoidetaan tahdon mukaan, joka oletetaan hänellä olevan. Ensisijaisen tärkeää on läheisten antama tieto. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 313.) Kuolevan potilaan hoitotyö on yksi vaikeimmista hoitotyön alueista, jossa hoitotyöntekijät kohtaavat ongelmia mm. kommunikoinnissa ja tiedonvälittämisessä (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 308). Lähes tyvä kuolema voi jäädä huomaamatta ilman selvää diagnoosia tai hoidon edetessä ilman uutta väliarviota. Lisäksi useimmilla potilailla on suuri toivo paranemisesta ja pelko hoitojen lopettamisesta, jolloin kuolemaa ei uskalleta ottaa puheeksi. Kommunikaatiotaitojen puute voi olla esteenä saattohoitoon siirtymisestä. (Korhonen & Poukka 2013, 129.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien näkemyksiä palliatiivisesta sedaatiosta terveyskeskussairaalan osastolla. Tavoitteena on kehittää hoitotyötä tuomalla työnantajalle sairaanhoitajien kohtaamia haasteita palliatiivisen sedaation käytöstä esille.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millaisilla keinoilla hoitoa voisi palliatiivisen sedaation avulla parantaa?
2. Mitkä ovat palliatiivisen sedaation käyttöaiheet osastolla?
3. Mitä eettisiä ajatuksia palliatiivinen sedaatio herättää?

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö lähti alulle ehdottaessani aihetta terveyskeskussairaalan osaston esimiehelle. Hyvissä ajoin sovimme, että esittäydyn suunnitelmani kanssa osaston henkilökunnalle osastopalaverissa. Etukäteen olimme sopineet, että opinnäytetyöni haastatteluun valitaan viisi sairaanhoitajaa. Tavoitteenamme oli saada haastateltaviksi sairaanhoitajat, jotka ovat toteuttaneet palliativista sedaatiota osastolla. Osastopalaverissa esittelin lyhyesti työni tarkoituksen, miten aineisto kerätään ja kuinka haastateltavan yksityisyyttä suojataan (liite 1). Jätin osastolle vielä kirjallisen ohjeistuksen opinnäytetyöstäni, sekä puhelinnumeroni ja sähköpostiosoitteeni yhteydenottoja varten. Sovimme, että sairaanhoitajat voivat halutessaan antaa haastattelunsa myös osaston ulkopuolella. Haastattelu osaston ulkopuolella olisi mahdollistanut sairaanhoitajan yksityisyyden suojaamisen, jos joku olisi halunnut salata antamansa haastattelun muilta työntekijöiltä. Osastopalaverissa ei kaikki sairaanhoitajat olleet paikalla, joten osaston esimies varmisti vielä tiedonkulun opinnäytetyöstäni kaikille sairaanhoitajille sisäisellä sähköpostilla. Sovimme myös viimeisen ilmoittautumispäivän haastatteluihin. Varasimme haastatteluihin aikaa 1,5 kk. Muutama yhteydenotto tuli heti lähipäivinä, ja myöhäisemmät yhteydenotot esimiehen muistuttelun jälkeen. Ainoastaan yksi haastattelu venyi puoli viikkoa suunniteltua ajankohtaa myöhäisemmäksi. Haastattelu-aika- ja paikka sovittiin sairaanhoitajien kanssa sähköpostitse tai puhelimitse. Kaikki sairaanhoitajat kokivat, että haastattelut voidaan pitää osaston omissa rauhallisissa tiloissa.

4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutui kvalitatiivista, eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, jossa suositaan tiedon keruussa ihmistä. Tutkija siis luottaa esim. kynän ja paperin sijaan enemmän keskusteluihin ja omiin havaintoihinsa. Laadullisen tutkimuksen aineiston hankinnassa suositaan metodeja, jossa tutkittavien ääni ja näkökulmat pääsevät esille. Metodeja ovat mm. teemahaastattelu ja osallistuva havainnointi. Laadullisen tutkimuksen piirteisiin kuuluu todellisen elämän kuvaaminen ja pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonantajat valikoidaan harkitusti ja tarkoitukseen sopivaksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160) ja se soveltuu tutkimusmenetelmäksi silloin, kun ilmiöstä ei ole paljon tietoa (Kananen 2015, 71). Lisäksi laadullisen tutkimuksen onnistumiseen ei tarvita isoa joukkoa ihmisiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85) ja se soveltuu asioiden kuvailuun tekstin avulla (Kananen 2015, 71).

Laadullinen tutkimus soveltui tutkimusmenetelmäksi tähän tutkimukseen, sillä pyrkimyksenäni oli tutkia henkilöitä ja heidän kokemuksiaan jostakin ilmiöstä. Etukäteen oli tiedossa, että terveyskeskussairaalan osastolla toteutetaan palliatiivista sedaatiota jonkin verran lähinnä syöpäpotilaiden vaikeiden oireiden hoidossa. Osastolla työskentelee 12 sairaanhoitajaa, joista valikoitui tutkimuksen tiedonantajiksi viisi sairaanhoitajaa. Laadullisen tutkimusotteen valintaa puolsi tutkimuksessa myös se, että aiheesta on vain vähän tutkittua tietoa ja halusin saada siitä syvällisemmän näkemyksen. Suurin osa tutkimuksista, joita löysin, oli tehty muilla kuin Suomen kielellä. Tutkimusmenetelmän valintaa puolsi myös se, että asiat, kuten sisällön analyysillä sadut tulokset, on kuvailtu tekstin avulla.

4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto on kerätty teemahaastattelun avulla. Haastattelu on yksi laadullisen, eli kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä. Haastattelu on ennalta suunniteltua, päämäärähakuista toimintaa, joka tapahtuu pääosin haastattelijan ehdoilla. Tämän tutkimuksen pyrkimyksenä oli kerätä tutkimuskysymyksiin peilaten, sellainen aineisto, jonka pohjalta voidaan tehdä tutkittavaa ilmiöitä koskevia päätelmiä luotettavasti. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 25, 40.)

Haastattelut toteutuivat yksilöhaastatteluin, koska haastateltavia oli vähän. Yksilöhaastattelu myös mahdollistaa yksittäisen ihmisen ajattelun, jolloin muut ihmiset eivät ole vaikuttamassa kenenkään mielipiteisiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61.) Pidin yksilöhaastattelua myös nauhoituksen kannalta ryhmähaastattelua parempana vaihtoehtona, sillä yksittäisen haastattelun purkaminen on aloittelijalle helpompi vaihtoehto, kun ääniä ei tarvitse erotella. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63.) Käytin haastattelujen nauhoittamiseen tablettia, jonka tallentavuutta ja kuuluvuutta testasin kotona ennen haastatteluja.

Koska haastateltavien tulee olla tietoisia haastattelun tarkoituksesta (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 14), informoin hoitohenkilökuntaa osastopalaverissa sekä suullisesti että kirjallisesti. Haastatteluajat sovimme sairaanhoitajien kanssa henkilökohtaisesti sähköpostilla. Ennen haastattelua, oli haastateltavilla vielä mahdollisuus kysyä haastattelun kuluista. Haastateltavat saivat myös allekirjoitettavaksi haastatteluluvan, jota Ruusuvooren & Tiittulan (2005,17) mukaan tarvitaan haastatteluun suostumiseksi (liite 2).

Haastattelussa etuna on, että saatua tietoa on mahdollista vielä syventää tarkentavilla lisäkysymyksillä, mikä ei ole mahdollista esim. lomakehaastattelussa. Lisäksi vastaajiksi suunnitellut henkilöt yleensä osallistuvat tutkimukseen, joka tehdään haastattelemalla. Haastattelun etuna on myös se, että se sopii myös arkojen aiheiden käsittelyyn ja silloin, kun tavoitellaan jotain tiettyä kiintopistettä. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 15.)

4.3 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu ja se on pääpiirteissään seuravanlainen: 1. Se on kohdennettu haastattelu, jossa tiedetään, että haastateltavat on kokeneet tietyn tilanteen. 2. Tutkija on tehnyt alustavaa selvittelyä tutkittavasta ilmiöstä ja päätenyt tiettyihin oletuksiin. 3. Analyysinsa perusteella tutkija kehittää haastattelurungon. 4. Haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.)

Puolistrukturoitu haastattelu tarkoittaa sitä, että teema- alue ja kysymykset on määrätty ennalta ja se on kaikille haastateltaville sama, mutta niiden sanamuotoa ja järjestystä voidaan vaihdella (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47-48). On myös tärkeää, että haastattelurunko on suunniteltu huolella (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66). Tässä tutkimuksessa olen käyttänyt apuna haastattelurunkoa (liite 3), joka mukaillee ulkomailla tehdyn (Gorawara- Bhat ym. 2012) tutkimuksen haastattelurunkoa. Opinnäytetyön haastattelurungossa oli kolme pääkysymystä, jotka kaikki koskettivat samaa aihetta. Pääkysymysten lisäksi suunnittelin lisäkysymyksiä, joiden tarkoituksena oli syventää varsinaisia pääkysymyksiä siten, että pääsen haluamaani lopputulokseen. Lopputuloksen tarkoituksena oli puolestaan vastata tutkimuskysymyksiin, joita oli kolme. Pääkysymykset ja tutkimuskysymykset olivat samat. Haastattelurungossa oli lisäksi myös muita kysymyksiä, joita käytin haastattelutilanteen alussa keskustelun avaamiseksi. Haastatteluvaiheessa varmistin vielä tabletin toimivuuden ajoittain, että tekniikka varmasti toimii.

Teemahaastattelussa tilanneanalyysiä ohjaa tietyt oletukset (Hirsjärvi & hurme 2000, 47). Teemahaastattelun valintaa puoltaa tutkimuksessani paitsi tutkittavien kokemus jostakin asiasta, myös haastattelijan perehtyneisyys tutkittavaan ilmiöön. Olen ollut mukana osastolla seuraamassa, kun palliatiivista sedaatiota on potilaalle annettu syöpäkivun hoidossa. Käytännön kokemuksen kautta, minulle on selkiytynyt, että sedaatio herättää monenlaisia tuntemuksia. Kokemus

on ollut minulle myös ainutlaatuinen, joka on johtanut siihen, että aiheeseen on halunnut syventyä lisää opinnäytetyön kautta. Puolistrukturoitu haastattelu sopiikin erinomaisesti tilanteisiin, joissa halutaan tutkia arkoja ja heikosti tiedostettuja asioita. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 35.)

4.4 Kohderyhmä

Tein opinnäytetyön Kainuun erään kunnan terveystieteidenkeskussairaalan osastolle. Terveystieteidenkeskussairaala kuuluu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon (Sote) kuntayhtymään. Sote hoitaa Hyrynsalmen, Kuhmon, Suomussalmen, Paltamon, Ristijärven, Sotkamon ja Kajaanin kuntien kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut. Kyseisen terveystieteidenkeskussairaalan osasto on 22 paikkainen ja siellä hoidetaan muistisairaita-, kirurgisia-, päihde-, sisätautisia- ja saattohoitopotilaita. Osastolla työskentelee muiden ammattiryhmien lisäksi 12 sairaanhoitajaa, joista osa toimii myös Aliisassa. Osastolla on arkipäivisin pääsääntöisesti yksi lääkäri. Viikonloppuisin käytössä on päivystävä lääkäri, joka toimii myös terveysaseman vastaanoton puolella.

Palliativista hoitotyötä tarvitaan tulevaisuudessa enenevässä määrin, sillä väestö ikääntyy. Lääketieteen kehittyminen on myös pidentänyt useimpien sairauksien ennustetta, jolloin myös kuolema ja kärsimys voivat pitkittyä. (Saarto ym. 2015, 256.) Osastolla toteutetaan palliativista sedaatiota jonkin verran lähinnä syöpäpotilaiden vaikeiden oireiden hoidossa. Lääkäri tekee aina lääketieteellisestä määräyksestä päätöksen, jota sairaanhoitajat toteuttavat. Sedaatiota käytetään hoitomuotona varsin vähän ja se herättääkin monesti tunteiden myllerrystä niin hoitotyöntekijöissä kuin muissakin osapuolissa. Opinnäytetyön avulla on mahdollista saada arvokasta tietoa palliativisen sedaation käytöstä ja sen vaikutuksista sairaanhoitajien asenteisiin.

Kaikki haastateltavat sairaanhoitajat olivat naisia. Sairanhoitajien työkokemus vaihteli 11,5 vuodesta 36 vuoteen. Yksi sairaanhoitajista ei ollut toteuttanut palliativista sedaatiota, ja yksi sairaanhoitajista oli osallistunut sedaatioon sekoittamalla lääkkeitä. Koska heidän vastauksensa eivät poikenneet sairaanhoitajien vastauksista, jotka olivat olleet palliativista sedaatiota toteuttamassa, hyväksyin myös heidän vastaukset opinnäytetyöhöni. Suurimmalla osalla sairaanhoitajista oli kokemusta sedaatiosta vain vähän, eikä ihan äskettäisiä kokemuksia sedaatiosta ollut kenelläkään, joten vastaukset perustuivat vuosienkin takaisiin kokemuksiin/näkemyksiin. Haastattelut kestivät kymmenestä minuutista puoleen tuntiin.

4.5 Aineistolähtöisen sisällön analyysi

Aloitin aineiston käsittelyn ja analysoinnin heti keruuvaiheen jälkeen, koska se on silloin vielä tuoreessa muistissa. Tässä vaiheessa myös tietojen täydentäminen ja selventäminen on mahdollista ja helpompaa. Aineistolähtöisen sisällön analyysissa on valittavana kaksi tapaa: aineiston koodaaminen suoraan nauhoista taikka litterointi. Litterointi tarkoittaa aineiston purkamista tekstimuotoon. (Hirsjärvi & Hurme 1993, 108-109.) Käytin opinnäytetyössäni litterointia. Aloittelijana koin, että pääsen tutustumaan aineistoon paremmin, käymällä sen läpi monella eri tavalla. Koska teemahaastattelun avulla kerätty aineisto on Hirsjärven & Hurmeen (1993, 108) mukaan yleensä runsas, aloitin aineiston purkamisen ja tarkastelun heti haastattelujen jälkeen, ettei aineistoa pääse kertymään liikaa. Analysoitavaa aineistoa kertyi yhteensä n. 15 sivua, jotka merkkasin muodoin H1, 1/4, H2, 1/3 jne. ettei aineisto ja haastateltavat mene sekaisin.

Litterointiin kuuluu kolme vaihetta. Aluksi haastatteluaineisto kirjoitetaan auki jättäen aineistosta epäolennaisia asioita pois. Toisessa vaiheessa määritellään analyysiyksiköt, joihin tekstistä haetaan vastauksia. Kolmannessa vaiheessa tekstistä etsitään yhdenmukaisuuksia, jotka vastaavat määriteltyihin analyysiyksiköihin (Hirsjärvi & Hurme 2000, 139-140). Epäolennaisia asioita aineistossani oli esim. samojen sanojen toistamiset, sekä asiat, jotka eivät kuuluneet millään tavoin aiheeseen. Tämä vaihe on aineiston pelkistämistä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Pelkistämistä ohjasi tässä työssä tutkimuskysymykset ja teemahaastattelurunko, jotka olivat samat. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lausuma tai useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123.) Käytin opinnäytetyössäni analyysiyksikköinä teemahaastattelurungon kolmea pääkysymystä. Kun analyysiyksiköt olivat selvät, aloin etsimään tekstistä yhdenmukaisuuksia, kuten lauseita, jotka vastasivat analyysiyksiköihin. Lopuksi merkkasin löydetty lauseet (alkuperäisilmaukset) eri värein eri analyysiyksiköiden mukaisesti. Tämän vaiheen jälkeen, ”koodasin” kaikki samalla värillä merkatut lauseet paperille oman analyysiyksikkönsä alle käsin, ja lopulta siirsin kaikki käsin kirjoitetut tekstit tietokoneelle omiksi ryhmikseen.

Abstrahoinnissa alkuperäisilmauksista tehdään johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 123). Etenin abstrahoinnissa siten, että jatkoin alkuperäisilmauksia niin pitkälle, että sain vastaukset teemahaastattelurungon pääkysymyksiin. Teemahaastattelurungon pääkysymykset olivat siis samat kuin tutkimuskysymykset. Tasoja muodostui eri teemoissa 3-4. Tässä vaiheessa jatkoin vielä haastateltavien merkkaamista, ettei aineisto ja haastateltavat mene sekaisin. Analyysiyksiköt ovat nähtävillä opinnäytetyön lopussa (liite 4-6).

5 Tulokset

Tässä luvussa esittelen teemahaastattelulla saadut tulokset. Tulokset olen analysoinut sisälönanalyysillä. Analyysiyksikköinä toimivat haastattelurungon kolme pääkysymystä ja tutkimuskysymykset, jotka olivat samat. Tulokset etenivät analyysiyksiköissä siten, että alussa on haastateltavan alkuperäisilmaus, jota olen pelkistänyt etenemällä tasoissa niin pitkälle, että kahdessa viimeisessä sarakkeessa on tulokset, joita haastatteluissa esiintyi eniten. Tasoja muodostui yhdessä analyysiyksikössä kolme, ja kahdessa neljä. Tulokset on selostettu tutkimuskysymysten mukaisesti. Jokaisessa osa-alueessa on suoria lainauksia sairaanhoitajien antamista vastauksista.

5.1 Millaisilla keinoilla hoitoa voisi palliatiivisen sedaation avulla parantaa?

Suurin osa sairaanhoitajista koki, että hoitolinjaukset ja hoidonrajaukset pitäisi tehdä aikaisemmin. Toisinaan saattohoitopäätökset ja er-päätökset voivat puuttua, joka vaikuttaa potilaan ja omaisten jaksamiseen. Turhien tutkimusten ja toimenpiteiden, kuten antibioottihoidon ja nestehoidon katsottiin rasittavan potilasta ja pitkittävän kärsimystä. Sairaanhoitajat kaipaisivat selvyyttä hoidonlinjauksiin etenkin elämän loppuvaiheessa, että hoitotyö olisi mahdollisimman suunnitelmallista. Sairaanhoitajat korostivat keskustelun tärkeyttä potilaan ja omaisten kanssa hyvissä ajoin, sillä tekemättömät päätökset uuvuttavat potilaan sekä omaiset. Tärkeäksi koettiin, että hoidonlinjaukset tehdään siinä vaiheessa, että potilas pystyy vielä itse ilmaisemaan mielipiteensä ja vaikuttamaan omiin hoitopäätöksiinsä. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että hoidonrajauksissa edetään potilaan tilanteen mukaan, päivitetään hoitopäätöksiä potilaan voinnin muuttuessa. Asioiden läpi käyminen ja hoitolinjausten selventäminen yhdessä potilaan ja omaisten kanssa rauhoittaa potilasta. Potilaan rauhoittuessa, rauhoittuu myös omaiset ja hoitohenkilökunta. Turhan elämöinnin jäädessä pois, on tilanne harmonisempi ja jäljelle jää vain oikea asia, oleminen ja kuoleminen.

”Omaiset rauhottuu olemaan, ja silloin kuolevan äärelle pystyy rauhoittumaan ja olemaan hiljaa”

Hoitolinjausten tekeminen edellyttää pitkää hoitosuhdetta lääkärin ja potilaan välillä. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista, sillä osaston oma lääkäri ei ole aina paikalla. Toisaalta potilas voi

tulla osastolle vasta sitten, kun potilaan oireet ovat jo vaikeat. Vaikeiden oireiden hoidossa, odotetaan lääkäriltä palliatiivisen hoidon osaamista. Hankalaksi koettiin, ellei lääkärillä ollut tilannetajua potilaan oireiden arvioimisessa ja oireenmukaisen lääkehoidon aloittamisessa.

...”Potilaalla oli paha olla, eikä se enää ollut asiallista. Lääkäri ei ollut tilanteen tasalla. Kuumennella kerralla sai kunnan lääkkeet, ja apu tuli.”

”Todettiin, että lääkäreillä eikä sairaanhoitajilla, ole paljon koulutusta palliatiivisesta hoidosta. Siitä seuraa ongelmia”.

Suurin osa sairaanhoitajista toi esille potilasohjauksen. Heille oli tärkeää, että potilas ja omaiset voivat luottaa sairaanhoitajan osaamiseen. Vaikka lääkäri keskusteleekin potilaan ja omaisten kanssa hoitopäätöksistä ja muista tärkeistä asioista, on sairaanhoitajan usein vielä toistettava ja perusteltava samat asiat. Yksi sairaanhoitajista totesi, että omaisten ja potilaan tiedostaminen sairaanhoitajien osaamisesta luo potilaalle ja omaisille turvaa. Sairaanhoitajille yksi turvallisuutta ja luottamusta lisäävä tekijä, oli hoitopäätöksiä koskevien asioiden löytyminen potilaskertomuksesta. Tarvittaessa voi palata lääkärin teksteihin, joka tukee potilasohjausta suunniteltujen ja sovitujen asioiden suhteen.

Saattohoito on osastolla yksi kehittämisen kohteista ja saattohoito onkin osastolla vastuualueina tietyillä ihmisillä. Saattohoidon osaaminen jakoi hieman erinäisiä mielipiteitä, sillä osa koki sitä olevan riittävästi, osa koki olevan sitä liian vähän. Suurin osa sairaanhoitajista kuitenkin totesi, että koulutusta palliatiivisesta hoitotyöstä ja erityisesti sedaatiosta tarvitaan, että potilaan ja omaisen ohjaaminen onnistuu.

...”kyllä sitä koulutusta (sedaatiosta) tarvitaan ihan siihenkin, että pystytään potilaita ja omaisiakin ohjaamaan.”

”Lääkehoidosta on hyvä olla, ja semmosesta vähä niinku esim. syövänhoidosta ja semmosesta tuota miten se syöpä etenee ja tuota”...

5.2 Mitkä ovat palliatiivisen sedaation käyttöaiheet osastolla?

Sedaatiota käytetään osastolla tilanteissa, jolloin muut käytettävissä olevat keinot eivät enää tehoa, eikä parantavaa hoitoa enää ole. Potilaat, joille sedaatiota annetaan, ovat suurimmaksi osin syöpäpotilaita. Sairaanhoitajat korostivat, että sedaatioon ei lähdetä pienin perustein ja siihen siirrytäänkin vasta, kun esim. kipupumpun avulla tai muilla lääkkeillä ei vastetta enää potilaan oireisiin saada. Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että lääkäri keskustelee sedaatiosta potilaan ja omaisten kanssa hyvissä ajoin. Sairaanhoitajat arvostivat, että potilas on kykenevä ilmaisemaan mielipiteitään hoitopäätöksiä koskevissa asioissa ja arvostivat sitä, että myöntövyys sedaatioon lähtee potilaan omasta tahdosta.

...”elämän loppuvaiheessa, niin käydään siinä vaiheessa kun ihmisen ymmärrys, niin sen asiakkaan kanssa läpi”...

Kipu, oli tulosten mukaan palliatiivisen sedaation ensisijaisin indikaatio osastolla. Yksi sairaanhoitajista kuitenkin totesi, että kivun lisäksi potilaalla oli myös jokin kuolemaan johtava sairaus. Suurin osa palliatiivisen sedaation potilasryhmästä osastolla ovat syöpäpotilaat. Syöpäpotilailla esiintyy kivun lisäksi monesti myös muita oireita, kuten ahdistusta, kärsimystä, tuskaisuutta, pelokkuutta, levottomuutta ja rauhattomuutta. Myös eksistentiaalisen kärsimyksen toi esille yksi sairaanhoitajista. Ahdistus korostui tuloksissa kivun jälkeen toiseksi tärkeimpänä indikaationa sedaatiolle. Sairaanhoitajat kuvailivatkin, että sedaatiolla pyritään rauhoittamaan potilasta ja saamaan olotila siedettäväksi.

...”on niin hirveän paha olo, että halutaan sitä helpottaa, että se olisi siedettävä se olotila, että pääsisi tavallaan pois siitä kivusta ja tuskasta ja sen niinku toiselle puolelle”...

Suurin osa sairaanhoitajista kuvaili, että potilaan kärsimys on vaikea tilanne niin omaisille kuin hoitohenkilökunnallekin. Joissakin tilanteissa sairaan ihmisen hoito johtaakin potilaan sijasta omaisten hoitamiseen. Sairaanhoitajat näkevätkin sedaation vaikuttavan myönteisesti myös omaisiin. Potilaan ollessa sedatoituna, on hoitajilla enemmän resursseja kohdentaa hoito omaisten tukemiseen.

”Yleensä potilaat ja omaiset haluaa, että siinä vaiheessa, kun he ymmärtää, että ei oo mitään enää tehtävissä, niin kyllähän heidän yleensä se toive on, että hoidetaan kivut ja se paha olo pois. Onhan omaisen hirveetä kattoo vieressä, kun toinen kärsii vieressä. Myös hoitajalle itselleen.”

Luottamus lääkärin osaamiseen korostuu erityisesti elämän loppuvaiheessa. Sairaanhoidajat pitivätkin tärkeänä, että lääkäri osaisi arvioida ja ennakoita potilaan voinnissa tapahtumia muutoksia elämän loppuvaiheessa. Vaikka kipupumpuilla saadaankin usein potilaan olotilaa siedettäväksi, antaisi sedaation mahdollisuus turvallisuuden tunnetta, ettei edessä ole tilannetta, että kipujen kanssa ei pärjätä. Myös katastrofitilanteisiin, kuten verensyöksyihin tai vaikeisiin hengenahdistus tilanteisiin tulisi varautua. Tällaiset tilanteet ovat todella ikäviä myös hoitajalle.

Kaikki sairaanhoidajat kokivat sedaation hyvänä asiana, jos perusteet sen käytölle täyttyvät. Sairaanhoidajat näkevät osastolla monenlaisia kuolemia, joita ei aina voi kuvailla arvokkaiksi. Osa sairaanhoidajista ilmaisi, että joissakin tilanteissa olisi sedaatiota tarvittu, sillä sedaatiolla on mahdollista saada rauhallinen ja hyvä kuolema.

...” jos se kuolema on semmonen hyvä, rauhallinen, kaunis ja hallittu, siitä jää omaisille semmonen älyttömän hyvä filis”.

.....” vieressä kattoo sen omaisen läheiset tuskaa, hättää, kipuja, niin monesti niinku ihmiset huokaa, kun tämä jo loppusi. Eli tavallaan niinkun tehdään siitä lopusta nätti”.

Osa sairaanhoidajista toi esille, että kaikilla lääkäreillä ei ole riittävästi tietoa palliativisesta hoidosta, eikä palliativisesta sedaatiosta. Kaikilla lääkäreillä ei ole rohkeutta määrätä potilaalle asianmukaisia lääkkeitä, eikä sedaatiota. Erityisesti nuorilla ja kokemattomilla lääkäreillä ei palliativisen hoidon osaamista aina ole. Yksi sairaanhoidajista korosti, että lääkäreillä on oltava kokemusta erityisesti sedaatiosta, sillä sairaanhoidajien on voitava luottaa lääkäriin osaamiseen.

5.3 Mitä eettisiä asioita palliatiivinen sedaatio herättää?

Lähes kaikki sairaanhoitajat olivat jossain vaiheessa kyseenalaistaneet sedaation ja rinnastaneet sen eutanasiaan. Suurimmalle osalle sairaanhoitajista erityisesti ensimmäinen kerta oli vaikea, jolloin edessä oli mietinnän paikka. Vaikka lääkäri tekeekin lääketieteellisestä hoidosta päätöksen, jää sairaanhoitajalle pohdittavaksi sedaation oikeudellisuus ja laillisuus. Sairanhoitajat toivat esille, että epävarmuuden taustalla oli suurimpana tekijänä tiedon puute. Kaikki sairaanhoitajat olivatkin sitä mieltä, että sedaatiota pitäisi tuoda enemmän esille. Työyhteisön tuki koettiin myös tärkeänä asiana, ettei sedaation kanssa joutuisi jäämään yksin.

...” se on niinku semmonen hys, hys asia nytte... ”

”Enemmän keskustelua siitä (sedaatiosta), että niitä käytänteitä tulisi ja tietotaitoa.”

Sedaatiota annetaan osastolla potilaalle viimeisinä elinpäivinä, eikä potilasta enää sen jälkeen herätellä. Sairanhoitajat kuvailivatkin, että sedaatio tekee kuolemasta erilaisen. Vaikka kuolevia ihmisiä hoidetaan osastolla paljon, on sedaatio ikään kuin päätös, että kuolema tulee. Ihmisen näkee siinä ”viimeistä kertaa”. Sairanhoitajat pitivätkin tärkeänä, että potilas saa selvitettyä asiansa omaisten kanssa ennen sedaatiota, eikä sedaatiota aloiteta liian aikaisin. Nämä hetket koettiin arvokkaiksi ja todettiin, että arvokkaat hetket on osattava heille myös antaa.

...”antaa tavallaan heille se tilaisuus olla siinä, että ei niinku turhan aikaisin, että saavat sen aikansa siinä, jos on vielä puhuttavaa”...

...”kun potilaasta näkkee, että se ei oo saanu vielä omaisten kanssa kaikkia asioita selvitettyä”..

Sairaanhoitajat pitivät tärkeänä, että sedaatiosta annetaan potilaalle ja omaisille mahdollisimman paljon tietoa, että kaikki ymmärtävät sedaation periaatteen. Sedaation mahdollisuudesta tulee kertoa hyvissä ajoin ja mietittävä, olisiko vielä muita vaihtoehtoisia keinoja käytettävissä, koska sedaatio on lopullinen ratkaisu.

6 Johtopäätökset

Tutkimuskysymykseni olivat: millaisilla asioilla hoitoa voisi palliatiivisen sedaation avulla parantaa? Mitkä ovat palliatiivisen sedaation käyttöaiheet osastolla ja mitä eettisiä asioita palliatiivinen sedaatio herättää? Johtopäätöksissä, olen hyödyntänyt aikaisempia opinnäytetöitä sekä aikaisempia tutkimuksia.

Suurin osa sairaanhoitajista koki, että hoitopäätökset olisi tehtävä hyvissä ajoin. Osa vastaajista totesi, että hoitopäätökset pitäisi tehdä nykyistä aiemmin. Hoitolinjausten ja hoidonrajausten puuttumisen katsottiin vaikuttavan potilaan ja omaisen jaksamiseen. Hoitopäätökset, jotka ovat ajan tasalla, auttavat potilasta ja omaisia valmistautumaan lähestyvään kuolemaan. Hoitopäätökset tukevat myös potilaan ja omaisten ajatustyötä pidättäytyä turhista toimenpiteistä ja hoidoista, joilla ei potilaan katsota enää hyötyvän. Pahimmillaan ne voivat aiheuttaa potilaalle ylimääräistä kipua ja kärsimystä.

Haavistola & Laakkonen (2014) ovat opinnäytetyössään käsitelleet haasteita, jotka vaikuttavat saattohoitopäätöksen laatimiseen. Opinnäytetyössä todetaan, että päätös ja vastuu saattohoitoon siirtymisestä on helpompaa, mikäli hoitavalla lääkäriä on ollut mahdollisuus muodostaa kokonaisnäkemys potilaan tilanteesta. Opinnäytetyössäni yksi sairaanhoitajista toi esille saman asian. Haastateltava ilmaisi, että keskustelu hoitopäätöksistä tulisi tehdä potilaan ja omaisten kanssa aikaisemmin, mutta tämä edellyttää pitkää hoitosuhdetta lääkärin ja potilaan välillä. Haaviston & Laakkosen (2014) opinnäytetyössä myös todetaan, että lääkäriä on potilaan kokonaisnäkemysten perusteella helpompaa perustella näkemyksensä hoitopäätöksistä, eivätkä potilaan tai omaisten toiveet horjuta päätöstä.

Opinnäytetyöni tuloksissa ilmeni myös, että nuoremmilla lääkäreillä ei välttämättä ole palliatiivisen hoidon osaamista, joten asianmukaisen lääkkeen saaminen voi olla hankalaa. Haavistolan ja Laakkosen (2014) opinnäytetyössä ilmenee myös samankaltaisia piirteitä. Opinnäytetyössä todetaan, että nuorten lääkärin katsottiin raportoivan enemmän eettisiä ongelmia kuin kokeneempien kollegoiden. Nuoria lääkäreitä katsottiin potilaiden ja omaisten painostus koskettavan enemmän kuin kokeneempia kollegoita. Eettisesti haasteellisten päätösten tekemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat Haavistolan ja Laakkosen (2014) mukaan lääkärin ikä, sukupuoli ja erikoistumisala.

Haavistola & Laakkonen (2014) toivat myös esille, että aktiivisemmista ja raskaista hoidoista on helpompi pidättäytyä, kun lääkäri tiedostaa kyseiset toimenpiteet turhiksi. Hoitolinjoja määriteltäessä lääkärin on kuitenkin helpompi pidättäytyä hoitojen aloittamisesta kuin lopettaa jo käynnissä oleva hoito. Joissakin sairauksissa taudin etenemistä on hankala ennakoida, ja potilaan tila voi heiketä nopeasti. Tällöin saattohoitopäätös voi joskus jäädä tekemättä. Saattohoitopäätös katsottiin kuitenkin tärkeäksi, sillä potilas voi säästyä monilta kivulialta, epämiellyttäviltä ja elämän laatua heikentäviltä tutkimuksilta ja lääkityksiltä, kun parantamiseen tähtäävät hoidot karsi-taan. Potilaalla ja läheisillä on mahdollisuus myös valmistautua tulevaan kuolemaan ja saattaa asiat päätökseen. Opinnäytetyön tulokset tukevat siis opinnäytetyöni tuloksia.

Liedes, L (2013) toteaa opinnäytetyössään, että hoitava lääkäri vastaa valitusta hoitolinjasta, jotka ovat henkilökohtaisesti tehdyt, selkeät ja lääketieteellisesti perustellut. Hoitopäätöksissä tulee antaa potilaalle ja omaisille konkreettista tietoa ja aikaa hyväksyä tilanne sekä aikaa päätöksen tekoon. Hoitavalla henkilökunnalla on tärkeä rooli avata keskustelu hoitolinjasta. Sairaanhoidaja näkee potilaiden pitkittyneiden hoitojen aiheuttamia ongelmia ja hoitojen sivuvaikutukset ilman hoitovastetta, joten sairaanhoidaja voi asettua potilaan ja omaisten tueksi. Koska omaiset ovat usein kriisitilanteessa läheisensä voinnin huonontuessa, jolloin he tarvitsevat aikaa ja kertausta asioiden sulattamiseen.

Sairaanhoidajien mukaan sedaation tärkein indikaatio osastolla on kipu ja ahdistus. Näiden oireiden lisäksi potilaalla on kuolemaan johtava sairaus, joka osastolla on yleisimmin syöpä. Sairaanhoidajat kuvailivat, että sedaatiolla pyritään rauhoittamaan potilasta ja saamaan potilaan olotila siedettäväksi.

Myös Gorawara-Bhat ym. (2012) ja Abarshi ym. (2012) totesivat tutkimuksissaan sedaation ensisijaiseksi indikaatioksi kivun. Näissä kahdessa tutkimuksessa korostui kivun jälkeen toiseksi suurimpana tekijänä hengenahdistus, jota puolestaan opinnäytetyöni vastaajat eivät tuoneet indikaatioista kysyttäessä, niin selvästi esille. Ainoastaan yksi sairaanhoidajista totesi hengenahdistuksen yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi sedaatiolle. Muut puolestaan toivat esille ahdistuksen, joka nousi kivun jälkeen toiseksi tärkeimmäksi tekijäksi. Hengenahdistuksen sairaanhoidajat kuitenkin nostivat esille haastattelujen aikana useamman kerran, potilaan ollessa lähellä kuolemaa. Sitä ei kuitenkaan varsinaisesti pidetty tärkeimpänä tekijänä sedaation aloittamiselle. Ellei ahdistus ja hengenahdistus tarkoittanut sairaanhoidajille samaa asiaa.

Abarshi ym. (2012) tutkimuksessa todettiin kivun ja hengenahdistuksen lisäksi sedaation indikaatioksi delirium ja väsymys. Sedaatiota käytettiin sietämättömien oireiden lievittämiseen, potilaan

ja omaisten elämänlaadun parantamiseen sekä potilaan ihmisarvon palauttamiseen ja autonomian kunnioittamiseen. Opinnäytetyöni tuloksissa vastaajat toivat myös esille sedaation indikaatioina levottomuuden, rauhattomuuden ja määrittämättömän paha olon. Varsinaista deliriumia ei nostettu esille lainkaan. Vastaajat totesivat sedaation myös parantavan omaisten elämänlaatua, sillä potilaan rauhoittumisen katsottiin rauhoittavan myös omaisia. Väsymys puolestaan ei missään vaiheessa tullut esille yhdenkään sairaanhoitajan puheissa.

Gorawara-Bhat ym. (2012) tutkimuksessa mielipide- eroja ilmeni sedaation käytön sopivuudessa masennuksen ja eksistentiaalisen kärsimyksen hoitoon. Tutkimuksessa katsottiin eri kulttuureilla olevan vaikutusta mielipide- eroihin. Eksistentiaalinen kärsimys tarkoittaa olemisen päättymistä. Koska kuolemasta ei ole luotettavaa tietoa, ei sitä voi käsittää rationaalisesti, joka aiheuttaa ihmiselle kärsimystä. Kärsimys johtuu siitä, että ihminen oivaltaa kaiken loppuvan. Ihminen menettää mahdollisuuden hallita omaa elämäänsä. Opinnäytetyöni tuloksissa, ei masennusta sedaation indikaationa tuonut esille yksikään sairaanhoitaja, eksistentiaalisen kärsimyksen toi esille yksi vastaajista.

Lähes kaikki sairaanhoitajat olivat jossain vaiheessa rinnastaneet sedaation eutanasiaan. Palliativisesta sedaatiosta ei ole paljon tutkimustietoa, joka vaikuttaa sairaanhoitajien asenteisiin ja käyttäytymiseen. Vastaajien mukaan sedaatiota pitäisi tuoda enemmän näkyväksi julkisilla keskusteluilla ja työyhteisön tuki koettiin tärkeäksi, että sedaation kanssa ei joudu olemaan yksin. Sedaatiota käytetään myös varsin vähän, joten toistoja ja kokemuksia sen käytöstä ei pääse juuri syntymään.

Abarshi ym. (2012) totesivat myös, että sedaatio vaatii rohkeutta, myötätuntoa, viestintää, taitoja ja tukea. Tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajien näkemykset sedaatiosta vaikuttavat tapaan, joilla he suorittavat tehtävänsä sekä potilaisiin, joita he hoitavat. Gorawara-Bhat ym. (2012) totesivat tutkimuksessaan, että sairaanhoitajan taakka kasvoi, jos lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä ilmeni väärinkäsityksiä. Tämän katsottiin vaikeuttavan yhteistyöhön perustuvia päätöksiä. Tutkimuksessa todettiin, että palliativinen hoito toimii usein monitieteisenä ryhmänä, jossa työyhteisön tuki on merkittävässä asemassa.

Gorawara- Bhat ym. (2012) mukaan, sairaanhoitajat tuntevat usein ahdistusta ja eettistä taakkaa palliativisen sedaation käytössä. Myös Abarshi ym. (2012) tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajat kohtaavat räsytystä sedaation antamisessa ja useimmat sairaanhoitajat antoivat sedaatiota kuolemaan asti vain tietyissä olosuhteissa. Abarshin ym. (2012) tutkimuksessa oli kuitenkin

huomionarvoista se, että osa aiemmin kieltäytyneistä sairaanhoitajista oli myöhemmin myöntynyt antamaan potilaalle sedaatiota. Henkilökohtaisia huolenaiheita voitaneen siis poistaa, kun perusteltua näyttöä sedaation hyödystä kuolevalle potilaalle todetaan. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien asenteita ja käsityksiä voitaisiin tukea erilaisilla toimintaohjeilla ja tehtäviin liittyvällä koulutuksella. Gorawara-Bhat ym. (2012) tutkimuksessa todettiin, että palliatiivisesta sedaatiosta tulisi olla yhdenmukainen linjaus, jota voitaisiin soveltaa kaikissa hoitoympäristöissä. Keskeisiä tekijöitä määrittämällä, voitaisiin erottaa sedaation rinnastaminen eutanasiaan. Tutkimuksessa katsottiin sairaanhoitajilla olevan tärkeä tehtävä arvioidessaan sedaation tarvetta potilaalle elämän loppuvaiheessa.

Gorawara-Bhat ym. (2012) mukaan sairaanhoitajat ovat useammin yhteydessä potilaaseen ja omaisiin kuin lääkäri, joten sairaanhoitajat voivat todennäköisemmin havaita oireiden ja potilastarpeiden muutokset. Sairanhoitajat ovat hyödyllisiä arvioimaan sedaation tarkoituksenmukaisuutta ja hoitosuunnitelman toteutumista, sillä hoitotyön näkökulmia on tutkittava sen turvallisen harjoittamisen kannalta. Tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajat ovat avainasemassa sedaation viemisessä eteenpäin, tämä edellyttää myös palliatiivisen hoidon osaamista, joka korostui kaikissa tutkimuksessa. (Gorawara-Bhat ym. 2012.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyö oli raskas prosessi toteuttaa yksin. En ollut aikaisemmin tehnyt opinnäytetyötä, joten edessä oli paljon tilanteita, joihin olisin kaivannut paria ongelmien ratkaisuisia. Opinnäytteen työstäminen tuntui hankalammalta pidemmän tauon jälkeen, joten pyrin työstämään sitä päivittäin, että tietynlainen ”ote” pysyy yllä koko prosessin ajan. Loppujen lopuksi olen tyytyväinen, sillä sain opinnäytetyöni valmiiksi siihen aikatauluun mennessä, jota tavoittelin. Aihe oli erittäin kiinnostava ja opinnäytetyö lähtikin alulle omasta mielenkiinnosta aiheeseen. Haastateltavat otivat minut hyvin vastaan, ja kokivat opinnäytetyöni aiheen tärkeäksi, joka tuki aiheeni valintaa. Keskustelut olivat erittäin vuorovaikutteisia, ja välillä myös koskettavia. Antoisat keskustelut olisi voineet jatkua vielä paljon pidempään haastattelujen jälkeenkin.

Koin mielekkääksi, että pääsin opinnäytetyöni kautta selvittämään, miten teoria- ja tutkimustieto näyttäytyvät käytännön hoitotyössä. Luin paljon aihetta koskevaa kirjallisuutta ja perehdyin eri tutkimuksiin ja opinnäytetöihin, joten palliatiivisen hoidon osaamiseni kehittyi opinnäytetyön myötä. Palliatiivinen hoito on näyttäytynyt elämässäni tähän asti pelkästään työharjoittelujen kautta, joten jatkossa minulla on paremmat valmiudet työskennellä potilaiden kanssa, joilla on kuolemaan johtava sairaus. Kuolevilla potilailla voi akuutit tilanteet syntyä äkillisesti. Tällaisia tilanteita ovat esim. verensyöksyt ja hengitysvaikeudet. Syvennyin sairaanhoitajaopinnoissa akuuttiin hoitotyöhön, joten opintoni tukevat toimimistani akuuteissa tilanteissa, joita voi olla juurikin hengitysvaikeudesta kärsivät potilaat.

Sain kuvailtua sairaanhoitajien näkemyksiä palliatiivisesta sedaatiosta terveystieteiden osastolla mielestäni hyvin. Opinnäytetyön tarkoitus siis täyttyi ja sain vastaukset tutkimuskysymyksiini. Yhden sairaanhoitajan alkuperäisilmaisun poistin harkinnan jälkeen, sillä siitä olisi voinut olla tunnistettavissa haastateltavan henkilöllisyys. Yhteistyö sujui työnantajan kanssa hyvin, vaikka tapasimme prosessin aikana loppujen lopuksi vain kaksi kertaa. Ensimmäinen tapaaminen oli heti opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa, jolloin hain myös tutkimuslupaa työlleni. Toinen tapaaminen oli osastopalaverissa, jossa esittelin opinnäytetyöni. Lisäksi olimme yhteydessä sähköpostitse tai puhelimitse muutaman kerran. Työnantaja oli kannustava heti opinnäytetyön alusta lähtien ja antoi positiivista palautetta koko opinnäytetyö- prosessin ajan. Työnantajan palaute näkemyksien kuvailuista oli positiivista. Pieniä muutoksia tein opinnäytetyöhöni työnantajan palautteen perusteella. Lisäsin työhön mukaan esim. Aliisan ja muutin vuodeosaston osastoksi. Työnantajan toiveen mukaan muokkasinkin myös osaston potilasryhmä- kuvausta, joka oli alun perin hieman rajatumpi.

Opinnäytetyön tavoite muuttui prosessin edetessä. Tavoite alkoi muodostua vasta opinnäytetyö prosessin loppuvaiheessa, kun analyysin tulokset olivat selvät. Tuloksissa nousi esille hyviä kehittämisideoita, jotka pystyin tuomaan työnantajalle esille opinnäytetyöni kautta. Sairaanhoidtajien kohtaamia haasteita olivat erityisesti hoitopäätökset, jotka eivät olleet ajan tasalla, tai niitä ei oltu tehty. Toisena haasteena koettiin tiedon puute. Sairaanhoidtajat kokivat, että asiat pitää osata perustella potilaalle, että omaiselle. Koulutusta sedaatiosta, syövän hoidosta ja palliatiivisesta hoitotyöstä kaivattiin. Hankalaksi koettiin myös, ellei lääkrillä ole palliatiivisen hoidon osaamista. Sedaatiota käytetään osastolla potilaan rauhoittamiseen, ja sillä pyritään saamaan potilaan olotila siedettäväksi. Kipu ja ahdistus ovat osastolla yleisimmät indikaatiot sedaation aloittamiselle. Tietämystä palliatiivista sedaatiota pitäisi sairaanhoidtajien mukaan tuoda enemmän esille. Työyhteisön tuki koettiin tärkeäksi, ettei sedaation kanssa joudu jäämään yksin. Eettiseksi huolenaiheeksi nousi sedaation ja eutanasian erottaminen sekä elämän lopullisuus. Sain opinnäytetyöni avulla arvokasta tietoa palliatiivisen sedaation käytöstä ja sen tuomista haasteista. Tulosten perusteella työnantajalla on mahdollista kehittää osaston hoitotyötä esim. koulutuksen avulla.

7.1 Luotettavuus

Kaikkien tutkimusten luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi arvioida jollakin tavalla. Laadullisessa tutkimuksessa ydinasioita ovat paikkojen, henkilöiden ja tapahtumien kuvaukset. Luotettavuutta lisää myös tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta ja olosuhteiden kertominen selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Olen pyrkinyt kuvailemaan opinnäytetyö prosessin etenemisen ja sen vaiheet mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Sisällön analyysiin tuli muutoksia prosessin edetessä. Olen selostanut vaiheet opinnäytetyössäni alla olevien muutosten mukaisesti.

Validius on tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Tutkimusmenetelmä oli mielestäni sopiva opinnäytetyön tarkoitukseen, ja sain kerättyä aineiston, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykseni eivät kuitenkaan suoranaisesti keskustelleet haastattelurungon kanssa, joten jouduin tekemään ratkaisuja, että opinnäytetyöni olisi yhteneväinen. Alun perin haastattelurungossa oli viisi pääkysymystä, jotka kaikki käsittelivät samaa teemaa. Tutkimuskysymyksiä oli puolestaan kolme, joista kolme oli haastattelurungon kanssa samoja. Päädyin siirtämään haastattelurungosta yhden kysymyksen avoimeksi kysymykseksi ja poistamaan haastattelurungosta yhden kysymyksen kokonaan. Poistettu

kysymys ei millään tavoin muuttanut opinnäytetyön tuloksia, sillä se ei olisi ollut tuloksien kannalta muutenkaan merkittävä. Kysymyksellä tavoiteltiin sairaanhoitajien äskettäisiä kokemuksia palliatiivisesta sedaatiosta. Avoimeksi kysymykseksi siirtynyt haastattelurungon kysymys puolestaan oli merkittävä opinnäytetyön tuloksissa, ja se on huomioitu opinnäytetyön tuloksissa. Avoimeksi kysymykseksi siirtynyt kysymys ei ole nähtävissä analyysiyksikkönä opinnäytetyön liitteenä toisin kuin ne kysymykset, jotka ovat yhtenäiset tutkimuskysymysten kanssa. Opinnäytetyö on mielestäni tehtyjen ratkaisujen vuoksi loogisempi ja helpommin sisäistettävissä. Myös tavoite muuttui prosessin edetessä, mutta laadullisessa tutkimuksessa ei tutkimuksen eri vaiheet ole aina välttämättä selkeästi jäsennettävissä eri vaiheisiin. Tutkimustehtävä tai aineiston keruuta koskevat ratkaisut voivat selkiytyä ja kirkastua vähitellen. Laadullista tutkimusta voikin luonnehtia jatkuvaksi ongelmanratkaisusarjaksi ja päätöksentekotilanteeksi. (Valli & Aaltola 2005, 74-75.)

Käytin opinnäytetyössäni haastattelurunkoa, joka mukaili aikaisemmassa tutkimuksessa käytettyä haastattelurunkoa. Opinnäytetyöni vertailukohteina käytin kahta ulkomailla tehtyä tutkimusta, joissa oli yhteneväisiä piirteitä tutkimukseni kanssa. Tulokset vastasivat hyvin aiempien tutkimusten tuloksia, joten tuloksia voidaan pitää reliabelina, jos kaksi arvioijaa päätyy samantyylaiseen tulokseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Koska yksi haastattelurungon kysymyksistä on siirretty avoimeksi kysymykseksi, eikä näin ollen ole nähtävillä analyysiyksikkönä liitteenä, ei vertailtavuus aikaisempiin tutkimuksiin ole välttämättä selvästi nähtävillä.

Tutkimustieto voi muuttua nopeasti, joten tutkimuksessa on pyrittävä käyttämään tuoreita lähteitä (Hirsjärvi & Hurme 2009, 109). Kirjallisuudessa pyrin hyödyntämään kymmenen vuoden sisällä julkaistua materiaalia. Tietokantoina käytin mm. Kamk finnan hoitotyön tietokantoja, kuten terveystietokanta, medic ja pub med. Palliatiivisesta sedaatiosta ei kuitenkaan löytynyt paljon tuoreita tietoa suomen kielellä, joten se toi haasteita opinnäytetyöhön ja jouduin käyttämään osittain myös vanhempaa kirjallisuutta teoriaosuudessa. Lähes kaikki suomen kielellä löytynyt materiaali, oli Hännisen Juhan kirjoittamia. En pitänyt tätä kuitenkaan huonona asiana, sillä Hänninen on työskennellyt pitkän tovin palliatiivisen hoitotyön parissa ja ollut mukana kehittämässä saattohoitoa. Kirjoittajan toistuvuus julkaisun tekijänä todennäköisesti kertoo kirjoittajan arvovallasta (Hirsjärvi & Hurme 2009, 109). Vanhempi kirjallisuus näyttäytyy opinnäytetyössäni myös tutkimusmenetelmien osalta, mutta oletettavasti tieto ei ehdi tällä tieteenalalla muuttua niin paljon kuin hoitotieteen alalla. Opinnäytetyön kautta olen oppinut etsimään tietoa monipuolisesti eri tietolähteistä ja puntaroimaan lähteiden luotettavuutta.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että kohderyhmä ja tarkoitus oli selvillä etukäteen. ”Kriteerinä” haastatteluihin oli sairaanhoitajien kokemus tutkittavasta aiheesta, joten heillä oli siis

tarvittava tieto aiheesta. Olin myös tutustunut tutkittavaan aiheeseen etukäteen aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta ja ollut mukana seuraamassa sedaation antamista syöpäpotilaalle, joka on vaikuttanut aiheen valintaan ja sen tärkeyteen. Laadullisen tutkimuksen yksi luotettavuuden mittareista on tutkijan sitoumus aiheeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163-164.) Vaikka kaksi sairaanhoitajaa eivät olleet toteuttaneet palliatiivista sedaatiota, en katsonut vastausten heikentävän tutkimuksen tuloksia, sillä vastaukset eivät poikenneet sairaanhoitajien vastauksista, jotka olivat toteuttaneet palliatiivista sedaatiota.

Kylläisyydellä tarkoitetaan sitä, että vastaukset alkavat toistaa itseään. Tällöin tutkimuksesta ei löydy enää mitään uutta. (Kananen 2015, 355.) Vaikka sain opinnäytetyöni tuloksissa osittain myös samoja vastauksia, oli vastauksissa myös hajontaa. Jos kohderyhmä olisi ollut suurempi, olisi todennäköisesti myös kylläisyys täyttynyt paremmin. Opinnäytetyön tulokset voisivat myös vaihdella, jos samanlaisen tutkimuksen toistaisi eri tutkija. Koska laadullinen tutkimus on joustava ja siinä voidaan toimia ja edetä tilanteen mukaan (Kananen 2015, 71), voisi opinnäytetyön tulokset vaihdella, jos samanlaisen tutkimuksen toistaisi eri tutkija.

Työn luotettavuutta lisää mielestäni myös se, että sairaanhoitajat eivät saaneet haastattelukysymyksiä etukäteen nähtäväksi. Halusin saada sairaanhoitajilta totuuden mukaisia vastauksia, ettei heillä ollut mahdollisuutta valmistautua ja etsiä tietoa palliatiivisesta sedaatiosta etukäteen. Aineiston keruu toteutui yksilöhaastatteluin, joka vaikuttaa luotettavuuteen siten, että toisilla haastateltavilla ei ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa kenenkään mielipiteisiin. Luotettavuutta heikentävä tekijä voi puolestaan olla sairaanhoitajien mahdollisuus keskustella keskenään haastattelun kulusta ennen seuraavia haastatteluja.

Luotettavuuteen vaikuttaa tallenteiden kuuluvuus (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184-185). Nauhoitin haastattelut tabletille, jonka toimivuutta ja kuuluvuutta testasin kotona ennen haastatteluja. Haastattelujen aikana tarkistin ajoittain tabletin toimivuutta, että haastattelut varmasti tallentuvat. Haastattelut toteutuivat yhtä lukuun ottamatta, osaston rauhallisissa tiloissa, jossa ei ollut häiriötekijöitä vaikuttamassa haastateltavan ja haastattelijan keskittymiseen. Yksi haastattelu tapahtui osaston apuvälinevarastossa, jossa oli mukana häiriötekijöitä. Vaikka keskustelu ajoittain keskeytyi, ei sillä ollut suoranaista vaikutusta haastattelun kulkuun. Tabletti oli haastattelutilanteessa aivan vieressä, sillä pitkä etäisyys olisi voinut vaikuttaa tallenteen laatuun. Haastateltavat kertoivat, että tabletti ei vaikuta keskittymiseen millään tavoin. Haastattelujen jälkeen aloitin litteroinnin heti, joka on myös yksi luotettavuuden osatekijä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184-185.) Litterointi myös noudatti samaa kaavaa alusta loppuun kaikissa haastatteluissa, joten lopputulos ei muuttunut missään vaiheessa.

Opinnäytetyöni keskeiset käsitteet nousivat aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta. Aineiston analyysissä nousi vahvasti esille hoitopäätökset, joten lisäsin opinnäytetyöhöni teoriaosuutta. Muuten keskeiset käsitteet vastasivat hyvin kokonaisuutta. Ainoastaan eutanasian osalta teoretieto jäi hieman suppeaksi, vaikka siitä osiossa 2.4 sivusinkin.

7.2 Eettisyys

Tieteellistä käytäntöä voidaan loukata monin tavoin. Tutkimuksen lähtökohtana on kunnioittaa ihmisarvoa ja antaa mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. (Hirsjärvi & Hurme 2007, 25). Tärkeimpinä eettisinä periaatteina ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa ovat yleensä informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, yksityisyys ja seuraukset. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 20). Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen, kävin esittäytymässä opinnäytetyöni tiimoilta osaston osastopalaverissa. Esittelin osastopalaverissa opinnäytetyöni tarkoituksen ja tavoitteen suullisesti, ja jätin nähtäväksi kirjallisen ohjeistuksen, jossa oli yhteystietoni yhteydenottoja varten, (Liite 1). Ennen haastattelua oli haastateltavalla mahdollisuus vielä kysyä haastattelun kulusta, tai jättää halutessaan haastattelu antamatta. Haastateltavat saivat ennen haastattelua allekirjoitettavaksi haastatteluluvan, jota tarvitaan haastatteluun suostumiseksi (liite 2). (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 14-17.)

Haastattelut toteutuivat yksilöhaastatteluin, sillä se on ryhmähaastattelua parempi vaihtoehto silloin, jos aihe voi olla haastateltavalle arka (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61). Halusin saada jokaiselta sairaanhoitajalta oman henkilökohtaisen näkemyksen tutkittavasta aiheesta. Jos haastateltavia olisi ollut paikalla useampia, olisi ne voineet vaikuttaa toisen mielipiteeseen ja näkemykseen. Katsoin yksilöhaastattelun myös hyväksi vaihtoehdoksi sen takia, koska aiheesta voi olla vaikea puhua isommassa ryhmässä. Että sairaanhoitajien vastaukset olisivat olleet mahdollisimman totuudenmukaisia, ei sairaanhoitajilla ollut mahdollisuutta nähdä haastattelurunkoa etukäteen. Totuudenmukaisempia vastauksia oli mielestäni tässä tapauksessa parempi saada yksilöhaastattelulla kuin ryhmähaastattelulla.

Oleellinen osa tutkittavien suojaa on mm. oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 156). Haastateltavilla oli mahdollisuus antaa haastattelut työpaikan ulkopuolella. Kaikki kuitenkin kokivat, että haastattelut voidaan pitää osaston rauhallisissa tiloissa. Haastateltavien anonymiteettiä suojasin siten, että tallensin nauhoitteet merkkamalla ne kirjain- numero

yhdistelmällä. Samaa käytäntöä jatkoin myös tulosteiden kanssa, ja opinnäytetyön muissa vaiheissa. Työstin opinnäytetyötä yksin koko prosessin ajan, joten kenelläkään ei ollut muutenkaan mahdollisuutta päästä käsiksi haastateltavien antamiin tietoihin. Osaston esimies antoi luvan käyttää paikkakunnan nimeä opinnäytetyössä, mutta päätin jättää sen pois, ettei tämänkään kautta haastateltavan yksityisyys selviäisi. Opinnäytetyön suorissa lainauksissa olen jättänyt pois sellaiset toteamukset, joista voisi tunnistaa haastateltavan tai potilaan. Yksi yksityisyydensuojaa heikentävä tekijä sattui prosessin aikana sähköpostin välityksellä tapahtuvassa tiedonvälityksessä. Olin asiasta yhteydessä kyseiseen henkilöön sekä ohjaavaan opettajaan.

Aihetta on tutkittu vähän, joten jatkotutkimusaiheena voisi samanlaisen tutkimuksen toteuttaa suuremmassa mittakaavassa. Mielenkiintoista olisi myös samankaltainen haastattelu esim. teho-
hoitoyksikköön, jossa sedaatio on terveyskeskussairaalan osastoa käytetympi hoitomuoto.

Lähteet

- Abarshi, E., A., Papavasiliou E., Preston, N., Brown, J. & Payne, S. 2013. The Complexity of Nurses' Attitudes and Practice of Sedation at the End of Life: A Systematic Literature Review. 2014 May; 47(5). [http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00396-5/fulltext](http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(13)00396-5/fulltext)
- Gorawara-Bhat, R., Levine, S., Patel, B. & Shega, J. 2012. Nurse's attitudes and experiences surrounding palliative sedation: Components for developing policy for nursing professionals J Palliat Med. 2012 Apr; 15(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362321/>
- Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. Painos. Helsinki: Edita Prima.
- Haavistola, N. & Laakkonen, M. 2014. Opinnäytetyö. Saattohoitopäätös ja puheeksi ottaminen Karelia ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.11.2019. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81215/Haavistola-Laakkonen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Haho, A. 2017. Palliatiivisen vaiheen syöpäpotilaiden eksistentiaalinen kärsimys. Lääkärilehti 33/2017 vsk 72. 1709 a. Viitattu 25.12. 2019. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/0/20/43/850/sll332017-1704.pdf>
- Hamunen, K. 2012. palliatiivinen sedaatio. Finnanest. Viitattu 18.11.2019. http://www.finnanest.fi/files/hamunen_palliatiivinen.pdf
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1993. Teemahaastattelu. 6. painos. Helsinki: Yliopistopaino copyright.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Hänninen, J. 2006. Mitä palliatiivinen sedaatio on- ja mitä se ei ole. Lääkärilehti 42/2006 vsk 61 s. 4323. Viitattu 28.3.2019. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/mita-palliatiivinen-sedaatio-on-ja-mita-se-ei-ole/7>

Hänninen, J. 2007. Palliatiivinen sedaatio- viimeinen keino kärsimyksen hoidossa. Duodecim 2007; 123:2207-13. Viitattu 29.3.2019 <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96746.pdf>

Hänninen, J. 2012. Eutanasia. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Juvenes print.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim 2013;129(4):440-5. Viitattu 28.8.2019. <https://www.duodecimlehti.fi>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Turku: Wsoy.

Liedes, L. 2013. Opinnäytetyö. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö terveyskeskuksen potilasosastolla. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.11.2019. <https://core.ac.uk/download/pdf/38098789.pdf>

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. 1. painos. Porvoo: WSOY Kirjapainoyksikkö.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2018. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 3.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi>

Pelkonen, R. 2019. Lääkärin etiikka -itsemääräämisen periaate. Suomen lääkäriliitto. Viitattu 29.10.2019. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/potilas-ja-laakari/>

Potilasta palveleva hoitosuunnitelma tehdään yhteistyössä 2015. Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 12.9.2019. <https://valvira.fi>

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu- tutkimus. Tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Saarto, T. & Asiantuntijaryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 4.4.2019. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi>

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Eu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: Ps-kustannus.

HYVÄ TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Kajaanin ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyösuunnitelmani ovat hyväksyneet ohjaava opettajani Jukka Seppänen sekä osastonne esimies. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvailla sairaanhoitajien näkemyksiä palliatiivisesta sedaatiosta terveyskeskussairaalan osastolla. Tavoitteena on kehittää hoitotyötä tuomalla työnantajalle sairaanhoitajien kohtaamia haasteita palliatiivisesta sedaation käytöstä esille.

Opinnäytetyöni aineisto on tarkoitus kerätä teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelussa aihe ja kysymykset on mietitty jo etukäteen. Tarvitsen haastateltaviksi viisi sairaanhoitajaa, jotka ovat toteuttaneet palliatiivista sedaatiota osastollanne. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, jotka nauhoitetaan. Yksi haastattelu vie aikaa n. tunnin verran. Haastateltavien tietoihin pääsee käsiksi ainoastaan tutkija, jota sitoo vaitiolovelvollisuus. Haastateltavien antamat tiedot ei missään vaiheessa pääse ulkopuolisten tietoon eikä missään vaiheessa selviä, kuka haastattelun on antanut. Haastatteluaineisto hävitetään aineiston analyysin jälkeen. Opinnäytetyön valmistuttua, tuon tutkimusraportin tulokset julki osastollenne.

Toivoisin, että osastoltanne löytyisi riittävästi halukkaita mukaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Pyydän suostumustanne oheisella lomakkeella, teillä on oikeus kysyä tutkimuksesta lisätietoja. Vastaan kysymyksiinne mielelläni.

Ystävällisin terveisin

SUOSTUMUSLOMAKE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEKSI

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta. Olen tietoinen siitä, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin keskeyttää osallistumiseni, milloin tahansa ilman, että se vaikuttaa mitenkään kohteluuni nyt tai vastaisuudessa.

Ymmärrän, että antamani vastauksia käsitellään ehdottomasti luottamuksellisesti. Tulokset raportoidaan siten, ettei henkilötietoni ole niistä tunnistettavissa. Osallistun vapaaehtoisesti tutkimukseen ymmärtäen, ettei tutkimuksen tekijä luovuta henkilökohtaisia vastauksiani kenellekään ulkopuoliselle.

Paikka ja päiväys

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Teemahaastattelun runko

Miten kauan olet toiminut sairaanhoitajana?

Oletko ollut toteuttamassa palliatiivista sedaatiota? Montako kertaa?

Äskettäiset kokemukset palliatiivisesta sedaatiosta?

Mitä on palliatiivinen sedaatio?

1. Millaisilla keinoilla hoitoa voisi palliatiivisen sedaation avulla parantaa?

-Onko koulutuksen tarvetta?

2. Mitkä ovat palliatiivisen sedaation käyttöaiheet osastolla?

-Oireet, joiden perusteella sedaatiota annetaan

3. Mitä eettisiä asioita palliatiivinen sedaatio herättää?

-Millaisia ajatuksia palliatiivinen sedaatio herättää

MILLAISILLA KEINOILLA HOITOA VOISI PALLIATIIVISEN SEDAATION AVULLA PARANTAA?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Taso 1	Taso 2	Taso 3	Taso 4
"Koulutusta pitäisi saada lisää senkin takia, että pystytään omaisia ja potilaitakin ohjaamaan. Saattohoitokoulutusta on jonkin verran."	Potilaan ja omaisten ohjaaminen	Ohjaaminen	Tiedon puute		Koulutus
"Tietopaketti sedaatiosta, palliatiivisesta hoidosta, oireista ja hoidosta että osataan perustella ja kerrata asioita potilaille ja omaisille. Se luo turvallisuutta."	Luo turvallisuutta, että osaa perustella asiat omaisille ja potilaille	Ohjaaminen	Tiedon puute		Koulutus
"Koulutusta lääkäreille ja hoitajille. Hoidonlinjaukset hyvissä ajoin, koska potilaat uupuvat, jos päätöksiä ei ole tehty.	Koulutusta, hoidonlinjaukset	Hoito- linjaukset	Tiedon puute	Hoidon linjaukset	Koulutus
Tietoisuutta pitäisi lisätä, myös lääkäreille. Keskustelu sedaatiosta potilaan kanssa, kun vielä ymmärrystä on."	Tiedon lisääminen Hoitopäätökset		Tiedon puute	Hoitopäätökset	Tiedon lisääminen
"Joskushan näitä on näitä ikäviä, että tehhään semmonen, ja sitten ihminen itse sanoo, että en minä olisi enää tätä halunnut."	Hoidon linjaus			Hoito- linjaus	
"Koulutusta olisi hyvä olla lääkehoidosta ja esim. syövän hoidosta miten se etenee jne. Koulutusta pitäisi saada myös Organisaatiotalle, ja tuoda sedaatio näkyväksi ja julkiseksi. Hoidonrajuuksia voisi tehdä jo aikaisemmin, ettei kärsimystä pitkitetä turhilla toimenpiteillä."	Lisäkoulutusta koko organisaatiolle ja tuoda sedaatio näkyväksi. Hoidonrajuukset	Tuoda sedaation näkyväksi	Tiedon puute	Hoidon rajaukset	Koulutus

MITKÄ OVAT PALLIATIIVISEN SEDAATION KÄYTTÖAIHEET OSASTOLLA?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Taso 1	Taso 2	Taso 3	Taso 4
"Syöpäkipu ja ei niitä oikeestaan oo muita ollut. Voimakas ahdistuneisuus, ei pelkkä ahdistuneisuus, että siinä on mukana kuolemaan johtava sairaus."	Syöpäkipu, ja voimakas ahdistuneisuus. Kuolemaan johtava sairaus	Syöpäkipu	Kuolemaan johtava sairaus	Ahdistuneisuus	Kipu
"Syöpäpotilas, kipuinen, jolla on ollut myös hengenahdistusta."	Syöpäpotilaan kipu ja Hengenahdistus	Syöpäkipu ja hengenahdistus	Hengenahdistus		Kipu
"Kipu, mutta menisikö ahdistuneisuus ensimmäiseksi. Semmonen pelokkuus, ahdistuneisuus, levottomuus, määrittämättömän paha olo."	Ahdistus, kipu, pelokkuus, levottomuus määrittämättömän paha olo	Määrittämättömän paha olo Pelokkuus	Levottomuus	Ahdistus	Kipu
"Rauhattomuus, ahdistuneisuus, levottomuus, kipu."	Rauhattomuus ahdistuneisuus kipu	Rauhattomuus	Levottomuus	Ahdistus	Kipu
"Lähinnä se tilanne on semmonen, että se omaisen ja potilaan tila ei ole siedettävä."	Potilaan ja omaisten sietämätön olo	Sietämättömän olotila			

MITÄ EETTISIÄ ASIOITA PALLIATIIVINEN SEDAATIO HERÄTTÄÄ?

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Taso 1	Taso 2	Taso 3
"Paljon on pohdittu, onko tämä eutanasiaa ja onko mulla tähän oikeus. Ensimmäisellä kerralla se on niin iso mietintä, ihmisen näkee siinä viimeistä kertaa. Päätös on tehty, että kuolema tulee."	Sedaation ja eutanasian erottaminen. Ensimmäisellä kerralla iso mietintä Elämän lopullisuus	Tiedon puute Elämän lopullisuus	Elämän lopullisuus	Tiedon puute
"Monesti ajattelee, että tämä on nyt se loppu ja tämä on lopullista, mutta kun omaiset katsoo vieressä potilaan tuskaa, hätää, kipuja niin hekin toivovat, kun tämä jo loppuisi."	Potilaan ja omaisten kärsiminen elämän loppuvaiheessa	Elämän lopullisuus	Elämän lopullisuus	
"Tietoa pitäisi olla, että osaa perustella ja kerätä asiat omaisille ja potilaille."	Asiat pitää osata perustella omaisille ja potilaille	Ohjaaminen		Tiedon puute
"Silloin kun meille nämä ensimmäiset tuli, niin oli itselläkin ne ajatukset, että onko tämä nyt sitä eutanasiaa vai mitä tämä on."	Sedaation ja eutanasian erottaminen			Tiedon puute
"Alussa oli ajatuksia, onko tämä nyt sitä eutanasiaa, se on tiedonpuutetta. Koulutusta enemmän, että ei tartteis arvailla mikä on sallittua ja mikä ei. Enemmän keskustelua."	Eutanasian ja sedaation erottaminen Koulutus ja keskustelu	Tiedon puute		Tiedon puute