

# Kuolevan potilaan hoito akuuttihoitotyössä työskentelevän sairaanhoitajan näkökulmasta

”Kuolema on yksinkertainen, tavallinen ja demokraattinen asia maailmassa.  
Se koskee jokaista.”

Satu Virkkumaa ja Tuuli Myllymäki  
Opinnäytetyö, kevät 2012  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
DIAK Etelä, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Virkkumaa, Satu & Myllymäki, Tuuli. Kuolevan potilaan hoito akuuttityössä työskentelevän sairaanhoitajan näkökulmasta. Diak, Etelä, Helsinki, kevät 2012, 78s, 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan potilaan hoidosta akuuttihoitotyössä ei juuri ole tutkittu. Idea opinnäytetyöhön sai alkunsa joulukuussa 2010 pohtiesamme omien työpaikkojemme hoitotyötä kuolevan kohdalla. Omat kokemuksemme kuolevan potilaan hoidosta siivittivät ideaa käsitellä hyvää kuolemaa ja kuolevan ihmisen hyvää hoitoa monipuolisesti. Halusimme lisäksi selvittää yleisesti akuuttihoitotyötä tekevien hoitajien näkemyksiä ja tunteja kuolemisen ja kuolevan potilaan hoidosta.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Käytännössä luotiin strukturoitu kysely, jossa oli kolme avointa kysymystä. Tällä kerättiin tietoa sairaanhoitajien kokemuksista. Aineistonkeruu tapahtui sähköisesti. Kysely tehtiin sairaaloiden akuuttiosastoilla ja kaikki vastaajat olivat sairaanhoitajia. Kyselyyn vastasi kuusi (6) sairaanhoitajaa. Kyselyn tulokset analysoitiin kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmillä, ja avoimet kysymykset käsiteltiin laadullisen sisällön analyysin avulla.

Opinnäytetyön tulokset eivät poikenneet aikaisemmista tutkimuksista ja vastaukset olivat odotettavia ja samankaltaisia kuin pitkäaikaisosastolla. Sairaanhoitajien vastauksista korostui kuitenkin heidän realistinen suhtautumisensa kuolemaan. Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata akuuttiosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksista kuolevan potilaan hoidosta ja opinnäytetyön perusteella kehittää kuolevan potilaan hoitoa osastoilla.

Asiasanat: akuuttihoito, sairaanhoitajat, kokemukset, kuolema, saattohoito, palliatiivinen hoito

## ABSTRACT

Virkkumaa, Satu and Myllymäki, Tuuli.

Experiences of nurses treating dying patients in acute care. 78 p., 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of our qualitative research was to survey nurses' experiences of treating dying patients in acute care. We wanted to find out about common views of nurses working in acute care and their feelings while treating dying patients.

This research is qualitative and is based on three open questions. The structured questions were sent by e-mail to six nurses from three acute care units. Qualitative research method was used in analyzing the results and the open questions were processed with qualitative content analysis.

Comparing the results of thesis with earlier studies only little differences were found. The answers were similar compared to results of chronic patient ward. Nurses' realistic attitude towards death was emphasized in their answers. In the thesis nurses' experiences were gathered, and the main result is that death is a natural part of nursing.

Keywords: nurses, death, hospice care, palliative care, acute care

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 KUOLEVA POTILAS .....	8
2.1 Kuolema .....	8
2.2 Elämä ennen kuolemaa .....	10
2.3 Kuolevan kärsimys .....	12
2.4 Kuolevan perhe ja omaiset .....	14
3 KUOLEVAN POTILAAN HOITOVAIHTOEHDOT .....	16
3.1 Itsemääräämisoikeus .....	16
3.2 Hoitotahto ja vajaa päätöksentekokyky .....	17
3.3 Palliatiivinen hoito .....	18
3.4 Saattohoito .....	20
3.5 Lääketieteellisesti perustelematon hoito .....	24
3.6 Elvytys .....	24
3.6.1 Elvytyksen eettiset perusteet .....	26
3.6.2 Elvyttämättä jättämiskielto eli DNR .....	27
4 KUOLEVAN POTILAAN OIREIDEN HOITO .....	28
4.2 Kipu .....	30
4.3 Hengenahdistus .....	31
4.4 Pahoinvointi .....	33
4.5 Iho ja kutina .....	34
4.6 Ruuansulatushäiriöt ja kuivuminen .....	35
4.7 Ahdistus ja psyykkiset oireet .....	36
4.8 Dementiaa sairastavan kuolevan potilaan hoito .....	37
5 SAIRAANHOITAJA KUOLEVAN HOITAJANA .....	37
5.1. Ammatillinen pätevyys ja kompetenssit .....	38
5.1.1 Sairaanhoitajan työ .....	40
5.2 Sairaanhoitaja kuolevan potilaan hoitajana akuuttihoitotyössä .....	41
5.3 Aikaisempia tutkimuksia .....	45
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS .....	48

7 TUTKIMUSPROSESSI .....	49
7.1 Akuuttihoiton toimintaympäristö.....	49
7.2 Laadullinen tutkimus.....	50
7.2.1 Tiedonkeruu ja vastaajat.....	51
7.2.2 Sisällönanalyysi .....	52
8 TUTKIMUSTULOKSET.....	54
8.1 Yleisiä ajatuksia kuolevan hoidosta.....	54
8.2 Haasteet kuolevan hoidossa .....	56
8.3 Palkitsevuus kuolevan hoidossa.....	58
9. POHDINTA .....	60
9.1 Tulosten pohdinta.....	60
9.2 Eettisyys ja luotettavuus .....	62
9.3 Johtopäätökset .....	63
9.4 Ammatillinen kasvu .....	67
LÄHTEET:.....	72
LIITE 1.....	77

## 1 JOHDANTO

Kun potilas saa diagnoosin ja ennusteen, ettei sairaudesta enää voi parantua ja kuolema alkaa lähestyä, alkaa pohtiminen hoitolinjoista ja hoitojen tarpeellisuudesta yhdessä potilaan, omaisten ja lääkärin kanssa. Opinnäytetyössämme kerromme hoitopäätöksistä, elvytyskiellosta, kuolevan oireista ja niiden hoidosta. Monilla ihmisillä on väärä käsitys elvyttämättä jättämisestä. Ihmiset usein olettavat, että hoidot lopetetaan eikä potilaan oireisiin anneta apua. Monille on myös epäselvää palliatiivisen eli oireita lievittävän hoidon ja saattohoidon ero. Opinnäytetyössä avaamme näitä käsitteitä ja annamme tietoa hoitotyön toimenpiteiden ohella kuolevan henkisestä kivusta ja inhimillisestä kärsimyksestä.

Kuolevalla potilaalla on loppuvaiheessa kipua, pahoinvointia, sekavuutta sekä niin henkistä kuin fyysistäkin ahdistusta. Kerromme opinnäytetyössä Käypä hoito -suositusten mukaisista hoito-ohjeista, sekä teoreettisista hyvän kuoleman edellytyksistä. Käypä hoito -suositukset ovat hoitotyön ohjenuora, johon hoitajat ja lääkärit tukeutuvat. Ne kertovat viimeisen tutkitun tiedon.

Opinnäytetyössä kuvaamme myös aikaisempien opinnäytetöiden tuloksien perusteella, miten sairaanhoitajat kokevat kuolevan potilaan hoitamisen ja mikä siinä on ollut haastavaa ja mikä antoisaa. Sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan hoidosta on tutkittu eri opinnäytetöissä ja pro gradu-tutkielmissa, mutta akuuttihoito-osastojen hoitajien mielipiteitä kuolevan hoidosta ei ole juuri tutkittu. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää akuuttihoitossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia ja tunteita kuolevan hoidosta.

Kuoleva potilas, hänen oma hoitopäätöksensä sekä hoito-ohjeet ovat kiinnostaneet meitä jo kauan. Vuonna 2010 joulun alla keskustelimme kuolemasta ja siitä herättävistä ajatuksista ja tunteista, jonka jälkeen halusimme tehdä opinnäytetyön tästä aiheesta. Aihe on ajankohtainen, koska kuolemasta on viime aikoina julkisuudessa käyty paljon keskustelua, kuten myös

hoitolinjoista ja päätöksenteosta. Akuuttihoitotyön näkökulman valitsimme, koska työskentelemme päivystyssairaalassa, joten akuuttihoitotyön näkökulma on meille luonteva ja meitä kiinnostaa selvittää akuutti puolen sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan hoitotyöstä.

Koska molemmat meistä työskentelevät akuutissa ja nopeatempoisessa hoitotyössä, jossa kuolema on jatkuvasti läsnä, nurjat puolet kuolevan potilaan hoidossa ovat pistäneet pitkään jo silmään. Tavoitteena omissa yksiköissämme on hyvä elämä, ei hyvä kuolema. Omakohtainen kokemuksemme antaa hyvät mahdollisuudet tämän opinnäytteen kautta kehittää hyvän kuoleman toteutumista, sillä näkemämme epäkohdat voisi tuoda päivänvaloon yleisesti.

## 2 KUOLEVA POTILAS

### 2.1 Kuolema

Kuolema on asia, jonka jokainen elävä olento maan päällä kohtaa ja aihe, joka kiinnostaa jokaista (Hänninen 1998,157). Kun kuolema lähestyy, ihminen muuttuu voimattomaksi ja uneliaaksi. Ajan, paikan ja tilan taju katoaa. Hengitys muuttuu katkonaiseksi ja korisevaksi, nieleminen ei enää onnistu. (Hänninen 1998,174.) Jokaisen luona vierailee kuolema. Usein aavistamattomalla hetkellä, jota ei ole toivottu. Onneksi kuolema on joskus odotettu, lempeä vieras, joka armollisesti lopettaa kärsimyksen ja loputtoman tyhjyyden. (ETENE 2004, 11.) Kuoleman läheisyyden hyväksyminen on potilaana olevalle ja hänen omaisilleen hyvin raskas ja vaikea vaihe. Mutta myös hoitohenkilökunnalle se on hankala, ristiriitaisia tilanteita aiheuttava asia. Rajojen veto niin hoitotoimien kuin lääketieteellisten hoitojen suhteen on vaikeaa niin lääkärille kuin hoitohenkilökunnalle. (Hänninen 2002.) Kuolemaa voidaan pitää ihmisen viimeisenä projektina. Siinä ihminen luopuu lopullisesti niin fyysisestä, kuin sosiaalisestakin olemisestaan. Kuoleminen haluaminen on paradoksaalista, sillä kun olemme kuolleita, ei haluavaa minuutta enää ole. Kuoleman haluaminen merkitsee haluavan subjektin häviämistä. (Hänninen 2003.)

Lääketieteessä kuolema liittyy yleensä sairauksiin ja tapaturmiin ja se on hoidon ei-toivottu lopputulos. Toisaalta vanhan ihmisen kuolemaa on alettu pitää normaalina tapahtumana ja sitä ei saisi yrittää estellä, kun sen aika on ja tämä on osiltaan johtanut vaikeuksiin määrittää hoidon jatkumisen ja aloittamisen suotavuus. Käsitteet hyvä hoitokäytäntö, saattohoito ja eutanasia ovat sekoittuneet. Hännisen mukaan kuolema on nyky-yhteiskunnassa kovin eristettyä ja arkielämästä on tullut pyrkimys terveyteen ja kuolemattomuuteen. Kukaan ei kuole, jollei mitään tapahdu. Kuolemaa aiheuttavat taudit edustavat edelleen pahaa, joka mieluiten peitetään. Hyvän kuoleman vastakohta on paha, eli kuolevan ruumis. (Hänninen 2003.)



Samalla kun ihminen aika ajoin hyväksyy itsensä kuolemaa kohti kulkijaksi, hän hartaasti ja perusteellisesti myös valehtelee itselleen ja muille, ettei kuolemaa ole. Oman kuoleman ajatus kääntyy joksikin muuksi. Ihmiset loukkaantuvat ja tuntevat itsensä hyvin pelokkaiksi kuoleman edessä. Kuolemisen aika on hyvästijättöä elämälle ja se vie loukkaantumisen tunteeseen, vihaan ja epäuskoon. Eläminen merkitsee ihmiselle samaa kuin olla rakastettu. Kuoleman vaarassa ihminen olettaa että toisten ja oma rakkaus loppuu ja silloin ihminen tuntee olevansa kykenemätön selviytymään kuolemistaan. Oma itse tuntuu vieraalta ja oudolta. Kuoleva tuntee itsensä muukalaiseksi. (Kyrönviita 2006, 65.)

Kuolemaa on sanottu ainoaksi varmaksi asiaksi elämässä ja kullakin eläinlajilla, ihminen mukaan lukien on tietty elinikä, vaikkei hän sairastuisikaan mihinkään tautiin. Kuoleman syyt vaihtelevat yksilöllisesti mutta sen merkit ovat kaikilla samat. Primaarisia eli ensimmäisiä merkkejä kuolemasta ovat hengityksen ja sydämentoiminnan pysähtyminen, lihasten veltostuminen, kudossjälentymisen pieneneminen ja ärsykkeisiin reagoimattomuus. Myöhemmin seuraa sekundaariset eli toissijaiset kuoleman merkit, joita ovat esimerkiksi lautumat, jotka ovat mustelmia kun verenkierto on tyrehtynyt ja veri pakkautunut esimerkiksi selällään makaavalle selkään. Veri hemolysoituu eli punasolut hajoavat ja imeytyvät kudoksiin ja värjäävät alueet sinipunaisiksi. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist, 2001, 598–599.)

Kuolonkankeus lihaksissa alkaa sydäimestä ja palleasta ja puremalihaksissa eli leuassa sen voi havaita noin 4 tunnin kuluttua. Tämän jälkeen kuolonkankeus leviää lihaksistossa alaspäin ja katoaa samassa järjestyksessä noin kahden vuorokauden kuluttua kuolemasta. Elinsiirtojen aikakaudella täydellinen kuolinhetken ilmoittaminen ja toteaminen on osoittautunut vaikeaksi, sillä eri kudokset kuolevat eri aikaan. Lihakset voivat reagoida ärsykkeisiin useita tunteja sen jälkeen kun sydän on lakannut pumppaamasta verta. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist, 2001, 598–599.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut asetuksen 24/2007 kuoleman toteamisesta. Ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa on pysyvästi loppunut. Ihminen voidaan todeta kuolleeksi sydämen sykkimisen lakattua, kun joku seuraavista kolmesta perusteesta toteutuu. Ensimmäinen peruste on kun toissijaiset kuoleman merkit ovat ilmaantuneet. Toinen peruste on kun elimistö on murskaantunut tai silpoutunut elinkelvottomaksi. Kolmas peruste on kun hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet eikä verenkierto käynnisty hoitotoimenpiteistä huolimatta, tai ei ryhdytä hoitotoimenpiteisiin, koska tiedetään, että ihmisellä olevan sairauden perusteella hoitotoimenpiteistä ei ole hyötyä tai koska elvytystä ei ole voitu aloittaa riittävän ajoissa hengityksen ja verenkierron käynnistämiseksi. Laillistettu tai luvan saanut lääkäri voi todeta kuoleman. (Kuoleman toteaminen 2004.)

Aivokuolema on kun kaikki aivotoiminta on pysyvästi loppunut ja silloin ihminen voidaan todeta kuolleeksi. Sydämen vielä sykkiessä edellytyksenä kuoleman toteamiselle on, kun aivoperäiset vasteet puuttuvat ja hengityskeskukseen toiminta on loppunut ja kun aivotoimintojen loppumisen syy tai patofysiologinen mekanismi on selvitetty. Hengityskeskukseen toiminnan loppumisen ja aivoperäisten vasteiden puuttumisen toteamiseksi on tehtävä tarpeelliset lihasjänteyyden, kipureaktion, aivohermojen ja hengitystä säätelevien aivorakenteiden toimintaa koskevat tutkimukset. Tarvittaessa perustutkimuksia on täydennettävä lisätutkimuksilla. Aivokuoleman toteaminen edellyttää, että laillistetulla tai luvan saaneella lääkärillä, joka aivotoiminnan vasteita tutkii, on neurologisten tutkimusten tekemiseen riittävä koulutus ja että hengitystä säätelevien aivorakenteiden toimintaa tutkivalla lääkärillä on riittävä anestesiologin koulutus. (Kuoleman toteaminen 2004.)

## 2.2 Elämä ennen kuolemaa

Tieto kuolemasta muuttaa usein elämää monella tapaa. Pitkä keskittyminen kuoleman odotukseen rasittaa sekä potilasta että omaisia ja kuoleman lykkääntyminen ei ole aina myönteinen asia. Monesti ajatellaan, että elämä ja kuolema

ovat toisensa poissulkevia asioita ja että elämä loppuu fyysisesti kuolemaan. Kuolema on kuitenkin osa itse kunkin elämää ja elämä jatkuu muissa ihmisissä kuoleman jälkeen. Myös se aika, kun kuolema on selkeästi ja ajallisesti näkyvässä, kuuluu elämisen piiriin. Kuolevan potilaan hoidossa tällä ajatuksella on oleellinen merkitys. Usein kun ihmistä ruvetaan ajattelemaan kuolevana potilaana, hänet esineellistetään ja häneltä ikään kuin riistetään mahdollisuus nauttia elämästään. Toki nautinnon lähteet saattavat kuoleman lähestyessä kovastikin muuttua ja kuolemaan johtava sairaus usein asettaa rajoituksia sille miten arvokkaaksi elämänsä loppuvaiheessa oleva ihminen itsensä kokee. (Hänninen 1998, 39–41.)

Mitä suuremman osan elämästä kuolema valtaa, sitä vähemmän elämällä näyttäisi olevan arvoa. Kehon heiketessä, vaivojen lisääntyessä, tulevaisuuden lyhentyessä ja tilanteen huonontuessa myös halu elämää pitkittävästä toimista luopumisesta tulee ymmärrettäväksi. Tässä vaiheessa elämä ymmärretään muunakin kuin fysiologisena olemassaolona. Lääketieteellä on tässä suhteessa ollut vaikeuksia nähdä, että elämää uhkaava infektio ei enää kuolevalle ole uhka, sillä kuoleman ote on jo niin vahva. (Hänninen 1998, 43.)

Hoitohenkilökunnan ja potilaan näkökulmat elämän laadun parantamisesta ennen kuolemaa saattavat poiketa toisistaan runsaasti. Kuolemalla on sijansa kuolevan ihmisen loppuelämässä, eikä aktiviteettien korostaminen ole aina eduksi. Elämä on usein tässä vaiheessa jo taakka, josta haluttaisiin eroon. Aktiivinen kuntoutus voi usein korostaa sellaisia elämän osa-alueita joista potilas on jo joutunut luopumaan tai joista lopullisen luopumisen hän ymmärtää olevan edessä. Kysymys on jälleen kärsimyksen pitkittämisestä. Kuten suonon sisäisellä nesteytyksellä myös kuntoutuksella potilas yritetään saada yli jonkin vaikean vaiheen. Kuolevalle ei kuitenkaan ole luvassa parempaa. Hoidossa olisi myös orientoiduttava kuolemaan, ei pelkästään elämän ylläpitoon. Heikolla ja voimattomalla potilaalla harvoin on enää taistelumieltä ja tukemisen tulisikin keskittyä niiden elämänhallinnan keinojen alueelle, joihin potilas vielä on kykenevä. (Hänninen 1998, 44–45.)

### 2.3 Kuolevan kärsimys

Kärsimys on tila, jota ei voida liittää yksin ruumiiseen eikä sieluun tai mieleen. Kun puhutaan fyysisestä kivusta tai psyykkisestä ahdistuksesta kunkin ihmisen kohdalla, ei tavoiteta sitä mikä kullekin kärsivälle on kärsimyksen olemus. Hännisen mukaan kärsimys määritellään vaikeaksi ahdistukseksi, johon liittyy uhka yksilön eheyden hajoamisesta. Potilaat ja heidän omaisensa eivät tee eroa fyysisen ja psyykkisen kärsimyksen välillä, kuten hoitava henkilökunta määritellesään kärsimystä. Tämän takia kärsimyksen lievittäminen on äärimmäisen vaikeaa. Auttaminen ja parantaminen ovat mahdollisia vain, jos ymmärtää mitä on inhimillinen kärsimys. (Hänninen 2008.)

Suuri merkitys hoidon tuloksen kannalta on sillä kuka mittaa ja miten arvioi kuolevan potilaan kärsimyksen määrää. Hoidollisten näkökulmien välillä vallitsee usein epätasapaino, joka näkyy esimerkiksi ongelmien kirjaamistavassa. Ongelmien kirjaaminen korostaa pitkälti fyysisten oireiden ja ongelmien hoitoa ja kuitenkin palliatiivisen hoidon tavoitteena on lievittää sekä fyysistä, psyykkistä että eksistentiaalista kärsimystä moniammatillisesti. (Hänninen 2008.)

Marianne Kyrönviita kirjoittaa tutkielmassaan, että perustava osa kaikkea eksistentiaalista kipua ja kärsimystä on toiveen ja todellisuuden perusambivalenssi: halu elää, pakko kuolla. Ristiriita herättää voimakkaita tunteita ja se tekee kokemuksesta raskaan, uuvuttavan ja joskus ylivoimaisen. Kuoleman lähestyminen avaa toisen maailman mihin ihminen on tavallisesti tottunut. Kuolevaisuuden tiedostaminen on ollut hetkittäistä, mutta vakava sairaus tuo ulottuvuuden, jossa todellisuutta ovat elävät ja kuolevat. Perimmäisiä kysymyksiä ei voi ikään kuin siirtää tuonnemmaksi. (Kyrönviita 2006, 64.)

Hännisen (2008) mukaan kärsivän potilaan elämänlaatuun merkittävimmin vaikuttavat alueet liittyvät niin ikään avuttomuuteen, toivottomuuteen ja merkityksettömyyden tunteisiin, ei aina niinkään fyysisiin ongelmiin. Vaikka oireiden lievitys onkin potilaalle tärkeää, tärkeämpiä asioita ovat silti monet muut läheisiin

ihmisiin, elämän päättymiseen, kuoleman jälkeiseen tilaan tai muihin olemassa-oloa koskeviin kysymyksiin liittyvät seikat.

Hänninen on luettellonut huonon kuoleman taustalla olevia asioita. Hännisen mukaan huonoon kuolemaan vaikuttaa, jos potilaan omaiset ovat hylänneet potilaan tai potilaalla on tunne, että hoitohenkilökunta ei jaksaa kiinnostua potilaasta ja ovat myös hylänneet potilaan. Mikäli potilaalla on paljon fyysisiä vaivoja eikä mikään annettu hoito tunnu lievittävän oireita, vaikuttaa tämä potilaan kokemukseen kuolemasta. Huonon kuoleman taustalla on myös potilaan tunne, että elämänsä katkeaa, pelko sosiaalisten ja taloudellisten tilanteiden muutoksista sekä jos potilasta häiritsee itseään persoonallisuuden ja ruumiinkuvan muutokset. Myös huonon kuoleman taustalla voi olla se, ettei odotettu kuolema tule. (Hänninen 2001, 177.) Hänninen mainitsee Englannissa laaditun periaatteiden listan hyvästä kuolemasta.

Hyvä kuolema:

- Kuoleva on tietoinen siitä, että kuolema on lähestymässä ja ymmärtää, mitä voi olla odotettavissa.
- kuolevalla on mahdollisuus säilyttää ja hän on kykenevä säilyttämään tulevien tapahtumien hallinnan
- kuolevan arvokkuutta ja yksityisyyttä kunnioitetaan
- kivut ja muut oireet hallitaan
- kuolinpaikan valitseminen on mahdollista
- riittävä tiedonsaanti ja apu on turvattu
- henkistä ja emotionaalista tukea on tarjolla
- kuolevalla mahdollisuus saattokotihoitoon
- kuoleva voi valita kuka on läsnä kuoleman hetkellä
- hoitotahdossa esitettyjä toiveita kunnioitetaan
- hyvästien jättöön on aikaa
- elämän tarpeetonta pitkittämistä vältetään.

(Hänninen 2001, 195.)

## 2.4 Kuolevan perhe ja omaiset

Ihmisyys muodostuu yksilön suhteista läheisiin ihmisiin, kotiin, työhön, kulttuuriin ja yhteiskuntaan. Myös yksilön elämänlaatu, hyvä ja huono olonsa, on riippuvaisia siitä, minkälaisia nämä suhteet ovat. Suhteet ulkopuoliseen maailmaan ja muihin ihmisiin ovat toisaalta kytköksissä yksilön fyysiseen olemiseen ja tajuntaan. Kivulias ihminen ei huomioi muita, mutta läheistensä hylkäämään ihmisen kärsimyksiä ei kipulääkkein pystytä riittävästi lieventämään. (Hänninen 1998, 137.) Kuoleva ihminen on osa perhettä tai muuta yhteisöä ja hoidon kohde on tällöin kuoleva potilas omaisineen. Omaisten ottaminen mukaan hoitoon vaikuttaa heidän selviytymiseensä surutyössä ja myös myöhemmissä elämän kriiseissä. Potilaan oireiden, erityisesti kivun, hyvän hoidon sekä tietoisuuden potilaan lähestyvistä kuolemasta on todettu parantavan omaisten selviytymistä. Kuolema, jota osataan odottaa, aiheuttaa omaisille vähemmän pitkäaikaisia psyykkisiä ongelmia kuin yllättävä ja odottamaton kuolema. (Leino, Pusa, Vilminko & Holli 1992, 9-12.)

Vakava sairaus ja kuolema koskettavat ihmisen koko lähipiiriä. Kuolema ja siihen johtava sairaus ovat usein muutostekijä joka järjestää perheen sisäisiä ja perheestä ulos suuntautuvia suhteita uudelleen. Tämä tuo mukanaan myös läheisyyden halua ja potilaan kaipaama tiivis läheisyys saattaa uuvuttaa ja väsyttää perheen terveitä jäseniä. (Hänninen 1998, 137.)

Saattohoidon keskeisin sen muusta hoidosta erottava piirre on sosiaalisille suhteille annetussa merkityksessä. Perheen lisäksi monet muut sosiaaliset suhteet nousevat esiin kuoleman lähestyessä, jos tähän annetaan mahdollisuus. Hännisen (1998) mukaan kuoleva ihminen kuuluu erityisellä tavalla yhteen perheensä kanssa, koska hän eroaa kuolemassa siitä. Hoitotyöntekijöille tämä ei kuitenkaan ole itsestään selvää, vaan se pystytään ikään kuin tuottamaan erilaisten järjestelyjen kautta. Kuoleva potilas liitetään käsitteeseen perhe kuitenkin useammin kuin muut potilaat. (Hänninen 1998, 139–141.)

Leinon ym. tutkimuksen (1992) mukaan kuolemaa lähestyvän potilaan ja hänen omaisensa välisen viestinnän avoimuutta kuvaa keskustelu kuolemasta. Omaisista lähes 1/3 ei keskustellut kuolemasta lainkaan potilaan kanssa, vaikka heidän mukaansa valtaosa potilaista oli hyvin tietoisia lähestyvistä kuolemastaan. Lähes 1/5 omaisista koki, että heille oli jäänyt paljon keskustelemattomia asioita potilaan kanssa. Hoitohenkilöstön kiinnittäessä enemmän huomiota omaisen ja potilaan väliseen viestintään voitaisiin tällaisia tilanteita vähentää. Erilaisista taloudellisen tuen ja palvelujen mahdollisuuksista omaiset tarvitsevat enemmän tietoa.

Omaiset ja hoitava yhteisö voivat siis tukea joko toisiaan tai joutua ristiriitoihin. Kuoleman lähestyessä moni potilas ja omainen on paljas ja vastaanottavainen, jakaa elämäänsä ja ajatuksiaan lähestyvistä kuolemasta sen hoitohenkilön kanssa, johon suhde on luontevin ja läheisin. Jos kuolema vaivaa hoitajaa suuresti, kuolevan tai hänen perheensä on vaikea puhua pelkäämättä aiheuttamatta vaivaantuneisuutta. Ristiriita tässä suhteessa voi johtaa korostuneeseen farmakologiseen hoitoon, jossa ruumis ikään kuin eristetään toimenpiteiden kohteeksi. (Hänninen 1998, 143.)

Omaisten osana on seurata läheisensä kärsimystä tämän kokiessa kivut omassa ruumiissaan, hoitotyöntekijän tehtävä on helpottaa ja lieventää omaisten kärsimystä. Kuolevalla potilaalla on riittävästi tekemistä oman kuolemanpelkonsa ja vaivojensa kanssa. (Hänninen 1998, 145.) Omaisten osallistuminen kuolevan ihmisen hoitoon auttaa myös heitä itseään selviytymään surutyöstä. Hoitohenkilökunnan tuki olisi tässä vaiheessa tärkeää, mutta se on omaisten mielestä vähäistä ja keskittyy liiaksi sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. Kuoleva ihminen on osa perhettä ja hoidon kohteena tulisi olla kuoleva potilas omaisineen. (Leino ym. 1992,7.)

### 3 KUOLEVAN POTILAAN HOITOVAIHTOEHDOT

Ihmisellä on oikeus antaa ohjeistuksia omasta hoidostaan ja määritellä hoitolinjaukset. Ihminen voi kieltäytyä tarjotuista hoidoista. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on kertoa ja auttaa ihmistä näiden asioiden suhteen.

#### 3.1 Itsemääräämisoikeus

Millainen on hyvä elämänlaatu, joka tekee elämästä elämisen arvoisen? – kysymystä pohditaan yleensä elämän loppuvaiheen hoitoratkaisuissa ja tässä kysymyksessä potilaan näkemys on ratkaiseva. Tämän takia olisi hyvä, että potilaan lähellä olisi ihmisiä, jotka tuntevat potilaan hyvin ja ymmärtävät potilaan toiveita. (ETENE 2004, 12). Ihminen voi ja saa päättää hoidoistaan ja päätös on loukkaamaton. Ihminen saa kieltäytyä tarjotuista hoidoista, jolloin hoitohenkilökunta esittää vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä.

Potilaan itsemääräämisoikeus on yleisesti eettisesti kunnioitettu ja lailla turvattu (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Potilaan oikeus päättää hoidostaan on loukkaamaton. Päätöksenteko edellyttää, että potilas pystyy vastaanottamaan tietoa tilastaan, ennusteestaan, hoidon luonteesta sekä riskeistä ja hyödyistä. Tämä koskee myös hoidon rajoittamista edellyttäen, että potilas on tehnyt itsenäisesti päätöksensä omien arvojensa perusteella ymmärtäen päätöksensä seuraukset. Potilas voi ilmaista toiveensa, mieltymyksensä ja ajatuksensa hoidostaan ennako-ohjeessa, joka voi olla suullinen tai kirjoitettu ohje, kuten hoitotestamentti tai hoitotahto. Potilaan toiveet voivat kuitenkin ajan ja tilanteen mukana muuttua, joten ennako-ohjeet tulee aika ajoin tarkistaa ja saattaa ajanmukaiseksi. Lääkäri tekee hoitopäätöksensä potilaan toivomuksen



ja ennusteen perusteella: olennaista on potilaan tahto ja sen kunnioittaminen. (Itsemääräämisoikeus 2000.)

Palliativiseen eli oireita lievittävään hoitoon siirtyminen tai saattohoidon aloittaminen ovat tärkeitä päätöksiä. Potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua päätösten tekoon ja hänen tulee olla tietoinen hoitopäätösten perusteista ja seuraamuksista. Potilaan ja hänen läheistensä kanssa tehdään yleensä yhteisymmärryksessä hoitolinjaus. Hoitokeskustelujen sisältö ja päätökset tulee kirjata sairauskertomukseen, jotta vältytään ristiriidoilta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Päätöksenteossa kunnioitetaan itsemääräämisoikeutta siten kuin potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva lainsäädäntö edellyttää (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Hoitolinjaus tai saattohoitopäätös, joka on tehty liian myöhään, haittaa potilaan autonomian toteutumista, oireiden lievitystä sekä potilaan ja hänen omaistensa mahdollisuutta valmistautua lähestyvään kuolemaan. Oireenmukaista hoitoa tulee antaa kaikille kuoleville potilaille, kuten kuoleville syöpäpotilaille, sydämen vajaatoimintaa tai keuhkohtaumatautia sairastaville, dementia-, MS- ja ALS-potilaille sekä muita eteneviä munuais- tai maksatautia sairastaville potilaille. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

### 3.2 Hoitotahto ja vajaa päätöksentekokyky

Potilaan hoidossa on mahdollisuuksien mukaan noudatettava hänen tekemänsä hoitotahtoa. Kun potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan tahtonsa tulevaisuuden varalle, on tästä tehtävä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liitettävä niihin erillinen potilaan tahdon ilmaiseva asiakir-

ja. Varsinkin onnettomuuksien ja sairaskohtausten varalta on hyvä, että henkilö on kertonut läheisilleen hoitotahdostaan ja siitä, mistä sen löytää. Potilasasiakirjoihin on tehtävä merkinnät siitä, että potilaalle on annettu riittävä selvitys vaikutuksista, joita hänen tahtonsa noudattamisesta voi seurata. Potilasta hoitavat toivovat usein, että hoitotahdossa kuvattaisiin tarkemmin henkilön toivomuksia hoidostaan. Tästä käytetään termiä elämänlaatutestamentti. (Hoitotahto 2010.)

Valvira katsoo, että tilanteessa, jossa potilas kykenee ilmaisemaan vakaan hoitotahtonsa, mutta ei kykene varmentamaan sitä koskevaa merkintää, kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä voi sen varmentaa allekirjoituksellaan, mikäli he ovat kuulleet tai muuten voineet luotettavasti todeta potilaan tahdonilmaisun. Potilas voi muuttaa tai peruuttaa hoitotahdon, jolloin sitä koskeviin merkintöihin sovelletaan samoja periaatteita, joita sovelletaan potilasasiakirjoissa olevan virheen korjaamiseen. (Hoitotahto 2010.)

Kun potilas ei esitä tai kykene esittämään tahtoaan hoitonsa suhteen, on potilaan läheisten kanssa pyrittävä selvittämään ongelmatapauksissa, miten he omaisensa tuntien uskoisivat tämän päättävän kyseisessä tilanteessa. Lapsella on oikeus osallistua ymmärryksensä puitteissa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon yhdessä vanhempiansa kanssa. Vanhemmat eivät saa käyttää päätösvaltaansa lapsen edun vastaisesti, vaan päätökset tulee tehdä lapsen parhaaksi yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti. (Potilaan vajaa päätöksentekokyky 2000.)

### 3.3 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito tarkoittaa potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa, kun mahdollisuuksia parantavaan hoitoon ei enää ole. Palliatiivisen hoidon päämääränä on mahdollisimman hyvä elämänlaatu potilaalle ja hänen

läheisilleen. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on helpottaa potilaan elämää, ja siinä yhteydessä kuolemaa pidetään normaalina tapahtumana. Palliatiivinen hoito saattaa kestää kuukausista vuosiin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Palliatiivista hoitoa tarvitsee 200 000–300 000 ihmistä vuosittain Suomessa. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010).

Viime vuosina on tuotu vahvasti esille mielipide, jonka mukaan loppuvaiheen dementiapotilaaseen ja muihin kuolemaan johtavia sairauksia poteviin tulisi suhtautua saattohoitopotilaina ja että heidän palliatiiviseen hoitoonsa tulisi kiinnittää yhtä paljon huomiota, kuin terminaalivaiheessa olevaan syöpää sairastavaan potilaaseen. Palliatiivinen hoito ei Hännisen mukaan saisi olla jotain, mitä sovelletaan vasta kun asiasta tehdään päätöksiä, vaan hyvä palliatiivinen hoito on jatkumo eriasteisia päätöksiä pidättäytyä aggressiivisista hoidoista ja tutkimuksista sairauden eri vaiheissa ja potilasta tulisi tämän sijasta hoitaa mahdollisimman hyvin oireenmukaisesti. Kuolevalta potilaalta ei kuitenkaan tulisi kieltää tiettyjä hoitoja, kuten antibioottia, jos se hänen kokonaistilanteensa kannalta on perusteltua. (Hänninen 1998,14–17.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan palliatiivinen eli oireita lievittävä hoito on potilaiden aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun sairauteen ei enää ole parantavaa hoitoa. Keskeistä on oireiden lievitys ja psyykkisiin, sosiaalisiin, hengellisiin sekä maailmankatsomuksellisiin ongelmiin paneutuminen sekä omaisten tukeminen potilaan sairauden aikana ja kuoleman jälkeen (Leino, Pusa, Vilminko & Holli 1992,1.) Käytännössä palliatiivista hoitoa ohjaavat WHO:n asettamat päämäärät:

- Kuolema nähdään elämän normaalina päätepisteenä
- Kuolevan oireita lievitetään
- Kuolevalle tarjotaan psyykkistä ja henkistä tukea
- Kuolevaa tuetaan aktiiviseen elämään jäljellä olevana aikana
- Omaisille tarjotaan tukea sairauden aikana ja kuoleman jälkeen

Lääkityksen tavoite palliatiivisessa hoidossa on tehdä potilaan elämästä mahdollisimman aktiivista ja vaivatonta. Oireenmukaisella lääkityksellä helpotetaan

fyysisiä ja psyykkisiä oireita ja muita potilaan sairauksia lääkitään sen mukaan, miten hyödyllisiä nämä ovat elämän tässä vaiheessa (Hänninen 1998, 30.)

Saattohoito eroaa palliatiivisesta hoidosta siten, että jälkimmäisellä tarkoitetaan parantumattomasti sairaiden pitkäaikaisempaa oireenmukaista hoitoa. Saattohoito ajoittuu lähemmäksi kuoleman todennäköistä ajankohtaa. Palliatiivisen hoidon kesto saattaa olla vuosia, kun taas saattohoidossa ennuste on viikkoja tai enintään kuukausia. Lyhennettä DNR (do not resuscitate) tai muuta lyhyttä merkintää elvytyskiellosta ei tule käyttää saattohoidon aloittamista ilmaisevana merkintänä. Hoitolinjaus tulee merkitä tarkasti ja kokonaisuudessaan sairauskertomukseen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

### 3.4 Saattohoito

Potilas, jolla on kuolemaan johtava sairaus ja on arvioitu kuoleman tulevan pian, on lähtökohtana saattohoidossa. Saattohoito tarkoittaa kuolevan hoitoa ja tukea sairauden loppuvaiheissa, ennen kuolemaa ja sen jälkeen. Suomessa saattohoitoa tarvitsee noin 15 000 potilasta vuosittain. Saattohoito perustuu potilaan ihmisarvoon, inhimilliseen hoitoon ja itsemääräämisoikeuteen. Hyvä saattohoito kuuluu jokaiselle ja se on jokaisen ihmisen oikeus. Siihen kuuluu muun muassa oireiden, kärsimyksen ja kivun lievitys. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010.) Hyvän saattohoidon edellytyksenä on se, että tila ja ennuste tunnistetaan ja päätökset asianmukaisista tutkimuksista tehdään. Jos todetaan että potilas on kuolemassa, tehdään elvyttämättä jättämispäätös, DNR. Tämän hoitopäätöksen tarkoituksena on välttää potilasta rasittavia, hyödyttömiä tutkimuksia ja hoitoja. (Hänninen 1998, 14.) Hyvän saattohoidon osa-alueet ovat hyvä kivunhoidon osaaminen, hyvät vuorovaikutustaidot, moniammatillisuus, omahoitajuus, läheinen yhteistyö omaisten kanssa, rauhallinen ja yksilöity hoitoympäristö, aikaisemman hoitosuhteen hyödyntäminen ja hoitotyöntekijöiden työnohjaus ja koulutus. (Hinkka, 2005, 241.)

Saattohoidossa oleva potilas elää elämänsä viimeisiä viikkoja, ja siinä keskitytään oireita lieventävään hoitoon. Keskeisenä tavoitteena saattohoidossa on hoitaa potilasta niin, että hänen jäljellä olevan elämänsä laatu olisi mahdollisimman hyvää. Saattohoidossa vältetään turhia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Oireiden lievittämiseen keskittyvästä hoidosta käytetään myös nimitystä palliatiivinen hoito. (Saattohoito 2010.)

Jokaisen potilaan kohdalla on ratkaistava erikseen siirtyminen saattohoitoon. Potilasta on hoidettava potilaslain mukaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli potilas kieltäytyy tietystä hoidosta, on häntä hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilas ei dementian tai muun syyn takia pysty itse päättämään hoidostaan, potilaan lähiomaista tai laillista edustajaa on kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Mikäli tätä ei saada selville, potilasta hoidetaan tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Saattohoito 2010.)

Kun parantavasta hoidosta ei ole enää apua, siirrytään saattohoitoon: oireiden lievittämiseen, turhien tutkimusten ja toimenpiteiden välttämiseen ja elämänlaadun nostamiseen elämän pituudenkin kustannuksella. Eräs keskeinen tekijä hyvässä saattohoidossa on hoitoneuvottelu, johon osallistuvat mahdollisuuksien mukaan potilas itse, lääkäri, hoitohenkilökuntaa sekä potilaan suostumuksella myös omaiset. Jos potilas kieltää omaistensa osallistumisen hoitoneuvotteluun, on lääkärin hyvä keskustella omaisten kanssa yleisellä tasolla potilaan hoidosta huomioon ottaen salassapitoon liittyvät säännökset. Lääkärin tulee korostaa sitä, että potilas saa edelleen hoitoa, vaikka parantavaa hoitoa ei enää ole, ja vielä paljon tehtävissä potilaan olon helpottamiseksi. (Saattohoito 2010.)

Hoitoneuvottelussa keskustellaan potilaan taudin kulusta sekä oireita helpottavista hoidoista, kuten kivun hoidosta. Potilaan oman tahdon selvittäminen on

keskustelun tärkein asia. Siirryttäessä saattohoitoon kuulostellaan myös omaisten suhtautumista asiaan. Jos saattohoitoon siirrytään, se kirjataan potilaan papereihin niin, että se on myös päivystävien lääkärien nähtävillä. Hoitoneuvottelu, joka on hyvin toteutettu, antaa potilaalle ja omaisille tiedon siitä, missä suunnilleen ollaan menossa, vaikka taudin kulkua ei tarkasti voitaisikaan ennustaa. Yhteinen, yhdessä keskustellen tehty saattohoitopäätös, antaa potilaalle ja omaisille mahdollisuuden keskittyä olennaiseen eli potilaan oireiden helpottamiseen ja kuolemaan valmistautumiseen. (Saattohoito 2010.)

Yhteisellä saattohoitopäätöksellä saavutetaan usein sekin, että potilaalla on elämän loppuvaiheessa turvallinen ja tuttu ympäristö (hoitolaitos tai koti), tutut lääkärit ja hoitajat eikä potilasta siirretä akuuttihoitoon toisiin hoitolaitoksiin. Kivunhoidosta ja mahdollisista muista ongelmista huolehditaan ja tarvittaessa konsultoidaan erikoissairaanhoidoa. Omaisen ollessa eri mieltä vanhuksen hoitotavasta, hoitoneuvottelussa yleensä asia selviää. Jos kuolevan potilaan omainen toivoo suonensisäisen nesteytyksen aloittamista, lisää kokeita, siirtoa keskussairaalaan tms., lääkärin on keskusteltava omaisen kanssa ja otettava lisäaikaa. Mikäli lääkärin kontaktit omaisiin ovat jääneet vähäiselle, vaikka keskusteluja olisi joskus käytykin, lääkärin on usein mutkattomampaa ja helpompaa suostua joihinkin pyyntöihin. Omaiset ovat olla joskus keskenään eri mieltä iäkään henkilön hoidosta. Siinä tilanteessa lääkäri hoitaa potilaslain 6 §:n mukaisesti potilasta tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Saattohoito 2010.)

Etenen selvityksen mukaan saattohoito ymmärretään tärkeänä osana hoitotyötä ja se nähdään kokonaisvaltaisena prosessina, joka käsittää fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet. Saattohoidon laatuun vaikuttaa positiivisesti omien saattohoito-ohjeiden laadinta. Saattohoidon osalta monet ongelmat liittyvät tiedonkulkuun tai keskustelun puutteeseen, jolloin on hyvä keskustella yhteisössä saattohoidon laadusta ja kriteereistä. Potilaat kärsivät eniten, mikäli yhteisiä toimintatapoja ei ole tai jos niitä ei noudateta. (ETENE 2004, 34.)

Valviraan tulleissa kanteluissa keskeisesti esillä on ihmisen elämän loppuvaiheen hoitotapahtumat. Kanteluiden selvittämiseksi on tärkeää, että kaikki saattohoitoa koskevat keskustelut potilaan ja hänen omaistensa kanssa kirjataan selkeästi potilasasiakirjoihin. (Saattohoito 2010.) Sari Anttila kirjoituksessaan ”Saattohoitoon kohdistuneet kantelut” kuvaa Valviraan tulleita yleisimpiä kanteluita saattohoidosta. Anttila toimii ylilääkärinä Valvirassa. Omaiset ovat valittaneet muun muassa riittämättömästä kivun tai muiden oireiden hoidosta, tiedon puutteesta, nesteytyksen puutteesta, kuoleman hetkestä ja olosuhteista. Omaiset ovat kannelleet yleisimmin kipulääkityksen puutteellisuudesta. Valvira on tutkinut ja selvittänyt asiaa ja huomannut, että joissain tapauksissa potilaalta ei ole kysytty kivusta, on annettu pitkäaikaiseen kipuun lyhytvaikutteisia opioidipistoksia, tarvittaessa annettuja kipulääkkeitä ei ole annettu. Myös pelko opioidiriippuvuudesta on ollut syynä siihen, ettei kipulääkkeitä ole uskallettu aloittaa. Anttilan mukaan kantelun aiheena on joskus ollut liian suuri kipulääkitys, jolloin omaiset kokevat potilaan kuolleen lääkkeitä aiheutuvaan hengityslamaan. Tämä on yleensä todettu Valvirassa vääräksi epäilyksi, hitaasti nostettu opiaattiansiannostus helpottaa hengitystä. (Anttila 2011.)

Omaiset ovat kannelleet Valviraan saattohoitopotilaan puutteellisesta ravinnonsaannista ja nesteytyksestä, vaikka lääkäri on keskustellut omaisten kanssa suonensisäisen nesteen haitoista potilaalle sekä kertonut nesteytyksen aiheuttavan vain enemmän turvotuksia kudoksissa. Myös kuoleman hetki ja olosuhteet ovat saaneet valituksia. Omaisten on välillä vaikea uskoa, että infektio saattaa hyvinkin nopeasti romuttaa vanhuksen yleiskunnon ja tilanteen nopean etenemisen saattohoitoon asti. Anttila kuitenkin muistuttaa että kuolema on ammattihenkilöille tuttu tapahtuma, mutta omaiselle harvinainen ja aina jokaisen menetetyn läheisen suhteen ainutkertainen. (Anttila 2011.)

### 3.5 Lääketieteellisesti perustelematon hoito

Viime vuosikymmenien aikana kuoleminen on muuttunut monimutkaisemmaksi lääketieteen menetelmien kehittymisen myötä. Tautien ennuste on pidentynyt niin hyvässä kuin huonossakin merkityksessä. Ihmisen elinaika ja ennuste on pidentynyt reilusti sairauden hoidon edistyessä ja näin ollen kuolemaa on voitu pitkittää ja tämä on usein merkinnyt kärsimyksen jatkumista. Ajattelevana olentona ihminen on ryhtynyt pohtimaan elämän pidentämisen mielekkyyttä ja hoidon rajoja. Elämän ylläpito ja kuoleman lykkääminen ovat ratkaisevasti muuttuneet hoitomenetelmien kehityksen myötä. Pitkäaikaispotilaat saattavat tehdä kuolemaa pitkään, jopa vuosia. (Hänninen 1998, 13.)

Lääketieteellisesti perustelematonta hoitoa, joka ei lisää elämän pituutta tai laatua, ei tule antaa. Ongelmalliseksi tilanteen tekee se, että lääkärin ja potilaan käsitykset elämänlaadusta eivät aina korreloi toisiinsa. Elvytystilanteessa on vaikea päättää milloin selviytymisennuste on riittävä. Avaintekijöinä ovat potilaan perussairaus, toimintakyky ennen sydämenpysähdystä ja oletettu terveydentila sen jälkeen. Yksistään ikä ei ole riittävä kriteeri pidättäytyä elvytyksestä, koska se ei vaikuta yksittäisenä tekijänä selviytymisennusteeseen. (Lääketieteellisesti perustelematon hoito 2000.)

### 3.6 Elvytys

Elvytyksestä tehdyn hoitosuosituksen tarkoitus on taata kaikille sydänpysähdyspotilaille tehokkain mahdollinen maallikoiden ja ammattilaisten (työtehtävässä) toteuttama elvytys. Suosituksen tärkeä tavoite hoitolaitoksissa on tehostaa niiden potilaiden tunnistamista, joilla on peruselintoimintojen häiriö ja



aloittaa heille sellainen hoito, jolla mahdollisesti ehkäistään uhkaava sydänpysähdys. (Elvytys 2011.)

Peruselvytykseen kuuluvat painelu-puhalluselvytys ja defibrillaatio. Tavoitteena on taata tehokas ja laadukas painelu-puhalluselvytys ja varhainen defibrillaatio sekä hoitolaitoksissa että niiden ulkopuolella. Yhtenä tavoitteena on myös tehostaa potilaan hoitoa onnistuneen elvytyksen jälkeen. Suositus antaa ohjeita elvytyksen aloittamatta jättämisestä tai lopettamisesta. Pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden kohdalla tulee eteenkin ottaa ajoissa kantaa siihen, miten mahdollisessa sydänpysähdystilanteessa toimitaan. Hoitosuositus pohjautuu kansainvälisiin elvytys suosituksiin, jotka julkaistiin lokakuussa 2010. (Elvytys 2011. )

Elvytyksessä käytettäviä määritelmiä ja lyhenteitä

ASY = asystolia

DNR (do not resuscitation) = elvytystä ei aloiteta

PEA (pulseless electrical activity) = sykkeetön rytmi

PPE = painelu-puhalluselvytys

PPE-D = painelu-puhalluselvytys ja defibrillaatio

ROSC (return of spontaneous circulation) = spontaanin verenkierron palautuminen

VF (ventricular fibrillation) = kammiovärinä

VT (ventricular tachycardia) = kammiotakykardia

MET (medical emergency team) = sairaalan sisäisiin hätätilanteisiin tarkoitettu ensihoitoryhmä

(Elvytys 2011.)

### 3.6.1 Elvytyksen eettiset perusteet

Jokainen elvytyspäätös tulee tehdä yksilöllisesti eettisten periaatteiden ja tieteellisen tutkimustiedon pohjalta. Eettiset yleisperiaatteet ovat hyvän tekeminen, haitan välttäminen, oikeudenmukaisuus ja itsemääräämisoikeus. Lääkintäetiikan keskeinen periaate on elämän suojaaminen. Terveiden edistäminen, kärsimyksen lievittäminen sekä vajaakuntoisuuden estäminen ovat lisäksi päämääränä lääketieteellisessä hoidossa. Jokaisella ihmisellä on oikeus saada asianmukaista apua hengenvaaran uhatessa. Kulttuuristen ja eettisten normien erot tulee ottaa huomioon, kun elvytystä aloitetaan tai lopetetaan. Olennaista on potilaan tahdon kunnioittaminen. (Elvytys 2011.)

Potilaan vajavainen päätöksentekokyky on huomioitava ja lääketieteellisesti perustelematonta hoitoa on vältettävä. Huomioitavaa on myös se, että potilaan ja lääkärin käsitykset hyväksyttävästä elämänlaadusta voivat olla erilaiset. Käsitykset elämänlaadusta vaihtelevat lisäksi yksilöstä ja elämänvaiheesta toiseen. Käypähoitosuosituksen tarkoituksena on ohjata ja auttaa ammattihenkilöstöä elvytyksen aloittamista ja lopettamista koskevassa päätöksenteossa. (Elvytys 2011.)

### 3.6.2 Elvyttämättä jättämiskielto eli DNR

Päätös elvytyksen aloittamisesta tai elvyttämättä jättämisestä riippuu potilaan tahdosta, laista, voimassa olevista ohjeista, seniorilääkärin mielipiteen ja taustatietojen saatavuudesta sekä paikallisesta kulttuurista. (Milloin elvytystä ei aloiteta 2000.) DNR-päätös tarkoittaa sitä, että sydänpysähdyksen tai hengityspysähdyksen sattuessa elvytystä ei aloiteta. Päätös elvyttämättä jättämisestä ei ole päätös saattohoitoon siirtymisestä eikä se myöskään tarkoita sitä, ettei potilasta hoidettaisi muutoin hänen tilansa edellyttämällä tavalla. Lääkärin tehdessään päätöstä elvyttämättä jättämisestä on otettava huomioon potilaan perussairauden ennuste, tiedot hänen elimistönsä jäljellä olevista voimavaroista sekä potilaan oma, hoitoaan koskeva tahto. (Päätös elvyttämättä jättämisestä 2010.)

Tilanteessa, jossa täysi-ikäinen potilas ei itse kykene päättämään hoitolinjauksistaan, on ennen hoitopäätöksen tekemistä kuultava potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen henkilö kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. (Päätös elvyttämättä jättämisestä 2010.)

Potilasasiakirjoihin on merkittävä päätös elvyttämättä jättämisestä siten, että merkinnästä käy ilmi päätöksen tekijä, päätöksen perusteet, potilaan tai hänen sijastaan päätäntävaltaa käyttäneen henkilön käsitys ja myös tieto siitä, miten se on selvitetty. Lääkärin on annettava potilaalle tai omaiselle selvitys siten, että tämä ymmärtää päätöksen sisällön. Mikäli potilas ei kykene ilmaisemaan tahtoaan tai hänen mahdollisesti tekemänsä hoitotahto ei ole tiedossa, potilaslain

mukaan hänelle on kiireellisessä hoitotilanteessa (onnettomuus tms.) annettava tarpeellinen hoito hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi. Epävarmassa tilanteessa on aloitettava elvytushoito. Kiireellisissä tilanteissa potilaan itsemääräämisoikeudella on kuitenkin merkitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, hänelle ei saa antaa hänen tahtonsa vastaan hoitoa (Päätös elvyttämättä jättämisestä 2010.) Kirjoitettu DNR-päätös ei kuitenkaan aina pidä elvytystilanteessa puutteellisen tiedon vuoksi. (Milloin elvytystä ei aloiteta 2000.)

Ongelmaksi Hännisen mukaan muodostuu se, että DNR päätöksen sisällöllinen merkitys ei aukene, eikä välttämättä ole sama kaikille niitä lukeville ja noudattaville. DNR päätös voi tarkoittaa pidättäytymistä painanta elvytyksestä ja hengityskoneeseen kytkemisestä ja samalla kuitenkin jatketaan muita hoitoja ja rytmihäiriöt saatetaan hoitaa sähköisesti. Osalle päätös saattaa tarkoittaa kaikesta aktiivihoidosta luopumista. Päätöksen tulisi sisältää ohjeet siitä, mitä päätös juuri kyseisessä hoitopaikassa tarkoittaa ja samalla kuvastaa potilaan ja hänen omaistensa kanssa käydyn keskustelun sisältöä ja siitä tehtyjä johtopäätöksiä. (Hänninen 1998,16.) Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunnan eli ETENE:n raportin mukaan DNR-päätös tarkoittaa aktiivihoidosta oireenmukaiseen eli palliatiiviseen hoitoon (ETENE 2004, 15).

#### 4 KUOLEVAN POTILAAN OIREIDEN HOITO

Palliatiivisessa hoidossa keskeistä on sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden ja niistä johtuvan kärsimyksen lievitys potilailla, joiden kuolemaan johtavan perustaudin etenemiseen ei hoidolla enää voida vaikuttaa. Oireita lievittävä lääkehoito on vain osa kuolevan potilaan hoitoa. Elämän loppuvaiheen hoidossa tulee paneutua potilaan psykologisiin, maailmankatsomukselli-

siin, hengellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Kaikille terveydenhuollon tasoilla kuuluu kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen. Oireita lievittävän hoidon perusteet tulee kaikkien lääkäreiden hallita ja tarvittaessa konsultoida vaativammasta hoidosta. Tavallisimpia oireita syöpään kuolevilla potilailla heidän viimeisen elinvuotensa aikana ovat kipu, laihtuminen, heikkous, uupumus, hengenahdistus, ahdistuneisuus, masennus, yskä ja ummetus. Potilaiden halu kuolla liittyy usein kipuun, masennukseen, suorituskyvyn heikkenemiseen ja anoreksia-kakeksiaan eli vaikeaan aliravitsemustilaan. Oireiden esiintymistä, vaikeusastetta ja häiritsevyyttä tulee selvittää. Oirediagnostiikassa voidaan käyttää apuvälineenä kyselylomakkeita. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Psyykkisten ja fyysisten oireiden diagnostiikan heikko tuntemus tai laiminlyönti saattaa johtaa potilaan vaivojen liian vähäiselle huomiolle jättämiseen tai liian voimaperäisten ja väärin ajoitettujen hoitojen käyttöön. Liian myöhään aloitettu oireen mukainen hoito saattaa lisätä potilaan kärsimyksiä ja jopa johtaa ennenaikaiseen kuolemaan. Saattohoidon kesto ja luonne saattavat eri tautiryhmissä poiketa toisistaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Ajan mittaan oireet muuttuvat. Ne oireet, jotka saattoivat vaivata diagnoosin aikaan, eivät välttämättä ole niitä, jotka häiritsevät potilasta kuoleman lähestyessä. Viimeisten elinviikkojen aikana eri tutkimusten mukaan 45–70 % potilaista kärsii hengenahdistuksesta ja 28 %:lla hengenahdistus on vähintään keskivaikeaa. Kipu on yleisin oire monissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Kipua esiintyy loppuvaiheen syövässä 35–96 %:lla, AIDSissa 63–80 %:lla, sydänsairauksissa 41–77 %:lla, keuhkohtaumataudissa 34–77 %:lla ja munuaissairauksissa 47–50 %:lla Delirium eli sekavuustila on yleinen oire kuolevalla potilaalla, jota tulee ehkäistä ja hoitaa. Hoitovastetta tulee seurata aktiivisesti, eivätkä korkea ikä ja dementia saa olla esteenä oireita lievittäväälle hoidolle. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

## 4.2 Kipu

Kipu on usein alihoidettua kuolevalla vanhuspotilaalla. Kivun arviointi, kuten määrä, laatu, sijainti, haittaavuus, esiintymisaika, kokeillut lääkkeet, on hyvän hoidon perusedellytys. Kivun hoidon lisäksi voidaan opioideja käyttää hengenahdistuksen lievittämiseen. Ummetusta tulee aktiivisesti ehkäistä ja hoitaa. Vahvoja opioideja käytetään ensisijaisesti kuolevan potilaan kivun hoidossa. Tarvittaessa tulee vaihtaa kipulääkkeen antoreittiä ja käyttää muita erikoismenetelmiä. Suonensisäinen nesteytys tai suonensisäinen ravitseminen ei yleensä ole aiheellista kuolevalle potilaalle. Antibioottihoito ei paranna kuolevan potilaan elinaikaennustetta, mutta voi lievittää oireita. Kuolevan potilaan hoidossa tarpeettomia lääkityksiä tulee karsia haitallisten yhteisvaikutusten minimoimiseksi. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Opioidit, jotka vaikuttavat keskushermoston kautta, ovat voimakkaimpia käytössä olevia kipulääkkeitä. Opioideista yleisimmin käytetään morfiinia tai oksikodonia. Molempia lääkkeitä voidaan antaa injektioina ihon alle, lihakseen tai laskimoon, oksikodonia on myös tabletteina. Opioidit lievittävät hyvin voimakasta kipua, mutta ne myös vähentävät tuskaisuutta ja ahdistuneisuutta sekä saavat aikaan euforian. Euforisoivien kipulääkkeiden väsyttävästä vaikutuksesta voi olla hyötyä kovissa kiputiloissa. (Nurminen 2006, 243–244.)

Vanhojen ihmisten ja ihmisten, jotka eivät ole aikaisemmin käyttäneet opioideja, annostelussa tulee olla varovainen. Tarpeen mukaan annosta nostetaan vastetta seuraten riittävän kivunlievityksen saavuttamiseksi. Fentanyyli-laastarit ovat hyvä kipulääke stabiiliin kipuun, mutta kakektisilla eli hyvin laihoilla potilailla lääkkeen imeytyminen saattaa olla heikentynyt, jolloin lääke ei vaikuta tasaisesti. Tällöin on syytä vaihtaa antoreittiä. Vaikka potilaalla olisi opioidilääkitys, saat-

taa silti ilmetä läpilyöntikipuja. Silloin tulee antaa lyhytvaikutteista opioidia. Parasetamolin tai tulehduskipulääkkeen yhdistäminen mietoon opioidiin, saattaa lievittää kipua paremmin kuin pelkkä opioidi. Opioidi on hyvä kipulääke syöpäkipuihin, mutta on hyvä myös muun kivun hoidossa, kuten neuropatisessa kivussa. Neuropaattisessa kivussa käytetään myös tramadolia (100–400 mg vuorokaudessa), gapapentiiniä (nostetaan asteittain annokseen 1200 mg kolmesti vuorokaudessa) tai amitriptyliiniä (suurennetaan asteittain määrään 100 mg vuorokaudessa, joka voidaan jakaa yhteen tai kahteen annokseen). (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Kipua voi helpottaa myös puuttamalla kivunsietoa heikentäviin tekijöihin. Kivunsietoa heikentäviä tekijöitä ovat yleinen epämukavuus, unettomuus ja väsymys. Myös ahdistus ja pelko hallitsematonta kipua ja kuolemaa vastaan heikentävät kivun sietoa. Turvattomuus, masentuneisuus ja hylätyksi tulemisen tunne vaikuttavat kipuun. Kivun hoito on kokonaisvaltaista ja siihen löytyy kipulääkkeiden lisäksi myös ei-lääkkeellistä hoitoa. Mikäli potilaalla havaitaan kivunsietoa heikentäviä tekijöitä, niihin puuttamalla ja auttamalla potilaan olokin helpottuu. (Niskanen 2007, 289–292.)

#### 4.3 Hengenahdistus

Hengenahdistus on yleinen oire. Sitä voidaan helpottaa asentohoidolla, pääpuoli pystyssä tai mikäli potilaalla pleuranestettä eli nestettä kertynyt keuhkopussin väliin, laitetaan potilas kylkiasentoon pleuranesteen puoleiselle kyljelle ja nostetaan päätä vähän ylös. Hengenahdistuksen peruslääkkeinä käytetään happea ja pieniä annoksia morfiinia, jotta tukehtumisen tunne vähenisi. Inhaloitavat, keuhkopotkia avaavat lääkkeet, kuten salbutamoli tai teofylliini, auttavat hengenahdistukseen. Hengenahdistuksen syy tulisi selvittää ja mikäli syy on hoidettavissa, kuten sydämen vajaatoiminta, pneumonia, keuhkoembolia, kuume,

COPD/astma, hoidetaan perussy. Tällä saadaan pidempiaikaista helpotusta potilaalle. Myös pleura- ja askites nesteiden poistaminen helpottaa ainakin tilapäisesti potilaan oloa. (Niskanen 2007, 286.) Keuhkohtaumapotilaille kortisonihoito ei kuulu rutiininomaisesti taudin loppuvaiheen hoitoon, koska kortisonihoidon vaikutuksesta ei löydy näyttöä hengenahdistuksen tunteeseen. Äkilliseen hengitysvajaukseen liittyvää hengenahdistusta saattaa lievittää paineventilaatio maskilla, jolla keuhkot saadaan pysymään auki ja hengenahdistus helpottumaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Käypä hoito -suositusten mukaan parantuvasti sairaiden ihmisten hengenahdistusta vähentäisi opioidien käyttö. Morfiini on yleisimmin käytetty, mutta myös muita vahvoja opioideja voidaan käyttää hengenahdistuspotilaille. Potilaan yleistila, ikä, hengenahdistuksen voimakkuus ja opioiditoleranssi vaikuttavat morfiinin antoon ja antoreittiin. Vähitellen kehittyneeseen hengenahdistukseen käytetään suun kautta otettavaa opioidia, mutta äkillisessä hengenahdistuksessa tarvitaan ihonalaista tai suonensisäistä antoa. Potilas, joka ei ole aiemmin opioideja käyttänyt, lievässä hengenahdistuksessa annetaan lyhytvaikutteista morfiinia 2,5-5 mg suun kautta joka neljäs tunti ja tarvittaessa kahden tunnin välein. Vaikeammassa hengenahdistuksessa annos on kaksinkertainen, jota annetaan neljän tunnin välein ja tarvittaessa tunnin välein. Annoksia voidaan nostaa tarvittaessa neljänneksellä kerrallaan, esimerkiksi joka kolmas annos, kunnes tilanne helpottaa. Lisäapua hengenahdistukseen ei kuitenkaan saada 10–20 mg kerta-annoksen ylittämistä, vaan silloin tarvitsee vaihtaa antoreittiä ja muita hengenahdistusta lieventäviä toimenpiteitä. Vaikeassa hengenahdistuksessa morfiinia annetaan kymmenen minuutin välein 5-10 mg laskimoon, kunnes tilanne helpottuu. Sen jälkeen annos toistetaan joka neljäs tunti ja tarvittaessa 30–60 min välein. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Jos lievälle hengenahdistukselle ei löydy hoidettavaa syytä ja hengenahdistus kuuluu taudin kuvaan, tulisi potilaalle ja mahdollisesti potilaan omaiselle kertoa hengenahdistuksen kuuluvan asiaan ja opastaa potilasta hälyttämään apua hengenahdistuskohtauksen tullessa. Potilasta voidaan ohjata istuvaan lepoasentoon ja rauhalliseen hengittämiseen sekä antaa rentoutusohjeita. Mahdoli-



suuksien mukaan ikkunan avaaminen saattaa helpottaa oloa, koska potilas tuntee ilmavirtauksen sekä saa raitista ilmaa hengitettyä. Myös bentsodiatsepiinit saattavat tuoda apua, jos mukana on henkistä ahdistusta. (Niskanen 2007, 286.)

#### 4.4 Pahoinvointi

Loppuvaiheessa oksentelua esiintyy 30 % kuolevista potilaista ja pahoinvointia jopa 60 %. Pahoinvointilääkityksellä voidaan lievittää pahoinvointia. Pahoinvointia aiheuttavat muun muassa lääkkeet, hyperkalsemia, runsas askites, yskä ja limaisuus, vaikea kipu sekä ummetus. Ummetuksen aiheuttamaa pahoinvointia helpottaa suolen tyhjentäminen tarvittaessa laksatiiveilla. Yskän ärsytyksen lieventäminen lääkkein saattavat auttaa yskän ja limaisuuden aiheuttamaan pahoinvointiin. Askitesnesteen dreneeraus eli vatsaonteloon kertyneen nesteen poistaminen, auttaa runsaan askitekseen aiheuttamaan pahoinvointiin ja kivun lievitys kivun aiheuttamaan pahoinvointiin. Mikäli lääkkeet aiheuttavat pahoinvointia, lääkeannoksen pienentäminen, lääkkeen vaihto tai lopetus on hoitomuotona. Täytyy kuitenkin muistaa, että opioidien aiheuttama pahoinvointi lievittyy usein 3-4 päivän kuluttua lääkityksen aloittamisesta. Lähtökohtaisesti pahoinvoinnin aiheuttaja olisi hyvä selvittää ja antaa syyn mukaista hoitoa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Syöpäpotilaan kroonisen pahoinvoinnin ja oksentelun hoidossa metoklopramidi näyttäisi olevan tehokas lääke. Lääkkeen teho perustuu serotoniinireseptoreiden salpautumiseen ja lääke lisää mahan motiliteettiä ohutsuoleen asti. Metoklopramidia annettaessa tulee ottaa huomioon maksan- tai munuaisten vajaatoiminta ja antaa tällöin vain puolet suositusannoksesta. Metoklopramidia on monessa eri muodossa, joten sen antaminen on helppoa. Metoklopramidi auttaa etiologialtaan epäselvään pahoinvointiin, mahalaukun hidastuneeseen tyhjenemiseen ja solunsalpaajan tai sädehoidon aiheuttamaan pahoinvointiin. Meto-

klopramidia ei saa antaa suolitukospotilaille, koska se voi aiheuttaa koliikkikipuja. Haloperidolin käytöstä puuttuu luotettava näyttö, mutta se saattaa olla hyödyllinen parantumattomasti sairaiden pahoinvoinnin hoidossa. Hyvänä puolena haloperidolissa on se, ettei munuaisten vajaatoiminta vaikuta lääkkeen annostukseen tai antoon. Haloperodin antoaiheet ovat suolitukos ja opiaattien ja muiden lääkkeiden aiheuttama pahoinvointi. Hyperkalsemia aiheuttaa pahoinvointia, joten sen hoidossa bisfosfonaatit ovat ensisijaisia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

#### 4.5 Iho ja kutina

Potilaan ihoa, varsinkin jos potilas on vuodepotilaana, tulee säännöllisesti tarkkailla. Paikallaan maatessa painehaavojen riski on hyvin suuri ja mikäli painehaavoja ehtii syntyä, tuottaa se ylimääräistä ja turhaa kipua potilaalle. Asennon säännöllinen vaihto ja ihon rasvaus vähentää painehaavojen syntyriskiä. Sakrumin alue eli ristiselän alaosa ja kantapäät ovat riskikohtia, jotka vaativat erityishuomiota. Kantapäiden alle voi laittaa tyynyjä, jotta kantapäät olisivat ilmassa eivätkä näin ollen painautuisi. (Niskanen 2007, 288.)

Kutinaa aiheuttaa tavallisesti kuiva iho ja lääkeaineallergiat. Ihon rasvaus ja pesu tavallisella perusvoiteella tai öljyllä ja ihon huolellinen kuivaus auttavat ihoa pysymään ehjänä. Antihistamiini ja kortisoni saattavat auttaa lääkeaineallergiasta. Mikäli mahdollista allergisoiva lääke lopetetaan tai vaihdetaan toiseen. Opioidien aiheuttamaan kutinaan naloksoni ja naltreksoni saattavat auttaa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Myös viilentävät mentolivoiteet, viileä suihku tai kosteat kääreet helpottavat kutinaa. Mikäli potilas raapii ihoa, potilaan kynsien leikkaaminen lyhyiksi tai puuvillakäsineiden käyttö saattavat helpottaa tilannetta. Kevyet puuvillavaatteet ovat parhaimpia kutiavalle iholle. Unilääkkeet auttavat yöllisen kutinaan. (Niskanen 2007, 288.)

#### 4.6 Ruuansulatushäiriöt ja kuivuminen

Kuolevan potilaan ruuansulatushäiriöitä ovat ummetus, ripuli ja suolitukos. Ripuli on harvinaisempi oire ja se on yleensä hoitoperäistä. Ummetuslääkkeet, imeytymishäiriöt, infektiot ja osittainen suolitukos ovat tavallisia ripulin aiheuttajia. Loperamidi on yleisimmin käytetty ripulilääke, se vähentää suolen eritystä ja peristaltiikkaa. Se auttaa myös ulosteenpidätyskykyyn ja lisää peräaukon sulki-jalihaksen tonusta. Oktreetidi vähentää nesteiden erittymistä tyhjäsuolella (jejunum) ja sykkyräsuolella (ileum) sekä pidentää massan läpikulku-aikaa ja näin ollen vähentävää kroonista ripulia. Ummetuksen hoitoon käytetään pehmittävää laksatiivia ja suolta stimuloivaa laksatiivia. Molempien annosta lisätään tarpeen mukaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Kuivuminen johtuu yleisimmin joko riittämättömästä nesteiden saannista tai runsaasta nesteiden menetyksestä. Nesteteitä menetetään kuumeessa, runsaassa oksentelussa ja ripulissa sekä nesteenpoistolääkkeiden käytössä. Kiertävän nestetilän siirtyminen solujen välitilaan (interstitiaalitila) saattaa aiheuttaa kuolevan potilaan kuivumisen, jolloin potilaan yleistilaa ei pysty parantamaan nesteytyksellä. Suun hoidosta ja limakalvojen kostuttamisesta on tutkimuksien mukaan ollut enemmän hyötyä kuin kuolevan potilaan nesteytyksellä. Limakalvojen kostuttaminen ja suun kostuttaminen lievittää janontunnetta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Kuolevan potilaan ruokahalu yleensä vähenee. Kakeksia-anoreksia tarkoittaa monimutkaista metabolista eli aineenvaihdunnallista syndroomaa, jota kuvastaa tahaton laihtuminen eli primaari kakeksia tai sekundaari kakeksia, joka tarkoittaa ravinnon vähyydestä johtuva laihtuminen. Yli 80 % kuolevista potilasta kärsii kakeksiasta eikä primaarissa kakeksiassa ravitsemushoidosta ole todettu olevan hyötyä. Ruokahaluttomuuden hoitoon on käytössä kahta lääkettä megesteroliasetaattia ja deksametasonia, jotka lisäävät yhtä paljon ruokahalua, mutta molemmilla lääkeaineilla on haittavaikutuksia. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.) Kuolevan potilaan ruokahalua voi myös yrittää lisätä tarjoamalla esimerkiksi potilaan lempiruokaa tai tarjota pientä naposteltavaa aterioiden välillä. Pie-

nillä lautasilta tarjottavat pienet annokset kauniisti ja houkuttelevasti tarjottuna saattavat auttaa potilaan ruokahalun lisääntymistä. (Niskanen 2007, 287.)

#### 4.7 Ahdistus ja psyykkiset oireet

Kuoleman lähestyessä ahdistuneisuus on luonnollinen reaktio. Ahdistuneisuus voi olla myös merkki alihoidetusta muusta oireesta, kuten esimerkiksi kivusta, tai sen taustalla voi olla alkava delirium, neuroleptit tai hypoksia eli hapen puute. Bentsodiatsepiinit, neuroleptit ja depressiolääkkeet saattavat auttaa ahdistuneisuuteen, mutta luotettava näyttöä ei ole. Delirium tarkoittaa akuuttia sekaavuustilaa, jonka syynä on orgaaninen aivot toiminnan häiriö, jota luonnehtii samanaikainen tietoisuuden heikkeneminen, muutokset uni-valverytmissä, ajattelun ja muistin häiriöt sekä tarkkaavaisuushäiriö että psykomotoriset ja emotionaaliset muutokset. Deliriumia esiintyy edennyttä syöpää sairastavilla noin kolmanneksella ja viimeisinä elinpäivinä jopa 88 %. Potilaan kärsiessä oireistaan, voidaan niitä yrittää lieventää haloperidolilla, jota saa antaa maksimissaan 20 mg vuorokaudessa suun kautta, mutta jos haluaa nopeampaa vaikutusta, lääkettä voidaan antaa myös lihakseen tai laskimoon. Risperidonia voi antaa maksimissaan 2 mg vuorokaudessa suun kautta ja olantsepiinia saa antaa maksimissaan 5 mg suun kautta. Bentsodiatsepiinit ovat myös yleisesti käytössä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

Antibioottihoitoa voidaan käyttää tulehduksesta johtuvien oireiden helpottamiseen, mutta hoito tulisi lopettaa, mikäli vastetta ei saada. Antibiootihoidosta voi olla hyötyä esim. virtsatieinfektion oireiden lievittämisessä, hengitystieinfektiossa limaisuuden helpottamiseen sekä erittävien haavojen, kuumeilun ja kivun hoidossa. Mikäli elinaikaennuste on vain muutama päivä, antibiootista ei ole apua. Kuolevien potilaiden elinajassa ei ole todettu eroa, kun elinaikaa on verrattu antibioottihoitoa saaneiden ja ei-antibioottia saaneiden välillä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

#### 4.8 Dementiaa sairastavan kuolevan potilaan hoito

lääkkäiden ja dementiaa sairastavien potilaiden hoidon ei tulisi olla erilaista kuin nuorempien potilaiden hoito. Kuolevan iäkkään potilaan kivun hoito on usein alihoidettua ja kipulääkkeitä määrätään vähemmän kuin muille potilasryhmille. Iäkkään ja dementoituneen potilaan kohdalla lääkehoidossa tulee ottaa huomioon ikääntymisen aiheuttamat lääkkeiden metaboliamuutokset ja ikääntyvien loppuvaiheen hoito vaatii hyvää yksilöllistä seurantaa. Kivun arviointi on dementiapotilailla haasteellista, koska he eivät välttämättä osaa kertoa kivusta. Potilaan sanalliset ilmaukset vähenevät muistisairauden edetessä, jolloin potilaan havainnointi on hyvin tärkeää. Potilaan kivusta kertoo muun muassa motorinen levottomuus, pelokkuuden ilmaisu ja irvistely. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008.)

### 5 SAIRAANHOITAJA KUOLEVAN HOITAJANA

Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävänä on tukea yksilöitä ja perheitä saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttään muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoitaja auttaa ihmistä kohtaamaan sairastumisen ja kuoleman ja sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet, säädökset ja arvot. Hoitotieteet ja hoitotyötä tukevat muut tieteenalat ovat hoitotyön perusta. (Opetusministeriö 2001, 60.) Sairaanhoitaja on suorittanut hoitotyön harjoittamiseksi edellytettävän laaja-alaisen ammattikorkeakoulututkinnon ja rekisteröintioikeudet omaava viranomainen on myöntänyt ammatinharjoittamisoikeuden. Sairaanhoitaja toimii hoitotyön toteuttajana, joka on erityisesti erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa toimiva hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävänä on hoitotyön keinoin pyrkiä terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamiseen yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa. (Hildén 1999, 14.)

### 5.1. Ammatillinen pätevyys ja kompetenssit

Ammatillinen pätevyys-käsitteellä eli kompetenssilla tarkoitetaan yksilön potentiaalia toimintakykyä suhteessa määrättyyn tehtävään, tilanteeseen tai kontekstiin. Se tarkoittaa myös yksilön subjektiivista kokemusta mahdollisuuksistaan ja kyvystään toimia tavoitteiden suuntaisesti ja kykyä vaikuttaa ympäristöönsä. Ammatillisella pätevyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tehtävät suoritetaan ja järjestetään ja miten niitä kehitetään päämäärän saavuttamiseksi. Pätevyys on aina pätevyyttä johonkin. Tämä nähdään välttämättömänä edellytyksenä menestyksekkäälle tai ainakin tyydyttävälle suoritukselle ammatissa. Ammatillisesta pätevyyttä voidaan käyttää, kehittää ja muuttaa ajan myötä. Ammatillisen pätevyyden sisältö muuttuu jatkuvasti uusien työn kohteiden, muuttuvan työnjaon ja organisoinnin, teknologian ja uuden tiedon mukana. Se kehittyy parhaiten oppimisprosessissa, jossa ihminen itse osallistuu oman työnsä kehittämiseen eli on työn kehittäjä eikä vain toteuttaja. (Hildén 1999, 20–21.)

Ammatillinen pätevyys koostuu monista eri asioista. Yhtenä olennaisena osana on vahva tietopohja, joka koostuu yleisistä, ammattiin liittyvistä tiedoista. Vahva tietopohja ei kuitenkaan riitä, vaan täytyy tuntea myös oman alan ja sitä lähellä olevien alojen uusin tieto, sovellukset ja saavutukset. Lisäksi nopeasti omaksuttu uusi tieto on tärkeää. Ammatilliseen pätevyyteen kuuluu tärkeänä osana monipuoliset taidot, jotka käsittävät muun muassa tekniset taidot, kuten koneiden ja laitteiden käyttö, manuaaliset valmiudet, kuten sorminäppäryys, sekä lisäksi tarvitaan hallinnollisia ja johtamisen taitoja. (Hildén 1999, 20–21.)

Sairaanhoitajan kompetensseilla tarkoitetaan asetettuja kansallisia osaamisvaatimuksia, joihin sairaanhoitajien tutkinto perustuu. Opetusministeriö on julkaissut vuonna 2001 kehittämisprojektin kautta ohjeistuksen sairaanhoitajien koulutuksen sisällöstä ja koulutuksen vähimmäisvaatimuksista valtakunnallisesti. Yhteiset kompetenssit luovat perustan yhteistyölle, asiantuntijuuden kehittämiselle ja työelämässä toimimiselle. Diakonia-ammattikorkeakoulussa kompetenssit on jaettu viiteen osaamisalueeseen: terveyden edistämisen osaamiseen, hoitotyön

päätöksenteon osaamiseen, kliiniseen osaamiseen, hoitotyön asiakkuusosaaminen ja ohjaus- ja opetusosaamiseen. Terveyden edistämisen kompetenssissa sairaanhoitajan tavoitteena on tukea potilasta ottamaan vastuuta terveyden, voimavarojen, toimintakyvyn edistämisessä ja ylläpitämisessä. Myös potilaan hoitoketjujen tunteminen ja tavallisimpien sairauksien etiologia ja lääketieteelliset hoitoprosessit hoitotyön tarpeen määrittämisessä kuuluu yhteen osaamisvaatimukseen terveyden edistämisen kompetenssissa. Hoitotyön asiakkuusosaamisessa hoitajan tulisi tunnistaa lähitieteiden tietopohjaa hyödyntäen ihmisen kokonaisuuden eri olemisen muodoissa sekä tunnistaa holistisen ihmiskäsityksen. Myös ihmisen eritasoiset ja erilaiset toiminnanvajaukset hoitajan tulisi tunnistaa. (Diak 2012.)

Hoitotyön päätöksenteon osaamisessa sairaanhoitajan tulee osata toimia tavoitteellisessa ja asiakaslähtöisessä vuorovaikutuksessa ja hoitosuhteessa potilaan, perheen ja yhteisön kanssa. Sairanhoitajan tulee vastata hoitotyön tarpeen määrittelystä sekä yhdessä potilaan ja omaisten kanssa suunnitella ja arvioida annettua hoitotyötä. Kliinisessä osaamisessa hoitajan tulee vastata potilaan psyykkisestä, sosiaalisesta, fyysisestä ja hengellisestä turvallisuudesta sekä tukea potilaan ja tämän omaisten jaksamista ja hyvinvointia. Oireiden, tilan ja hoidon vaikuttavuuden seuraaminen sekä peruselintoimintojen turvaaminen ja arvioiminen on kliinisen osaamisen yksi osa-alue. Hoitajan tulee osata myös toteuttaa lääkärin määräämän lääkehoidon turvallisesti ja seurata hoidon vastetta. Apuvälineiden potilasturvallinen ja ergonominen hallinta kuuluu kliiniseen kompetenssiin. Sairanhoitajan tulee osata tunnistaa ja lievittää potilaan kärsimystä ja kipua eri tilanteissa, myös elämän päättyessä. Ohjaus- ja opetusosaamisessa hoitajan tulisi osata ohjata ja opettaa potilasta, omaisia ja ryhmiä sekä tukea heitä itsehoidossa ja oman terveysongelman hallinnassa. (Diak 2012.)

Ammattikorkeakoulututkintojen tuottamiin yleisiin kompetensseihin kuuluu itsensä kehittäminen, eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, kehittämistoiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen ja kansainvälisyysosaaminen. Itsensä kehittämisessä hoitajan tulisi osata suunnitella,

kehittää ja organisoida omaa toimintaansa ja osata arvioida omaa osaamistaan ja kehittämistarpeitaan. Vuorovaikutus- ja viestintäosaamisessa kuuluu kyky kuunnella toisia ja esittää asioita kirjallisesti, suullisesti ja visuaalisesti käyttäen erilaisia viestintätyylejä sekä tiimi- ja ryhmätyöskentelyn periaatteet. Eettiseen osaamiseen kuuluu, että osaa soveltaa hoitoalan arvoperustaa ja ammattieettisiä periaatteita omassa toiminnassaan ja osaa ottaa muut huomioon toiminnassaan. (Diak 2012.)

Kehittämistoiminnan osaamiseen kuuluu muun muassa oman alan tiedon hankkiminen ja käsittely sekä niiden kriittinen käsittely. Kansainvälisyysosaamisen alueeseen liittyy kulttuurierojen ymmärtäminen sekä kyky yhteistyöhön eri kulttuurista tulleen ihmisen kanssa. Oman alan kansainvälisten tietolähteiden hyödyntäminen kuuluu osana kansainvälisyysosaamiseen. Organisaatio- ja yhteiskuntaosaamisen periaatteita ovat työelämän toimintatapojen tunteminen, yhteisössä toimiminen, oman alan organisaation toiminnan ja johtamisen pääperiaatteet ja omaa valmiuksia työn johtamiseen. (Diak 2012.)

### 5.1.1 Sairaanhoitajan työ

Sairaanhoitajan työ on ihmisläheistä ja vastuullista sekä terveyden ylläpitämistä että edistämistä. Se on sairauksien ehkäisemistä ja parantamista, kuntoutusta, kärsimyksen lievittämistä sekä kuolevan potilaan hoitoa ja lohduttamista. Sairaanhoitajan työ kohdistuu sekä yksilöön että perheisiin ja ryhmiin. Yksilöön kohdistuva sairaanhoitajan työ on läsnäolemistä, keskustelemista, kuuntelemista, lohduttamista ja tukemista. Potilaan kanssa sairaanhoitaja keskustelee potilaan tilasta, hoidosta, kuntoutuksesta ja muista elämään liittyvistä asioista. Sairaanhoitaja saa tärkeää tietoa kuuntelemisen ja keskustelemisen avulla potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin pohjaksi. Yksilöön kohdistuva sairaanhoitajan työ on myös ohjausta, neuvontaa ja opastusta, muun muassa terveyden- ja sairaanhoitoon liittyvissä kysymyksissä. (Hildén 1999, 15.)



Sairaanhoitajan työhön kuuluu myös perushoitoa ja erikoishoitoon osallistumista. Perushoidolla tarkoitetaan potilaan perustarpeista, kuten ravinto, liikunta ja puhtaus, sekä hyvinvoinnista huolehtiminen. Erikoishoitoon osallistumista ovat muun muassa potilaan valmistaminen tutkimuksiin ja erilaisissa toimenpiteissä avustaminen. Yksi keskeinen osa sairaanhoitajan työtä on kehittäminen. Kehittämiseen kuuluu sairaanhoitajan itsensä kehittäminen sekä työyhteisön ja hoitotyön kehittäminen. Sairaanhoitaja on vastuussa siitä, että hän tekee aloitteita ja toimii väestön terveydellisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämiseksi. Sairaanhoitaja on ennen kaikkea vastuussa potilaan hyvästä hoidosta. Hän on vastuussa esimiehelleen, esimerkiksi osastonhoitajalle, hyvän hoidon ylläpidosta ja siitä, että sairaanhoitaja tuo oman panoksensa ja oman asiantuntemuksen tiimin käyttöön. Lisäksi sairaanhoitajan tulee kehittää omaa ammattitaitoaan ja parantaa omaa tietopohjaansa ja kompetenssiaan. (Hildén 1999, 16.)

Sairaanhoitajalla tulee olla halua ja valmiuksia tehdä itsenäisiä päätöksiä sekä valmiuksia ohjata potilaita ongelmallisissa eettisissä kysymyksissä ja tilanteissa. Nämä eettiset asiat saattavat koskea esimerkiksi potilaan toiveita ja tarpeita sekä elämän ja kuoleman laatua. Lääketieteelliset palvelut ja terveyspalvelut edellyttävät sairaanhoitajaa, jolla on hyvä pätevyys ja uudenlainen asenne, kohdata kasvavat vaatimukset kustannustietoisena ja potilassuuntautuneena yksilövastuisena sairaanhoitajana. Sairaanhoitaja tarvitsee myös hyvää teoreettista tietopohjaa, joka auttaa sairaanhoitajaa ymmärtämään paremmin potilaan ainutlaatuisuuden. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää näkemäänsä tietotaustan ja kokemuksen kautta. Lisäksi sairaanhoitajan pitää tuntea tautien ja sairauksien eri muotoja ja vaikeusasteita. (Hildén 1999, 16–17.)

## 5.2 Sairaanhoitaja kuolevan potilaan hoitajana akuuttihoitotyössä

Osaaminen käsitteenä tarkoittaa niitä henkilön tietoja ja taitoja, joiden avulla hän suorittaa tehtävänsä onnistuneesti, taitavasti, osuvasti sekä pystyvästi. Osaaminen ja asiantuntijuus hoitotyössä pohjautuvat hyvään tietoperustaan, joka koostuu kliinisestä ammattitaidosta, käytännön kokemuksesta, erilaisten

arvojen ymmärtämisestä sekä jatkuvasta oman osaamisen kehittämisestä. Sairaanhoidajan työ edellyttää eri osaamisalueiden hallintaa. Näitä vastuualueita hoitotyössä ovat esimerkiksi työn sisällön ja tietoperustan hallinta, sekä ammatteettinen toiminta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, 12, 14, 17.) Sairaanhoidajan on tutkimustiedon hallinnan lisäksi osattava käyttää tekniikkaa ja teknologiaa työssään (Parviainen 2003, 15). Sairaanhoidajalla on monia osaamisvaatimuksia työssään. Hänen on muun muassa osattava arvioida saamaansa tietoa ja ymmärrettävä sen merkitys hoidon kannalta.

Sairaanhoidajan on osattava ennakoida potilaan tilassa tapahtuvia muutoksia havainnoimalla potilasta, sekä seuraamalla potilasvalvontalaitteiden tuottamaa tietoa. (Anestesiahoitajan osaamisvaatimukset 2006a, 25.) Potilaan yleistilaa, olemusta ja vitaalielintoimintoja tulee osata tarkkailla monelta osalta jatkuvasti. Erityisesti tämä korostuu akuuteilla osastoilla, joilla potilaan tila on usein kriittinen. Iivonaisen, Jauhaisen ja Pikkaraisen (2002, 349) mukaan sairaanhoidajan tulee osata tarkkailla potilaan vitaalielintoimintoja ja kyetä hahmottamaan kokonaistilanne. Tilanteen kiireellisyys on osattava arvioida, sekä ennakoida mahdolliset muutokset huonompaan suuntaan. Nopea päätöksenteko ja toiminta ovat tärkeitä akuutissa tilanteessa. Tämän vuoksi sairaanhoidajalla tulee olla hyvä tietoperusta sekä taitoja hallita äkillisiä tilanteita. Sairaanhoidajan on päätettävä, selviääkö hän tilanteessa yksin vai onko hänen konsultoitava kollegoja tai lääkäriä.

Kuolevan potilaan hoidossa hoitajan rooli on tärkeä. Sairaanhoidaja antaa informaatiota ja tukee henkisesti sekä omaisia, että kuolevaa itseään. Muutamissa tutkimuksissa on tultu siihen tulokseen että sairaanhoidajan päätöksenteko kuolevan hoidossa on vähäistä, sillä suuri osa lääkäreistä ei huomioi hoitajan näkökulmaa, vaikka sairaanhoidajalla on useita tehtäviä ja velvollisuuksia kuolevan hoidossa ja tämä olisi kykenevä tekemään ratkaisuja hoidon suhteen. Hoitajan lähestymistapa vaikeaa sairautta ja sitä sairastavaa ihmistä kohtaan on huomattavasti lääkärin lähestymistapaa luonnollisempi ja psykologisempi. Monet kuolevat potilaat ja heidän omaisensa keskustelevatkin mieluummin hoitajan kuin

lääkärin kanssa, koska kokevat vaikeaksi kieltäytyä aggressiivisista hoidoista. (Hildén 2005,13, 23.)

Kuolevaa hoidettaessa hoitaja joutuu itsessään tunnistamaan oman hoivatuksi tulemisen tarpeensa, sen vajavuuden tai riittävyyden. Kun tämän asian tunnistaa, auttaa se sietämään ja ymmärtämään kuolevan tarpeita. Kuolevaa potilasta hoidettaessa hoitaja on mukana kuolevan positiivisissa tunteissa, kuten rauhan, kiitollisuuden ja rakkauden tunteissa. Näiden tunteiden kohtaamisesta hoitaja saa voimia ja ne kasvattavat hoitajaa. Potilaan näyttäessään vaikeat tunteensa, kuten vihan, ahdistuksen ja pelon, joutuu hoitaja vastaanottamaan ja kantamaan itsessään näitä tunteita. Samalla hoitaja joutuu kasvoitusten itsessään olevan pahan kanssa. Kun nämä negatiiviset asiat ovat tulleet tutummiksi, hoitaja pystyy jäämään kuolevan luo kohtaamaan näitä tunteita ja osallistumaan niihin uuvuttamatta itseään. (Huhtinen 2008, 80–81.)

Hoitajan oma elämäntarina ja kokemukset muodostavat asenteille perustan, joilla hoitaja luo käsityksen hyvästä ja pahasta. Kokemuksen ja koulutuksen kautta rakentuu ammatillinen kohtaaminen. Työpaikan sallivan ilmapiirin avulla hoitaja voi kertoa työyhteisölle väsymisestään ja tuen tarpeesta ilman että hoitaja kokee itsensä huonoksi tai pahaksi. Työyhteisön tukemisen ja vuorovaikutuksen avulla hoitaja kasvaa kuoleman läsnäoloon ja pystyy turvallisesti osallistumaan kuolevan hoitoon, mutta pystyy myös tarvittaessa vetäytymään ja rauhoittumaan. Oman rajallisuuden tunnistaminen auttaa hoitajaa ymmärtämään potilaan tilannetta ja tuntemaan myötätuntoa. (Snellman 2008, 97–98.)

Hoitajan tunnemaailmaan vaikuttaa syvältä ja laajasti kuolevan potilaan hoitaminen. Itsensä jakaminen, jatkuvassa valmiustilassa oleminen ja ympäristön vaatimukset kuormittavat hoitajaa. Hoitajan omat pelot ja asenteet ovat monien vaikeiden tunteiden takana. Hoitajan tarpeena ja toiveena on ylläpitää vahvaa ja ehtymätöntä kuvaa. Kun hoitaja on valppaana omille tunnekokemuksilleen, voi hän kasvaa työssään. (Snellman 2008, 106.) Potilas voi olla ahdistunut, toivoton ja alistunut kohtalon rangaistukseen. Vaikeista asioista puhuminen saattaa olla haastavaa, eikä potilas välttämättä löydä sanoja tai osaa tehdä kysymyksiä.

Tällöin ammatillinen havaintokyky on hyvin tärkeää. Ahdistuksen hoitoon potilaan on hyvä saada kuuntelija, joka pysyy läsnä ja kestää ahdistusta. Hoitaja ottaa tunteet ensin vastaan ja tämän jälkeen tarkempi kysymys tunteista voi olla ratkaisu eteenpäin ja potilaan ahdistus saattaa lieventyä. Tilannetaju ja tilanteiden tunnistaminen on tärkeää, sillä herkät tilanteet menevät nopeasti ohi. (Kärpänniemi 2008. 111.)

Kuolevan potilaan hoito aiheuttaa monenlaisia tunnereaktioita, josta yleisimpiä ovat voimattomuuden ja väärintekemisen tunteet. Tosinaan kuoleman lopullisuus ja kuolemaa edeltävä kärsimys saavat tuntemaan sen, ettei ole tehnyt muita kuin virheitä. Vaivojen vähentäminen ja kuoleman helpottaminen tarkoittaa hyvää hoitoa. Kivulias ja ahdistunut kuolema on tarpeetonta, sillä on hyviä ja monia erilaisia hoitokeinoja helpottaa kipua ja ahdistusta. Harva ihminen kuitenkaan kuolee täysin oireettomana, onnellisena ja tyytyväisenä. (Hänninen 2001, 7-8.)

Kuolevalle potilaalle tulee näyttää sanoilla, olemuksella ja teoillaan, että häntä arvostetaan ja kunnioitetaan juuri sellaisena kuin hän on ja hänellä on oikeus näyttää todelliset tunteensa, myös negatiiviset tunteet, kuten kiukun ja mielihäpeän. Kuolevalle potilaalle tulee välittyä tunne, että häntä arvostetaan eheänä kokonaisuutena. Eheyteen kuuluu psyykkiset, fyysiset, sosiaaliset ja vakaumuksen liittyvät asiat. Hoitajien tulisi ottaa huomioon potilaan toiveet, koska se on potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioitusta. Potilaan toiveet ovat yleensä arkisia ja helposti toteutettavia. (Ridanpää 2006, 46–47.)

Kuolevan potilaan hoitajat, jotka jaksavat huonosti, eivät kykene vaatimaan hoito- ja tukemistyöhön, mitä usein tarvitaan kuoleman läheisyydessä. Potilaan kuoleman ja omaisten surun kanssa tekemisissä olevat hoitohenkilöt eivät ole tässä psyykkisessä prosessissa sivullisia, vaan altistuvat avuttomuudelle, väsymykselle, haavoittuvuudelle ja omalle surulle. Tämän takia täytyy olla mahdollisuus saada tarvitsemaansa tukea, kuten asiantuntevaa konsultaatiota, työnohjausta ja riittävää lepoa. Eettisesti on hyvin tärkeä tukea jaksamista, koska se vaikuttaa suoraan hoidon laatuun. (ETENE 2004, 16). Sosiaali- ja Terveysminis-

teriö on tehnyt selvityksen saattohoidosta Suomessa. Selvityksessä ilmeni, että hoitajat ja lääkärit kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta saattohoidon toteuttamista varten. Myöskään hoitohenkilöstön jaksamista ei tuettu tarpeelliseksi. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010.)

### 5.3 Aikaisempia tutkimuksia

Sairaanhoitajien kokemuksia kuolevan potilaan hoitamisesta on useissa opinnäytetöissä tutkittu. Opinnäytetöistä on käynyt ilmi, että sairaanhoitajat kokevat kuolevan ihmisen kohtaamisen luonnollisena ja hoitotyöhön kuuluvana osana alueena. Pidempi työkokemus hoitajana toi lisää vahvuutta kohdata kuoleva ja hänen omaisensa. Vähäinen työkokemuksen omaavat hoitajat kokivat enemmän epävarmuutta kuolevan hoidossa ja he pohtivat enemmän hoitosuhteitaan ja niiden herättämiä tunteita. Mitä nuorempi potilas oli tai mikäli potilas oli samanikäinen hoitajan kanssa, herätti se hoitajissa kysymyksiä elämästä ja sen oikeudenmukaisuudesta. He myös peilasivat tilannetta itseensä ja joutuivat selvittämään itselleen todellisuuden omasta kuolevaisuudesta. (Rantanen 2008; Mukkala & Rosenberg 2002.)

Kuolevan ihmisen kohtaaminen koettiin haastavana, antoisana ja vaativana. Vaikeana asiana koettiin kivut, kärsimys, ahdistus, pelko, hengellisten ajatusten käsittelemättömyyden, tietämättömyyden tulevasta ja omaisten hädän. Näistä asioista henkilökunta koki riittämättömyyttä ja avuttomuutta. Omaisten ymmärtämättömyys, väsymys ja kuoleman hyväksymättömyys rasittivat hoitajia. (Rantanen 2008; Mukkala & Rosenberg 2002.)

Dunn, Otten ja Stephens esittelevät artikkelissaan *Nursing Experience and the Care of Dying Patients* tutkimuksensa tuloksia. He selvittivät hoitajien kokemuksia kuolevan potilaan hoidosta. Tuloksena oli, että hoitajat kokivat kuolevan potilaan hoitamisen positiivisena asiana ja he käyttivät suurimman osan ajastaan loppuvaiheen potilaita hoitaen. Tutkimus osoitti, että mitä enemmän hoitajalla on kokemusta kuolevan potilaan hoidosta, sitä positiivisemmaksi hoitokokemus

muodostui. Myös hoitajan oma mielipide ja ajatusmaailma kuolemasta vaikuttivat annetun hoidon ammattitaitoisuuteen ja laatuun. (Dunn yms 2005, 97–104.)

Singaporelaisessa tutkimuksessa *Caring for dying patients and those facing death in an acute-care hospital in Singapore: a nurse's perspective* J.Tan kumppaneineen tutkivat kuolevan potilaan kohtaamista akuuttisairaalassa hoitajan näkökulmasta. Tutkimuksesta oli saatavilla vain tiivistelmä, jossa oli yhteenvedo hoitajien kokemuksista kuolevan potilaan kohtaamisesta. Hoitajista vain harva koki kuolevan potilaan kohtaamisen epämukavaksi eikä ajatellut omaa kuolevaisuuttaan. Myöskään kuolevan potilaan kohtaaminen ei saanut hoitajia arvostamaan enempää elämää tai miettimään elämää ja kuolemaa. (Tan, Low, Yap, Lee, Pang & Wu 2006)

Parish, Glaetzer, Grbich, Hammond, Hegarty ja McHugh kertovat arikkelissaan *Dying for attention: Palliative care in the acute setting*, että akuuttipuolella on ongelmia kuolevan potilaan hoidossa. Aiempien tutkimusten mukaan, josta Parish ja kumppanit kertovat, akuuttipuolella on ongelmia muun muassa puutteellisen perushoidon ja oireiden hoidon kanssa, tutkimuksia tehdään viimeiseen hetkeen asti sekä huono kommunikaatio potilaan ja omaisten kanssa heikentävät kuolevan potilaan hoidon laatua. Aiempien tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta ei puhu potilaan ja hänen omaisen kanssa loppuvaiheen hoidosta. Parishin ja kumppaneiden tulosten mukaan hoitajat kokevat tarvitsevansa palliativisesta ja saattohoidosta lisää koulutusta. Dokumentoinnissakin löytyi puutteita, potilaan psykososiaalisesta voinnista oli vain muutamissa hoitajan kertomuksissa mainintaa, myös dokumentointi oireista ei aina ollut riittävä tai kattava. Yhteenvedona potilaiden loppuvaiheen hoito on kaukana ideaalisesta tilanteesta. Mutta hoitajien innostus ja halu opiskella kuolevien potilaiden hoidosta tietää hyvää tulevaisuutta ajatellen. (Parish yms 2006, 21–25.)

Opinnäytetyössä Kanninen ja Salminen-Ali (2002) tutkivat äkillisen kuoleman vaikutusta pelastusalan hoitajiin sekä heidän kokemuksiaan äkillisen kuoleman tapahtuessa. Äkillinen kuolema tarkoittaa tilannetta, jossa sairaus lyhytaikaisten oireiden jälkeen johtaa kuolemaan tai tilannetta, jossa oireet ovat puuttuneet tai

jääneet huomaamatta lievien oireiden takia. Äkkikuoleman aikarajana pidetään 24 tuntia oireiden alkamisesta. Haastatteluissa kävi ilmi, että osa hoitajista koki potilaan äkillisen kuoleman henkisesti vaativaksi, ja he kokivat stressiä, turhautumista ja riittämättömyyden tunnetta, koska yrityksestä huolimatta potilas menehtyi. Heille myös oli ilmennyt ahdistusta ja väsymystä. Osa hoitajista taas koki, ettei koe minkäänlaista stressireaktiota työssään tai ettei tunteiden tunteminen kuulu asiaan. Suurin osa haastateltavista koki, että äkkikuolematilanteissa keskitytään työhön ja tunteet syrjäytetään. Myöhemmin saatetaan keskustella asiasta työkaverin kanssa, mutta yleisesti tilanteita ei paljoa mietitty jälkeinpäin. Tulosten mukaan yllättävissä äkkikuolemissa hoitaja tukeutuu koulutukseen ja kokemuksen kautta tulevaan ammattitaitoon ja pystyy näin parhaiten keskittymään tilanteen vaatimaan toimintaan. Hoitajan kokemus ja sitä kautta opittu rutiininomainen työskentely, helpottaa hoitajaa hallitsemaan tunteensa ja keskittymään tilanteeseen ja siinä tehtävään työhön. (Kanninen & Salminen-Ali 2002, 2, 36–37.)

Hilden toteaa, että sekä lääkärit että hoitajat arvostavat potilaan omaa päätöksentekoa ja kunnioittavat elämänhalua elämän loppuvaiheessa. Sairaanhoitajat pitävät lisäksi itseään tässä suhteessa potilaan ja heidän omaistensa puolesta puhujina. Monessa tapauksessa omaiset osallistuvat enemmän päätöksentekoon kuin potilas itse. Useassa tällaisessa tapauksissa potilas on itse kykenemätön tekemään päätöksiä. Omaiset toimivat neuvottelijoina tilanteissa joissa kuolevan henkilön tajunnassa ja ymmärryksessä on häiriöitä. Tämä tuo oman lisänsä ja vaikeutensa tehdä päätöksiä elämän loppuvaiheessa potilaan hyväksi. (Hildén 2005, 28–29.)

Tutkimusten mukaan kuolevan potilaan hoitaminen kuuluu hoitotyöhön ja on luonnollista. Kuolema herättää osassa hoitajista monenlaisia tuntemuksia haastavasta antoisaan ja vaativaan. Vaikeana asiana he kokivat potilaan kivut, kärsimyksen, hengellisten asioiden käsittelemättömyyden ja omaisten hädän ja tämä aiheuttaa hoitajissa riittämättömyyden ja avuttomuuden tunteita. Osassa hoitajista kuolema ei herätä juurikaan tunteita ja he kokevat, ettei tunne kuulu työhön. Tutkimuksista nousi esille myös se, että kuolevan potilaan hoitaminen

koettiin antoisana ja harva koki epämukavuutta kuolevaa hoitaessaan. Lisäkoulutusta kuolevan potilaan hoidosta kaivattiin akuuttipuolella.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata kuolevan potilaan hoitoa akuuttihoitotyötä tekevien sairaanhoitajien näkökulmasta ja nimenomaan heidän kokemuksiin kuolevan hoidon haasteista, unohtamatta positiivisia asioita mitä kuolema jättää jälkeensä.

Opinnäytetyössä tuomme esille toimenpide ja lääketiedekeskeisessä työssä tarvittavaa henkisen tuen tärkeyttä sekä sitä, ettei ainoa tukea tarvitseva ole potilas itse vaan useimmiten suurin tarvitsija on omainen. Lisäksi tarkastelemme kuolevan potilaan kipua ja kärsimystä ja sen hoitoa hieman filosofisemmasta näkökulmasta toimenpiteiden ja lääketieteen ohessa, sekä yritämme tuoda esille kuolevan potilaan hyvänhoidon teoriaperusteiden ja käytännössä tapahtuvan hoidon ristiriidan. Samalla haluamme tuoda tietoon sairaanhoitajan osaamisen kuolevan potilaan hoidossa ja päätöksenteossa.

Ajatuksenamme on tämän opinnäytetyön jälkeen pitää sekä omilla osastoillamme ja mahdollisesti koko sairaalalle luentoja ja koulutuksia kuolevan potilaan kivusta ja kärsimyksestä, sekä eettisestä hoidosta.



## 7 TUTKIMUSPROSESSI

### 7.1 Akuuttihoidon toimintaympäristö

Työympäristöltään päivystys, valvontaosasto ja teho-osasto ovat erilaisia, mutta jokaisessa paikassa hoidetaan akuutisti sairastuneita potilaita.

Päivystykseen saapuu potilaita epätasaisena virtana ympäri vuorokauden. Potilaiden ongelmat ja vaivat vaihtelevat pienistä vammoista suuriin hengenvaarallisiin tiloihin, jolloin lievistä vammoista kärsivät joutuvat yleensä odottamaan vuoroaan pidempään. Hoitokontaktin kesto on yleensä päivystyspoliklinikalla lyhyt ja päätökset tehdään nopeasti. Potilaan hoidon tavoitteena päivystyksessä on potilaan tilan ja hoidontarpeen välitön arviointi ja määrittely, nopean työdiagnoosin tai diagnoosin tekeminen, hoidon aloittaminen ja jatkohoidosta päättäminen. Päivystyksessä nähdään koko yhteiskunnallisten ongelmien kirjo sekä tehdään päätöksiä elämästä ja kuolemasta. (Nieminen 2009, 7-8.) Päivystyksessä sairaanhoitajalta vaaditaan kykyä arvioida potilaan elintoimintoja ja aloittaa hoito-ohjeiden mukainen hoito. Sairanhoitajan on pystyttävä hoidon tarpeen arvioimiseksi tekemään nopeita ratkaisuja, ongelmien asettamista tärkeysjärjestykseen, antamaan välitöntä hoitoa sekä jatkuvaa tarkkailua ja arviointia. Päivystyksessä potilaan hoitosuhde on lyhyt, jolloin sairaanhoitajalta vaaditaan vankkaa ammattiosaamista, jotta potilaan saama ensivaikutelma olisi hyvä ja syntyisi luottamukseen perustuva hoitosuhde. Päivystyspoliklinikka on portti koko sairaalaan, joten potilaan kokemukset saamastaan hoidosta ja kohtelusta ovat hyvin merkittäviä päivystyksessä. (Räisänen 2009, 1,3.)

Potilaan sairastumisen alkuvaiheesta ensimmäisten 3-5 vuorokauden kuluessa annettavaa hoitoa kutsutaan akuuttihoidoksi. Silloin tarkkaillaan potilaan oireita ja peruselintoimintoja ja pyritään turvaamaan tärkeät elintoiminnot. Diagnoosin varmistuminen ja komplikaatioiden ehkäisy on tavoitteena akuutissa vaiheessa. (Muhonen & Nieminen 2009, 14.)

Monissa päivystävissä sairaaloissa on valvontaosasto, jonne päivystyksestä mahdollisesti kriittinen potilas siirretään jatkohoitoon. Valvontaosastolla hoidetaan kriittisesti sairaita potilaita, jotka eivät kuitenkaan tarvitse elintoimintoja ylläpitäviä raskaita laitteita, kuten hengityskonetta. Valvontaosasto on kevyempi versio teho-osastosta. Valvontaosastolla tarkoitus on hoitaa kriittisesti ja vaikeasti sairaita, sekä erityistä tarkkailua vaativia potilaita, siihen saakka kunnes elintoiminnot ja tilanne ovat vakautuneet. Työskentely siellä vaatii nopeaa reagoitua elintoimintojen muutoksiin. Vaikeasti sairaan potilaan tilanne tiedetään usein muutaman hoitopäivän jälkeen ja jos potilas on kuoleva, häntä hoidetaan niin pitkään valvontahoidossa kunnes hän saa vuodeosastopaikan. Valvontaosastolla on mahdollisuus toteuttaa paineventilaattori- sekä hengityskonehoitoa. (Helsingin kaupunki 2011.)

Teho-osastolla hoidetaan tehohoitotasoisia potilaita. Tehohoito tarkoittaa vaikeasti sairaiden potilaan hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan keskeytymättä ja elintoimintoja valvotaan ja tarvittaessa pidetään yllä erikoislaittein. Tehohoidon tavoitteena on torjua ja estää hengenvaara, jotta voitetaan aikaa perussairauden hoitamiseen. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

## 7.2 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on yksi tutkimusmuoto, jolla voidaan selvittää ihmisen omasta näkökulmastaan käyttäytymistään. Laadullisen tutkimuksen avulla ymmärretään ihmisten käyttäytymistä heidän omien tulkintojensa ja tutkittavalle ilmiölle antavien merkitysten kautta. (Pyörälä 2002, 1.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kohteen mahdollisimman kokonaisvaltainen tulkitseminen on tärkeä osa laadullista tutkimusta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156–157.)

Laadullista tutkimusta tehdessä on joka kerta erikseen määriteltävä mitä on tekemässä eli tutkijan, joka tekee laadullista tutkimusta, on tiedettävä mitä tekee. Se ei kohdistu pelkästään tutkijan teknilliseen toteutukseen vaan myös eetti-

seen vireeseen. Yleisimmän tiedonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa on haastattelu, kysely, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 67, 71.)

### 7.2.1 Tiedonkeruu ja vastaajat

Annoimme kyselyn kuudelle (6) sairaanhoitajalle. Heillä kaikilla on työkokemusta 3-15 vuotta. He työskentelevät eri sairaaloissa ja eri hoitoympäristöissä. Kaksi heistä työskentelee päivystyksessä, kaksi valvontaosastolla ja kaksi tehosastolla. Vastaajista kaikki olivat naisia. Kyselyssä emme kysyneet haastateltavan ikää tai aikaisempaa työtaustaa. Kysymykset valittiin sen perusteella, mitä halusimme tietää. Olemme kiinnostuneita sairaanhoitajien kokemuksista kuolevan hoidossa ja kysymykset muodostuivat aika pian opinnäytetyön työstämisen alussa. Kysymyksinä olivat: Miten koet kuolevan hoitamisen? Mikä siinä on haastavaa? Mikä antoisaa? Kysymykset lähetettiin sähköpostitse joulukuussa 2011 ja vastaukset saimme heti vuodenvaihteen jälkeen.

Opinnäytetyössämme käytämme laadullista tutkimusta ja tiedonkeruumenetelmänä kyselyä. Kyselyssämme oli kolme avointa kysymystä, johon vastaajat saivat vapaasti omin sanoin kertoa kokemuksensa ja mielipiteistään. Tutkimuslupaa emme tarvinneet, koska kyselyyn vastaajat olivat entisiä ja nykyisiä kollegojamme eri työpaikoista eikä kysely liittynyt haastateltavien työpaikkaan. Kysymyksiin vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen. Kysyimme valituilta ihmisiltä kiinnostaisiko heitä vastata kysymyksiimme ja he vastasivat ketkä halusivat. Vastaajat vastasivat kysymyksiin osa työnsä ohessa ja osa vapaa-ajalla. Ohjeistukseksi laitoimme lyhyen tiivistelmän opinnäytetyön aiheesta sekä myös suullisesti kerroimme opinnäytetyöstä. Ohjeitimme myös ottamaan meihin yhteyttä, mikäli kysymyksissä oli epäselvyyttä.

Kyselytutkimuksessa aluksi tehdään kyselylomake, joka lähetetään valituille henkilöille. Lomakkeen kysymyksen on jäsennetty tutkimuksen tarkoituksen, pääkysymyksen ja käsitteellisen viitekehyksen mukaan. Kyselylomakkeen ky-

symykset olivat avoimia kysymyksiä ja kysely oli strukturoitu eli kysymysten järjestys ja muotoilu oli kaikille haastateltaville sama. Haastattelun avulla voidaan selvittää motivaatiota, ajattelua ja kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. (Pitkäranta 2012.) Avoimet kysymykset antavat mahdollisuuden haastateltavalle sanoa, mitä todella ajattelee asiasta, Avointen kysymysten hyviä puolia on se, että vastaaja saa ilmaista itseään omin sanoin ja samalla osoittaa tietämyksen aiheesta. Avointen kysymysten avulla haastateltava näkee vastauksista vastaajien tunteiden voimakkuuden. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 196.)

### 7.2.2 Sisällönanalyysi

Yleisin aineiston analyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa on sisällönanalyysi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Kerätty aineisto saadaan kuitenkin vain järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten sisällön analyysillä. Tutkittava aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon sisällön analyysillä, kadottamatta kuitenkaan aineiston sisältämää informaatiota. Informaatioarvon lisääminen on laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena. Hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan yhtenäistä, selkeää ja mielekästä informaatiota. Tutkittavan ilmiön selkeät ja luotettavat johtopäätökset saadaan analysoinnilla, joka tuo selkeyttä aineistoon. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104, 107.)

Tutkimustehtävän vastaus saadaan aineistolähtöisessä analyysissä käsitteiden yhdistämisellä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan. Sisällönanalyysissä edetään empiirisestä aineistosta kohti tutkittavan ilmiön käsitteellisempää näkemystä eli tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Uutta teoriaa muodostaessa verrataan teoriaa ja johtopäätöksiä koko ajan alkuperäisaineistoon. Empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu

malli, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tutkija pyrkii ymmärtämään johtopäätösten tekemisessä, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. Pyrkimyksenä on ymmärtää tutkittavia heidän omasta näkökulmasta analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112–113.)

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Kysymysten vastaukset lajiteltiin kysymyksen mukaan eli käytettiin teemoittelua. Teemoittelu tarkoittaa aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä aihepiirien mukaan. Teemoittelussa korostuu teeman sisältö eikä lukumäärä. Kysymysten vastaukset jaettiin kolmeen teemaan: sairaanhoitajien kokemuksiin, haasteisiin ja antoisuuteen. Kun alustava luokittelu on tehty, etsitään aineistosta varsinaisia teemoja. Teemakortistossa aineisto pilkotaan eri aihealueisiin, joka tukee teemoittelua. Aineistosta etsitään tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä, jotka viedään teemakortistoon sitä kuvaavan teeman alle, joten näin saadaan luokiteltua sisällöllisiä näkemyseroja, joita eri teemoilla on. (Opinnäytetyöpakki 2012). Jokaisesta alueesta etsittiin yhtäläisyyksiä, samoja sanoja ja aiheita eli vastaukset pilkottiin aihealueisiin ja niistä luotiin uusia aiheita ja käsitteitä. Aineisto kirjoitettiin erilliselle paperille niin, että aineistosta noukittiin sana tai lyhyt lause kerralla listaten nämä allekkain. Tämä helpotti aineiston hahmottamista ja pilkkomista. Aineiston pilkkomista myös helpottivat eriväriset kynät, joilla yliviivattiin saman aihepiirin sanoja ja lauseita. Näin hahmotettiin paremmin tietyt aihepiirit. (Liite 1). Aineistoa kertyi seitsemän sivua, Times New Roman – kirjaintyyllillä, rivivälillä 1 ja fonttikokona 10. Tulososiossa aluksi otsikoitiin kappaleet kyselyn kysymyksen mukaan, mutta huomasimme kokemuksen ja antoisuuden olevan liian samantyyppisiä otsikoita ja antoisa-otsikoinnin aikana mielessämme pyöri koko ajan vaihtoehtoisena sanana palkitsevuus. Päädyimme palkitsevuuteen, koska se kuvaa paremmin kyselyn tuloksia.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

Lähetimme kolme avointa kysymystä kuudelle sairaanhoitajalle sähköpostitse. Kysymyksinä olivat: miten koet kuolevan potilaan hoitamisen?, mikä siinä on haastavaa?, mikä antoisaa? Jokaisella vastaajalla on usean vuoden työkokemus. Vastaajat työskentelevät teho-osastolla, päivystyksessä, valvontaosastolla. Seuraavaksi esittelemme tuloksia yleisesti teemoiteltuna kokemusten, haasteiden ja palkitsevuuden mukaan.

### 8.1 Yleisiä ajatuksia kuolevan hoidosta

Ensimmäisestä kysymyksestä, eli miten koet kuolevan potilaan hoitamisen osiosta, nousi esille selvästi kolme teemaa: tilanne, hoitajan oma toiminta ja tunteet.

Teho-osastolla työskentelevät hoitajat pääasiassa kokivat kuolevan potilaan hoitamisen lähes samanlaiseksi kuin muiden potilaiden hoitamisen, koska yleensä teholla ennusteeltaan huono potilas on kuoleva potilas. Päivystyksessä työskentelevät kokivat kuolevan hoitamisen yleensä rankkana, koska potilaat muuttuvat kuoleviksi potilaiksi hyvin nopeasti.

”Lääkäreiden harvoin tarvitsee tulla erikseen kertomaan hoitajille potilaan olevan kuolemassa. Hoitajat näkevät ja tietävät sen jo.”

Kuolevan potilaan hoitamisen rankkuuteen ja asian käsittelyyn vaikutti, jos kuoleva potilas oli nuori, muistutti jotain tuttua, oli samanikäinen tai taustalla oli jokin dramaattinen syy, kuten pahoinpitely tai onnettomuus. Äkillisesti tai elvytykseen menehtyvä potilas aiheutti hoitajissa pettymyksen tunnetta ja surua. lääkää potilaat, jotka hiipuvat pikkuhiljaa ja kuolema oli odotettu, tilanne ei tuntunut niin rankalta.

Kyselyssä kävi ilmi, että hoitajat painiskelevat oman toimintansa ja siitä nousseiden tunteittensa kanssa. Hoitajat kokivat epävarmuutta omaisten kanssa siinä, ovatko he onnistuneet sanomaan oikeat sanat ja lohduttamaan tarpeeksi hyvin omaisia. Hoitajat myös peilasivat omaisten tunteita itseensä, omaisten reaktiot vaikuttivat myös hoitajan kokemiseen.

”jos omaiset olivat järkyttyneitä, asia saattaa jäädä minua jotenkin kalvamaan”

Eräässä vastauksessa hoitaja kertoo, että hänen työpaikallaan kuolema on usein ennustettu ja hän ottaa herkästi yhteyttä omaisiin, mikäli tilanne muuttuu huonommaksi. Tämä helpottaa vastaajan mukaan kuolevan hoitamista ja omaisten kohtaamista. Eräs hoitaja kokee kuolevan hoitamisen usein hankalaksi, koska päätökset potilaan hoidoista ja lääkityksistä ovat aina lääkärin. Hoitaja kokee, ettei hoitotyön etiikka aina toteudu lääkärin päätöksissä. Hoitaja on joskus saanut oman eettisen tahtonsa läpi muun muassa lääkityksen vähentämisen tai lisäämisen suhteen. Kyselyssä käy ilmi myös se, että kommunikointi potilaan kanssa saattaa olla joskus vaikeaa, jolloin on tunne, ettei pysty vastaamaan potilaan tarpeisiin oikealla tavalla. Eräs hoitaja mainitsee, ettei kuolevan hoitaminen sinänsä eroa muiden potilaiden hoitamisesta, mutta kuoleman saapuessa tunnelma muuttuu jollakin tavalla ahdistavaksi. Myös ruumiinlaitto ja omaisilta avauspyynnön pyytäminen koetaan ahdistavaksi.

Kuolevan potilaan hoitaminen aiheuttaa monenlaisia tunteita. Kyselyssä nousi esiin ahdistus, suru, pettymys, rankkuus ja riittämättömyys. Hoitajat tunsivat surua omaisten menetyksen takia ja ahdistusta potilaan kärsimyksen takia. Potilaan nopea kuolema koettiin helpoksi, mutta pitkittynyt vaikeaksi.

”myös omaiset hermostuvat jos hoitoja jatketaan, vaikka tiedetään ennuste”

Pettymystä koettiin, kun pitkään jatkuneet hoidot lopetettiin tai elvytys lopetettiin tuloksettomana. Eräs hoitaja koki, että äkillisesti tai elvytykseen menehtyvän

potilaan tapaus on hyvin vaikea asia käsitellä, eikä näitä asioita käsitellä juuri-kaan yhteisesti. Useimmiten uusi hoitaja voi kokea kuoleman raskaammaksi kuin kokenut hoitaja. Vastauksista kuului läpi se, että kuolema kohdattiin kuitenkin realistisesti, osana elämää. Kuolema koettiin luonnollisena osana hoitotyötä.

## 8.2 Haasteet kuolevan hoidossa

Kuolevan potilaan hoitamisen haasteista nousi esille neljä teemaa: omaiset, aika, kipu ja hoitajan tunteet. Lähes jokaisessa vastauksessa oli mainittu nämä asiat.

Haastavana koettiin omaisten kohtaaminen ja lohduttaminen. Omaisille läheisen ihmisen kuolema on ainutkertainen ja heidän kokemansa suru ja hätä ovat vaikeita asioita kohdata. Omaisten psyykinen tukeminen, lohduttaminen ja oikeanlaisen informaation antaminen koettiin haastavaksi. Kaikille ei voi antaa samalla tavalla tietoa tulevasta, vaan hoitaja joutuu lukemaan ihmisten herkkyyttä ottaa vastaan tietoja eri vaiheissa. Eräs hoitaja oli huomannut, että osa nuoremista hoitajista arastelee ikävien asioiden kertomista, he joko välttelevät aihetta täysin tai sitten puhuvat hyvistä asioista, mitkä eivät kerro todellisesta tilanteesta mitään.

”raa’an ja kylmän faktan antaminen tuntuu pahalta, vaikka se on usein se paras tapa. Ikävää asiaa ei saa paremmaksi korulauseilla.”

Omaisten kanssa keskusteltaessa haastavaksi koettiin myös se, ettei aina tiennyt potilaan tutkimusten tuloksia, joiden perusteella olisi voinut kertoa miksi potilas on huonossa kunnossa ja lähellä kuolemaa.

Kuolevan potilaan kipu koettiin haastavana ja vaikeana asiana. Kipu on usein alihoitettu. Useampi vastaajista antoi mieluummin useasti kipulääkettä kuin liian vähän. Palautetta tuli lääkäreiden toiminnasta ja heidän määräyksistään. Vas-



tauksista kävi ilmi, että valitettavan useasti hoitajan on pyydettävä lääkäriä aloittamaan kipulääkitys tai nostamaan annosta. Yhtenä ehdotuksena tuli, että kun huomataan potilaan olevan kuolemassa, kipulääkityksen tehostaminen tulisi olla automaatio, ettei sitä tarvitsisi käydä jatkuvasti kysymässä ja odotella ohjeistuksia. Myös säännöllinen ”ylläpitoannos” olisi hyvä. Kivuliaan potilaan hoitaminen tuntuu hoitajista pahalta. Kuoleva potilas saattaa olla hyvin turvoksissa ja iho hyvin kosketusarka, jolloin perushoidolliset toimenpiteet, kuten asennonvaihto tai vaipanvaihto, voivat olla hyvin epämiellyttäviä niin hoitajalle, potilaalle kuin omaisillekin. Myös kipulääkkeen vasteen seuraaminen koettiin haasteelliseksi asiaksi. Ahdistavaksi koettiin myös se, että tunnistaa potilaan kivun ja sen, onko se fyysistä vai henkistä kipua.

”Henkiseen kipuun eivät kipulääkkeet auta.”

Aika ja kiire nousivat vastauksissa esille. Kiire koettiin haastavana asiana niin potilaan hoidossa kuin omaisten kohtaamisessa. Kiireen takia aikaa ei riittänyt kuolevalle potilaalle niin paljoa kuin hoitajat olisivat halunneet. Potilaan hoidossa hoidettiin vain välttämättömimmät asiat, perushoidot ja lääkitykset, mutta läsnäololle ei aina riittänyt aikaa. Omaisten kanssa keskustelun laatu ja tukeminen oli vaikeaa ja haasteellista kiireen keskellä. Kiireen keskellä rauhoittuminen kuolevaa potilasta hoidettaessa koettiin myös haastavaksi. Rauhoittuminen ja aito läsnäolo on vaikeaa, kun on monta asiaa tekemättä ja puhelimet soivat kilpaa. Erään vastaajan mielestä läsnäolo on niin potilaan kuin omaisen kannalta hoitajan roolissa yksi avainasioista.

Kyselyssä hoitajan omat tunteet korostuivat. Hoitajat kokivat riittämättömyyden tunnetta ja ahdistusta. Potilaan ja omaisten hätä ja kärsimys aiheuttivat ahdistusta ja hoitajat kokivat työn raskaaksi. Haastavana koettiin myös empaattisuuden ja ammatillisuuden rajanveto. Suurin osa vastaajista mainitsi haastavaksi tilanteeksi sen, kun potilas on ollut jo pidempään hoidossa ja potilas ja omaiset ovat tulleet tutuiksi, potilaan kuollessa hoitajat kokivat surua. Tilanteesta tekee haastavaksi se, että hoitaja tasapainottelee omien tunteittensa ja ammatillisuuden välillä. Osa hoitajista piti sallittuna muutaman kyöneleen vuodatuksen

omaisten edessä, mutta sen voimakkaampia tunteita ei pidetty hyväksyttävänä. Potilaan ja omaisten suru, pettymys ja pelko tulevasta on vaikea asia kohdata. Esimerkkinä kerrottiin erään vanhan rouvan saaneen aivoverenvuodon ja ennuste oli hyvin huono, elinajaksi arvioitiin maksimissaan vuorokausi. Rouvan mies oli hyvin surullinen ja pelokas tulevasta ja omasta pärjäämisestään, koska he eivät ole olleet yhtä yötä kauempaa erossa toisistaan useampaan kymmeneen vuoteen. Nyt mies joutuu palaamaan yksin kotiin. Tilanne herätti voimakkaita tunteita, kuten surua ja ahdistusta eräälle vastaajalle. Vaikeana asiana myös koettiin tilanne, jossa kuoleva on levoton, ahdistunut ja selvästi kärsii tilanteestaan eivätkä mitkään annetut hoidot tehoa.

”se, että tuntee itse hoitajana riittämättömyyttä vahvemman voiman edessä, on kamalaa. Potilaan tuskasta ei saa osaakaan pois, vaikka kuinka haluaisi.”

### 8.3 Palkitsevuus kuolevan hoidossa

Kuolevan potilaan hoidosta palkitsevina asioina pidettiin omaisia, aikaa ja onnistumisen tunnetta. Näistä muodostui teemat.

Hoitajat kokivat antoisana sen, että näkivät omaisten suuren rakkauden potilasta kohtaan. Kuolema on joskus jopa lähentänyt sukulaisia. Antoisana koettiin se, että hoitaja on onnistunut antamaan omaisille tukea ja informaatiota niin, että he selviävät tilanteesta ja jatkavat elämässä eteenpäin. Läheisen kuolema saattaa olla omaiselle ensimmäinen kuolemantapaus ja jos hoitaja on auttanut antamaan omaisille kuolemasta vähemmän pelottavan kokemuksen, on hoitaja kokenut onnistuneensa työssään. Kun omaiset näkevät ja ymmärtävät, että kuolema on normaalia ja osa elämää, auttaa se heitä paremmin hyväksymään menetyksen tai olemaan paremmin kuolevan tukena. Myös se, että omaiset saavat olla läsnä kuoleman hetkellä koettiin arvokkaaksi asiaksi. Eräs vastaaja kertoi esimerkin kauniista kuolemasta, jossa potilaan kuolema tapahtui vuorokauden sisällä sairaalaan tulosta, rauhallisesti ja kivuttomasti. Potilaan mies

istui vaimonsa vieressä siihen saakka kunnes rouva nukkui pois. Omaisten kiitos oli lähes suurin asia, mistä hoitajat saivat hyvän olon tunteet.

Antoisana hoitajat pitivät sitä, että heillä oli aikaa. Aikaa hoitaa rauhassa potilasta, antaa hyvää perushoitoa, lääkehoitoa ja läsnäoloa. Aika tarvitaan potilaan ja omaisten tukemiseen ja keskusteluun. Se, että on ajan kanssa keskustellut omaisten tai potilaan kanssa tulevasta ajasta, mahdollisista oireista ja kuolemasta ja näin mahdollisesti rauhoittaa heitä, koettiin antoisana. Kuoleman tullessa potilaan ollessa puhdas, rauhallinen ja kivuton, kokivat vastaajat onnistuneensa hoitajina. Mikäli kuoleva potilas on ollut tajuissaan ja hoitaja on voinut olla läsnä ja antaa tukea kuolevalle niin, että potilas saa rauhassa pelkäämättä kuolla, on ollut hyvin palkitsevaa.

Onnistumisen kokemukset ovat aina positiivisia kokemuksia. Se, että hoitajat kokivat onnistuneensa kuolevan hoidossa, pidettiin palkitsevana ja antoisana. Kyselyssä antoisimpana asiana nousi selkeästi kaunis, rauhallinen ja kivuton kuolema. Tässä onnistuessaan hoitajat kokivat onnistuneensa hoitajina ja hoitotyössä. Kaikki vastaajat pitivät hyvänä kuolemana kivutonta kuolemaa. Eräs hoitaja kuvaa palkitsevana tilannetta, kun on voinut antaa omaisille riittävästi tukea ja informaatiota sekä luonut ilmapiirin, jossa omaiset ovat uskaltaneet kysyä vaikeita kysymyksiä hoitajalta. Antoisana ja voimaannuttavana kokemuksena pidettiin myös omaisten antamaa kiitosta hyvästä hoidosta. Kun omaiset ovat tyytyväisiä kuolevan potilaan hoidon laatuun, vastaajat uskovat, että myös potilas olisi ollut tyytyväinen.

Jokainen kuolema on erilainen ja ne on eritavalla kohdattava. Jokainen kuolema antaa hyviä oppeja seuraavaan ja niistä oppii uutta. Yksi vastaajista kiteytti kuolevan potilaan hoitamisen haastavuuden ja antoisuuden hyvin yhteen lauseeseen:

”Usein kuolevan potilaan hoidon haasteet ovat samalla niitä hoidon antoisia puolia, koska jos onnistuu ratkaisemaan haasteet, niin kokee onnistuneensa hoitajana.”

Kyselyssä kävi ilmi, että hoitajat kokivat kuolevan potilaan hoitamisen osana hoitotyötä. Välillä hoitaminen koettiin raskaaksi, varsinkin jos tilanne on tullut yllättäen tai jos potilas on samaa ikäluokkaa hoitajan kanssa. Omaisten kohtaaminen herätti hyvin monimuotoisia tunteita ja tunneskaala heitti laidasta laitaan, haastavasta palkitsevaksi. Hoitajat kokivat onnistuneensa hoitotyössä, kun potilaan kuolema oli rauhallinen ja omaiset saivat olla läsnä.

## 9. POHDINTA

### 9.1 Tulosten pohdinta

Analysoidessa kyselyitä ei tullut yllätyksenä kyselyyn vastanneiden vastausten samankaltaisuus. Eroavaisuutta ilmeni vastaajien kokemuksista kuolevan hoidossa. Teho-osastolla työskentelevät kokivat kuolevan potilaan hoitamisen yleensä melko tavalliseksi asiaksi, eikä se herättänyt erilaisia tunteita kuin muiden potilaiden hoito. Päivystyksessä työskentelevät kokivat kuolevan potilaan hoidon raskaammaksi tilanteiden äkillisyyden takia. Muuten haasteiden ja antoisuuden kokemuksissa ei löytynyt eroja. Aiemmissa tutkimuksissa tulokset ovat olleet samanlaisia. Kuolevan potilaan hoitaminen ja hoitotyö koettiin yleensä henkisesti raskaaksi, mutta hoitotyöhön kuuluvana osa-alueena. Vastauksista kuului läpi se, että kuolevalle potilaalle pyritään ja halutaan antaa enemmän aikaa ja huomiota kuin esimerkiksi muille potilaille, mutta se on välillä vaikeaa kiireen takia. Potilaan kivunhoito koettiin tärkeäksi osaksi hoitoa ja usein puutteelliseksi. Kuolevan potilaan muista oireista ja niiden hoitamisesta ei mainittu vastauksissa, mainintaa oli vain kivunhoidosta. Aiempien tutkimusten ja teorian mukaan kipu on usein alihoidettua ja tätä tukevat haastateltavien omat kokemukset. Käypä hoito – suosituksessa mainitaan, että kuolevan potilaan hyvän hoidon perusedellytyksenä on kivun arviointi. Kivun arvioimiseen kuuluu kivun sijainti, voimakkuus ja kokeiltujen lääkkeitten tehon arviointi. Opinnäytetyön ky-

selyn vastauksista ilmeni, että kipulääkkeen vasteen seuranta koettiin haasteelliseksi.

Omaisten ja potilaan kanssa käydyt keskustelut ja henkinen tukeminen koettiin henkisesti kuormittavana ja haastavana. Vaikeana koettiin oikeiden sanoja löytäminen. Tämä käy ilmi aiemmista tutkimuksista. Vastauksista ei ilmennyt, että potilaalle tai omaiselle olisi tarjottu ulkopuolista keskusteluapua, esimerkiksi sairaalapapin tai psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa tai että omaisille olisi annettu auttavien tahojen yhteystietoja, kuten esimerkiksi Suomen mielenterveysseuran valtakunnallisen 24 tuntia päivystävän kriisipuhelimen numeroa. Onnistuessaan antamaan potilaalle hyvä, kivuton ja rauhallinen kuolema, jossa omaiset pystyivät olemaan läsnä, koettiin antoisaksi kokemukseksi.

Kyselyn tulokset eivät juuri eroa aikaisemmista tutkimuksista, mutta vaikuttaisi kuitenkin siltä, että akuuttihoito-osastoilla kuolema on hoitajalle joko voimakkaita tunteita herättävä kokemus tai kuolema ei herätä minkäänlaisia tunteita. Teho-osastoilla työskentelevät ovat tottuneet kriittisiin potilaisiin, joista osa selviää ja osa ei. Päivystyksessä potilaita tulee ja menee, tarkoituksena saada potilaat nopeasti jatkohoitoon osastolle, kotiin tai muuhun jatkohoitopaikkaan. Päivystyksessä ei myöskään ole yleensä aikaa pysähtyä ja miettiä potilaiden kohtaloa. Valvontahoidossa tilanne on sama kuin teho-osastoilla. Vastauksista oli havaittavissa realistinen ja välillä kylmä suhtautuminen kuolemaan. Ulkopuolisen silmin akuuttihoitopaikassa saatetaan välillä kylmästi kohdata kuolema, ihmisiä kuolee, mutta elämä jatkuu ja uusia potilaita saapuu. Akuuttihoidon henkilökunta näkee päivittäin elämän nurjat puolet, ihmisten elämänhallinnan menetykset ja niiden vakavat seuraukset. Tämä saattaa olla yksi syy, miksi akuuttihoitopaikassa saatetaan kohdata kylmästi eri asiat ja kohtalo. Akuuttihoitotyötä tekevien sairaanhoitajien realistinen ja välillä kylmä suhtautuminen kuolemaan erosi aiempien tutkimusten ilmapiiriin verrattuna. Kyselyssä ja aiemmista tutkimuksissa yhteneväisyyttä oli se, että vaikeaksi koettiin oman ikäisen tai nuoren hoito ja kuolema. Eroa aikaisempiin tutkimuksiin oli se, ettei yhdessäkään vastauksessa mainittu potilaan hengellistä tukemista tai muuta uskoon liittyvää.

Tulosten perusteella kuolevan hoito ja kuolema aiheuttaa välillä voimakkaita tunteita, joista usea haastateltava olisi halunnut puhua ja purkaa tuntemuksiinsa. Työpaikoilla on yleensä nimetty vuorokohtainen vastaavahoitaja, joka voisi aina tunteita herättävän tilanteen jälkeen kerätä asiaan liittyvät henkilöt yhteen ja keskustella tapahtuneesta yhteisesti. Tällä voisi estää työn tuomisen kotiin ja ajatuksiin sekä myös ehkäistä työuupumusta.

## 9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat käsi kädessä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön toimintatapoja, kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten arvioinnissa. Tutkijat soveltavat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.)

Opinnäytetyön kyselyt kerättiin vastaajien intymiteettisuojaa kunnioittaen, eikä vastauksista käy ilmi tiedonantajien nimiä, työpaikkaa tai muita henkilökohtaisia tietoja. Emme koetestanneet kyselyä etukäteen, koska vastaajien joukko oli pieni ja heiltä varmisteltiin suullisesti, että he ovat ymmärtäneet kysymykset. Vastaajilla oli yhteystietomme, jotta he voivat ottaa yhteyttä mikäli kysymyksiä tai epäselvyyttä olisi. Kaikilta joilta kysyimme halua vastata kysymyksiin, vastasivat myöntävästi. He pitivät myös aihetta kiinnostavana ja hyvänä.

Tiedonantajien joukko ja aineiston määrä oli pieni, mikä vaikuttaa laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuutta kuitenkin parantaa lähes samanlaiset vastaukset kuin aikaisemmista tutkimuksista on saatu sekä se, että tiedonkeruu tehtiin kyselyllä, joten tutkimus on toistettavissa. Luotettavuutta lisää monipuolinen lähdekirjallisuus, tarkasti analysoidut vastaukset ja se, että varmistimme tiedonantajilta, että he ovat ymmärtäneet kysymykset. Luotettavuutta

parantaa myös se, että tiedonantajat kokivat aiheen tärkeäksi ja mielenkiintoiseksi. Tutkimusaineisto antoi vastauksen tutkimusongelmaan.

### 9.3 Johtopäätökset

Kuolevan potilaan hoitaminen on osa hoitotyötä, mutta se eroaa kuitenkin huomattavasti muiden potilasryhmien hoidosta. Opinnäytetyömme kyselyjen vastausten mukaan kuolevan potilaan hoito herättää sairaanhoitajissa epävarmuuden ja riittämättömyyden tunteita. Hännisen mukaan kuolevan hoito aiheuttaa yleensä voimattomuutta ja väärintekemisen tunteita. Olisi tärkeää, että työpaikoilla järjestettäisiin koulutusta kuolevan potilaan hoitamisesta ja sen jälkeen esimerkiksi osastotunnilla keskusteltaisiin koulutuksesta nousseista ajatuksista. Avoin ja vapaa keskustelu siitä, missä työyhteisö kokee onnistuneensa ja mitkä ovat kuolevan potilaan hoidon haasteet, saattavat herättää ihmisiä ajattelemaan ja samalla keksimään parannusehdotuksia. Hyvä asia olisi, jos keskusteluun osallistuisi koko moniammatillinen työyhteisö. Opinnäytetyömme kyselyjen vastauksista mainittiin useaan otteeseen lääkäreiden päätösten olevan ristiriidassa hoitajien omaan mielipiteeseen, miten kuolevia olisi hyvä hoitaa. Yhteisessä keskustelussa hoitajat kuulisivat lääkäreiden mielipiteitä ja ajattelutapaa, lääkärit ehkä ymmärtäisivät hoitajien kannan, psykiatrinen sairaanhoitaja voisi kertoa tarkemmin ihmisen mielen toiminnasta ja psyykkisestä tukemisesta. Moniammatillisessa keskustelussa jokainen osapuoli kuuntelisi toisiaan ja ehkä oppisivat ymmärtämään toisten kannan, kun kuulevat perusteluita.

Kuolevan potilaan hoidossa on varmasti joka työyhteisössä parannettavaa. Yhteisten periaatteiden ja tavoitteiden kautta kuoleva potilas voisi saada vielä laadukkaammat viimeiset päivät. Tämä toimisi ohjenuorana ja antaisi tukea hoitotyön tekemiseen. Kovassa kiireessä saattaa joutua priorisoimaan rankasti työtehtäviä, jolloin ohjeistuksesta voisi tarkistaa, että on muistanut tehdä kaiken välttämättömän. Yhteiset ohjeistukset myös varmistaisivat hoidon tasaisen laadun ja siihen voisi tukeutua.

Akuuttipuolella tilanteet ovat usein yllättäviä niin hoitajille, potilaille kuin omaisillekin. Tämä on akuuttipuolen erikoisluonne, jota tavallisilla vuodeosastoilla harvemmin on. Tämä tarkoittaa sitä, että tilanteet saatetaan kokea yllättävyyden takia voimakkaammin, jolloin asiat saattavat jäädä vaivaamaan. Tuloksista nousi esille se, että äkillisistä kuolemantapauksista haluttaisiin keskustella työpäivällä. Snellmanin mukaan hoitajan jaksamiseen vaikuttaa suuresti työyhteisön tuki. Salliva työyhteisö antaa myös hoitajan vetäytyä ja rauhoittua, mikäli tilanne vaatii sen. Tässä asiassa on paljon kehitettävää työyhteisöissä. Tilanteiden jälkipuintiin on kehitetty useita eri toimintamalleja, joten voisi olla hyvä, jos työpäivällä olisi koulutettu henkilö vetämään asioiden jälkipuintia. Kuolevan hoito on henkisesti rankkaa ja vaarana on myötätuntouupumus. Hoitajan jaksamista helpottaisi, jos työyhteisössä olisi yhteiset periaatteet kuolevan hoidosta. Hyvällä työnohjauksella hoitaja saisi enemmän tukea ja voimaa työhönsä.

Opinnäytetyötä tehdessä ajatuksemme kuolemasta ja kuolevan ihmisen hoidosta hieman muuttuivat ja saivat uusia ulottuvuuksia. Aloimme nähdä kuoleman huomattavasti laajemmasta perspektiivistä ja nimenomaan henkisen hyvinvoinnin kannalta. Eri tekstejä ja haastatteluja kuolemasta lukiessamme ja vertailllessamme niitä käytäntöön, huomasimme kuolevan potilaan hoidon olevan riittämätöntä henkisen tuskan kannalta. Kuolevan potilaan hoidossa medikalisoituminen eli lääketiedekeskeisyys on vallannut sijan. Ei riitä, että potilas saa kipulääkettä ja antibioottia, vaan tämän kaiken lisäksi erilaiset tutkimukset laboratorionäytteistä erilaisiin skopioihin ovat arkipäivää ja lähestulkoon asystoliassa olevalta iäkkäältä potilaalta yritetään väkisin ottaa laboratorionäytteitä ja asettaa verenpaineen seuranta varten asettaa invasiivista- eli suoraan valtimosta painetta mittaava arterianeulaa. Muutamien tuntien sisällä toiselle, loppuvaiheen maksa- ja luustosyöpää sairastavalle kuolevalle potilaalle työnnetään kaliumarvoa laskevaa lääkettä per rectum eli peräsuoleen kolme kertaa vuorokaudessa, vaikka korkea kalium arvo ei aiheuta oireita ja potilas on täysin terminaalivaiheessa. Milloin ja mihin kuoleva saa kuolla? Ymmärrettävää on toki vastuu ja rajan vedon vaikeus, mutta on silti erikoista, että päätökset tehdään puhtaasti lääketieteellisin perustein. Tilannetta pyritään hallitsemaan ja kuolemaa viivyttämään kaikin keinoin, mutta ketä tämä palvelee? Mielestämme nämä seikat



eivät missään tapauksessa edistä rauhallista, ihmisarvoista ja turvallista kuolemaa. Moniammatillisen yhteistyön tarkoitus on se, että eri alan edustajia kuunnellaan ja tämän pitäisi myös näkyä hoitaja-lääkäri suhteessa.

Päätökset kuolevan hoidosta ovat täysin riippuvaisia lääketieteen edustajasta, mutta sairaanhoitaja, joka viettää potilaan rinnalla aikaa 24 tuntia vuorokaudessa, tietää potilaan kokonaisvaltaisen tilanteen ja lääkärin tulisi ottaa tämä huomioon ja kuunnella päätöksiä tehdessään hoitajan näkemyksiä. Sairaanhoitaja on yleensä enemmän omaisten kanssa tekemissä ja saa näin ollen enemmän tietoa potilaan toivomuksista elämän loppuvaiheessa. Sairaanhoitajan on myös luontevampaa keskustella omaisten kanssa, sillä hän kertoo muutenkin potilaan voinnista, tutkimustuloksista ja jatkosuunnitelmasta omaisille. Samalla hoitaja pystyy kyselemään heidän ajatuksiaan ja toiveitaan potilaan jatkohoidosta. Hildenkin toteaa, että potilaat ja omaiset keskustelevat mieluummin hoitajan kuin lääkärin kanssa. Anttilan kirjoituksesta nousee esille omaisten kanssa käydyn keskustelun ja kuuntelun tärkeys saattohoitopotilasta hoidettaessa. Henkilökunnan olisi hyvä kuunnella ja yrittää selvittää minkä verran omaiset ovat ymmärtäneet potilaan tilasta, annetuista hoidoista sekä miksi jotain asiaa ei hoideta. Keskustelu omaisten kanssa vähentäisi väärinymmärrystä ja auttaisi heitä ymmärtämään, miksi joitain asioita tehdään ja miksi jätetään tekemättä.

Leinon ym.(1992) mukaan kuoleva potilas on osa perhettä ja hoidon kohteena on kuoleva potilas perheineen. Leinon ja kumppaneiden mukaan omaisten mukaan ottaminen parantaa heidän selviytymistään surutyössä. Vaikka opinnäytetyömme tuloksissa ei ilmennyt kuinka omaiset osallistuvat potilaan hoitamiseen, vastaajat pitivät kuitenkin tärkeänä asiana sitä, että omaiset olivat läsnä potilaan viime hetkillä. Uskomme, että omaisten mukaan ottaminen hoitotoimiin auttaisi omaisia ja potilasta kohtaamaan kuoleman. Omaiset kokisivat olevansa tarpeellisia kuolevalle omaiselleen ja potilas ja omaiset saisivat tällä tavoin yhteisiä konkreettisia hetkiä. Hoitajat voisivat kannustaa omaisia kustuttamaan potilaan suuta tai tekemään asioita, joista tietävät potilaan nauttivan, kuten hiusten kamppaaminen tai parran ajaminen.

Milloin ja mihin kuoleva saa kuolla? Jos keuhkoembolia tai keuhkokuume hoidetaan tänään, onko parempi että potilas saa kuolla varsinaiseen tautiinsa esim. syöpään huomenna? Tämä näyttäisi mielestämme olevan mahdotonta. Oli potilaan ikä mikä tahansa, häntä hoidetaan lääketieteen keinoin hyvin pitkälle. Esimerkkinä tällaisesta hoitamisesta on potilas, joka sydämen ja munuaisten vajaatoiminnan vuoksi laitettiin nesteentoisto-infuusioon, vaikka virtsaa sen avulla tuli vain 10ml/6h ja lisäksi hengitystä avustettiin paineventilaattorilla. Potilas oli lähes tajuton, täysin turvoksissa, eikä sairaanhoitajan mielestä hyötynyt enää mistään toimenpiteestä. Tämä otettiin tosissaan ja lääkäri antoi luvan irrottaa infuusion ja vaihtaa paineventilaattorin tavalliseen happimaskiin. Potilas kuoli kahdessa tunnissa morfiini kipulääkkeenä. Tässä esimerkissä englannissa määritelty hyvän kuoleman periaate, jossa elämän tarpeetonta pitkittämistä vältetään tai WHO:n palliatiivisen hoidon päämäärä, jossa kuolema nähdään elämän normaalina päätepisteenä, ei toteutunut aluksi.

Onko kuolema medikalisoitu liikaa ja irrotettu arjesta? Mitä on hyvä kuolema? Mitä on huono kuolema? Kenelle kuolema kuuluu?

Ehdotuksena jatkotutkimukseen olisi selvittää erikseen päivystyksessä työskentelevien kokemuksia ja teho-osastolla työskentelevien kokemuksia kuolevan potilaan hoidosta. Työympäristöinä nämä ovat kuitenkin erilaisia niin keskenään kuin verrattuna vuodeosastoihin. Jatkotutkimuksessa voisi vielä selvittää tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin akuuttihoitotyön hoitajien kokemuksia kuolevan hoidosta. Tarkempaa tietoa voisi saada teemahaastatteluilla. Akuuttipuolella kuitenkin hoidetaan usein kuolevia potilaita, joten olisi hyvä saada enemmän ja tarkempaa tietoa hoitajien kokemuksista kuolevan kohtaamisesta ja hoitotyöstä. Toinen jatkotutkimusehdotus olisi selvittää omaisten kokemuksia kuolevan potilaan hoidon onnistumisesta päivystyksessä, jotta saataisiin toisenlaista näkökulmaa ja tätä kautta voitaisiin vielä enemmän kehittää kuolevan hoitoa akuuttipuolella.

#### 9.4 Ammatillinen kasvu

Olemme mieltäneet ammatillisuuden hoitotyössä varmuudeksi ja vastuullisuudeksi omaa itseä kohtaan ja samalla hoidon kohdetta kohtaan. Osittain ymmärrämme sen myös kokonaisvaltaisuuksena ja järjestelmällisyytenä, sekä hoidon käytäntöjen ja teorian soveltamisena yksilöllisiin tarpeisiin räätälöityinä.

Bennerin (1989, 43) mukaan asiantuntijuus määritellään sairaanhoitajan kyvyksi tunnistaa intuitiivisesti kokonaistilanteita ja reagoida niihin luovasti, ilman analyttisiä suuntaviivoja ja sääntöjä. Asiantuntevan hoitajan työskentelyä luonnehtii kypsä ja harjaantunut tietämys, joka tukeutuu käytännön päättelyyn ja tilanteiden eroavuuksien ja samankaltaisuuksien hahmottamiseen. Asiantuntijuuteen liitetään mukaan myös kyky keskittyä omiin tunteisiin muiden tunteiden sijasta. Keskeinen piirre asiantuntevan hoitajan työssä on reagoida potilaaseen ihmisenä ja yksilönä, jolloin hoitotyö muodostuu potilaan persoonallisuutta tukevaksi (Benner 1999, 174–177).

Opinnäytetyön tekeminen oli hyvin haasteellista, sillä ristiriita hyvän kuoleman teorian ja käytännön välillä omassa yksikössä on niin suuri. Kuolemaa pyritään viivyttämään mahdollisimman pitkään ja tämä tekee hoitajan työskentelyn hankalaksi sillä hoitajana näemme potilaan ihmisenä, emme lääketieteen objektina. Kuoleman läheisyys tuntuu jo kaukaa kun kohtaa vanhan, kriittisesti sairaan potilaan. Ammatillinen kasvu tämän työn kautta on tapahtunut eniten potilaan oikeuksien saralla. Olemme oppineet saamaan äänemme kuuluviin puolustaaksemme kuolevan potilaan viimeisiä vaiheita niin, että turhat lisää kärsimystä aiheuttavat toimenpiteet jätetään pois. Inhimillisuus on kasvanut tämän työn mukana. Tällä tarkoitamme sitä, että ihmisen psyko-fyysis-sosiaalinen kokonaisuus on hahmottunut selkeäksi. Kuoleman läheisyydessä potilaan koko elämän tarina kohdusta haudan partaalle on tullut usean potilaan kohdalla kuultua omaisten kertomuksissa. Tämä on opettanut näkemään potilaan ihmisenä, ei

pelkkänä toimenpiteiden ja hoitotyön kohteena. Toki olemme oppineet paljon ymmärtämään henkisen kivun ja nimenomaan kärsimyksen merkitystä.

Lisäksi tutuksi työn aikana ovat tulleet käsitteet kuten palliatiivinen- eli oireenmukainenhoito, jonka kesto saattaa olla kuukausia, jopa vuosia ja saattohoito, joka on osa palliatiivista hoitoa ja kesto on usein vain päiviä tai viikkoja. Myös DNR-päätös on jonkin verran selkiytynyt työn aikana. Ongelmana on kuitenkin se, että Käypä hoito – suosituksissa DNR-päätös selitetään niin, ettei sydän tai hengityspysähdyksessä aloiteta hoitoa. Useassa muussa tutkimuksessa ja ohjeessa DNR-päätös tarkoittaa sitä, että aktiivihoidot lopetetaan ja siirrytään oireenmukaiseen, palliatiiviseen hoitoon. Tämä aiheuttaa ihmettelyä, miten näinkin isossa asiassa voi olla näin monta tulkintamahdollisuutta. Luulisi, ettei olisi ongelmallista tehdä valtakunnallisesti yhtenäisiä ohjeita siitä, mikä tarkoittaa oikeasti mitäkin.

Sairaanhoitajan toiminta perustuu Bennerin mukaan pitkälti potilaan toiveikkuuteen, sekä omaan toiveikkuuteen. Hoitajan tehtävä on osallistua auttamiseen sitoutuvasti ja osallistuvasti, ei ulkopuolisena. Hoitaja antaa apua tarvitsevan tilanteelle merkityksen ja tulkinnan, jonka potilas voi hyväksyä ja täten hoitaja auttaa potilasta ymmärtämään tilanteen ja hyödyntämään omia voimavarojaan tilanteen ratkaisussa. Hoitaja joutuu silti hyväksymään työssään sen tosiseikan, että potilaan elämän pidentäminen tai tietyssä tapauksessa kuoleman estäminen ei ole mahdollista, mutta mahdollista on auttaa potilasta ja perhettä parantamaan elämän laatua viimeisinä hetkinä. Kuolevan potilaan omaisten tukemiseen tarvittavat keinot ja kyky ovat tulleet tutuiksi kantapään kautta. Kantapään kautta tarkoitamme itse virheinä kokemiamme seikkoja, kuten paikalta poistumista silloin kuin omainen olkapäätä eniten tarvitsisi. Bennerin mielestä perhe ja omaiset ovat hyvin tärkeässä roolissa potilaan hoidossa ja heidän voimavaran- sa ja niiden ylläpitäminen helpottavat viimeiselle matkalle lähtevää. Myös perhe siis on yhtä lailla asiakas ja hyvin tärkeä osa potilaan paranemisen, jaksamisen ja toipumisen kannalta. Sairaanhoitajan on ymmärrettävä sekä potilaana ole-

van, että perheenjäsenten tarpeet ja tunnistettava tilanteet jolloin häntä tarvitaan ja tilanteet, jolloin on siirryttävä syrjään. (Benner 1989, 58–59, 67–68.)

Perheen tukeminen on raskasta ja tilanteen selkeäksi tekeminen ehkä vielä raskaampaa. Opinnäytetyön myötä rohkeus kertoa asiat ilman korulauselmia on helpottunut, koska olemme huomanneet myös omaisten helpottuneen tiedosta, ettei enää mitään ole tehtävissä. Vaikka raaka fakta satuttaa, se selvittää epäselvyydet.

Akuutissa, nopeatempoisessa hoitotyössä kuolevan potilaan huomioiminen kaikkien hyvien käytäntöjen mukaan on ollut haaste, sillä ensin hoidetaan akuuttitilanne alta pois ja ajankäyttö on potilaiden kohdalla minimaalista. Tämän takia monesti on jäänyt harmittamaan potilaan puolesta, kun hänet on lähetetty hoitokodista päivystykseen kuolemaan. Yleensä näillä potilailla tajunta on jo matala ja hengityskatkoksiakin saattaa jo olla, he ovat hiljaa hiipumassa pois. Varsinkin päivystyksessä, mutta myös valvontaosastolla, on kiire ja hektinen tunnelma. Hoitajat vaihtuvat ja naapurisängyssä huutaa alkoholideliriumista kärsivä potilas. Tämä ei ole inhimillistä kuolevalle potilaalle. Hoitokodissa olisi tuttu ympäristö ja tutut hoitajat. Tämä on aiheuttanut paljon keskustelua työyhteisössämme siitä, että miksi hoitokodeissa ei saa kuolla? Onko sairaala ainoa paikka, missä potilas saa ja hänen annetaan kuolla? Käypä hoito –suosituksissakin suositellaan yhteisen saattohoitopäätöksen tekemistä omaisten ja potilaan kanssa, jotta tarpeettomat siirrot päivystykseen loppuisivat. Käypä hoito –suosituksessa mainitaan, että potilaan on parempi olla tutussa paikassa tuttujen ihmisten kanssa elämänsä viime hetket. Suosituksessa ohjeistettiin myös lääkäriä seisomaan päätöksen takana, jos omaiset vaativat potilaalle turhia kokeita ja siirtoja.

Yhteenvetona suurin haaste ammatillisen kehittymisen kannalta on ymmärtää hoitotyön etiikan ja lääketieteellisten päätösten ristiriita. Ymmärrämme sen, että ristiriitaa tulee aina olemaan. Ei ole mahdollista, että jokaisen potilaan kohdalla päätökset ja hoidot onnistuisivat eettisesti hyvin, mutta näistä asioista tulisi keskustella työyhteisössä, jotta saataisiin herätettyä ihmisissä ajatuksia ja näin mahdollisesti muutettua toimintatapoja. Esimerkkinä yli yhdeksänkymmentävuotias alkuun aivan asiallinen mies, joka sairastui molemmiin puoleiseen keuhkokuumeeseen. Häntä hoidettiin vajaa kuukausi paineentilaattori-hoidossa ilman DNR-päätöstä ja kysymättä häneltä itseltään, vaikka potilas oli asiallinen ja vaikka lääkärit tiesivät jo muutamien päivien jälkeen, että potilas tulee menehtymään. Vanhus makasi kätet lepositeissä ja paineentilaattori kasvoilla viikkoja, kunnes hänelle tehtiin DNR-päätös ja määräys paineentilaattorihoidon lopettamisesta. Päätöksen jälkeen hän kuoli. Mitä tapahtui? Yksikään lääkäri ei kuunnellut hoitajaa. Jokainen vanhusta hoitanut hoitaja oli järkyttynyt ja tämä erittäin suuri ristiriita sai onneksi aikaan keskustelun siitä, että hoitopäätöksien teossa hoitajan näkemys on otettava huomioon. Tässä tapauksessa ei toteutunut laissa määritelty itsemääräämisoikeus, Käypä hoito -suositukset eikä inhimillisuus. Vanhus oli omaishoitajana kehitysvammaiselle lapselleen, eikä muita omaisia ollut. Mitä on loppujen lopuksi lääketieteen etiikka? Entä mitä on sairaanhoitajan etiikka? Kuinka paljon nämä sotivat keskenään? Suurin kysymys on: Miksi ihmisen ei anneta kuolla? Jos ihmisellä on oikeus hyvään ja arvokkaaseen elämään, miksi ei ole oikeutta hyvään ja arvokkaaseen kuolemaan?

"Käydä täällä,  
kääntymässä kuin tuuli puussa,  
orava oksallaan."  
-Kullervo Järvinen

## LÄHTEET:

- Anestesiahoitajan osaamisvaatimukset. 2006a. Spirium 41, 4, 25.
- Anttila, Sari 2011. Saattohoitoon kohdistuneen kantelut. Valvira.fi/saattohoito  
Viitattu 7.2.2012.
- Benner, Patricia 1989. Aloittelijasta asiantuntijaksi.Helsinki. WSOY.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine & Chesla, Catherine 1999. Asiantuntijuus  
hoitotyössä -hoitotyö, päättelykyky ja etiikka. Porvoo. WSOY.
- Diak 2012. Alakohtaiset kompetenssi- ja ydinosaamiskuvaukset. Hoitotyön  
suuntautumisvaihtoehto. Viitattu 6.2.2012. [www.diak.fi](http://www.diak.fi)
- Dunn, Karen; Otten, Cecilia & Stephens, Elizabeth 2005. Nursing Experience  
and the Care of Dying Patients. Oncology Nursing forum – vol 32,  
no 1, 2005, 97–104. Tuloste tekijän hallussa. Viitattu 2.2.2012.  
[www.google.com](http://www.google.com)
- Elvytys 2011. Käypä hoito. Viitattu 11.03.2011. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- ETENE 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa.  
ETENE-julkaisuja 4.Helsinki.
- Helsingin kaupunki. Terveyskeskus. Haartmanin sairaala 5.9.2011. Viitattu  
1.3.2012 [www.hel.fi/hki/terke/fi/Hankkeet/Haartmanin+sairaala..](http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Hankkeet/Haartmanin+sairaala..)
- Hildén, Hanna-Mari 2005. Making decisions in the face of death. Helsingin yli-  
opisto.Väitöskirja.Kansanterveystieteen julkaisuja 186:2005.
- Hilden, Raija 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatillisen päte-  
vyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Hinkka,Heikki 2005. Palliatiivinen hoito. Teoksessa Kumpusalo, Esko; Ahto,  
Merja; Eskola, Kari; Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka; Kosu-  
nen,Elise; Kunnamo, Ilkka & Lohi,Jouni. Yleislääketiede. Helsinki:  
Duodecim, 237–246.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita.  
Tammi, Helsinki.



- Hoitotahto 2010. Valvira. Viitattu 17.12.2010 Tuloste tekijän hallussa.  
[www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuva\\_iheen\\_hoito/hoitotahto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuva_iheen_hoito/hoitotahto)
- Huhtinen, Aili 2008. Elämä opettaa kuoleman kohtaamiseen, kuolema elämään, 73–84. Teoksessa Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Toim. Eva Agge. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Hänninen, Juha 1998. Kuolevan kipu ja kärsimys. Duodecim. Helsinki
- Hänninen, Juha 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Duodecim, Helsinki.
- Hänninen, Juha 2002. Milloin kuoleva saa kuolla? Viitattu 18.12.11. Tuloste tekijän hallussa. Terveysportti.fi
- Hänninen, Juha 2003. Kenelle kuolema kuuluu. Viitattu 15.12.2011. Tuloste tekijän hallussa. Terveysportti.fi.
- Hänninen, Juha 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. 18.12.2011. Tuloste tekijän hallussa. Terveysportti.fi.
- Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo. 2002. Hoitamisen taito. Tammi, Helsinki.
- Itsemääräämisoikeus 2000. Käypä hoito. Viitattu 07.01.2011.  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Kanninen, Leena & Salminen-Ali Kirsi 2002. Tutkimus pelastuslaitoksen hoitajien kokemuksista, tunteista ja jaksamisesta sekä omaisten kohtaamisesta potilaan äkkikuolematilanteessa. Diakoniamammattikorkeakoulu.Helsingin toimipaikka. Opinnäytetyö.
- Kuolevan potilaan oireiden hoito 2008. Käypä hoito. Viitattu 09.01.2011.  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Kyrönviita, Marianne 2006. Elämän käsikirjoituksen muutostarinat - ALS:n sairastuneiden kertomana kuntoutusjaksolla. Joensuun yliopisto. Pro-Gradu.
- Kärpäniemi, Raija 2008. Sairaanhoitaja ja hengelliset kysymykset kuolevan hoidossa 109–120. Teoksessa Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Toim. Eva Agge. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92. Viitattu 2.1.2012. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

- Leino, Timo: Pusa, Heli; Vilminko, Minna & Holli, Kaija 1992. Omaisten kokemuksia syövän viime vaihetta sairastavan läheisen hoidosta kotona ja laitoksessa. Tampereen yliopisto. Tutkimus.
- Milloin elvytystä ei aloiteta 2000. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 07.01.2011. [www.duodecim.fi](http://www.duodecim.fi).
- Muhonen, Mari & Nieminen, Nanna 2009. Potilaiden ohjaus sisätautien päivystysosastolla. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Mukkala, Marjo & Rosenberg, Merja 2002. "Vierellä kulkija" Kuolevan potilaan kohtaaminen Porin Diakonissalaitoksen hoitohenkilökunnan kokemana. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Porin yksikkö. Opinnäytetyö.
- Nieminen, Merja 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Nienstedt, Walter; Hänninen, Osmo; Arstila, Antti & Björkqvist, Stieg-Eyrik 2001. Ihmisen anatomia ja fysiologia. Helsinki. WSOY.
- Nurminen, Marja-Leena 2006. Lääkehoito. Helsinki. WSOY.
- Opetusministeriö 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Viitattu 7.2.2012. [www.miniedu.fi](http://www.miniedu.fi)
- Opinnäytetyöpakki 2012. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.3.2012. Tuloste tekijän hallussa. <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiLaadAnalyysi.aspx>
- Parish, Karen; Glaetzer, Karen; Grbich, Carol; Hammond, Lynnette; Hegarty, Meg & McHugh, Annie 2006. Dying for attention: Palliative care in the acute setting. Australian journal of Advanced Nursing, 2006 volume 24, number 2, 21–25. Tuloste tekijän hallussa. Viitattu 2.2.2012. [www.ajan.com.au/Vol24/Vol24.2.pdf](http://www.ajan.com.au/Vol24/Vol24.2.pdf).
- Parviainen, T. 2003. Tutkitun tiedon lähteille hoitotyössä. Mahdollisuudet, esteet ja oma aktiivisuus. Teoksessa Näytön paikka. Tutkimustiedon hyö-

- dyntäminenhoitotyössä. Toim. L. Hallila. Lahti: Sairaanhoidon tutkimuslaitos, 14-15.
- Pitkäranta, Ari 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.3.2012.  
[www.samk.fi/download/13153\\_Laadullisen\\_tutkimuksen\\_tyokirja\\_APitkaranta.pdf](http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf)
- Potilaan vajaa päätöksentekokyky 2000. Käypä hoito. Viitattu 09.01.2011.  
[www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Pyörälä, Eeva 2002. Johdatus laadullisen tutkimuksen metodologiaan. Helsingin yliopisto. Viitattu 20.3.2012. Tuloste tekijän hallussa.  
[www.valt.helsinki.fi/yleope/kvali1.htm](http://www.valt.helsinki.fi/yleope/kvali1.htm)
- Päätös elvyttämättä jättämisestä 2010. Valvira. Viitattu 17.12.2010. Tuloste tekijän hallussa.  
[www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppu\\_vaiheen\\_hoito/paatos\\_elvyttamatta\\_jattamisesta](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppu_vaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta)
- Rantanen, Sanna 2008. Hoitajien kokemuksia saattohoidosta Lahden kotisairaalarasta. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Lahden yksikkö. Opinnäytetyö.
- Ridanpää, Soile 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Tampereen yliopisto. Pro-Gradu-tutkielma.
- Räisänen, Leena 2009. Sairaanhoidajan perehdyttäminen päivystyspoliklinikan hoitotyöhön. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Niskanen, Annikki 2007. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja. Toim. Mustajoki, Marianne; Alila, Anja; Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja. Helsinki. Duodecim.
- Saattohoito 2010. Valvira. Viitattu 17.12.2010. Tuloste tekijän hallussa.  
[www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppu\\_vaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppu_vaiheen_hoito/saattohoito)
- Snellman, Miia 2008. Tunteet ja kokemukset kuolevan hoidossa, 97–108. Teoksessa Sairaanhoidtaja ja kuolevan hoito. Toim. Eva Agge. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Sosiaali- ja Terveysministeriö 2000. Sairaanhoidtajan, terveydenhoitajan ja kätilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon

ammattinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Helsinki.

Sosiaali- ja Terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito suomessa. STM:n julkaisuja 2010:6. Helsinki. Tuloste tekijän hallussa.

Sosiaali- ja Terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004. Viitattu 22.3.2012. Tuloste tekijän hallussa. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

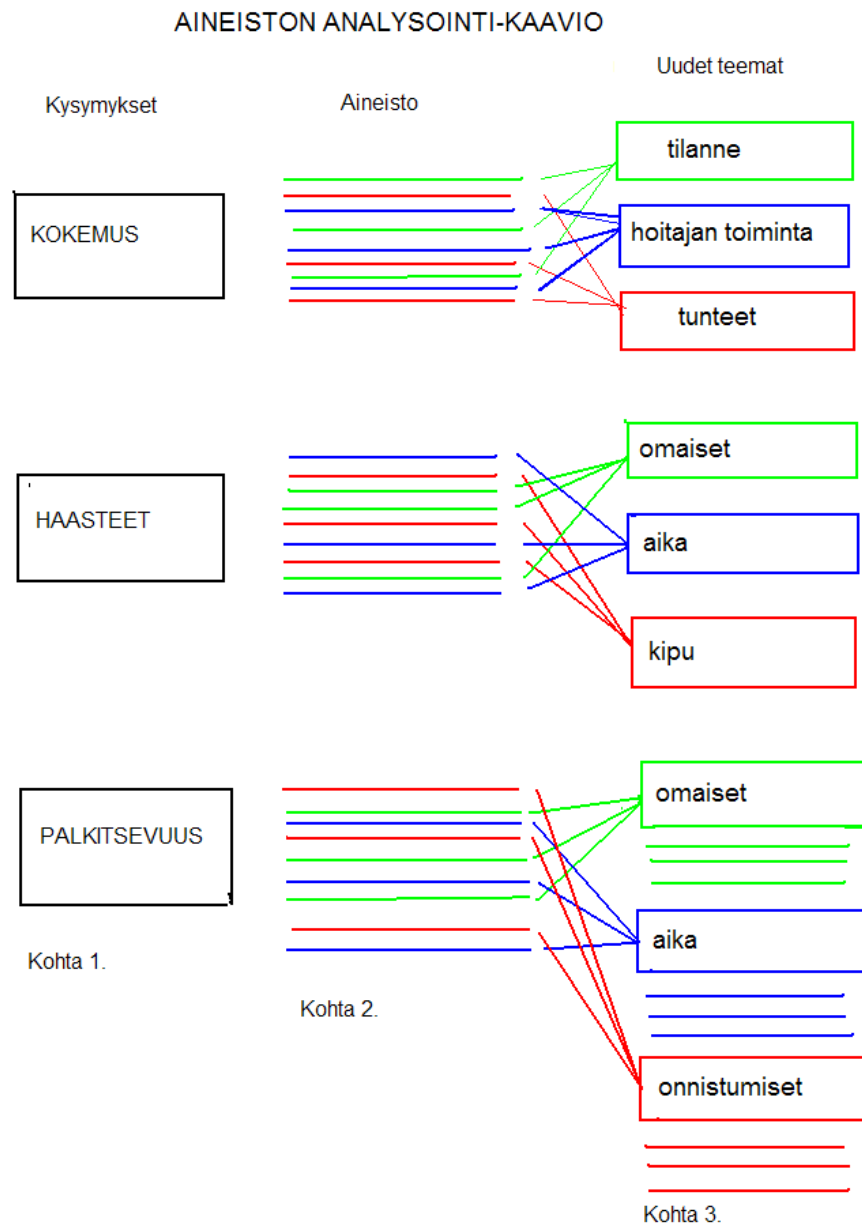
Suomen tehohoitoyhdistys 2012. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997. Viitattu 13.3.2012. [www.sthy.fi/yhdistys](http://www.sthy.fi/yhdistys) -> eettiset ohjeet

Tan J, Low JA, Yap P, Lee A, Pang WS, Wu Y. 2006. Caring for dying patients and those facing death in an acute-care hospital in Singapore: a nurse's perspective. Viitattu 10.2.2012 Tuloste tekijän hallussa.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16708980?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16708980?log$=activity).

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki.

## Liite 1



Kyselyn vastaukset jaettiin kysymysten mukaan kolmeen aihealueeseen. (kohta 1.) Kysymysten vastaukset luettelottiin kunkin kysymyksen viereen. (kohta 2.) Kysymysten vastaukset käytiin läpi ja niistä löydettiin yhteisiä tekijöitä, teemoja, kuten omaiset ja kipu. Analysoinnin helpottamiseksi yhteiset teemat yliviivattiin samalla värillä (kohta 2.) ja nämä kirjoitettiin uudelleen teeman alle. (kohta 3.) Tämä vaihe auttoi hahmottamaan paremmin vielä vastauksia. Näin muodostui alaluokkia, jotka nimettiin kyseisen teeman mukaan. (kohta 3.)