



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Senni Tammisto

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA PAL-
LIATIIVISEN HOIDON TOTEUTUMISESTA
TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN YKSI-
KÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysala
2022

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Senni Tammisto
Opinnäytetyön nimi	Sairaanhoitajien kokemuksia palliatiivisen hoidon toteutumisesta tehostetun palveluasumisen yksikössä
Vuosi	2022
Kieli	Suomi
Sivumäärä	44 + 2 liitettä
Ohjaaja	Johanna Latvala

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia palliatiivisen hoidon toteutumisesta tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa palliatiivisen hoitotyön tilasta ja tietoa hyödynnettäväksi palliatiivisen hoitotyön kehittämisessä.

Teoreettisena viitekehyksenä oli palliatiivinen hoitotyö ja siihen liittyvät hoitolinjaukset sekä -päätökset, joihin liittyivät uusimmat palliatiivisen hoidon suositukset, sekä hoitajan käsitys palliatiivisesta hoitotyöstä ja mahdolliset osaamistarpeet. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja tutkimuksellinen osuus toteutettiin yksilöllisenä teemahaastatteluna TEAMS yhteydenvälityksellä. Tutkimusaineisto käsiteltiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Aineistolähtöistä sisällön analyysia havainnollistettiin kuvioiden avulla.

Teemahaastatteluun osallistui 4 tehostetun palveluasumisen yksikön sairaanhoitajaa. Tuloksista kävi ilmi, että merkittävimpiä asioita palliatiivisen hoidon toteutumiselle olivat palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen, oikea-aikaiset hoidon linjaukset, hyvä oirehoito ja hoitajien osaaminen.

Avainsanat palliatiivinen hoitotyö, tehostettu palveluasuminen, muistisairas asukas, moniammatillinen yhteistyö

ABSTRACT

Author	Senni Tammisto
Title	Nurses perceptions of palliative care in an enhanced service housing unit
Year	2022
Language	Finnish
Pages	44 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Johanna Latvala

The purpose of this bachelor's thesis was to describe how nurses view and experience the implementation of palliative care at their workplace in an enhanced service housing unit. The goal was to provide new information regarding the state of palliative care. The information can be useful in developing palliative care.

The theoretical framework for the research consisted of palliative care, including its guidelines, decisions and the newest recommendations. Also nurses' views on palliative care and the possible need for developing their competence were parts of the theoretical framework. The bachelor's thesis was implemented as qualitative research and the data were gathered by using an individual thematic interview in Teams. The data were analyzed using inductive content analysis, which was illustrated through charts.

Four nurses working for an enhanced service housing unit participated in the thematic interview. The results indicated that (some of) the most significant factors in the implementation of palliative care were recognizing the need for palliative care, timely guidelines on care, adequate symptomatic treatment and nurses' competence.

Keywords	palliative care, enhanced service housing, resident with a memory disorder, multiprofessional collaboration
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
3	PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ JA TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN	10
3.1	Palliatiivinen hoitotyö	10
3.1.1	Palliatiivisen hoidon järjestämismalli.....	11
3.1.2	Hoitolinjaus ja hoitotahto palliatiivisessa hoidossa	12
3.1.3	Palliatiivisten sairauksien oirehoito	14
3.1.4	Saattohoito.....	15
3.2	Tehostettu palveluasuminen	15
3.3	Muistisairas asukas	16
3.4	Moniammatillinen yhteistyö.....	17
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
4.1	Tutkimusmenetelmä.....	19
4.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu	20
4.3	Aineiston analyysi	20
5	TUTKIMUSTULOKSET	22
5.1	Palliatiivinen hoitotyö	22
5.2	Palliatiivinen hoitolinjaus ja hoitotahto.....	25
5.3	Moniammatillinen yhteistyö.....	28
5.4	Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen.....	29
5.5	Ennakoiva hoitosuunnitelma	31
5.6	Eri sairauksien oirehoito	33
5.7	Muistisairaahan palliatiivinen hoito	36
6	POHDINTA.....	40
6.1	Tutkimustulosten pohdinta tutkimuskysymyksittäin	40

6.2 Tutkimuksen eettisyys	43
6.3 Tutkimuksen luotettavuus	45
6.4 Opinnäytetyö prosessi	45
6.5 Jatkotutkimusaiheet	46
LÄHTEET	47
LIITTEET	50

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Palliatiivisen hoidon järjestämismalli.....	12
Kuvio 2. Esimerkki opinnäytetyön analyysin etenemisestä.....	21
Kuvio 3. Palliatiivinen hoitotyö.....	23
Kuvio 4. Palliatiivinen hoitolinjaus ja hoitotahto.....	26
Kuvio 5. Moniammatillinen yhteistyö.....	29
Kuvio 6. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen.....	31
Kuvio 7. Ennakoiva hoitosuunnitelma.....	32
Kuvio 8. Eri sairauksien oirehoito.....	34
Kuvio 9. Muistisairaahan palliatiivinen hoito.....	37

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Teemahaastattelun runko

1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä aiheena on kuvata sairaanhoitajien kokemuksia palliatiivisen hoitotyön toteutumisesta. Aihevalinta perustuu palliatiivisen hoidon merkityksen tärkeyteen sekä ajankohtaisuuteen. WHO:n (2020) mukaan joka vuosi noin 40 miljoonaa ihmistä maailmassa tarvitsee oireita lievittävää hoitoa. Kuitenkin tällä hetkellä vain 14 % oireita lievittävää hoitoa tarvitsevista saavat asianmukaista hoitoa (WHO 2020.) Suomi ja THL ovat olleet yhdessä kuuden muun maan kanssa kehittämässä palliatiivista hoitotyötä. Tämän kansainvälisen tutkimushankeen tuloksena syntyi kuuden askeleen palliatiivisen hoidon kehittämismalli PACE. PACE on tarkoitettu erityisesti pitkäaikaishoidossa tueksi, laadun parantamiseksi sekä hoidon kehittämiseksi. (PACE toimintamalli 2019.) Lain potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (L785/1994.) On tärkeää selvittää, miten hoitajat kokevat palliatiivisen hoidon toteutumisen tehostetun palveluasumisen yksikössä.

Aineisto kerätään teemahaastatteluilla sairaanhoitajien kokemuksista palliatiivisen hoidon toteutumisesta. Kohdeorganisaatio opinnäytetyössä oli eräs Suupohjan Peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän tehostetun palveluasumisen yksikkö. Tutkimustulosten perusteella voidaan miettiä keinoja, joilla parannetaan palliatiivisen hoitotyön osaamista sekä laatua.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä ja kokemuksia asukkaan palliativisen hoidon toteutumisesta tehostetussa palveluasumisen yksikössä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa palliativisen hoidon toteutumisesta tehostetun palveluasumisen yksikössä. Tietoa voidaan hyödyntää palliativisen hoidon kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset tässä opinnäytetyössä olivat:

1. Millainen käsitys sairaanhoitajilla on palliativisesta hoitotyöstä?
2. Millaiseksi sairaanhoitajat kokevat palliativisen hoidon toteutumisen?

3 PALLIATIIVINEN HOITOTYÖ JA TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN

Tässä kappaleessa määritellään tutkimuksen keskeisiä käsitteitä, jotka ovat palliatiivinen hoitotyö, tehostettu palveluasuminen, muistisairas asukas ja moniammatillinen yhteistyö. Alakäsitteinä tutkimuksessa ovat hoitolinjaus ja hoitotahto palliatiivisessa hoidossa sekä saattohoito. Palliatiivista eri sairauksien oirehoitoa on myös käsitelty teoriatasolla

3.1 Palliatiivinen hoitotyö

Saarto (2015) kirjoittaa WHO:n määrittelevän palliatiivisen hoidon tarkoittavan parantumattomasti sairaan ihmisen tai ihmisen henkeä uhkaavaa sairautta tai tilaa. Palliatiivinen hoito sisältää myös omaisten ja läheisten kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitoa. Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on myös vaalia kokonaisvaltaisesti elämänlaatua ja lievittää kärsimystä. (Saarto 2015, 10.) Saarto (2018, 8) kuvaa palliatiivista hoitotyötä WHO:n määritelmän mukaisesti. Palliatiivinen hoitotyö tarkoittaa parantumattomasti sairaan ihmisen ja hänen läheistensä kokonaisvaltaista hoitotyötä, huomioiden fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen kärsimyksen. Palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti sidottu tai rajattu mihinkään sairauden vaiheeseen. Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa, kun krooniset sairaudet etenevät ja kuolema lähestyy. (Saarto 2018, 8.)

Palliatiivisessa hoidossa ei ole tarkoituksena pidentää tai lyhentää elämää vaan pyrkimyksenä on potilaan parhaan mahdollisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Lisäksi potilasta ja hänen läheisiään autetaan sopeutumaan sairauteen ja lähestyvään kuolemaan. (STM 2017.)

Oirehoito on olennainen osa palliatiivista hoitotyötä. Palliatiivisen hoidon perusasioita on hyvä kivunhoito, koska potilaiden tavallisimpia oireita ovat erilaiset kivut. Potilasta huolellisesti kuunneltaessa ja seuratessa suurin osa kivuista kyetään hallitsemaan yksinkertaisin lääkkeellisin keinoin. (Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013, Kuolevan potilaan oireiden hoito: Käypähoitosuositus 2019.)

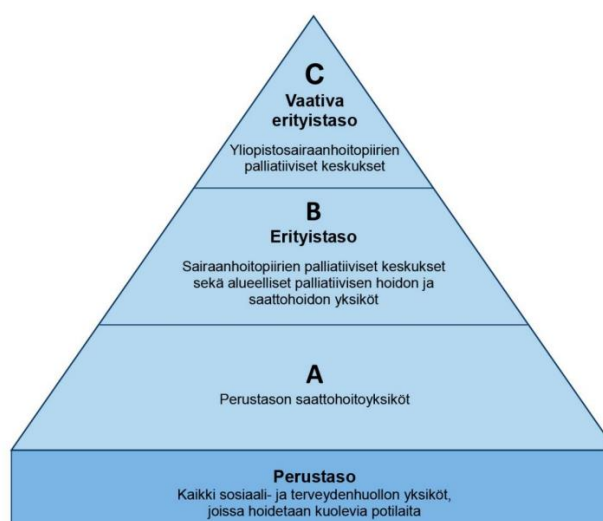
Kaikissa tilanteissa kipu ei kuitenkaan johdu ainoastaan somaattisista syistä, ja myös lääkkeettömät kivunhoidon menetelmät ovat tärkeitä (Paakkari 2015, 318–319). Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä tulee käyttää aina, kun se on mahdollista, koska ne auttavat rentoutumaan ja rauhoittumaan ja siirtävät ajatusta pois kivusta. Lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät voivat lievittää sairauden mukanaan tuomaa uhkaa, pelkoa ja uupumusta. Jokainen potilas kokee hyvin yksilöllisesti sen, miten lääkkeettömät kivunhoitokeinot auttavat. (Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2004, 65; Valvira 2020 b.) Palliatiivisen hoidon tarve lisääntyy huomattavasti elämän loppua kohti vaikkakaan sitä ei määritellä suhteessa kuoleman ajankohtaan. Palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe on saattohoito, joka ajoittuu viimeisiin päiviin tai viikkoihin. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Palliatiivisen hoidon tai saattohoidon tarpeen tunnistaminen on kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma tehdään tarvittaessa yhteistyössä palliatiivisen hoidon asiantuntijoiden kanssa. (STM 2019, 17). Suomessa palliatiivista hoitoa tarjoavat sekä julkiset että yksityiset palveluntuottajat. Tehostettua palveluasumista tarjoavat molemmat edellä mainitut palveluntarjoajat. Tavoitteena on järjestää hoito siellä, missä henkilö asuu tai missä hänet muutenkin hoidetaan - potilaan toiveet huomioiden. (THL 2020.)

3.1.1 Palliatiivisen hoidon järjestämismalli

Palliatiivisen hoidon kolmiportainen järjestämismalli ja laatuksiteerit määrittelevät palliatiivisen hoidon palveluketjun, jonka lähtökohtana on tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen hoitoon pääsy kaikkialla maassa. Lähtökohtaisesti jokaisella henkilöllä on yhdenvertainen oikeus sairautensa ja hoidon tarpeensa edellyttämään palliatiiviseen hoitoon kotona tai sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Palliatiivisen hoidon järjestämismallissa palliatiivinen hoito on jaettu perusosaamisen tason lisäksi kolmeen eri tasoon: A – perustason saattohoidon yksiköt, B – erityistason

palliativisen hoidon ja saattohoidon yksiköt ja keskuksat ja C – vaativan erityistason palliativiset keskuksat. Suurin osa palliativista hoitoa tarvitsevista potilaista hoidetaan perustasolla mutta noin kolmannes potilaista tarvitsee erityistason tai vaativan erityistason hoitoa. Palliativisen hoidon palveluketjut suunnitellaan jokaiselle sairaanhoitopiirille ja niiden toiminnan koordinoinnista vastaa sairaanhoitopiirin palliativinen keskus. (STM 2019, 15–17.)



Kuvio 1. Palliativisen hoidon järjestämismalli. STM 2019:68.

3.1.2 Hoitolinjaua ja hoitotahto palliativisessa hoidossa

Palliativisen hoidon linjauksella tarkoitetaan potilaan sairauden vaihetta, jossa sairauden kulkuun ei enää voida merkittävästi vaikuttaa ja hoidon ensisijaisena päämäärä on kärsimyksen lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen. Oireita lievitävä hoito kuuluu kaikkien sairauksien kaikkiin vaiheisiin hoitolinjasta riippumatta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Palliativinen hoitolinjaua sisältää tarvittaessa useita keskusteluita yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa, jotta päästään yhteisymmärrykseen hoitolinjoista. (STM 2017). Lakien Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992,6§) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000, 8§ ja 9§) mukaan asiak-

kaalla on oikeus osallistua omaan hoitoonsa liittyviin keskusteluihin ja esittää toiveita. Lääketieteellistä hoitoa koskevat päätökset tekee lääkäri. (L 875/1992, L812/2000.)

Päätökseen tulee olla kirjattuna hoidon sisältö ja lääketieteelliset perusteet. Päätökseen kirjataan myös päätöksen tekijät, potilaan ja läheisten kanssa käydyt keskustelut sekä heidän kantansa tehtyyn päätökseen. Hoitolinjauksen laadinnan jälkeen hoitava lääkäri kirjaa tiedot potilaan diagnooseihin ICD10-koodilla Z51.5 – Palliatiivinen hoito. (STM 2017).

Hoitolinjaus määrittelee hoidon tavoitteen. Hoitolinjaus turvaa potilaalle hänen omien arvojen ja toiveidensa mukaisen sekä lääketieteellisesti perustellun parhaan mahdollisen hoidon. Hoidon rajaaminen kuuluu hoitolinjaukseen; vältetään hyödyttömiä ja vain kärsimystä lisääviä hoitoja. Hoitolinjaus on myös hoitolupaus – potilaalle tarjotaan linjauksen mukainen hoito. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.) Elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelun perustana ovat oikea-aikaisesti puheeksi otettu palliatiivinen hoito ja hoitotahto (STM 2017.)

Ennakoiva hoitosuunnitelma on asiakirja, jonka tulee sisältää keskustelut ja kirjaukset sairauden vaiheista, hoitomenetelmistä ja niiden tavoitteista, hoitolinjauksesta ja hoidon rajauksista. Ennakoivassa hoitosuunnitelmassa tulee olla myös määriteltynä vastaava hoitotaho sekä kirjaukset potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Ennakoivan hoitosuunnitelman ajantasaisuuden merkitys korostuu, kun kyseessä on esimerkiksi lääkärin etäkonsultaatiot tai hoitavan lääkärin vaihtuminen. Ennakoivassa hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon ennakoiden potilaan oirehoito. Suunnitelma sisältää kattavasti potilaan ja hänen läheistensä psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet, ja se sisällytetään olemassa olevaan asiakassuunnitelmaan. Suunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä vastaa hoitava lääkäri. Suunnitelman laatiminen on yhteistyötä, johon osallistuvat

lääkäri, potilas, omaiset ja hoitajat. Yhteistyötä alueellisen erityistason palliatiivisen yksikön kanssa tehdään tarvittaessa. (STM 2017).

Potilaan laatima hoitotahto on tärkeä osa hoitosuunnitelmaa (Valvira 2020 a, Palliatiivinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019.) Hoitotahto on virallinen asiakirja, henkilön tahdon ilmaisu hänen tulevasta hoidostaan siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin. Hoitotahdolla voi ilmaista erilaisia asioita hoidon suhteen, kuten erityistoiveita tai kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahdolla voi ilmaista muitakin hoitoon liittyviä asioita kuin pelkästään lääketieteellisiä tai sairaanhoidollisia kysymyksiä. Hoitotahdossa ei voi edellyttää toimenpiteitä, jotka eivät ole sairauden yleisesti hyväksytyjä hoitoja (Halila, Mustajoki 2016.) Hoitotahto on sekä sitova että velvoittava ja sitä tulee kaikkien osapuolten noudattaa. Etusijalla potilaan hoidossa on potilaan ilmaisema tahto eikä sitä voi sivuuttaa esimerkiksi omaisten esittämien vaatimusten perusteella. (Kokkonen, P., Holi, T. & Vasantola, S. 2004, 83–86). Hoitotahtoon voi sisällyttää myös kirjauksen siitä, mitä asukas ei hoidoltaan toivo (PACE-toimintamalli: Kuusi askelta palliatiivisen hoidon kehittämiseen, 2019.)

Parantumattomia sairauksia on monia. Usein palliatiivisen hoidon ajatellaan koskettavan vain syöpää sairastavia ihmisiä. Todellisuudessa muiden palliatiivista hoitoa vaativien sairauksien osuus kaikista tapauksista on noin 60 prosenttia. Esimerkiksi keuhkohtaumatauti, vaikean vaiheen dementia, tietyt neurologiset sairaudet, maksa- ja munuaissairaudet, vaikea maksan vajaatoiminta sekä loppuvaiheen sydänsairaudet ja verisairaudet ovat tyypillisiä palliatiivisia sairauksia. Asianmukaisen ja hyvän palliatiivisen hoidon varmistaminen vaatii hoitohenkilöstöltä hyvää tietämystä eri sairauksista. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019)

3.1.3 Palliatiivisten sairauksien oirehoito

Kuolemaan johtavissa sairauksista kipu on hyvin tavallinen ja elämänlaatua huomattavasti heikentävä oire. Hyvän palliatiivisen hoidon perusedellytys on kivun

säännöllinen arviointi potilasta havainnoimalla, haastatteleamalla sekä hyödyntämällä erilaisia kipuasteikkoja. Kipua tulee arvioida systemaattisesti huomioiden myös kivun vaikeusaste ja haittaavuus. Lisäksi hoitovastetta tulee seurata aktiivisesti. (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019.)

Hengenahdistus on pitkälle edenneissä sairauksissa yleinen oire. Hengenahdistusta voivat aiheuttaa esimerkiksi hengitysteiden ahtautuminen, pienentynyt hengitystilavuus ja psyykkiset tekijät. Maha-suolikanavan oireista tavallisia ovat pahoinvointi, ummetus, ripuli tai suolitukos. Myös askites ja nielemisvaikeudet ovat tavallisia oireita. Suun oireet kuten suun kuivuminen, kipu ja infektiot ovat potilaan elämänlaatua huomattavasti heikentäviä oireita. Ruokahaluttomuus, kuivuminen ja kuihtuminen sekä erilaiset iho-oireet ovat myös hyvin tavallisia. (Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019.)

3.1.4 Saattohoito

Palliativisen hoidon viimeinen vaihe on saattohoito. Saattohoito ajoittuu ihmisen elämän viimeisiin hetkiin, jolloin elinaikaa on jäljellä päiviä tai viikkoja. Tässä elämänvaiheessa pyritään antamaan mahdollisimman paljon tukea sekä yksilöllistä hoivaa ja hoitoa niin potilaalle kuin hänen läheisilleen kunnioittaen inhimillisiä arvoja. Saattohoito antaa sekä potilaalle että omaisille mahdollisuuden valmistautua kohtamaan tuleva kuolema. (Valvira 2020a.) Kun potilaan toimintakyky on merkittävästi rajoittunut ja hänellä on huomattava avuntarve, siirrytään saattohoitoon. Saattohoitoon siirtymisen perusteita ovat muun muassa runsas avuntarve päivittäisissä toiminnoissa, sairauksien pahenemisvaiheet, vakavat elinvauriot ja elinajan ennuste on alle kuukauden. (Hänninen, 2015, 256–259.)

3.2 Tehostettu palveluasuminen

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittää, että kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön

sosiaalipalvelut sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät. (L 28.12.2012/980.)

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) ja 21 § mukaan tehostettu palveluasuminen katsotaan avohoidoksi, koska tässä palvelumuodossa asiakas asuu vuokraamassaan asunnossa, vaikka se onkin ympärivuorokautisen hoidon muoto. Edellä mainitussa laissa tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen mukainen hoito ja huolenpito sekä tarvittavat tukipalvelut, kuten toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Myös ateriat-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut ovat tärkeä osa tätä kokonaisuutta. (L 1301/2014.) Palliatiivisen hoidon järjestämismallin mukaan tehostettu palveluasuminen kuuluu perustasolle (STM 2019: 68).

3.3 Muistisairas asukas

Suurimmalla osalla tutkimuskohteena olleen tehostetun palveluasumisyksikön asukkaista on pitkälle edennyt muistisairaus. Etenevistä muistisairauksista vakavimpia ovat dementoivat sairaudet, jotka heikentävät sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita. (Juva 2021). Huttusen (2018) mukaan dementialla tarkoitetaan tilaa, jossa ihmisen sosiaalinen selviytyminen on rajoittunut. Dementoitu neella henkilöllä useat aivotoinnot ja älylliset toiminnot ovat heikentyneet. (Huttunen 2018.) Tavallisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti, joka aiheuttaa noin 60 prosenttia kaikista dementiatapauksista. Sairauden edetessä ihmisen toimintakyky heikkenee ja sairauden tunto häviää, jolloin sairastunut tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa. Vaikeaa muistisairautta sairastavien elämän loppuvaiheen hoito ei aina toteudu parhaalla mahdollisella tavalla, koska tilaa ei välttämättä tunnisteta kuolemaan johtavaksi. Vaikeaa muistisairautta sairastavat kärsivät elämän loppuvaiheessa hankalista oireista. (Sulkava, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2016, 110–114.)

Noin 25–52 prosentilla muistisairaista esiintyy kipua ja agitaatiota, hengenahdistusta noin kolmanneksella potilaista. Muistisairaana kipua tulee arvioida aktiivisesti joko havainnoimalla, esimerkiksi PAINAD -kysymysten avulla, tai kysymällä kivusta suoraan sairastuneelta. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

Finne-Soverin (2015) mukaan vanhuksen kivun tunnistaminen edellyttää aktiivisuutta, koska vanhus ei aina mainitse kivuistaan ja hän voi olettaa, että kivut kuuluvat vanhuuteen. Kasvojen ilmeet, ääntelyt, liikkumisen poikkeavuus sekä käytöksen muutos voivat olla merkkejä vanhuksen kivusta. (Finne-Soveri, H. 2015.)

Agitaatiolla tarkoitetaan oirekokonaisuutta, jossa esiintyy fyysistä tai sanallista aggressiivisuutta, motorista levottomuutta sekä ahdistusta. Oirekokonaisuus voi liittyä esimerkiksi uhattuna olemisen tunteeseen, yksinäisyyteen tai kipuun. (Talaslahti, T., Vataja, R., Ginters, M. & Koponen, H. 2019.) Finne-Soverin (2015) mukaan vanhuksen kivun tunnistaminen edellyttää aktiivisuutta, koska vanhus ei aina mainitse kivuistaan ja hän voi olettaa, että kivut kuuluvat vanhuuteen. Sairauden loppuvaiheessa myös syömisongelmat ovat tavallisia. (Finne-Soveri, H. 2015.) Ennakoiva hoitosuunnitelma ja hoitotahto tulee tehdä riittävän varhaisessa vaiheessa, jolloin muistisairas ihminen vielä kykenee itse ilmaisemaan tahtonsa siitä, miten hän haluaa itseään hoidettavan ja ottamaan kantaa esimerkiksi kivun hoitoon, ravitsemukseen, sairaalasiirtoihin sekä muihin hoidon rajauksiin liittyen. (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019.)

3.4 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö sisältää selkeän yhteistyörakenteen yhteisten tavoitteiden luomiseksi ja yhteiseksi päätöksentekoprosessiksi. Moniammatillinen yhteistyö perustuu jokaisen ammattilaisen tiedon ja osaamisen yhdistämiseksi niin, että yhdessä löydetään ratkaisut potilaan monimutkaisiin ongelmiin, mukaan lukien ammatillisten rajojen ylittäminen. (Isoherranen 2012, 24.) Sosiaali- ja terveys-

alalla moniammatillinen yhteistyö on yhdessä asiakkaan ja eri ammattiryhmien välistä asiakaslähtöistä työskentelyä, jossa rakennetaan yhteinen käsitys asiakkaan tarpeista, tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisuista. Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen vaatii kaikilta toimijoilta muun muassa oman asiantuntijuuden tunnistamista. Mikäli moniammatilliseen yhteistyöhön osallistujan oma osaaminen tai ymmärrys omasta alueesta on puutteellinen, on vaarana, että tärkeitä osa-alueita asiakkaan hoidossa jää huomiotta. Hoidon laatu heikentyy myös, jos näkökulma asiakkaan hoidosta ja tukemisesta muodostuu vain yhden ammattikunnan näkemyksen perusteella. (Sandström, S., Keski-Turunen, A., Hassila, L., Aunola, E. & Alahuhta, M. 2018.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, apuna käyttäen siihen soveltuvaa teemahaastattelua. Haastateltavat olivat tehostetun palveluasumisen sairaanhoitajia. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

4.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja teemahaastatteluna. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tarkasteltavaa ilmiötä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuvien kokemukset, ajatukset, tunteet, ja merkitykset, joita tutkimukseen osallistujat asialle antavat, ovat kiinnostuksen kohteena. (Puusa, A., Juuti, P. & Aaltio, I. 2020.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa osallistujat saavat vapaamuotoisesti kuvata aiheeseen liittyviä mielipiteitään ja kokemuksiaan sen sijaan, että tutkija olisi etukäteen laatinut kysymykset (Tilastokeskus 2021).

Tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua, jossa teemat luotiin tutkimuskysymysten pohjalta. Haastattelussa on etukäteen valitut teemat, joiden mukaan edetään. Etuna teemahaastattelussa on se, että haastattelun edetessä on mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä perustuen haastateltavan vastauksiin. Haastattelussa pyritään löytämään vastauksia, jotka ovat merkityksellisiä tutkimuskysymyksiin nähden. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 3.)

Tähän opinnäytetyöhön valikoitui teemahaastattelu, koska työn tekijä haki henkilökohtaisiin kokemuksiin perustuvaa tietoa ja haastattelun aikana oli mahdollisuus tarkentaa ja selventää kysymyksiä.

4.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Aineisto kerättiin tehostetun palveluasumisen yksikön sairaanhoitajilta, joilla on kokemusta palliatiivisen hoidon toteuttamisesta. Kriteerinä kyselyyn vastaamiselle oli vähintään viiden vuoden työkokemus ikäihmisistä ja palliatiivisesta hoitotyöstä. Hoitotyön johtajalle ja hoitokodin palveluvastaavalle välitettiin saatekirje, jossa haastattelusta kerrottiin. Teemahaastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluin Teams -sovelluksen välityksellä, jossa keskustelut myös tallennettiin. Haastateltaville informoitiin haastattelun alussa haastattelujen tallentamisesta. Haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja haastateltavalla oli mahdollisuus keskeyttää haastattelu milloin tahansa. Sopivat haastatteluajat saatiin sovittua sähköpostien välityksellä. Haastateltaville lähetettiin haastatteluun liittyvät teemat etukäteen hyvissä ajoin ennen haastatteluja, jotta hoitajilla oli aikaa tutustua teemoihin. Aineistot litteroitiin, eli kirjoitettiin puhtaaksi Word -tiedostolle. Saatu tutkimusaineisto pidettiin tietokoneella erillisessä tiedostossa, johon vain tutkijalla oli pääsy. Aineiston analyysin jälkeen tallennetut tiedostot hävitettiin asianmukaisesti niiden joutumatta ulkopuolisten käsiin.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analyysin tekoa ohjaa saatu aineisto. Aineistosta saadut tulokset on johdettu itsenäisesti riippumatta aikaisemmista tutkimustuloksista. (Spoken.fi 2018.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen. Haastatteluista kerätystä aineistoista poimitaan kaikki epäolennaiset asiat tutkimuksen kannalta pois. Redusoinnissa auki kirjoitettu aineisto auttaa löytämään ilmaisuja, jotka koskevat tutkimustehtävää. Auki kirjoitetusta aineistosta erotellaan alkuperäisilmaukset ja pelkistetyt ilmaukset. Toinen vaihe aineistolähtöisessä analyysissä on aineiston klusterointi eli ryhmittely. Aineistosta pyritään löytämään samankaltaisuuksia tai eroavaisia käsitteitä, jotka löydetään aineiston alkuperäisilmauksista. Tämän jälkeen käsitteet,

jotka kuvaavat ilmiöitä, yhdistetään ja ryhmitellään eri luokiksi, joista kehittyvät alaluokat. Kolmas vaihe analyysissä on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Kyseisessä vaiheessa tutkimuksen osalta tärkeä tieto erotetaan ja teoreettiset käsitteet muodostuvat valitun tiedon mukaan. Abstrahointia eli käsitteellistämistä jatketaan luokitusten yhdistämisellä niin pitkään kuin se on aineiston kannalta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, luku 4.)

Aineiston alkuperäisilmaisuja kirjoittaessa opinnäytetyöntekijä kuunteli haastatellut useampaan kertaan läpi. Aineiston kirjoittamisen jälkeen opinnäytetyöntekijä kävi saamansa aineiston vielä uudelleen läpi saadakseen luotettavan kokonaiskuvan aineistosta. Opinnäytetyöntekijä alkoi etsiä aineistosta vastauksia tutkimuskysymyksiin ” millainen käsitys sairaanhoitajilla on palliatiivisesta hoitotyöstä” ja ”millaiseksi sairaanhoitajat kokevat palliatiivisen hoidon toteutumisen?”. Alkuperäiset ilmaisut koottiin -Word lomakkeelle ja erivärisin fontein ryhmiteltiin ja etsittiin samankaltaisuuksia. Samankaltaiset ilmaisut ryhmiteltiin ja alakategoriat muodostuivat pelkistetyistä ilmaisuista. Seuraavaksi ryhmiteltiin alakategoriat, joista saatiin muodostettua yläkategoriat. Yhdistävä tekijä saatiin ryhmittelemällä yläkategoriat. Kuviossa 2 on esimerkki opinnäytetyön analyysin etenemisestä.



Kuvio 2. Esimerkki opinnäytetyön analyysin etenemisestä

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa käydään läpi tarkemmin tutkimuksesta saatuja tuloksia. Kuvioiden avulla pyritään selkeyttämään, miten aineisto on saatu.

5.1 Palliatiivinen hoitotyö

Yhdistäväksi tekijäksi nousi hoitajien käsitys palliatiivisesta hoitotyöstä, joka muodostui alakategorioista ja yläkategorioista. Alakategorioita muodostui yhteensä viisi: asukkaan parantumaton ja etenevä sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa, asukkaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoivaa ja hoitoa, omaisten tukemista huomioiden omaisten toiveet, loppuelämän turvallinen ja mahdollisimman hyvä elämä sairauden kanssa sekä asukkaan oirelähtöistä hoitoa ja hoivaa huomioiden asukkaan toiveet. Yläkategorioita näistä muodostui kaksi: asukkaan yksilöllinen ja kokonaisvaltainen, sekä oireenmukainen palliatiivinen hoito ja asukkaan omaisten huomioiminen ja tukeminen palliatiivisen hoidon aikana. Kuviossa 3 on esitetty, miten yhdistävä tekijä on muodostunut ala- ja yläkategorioista.



Kuvio 3. Palliatiivinen hoitotyö

Vastaajat pitivät tärkeänä, että jokainen asukkaan hoitotyöhön osallistuva tiedostaa sen, mitä on palliatiivinen hoitotyö ja miten laajasta kokonaisuudesta on kyse. Osa vastaajista koki, että palliatiivisen hoidon ja saattohoidon välinen raja oli häilyvä ja hankalasti erotettavissa toisistaan. Osa vastaajista taas puolestaan koki, että saattohoidon ja palliatiivisen hoidon ero on hyvin selvä. Tätä he perustelivat muun muassa palliatiivisen ja saattohoidon keston välisellä erolla.

Asukkaan parantumaton ja etenevä sairaus, johon ei ole parantavaa hoitoa. Vastaajat kuvasivat, että parantumattomasta ja etenevästä sairaudesta huolimatta asukas voi elää hyvää elämää. He korostivat myös toivon merkitystä, joka auttaa asukasta ja hänen läheisiään jaksamaan. Vastaajat kokivat haasteelliseksi asukkaan viivästyneet palliatiivisen hoidon linjaukset.

Asukkaan aktiivinen ja kokonaisvaltainen hoiva ja hoito. Vastaajien mielestä asukkaan palliatiivinen hoito on aktiivista hoitoa, hoidon rajaukset huomioiden, asukkaan ja hänen läheistensä toiveiden mukaisesti. He kuvasivat myös, miten asukas itse tai omaiset saattavat olettaa, että palliatiivisessa hoidossa niin sanotusti kaikki hoito lopetetaan.

Asukkaan hoito ja hoiva huomioiden asukkaan toiveet ja oireenmukainen hoito
Vastaajat toivat esiin, että palliatiivinen hoito on oirelähtöistä hoitoa, jolla helpotetaan kipua ja kärsimystä. Varsinkinkin asianmukainen kivunhoito nousi esiin ja siinä sekä lääkkeettömät että lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät. Asukkaiden toiveiden kartoittaminen koettiin ajoittain haasteelliseksi, koska asukkaat ovat muistisairaita.

Asukkaan omaisten huomioiminen ja tukeminen palliatiivisen hoidon aikana. Vastaajat kuvasivat, että omaisten asianmukainen ja selkokieline tiedonsaanti auttaa omaisia omaksumaan asukkaan tilanteen ja he pystyvät paremmin olemaan mukana asukkaan hoidossa. Vastaajat pitivät myös tärkeänä, että asukkaan omaisia kuullaan ja heitä arvostetaan sekä tuetaan. Omaisilta saatu tieto esimerkiksi asukkaan mieltymyksistä ja toiveista sekä kipukokemuksista koettiin tärkeäksi. Osa vastaajista koki omaisten tukemisessa ja toiveiden huomioon ottamisessa haasteelliseksi omaisten vähäisen osallistumisen tai yhteydenpidon asukkaan hoitoon liittyen.

Loppuelämän turvallinen ja mahdollisimman hyvä elämä sairauden kanssa. Vastaajat kuvasivat, miten hyvän elämänlaadun tukeminen ja turvalliseksi koettu ympäristö tukevat asukkaan ja hänen läheistensä sekä sisäistä- että ulkoista turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta hoitoon. Ulkoista turvallisuuden tunnetta vastaajat kuvasivat fyysiseen toimintaympäristöön liittyen ja sisäistä turvallisuuden tunnetta muun muassa läsnäolon ja ajan antamisen kautta.

”Loppuelämää turvaavaa hoitoa. Palliatiivinen hoitohan voi periaatteessa kestää montakin vuotta. Ja mennään asukkaan toiveiden mukaan ja tietenkin omaisten toiveet huomioidaan.”

” Että on turvallinen olo parantumattomasta sairaudesta huolimatta”

5.2 Palliatiivinen hoitolinjaus ja hoitotahto

Toiseksi yhdistäväksi tekijäksi tässä tutkimuksessa nousi palliatiivinen hoitolinjaus ja hoitotahto. Yhdistävä tekijä muodostui viidestä alakategoriasta ja kahdesta yläkategoriasta. Alakategorioita ovat ennakointi ja tieto siitä, miten sairauden edetessä toimitaan, hoitajan toiminnan selkeyttäminen, palliatiivisen hoitolinjauksen mukaiset hoidon rajaukset, läheisten informointi ja heidän saamansa tiedon omaksuminen sekä asukkaan ja läheisten toiveet. Yläkategorioita ovat hoitajan työn selkiyttäminen ja, se, että hänen läheisensä saavat asianmukaista hoitoa ja tukea. Kuviossa 4 on esitetty, miten yhdistävä tekijä on muodostunut ala- ja yläkategorioista.



Kuvio 4. Palliatiivinen hoitolinjaus ja hoitotahto

Vastaajat pitivät tärkeänä palliativista hoitolinjausta ja hoitotahtoa. Vastaajien mukaan ne luovat suuntaviivat sille, miten juuri tätä asukasta hoidetaan sairauden edetessä ja tilanteiden muuttuessa. Vastaajat kokivat, että edellä mainitut asiakirjat selkeyttävät hoitajan toimintaa ja auttavat omaisia omaksumaan tilanteen.

Ennakointi ja tieto siitä, miten asukkaan sairauden edetessä toimitaan. Vastaajat kokivat, että palliativinen hoitolinjaus selkeyttää kaikille asukkaan hoitoon osallistujille, miten toimitaan silloin, kun sairaus etenee ja asukkaan toimintakyky heikenee. Tämän koettiin myös selkeyttävän toimintatapoja, kun mietitään esimerkiksi asukkaan siirtämistä vuodeosastolle tai päivystykseen.

”Miten toimitaan, jos tulee akuuttitilanne. Turha hötkyily ja hätäntyminen jää pois ja samoin ylimääräiset siirrot toiseen yksikköön.”

”Mitä tehdään erilaisten asioiden kanssa, miten asukasta hoidetaan, siirretäänkö toiseen yksikköön, annetaanko esim. iv hoitoja, antibiootteja, laitetaanko nenämahaletku tai jotain muuta?”

Hoitajan toiminnan selkeyttäminen. Vastaajat kokivat, että ajoissa tehdyt palliativiset hoidon linjaukset selkeyttävät hoitajan työtä ja asukas saa asianmukaista hoitoa ja omaiset tietoa sekä tukea. Puutteelliset tai kokonaan puuttuvat palliativisen hoidon linjaukset koettiin hoitajan työn näkökulmasta haasteelliseksi, koska tällöin hoitaja aikaa kuluu asioiden selvittelyyn sen sijaan että pääsisi heti hoitamaan asukasta. Vastaajat kertoivat myös, että puuttuvat linjaukset saattavat heikentää hoidon laatua.

Palliativisen hoitolinjauksen mukaiset hoidon rajaukset. Vastaajat painottivat hoidon rajauksia, joita noudattamalla säästetään asukasta turhailta kärsimykseltä, kuten esimerkiksi ylimääräisiltä tutkimuksilta tai kipua aiheuttavilta injektioilta. He myös kokivat, että selkeät hoidon linjaukset ovat apuna, kun hoidon linjauksista

keskustellaan asukkaan omaisten kanssa. Osa vastaajista totesi, että omaiset esittävät toisinaan epärealistisia toiveita hoitoon liittyen ymmärtämättä, miksi näihin toimenpiteisiin ei enää ryhdytä.

”Nuo hoidon rajaukset on tärkeitä, jottei tuu niitä turhia juttuja, jotka ei johda mihinkää”

”Joskus tuntuu siltä, että pitkälle edenneessä sairaudessa asukkaasta pitäis eri toimenpiteiden avulla saada kuntoutettua -----”

”Jossei muuta niin omaiset vaatii käyntiä keskussairaalassa”

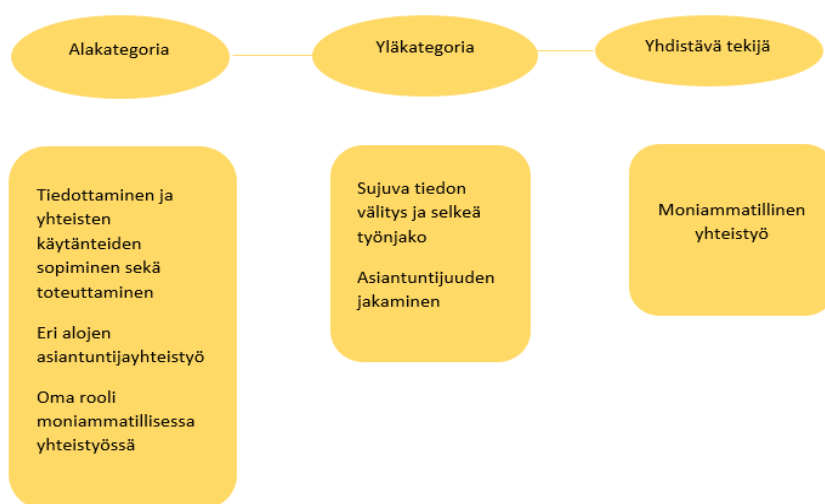
Läheisten informointi ja heidän saamansa tiedon omaksuminen. Vastaajien mielestä ei voi liikaa korostaa omaisten asemaa. He kokevat, että läheisenkin on helpompaa ymmärtää ja hyväksyä tilanne, kun palliatiivinen hoitolinjaus ja hoidon rajaukset ovat selkeitä. Selkeiden hoidon rajausten perusteella vastaajat kokevat helpommaksi selittää asioita asukkaan läheisille. Vastaajat kokivat myös, että näin toimien on helpompaa varmistaa, miten omaiset ovat tiedon omaksuneet ja tarvittaessa kerrataan asioita. Vastaajat kokivat myös, että läheisten informointi lisää luottamusta hoitoon.

”Joku omainen sanoi, että kiva ku selvität asioita, vaikka en mä niistä mitään ymmärrä. Mä luotan siihen, että te tiedätte ja hyvä niin”

Asukkaan ja läheisten toiveet. Kaikkien vastaajien vastauksissa tuli esiin asukkaiden ja heidän läheistensä toiveiden huomioiminen. Vastaajat kokivat, että heidän toiveidensa huomioiminen ja mahdollisuuksien mukaan toteuttaminen lisää luottamusta hoitoon ja kokemukseen, että myös heidät on kuultu ja huomioitu. Vastaajat kokivat, että näin toimien muun muassa sairauden hankalimmissakin vaiheissa yhteistyö on sujuvaa.

5.3 Moniammatillinen yhteistyö

Kolmas yhdistävä tekijä on moniammatillinen yhteistyö. Yhdistävä tekijä muodostui kolmesta alakategoriasta ja yhdestä yläkategoriasta. Alakategorioita ovat tiedottaminen ja yhteisten käytänteiden sopiminen sekä toteuttaminen, eri alojen asiantuntijayhteistyö ja oma rooli moniammatillisessa yhteistyössä. Yläkategoriaksi muodostui sujuva tiedon välitys ja selkeä työnjako. Kuviossa 5 esitetään, miten yhdistävä tekijä on muodostunut ala- ja yläkategoriosta.



Kuvio 5. Moniammatillinen yhteistyö

Vastaajat pitivät moniammatillista yhteistyötä asukkaan palliatiivisen hoidon perustana. Tiedonkulku sekä yhteisten käytänteiden sopiminen ja niiden toteuttaminen koettiin myös osaksi asukasturvallisuutta ja hoidon laatua. Eri alojen asiantuntijayhteistyö sekä hoitajan oma rooli korostuivat vastaajien vastauksissa. Asiantuntijayhteistyön osalta toivottiin tiiviimpää yhteistyötä ja oma toiminta osana moniammatillista tiimiä koettiin rajallisena muun muassa kiireen vuoksi.

Tiedottaminen ja yhteisten käytänteiden sopiminen sekä toteuttaminen. Vastaajat katsoivat tiedottamisen ja tiedonkulun olevan tärkeää, mutta toteutuminen varsin haastavaa. Samoin vastaajat katsoivat yhteisten käytänteiden sekä niiden toteut-

tamisen olevan iso osa moniammatillista yhteistyötä. Vastaajat kokivat muun muassa, että tieto palliatiivisesta hoitolinjauksesta ei aina tavoita kaikkia. Myös yhteisten käytänteiden toteuttamisen koettiin olevan ajoittain haasteellista.

Eri alojen asiantuntijayhteistyö. Vastaajat kuvasivat, että kaikki asukkaan hoitotyöhön osallistuvat lääkärit, hoitajat, laitoshuoltajat, ravitsemushenkilöt sekä eri palveluiden tuottajat ja tietenkin asukkaan omaiset ovat asiantuntijayhteisöä. Tämän toteutuminen koettiin ajoittain haastavaksi ja esimerkiksi palliatiivisen yksikön konsultointi koettiin vähäiseksi. Osa vastaajista koki, että etälääkäripalvelut eivät aina tue moniammatillista yhteistyötä. Vastaajat kaipasivat enemmän myös hengellisen työn tekijää.

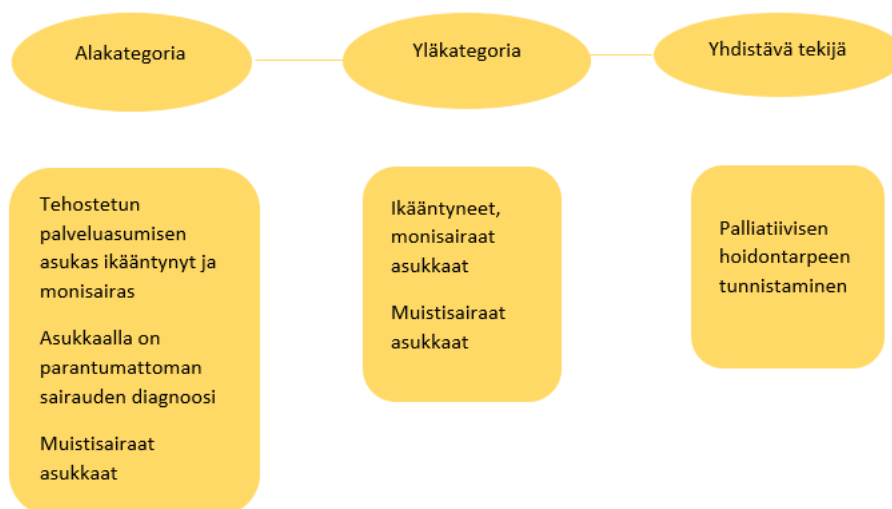
Oma rooli moniammatillisessa yhteistyössä. Vastaajien mukaan he kokivat oman roolinsa moniammatillisessa yhteistyössä olevan tiedottaja, raportoija ja asukkaan tilan seuraaja. Näiden kuvattiin sisältävän asukkaan tilan ja toimintakyvyn havainnointia ja seuraamista, kirjauksia asukastietojärjestelmään, lääkärille raportointia ja määräysten toteuttamista sekä asukkaan ja hänen läheistensä tiedottamista.

”No mun rooli, on enemmänki sellainen, että seuraan sen asukkaan oireita, reaktioita, kuinka vastaa hoitoihin ja olen yhteyslinkkinä lääkärin ja omaisten välillä. Ja tietysti kirjaan lääkärin määräykset”

”Aika paljon se on sitä, että oon mukana lääkärinkierrolla ja kerron asukkaan omaisille mitä lääkäri on sanonu ja yritän sitä sitten selvittää heille”

5.4 Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen

Neljäs yhdistävä tekijä on palliatiivisen hoidontarpeen tunnistaminen. Yhdistävä tekijä muodostui kolmesta alakategoriasta ja yhdestä yläkategoriasta. Alakategorioita ovat Tehostetun palveluasumisen asukas ikääntynyt ja monisairas, asukkaalla on parantumattoman sairauden diagnoosi ja muistisairaat asukkaat. Yläkategoriaksi muodostui ikääntyneet ja monisairaat asukkaat. Kuviossa 6 on esitetty, miten yhdistävä tekijä on muodostunut ala- ja yläkategorioista.



Kuvio 6. Palliativisen hoidontarpeen tunnistaminen

Vastaajat kokivat, että palliativisen hoidon tarpeen tunnistaminen on tärkeää mutta samalla myös kovin haasteellista. He kuvasivat, että selkeä palliativinen linjaus on syöpäsairaalla asukkaalla mutta esimerkiksi pitkään tehostetussa palveluasumisessa olevalla asukkaalla on haasteellista tunnistaa varsinainen palliativinen hoito. Vastaajat mainitsivat erityisesti muistisairaana palliativisen hoitolinjauksen ajankohdan haasteellisuuden.

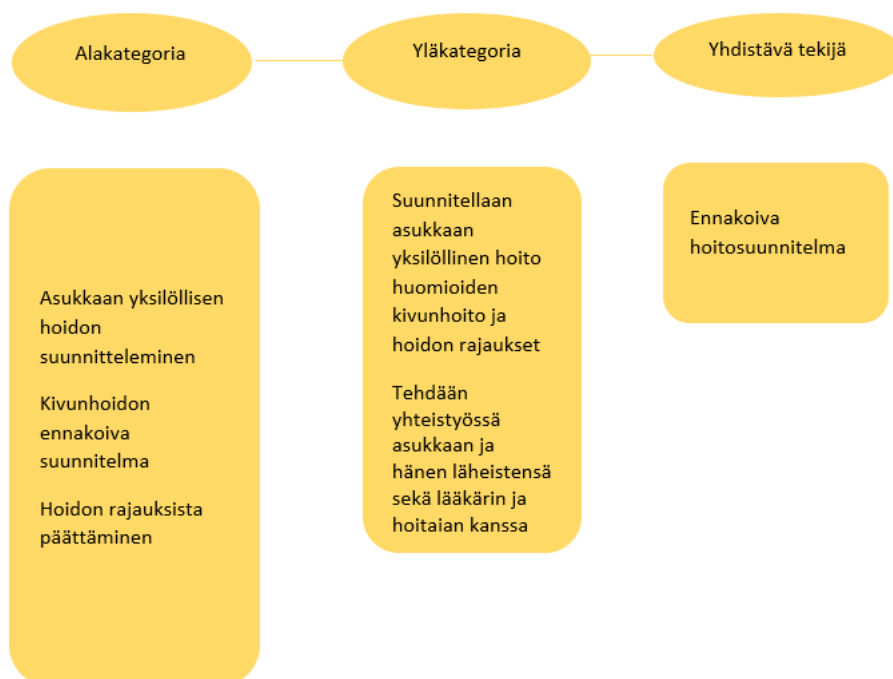
Tehostettuun palveluasumisen asukas on ikääntynyt ja monisairas. Vastaajat kuvasivat tehostetun palveluasumisen asukasta jo lähtökohtaisesti ikääntyneeksi ja monisairaaksi sekä hoitoisuudeltaan vaativa, koska tehostettuun palveluasumiseen pääsemiseksi kriteerit ovat tiukat. Vastaajat kokivat myös haasteelliseksi vuoroahoitoasiakkaiden hoitolinjausten toteutumisen viitaten tiedonkulkuun.

Asukkaalla on parantumattoman sairauden diagnoosi. Vastaajien mukaan osalla tehostetun palveluasumisen asukkaista on jo tulovaiheessa parantumaton sairaus ja sen mukainen hoitolinjaus. Tällöin vastaajat kokivat asukkaan hoidon olevan selkeämpää.

Muistisairaat asukkaat. Vastaajien mukaan suurin osa asukkaista on muistisairaita. Muistisairaiden asukkaiden kohdalla vastaajat totesivat palliatiivisen hoitolinjauksen ajankohdan olevan haasteellinen. Erityisesti he mainitsivat omatoimisesti liikkuvat muistisairaat ja miten heidän kohdallaan palliatiivisen hoidon linjaustarvetta arvioidaan.

5.5 Ennakoiva hoitosuunnitelma

Viides yhdistävä tekijä on ennakoiva hoitosuunnitelma. Yhdistävä tekijä muodostui kolmesta alakategoriasta ja kahdesta yläkategoriasta. Alakategorioita ovat asukkaan yksilöllisen hoidon suunnitteleminen, kivunhoidon ennakoiva suunnitelma ja hoidon rajauksista päättäminen. Yläkategorioiksi muodostuivat asukkaan yksilöllisen hoidon suunnittelu huomioiden kivunhoito ja hoidon rajaukset, suunnitelman tekeminen yhteistyössä asukkaan ja hänen läheistensä sekä lääkärin ja hoitajan kanssa. Kuviossa 7 on esitetty, miten yhdistävä tekijä on muodostunut ala- ja yläkategorioista.



Kuvio 7. Ennakoiva hoitosuunnitelma

Vastaajat pitivät ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tärkeänä mutta käytännössä hie-
man puutteellisesti toteutettuna. Varsinaista ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ei ole
käytössä, mutta vastaajat kertoivat asukkaan hoitosuunnitelman sisältävän enna-
koivan hoitosuunnitelman tietoja. Ennakoivan hoitosuunnitelman sisältöä vastaa-
jat kuvasivat asukkaan yksilöllisyyden, kivunhoidon sekä hoidon rajausten näkö-
kulmasta.

Asukkaan yksilöllisen hoidon suunnitteleminen. Vastaajien mukaan asukkaan yksi-
öllinen hoito suunnitellaan hyvinvointikeskustelun yhteydessä, kun asukas tulee
tehostetun palveluasumisen piiriin. Vastaajat kuvaavat jo pidempään tehoste-
tussa palveluasumisessa olevien asukkaiden hoitosuunnitelmia tarkistettavan
sekä säännöllisesti että tarpeen mukaan. Vastaajien kertoman mukaan asukkaan
hoitosuunnitelman päivittämiseen osallistuvat hoitaja ja mahdollisesti myös asu-
kas ja hänen omaisensa. Tätä edeltävät lääkärin määräykset ja päätökset, joihin
asukkaan hoitosuunnitelma osittain perustuu.

Kivunhoidon ennakoiva suunnitelma. Vastaajien mukaan varsinaista kivunhoidon
ennakoivaa suunnitelmaa ei ole käytössä vaan myös kivun hoito sisällytetään asu-
kaan hoitosuunnitelmaan. Vastaajat kuvaavat kivunhoidon toteutuvan pääsään-
teisesti hyvin mutta ajoittain saattaa olla tilanteita, joissa asukkaalla ilmenee äkil-
lisesti kova kipu, johon ei ole tarvittavaa lääkettä valmiina olemassa.

*”Ei meillä varsinaisesti oo niin kuin kivunhoidon ennakoivaa suunnitelmaa
mutta toki kipu pyritään ennakoimaan ja tarvittavia lisälääkkeitä lääkäriltä
pyydetään. Ja hyvin niitä on saatu”*

*”Aika hyvin tuo ennakoonti onnistuu, joskus voi olla tilanne, että parempaa
tai lisäkipulääkettä pitää syystä tai toisesta odotella. Tietysti tuo sunni-
telma olis hyvä olla”*

Hoidon rajauksista päättäminen. Hoidon rajauksista päättämisen vastaajat kuvaa-
vat todella tärkeiksi. Vastaajat kokivat, että selkeät hoidon rajaukset tukevat heitä

työssään ja edesauttavat asukkaan arvokasta loppuelämää. Hoidon rajoitusten koettiin myös olevan tärkeitä, kun asukkaan voinnista keskustellaan omaisten kanssa.

5.6 Eri sairauksien oirehoito

Kuudes yhdistävä tekijä on eri sairauksien oirehoito. Yhdistävä tekijä muodostui kuudesta alakategoriasta ja kahdesta yläkategoriasta. Alakategoriat ovat kaikkien sairauksien kivunhoito, munuais- ja keuhkosairauksien oirehoito, hoitajan toteuttama vahvempien kipulääkkeiden antaminen, levottomuuden, tuskaisuuden ja ahdistuneisuuden lievittäminen, lääkkeetön oirehoito. Yläkategorioita ovat lääkkeellinen oirehoito ja lääkkeetön oirehoito. Kuviossa 8 on esitetty, miten yhdistävä tekijä on muodostunut ala- ja yläkategorioista.



Kuvio 8. Eri sairauksien oirehoito

Tuloksissa tuli esiin, että vastaajat kokivat eri palliativisten sairauksien oirehoidon olevan erittäin tärkeää. Keskeisenä osana oirehoitoa vastaajat nostivat esiin kaik-

kien sairauksien lääkkeellisen kivunhoidon. Tässä yhteydessä nousi myös esiin hoitajan toiminta, kun kyseessä olivat vahvemmat kipulääkkeet. Yksittäisistä sairauksista tuloksissa nousivat esiin munuais- ja keuhkosairauksien oirehoito. Vastaajien mukaan asukkaan levottomuuden, tuskaisuuden ja ahdistuneisuuden lievittäminen tärkeä osa oirehoitoa. Yksittäisinä parantumattomien sairauksien oireina vastaajat kuvasivat pahoinvoinnin ja ruokahalun muutokset. Vastaajat myös kuvasivat, miten he hyödyntävät lääkkeettömiä oirehoidon keinoja.

”En varsinaisesti oo eritelly mikä parantumaton sairaus on kysees. Kaikkia oon hoitanu oireen mukaasesti”

Kaikkien sairauksien kivunhoito. Vastauksissa korostui kaikkien sairauksien kokonaisvaltainen kivunhoito. Kipua vastaajat kertoivat kartoittavansa asukkaalta kysymällä ja havainnoimalla muun muassa asukkaan eleitä ja ilmeitä. Myös asukkaan reagointia kosketukseen ja hoitotoimenpiteisiin havainnoitiin. Vastaajat myös toivat esiin toiveensa erilaisten kipumittareiden laajemmasta käyttämisestä.

Hoitajan toteuttama vahvempien kipulääkkeiden antaminen. Vastaajat kuvasivat vahvempien kipulääkkeiden antamisen asukkaalle hoitajan toimesta ja määräysten mukaisesti toimivan pääsääntöisesti hyvin. Vastaajat myös kertoivat, että hoitajat ovat yhtä mieltä siitä, että asukkaan ei tarvitse tuntea kipua. Kaikkien vastaajien mielestä hoitajien tulisi joissain tilanteissa rohkeammin antaa määräysten mukaisia lisäannoksia sekä tarvittavia kipulääkkeitä. Vastaajat myös totesivat, että tämä on asia, josta täytyy edelleen yksikössä puhua.

”Se voi olla et sitä pitää niinku lisätä ja toiset on rohkeampia antamaan, ku toiset”

”voisko meillä vähä rohkeammin sitä kumminkin antaa sitä kipulääkettä”

”luulen että meidän pitää vähä varmaan tästä vielä keskustella, että täällä nyt vaan rohkeasti annetaan sillon, ku on tarve”

”se on vähä hoitajakohtainen, että kuka antaa helpommin tai vähemmän helpommin”

Munuais- ja keuhkosairauksien oirehoito. Vastaajat totesivat, että esimerkiksi asukkaita, joilla olisi pitkälle edennyt munuaissairaus, kohdataan harvoin, mutta silloinkin täytyy tietää mitä ja miten hoidetaan. Tämä tuo vastaajien mielestä lisähaastetta harvemmin esiintyvien sairauksien oirehoitoon. Munuaissairauksien oirehoitoina vastaajat kuvasivat muun muassa ruokavaliorajoitteet, nestetasapainon seurannan, hemoglobiinin sekä verenpaineen seurannan. Vastaajien mukaan keuhkosairauksien oirehoito on myös haasteellista, ja he viittasivat muun muassa tarvittaviin välineisiin ja laitteisiin. Oirehoitona vastaajat kuvasivat hengenahdistuksen helpottamisen sekä yskän lievittämisen lääkkeellisin ja lääkkeettömin keinoin.

Levottomuuden, tuskaisuuden ja ahdistuneisuuden lievittäminen. Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että monet parantumattomasti sairaat asukkaat kärsivät levottomuudesta, tuskaisuudesta sekä ahdistuneisuudesta. Vastaajien mukaan nämä oireet ovat ajoittain haasteellisia sekä asukkaan itsensä, omaisten että hoitajien näkökulmasta. Osa vastaajista koki ajoittain riittämättömyyttä vastata edellä mainittuihin oireisiin. Riittämättömyyden tunnetta osassa vastaajista aiheutti ajanpuute. He kokivat, että pitäisi olla enemmän aikaa pysähtyä asukkaan äärelle ja syventyä asukkaan tunnetilaan ja kokemuksiin. Vastausten perusteella myös levottomuuden, tuskaisuuden ja ahdistuneisuuden lievittäminen koettiin liian usein hoidettavan lääkkeellisin hoitokeinoin.

Lääkkeetön oirehoito. Lääkkeettömiä oirehoitokeinoja vastaajat kuvaavat käytettävän vaihtelevasti. Osa vastaajista totesi, että enemmän lääkkeettömiä hoitokeinoja voisi hyödyntää. Oirehoidon lääkkeettömiksi hoitokeinoiksi vastaajat nimesivät muun muassa asentohoidon, erilaiset liikehoidot, kylmä- ja lämminpussit, läsnäolon, keskustelun, kosketuksen ja pienimuotoisen hieronnan.

” Sitte valaistus, lämpö, pelkkä läsnäolokin joskus auttaa ja keskusteleminen ja koskettaminen kun vaan on aikaa”

”olen hieronut sieltä niinku nilkoista ylähäpäin se oli vähä niinku helpottanut sitä turvotusta ja kipuakin sitten”

”ihan läsnäolo, seurustelu, että se ihminen huomataan”

5.7 Muistisairaahan palliatiivinen hoito

Seitsemäs yhdistävä tekijä on muistisairaahan palliatiivinen hoito. Yhdistävä tekijä muodostui neljästä alakategoriasta ja kahdesta yläkategoriasta. Alakategoriat ovat ruokahalun muutokset ja nielemisvaikeudet, muistisairaahan asukkaan persoonan ja elämänkaaren ja tunteminen, kivun tunnistaminen, kun muistisairas ei kykene itse sanallisesti kertomaan kivusta ja agitaation lisääntyminen muistisairauden edetessä. Yläkategorioiksi muodostuivat asukaslähtöisesti asukkaan kaikista päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen sekä niissä tukeminen ja kivun tunnistaminen. Kuviossa 9 esitetään, miten yhdistävä tekijä on muodostunut ala- ja yläkategorioista.



Kuvio 9. Muistisairaahan palliatiivinen hoito

Vastaajat kokivat haasteelliseksi sen, milloin muistisairaahan asukkaan toimintakyky edellyttäisi palliatiivista hoitolinjausta. Vastaajat pitivät tärkeänä sitä, että jokainen muistisairaahan asukkaan hoitoon osallistuva tuntee asukkaan ihmisenä, omine tapoineen ja tottumuksineen sekä elämänvaiheineen. Vastaajat myös kertoivat, miten ravitsemuksesta huolehtiminen on ajoittain haasteellista, kun muistisairas asukas kieltäytyy syömästä. Vastaajat mainitsivat myös muistisairauden edetessä esiintyvät tulevat nielemisvaikeudet. Kaikki vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että muistisairaahan kivun tunnistaminen on iso haaste. Myös lisääntyvä agitaatio koettiin haasteeksi muistisairaahan palliatiiviselle hoitotyölle.

Muistisairaahan asukkaan persoonan ja elämänkaaren tunteminen. Vastaajat kokivat isoksi avuksi muistisairaahan asukkaan persoonan, omien tapojen ja tottumusten tuntemisen. Muistisairaahan asukkaan eletyn elämän tunteminen jäi joissain tapauksissa hataraksi. Syyksi vastaajat kertoivat asukkaan muistisairauden vaiheen sekä omaisilta saatujen vajavaiset tiedot. Vastaajat kokivat, että edellä mainitut tiedot auttaisivat suuresti muistisairaahan palliatiivisen hoidon hyvään toteutumiseen.

Ruokahalun muutokset ja nielemisvaikeudet. Vastaajat kuvasivat, miten asukkaan muistisairauden eteneminen vaikuttaa myös asukkaan ruokahuuun ja kylläisyyden tunteeseen. Useaan kertaan vastaajat toivat esille muistisairaahan asukkaan nielemisvaikeudet. Vastauksista nousivat esiin ruuan houkuttelevuus ja annosten koko. Osa vastaajista kuvasi esimerkiksi soseutettua ateriaa makujen ja tuoksujen erittelyn vaikeudella. Vastaajien mukaan nielemisvaikeudet otetaan huomioon. Tämä näkyi esimerkiksi isojen tablettimuotoisten lääkevalmisteiden vaihtaminen mahdollisuuksien mukaan toiseen lääkemuotoon.

Kivun tunnistaminen, kun muistisairas ei kykene itse sanallisesti ketomaan kivusta. Vastaajat kokivat isoksi haasteeksi muistisairaahan asukkaan kivun tunnistamisen. Vastaajat kertoivat, että tutun asukkaan kohdalla he hyödyntävät asukkaan havainnointia kuten esimerkiksi eleitä, ilmeitä, kehonkieltä sekä hoitotoimenpiteiden yhteydessä kosketusarkuutta. Vastaajat kertoivat myös omaisilta saadun tiedon isoksi avuksi. Osa vastaajista kertoi, että pitäisi hyödyntää enemmän erilaisia kipumittareita.

”Se kivun tunnistaminen... jos ei asukas välttämättä osaa sitä kipua itte tuoda esille ja semmonen levoton, niin kyllä mä sitte annan sitä kipulääkettä”

”Justiin silmät ja pupillit ja sykkeet ja eleet ja... niitä pystyy aika pitkälti niitä tulkittamaan, että mikä on tilanne meneillään ja aiemmin niitä, mitä omaiset on kertonu”

”Enemmän sais olla näitä kaiken maailman kipuasteikkoja koska niitäki on ja näitä tälläisiä, niitä on, ku olis käytettäväs mutta meillä nyt ei tarpeeksi hyödynnetä”

Agitaation lisääntyminen muistisairauden edetessä. Vastaajat kuvailivat muistisairaahan käyttäytymistä kuvaavaksi toiminnaksi muun muassa sanallisen tai fyysisen aggressiivisuuden, levottomuuden sekä ahdistuneisuuden. Osa vastaajista pohti edellä mainittujen oireiden liittymistä kipuun. Osa vastaajista myös pohti, liittyykö edellä mainittu käyttäytyminen yksinäisyyden tunteesta.

”onko se levottomuus kipua vai mitä se on, että siihen niinku yrittää tuumata, että mikä siihen auttais”.

”vaikka hoitajat on paikalla koko ajan niin varmaan ne asukkaat kaipaa niitä omaisia ja tuloo se yksinäisyyden tunne”.

6 POHDINTA

Tässä kappaleessa pohditaan tutkimuksen keskeisiä tuloksia tutkimuskysymyksittäin, tutkimuksen etiikkaa ja luotettavuutta, tutkimusprosessia sekä mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

6.1 Tutkimustulosten pohdinta tutkimuskysymyksittäin

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan tutkimustuloksia tutkimuskysymyksittäin. Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä haettiin vastausta, millainen käsitys vastaajilla on palliatiivisesta hoitotyöstä. Teemoiksi valittiin palliatiivinen hoitotyö, palliatiivinen hoitolinjaus ja hoitotahto sekä moniammatillinen yhteistyö. Toinen tutkimuskysymys kartoitti hoitajien kokemusta palliatiivisen hoitotyön toteutumisesta. Tätä vastaajat kuvasivat teemoilla palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen, enakoiva hoitosuunnitelma, eri sairauksien oirehoito sekä muistisairaana palliatiivinen hoito.

Haastateltavat kuvasivat palliatiivista hoitotyötä parantumattomasti sairaan asukkaan yksilölliseksi ja kokonaisvaltaiseksi sekä oireenmukaiseksi hoitotyöksi, jossa otetaan huomioon myös omaiset ja heidän tukemisensa. (Vrt. Saarto 2018.) Vastaajat toivat myös esiin sen, miten palliatiivisella hoidolla pyritään ylläpitämään mahdollisimman mielekästä elämää sekä auttamaan tilanteeseen sopeutumisessa. (Vrt. STM 2017.) Vastauksissa nousi esiin myös oirehoito ja erityisesti kivunhoito ja sen haasteellisuus, kun kyseessä on muistisairas asukas. Käypähoitosuosituksen (2019) mukaan muistisairaana kipua tulee arvioida aktiivisesti erilaisia menetelmiä hyödyntäen (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Nämä kuvaukset saivat tukea tässä opinnäytetyössä esitettyihin lähdeaineistoihin viitaten.

Palliatiivisen hoitolinjauksen ja hoitotahdon vastaajat kuvasivat olevan tärkeitä sekä asukkaan että hänen omaistensa asianmukaisen hoidon ja tiedonsaannin näkökulmasta. Asianmukaisten linjausten myös koettiin selkeyttävän hoitajien työtä.

Käypähoito-suosituksen (2019) mukaan hoitolinjaus on myös hoitolupaus, jonka mukaista hoitoa potilaalle tarjotaan (Palliativinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019). Vastauksista tuli myös esiin, että palliativiset hoitolinjaukset saattavat puuttua kokonaan tai sitten olla kovin kapea-alaisia. STM:n (2017) mukaan elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelun perustana on oikea-aikaisesti puheeksi otettu palliativinen hoito yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (STM 2017.) Vastaajat kokivat ajoittain haasteelliseksi oikea-aikaisten hoitolinjausten laatimisen muun muassa siitä syystä, että lääkäripalvelut ovat etäpalveluina. Myös palliativiseen hoitoon siirtymisen ajankohdan koettiin olevan ajoittain haasteellista. (Vrt. STM 2017). Vastaajat kertoivat, että suurimmalta osalta asukkaista puuttuu hoitotahto. Asukkaan tullessa tehostetun palveluasumisen piiriin hänen kaikinainen toimintakykynsä on jo niin matala, että hoitotahtoon tekeminen koetaan haasteelliseksi. Hoitotahto on tärkeä osa hoitosuunnitelmaa (Valvira, 2019, Palliativinen hoito ja saattohoito: käypä hoito -suositus, 2019.)

Moniammatillinen yhteistyö on Sandströmin ym. (2018) mukaan yhteisen käsityksen rakentamista asiakkaan kaikista tarpeista, ja korostavat jokaisen osallistujan oman osaamisen ja alansa ymmärryksen tuomista asiakkaan hoidon hyväksi, mukaan lukien ammatillisten rajojen ylittäminen. (Sandström ym. 2018.) Vastauksista nousi esiin moniammatillisen yhteistyön merkitys, mutta samalla vastaajat toivat ilmi huolensa tiedonkulun haasteista. Vastaajat kuvasivat omaa rooliaan varsin kapea-alaiseksi. Myöskin alueellisen palliativisen yksikön konsultointi jää vähäiseksi tai puuttuu kokonaan. STM:n (2019) mukaan palliativisen hoidon tai saattohoidon tarpeen tunnistaminen on kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamiseen kuuluva osaaminen (STM 2019, 17.)

Vastaajat kokivat palliativisen hoidon tarpeen tunnistamisen ajoittain haasteelliseksi, mutta tärkeäksi. Palliativisen hoidon tai saattohoidon tarpeen tunnistaminen on kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamiseen kuuluva osaamista. Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden pitää hallita perusta-

son hoito, myös oirehoito sekä huolenpito kuolevasta ihmisestä ja hänen läheisistään. Tähän kuuluu myös aatteiden mukainen henkisten tarpeiden arviointi. (STM 2017.) Vastaajat toivat esiin, että tehostetun palveluasumisen asukkaan ovat ikääntyneitä ja monisairaita. Hoidontarpeen tunnistamista hankaloittaa myös asukkaan muistisairaus: milloin ja millä kriteereillä asukkaalle tehdään palliatiivinen hoidon linjaus.

Vastaajat pitivät ennakoivaa hoitosuunnitelmaa tärkeänä mutta hieman puutteellisesti käytännössä toteutettuna. Varsinaista ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ei ole käytössä, mutta vastaajat kuvasivat ennakoivan suunnitelman sisältyvän asukkaan hoitosuunnitelmaan. Ennakoivan hoitosuunnitelman sisältöä vastaajat kuvasivat asukkaan yksilöllisyyden, kivunhoidon sekä hoidon rajausten näkökulmasta. Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositukseen mukaan ennakoivassa hoitosuunnitelmassa tulee olla myös määriteltynä vastaava hoitotaho sekä kirjaukset potilaan toiveista ja peloista sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä (Palliatiivinen hoito ja saattohoito: Käypä hoito -suositus 2019).

Eri sairauksien oirehoito on vastaajien mukaan tärkeä osa palliatiivista hoitotyötä. He kuvasivat hyvän kivunhoidon olevan kaikkien oikeus mutta kokivat, että aina kipua ei ole helppo tunnistaa. Myös Heiskanen ym. (2013) kuvaa kipua tavallisimmaksi oireeksi palliatiivisessa hoidossa. Vastaajat kertoivat, että lääkkeellisten hoitokeinojen lisäksi he pyrkivät toteuttamaan myös erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitoja. Myös Paakkarin (2015) mukaan lääkkeettömät kivunhoitokeinot ovat tärkeitä ja Vehviläinen-Julkunen (2004) toteaa, että lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja tulee käyttää aina kun mahdollista. Vastaajat kuvasivat käyttämikseen lääkkeettömiksi kivunhoitokeinoina muun muassa lämpö- ja kylmähoidon erilaisin geeli- ja jyväpussein, läsnäoloa ja kosketuksen.

Muistisairaahan palliatiivinen hoito koettiin vastaajien mukaan ajoittain varsin haasteelliseksi. Heidän mukaansa etenevä muistisairaus jo sinällään tuo haasteita. Palliatiivisen hoidon aloitusvaihe ei vastaajien mukaan aina ole selkeä. Agitaatio, nielemisvaikeudet sekä kivun tunnistaminen oli vastaajien mukaan päivittäisessä

muistisairaahan hoitotyössä esiin tulleita asioita. Myös Finne-Soveri (2015) tuo esiin tutkimuksessa nousseita asioita.

Tutkimustulosten mukaan vastaajilla on hyvä käsitys palliatiivisesta hoitotyöstä ja he toivat esiin myös realistisia kehittämiskohteita. Vastauksista nousi esiin muun muassa palliatiivisen hoidon tietoisuuden lisääminen sekä hoitajille- että asukkailla ja heidän omaisilleen. Oikea-aikaisten hoidon linjausten ja hoitopäätösten tekeminen tulisi saattaa suositusten mukaisiksi. Myös hoitotahdot tulisi olla jokaisella asukkaalla. Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen ja oman roolin selkeyttäminen nousivat myös kehittämiskohteiksi.

Vastausten perusteella palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen koettiin ajoittain haasteelliseksi, varsinkin muistisairaahan asukkaan kohdalla. Tähän toivottiin selkeitä hoitolinjauksia ja ennakoivia hoitosuunnitelmia. Vastaajien mukaan myös ennakoivaan oirehoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja lääkkeettömien oirehoitojen käyttämistä tulisi lisä. Myös kivun tunnistamiseen toivottiin yhtenäisiä toimintatapoja erilaisia mittareita hyödyntäen.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Etiikka pyrkii etsimään vastauksia kysymykseen, mikä on oikein (ETENE 2011, 10). Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019) mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa sekä tutkimuksen tulokset luotettavia, jos tutkimus on suoritettuhuyn tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Myös tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmät tulee olla tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimus suun-

nitellaan ja raportoidaan ja tutkimuksessa syntyneet aineistot tallennetaan tieteellisen tutkimuksen luonteen edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7–13.)

Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja tutkimuksessa oleviin teemoihin sai vastata omien ajatusten mukaisesti. Haastattelun sai keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Tutkimuksesta saatuja tietoja ei missään vaiheessa luovuteta ulkopuolisille, eikä tutkija käytä saatua aineistoa muuhun, kuin tähän tutkimukseen. Tutkimus täytyy myöskin toteuttaa niin, ettei siitä aiheudu minkäänlaisia riskejä tai haittoja tutkimukseen osallistuville ihmisille.

Peruslähtökohtana ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa voidaan pitää luottamusta tutkittavan ja tutkijan välillä. Ihmisarvojen ja oikeuksien kunnioitus lisää tutkijan ja tutkittavien välistä luottamusta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019.)

Tutkimuseettiset ohjeet ohjasivat opinnäytetyön tekijää läpi opinnäytetyö prosessin, kuten esimerkiksi aiheen valinnassa, tarvittavan tutkimusluvan hankkimisessa, menetelmän valinnassa, aineiston hankkimisessa, raportoinnissa. Rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus oli mukana jokaisessa vaiheessa.

Opinnäytetyöntekijä on työskennellyt tutkittavassa yhteisössä opiskeluaikana. Tutkimuseettisen toimikunnan (2019) mukaan on tärkeää, että tutkija perehtyy ennakkoon tutkittavaan yhteisöön ja välttää aiheuttamasta tarpeetonta haittaa tutkittaville ja heidän edustamilleen yhteisöille (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8.)

Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten anottiin Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymältä. Lupa-anomuksessa oli mukana tutkimussuunnitelma, saatekirje ja teemahaastattelun teemat. Tutkimukseen osallistujille kerrottiin etukäteen tutkimuksen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetistä, tutkimuksen tarkoituksesta, to-

teutuksesta ja menetelmästä, tutkimustulosten raportoinnista, sekä mahdollisuudesta kysyä lisätietoja tutkimuksesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8–9.)

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Cuba & Lincoln (1981 ja 1985) mukaan luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Täsmennyksestä, joka on tehty vuonna 1985, puhutaan totuusarvosta, sovellettavuudesta, kiinteydestä ja neutraalisuudesta. Uskottavuus tutkimuksessa vaatii sen, että tutkimuksen tulokset ovat esitetty erittäin selkeästi niin, että lukija ymmärtää analyysin teon prosessin, sekä sen, mitkä ovat vahvuudet ja rajoitukset liittyen tutkimukseen. Siirrettävyys kuvaa sitä, missä määrin tulokset voivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Tutkimuksessa esitetään aitoja, suoria lainauksia haastattelutekstistä. Näin pyritään varmistamaan tehdyn tutkimuksen luotettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Tämän opinnäytetyön vaiheet on kuvattu selkeästi ja tämä on tärkeä asia tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Sisällön analyysi on kuvattu sekä sanallisesti että selkein kuvioin. Teemahaastattelun teemat on mietitty aihevalinnan ja teoriatiedon pohjalta. Teemahaastattelulomakkeet toimitettiin vastaajille hyvissä ajoin etukäteen.

6.4 Opinnäytetyö prosessi

Opinnäytetyön aiheen valinta alkoi muodostumaan opintojen toisena vuotena 2019. Tutkijalla ei ollut vielä tarkkaa ajatusta siitä, miten lähtisi tutkimaan palliatiivista hoitotyötä. Prosessia ja ideaa tutkimuksesta kuitenkin edisti se, että tutkimuksen tekijä oli ollut useasti kesät kesätöissä yksikössä, missä palliatiivinen hoitotyö oli aina enemmän tai vähemmän läsnä hoitotyötä. Kesällä 2020 hoitohenki-

lökunnalle järjestettiin koulutuksia palliatiivisesta hoitotyöstä/saattohoidosta, jolloin aiheen valinta varmistui tutkijalle. Tutkimussuunnitelma valmistui keväällä 2021, sekä tutkimuslupa kohdeorganisaatioilta varmistui.

Opinnäytetyön prosessi oli itsessään hyvin kattava ja opetti tutkimuksen tekijää paljon. Tutkija sai hyvää kokemusta laadullisen tutkimuksen tekemisestä, tieteellisen tiedon hausta, haastattelemisesta, sekä mm. aineiston analysoinnista. Myös tutkija oppi paljon mitä kaikkea vaatii, että tutkija voi saada tutkimusluvan. Tutkimuksen teko oli mielekästä, sillä aihe oli mielenkiintoinen ja tärkeä. Yhteistyö niin opinnäytetyötä ohjaavan opettajan ja kohdeorganisaation välillä oli mutkatonta. Viestittely hoitui lähinnä sähköpostin välityksellä. Tutkimuksen oli tarkoitus olla valmiina 2022- syksyllä. Omat haasteensa kuitenkin tutkimukselle toi Covid -19 pandemia, joka pysäytti hetkellisesti tutkimuksen tekemisen. Tutkimus valmistui keväällä 2022.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin hoitajien kokemuksia palliatiivisen hoidon toteutumisesta tehostetussa palveluasumisesta yksikössä. Esiin tutkimuksessa nousi ajoittain haastavuus tunnistaa palliatiivisen hoidon tarve, etenkin kun suurimmalla osalla asukkaista on muistisairaus ja he ovat monisairaita. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin tutkia, miten tunnistaa muistisairaana palliatiivisen hoidon tarve ajoissa. Tämä opinnäytetyö kohdentui sairaanhoitajien näkemyksiin palliatiivisesta hoitotyöstä. Olisi mielenkiintoista selvittää, miten esimerkiksi lähihoitajat, asukkaat itse tai asukkaiden läheiset kokevat palliatiivisen hoidon toteutumisen.

LÄHTEET

Etene. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Viitattu 5.12.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>

Finne-Soveri, H. (2015). Vanhusten pitkäaikaisen kivun hoito on räätälän ja salapoliiisin sarkaa. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea 2015. Viitattu 3.3.2022 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130102/4_15%2032-35%20Vanhuksen%20pitk%C3%A4aikaisen%20kivun%20hoito.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Halila, R & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto-käytännön ohjeita. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 23.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu. 3.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10822>

Huttunen, M. 2018. Dementia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 31.3.2021

Hänninen, J. (2015). Saattohoitoa kenelle, milloin ja missä? Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitos. Helsingin yliopisto.

Juva, K. 2021. Muistihäiriöt ja dementia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 31.3.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00706>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kokkonen, Paula; Holi, Tarja & Vasantola, Satu. 2004. Hoitotahto. Talentum Oyj.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 2019. Viitattu 3.2.2022. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

L785/1994. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 20.3.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>

L812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 20.3.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

L980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 23.3.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980EX>

L13012014. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 23.3.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P21>

Paakkari, P. 2015. Muistettavia asioita tavallisimmista lääkkeistä. Teoksessa: Saarto, T. Hänninen, J. Vainio, A. Antikainen, R (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

PACE-toimintamalli: Kuusi askelta palliatiivisen hoidon kehittämiseen. Eurooppalainen iäkkäiden elämänloppuvaiheen tutkimus- ja kehittämishanke PACE. 2019. Viitattu 2.2.2022. <https://thl.fi/documents/10531/2018104/PACE-toimintamalli+Kuusi+askelta+palliatiivisen+hoidon+kehitt%C3%A4miseen.pdf/ace7b20c-c35b-4ef7-94f1-ebba332ae8d6>

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Viitattu 20.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Puusa, A., Juuti, P., & Aaltio, I.2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja. Helsinki. Gaudeamus.

Saarto, T. 2015. palliatiivisen hoidon määritelmä. Teoksessa palliatiivinen hoitotyö, 10. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim

Saarto, T. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Teoksessa palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt, 8. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim

Sandström S., Keski-Turunen A., Hassila, L., Aunola, E. & Alahuhta, M. 2018. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. EPOOKI 44/2018. Viitattu.23.3.2021.https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152021/ePooki%2044_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=yeseus.fi

STM 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44, 7. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68, 13–14, 15–17. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sulkava, R. 2016. Muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikkeneminen. Teoksessa Geriatria, 110–114. Toim. Sulkava, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Viitanen, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim

THL 2020. Mitä on palliatiivinen hoito. Viitattu 23.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-palliatiivinen-hoito#ennakoiva>

Talasilahti, T., Vataja, R., Ginters, M. & Koponen, H. Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito. 2019. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu. 3.3.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15228>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. E-kirja. Uudistettu laitos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. Viitattu 9.3.2022.

Tilastokeskus, 2021. Käsitteet. Viitattu 9.3.2022. https://www.stat.fi/meta/kas/kvalit_tutkimus.html

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Viitattu 2.12.2021 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/lhmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf

Valvira 2020(a). Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 3.3.2022. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito

Valvira 2020(b). Kivunhoito. Terveystenhuolto. Viitattu 5.3.2022 <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakehoidon-erityistilanteita/kivun-hoito>

Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2004. Miten arvioida ja hoitaa potilaiden moniulotteista kipua? Otteita kokemuksista, menetelmistä ja etiikasta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 35. Hoitotieteenlaitos. Kuopion yliopisto.

WHO. Palliative care. World Health Organization. Viitattu 2.1.2022 <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

WHO. (5.8.2020.) Palliative care. World Health Organization. Viitattu 2.1.2022 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

LIITTEET

LIITE 1. SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja!

Olen neljännen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta ja olen tekemässä opinnäytetyötä koskien hoitajien käsityksiä palliatiivisessa hoidossa. Näkökulmana on hoitohenkilöstön kokemukset aiheeseen liittyen.

Tutkimus tullaan tekemään kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerätään yksilöhaastatteluilla ja kysymykset ovat teemahaastattelun muodossa. Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu lupa hoitotyön johtajalta [REDACTED]

[REDACTED] Opinnäytetyön ohjaajana toimii Johanna Latvala.

Haastattelut toteutetaan ja tallennetaan Teams sovelluksessa. Sieltä ne puretaan tekstimuotoon. Haastattelun tuloksia käytetään opinnäytetyössä ja tutkimustulosten raportoinnissa. Haastattelu toteutetaan täysin luottamuksellisesti eikä nimenne tule esiin missään opinnäytetyön vaiheessa. Nauhoitetut haastattelut sekä kirjallinen materiaali hävitetään aineiston analysoinnin ja tulosten raportoinnin jälkeen. Haastatteluihin osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voitte keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Lähetän teille haastattelun teemat etukäteen tutustuttavaksi. Haastatteluihin tulee varata aikaa noin yksi tunti. Haastattelut tullaan toteuttamaan tammikuun 2022 aikana ennalta sovittuna aikana. Jokaisen haastateltavan vastaus on tärkeä opinnäytetyöni onnistumisen kannalta, mutta ennen kaikkea yksikkönne palliatiivisen hoitotyön kehittämiseksi.

Mikäli haluatte lisätietoa opinnäytetyöhöni liittyen, vastaan mielelläni.

Kiitos jo etukäteen teemahaastatteluun osallistumisesta!

Yhteistyöterveisin Senni Tammisto

puh. 0503389965, sähköposti: e1900939@edu.vamk.fi

LIITE 2. Teemahaastattelun runko

Taustat

- Koulutus
- Työkokemus
- Tiedot/taidot

Haastateltavien käsitys palliatiivisesta hoitotyöstä (tutkimuskysymys 1)

- Palliatiivinen hoitotyö
- Palliatiivinen hoitolinjaus ja hoitotahto
- Moniammatillinen yhteistyö

Haastateltavien käsitys palliatiivisen hoidon toteutumisesta yksikössään (tutkimuskysymys 2)

- Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen
- Ennakoiva hoitosuunnitelma
- Eri sairauksien oirehoito (kivun lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito)
- Muistisairaahan palliatiivinen hoito

