

Mari Mäkelä, Terhi Salo

SAATTOHOITO HOIVA-ASUMISESSA

Hyvä saattohoito ja hoitajien työssäjaksaminen hoiva-asumisessa – kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Sairaanhoitaja, AMK

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät Mari Mäkelä, Terhi Salo	Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)	Aika Marraskuu 2018
Opinnäytetyön nimi Hyvä saattohoito hoiva-asumisessa ja hoitajien työssäjaksami- nen		50 sivua 8 liitesivua
Toimeksiantaja Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu		
Ohjaaja Elisa Marttila, Terhi Hede		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on hyvä saattohoito hoiva-asumisessa ja mitkä tekijät vaikuttavat hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen. Kirjallisuuskatsauksella selvitettiin, mitä tarvitaan hyvän saattohoidon toteutumiseen hoiva-asumisessa, millaista oirehoitoa saattohoito vaatii ja mistä tekijöistä hoitajien työssäjaksaminen koostuu.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun käyttöön. Tutkimusmenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin ja tutkimustulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tavoitteena oli saada tietoa, jonka pohjalta voidaan jatkotutkimuksena selvittää kyselytutkimuksen keinoin saattohoidon tilaa hoiva-asumisessa. Lisätutkimuksena voidaan selvittää saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamista.</p> <p>Saattohoito on kokonaisvaltaista ja yksilöllistä potilaan hoitoa, johon vaikuttavat monet tekijät. Kirjallisuuskatsauksen tuloksina on eritelty hoidon fyysiset-, psyykkiset-, hengelliset tai henkiset- ja sosiaaliset tarpeet sekä hoitajien saattohoito-osaaminen ja organisaatioon liittyvät tekijät, jotka kokonaisuudessaan vaikuttavat olennaisesti onnistuneeseen saattohoitoon hoiva-asumisessa. Hoiva-asumisessa saattohoitoa tekevien hoitajien työssäjaksamiseen vaikuttavia tekijöitä on pohdittu enemmänkin työperäisten tekijöiden pohjalta ja tulokset on jaettu työhyvinvointia heikentäviin ja edistäviin tekijöihin. Hoitajien henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutus työssäjaksamiseen on kokonaisuudessaan rajattu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella saattohoitokoulutuksella on suuri merkitys sekä laadukkaan saattohoidon toteutumiselle että hoitajien työssäjaksamiselle saattohoitotyössä. Hyvällä ja asianmukaisella saattohoitokoulutuksella voidaan parantaa saattohoidon laatua hoiva-asumisessa ja hoitajien saattohoitotyössäjaksamista.</p>		
Asiasanat saattohoito, hyvä kuolema, hoiva-asuminen, työhyvinvointi		

Authors	Degree	Time
Mari Mäkelä, Terhi Salo	Bachelor of Health Care	November 2018
Thesis Title		
Hospice care in nursing homes for elderly people and nurse's workload		50 pages 8 pages of appendices
Commissioned by		
Xamk, University of Applied Sciences		
Supervisors		
Elisa Marttila, Terhi Hede		
Abstract		
<p>The purpose of this thesis was to study the quality of hospice care in nursing homes and what factors that affect the occupational well-being of the hospice nurses working in nursing care. A literature review provided information on requirements of how good hospice care should be accomplished in nursing care, what are the methods being used for taking care of hospice care patients symptoms and manners that ensure nurses well-being at work.</p> <p>This thesis was accomplished as a literature review for the use of XAMK University of Applied Sciences. The study method was literature review based on systematic review methods, and the results were analyzed with inductive content analysis. The aim of this study was to serve as a basis for further study in examine the state of hospice in nursing homes and nurses' occupational well-being.</p> <p>Hospice is pervasive and individual patient care which is affected by numerous factors. The results of this literature review were divided into fulfilling patients' physical, psychological, mental/spiritual and social needs and nurses' knowledge of hospice care and factors that are related to its. In this thesis, the factors that affect the occupational well-being at work of hospice nurses' in nursing homes has been considered more from the point of view of work related factors and the nurses' personal qualities were not taken into account. The results were divided into two groups: the factors that increase well-being at work and the factors that decrease well-being at work.</p> <p>Results show that education in hospice care has great significance on both good quality in hospice fulfillment and nurses well-being at hospice work. With good and adequate hospice education ables to improve the quality of hospice in nursing care and nurses well-being at hospice work.</p>		
Keywords		
hospice, good death, nursing home, occupational well-being		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SAATTOHOITO HOIVA-ASUMISESSA	8
2.1	Hoiva-asumiseen liittyvät lait ja säädökset	8
2.2	Hoiva-asumisen arvot ja periaatteet sekä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden laatukriteerit.....	9
3	SAATTOHOITO.....	11
3.1	Saattohoito Suomessa.....	13
3.2	Oirehoito saattohoidossa	15
3.3	Saattohoitopotilaan kuolemaan liittyvät tunteet.....	17
3.4	Omaisten huomioiminen saattohoidossa	18
4	SAATTOHOITOTYÖTÄ HOIVA-ASUMISESSA TEKEVIEN HOITAJIEN TYÖSSÄJAKSAMINEN	19
4.1	Hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen vaikuttavia tekijöitä	19
4.2	Saattohoitotyön fyysinen ja psyykinen kuormittavuus	20
4.3	Hoitajien saattohoito-osaaminen ja työnohjaus	23
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	24
6	TUTKIMUSMENETELMÄNÄ KIRJALLISUUSKATSAUS	25
6.1	Aineiston keruu, sisäänotto- ja poissulkukriteerit	26
6.1.1	Elektronisen haun tulokset	27
6.1.2	Manuaalinen haku.....	29
6.2	Aineiston analyysi sisällönanalyysinä	29
7	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	31
7.1	Laadukas saattohoito hoiva-asumisessa.....	31
7.2	Hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen vaikuttavia tekijöitä	35

8	POHDINTA	39
8.1	Tulosten tarkastelu	39
8.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	41
8.3	Eettisyys ja luotettavuus	42
8.4	Oma oppimisprosessi	43
	LÄHTEET	45

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Aikataulusuunnitelma

Liite 3. Tutkimuskysymyksen 1 analyysikaavio

Liite 4. Tutkimuskysymyksen 2 analyysikaavio

1 JOHDANTO

Saattohoito on hoitoa, joka tapahtuu ennen kuolemaa. Se ajoittuu potilaan elämän viimeisiin päiviin tai viikkoihin. (Duodecim 2018.) Saattohoidon tarve on yleistynyt viime vuosina ja tulee yhä yleistymään. Valtava osa saattohoidettavista kuolee terveyskeskuksissa ja sairaaloissa, vaikka suurin osa toivoo saavansa kuolla kotona ja sadasta vain kaksi kuolee hoiva-asumisessa. (Tervo 2017, 9.) Vanhukset kokevat useita laitossiirtoja hoitopaikkojen välillä elämänsä viimeisinä kuukausina ja joka toinen vanhus kuolee terveyskeskuksen vuodeosastolla. Elämän loppuvaiheessa turhia laitossiirtoja tulisi välttää, sillä vanhuksilla on oikeus kuolla pysyvässä hoitopaikassa. (Saarto ym. 2014, 524, 530.) Hoiva-asumisen palveluihin kuuluu mahdollisuus saada saattohoitoa, ja hyvän hoidon kriteereihin kuuluu, että ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa yksiköissä olisi myös mahdollisuus hyvään ja arvokkaaseen kuolemaan (Duodecim 2016). Suomessa ei ole lakia saattohoidolle, mutta sen perusta on määritelty perustuslaissa (Suomen perustuslaki 731/1991). Myös laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992) ja kansanterveyslaki (66/1972) ohjaavat saattohoitoa. Lisäksi saattohoitoa ohjaavat Euroopan ihmisoikeussopimus (Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus 63/1999), Euroopan Neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä 24/2010) ja YK:n Kuolevan oikeuksien julistus (1975). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut suositukset Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseksi (Saarto ym. 2017).

Edellytykset hyvään kuolemaan ovat oikeanlaiset tilat sekä oikeus kuolla kivuttomasti ja rauhallisesti läheisten ympäröimänä. Lisäksi saattohoidossa oleva asiakas tarvitsee vierelleen mieluiten omahoitajan. (Eho ym. 2003, 12.) Pahimmassa tapauksessa hoitohenkilökunta voi ohittaa potilaan kuoleman siten, ettei kuuntele potilaan tai hänen läheisensä toiveita liittyen kuolemaan. Tällaisessa tilanteessa potilaan kärsimys jää myös hoitamatta. (Anttonen 2016, 100.) Omaisten kanssa on keskusteltava ja omaisille on annettava tietoa kuolevan ihmisen oireista. Saattohoidossa käytettävistä lääkkeistä tai eri käyttöaiheista on myös hyvä kertoa, jotta omaiset ymmärtävät miksi esimerkiksi säännöllistä lääkitystä on muutettu ja että niillä ei ole ollut vaikutusta lähestyvään kuolemaan. (Valvira 2017.)

Osaava ja hyvinvoiva hoitohenkilökunta on olennainen osa hyvää saattohoitoa. Osaava henkilökunta hallitsee lääkehoidon, sairaanhoidon ja osaa tukea saattohoidettavaa henkisesti. Saattohoitoa toteuttavalla hoitajalla tulee olla tietotaitoa saattohoidosta, eli oikeanlainen oirehoito on hallittava. Osaavan hoitohenkilökunnan tulee myös kyetä vuorovaikutukseen potilaan ja omaisten kanssa, tukea surussa ja kyetä kertomaan kuolemasta omaisille. (Hänninen 2015.) Oikeanlaisella koulutuksella ja jatkuvalla työnohjauksella voidaan parantaa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamista (Tervo 2017, 47).

Saattohoitotyötä tekevä hoitaja kohtaa jatkuvaa kärsimystä, kuolemaa ja surua. Kuoleman kohtaaminen on varmasti yksi vaikeimmista asioista hoitotyössä. Kuolemaan liittyy monia tunteita, joista suru, ahdistus ja kärsimys ovat sellaisia, joiden kohtaaminen on haastavaa, sillä jokainen tuntee nämä tunteet omalla tavallaan. Tunteiden käsittelyllä ja kohtaamisella on olennainen merkitys saattohoidossa ja saattohoitotyön henkinen ja psyykinen kuormittavuus voi käydä hyvin raskaaksi. Saattohoitotyössä jaksamiseen vaikuttaa olennaisesti myös selkeä hoitosuhteen päättäminen. (Anttonen 2016, 105.) Toistuvat ja raskaat siirrot, hankalat ja staattiset työasennot aiheuttavat fyysistä kuormitusta, joka voi jatkuessaan muuttua haitalliseksi ylikuormitukseksi. Tämän seurauksena hoitajalle voi tulla erilaisia tuki- ja liikuntaelin vaivoja (Työsuojelu 2018). Hoitotyö on kiireistä ja hoitohenkilökuntaa on liian vähän. Henkilöstömitoitukseen liittyvä ongelma on ilmeinen, sillä siinä missä saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä suositus olisi yksi hoitaja yhtä saattohoitopotilasta kohden (STM 2010, 25), hoiva-asumisessa yhtä asiakasta kohden hoitajien määrä on 0,5 (Käypä hoito 2016).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää jo aiemmin julkaistun tutkitun tiedon perusteella, mitä on hyvä saattohoito hoiva-asumisessa ja mitkä tekijät vaikuttavat hoitajien saattohoitotyössäjaksamiseen hoiva-asumisessa. Tavoitteena on luoda kirjallisuuskatsaus hyvästä saattohoidosta hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamisesta Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun käyttöön, jotta sitä voidaan myöhemmin hyödyntää hoiva-

asumisessa saattohoitotyötä tekeville hoitajille kohdennetussa työssäjaksami-
seen liittyvässä kyselytutkimuksessa.

2 SAATTOHOITO HOIVA-ASUMISESSA

Hoiva-asumisella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä asumismuotoa, joka mahdollistaa ympärivuorokautisen hoivan. Hoiva-asumista tarjotaan aina ryhmäkodista suurempaan hoiva-asumisyksikköön. Kun asiakas siirtyy hoiva-asumiseen, hänen ei tarvitse enää muuttaa saadakseen palvelua, vaan asumismuoto mahdollistaa hänelle tarvitsemansa palvelun. Palvelun tarve voi vaihdella yksilöllisesti ja hoiva-asuminen on lähtökohtaisesti tarkoitettu sellaisille, jotka eivät selviä kotihoidon turvin kotona asumisesta. Hoiva-asuminen on käsitteenä rinnastettu tehostettuun palveluasumiseen. Hoiva-asumisessa toimitilat sopivat asiakkaan tarpeisiin ja tarkoituksena on luoda kodinomainen ympäristö. Jokaisessa hoivayksikössä tulee olla tila turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi. Jokaisella asukkaalla tulee olla sähkökäyttöinen sänky, jossa on laidat. (Etelä-Kymenlaakson kunnat 2016, 3–6.)

2.1 Hoiva-asumiseen liittyvät lait ja säädökset

Hoiva-asumiseen liittyviä lakeja ovat muun muassa vanhuspalvelulaki 980/2012, sosiaalihuoltolaki 1301/2014, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, kansanterveyslaki 66/1972, terveydenhuoltolaki 1326/2010, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994.

“Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980) §14 velvoittaa kuntia tuottamaan pitkäaikaista hoivaa ja huolenpitoa niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan” (Etelä-Kymenlaakson kunnat 2016, 7.) Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelulautakunta ETENE kertoo raportissaan Vanhus ja hyvän hoidon etiikka (2008, 4), että vanhuksella on

oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan. Raportissa kerrotaan myös, että vanhusten hoitotahtoa on kunnioitettava ja hoitolinjaukset ja päätökset olisi hyvä tehdä hyvissä ajoin vanhuksen ja tämän läheistensä kanssa.

Korkeatasoisen ja laadukkaan ympärivuorokautisen hoidon tulisi olla sellaista, että ihmisellä olisi hyvä elämänlaatu ja että hänellä olisi oikeus hyvään, arvokkaaseen kuolemaan. Hyvän ympärivuorokautisen hoidon perustana on asiakkaan terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen monipuolinen arviointi ja toimintakyvyn ja kuntoutumisen ylläpitäminen sekä edistäminen, käytösoireiden hallinta ja sairauksien hyvä hoito sekä hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito silloin, kun ihmisen elämän pidentäminen ei ole enää päämäärä. Ympärivuorokautisen hoidon toteuttamisen tavat sekä henkilöstön määrä ja osaaminen luovat edellytykset hyvälle hoidolle. (Käypähoito-suositus 2016.)

2.2 Hoiva-asumisen arvot ja periaatteet sekä saattohoitoa toteuttavien yksiköiden laatuksiteerit

Keskeisiä periaatteita hoiva-asumisessa ovat voimavaralähtöisyys, terveys- ja hyvinvointi, turvallisuus, asiakaslähtöisyys ja ihmisarvoisuus. Hoiva-asumisen arvoja ovat ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja tasavertaisuus, terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen, hyvä yhteistyö ja ammattitaito sekä hyvinvointia edistävä ilmapiiri, ja oikeus hyvään hoivaan. Henkilökunnan arvoja ovat yhteistyö, ammatillisuus ja asiantuntijuus. (Etelä-Kymenlaakson kunnat 2016, 8–9.)

Saattohoidon yksiköiden laatuksiteerit on jaettu A-, B- ja C-tasoihin. A-tason saattohoito tapahtuu perussairaanhoidossa, eli hoiva-asumisessa toteutetaan A-tason saattohoitoa. A-tason saattohoitoon vaaditaan, että henkilökunnalla on perustiedot saattohoidosta ja he kykenevät toteuttamaan perustason saattohoitoa lääkkeellisesti, sairaanhoidollisesti ja henkisesti tai hengellisesti. Hoitajilla tulee olla perustiedot etenevän taudin kulusta, mukaan lukien saattohoidon erityispiirteet sekä saattohoitopotilaan oikeanlainen oirehoito tulee hallita. Hoitohenkilökunnan tulee ymmärtää sairauden psykologiset, sosiaaliset ja eksistentiaaliset vaikutukset sekä kyetä vuorovaikutukseen potilaan ja omaisten

kanssa emotionaalisesti herkissä asioissa. Hoitohenkilökunnan tulee myös osata tukea surussa tunnistaa kuolema ja kyetä kertomaan siitä omaisille. Kaikki hoitopäätökset tehdään yhdessä potilaan ja läheisen kanssa sekä hoidossa tulee noudattaa saattohoidolle hyväksytyjä eettisiä ja ammatillisia periaatteita ja käytäntöjä. Oikea kirjaaminen ja toimien perustelu kuuluu myös saattohoitotyöhön. Saattohoitotyössä noudatetaan Käypä hoito -suosituksia. (Hänninen 2017.)

Suurin osa A- ja B -tason saattohoidon palveluista toteutuu osana kuntien järjestämiä terveystalouksia. A-tason toimintaa tarjoavat terveyskeskusten vuodeosastot, kotihoito ja kotisairaanhoidon yksiköt sekä sosiaalihuollon alaisten yksiköiden tehostettu palveluasuminen ja vanhainkodit. Perustason palveluun kuuluvat myös muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, joissa potilaita hoidetaan elämänsä loppuun saakka, sekä sairaaloiden sellaiset vuodeosastot, joissa hoidetaan kuolevia potilaita, mutta saattohoito ei ole osaston päätoimi. Suurimmissa kunnissa voidaan järjestää kattavasti B-tason toimintaa. Tavoitteena on, että ympärivuorokautisessa asumispalvelussa asuvat saisivat asua samassa palvelussa kuolemaan asti ilman tarpeettomia potilassiirtoja päivystykseen tai sairaalaan. Kaikille ympärivuorokautisessa hoiva-asumisessa asuville olisi syytä laatia ennakoiva elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Hoidon laadun varmistamiseksi saatavilla tulisi olla B- tai C-tason konsultaatiotukea ympärivuorokautisesti sellaisiin asumisyksiköihin, joissa hoidetaan asiakkaat kuolemaan saakka. Hoiva-asumisyksikössä, jossa hoidetaan asiakas elämän loppuun saakka, tulee olla saattohoitoon tarvittavat lääkkeet saatavilla, jotta akuutit tilanteet saadaan hoidettua ja hoitolupaus hyvästä oirehoidosta toteutuu. (Saarto ym. 2017, 15–19.)

3 SAATTOHOITO

Hyvä kuolema on saattohoidon yksi keskeisimpiä käsitteitä. Juha Hänninen kuvaa hyvää kuolemaa niin, että ”hyvässä kuolemassa potilaan fyysinen ruumis on lähinnä lääkityksen, hoivan ja hellyyden kohteena. Ruumis, jonka kivut ja ahdistus helpottavat farmakologisin tai inhimillisen lähestymisen keinoin on hyvän kuoleman toivottu ruumis.” (Hänninen 2003, 1897). Anttonen (2016, 56) kuvaa väitöskirjassaan hyvää kuolemaa siten, että hyvä kuolema on inhimillinen, vähäoireinen ja potilas on hoidettu niin hyvin kuin mahdollista ja hyväksytty omana itsenään. Saattohoidettavan läheisille tarkoittaa sitä, että heillä on mahdollisuus osallistua läheisensä saattohoitoon ilman että hoitojärjestelmä tai -henkilökunta estävät sitä. Hoitohenkilökunnalle hyvä kuolema taas tarkoittaa sitä, että heillä on mahdollisuus tehdä parhaansa potilaan ja hänen läheistensä hyväksi. Hoitohenkilökunnan on pystyttävä luottamaan siihen, että heitä tuetaan ammatillisessa kehittämisessä ja työssäjaksamisessa. (Anttonen 2016, 56.)

Saattohoidolla tarkoitetaan hoitoa, joka tapahtuu ennen kuolemaa silloin, kun kuolema on väistämätöntä paranemattoman sairauden seurauksena. Saattohoito ajoittuu potilaan elämän viimeisiin kuukausiin ja viikkoihin ja sitä edeltää palliatiivisen eli oireita lievittävän hoidon jakso. (Anttonen & Kiuru 2014, 21.) Saattohoitoon siirryttäessä käydään keskustelu lääkärin ja omaisten sekä tietysti potilaan kesken, jonka jälkeen lääkäri tekee päätöksen saattohoidon aloittamisesta potilaan suostumuksella. Aina ei ole mahdollista kuulla potilaan mielipidettä sellaisissa tilanteissa, joissa potilas on tiedottomassa tilassa, jolloin keskustelu käydään vain omaisten tai holhoojan kesken. Lääkäri voi myös päättää saattohoidosta itse, ilman omaisten suostumusta, jos tilanne sitä vaatii. Saattohoitoon kuuluu DNR-päätös (Do Not Resuscitate), eli elvytyskielto ja potilaan toiveet kirjataan ylös hoitotahtoon. (Hannikainen, 2008, 17-18; Hänninen & Anttonen 2008, 26-30.) Myös ER (Ei Resuskitoida) tai AND (Allow Natural Death = salli luonnollinen kuolema) tarkoittavat potilasmerkinnöissä elvytyskieltoa (Häkkinen 2015, 8). Saattohoidolle pitää aina olla jokin lääketieteelli-

nen peruste. Saattohoidon piiriin on rajattu potilaat, joilla on etenevä, parantumaton sairaus. (Hannikainen 2008, 17–18; Hänninen & Anttonen 2008, 26–30.)

Jotta saattohoito voidaan aloittaa, täytyy potilaalle tehdä päätös hoitolinjasta. Potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja hänen tulee olla tietoinen hoitopäätöksen edellytyksistä ja seuraamuksista (Hänninen & Anttonen 2008, 26-27.) Potilaan suostumuksella voidaan tehdä kirjallinen päätös saattohoidosta. Hoidon tavoite määritellään hoitoa linjattaessa, samalla turvataan potilaan arvojen ja toiveiden mukainen mutta myös lääketieteellisesti perusteltu paras mahdollinen hoito. Hyödyttömien tai kärsimystä lisäävien hoitojen välttäminen eli hoidon rajaaminen kuuluvat hoidon linjaamiseen, kuten myös linjauksen mukaisen hoidon tarjoaminen. Hoitolinjauksia on neljä: kuratiivinen eli parantava hoito, jolla pyritään pysyvään paranemiseen. Taudin etenemistä jarruttavavan hoidon tavoitteena on elinajan pidentäminen ja taudin etenemisen hidastaminen. Palliatiivisella hoitolinjalla tavoitellaan elämänlaadun vaalimista ja kärsimyksen lievittämistä, taudin etenemiseen ei enää voida vaikuttaa olennaisesti. Saattohoidon linjauksella tavoitellaan palliatiivista hoitoa kuoleman lähestyessä ja kuolevan hoitoa. Palliatiivista hoitoa annetaan hoitolinjasta riippumatta. (Käypähoito-suositus 2018.)

Hoitotahtoon sisältyy potilaan toiveet lopunelämää koskevasta hoidosta (Hildén 2006, 29-31). Se voi olla valmis kaavake tai se voi olla itse laadittu vapaamuotoinen tai suullisesti laadittu hoitotahto. Siihen voi laittaa erilaisia hoitovaihtoehtoja tai yleisluontoisen elämää ylläpitävän hoidon lopettamisen potilaan toiveesta ja siinä pitää olla potilaan allekirjoitus. Se on laillisesti sitova tahdonilmaus. Hoitotahto on tärkeä tehdä silloin, kun potilas siitä pystyy vielä itse päättämään ja ymmärtämään mitä se tarkoittaa, koska se astuu voimaan silloin kun potilas ei pysty itse välittämään hoitotoiveitaan. (Hildén 2016, 30-31.) Potilaalle ja hänen omaisilleen on hyvä antaa mahdollisuus keskustella hoitotahdon aiheuttamista tunteista. Potilas ja omaiset voivat ymmärtää hoitotahdon eri tavalla kuin hoitotyön ammattilaiset, siksi olisi suotavaa käydä mahdollisimman avointa keskustelua asianomaisten kesken. Vuonna 2006 Suo-

messa tehdyn haastattelututkimuksen perusteella 12 % iäkkäistä suomalaisista oli laatinut kirjallisen hoitotahdon. Tutkimuksesta ilmeni myös, että moni iäkkäistä olisi halukas tekemään hoitotahdon muttei osaa ottaa sitä puheeksi, he toivoivat lääkärin ottavan sen puheeksi. Haasteet oirehoidossa ja kommunikaatiossa omaisten kanssa voivat osaltaan johtua hoitotahdon puutteesta. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 76–78.)

3.1 Saattohoito Suomessa

Saattohoitoa on ensimmäisen kerran ohjeistettu Suomessa vuonna 1982 Lääkinhallituksen sairaanhoitolaitokselle antamissa terminaalihoidon ohjeissa, joiden mukaan tavoite oli, että saattohoitopotilas voisi elää loppuvaiheen läheistensä ympäröimänä ilman kipua ja vaikeita oireita. Seuraavan kerran saattohoitoon liittyviä ohjeistuksia annettiin vuonna 2003, jolloin sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta antoi suositukset saattohoidosta. Myös Euroopan neuvosto on antanut ohjeistuksen palliatiivisen hoidon järjestämiseksi samana vuonna. Sen mukaan unionin jokaisella jäsenvaltiolla tulisi olla suunnitelma palliatiivisen hoidon toteutumiseksi. Suosituksessa tuodaan ilmi, että jokaisella tulee olla oikeus elämän loppuvaiheessa ennakoivaan hoitosuunnitelmaan, ja korostetaan sitä, että hoitohenkilökunnan tulee olla koulutettu ja hyvät vuorovaikutustaidot potilaaseen on omattava. (Saarto ym. 2017, 9.) Toukokuussa 2018 on aloitettu Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmän hanke, jonka tarkoituksena on ”selvittää elämän loppuvaiheen hyvää hoitoa, itsemääräämisoikeutta sekä saattohoitoa ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita ja tarvittaessa antaa selvitystyön pohjalta eduskunnalle ehdotukset lainsäädännön muutoksiksi”.

Saattohoito on Suomessa kehittynyt 2010 luvulla kuitenkin tuntuvasti, vaikka parantamisen varaa vieläkin on. Tavoite on, että saattohoidon taso ja saataavuus olisi kaikille sitä tarvitseville sama, riippuen siitä missä asuu tai on hoidettavana. (Tasmunth 2017, 831.)

Viimeksi saattohoidon tilannetta on kartoitettu kattavasti vuonna 2012, jolloin ETENE on laatinut saattohoitosuunnitelmia koskevan kyselyn. Kyselyyn vastasi 18 sairaanhoitopiiriä ja 15 kaupunkia. Saattohoitosuunnitelma oli vastajista kolmeneljäsosalla ja yhdellä neljäsosalla oli saattohoitosuunnitelma viireillä. Sisällöltään suunnitelmat perustuivat pääosin käypä hoito -suositukseen sekä sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositukseen. (ETENE 2012, 14.)

Kaikki kyselyyn vastanneet sairaanhoitopiirit olivat joko laatineet tai laittaneet viireille saattohoitosuunnitelman. Kolmelta sairaanhoitopiiriltä puuttui tiedot kokonaan. (ETENE 2012, 24.) Saarto ja asiantuntijatyöryhmän vuonna 2017 laatimassa suosituksessa (2017, 10) mainitaan kuitenkin, että saattohoitosuunnitelma puuttui vielä vuonna 2012 joka neljänneltä suurelta kunnalta tai suurelta kaupungilta ja saattohoitopaikkoja oli erityisesti liian vähän eikä kaikilla kunnilla ollut saattohoito-osastoa tai mahdollisuutta kotisaattohoitoon.

Saattohoito toteutuu Suomessa erikoissairaanhoidossa, saattohoitokodeissa sekä perusterveydenhuollon osasto- ja kotihoitona (sosiaali- ja terveysministeriö). Ikäihmisistä puolet kuolevat vuodeosastoilla ja neljännes sairaaloissa. Vain kaksi sadasta ikääntyvästä kuolee tehostetussa palveluasumisessa. (Tervo 2017, 9.) Kotona kuoleminen on Suomessa harvinaista ja noin viidenes oli pitkäaikaishoidon piirissä kahtena viimeisenä elinvuotenaan. Tehostetun palveluasumisen (eli hoiva-asumisen) yksikkö on harvemmin kuolinpaikka. (Aaltonen 2015, 74.) Aaltosen vuonna 2015 tekemän tutkimuksen mukaan yli 70-vuotiaat kokivat useita siirtoja eri hoitolaitosten välillä viimeisenä kahtena vuotena, joina heitä hoidettiin. Kuitenkin vanhemmat vanhukset eli yli 90-vuotiaat siirtyivät harvemmin, ja taas dementiaa sairastaneet siirtyivät useammin ja kokivat siirrot raskaina. (Aaltonen 2015, 52.) Siirtyminen eri hoitolaitosten välillä kasvoi kuuden kuukauden aikana ja oli suurinta viimeisen elinkuukauden aikana. Jos saattohoitoa suunniteltaisiin hyvin, turhia potilassiirtoja olisi mahdollisuus välttää potilaan elämän loppuvaiheessa. (Aaltonen 2015, 14.) Sosiaali- ja terveysministeriö esittää, että erityishoidon, konsulttiavun ja koulutuksen tarjoamiseksi jokaiseen keskussairaalaan perustettaisiin palliatiivisen hoidon poliklinikka vuoteen 2020 mennessä (Saarto ym. 2017, 9). Akuuttisairaala tai päivystysvastaanotto eivät ole oikea paikka äkillisesti huonontuneen tilantakia hoitoa tarvitsevalle saattohoitopotilaalle (Häkkinen 2015, 5).

3.2 Oirehoito saattohoidossa

Kokonaisvaltainen kivunhoito on erittäin merkityksellistä saattohoidossa; tämä tarkoittaa oireiden selvittämistä tilanteeseen nähden sopivin menetelmin, niiden hoitoa, ja kuolevan potilaan kohtaamista ymmärtäen, tukien ja hyväksyen. Oireiden selvittäminen tehdään niin, että siitä ei aiheudu potilaalle merkittävästi enempää kipua tai haittaa, mutta kuitenkin niin, että oire tulee hoidetuksi hyvin. Voinnin, oireiden ja niiden hankaluuden tason selvittämiseen on käytössä erilaisia menetelmiä. Kivunhoidossa käytetään sekä kipulääkitystä että muita menetelmiä, esimerkiksi suun kipua hoidetaan suuta hoitamalla eli perushoito on syytä tehdä hyvin. Vatsan toimimattomuus aiheuttaa myös kipua, ja ummetuksen hoito on arvioitava tarkasti, jotta ei ainakaan lisätä potilaan kärsimystä. Kaikkea kipua hoidettaessa on muistettava kokonaiskivun huomiointi, kipukokemus on yksilöllinen ja siihen sisältyy useita ulottuvuuksia. Potilaan ja omaisten kohtaaminen on myös tärkeä osa kivunhoitoa, että he tulevat kuulluksi ja ymmärretyksi ja että heille annetaan tietoa kivunhoidosta riittävästi. Kipujen ollessa hallinnassa lääkitystä ei ole tarpeen muuttaa, lääkkeenantoreittiä ja -tapaa taas on muutettava, mikäli tilanne niin vaatii. Potilaan ollessa tajuttomana tuntee hän myös kipua. Tabletit voidaan vaihtaa liuosmuotoon, lääkkeitä voidaan laittaa ihon alle. (Poukka & Korhonen 2015, 259–262.)

Ensisijaisen tärkeää on oireita helpottava lääkitys, ja sen haittavaikutusten tulee olla selkeästi hyötyjä pienemmät. Ainoastaan oireita lievittävän lääkityksen tulee jatkua, muut lääkkeet on syytä lopettaa turhina. Suun kautta jatketaan tarvittavia oireita lievittäviä lääkkeitä niin kauan kun se on mahdollista, ja antotapaa muutetaan, kun sille on tarve. Omaisten kanssa on syytä keskustella lääkitysmuutoksista, muutokset ja luopuminen voivat saada ahdistusta aikaan. Potilaan oireita arvioidaan säännöllisesti ja yhdessä potilaan ja omaisten kanssa, ja niiden mukaan potilasta lääkitään. Esimerkkeinä muutamia yleisimpiä hoidettavia oireita ja lääkkeitä ovat: sekavuus ja ahdistus; hoidetaan haloperidolilla, diatsepaamilla tai loratsepaamilla. Hengityksen rohina hoidetaan atropiininilla, skopolamiinilaastarilla, glykopyrronilla tai butyyliiskopolamiinilla.

Pahoinvointi hoidetaan ondansetronilla, deksametasonilla, haloperidolilla, granisetronilla tai metoklopramidilla (Poukka & Korhonen 2015, 259–260, 262–265.)

Saattohoitopotilaan oireet ja vointi voivat muuttua äkillisestikin ja siksi kaikille potilaille määrätään tarvittava lääkitys vaikeiden oireiden varalle, joita ovat: kouristukset, limaisuus, oksentelu ja pahoinvointi, kivut, levottomuus ja hengenahdistus. Lisäksi määrätään ns. katastrofilääkitys hankalien oireiden tai äkillisen kuoleman varalle. Se tarkoittaa tarvittavaa määrää bentsodiatsepiinia ja opioideja nopeaa sedaatiota varten. (Poukka & Korhonen 2015, 260.) Potilas voidaan sedatoida tarvittaessa, kun oireet ovat muusta hoidosta ja aiheellisesta lääkityksestä huolimatta vaikeat, esimerkiksi hengenahdistus ja oksentaminen voivat olla sedaation indikaatioita (Pöyhiä 2015, 266).

Saattohoitopotilaat voivat kärsiä myös suunkuivumisesta, sillä heidän syljen erityksensä on vähentynyt. Yleisimpiä syitä suun kuivumiselle ovat lääkkeet eli opioidit, kipulääkkeet ja diureetit eli nesteenoistolääkkeet. Muita syitä suun kuivuuteen voi olla esimerkiksi ruoan pureskelukyvyyn heikkeneminen, suun kautta heikkeneminen tai lisähappi. Suun kostutuksesta ja hygieniasta tulisi huolehtia käyttämällä nesteen lisäksi öljyä ja puhdistamalla suu kaksi kertaa vuorokaudessa. Myös huulien rasvaus huolellisesti auttaa kostuttamaan suuta. Varsinaista suun kipua voidaan lievittää esimerkiksi kylmillä juomilla ja jääpaloilla sekä tarvittaessa suun aluetta voidaan puuduttaa 2 %:lla lidokaiinigeeliä käyttäen. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Suonensisäiselle nesteytykselle voi olla tarvetta siinä vaiheessa, kun potilas ei kykene enää itse syömään ja juomaan. Kuolevalla potilaalla suonensisäisen tai parenteraalisen ravinnon antamisen peruste on usein tukos jossain maha-suolikanavassa tai oksentelu. Yleisin syy tipan laittamiseksi on kuitenkin janon lievittäminen. Nesteytyksen perusteiden tulisi olla potilaan ja omaisten tiedossa. (Hänninen 2006, 55–60.) Ruoansulatuskanavan oireet ovat yleisiä saattohoidossa olevalla potilaalla ja pahoinvointi on tavanomaista. Ummetusta esiintyy, sillä saattohoidossa oleva liikkuu varsin vähän ja nesteytyks on niukkaa. Opioidien käytön alkaessa ummetus yleistyy ja potilaalle tulisi harkita

laksatiivien aloitusta oireiden lievittämiseksi. (Hänninen & Rahko 2013, 433-439.)

3.3 Saattohoitopotilaan kuolemaan liittyvät tunteet

Saattohoitopotilas kärsii fyysisen kärsimyksen ja psyykkisen ahdistuksen lisäksi myös jatkuvaa luopumisen tuskaa ja lisäksi oman elämän hallinta katoaa. Kärsimyksen lievittäminen voi olla hankalaa, koska kärsimys on jokaiselle yksilöllinen, eikä toinen voi varmasti sanoa tai tuntea, kuinka paljon toinen ihminen kärsii. (Hänninen 2017, 2358–2359.) Saattohoidon tavoitteena on, että potilasta hoidetaan niin hyvin, että hänen jäljellä olevan elämän laatu olisi mahdollisimman hyvää (Häkkinen 2015, 8).

Kuoleman lähestyessä eksistentiaalinen kärsimys lisääntyy, mikä tarkoittaa tietoisuutta elämän rajallisuudesta ja elämisestä ja elämästä luopumisesta. Eksistentiaalinen kärsimys on läsnä elämässä jo varhain, esimerkiksi kun joku läheinen ihminen kuolee, se aiheuttaa ihmisissä aina pohdintaa ja erilaisia tunteita muun muassa luopumisesta. Eksistentiaalinen kärsimys on hyvin henkilökohtaista, koska kyseessä on jokaisen oma ainutkertainen elämä, kuitenkin se on myös yhteisöllistä, koska läheisen kuoleman lähestyminen muistuttaa jokaisen ihmisen elämän rajallisuudesta. Se, miten tämä ilmenee, riippuu pitkälti siitä, miten ihminen on ehtinyt käsitellä asiaa ja kuinka paljon hänellä on ollut käytössä aikaa siihen, kuitenkin yksilöllisiä eroja on. Eksistentiaalista kärsimystä voi lievittää tukemalla potilasta hänen tarvitsemillaan keinoilla, olemalla läsnä ja kuuntelemalla, antamalla tilaa hänen pohdinnoilleen, arvostamalla, rohkaisemalla ja lohduttamalla. (Mattila 2017, 917–918.)

Saattohoitopotilas tarvitsee elämäänsä toivoa, mikä ei tarkoita sitä, että sairaus kielletään, vaan toivon liittyvät asiat sisältyvät jokapäiväiseen elämään, sen rikkauteen ja kuolemaan valmistautumiseen (Hävölä, ym. 2015, 132). Hävölä ym. kuvaavat tutkimuksessaan (2015, 132–147) saattohoitopotilaan toivoa ylläpitäviä ja heikentäviä tekijöitä saattohoitopotilaan ja hoitajan kuvaamana. Tutkimustuloksista käy ilmi, että toivoa lisäävät tekijät liittyvät elettyyn elämään, myös kuolevalle toiveiden suuntautuminen tulevaisuuteen on ilmeistä. Hävölä ym. mukaan saattohoitopotilaat pitivät tärkeänä toivon lähteinä

esimerkiksi matkojen muistelun, hyvän eletyn elämän ja sen, etteivät he kokee jääneensä mistään paitsi. Lisäksi saattohoitopotilaat ammensivat toivoa siitä, että heistä jää jokin jälki, esimerkiksi elämäkerran tai valokuvakirjan muodossa. Toivoa ylläpitävä tekijä oli myös huumori, niin hoitajien kuin saattohoitopotilaidenkin mielestä. Saattohoitokotien kodinomaisuus toi myös toivoa saattohoitopotilaille, heille toivoa lisäsivät muun muassa kuvat läheisistä vuoteen vierellä. Toivoa heikentäviä tekijöitä olivat tunne siitä, että ei ole uskaltanut elää kunnolla tai elämä on jäänyt jotenkin vajaaksi. Hoitajat kuvasivat myös saattohoitopotilaan toivoa syvän ajatus kelpaamattomuudesta, kun kuolema ei tullutkaan silloin kun saattohoidettava sitä oletti. Saattohoitopotilaat kuvasivat hoitajien vievän heidän toivoaan silloin, kun heidän liikkumistaan on rajoitettu turvallisuuteen vedoten. (Hävölä ym. 2015, 132–147.)

3.4 Omaisten huomioiminen saattohoidossa

Saattohoidon kannalta olennaista on ottaa myös omaiset huomioon, sillä myös läheiset joutuvat kohtaamaan väistämättömän kuoleman. Omaisille tulisi antaa mahdollisuus olla kuolevan läheisensä kanssa mahdollisimman paljon ja vaikka hoidon kohteena saattohoidossa on potilas, tulee hoitohenkilökunnan tukea myös omaisia heidän surussaan. (Häkkinen 2015, 8.) Omaiset tuovat myös toivoa saattohoidettavalle, mutta toisaalta voivat myös heikentää sitä. Saattohoidettava saattaa tuntea itsensä hylätyksi tai osoittaa vihaa siitä, että vasta kuoleman lähestyessä omaiset osoittavat välittävänsä. Lisäksi omaiset saattavat sivuuttaa kuolevan toiveet. (Hävölä ym. 2015, 132–147.)

Omaisten suurin huolenaihe on, onko hänen saattohoidossa olevalla läheisellään kipuja. Lääkehoidon lisäksi kuolevalle on myös tärkeää, että hänen omaisiin liittyvät kysymykset otettaisiin huomioon. Kun omaiset arvioivat läheisensä elämän loppuvaihetta, hyvinvoinnissa korostuu usein hoitohenkilökunnan hoiava asenne, hoitopaikan ilmapiiri sekä se, miten saattohoidettavan arvokkuus ja päätöksentekokyky sekä fyysiset ja henkiset tarpeet huomioidaan. (Hänninen 2015, 36–37.) Omaiset tulisi myös ottaa mukaan siinä vaiheessa, kun kuolevan potilaan hoitosuunnitelmaa tehdään. Omaisten on hyvä ymmärtää, että potilaan yleistila heikkenee kuoleman yhteydessä. Läheisille on myös tärkeää antaa lohtua ja tukea. (Saarto ym. 2014, 523–531.) Omaisten mukaan

ottaminen saattohoidettavan hoitokokonaisuuteen on yksi laadukkaan saattohoidon mittari. Omainen tuntee ahdistusta, hämmennystä ja surua ja hoitajan on osattava tukea omaista. Hyvä vuorovaikutus omaisen ja hoitohenkilökunnan välillä takaa sen, ettei omaisen tarvitse kestää kaikkea yksin (Siltala 2008, 93.)

4 SAATTOHOITOTYÖTÄ HOIVA-ASUMISESSA TEKEVIEN HOITAJIEN TYÖSSÄJAKSAMINEN

4.1 Hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen vaikuttavia tekijöitä

Työterveyslaitoksen mukaan työhyvinvointi on työnantajan ja työntekijän vastuulla. Hyvinvoinnin edistäminen työpaikalla tapahtuu siis yhteistyössä. (Työterveyslaitos s.a.) Työhyvinvointia lisääviä tekijöitä ovat muun muassa työyhteisön ilmapiiri, hyvä ja tarpeeksi motivoiva johtaminen sekä työntekijöiden ammattitaito. Työhyvinvointi vaikuttaa olennaisesti työssäjaksamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa työ on muuttunut kuormittavaksi, kiireisemmäksi ja hankalat asiakassuhteet ovat lisääntyneet. Lisäksi työolot ovat muuttuneet ja ongelmat johtamisen puolella ovat lisääntyneet. Työn tekemiseen vaaditaan aiempaa enemmän psyykkisiä ja sosiaalisia valmiuksia. Myös sairauspoissaolot ovat lisääntyneet ja työn jatkuvat muutokset koetaan rasittavina. (Monthan 2011, 10.) Suurin kuormittava tekijä työelämässä on kiire. Työ on hektistä ja henkilöstöä liian vähän. Työn organisointiin liittyvät ongelmat ovat merkittäviä, sillä liian usein joutuu pohtimaan, ehtiätkö työ tehdä siihen varatussa ajassa. Lisäksi moni työntekijä kokee arvostirriitä työssään: toiveissa olisi tehdä työ paremmin ja laadukkaammin, kuitenkin resursseja siihen ei työn puolesta aina ole. Työntekijään kohdistuu vaateita niin esimiehen, kuin asiakkaan suunnilta, unohtamatta tulos- ja laatuvaatimuksia. (Nurmi 2017, 24-26.)

4.2 Saattohoitotyön fyysinen ja psyykinen kuormittavuus

Potilaan liikkumisen avustaminen ja käsin tehdyt nostot ovat fyysisesti raskaimpia työtehtäviä hoitotyössä (Hellstén 2014, 118). Saattohoitopotilaiden liikunta- ja toimintakyky on alentunut, koska he ovat usein monioireisia. Yksiköissä, jossa tuotetaan saattohoitoa, tulee olla riittävä määrä koulutettua henkilökuntaa, jotta hyvä hoito toteutuisi. (Eho ym. 2003, 11.) Myös työsuojelu ja potilasturvallisuus edellyttävät, että työntekijöitä tulee olla riittävästi (Superliitto) (Vanhuspalvelulaki 2012/980). Saattohoitoa antavassa yksikössä tavoite on vähintään yksi hoitaja yhtä vuodepaikkaa kohti. Kuolevalle potilaalle pitäisi järjestää tarpeeksi aikaa ja riittävät tilat, jotta perushoito ja rauhassa oleminen toteutuisi hyvin. (Eho ym. 2003, 12.)

Työn kuormittavuus, sosiaalisen tuen vähyys ja vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa työtahtiin lisäävät riskiä liiallisen työstressin aiheuttamien vaivojen, kuten henkisen uupumuksen, depressiivisten oireiden, psykosomaattisten vaivojen ja heikentyneen hyvinvoinnin ilmaantumiselle. Työhyvinvointi koostuu monesta eri tekijästä, esimerkiksi työntekijän fyysisestä, henkisestä ja sosiaalisesta tilasta. Ikääntyneiden hoidon- ja palvelunlaadusta vastaa yksiköiden johto. Palvelun laatuun vaikuttaa suoraan johtamistapa ja -tyyli. Esimies pystyy vaikuttamaan työyhteisön ilmapiiriin ja henkilöstön hyvinvointiin, sekä työssä viihtymiseen monella eri tavalla. Esimies voi esimerkiksi tarjota mahdollisuuden työssäoppimiselle ja työyhteisön kehittämiseksi. Avoin ja rehellinen kommunikaatio on tärkeää. Kun johtaminen on oikeuden mukaista, vaikuttaa se henkilökunnan sitoutumiseen, motivaatioon ja työssä viihtymiseen. (Montan 2011, 10–13.)

Burn out eli työuupumus koostuu useasta kuormittavasta tekijästä, kuten kielteisestä asenteesta työtä kohtaan ja todella kovasta väsymyksestä. Kokonaisvaltainen väsymys voi olla henkistä, ja se ei lähde nukkumalla, uupunut ihminen ei palaudu eikä jaksaa tehdä oikein mitään. Ihminen kynnistyy työuupumuksen kourissa ja ammatillinen itsetunto heikkenee. (Nurmi 2017, 17–18.) Psyykkisiä kuormittavia tekijöitä ilmeni Ostravassa vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa, saattohoitopotilaita hoitava henkilökunta nosti esiin suurimmaksi

stressin aiheuttajaksi hallinnollisen työn ja kärsimyksen kohtaamisen (Pavelkova & Buzgova 2015, 218). Hoitotyötä pidetään ammattina, johon sisältyy korkea riski saada stressiä ja burn out. Korkeat stressiluvut ovat yhteydessä siihen, että hoitajat kohtaavat työssään jatkuvasti kärsimystä, surua ja kuolemaa. (Galdikiené 2016, 19.) Rizo-Paeza, ym. vuonna 2017 Meksikossa tehdyssä burnoutia palliatiivisessa hoidossa käsittelevässä tutkimuksessa tuli ilmi, että 37,3 % kärsi korkeasta emotionaalisesta uupumuksesta, 37,8 % kärsi alentuneesta tehokkuudesta ja 35,1 % kärsi korkeasta depersonalisatiosta eli itsensä epätodelliseksi tuntemisesta. Yhteistä näille, jotka kokivat näitä asioita eniten, olivat että heillä oli elämässään paljon muitakin kuormittavia tekijöitä. Kuormitusta lisääviä tekijöitä olivat työskentely läheiseksi tulleen potilaan ja tämän omaisten kanssa. (Rizo-Paeza ym. 2017.)

Stressiä aiheuttavat monet asiat, kuten liiallinen kuormitus töissä tai yksityiselämässä. Stressi koostuu monesta eri tekijästä, ja eri ihmisillä on erilaisia valmiuksia sietää ja kestää sitä. Stressiltä suojaavat tekijät ovat myös yksilöllisiä, samoin kuin niiden suojaavuus. Suojaavia tekijöitä ovat muun muassa hyvät ihmissuhteet, ja ne voivat ikään kuin suodattaa kokonaisstressin määrää yksilöllä. (Nurmi 2017, 18.) Ihminen kestää suhteellisen paljon stressiä, kunhan hänellä on tilaa ja mahdollisuus riittävälle palautumiselle. Stressin oireet ilmestyvät, kun kuormitusta on liikaa, tuolloin palautumiseen ei jää riittävästi resursseja. Nurmi (2017, 19) vertaa stressiä liikennemerkkeihin: ajajan tulee huomioida ajo-olosuhteet, jotta voi säätää oman nopeutensa niihin sopiviksi. Mikäli vastaan tulee varoitusmerkki, olisi hyvä hiljentää vauhtia varoitus huomioiden.

Henkilöstömitoitukset tuovat haasteita hoitotyöhön ja vaikuttavat työssäjaksamiseen. Tämänhetkinen terveydenhuollon ympäristö on vaativa hoitajille, sillä hoitajamäärät ovat alimitoitettuja verrattuna potilaiden moninaisiin eri tarpeisiin. (Galdikiené 2016, 19.) Hoiva-asumisessa henkilöstömitoitus on vanhuspalvelulain mukaisesti 0,5 hoitajaa per potilas (THL 2016; Käypä hoito -suositus 2016). Saattohoidossa olevalla potilaalla olisi suotavaa olla omahoitaja vierellään (Eho ym. 2003, 12). Arvioitaessa tarvittavaa henkilöstömitoitusta pitäisi ottaa huomioon, kuinka paljon ja millaisia toimia sekä virkoja tarvitaan työyksikössä huomioiden toiminnan luonne ja tavoitteet, potilaiden hoidon

tarve, lukumäärä, hoitoisuus, henkilöstön pysyvyys, poissaolot ja työaikamuodot. Lisäksi tulee arvioida henkilöstön vaihtuvuus, vuokrahenkilöstön käyttö, koulutus, henkilöstön työkokemus ja organisaatioon ja johtamiseen liittyvät tekijät. Henkilöstömitoituksen suunnittelun avulla mahdollistetaan hoitotyön edistyminen sekä toiminta, joka houkuttaa kouluttautumaan hoitotyön ammatteihin ja pysymään alalla. Henkilöstövajetta terveydenhuollossa pyritään paikkaamaan esimerkiksi ulkoistamalla ja vuokratyövoimalla. Henkilöstön vaihtuvuudella on todettu olevan työnlaatua heikentäviä vaikutuksia. (Tenhonen 2012, 12–13.)

Riittämätön määrä hoitohenkilökuntaa johtaa muun muassa potilaan inkontinenssiin, painehaavoihin, painon laskuun ja käytöshäiriöihin. Lisäksi henkilökunnan työaika tulisi kohdentaa enemmän varsinaisiin hoitotoimiin. Henkilöstöä mitoittaessa tulee huomioida hoitotyöntekijöiden ja asiakkaiden määrien suhteita. Lisäksi tulisi ottaa huomioon asiakkaiden tarpeet sekä fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. Erityisosaamista edellyttävät asiakkaat vaikuttavat henkilöstötarpeeseen ja ammattitaitovaatimukseen. (Monthan 2011, 14.)

Kärsimyksen lieventäminen alkaa siitä, että kärsimystä keuhetaan. Kärsimyksen keuhminen on myötätuntoa, joten kärsimyksen lievittämisen taito on lohduttamista, tukemista ja vierellä olemista. Kärsimyksen lievittämiseen liittyvät myös olennaisesti onnistunut lääkehoito sekä ei-lääketieteelliset keinot, kuten fysioterapia ja psyykkiset, fyysiset ja hengelliset keinot. (Mattila 2017, 917–918.) Kärsimykseen liittyy myös toistuva luopuminen. Kuoleva joutuu luopumaan omasta terveydestään, läheisistä, sosiaalisesta verkostosta ja statuksestaan. (Hänninen 2017, 2358–2359.) Kärsimyksen kohtaaminen on myös yksi stressiä aiheuttava tekijä saattohoitotyössä (Pavelkova & Buzgova, 2015 218).

Ahdistunut hoitaja välttelee kuolevan potilaan tapaamista ja kuolemasta puhumista (Mattila 2006, 41–42). Ahdistus on yksi keskeisimmistä kuolemaan liittyvistä tunteista, ja kaikista ahdistavimmiksi koetaan ne kuolemat, jotka koskettavat läheltä. Hoitotyö voi käydä rankaksi, jos hoitaja tuntee potilaan tai hänen

omaisensa. Myös sellaiset kuolemat, jotka ovat saman kaltaisia kuin hoitajan läheisen kuolemat ahdistavat. (Suvanen 2013, 2.) Hoitajien asenteet kuolemaan vaikuttavat olennaisesti hoidon laatuun (Terkamo-Moisio 2016, 1).

Hengellisyys saattohoidossa ilmenee siten kuoleva voi alkaa kaipaamaan sitä vaikei olisi aiemmin elämässään ollutkaan erityisen hengellinen. Kuolevalle voi tuoda lohtua se, että uskoo johonkin elämään ja olemassa olevaan korkeampaan voimaan. Kuolevalle on hyvä antaa mahdollisuus saada sielunhoitoa, hänellä voi olla tarve puhua hengellisistä asioista, ne voivat tuoda elämään mielekkyyttä ja lisätä toivoa. Saattohoitopotilas voi toivoa myös Raamatun lukuja, virsien laulamista, papin tapaamista ja potilaalle on hyvä näitä tarjota tarpeen mukaan. Hoitajat saattavat mieltää hengellisyyden vaikeaksi lähestyä, vaikka tiedostamattaan käsittelevätkin sitä potilaiden kanssa päivittäin arjessa potilaan purkaessa ahdistustaan. Hoitajien on tärkeää tunnistaa omien jaksamisensa ja kykyjensä rajat. (Tervo 2017, 17.)

4.3 Hoitajien saattohoito-osaaminen ja työnohjaus

Lähtökohtana saattohoidossa ovat potilaan tarpeet. Potilaan hoitaminen ja omaisten tukeminen on tärkeää saattohoidossa. Kaikkien päätösten, jotka liittyvät hoitotyöhön, tulee olla näyttöön perustuvia. Päätökset tulisi lisäksi tehdä yhteisymmärryksessä kuolevan ja hänen läheistensä kanssa. Hoidon tarpeen arvioiminen ja hyvät hoitotaidot ovat tärkeitä hoitajan ominaisuuksia ja hoitajan tulee tietää mitä saattohoito on, sekä osata soveltaa tietoaan potilaskohtaisiin tilanteisiin. (Anttonen ym. 2014 21–23.) Potilaan toiveiden mukaisen kuoleman toteutumista edistää potilaan toiveiden selvittäminen ja noudattaminen (Anttonen 2016, 100).

Koulutettu henkilöstö tuottaa parempaa hoitoa laadullisesta näkökulmasta, kuin kouluttamaton (Monthan 2011, 14). Saattohoitotyö on raskasta työtä ja koulutuksen merkitys on suuri. Saattohoitoa tarjoavalla yksiköllä tulee olla hyvät valmiudet ja koulutettua henkilökuntaa saattohoidon toteutumisen onnistumiseksi. Saattohoidossa myös yhteistyö on tärkeää, tarvitaan lääkäreitä, hoitajia ja mahdollisesti myös sosiaalityöntekijää, psykologia sekä pappia. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja. (Eho ym. 2003,

11–12.) Hoitohenkilökunnan osaamisen varmistamiseksi, tarvittaisiin yhtenäisen koulutus perustasolla työskenteleville (Tervo 2017, 44–45). Koulutuksella ja työnohjauksella voidaan turvata hoitajien saattohoito-osaaminen ja näin ollen vaikuttaa olennaisesti työssäjaksamiseen.

Työnantaja on velvollinen huolehtimaan työntekijöiden työnohjauksesta, työssä jaksamisesta ja osaamisen varmistamisesta (Eho ym. 2003, 12). Työnohjauksella on olennainen merkitys vaativassa ja henkisesti kuormittavassa asiakastyössä, ja se tukee ammatillista koulutusta, ja sen on todettu parantavan työhyvinvointia. Lisäksi sen avulla haetaan apua työn parempaan ymmärtämiseen, kuormittavuuden säätelemiseen, omaan ammatilliseen kehittymiseen ja työyhteisön haasteiden kohtaamiseen. (Tervo 2017, 7–8, 47–48.)

Työnojausta voidaan toteuttaa joko ryhmässä tai kahdenkeskisesti. Kuolevan hoitotyössä mielekkäin ohjausmuoto on ryhmäohjaus, koska se tukee hoitohenkilökunnan keskinäistä yhteistyötä ja yhteisten raamien löytämistä kuolevan hoitotyössä. Kuolevan hoidon työnohjauksessa ei löydetä oikeita vastauksia tai johtopäätöksiä, vaan hoitaja soveltaa työnohjauksessa löydettyjä näkemyksiä ja ajatuksia omalla tavallaan ollessaan vuorovaikutuksessa kuolevan potilaan kanssa pitäen kuitenkin kiinni yhdessä sovitusta hoidon suuntauksista. Työnohjaus tukee sitä, että kuolema, kuoleminen ja kuoleva ihminen ovat hoitajan opettajina. Kuolevan työnohjauksen tarkoituksena on auttaa hoitajaa kestämään työn raskautta ja ahdistusta sekä auttaa hoitajaa olemaan aito kuolevan hoitosuhteessa. (Siltala 2008, 85, 88–89.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön aiheena on saattohoito hoiva-asumisessa ja opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen, eli jo olemassa olevan tiedon avulla, mitkä ovat ne tekijät, joita tarvitaan hyvän saattohoidon toteuttamiseen hoiva-asumisessa ja mitkä tekijät vaikuttavat saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen hoiva-asumisessa.

Tavoitteena on luoda kirjallisuuskatsaus Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun käyttöön, jonka pohjalta voidaan tulevaisuudessa selvittää saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamisen selvittämiseen hoiva-asumisessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä tarvitaan hyvän saattohoidon toteuttamiseen hoiva-asumisessa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen hoiva-asumisessa?

6 TUTKIMUSMENETELMÄNÄ KIRJALLISUUSKATSAUS

Erilaisiin opinnäytetöihin liittyy olennaisena osana kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on näyttää, mistä näkökulmasta ja miten kyseistä aihetta on jo aiemmin tutkittu (Tuomi & Sarajärvi 2018, 179). Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on, että lukija pystyy muodostamaan kokonaiskuvan aiheesta, jota käsitellään. Kirjallisuuskatsaus on oiva keino havaita aihepiiriin liittyviä ongelmakohtia ja ristiriitoja. Kirjallisuuskatsauksessa tärkeimpänä tehtävänä on teoreettisen ymmärryksen, teorian ja käsitteistön kehittäminen ja jo olemassa olevan teorian arviointi. (Stolt ym. 2016, 7.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tarkoittaa tietyn ja kapean alueen aiempien tutkimusten oleellisen sisällön tiivistelmää. Tässä menetelmässä käydään paljon aineistoa läpi ja kerätään ensisijainen tieto niistä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tukee tiedon keräämistä ja arviointia, ja sillä pyritään luomaan määritelmiä, jotka lisäävät tutkimuksen tieteellistä luotettavuutta. Näyttöön perustuva päätöksenteko on tärkeä näkökulma, joka tarkoittaa tutkitun tiedon ottamista päätöksenteon tueksi ja sitä varten. Finkin mallissa selvennetään seitsemänportaisen prosessin avulla systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laatimista. Ensimmäisenä tehdään tutkimuskysymys, sen jälkeen seuraa kirjallisuuden ja tietokantojen valinta. Kolmanneksi valitaan hakutermit, tämä on syytä tehdä huolellisesti, jotta hakutulokset vastaavat hyvin tutkimuskysymyksiä. Neljänneksi tehdään hakutulosten karsinta, esimerkiksi että minkä kieliset ja milta vuosilta tutkimukset valitaan. Viidenneksi tutkimukset arvioidaan tie-

teellisesti, eli valitaan mahdollisimman laadukas materiaali. Seuraavaksi tehdään itse katsaus standardoituun muotoon, jonka perusteella kerätään tietoa artikkeleista. Viimeiseksi tulokset syntetisoidaan, johon kuuluu useita vaiheita. (Salminen 2011, 6–15.)

Työssämme käytämme kirjallisuuskatsausta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Olemme valinneet tämän menetelmän, koska sen avulla voidaan kerätä laajasti tietoa kapeasta osa-alueesta sekä tekemäämme kirjallisuuskatsausta voidaan hyödyntää tulevaisuudessa tutkittaessa saattohoitotyötä hoiva-asumisessa.

6.1 Aineiston keruu, sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Kirjallisuuskatsaukseen on tarkoitus hakea ja valita tutkimukset, joita käytetään. Hakuprosessissa tulee ottaa huomioon tiedon käyttötarkoitus, käytettävissä olevat resurssit ja prosessin arviointi. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on syytä laatia ennen aineistohakua, sillä niiden avulla aineiston rajaaminen helpottuu. (Johansson ym. 2007, 6.) Jokaiseen tietokantaan kannattaa tutustua etukäteen ja ottaa huomioon tietokantojen omat ohjeet, jos ensimmäisellä hakukerralla ei tule tarpeeksi tuloksia, kannattaa haku toistaa käyttämällä toisia hakusanoja. Jotta hakutuloksia tulisi enemmän, kannattaa hakusanoja myös katkaista käyttämällä esimerkiksi yleisintä katkaisumerkkiä *. (Johansson ym. 2007, 6.) Sen lisäksi, että hakusanoja katkaistaan, rajauksina voidaan käyttää AND-sanaa hakusanojen yhdistämiseen tai OR-sanaa hakemaan eri vaihtoehtoja samaan aihepiiriin liittyen. Lisäksi käytetään NOT-sanaa kun halutaan rajata jotain pois. Sen käyttö on kuitenkin harkittava tarkasti, jottei olennaisia asioita jää pois. (Stolt ym. 2016, 38-40.)

Aineistoa on haettu käyttämällä Medic- PubMed- ja Cinahl (EBSCO) -tietokantoja sekä manuaalisesti kirjoista, pro gradu -tutkielmista ja väitöskirjoista, erilaisista ohjeistuksista ja suosituksista. Aineiston hakua on rajattu siten, että mukaan on otettu ainoastaan ilmaiseksi saatavilla olevia kokonaisia artikkeleita, teoksia ja tieteellisiä tutkimuksia. Aineistot haettiin pääsääntöisesti aika-

väliltä 2008-2018, mutta mukana on kolme tämän aikavälin ulkopuolelle sijoitettavaa lähdetä vuosilta 2006 ja 2003. Nämä lähteet valittiin mukaan, sillä aineistojen sisällöt liittyivät olennaisesti opinnäytetyömme aiheeseen.

Käytimme aineistona pro gradu -tutkielmia, väitöskirjoja, erilaisia tieteellisiä artikkeleita ja kirjoja. Aineiston aiheet olivat saattohoito, hyvä kuolema, hoiva-asuminen ja työssäjaksaminen. Näyttöön perustuva aineisto on haettu käyttämällä Medic-, Cinahl- ja Pubmed -tietokantoja sekä manuaalisesti esimerkiksi Google Scholarista. Kerätty aineisto vastaa tutkimuskysymyksiä.

Aineiston valintakriteerit:

- Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen
- Aineisto on suomen- tai englanninkielistä
- Aineisto on haettu vuosilta 2008-2018 (poikkeuksena 2 aineistoa vuosilta 2006 ja 2003)
- Aineisto on laadultaan opinnäytetyöhön sopiva
- Aineisto on haettu käyttämällä PubMed- Cinahl- ja Medic -tietokantoja sekä manuaalisesti
- Aineisto on kaikkien saatavilla ilmaiseksi

Kuva 1. aineiston valintakriteerit

6.1.1 Elektronisen haun tulokset

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen elektroninen haku on esitelty taulukossa 1. Medic -tietokannassa käyttämämme hakusanat hyvään saattohoitoon hoiva-asumisessa liittyen olivat: Saattohoito, terminaalahoito, hoiva-asuminen, hoivakoti, tehostettu palveluasuminen, hyvä kuolema ja laadukas kuolema. Hakusanat eroteltiin toisistaan niin, että synonyymien välissä käytimme OR rajausta ja eri ryhmät eroteltiin toisista AND rajauksilla.

PubMed ja Cinahl tietokannoista hyvään saattohoitoon hoiva-asumisessa käytimme samoja hakusanoja ja rajauksia kuin Medicistä haettaessa ja hakutulokset olivat osuvia, mutta mukaan työhön ei valikoitunut yhtään aineistoa, sillä aineisto ei ollut saatavilla ilmaiseksi. Käyttämämme englanninkieliset termit

olivat: hospice care, end of life care, nursing care, care home, nursing home, good death ja quality of death.

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen elektroninen haku

Tietokanta	Kielet	Rajaukset	Otsikon perusteella	Tiivistelmän perusteella	Mukaan valitut
Medic	suomi, englanti	2008-2018	389	32	9
PubMed	englanti	2008-2018	12	4	0
Cinahl	englanti	2008-2018	13	5	0
Yhteensä					9

Taulukko 1. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen elektroninen haku

Toisen tutkimuskysymyksen elektronisen haun tulokset ovat esitetty taulukossa 2. Hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen liittyviä hakuja jouduimme tekemään useaan kertaan. Medic-tietokannasta haettaessa käytimme sanoja *saattohoito*, *terminaalihoito*, *hoiva-asuminen*, *hoivakoti*, *tehostettu palveluasuminen*, *työhyvinvointi*, *kuormitus ja työkuormitus*. Synonyymit ovat jälleen erotettu toisistaan OR-rajauksella ja eri aiheet AND-rajauksella.

Pubmed- ja Cinahl-tietokannoista hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen liittyvät haut olivat ongelmallisia. Ensimmäisillä hakukerroilla käytimme englanninkielisiä vastineita sanoille: saattohoito, terminaalihoito, hoiva-asuminen, hoivakoti, tehostettu palveluasuminen, työhyvinvointi, kuormitus ja työkuormitus. Haut eivät tuottaneet tuloksia ja jouduimme muuttamaan hakusanojamme, jotta saisimme tuloksia näkyviin. Hakusanoiksi valikoituivat: hospice, nursing care ja burnout. Kaikkien sanojen välissä käytimme AND-rajauksia. Hakutuloksia tuli muutamia, mutta koska käytämme työssämme vain ilmaiseksi saatavilla olevaa materiaalia, emme pystyneet hyödyntämään tuloksista kuin yhden.

Toisen kysymyksen elektroninen haku

Tietokanta	Kielet	Rajaukset	Otsikon perusteella	Tiivistelmän perusteella	Mukaan valitut
Medic	suomi, englanti	2008-2018	124	6	1
PubMed	englanti	2008-2018	22	5	0
Cinahl	englanti	2008-2018	6	2	1
Yhteensä					2

Taulukko 2. Toisen kysymyksen elektroninen haku

6.1.2 Manuaalinen haku

Manuaalisesti mukaan valittua aineistoa on haettu kirjastosta perehtymällä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen. Lisäksi olemme perehtyneet saattohoitoon ja hoiva-asumiseen liittyviin laatusuosituksiin ja lakeihin. Työssämme olemme käyttäneet myös manuaalisesti haettuja tutkimuksia, käyttäen mm. Google scholaria. Kaikki mukaan valitut aineistot ovat laadultaan opinnäytetyöhön souvia. Manuaalisesti tehdyt haut ja mukaan valitut aineistot on esitelty taulukoissa 3 ja 4.

Ensimmäisen kysymyksen manuaalinen haku

Suosituksset ja lait	Artikkelit	Tutkimukset	Kirjat	yhteensä
11	1	3	5	20

Taulukko 3. Ensimmäisen kysymyksen manuaalinen haku

Toisen kysymyksen manuaalinen haku

Suosituksset ja lait	Artikkelit	Tutkimukset	Kirjat	yhteensä
3	0	5	2	10

Taulukko 4. Toisen kysymyksen manuaalinen haku

6.2 Aineiston analyysi sisällönanalyysinä

Laadullisen tutkimuksen menetelmiä käytetään kirjallisuuskatsauksessa (Hakala 2015, 10). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin, mutta sen toteuttamisessa voidaan käyttää apua aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aineiston järjestelemistä luokkiin ei voida

pitää analysointina. Sisällönanalyysi määritellään yleensä menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysiä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla voidaan muodostaa tutkittavasta ilmiöstä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. (Kyngäs ym. 2011, 138–148.) Sisällön analyysiä voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmissä. Laadullisen tutkimuksen analyysi jaetaan karkeasti kahteen ryhmään: toista ohjaa tietty teoreettinen tai epistemologinen asemointi ja toista ei lähtökohtaisesti ohjaa mikään teoria tai epistemologia, mutta näiden lähtökohtia voidaan soveltaa monipuolisesti. Sisällönanalyysi kuuluu näistä jälkimmäiseen. Kirjallisuuskatsauksessa sisällönanalyysi on aina vain aineiston järjestämisen apuväline, ei varsinainen analyysin väline. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103.)

Aineisto on tarkoitus analyysin avulla saada tiiviiseen, kattavaan, yhtenäiseen ja selkeään muotoon niin, ettei sen sisältämä tieto katoa. Tarkoitus on luoda analyysin avulla selkeyttä aineistoon, josta on helppo tehdä luotettavia johtopäätöksiä ilmiöstä, jota tutkitaan. Mahdollisimman tarkka kuvaus analyysin vaiheista ja tuloksista lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.)

Induktiivinen sisällönanalyysi, eli aineistolähtöinen analyysi, voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122). Sisällön analyysin onnistuminen edellyttää, että tutkija kykenee pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä käsitteet, jotka kuvaavat luotettavasti kuvattavaa ilmiötä ja induktiivisessa sisällönanalyysissä edetään aineiston ehdoilla (Kyngäs ym. 2011, 138–148).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset on analysoitu tutkimuskysymyksittäin. Lähdimme työstämään sisällönanalyysiä ottamalla esille valitsemamme tutkimukset (liite 1: tutkimustaulukko), jonka jälkeen aloitimme tulosten analysoinnin induktiivisesti. Teimme molemmille tutkimuskysymyksille omat analyysikaaviot ja lähdimme etsimään tutkimuksista yksittäisiä havaintoja, joita yh-

distelimme sen jälkeen alakategorioiksi. Alakategorioista muodostui molemmille kysymyksille omat pääkategoriat: saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen ja hyvän elämänlaadun huomioonottava hoito hoiva-asumisessa (liite 3), johon liittyy saattohoitopotilaan fyysisten-, psyykkisten-, hengellisten/henkisten- ja sosiaalisten tarpeiden huomioiminen, hoitajien saattohoito-osaaminen ja organisaatioon liittyvät tekijät sekä toisena pääkategoriana hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen vaikuttavia tekijöitä (liite 4), jotka on jaoteltu työhyvinvointia edistäviin ja heikentäviin tekijöihin.

7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

7.1 Laadukas saattohoito hoiva-asumisessa

Saattohoidon laatu vaihtelee alueittain ja paikoittain. Myös hoitajien saattohoito-osaamisessa on puutteita. Hoitohenkilökunnan tehtävä on hoitaa elämän loppuvaiheessa olevaa ja tukea hänen omaisiaan. Saattohoitotyötä tekevien hoitajien osaaminen on siis saattohoitotyön laadun perusta. (Anttonen 2016, 16.) Lisäämällä hoitohenkilökunnan saattohoito-osaamista voidaan lisätä potilaan hoidon laatua. Saattohoitotyön erityispiirteiden tunnistaminen ja työn edellytyksistä huolehtiminen on tärkeää. (Anttonen 2016, 117.) Hoitajan ammattitaito saattohoidossa ja kivun hoidossa vaikuttavat hoitajan asenteeseen kuoleman kohtaamiseen ja tarjottavaan hoitoon (Terkamo-Moisio 2016, 50). Tervon (2017) mukaan hoitajan myönteinen asenne saattohoitopotilaan hoitamiseen edesauttoi hyvän kuoleman toteutumista. Tervo (2017, 31) kirjoittaa myös, että ”asennonituminen kuolemaan helpottuu, kun sairaanhoitajakoulutuksessa huomioidaan vanhustyön aiheuttamat haasteet, jotka sisältävät myös terminaalivaiheessa olevien potilaiden hoidon.”

Laadun takaamiseksi sitoutuminen Käypä hoito -suositukseen ja toiminnan hyvään laatuun on tärkeää saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä. Saattohoitoa ohjaa potilaan tarpeet riippumatta hoitopaikasta. Avoin tiedon jakaminen on tärkeää väärinymmärrysten välttämiseksi. Käypä hoito -suositukset olisi hyvä käydä potilaan ja hänen omaistensa kanssa läpi hoidon joka vaiheessa.

(Tervo 2017, 45.) Hoitotyön laatua tarkisteltaessa täytyy aina muistaa, että potilas voi kokea laadun eri tavalla kuin hoitaja (Tervo 2017, 77). Kyvykäs hoitohenkilökunta, joka pystyy luottamaan omiin taitoihinsa, vaikuttaa hoitotyöhön ja sen laatuun. Muun muassa vuorovaikutuksen merkitys on isossa osassa ja hoitotyötä voidaan kuvailla jaetulla yhdessä olemisella ja yhdessä tekemisellä. (Anttonen 2016, 122.)

Aaltosen (2015) tutkimuksessa tulee ilmi että, hoiva-asumisessa asuvien hoitopaikka muuttui muita useammin viimeisen kolmen elinkuukauden aikana ja kuolinpaikka oli useimmiten muu kuin paikka, jossa he asuivat kolme kuukautta ennen kuolemaansa. Terveyskeskuksen vuodeosasto on yleisin vanhusten kuolinpaikka (Aaltonen 2015, 57; Tervo 2017, 39). Vapaus valita kuolinpaikkansa on osa hyvää saattohoitoa, sillä tutkimusten mukaan kuolevalle pitäisi tarjota kodinomainen ja hyvä ympäristö (Häkkinen 2015, 17). Lisäksi hoidonlaatu on vahvasti yhteydessä saattohoitopotilaan kuolinpaikkaan (Anttonen 2016, 24). Kuolinpaikan valitseminen tukee itsemääräämisoikeutta ja lisää hallinnan tunnetta (Anttonen 2016, 28).

Hyvän kuoleman edellytyksiä ovat vuorovaikutteinen yhteistyö potilaan, perheenjäsenen ja ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan välillä (Anttonen 2016). Aaltosen (2015, 79-80) mukaan mahdollisuus suunnitella kuolemaan liittyviä tapahtumia ja keskustella hoitolinjauksista hoitohenkilökunnan kanssa on tärkeä osa hyvän kuoleman kokemista. Häkkinen (2015, 1) kertoo hyvän kuoleman merkitsevän hänelle hyvää saattohoitoa, johon kuuluu hyvä kivunhoito, turva, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja läheisten läsnäolo. Suvan (2013, 40) kuvailee tutkimuksessaan hyvää kuolemaa ”hiljaisena hiipumisena” tarkoittaen sitä, että potilas saa nukkua levollisena ikiuneen. Hän lisää, että kuoleman hetken tulee olla rauhallinen, levollinen ja kuolevan tulee tuntea olonsa turvalliseksi. Tämän mahdollistamiseksi Suvan kertoo, että kuolevalle tulisi järjestää oma meluton huone.

Saattohoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämänlaatu (Häkkinen 2015, 7). Saattohoitopotilaan elämänlaatuun vaikuttaa merkittävästi myös toivo (Hävölä ym. 2015, 133). Monthan (2011, 6) kertoo että hoidon laatu on

tärkeä osa laitoshoidossa olevan vanhuksen elämänlaatua. Elämänlaatu korostuu erityisesti silloin kun laitoksessa asuva vanhus on riippuvaisempi ympäristöstään ja avuntarve on suuri. Monthanin mukaan “elämänlaatu on kokonaisuus, joka kattaa erilaisia ulottuvuuksia ja osatekijöitä, kuten terveyden, toimintakyvyn, elämän mielekkyyden, sosiaaliset suhteet, viihtyisän elinympäristön, hengelliset kysymykset, myönteisen asenteen ikääntymiseen, sekä hyvän hoidon ja palvelun”. Hyvä elämänlaatu voidaan saavuttaa kokonaisvaltaisella oirehoidolla ja huomioimalla psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet (Anttonen 2016, 22). Uskonnollisuus ja hengellisyys ovat yksi hoitotyön periaatteista, mutta ne jäävät usein kohtaamatta. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus saada hengellisiin tarpeisiinsa apua myös hoivatoiminnassa. (Tervo 2017, 40.) Potilaan ja hänen omaisten elämänlaatua pyritään parantamaan riippumatta diagnoosista (Tervo 2017, 10). Terkamo-Moisio (2016, 47) tuo tutkimukseensa ilmi, että eutanasian kannattajien mielestä yksilön arvokkuudella ja elämänlaadulla on enemmän merkitystä kuin elämän pituudella.

Saattohoitopotilaan fyysisiä oireita hoidetaan lääkkeillä ja muilla hoitotoimenpiteillä. Käytäntönä on, että saattohoitopotilas saa elää kivuttomana ja oireettomana. (Tervo 2017, 42–43, 55.) Kivunhoito on osa saattohoidon kokonaisuutta. Kivun ennaltaehkäisy ja hoitaminen on ensiarvoisen tärkeää. Erityisesti Suomessa teoreettinen tieto saattohoidosta on oirehoitopainoiteista (Anttonen 2016, 30.) Edellytykset hyvälle saattohoidolle vaativat hoitohenkilöstön erikoisosaamista ja erityisesti laadukasta kivunhoitoa. Saattohoitoon liittyvää erikoiskoulutusta ja työtä tukevaa tietämystä on nykyään tarjolla hoitajille. (Häkkinen 2015, 6.)

Kipu on saattohoitopotilaiden hankalin oire ja se on yhteydessä muihin fyysisiin oireisiin. Kuitenkin kuoleman lähestyessä kivut vähenevät, koska niiden hoitoa tehostetaan tuolloin (Anttonen 2016, 28). Suvasen (2013, 40) tutkimuksen mukaan ”hyvä perushoito ja kivunhoito ovat oleellisia puhuttaessa hyvästä kuolemasta.” Hyvään kuolemaan ei kuulu myöskään pahoinvointia, limaan tukehtumista tai hengenahdistusta. Kivun hoito tarkoittaa saattohoitopotilaalle myös kärsimyksen lievittämistä (Tervo 2017, 42). Saattohoitoon erikoistuneissa yksiköissä kivunhoito, kommunikaatio, kokonaisvaltainen ja yksilöllinen

hoito ja potilaan arvostava kohtelu toteutuivat paremmin kuin sairaalassa. Siirtyminen toiseen hoitopaikkaan ei vähennä kipuja. (Anttonen 2016, 24–25.)

Saattohoitopotilaan kärsimys sisältää pelkoa, vihaa, masennusta, epätoivoa, ja ahdistusta. Saattohoitopotilaan kärsimyksen kohtaaminen on psykososiaalista tukemista, ja sisältää myös inhimillisen vuorovaikutuksen ja jatkuvuuteen perustuvan hoitosuhteeseen, jonka perustana on huolenpito, välittäminen, avoimuus, rehellisyys ja turvallisuuden tunteen luominen. (Häkkinen 2015, 36–37.) Tervo (2017, 42–43) kirjoittaa: ”kärsimykseen liittyy fyysiset sairauden oireet, ihmisenä oleminen ja eläminen sekä kuoleman aiheuttamasta pelosta ja sen käsittämättömyydestä. Fyysisiä oireita saadaan hoidettua lääkkeillä ja muilla hoitotoimenpiteillä. Hengellinen lohdutus, läsnäolo, yhteys muiden ihmisten kanssa ja olemassaolon ahdistuksen kohtaaminen lievittävät kärsimystä. Yksin jääminen ja hylätyksi tulemisen tunne pahentavat kärsimystä, mutta rinnalla kulkeminen vahvistaa vakavasti sairasta. Sillä ei ole muuta hoitoa korvaavaa vaikutusta, sitä ei korvaa myöskään mikään muu.” Kärsimyksen vähentämiseksi tulee ottaa huomioon myös psyykkisten oireiden hoito osana oirehoitoa (Anttonen 2016, 23).

Toivolla ja sen ylläpitämisellä on suuri merkitys saattohoitopotilaan elämän laadussa tutkimusten mukaan (Anttonen 2016, 131; Tervo 2017, 15). Toivon ylläpitäminen saattohoidossa tarkoittaa sitä, että luodaan omaisille tulevaisuuteen rakentuvaa selviytymisen tunnetta (Anttonen 2016, 131). Tervon (2017, 16) tutkimuksen mukaan toivoa kuvataan eteenpäin vieväksi elämän voimaksi, joka tarkoittaa sitä, että niin pitkään kuin on elämää, on myös toivoa. Tervo tuo myös esille sen, että toivon ylläpitäminen ei tarkoita sitä, että saattohoidettavan elämä jatkuisi, vaan toivo helpottaa potilaan omaa olemista ja suhtautumista kuolemaan. Saattohoitopotilaalle ei tule kuitenkaan antaa väärää toivoa ja hoitolinjausten tulisi tältä osin olla niin selkeitä, että potilas ja omaiset ymmärtäisivät ne (Suvanen 2013, 40).

Suvasen (2013, 40–41) mukaan ”hyvään kuolemaan kuuluu, että kuoleva, hänen omaisensa ja hoitajansa ovat tietoisia tilanteesta ja hyväksyvät tulevan.”

Suvasen mukaan hyvään kuolemaan kuuluu myös se, että asiat on käyty etukäteen läpi eikä saattohoidettavan ja hänen omaisensa välillä ole ristiriitoja. Tervo (2017, 41) kertoo tutkimuksessaan, että omaisten ja saattohoitopotilaiden näkemykset saattavat olla erilaisia ja näistä näkemyseroista olisi hyvä keskustella hyvissä ajoin.

7.2 Hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen vaikuttavia tekijöitä

Työskentely ympärivuorokautisessa hoiva-asumisessa on fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavaa. Fyysinen kuormittavuus tarkoittaa esimerkiksi hankalia työasentoja ja raskaita potilassiirtoja. Psyykkinen kuormittavuus tarkoittaa kiirettä, huonoja vaikutusmahdollisuuksia ja huonoa työilmapiiriä. Työkuormitus riippuu kuormitustekijöiden lisäksi työntekijän yksilöllisistä ominaisuuksista. (Hellstén 2014, 17.)

Sairaalatyö kuormittaa eri tavalla kuin työ hoiva-asumisessa ja esimerkiksi perushoitajat kokivat työnsä raskaimmaksi, sillä heidän työnsä koostui useista toistuvista potilassiirroista ilman apuvälineitä. Sairaanhoidajan työ taas pitää sisällään korkean osaamisvaatimuksen ja työskentely hoiva-asumisessa on kiireistä. (Hellstén 2014, 22–23.) Fyysistä kuormittavuutta selittää potilaiden hoitoisuuden lisäksi myös se, onko yksikössä käytössä riittävästi apuvälineitä ja millaiset ovat hoitajan työskentelytavat. Kun käytössä on riittävästi apuvälineitä ja käytetään oikeanlaisia työskentelytapoja, fyysinen kuormittavuus alenee (Monthan 11, 36.) Hellstén (2014, 93) tuo väitöskirjassaan ilmi, että henkilökunnan kouluttaminen potilassiirtoihin ja apuvälineiden käyttöön vähentää hoitotyön fyysistä kuormitusta.

Työhyvinvoinnin kannalta on tärkeää ottaa huomioon myös henkilöstötekijät, sillä hoiva-asumisessa henkilöstön stressi, kiire ja ongelmat johtamisessa heikentävät hoidon laatua ja henkilöstön kuormitus on suurinta vanhusten huollossa (Tenhonen 2012, 10). Hoitohenkilöstön kiire vaikuttaa hoidon laatuun siten, että kuntouttava työote saattaa unohtua ja asiakkaan omat voimavarat saattava jäädä hyödyntämättä. Lisäksi kiireessä saattaa unohtua hoidon yksi-

öllisyys. Kun yksilöllisyys unohtuu, hoitotyöstä tehdään vain se, mikä on välttämätöntä. (Monthan 2011,34–35.) Monthan (2011, 35) pohtii pro gradu-tutkielmassaan myös sitä, onko hoitajien kiire aina kuitenkin aitoa vai aiheuttavatko hoitajat kiireen omilla asenteillaan.

Monthanin mukaan myös henkilöstömitoituksella, työympäristöllä ja työolojen parantamisella on tärkeä osa puhuttaessa työhyvinvoinnista. Anttonen tuo tutkimuksessaan (2016, 91) ilmi, että työnjaolla ja työajan joustavuudella on merkitystä työhyvinvoinnin kannalta. Esimiehen asianmukaisella toiminnalla on merkitystä hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin ja hoitotyön laatuun. Esimiehen antama tuki sekä se, että esimies on helposti lähestyttävissä ja saatavilla edistävät työtyytyväisyyttä. Henkilökohtaista palautetta esimies pystyy antamaan esimerkiksi työntekijän ja esimiehen välillä käytävässä kehityskeskustelussa. Lisäksi suullisesti annettu hyvä palaute edistää työntekijän työssäjaksamista (Monthan 2011, 5, 36). Myös Anttonen (2016, 91) on tutkimuksessaan nostanut esille esimiehen palautteen osana työhyvinvointia.

Tutkimukset osoittavat, että terveydenhuollon henkilöstön stressin määrä on suuri mutta uupumusoireyhtymän määrä on pienempi (Pavelková & Buzgová 2015, 218–219). Kun suunnitellaan henkilömitoitusta, on hyvä huomioida dynaamisuus siinä, mikä tarkoittaa sitä, että henkilöstöä voi tarvittaessa siirtää eri toimipisteisiin esimerkiksi saattohoitotilanteessa. (Tenhonen 2012, 24.) Asiakkaiden hoitoisuus vaikuttaa siihen, miten kuormittavaa työ on ja miten raskaaksi se koetaan. Mitä huonokuntoisempi potilas sitä raskaammaksi hoitotyö käy. Lisäksi hoidonlaadun ja työhyvinvoinnin välillä on yhteys; mitä parempi työhyvinvointi, sitä parempi hoidon laatu. (Monthan 2011,33–34.)

Galdikien (2016, 22) mukaan työn vaatimukset voivat lisätä hoitajien työperäistä stressiä. Galdikiene tuo esiin 6 tärkeintä stressin aiheuttajaa hoitotyössä, jotka ovat: työn kuorma, hoitohenkilökunnan määrä ja kiire. Toisena työntekijöiden väliset suhteet, kolmantena esimiehen johtamistaidot, neljäntenä potilaiden ja heidän läheistensä emotionaalisten tarpeiden kohtaaminen ja väärä diagnosointi ja kuolema, viidentenä vuorotyö ja kuudentena palkitsemattomuus. Perusterveydenhuollossa kuolema ja siihen liittyvät asiat koetaan

stressaavimpina. Lisäksi on löydetty yhteys työtyytyväisyyden ja uupumuksen välillä. (Galdikiene 2016, 44.)

Pitkäkestoinen hoitosuhde vaikuttaa siihen, miten hoitaja kokee potilaan kuoleman. Hoitajan tulee kyetä tukemaan omaisia ja löytää samalla itse tasapaino kiintymyksen ja potilaasta irtautumisen välillä. Kun hoitajan suru on läsnä työpäivissä, se voi aiheuttaa hoitajalle ylikuormitusta. Yhteistyösuhteen päättämiseen olisikin hyvä löytää erilaisia keinoja. Tukipuhelu hoitajan ja omaisen välillä on yksi keino, joka tukee sekä omaisen että hoitajan jaksamista. (Tervo 2017, 39.) Omaiset voivat tukea hoitajan saattohoitotyössä jaksamista antamalla heille palautetta yksilöllisestä hoitamisesta (Anttonen 2016, 91).

Pavelková ja Buzgová (2015, 221-222) ovat tunnistaneeet yhdeksi stressinaiheuttajaksi kärsimyksen kohtaamisen. Suurin stressinaiheuttaja saattohoitotyötä tekevien hoitajien keskuudessa on kuoleman kohtaaminen. Pavelková ja Buzgován mukaan stressaavaksi koettiin myös kiire, heikko itseluottamus ja kivun kohtaaminen. Kuolemanpelko on liitetty kuoleman välttämiseen. Negatiivinen yhteys kuoleman kohtaamisen ja välttämisen välillä on tullut esiin useissa tutkimuksissa. Yksilön kokemukset kuolevan potilaan hoidosta vähentää kuoleman pelkoa ja kuolemaan liittyvää ahdistusta. (Terkamo-Moisio 2016, 19.)

Rizo-Baeza ym. (2017) toteavat tutkimuksessaan, että terveysalalla usein kuolemaa kohtaavat voivat todennäköisemmin sairastua uupumukseen. Kuolemansairaita hoitavia hoitajia uuvuttaa potilaiden lisäksi potilaiden omaiset, joiden kanssa hoitajat ovat paljon tekemisissä. Myös Terkamo-Moisio toteaa väitöskirjassaan (2016, 6), että kuolemaa kohtaavat hoitajat ovat alttiita sairastumaan työperäiseen uupumukseen. Perheellä sekä työn ulkopuolisilla sosiaalisilla suhteilla ja fyysisellä aktiivisuudella koetaan myös olevan stressiä ehkäisevää vaikutusta saattohoitotyötä tekevien hoitajien keskuudessa (Pavelková & Buzgová 2015, 222). Oman elämän elämisen merkitystä korostaa Anttonen (2016, 91) tutkimuksessaan, sillä se vie ajatuksia pois saattohoidosta.

Työhyvinvointia ja työnlaatua parantaa työnohjaus, jolla on myös vaikutuksia työn ymmärtämiseen, työn kuormituksen säätelyyn, ammatilliseen kehittymiseen ja työyhteisön haasteisiin. Työnohjausta pidetään työkaluna, jolla kehitetään työyhteisöä, sillä tarkoitetaan oppimista omassa työssä. Työnohjaus sisältää oman työn arviointia arkityössä. Tavoitteena on, että työntekijä pystyy vaikuttamaan omaan toimintaansa ja työolosuhteisiinsa. (Tervo 2017, 47.) Suvasen mukaan (2013, 67-68) ensisijaisen tärkeää olisi panostaa työnohjaukseen, sillä se vaikuttaa hoitajien hyvinvointiin ja työssäjaksamiseen. Suvanen kertoo, että työuransa aloittaneisiin hoitajiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota, sillä he saattavat kohdata ensimmäistä kertaa kuolemaa. Suvanen lisää, että jaksamista tukemalla pystytään vaikuttamaan siihen, etteivät hoitajat väsyisi ja vaihtaisi alaa. Anttonen (2016, 84, 91) tuo tutkimuksessaan ilmi, että työnohjaus ja työkavereiden tuki koettiin jaksamista edistäväksi voimavaraksi. Tunnetakaan jakaminen työkaverin kanssa oli Anttonen mukaan mahdollista kollegiaalisessa työympäristössä. Hoitohenkilökunnan voimavaroja vahvistivat Anttonen mukaan myös työn määrän ja -laadun rajaaminen, tyytyväisyyden tunne työssä ja ammatillinen kehittyminen. Anttonen tuo tutkimuksessaan ilmi myös sen, että saattohoitotyötä tekeville tarvitaan myös sisäänrakennettuja tukikeinoja, kuten päivittäistä keskustelua työkavereiden kanssa, purkukeskusteluja silloin kun on kohdattu haasteellinen hoitotilanne, yksilö-, ja ryhmätyönohjausta ja sellaista inhimillistä johtamista, joka huomioi työntekijöiden kuormitusta.

Tervon (2017, 45) mukaan ”koulutukseen ei vielä ole riittävästi resursseja paikallisesti.” Tervo toteaa, että saattohoitokoulutukselle on tarvetta mutta käytännön toteutus uupuu vielä. Tervon tutkimuksesta selvisi myös, että irrottautuminen koulutukseen koetaan hankalaksi. Hoitajat kokivat, että he joutuvat korvaamaan koulutuksessa olevan työtoverin työpanoksen koska lyhyisiin sijaisuuksiin ei oteta sijaisia. Hoitohenkilökunta tarvitsee lisää koulutusta myös surevan omaisen kohtaamiseen, mutta tämä ei aina toteudu. (Tervo 2017, 39.) Korkeampi koulutus ja kuoleman kohtaaminen on yhdistetty vähempään kuolemanpelkoon (Terkamo-Moisio 2016, 19). Ammatillisella kasvulla on merkitystä puhuttaessa saattohoitokoulutuksesta, sillä se motivoi hoitajia hankki-

maan lisäkoulutusta. Koulutus laajentaa ja syventää näkemystä siitä, miten ihminen kohdataan ja miten häntä ymmärretään saattohoidossa. Kun hoitohenkilökunnan taidot kehittyvät, pystyvät he olemaan paremmassa vuorovaikutuksessa potilaan ja omaisen kanssa ja näin ollen tuottamaan laadullisesti parempaa saattohoitoa. (Anttonen 2016, 109.)

Työnohjauksen ja koulutuksen lisäksi myös työpaikkaan ja toimintaan perehdytyksellä on merkitystä. Perehdytyksen avulla työntekijälle tulee tutuksi työyhteisö, potilaat, työnkuva ja työn vaatimukset. Perehdytys työpaikkaan on myös jokaisen oikeus. Vastuussa perehdytyksestä on esimies, mutta työntekijän perehdytykseen osallistuvat kaikki työyhteisön jäsenet. Onnistunut perehdytys on laadukasta ja työntekijän tulee saada sitä aina kuin kokee tarvitsevänsä. (Tervo 2017, 49.) Keskittymällä siihen, miten hoitajien työhyvinvointia voidaan parantaa, pystytään vaikuttamaan suoraan siihen, millaista hoitoa hoitajat tuottavat. Hyvinvoiva henkilöstö tuottaa laadultaan parempaa hoitoa, kun henkilöstö, joka ei työssään voi hyvin. (Monthan 2011, 36.) Anttonen (2016, 108) tiivistää tutkimuksessaan, että: ”Saattohoitajaksi kasvamista edistää hoitajan saama tuki työyhteisössä. Moniammatillinen tiimityö ja omahoitajana toimiminen luovat kombinaation kokemukseen perustuvalle oppimiselle, turvalliselle hoitamiselle ja työssä kehittymiselle. Työyhteisöllisen tuen saaminen on jokapäiväistä kokemusten jakamista ja toisiltaan oppimista, yksilö- tai ryhmätyönohjauksen ja työnantajatuen saamista. Saattohoitaja tarvitsee myös kuuntelijan omille kokemuksilleen. Työnohjauksella voidaan lisätä tietoisuutta omien voimavarojen tukemisen tärkeydestä.”

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimustulokset osoittivat, että tässä kirjallisuuskatsauksessa esille tulleet asiat vaikuttavat hyvään saattohoitoon. Tuloksista selvisi, että toteuttaessa saattohoitoa, käytetään Käypä hoito -suosituksia. (ks. Tervo 2017). Hyvä kuolema on osa onnistunutta saattohoitoa ja sen merkitys on yksi saattohoidon keskeisimpiä käsitteitä (Aaltonen 2015; Tervo 2017; Anttonen 2016; Häkkinen 2015; Suvanen 2013).

Saattohoidon laatuun vaikuttaa koulutus ja hoitajan ammattitaito ja asenne kuolemaan (Anttonen 2016; Häkkinen 2015; Terkamo-Moisio 2016; Tervo 2017). Elämänlaadun tärkeys ja sen ylläpitäminen nousivat esille useassa tutkimuksessa merkittävänä osana hyvän saattohoidon toteutumista (Tervo 2017; Anttonen 2016; Aaltonen 2015; Häkkinen 2015; Hävölä ym. 2015; Monthan 2011). Käypä hoito -suosituksissa korostetaan elämänlaadun merkitystä myös tehostetussa palveluasumisessa, eli hoiva-asumisessa. Tämän kirjallisuuskatsauksen teoriaosiossa on esitetty saattohoitoa toteuttavien yksiköiden laatukriteerit. Lisäksi katsauksessa on tuotu esille, että hoiva-asumisessa on mahdollisuus saattohoidolle.

Kuolinpaikalla on merkitystä saattohoidossa olevalle potilaalle (Aaltonen 2015; Tervo 2017; Anttonen 2016; Häkkinen 2015) ja turhia potilassiirtoja elämän loppuvaiheessa tulisi välttää (Aaltonen 2015). Kirjallisuuskatsauksen perusteella, jokaisella tulisi olla oikeus valita oma kuolinpaikkansa, mutta tutkimustulosten perusteella vanhusten yleisin kuolinpaikka on terveyskeskuksen vuodeosasto. (Aaltonen 2016, 57; Tervo 2017, 39.)

Saattohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyen tulee huomioida fyysiset (Tervo 2017; Anttonen 2016) ja psykososiaaliset (Anttonen 2016; Häkkinen 2015) ja henkiset (Tervo 2017; Anttonen 2016) tarpeet. Myös toivolla on suuri merkitys (Tervo 2017; Anttonen 2016). Saattohoitopotilaan tunteiden kirjo ja niiden huomioiminen tuli myös ilmi kirjallisuuskatsauksessa osana kokonaisvaltaista saattohoitoa.

Tuloksista ilmenee, että saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamista hoiva-asumisessa estävät tekijät ovat fyysisesti raskas työ, mikä on yleistä erityisesti vanhustenhoidossa (Hellstén 2016; Monthan 2011). Saattohoitotyö on lisäksi psyykkisesti kuormittavaa, ja tulosten mukaan kuoleman kanssa tekemisissä olevat hoitajat ovat alttiimpia sairastumaan työperäiseen uupumukseen, sillä kuoleman kohtaaminen hoitotyössä on stressaavaa (Pavelková & Buzgová 2015; Terkamo-Moisio 2016; Rizo-Baeza ym. 2017; Galdikiene 2016).

Saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamista edistäviä tekijöitä tutkimustulosten perusteella olivat esimieheltä saatu tuki ja hyvät johtamistaidot (Monthan 2011; Anttonen 2016; Galdikiene 2016), oikeanlainen henkilöstömitoitus (Pavelková & Buzgová 2015; Tenhonen 2012), työnohjaus (Tervo 2017; Anttonen 2016; Suvanen 2013). Lisäksi oikeanlaisella saattohoitokoulutuksella on osoitettu olevan merkitystä työhyvinvointia edistävänä tekijänä. Enemmän koulutusta saaneet hoitajat ovat vähemmän stressaantuneita ja ahdistuneita. (Tervo 2017; Terkamo-Moisio 2016.) Työnohjauksen ja koulutuksen merkitys nousi esille työhyvinvointia lisäävänä tekijänä myös kirjallisuuskatsauksessa.

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että tässä kirjallisuuskatsauksessa esille tulleet asiat ovat hyvän ja laadukkaan saattohoidon edellytyksiä. Hyvään saattohoitoon hoiva-asumisessa kuuluu hyvän saattohoidon toteutumiseksi useita eri osatekijöitä. Saattohoito on kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa, joka koostuu niin hoidon laadusta, kuin elämänlaadun ylläpitämisestä. Tutkimuskysymyksen 1. tehdystä sisällönanalyysistä (liite 3) havainnollistaa, että eri saattohoidon osa-alueet ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi oirehoito on laadukasta hoitoa ja samalla se parantaa saattohoitopotilaan elämänlaatua. Hoiva-asumisessa täytyy olla edellytykset saattohoidolle.

Hyvään saattohoitoon kuuluu, että potilas saa itse valita kuolinpaikkansa, ja koska saattohoito kuuluu osana hoiva-asumisen palveluihin, pitäisi hoiva-asumisessa asuvan vanhuksen saada kuolla siellä hänen niin halutessaan. Hoitajien hyvällä saattohoitokoulutuksella voitaisiin saada tuloksia siinä, että turhat potilassiirrot sairaaloihin vähenisivät ja kuoleva potilas saisi elää saattohoitovaiheen ja kuolla tutussa ja turvallisessa ympäristössä läheisten ja tutujen hoitajien läsnä ollessa.

Tutkimuksissa tuli ilmi, että saattohoidon laatu vaihtelee sairaanhoitopiireittäin ja alueittain. Tämä voisi johtua siitä, että saattohoidosta ei ole säädetty omaa lakia mikä ohjaisi sitä, ja saattohoitosuosituksia saatetaankin hyödyntää varsin

vaihtelevasti paikasta riippuen, sillä suosituksia ei kukaan pakota noudattamaan, vaikka saattohoidon laatua valvottaisiinkin. Paremman saattohoidon takaamiseksi tulisi laatia saattohoitolaki, sillä se nostaisi varmasti saattohoidon tasoa ja lisäisi sen tasalaatuisuutta paikasta riippumatta.

Työntekijöiden hyvinvoinnilla näyttäisi myös olevan vaikutusta hoidon laatuun, joten työhyvinvointiin tulisi panostaa. Hyvinvoiva hoitohenkilökunta pystyy tuottamaan laadultaan parempaa hoitoa ja näin ollen myös saattohoidon laatu paranee. Työntekijöiden saattohoitokoulutukseen kannattaa tulosten perusteella panostaa, sillä koulutuksella on vaikutusta sekä saattohoidon laatuun, että hoitajien saattohoitotyössä jaksamiseen. Toisesta tutkimuskysymyksestä tehty analyysikaavio (liite 4) havainnollistaa, että työhyvinvointi koostuu monesta eri tekijöistä ja kiinnittämällä huomiota työhyvinvointia lisääviin tekijöihin, saadaan hyvinvoivaa henkilökuntaa.

Jatkotutkimusehdotuksina ehdotamme, että tämän kirjallisuuskatsauksen pohjalta tutkittaisiin, toteutuuko hyvä saattohoito hoiva-asumisessa ja mitkä asiat vaikuttavat hoiva-asumisessa saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen. Lisäksi voitaisiin tutkia, onko hoiva-asumisessa työskentelevät hoitajat saaneet saattohoitokoulutusta, miten saattohoitopotilaan lääkehoito toteutuu hoiva-asumisessa, toteutuuko saattohoitopotilaan hoitotahto kuolinpaikan ja hoidon suhteen ja siirtykö saattohoitopotilas elämänsä loppuvaiheella toiseen hoitolaitokseen kuolemaan.

8.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusten luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen kriteerien mukaisesti. Kriteereille yhteistä on, että luotettavuuden lisäämiseksi on pyrittävä mahdollisimman tarkan analyysin raportointiin. Analyysiprosessista tehdyt esimerkit auttavat lukijaa havainnollistamaan prosessin etenemistä ja luotettavuutta lisää se, että tutkija osoittaa yhteyden aineiston ja tulosten välillä. Suorien lainausten käyttö on keskeistä tulosten raportoinnissa. (Kyngäs ym. 2011, 139–140.) Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on se, että noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2009, 20).

Tutkimuksen eettisiin periaatteisiin lukeutuu myös tutkijoiden aito kiinnostuneisuus luotettavan tiedon hankintaan ja plagiointikielto. Toisen ihmisen kunnioitus ja eettisten vaatimusten noudattaminen lisää myös työn eettisyyttä. Tutkijan on toimittava niin, että hänen toimintansa kunnioittaa myös toisia tutkijoita. Tutkimuksen sisäistä etiikkaa ovat todellisuus, luotettavuus sekä aineiston raportointi ja ulkopuolista etiikkaa taas ovat aiheen valinta ja tutkimuksen käsittely. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173.)

Saattohoito on aiheena hyvinkin ajankohtainen ja ajankohtaisuus on tutkimusmenetelmän valinnan ohella yksi eettisyyden kriteereistä. Työssämme olemme rajanneet aineiston kymmeneen vuoteen eli ajalle 2008-2018, pois lukien pari vanhempaa lähdettä. Opinnäytetyö toteutuu kirjallisuuskatsauksena, jonka luotettavuus koostuu tutkimuskysymyksistä ja aineiston keruusta, joka perustuu tutkimuskysymyksiin.

Luotettavuus ja eettisyys ovat vahvistuneet opinnäytetyön edetessä. Työn eettisyyttä lisää se, että aiheena saattohoito on meille vieras käytännön tasolla, mikä poissulkee omien kokemusten ja näkemysten tuomisen työhön. Työn luotettavuutta lisää, että kirjallisuuskatsausta on ollut tekemässä kaksi eri tekijää ja mukaan otetut tutkimukset on valittu yhdessä, aihe on rajattu vastaamaan tutkimuskysymyksiä, sekä se, että mukaan on valittu sekä suomen- että englanninkielisiä lähteitä ja kansainvälisiä tutkimuksia. Luotettavuutta vähentää se, että mukaan on valikoitunut vain sellaisia tutkimuksia, jotka on mahdollista saada ilmaiseksi luettavaksi internetin välityksellä sekä se, että tekijöinä on kaksi kokematon korkeakoulutasoisen opinnäytetyön tekijää. Toisaalta luotettavuutta vähentää myös se, että tässä opinnäytetyössä tutkittiin kahta ai-
hetta, joihin löytyi paljon tutkimustietoa, kaikkea tietoa ei voitu ottaa mukaan. Opimme tästä sen, että tutkittavan ilmiön tai asian olisi hyvä olla tarpeeksi ka-
pea, jotta löydetyn tiedon voisi hyödyntää mahdollisimman laajasti.

8.4 Oma oppimisprosessi

Valitsimme aiheen tammikuussa 2018. Alun perin työn tilaajana oli Kotkan kaupunki ja tarkoituksena oli, että teemme kyselytutkimuksen hoiva-asumisen

henkilöstölle. Tarkoituksenamme oli aluksi tehdä kyselytutkimus, mutta ohjaintien opettajien ehdotuksen mukaisesti vaihdoin menetelmän kirjallisuuskatsaukseksi ja tämä toi alkuvaiheessa lisähaasteita, sillä menetelmän muuttaminen tarkoitti perehtymistä täysin uuteen menetelmään. Samalla työn tiilaja muuttui Kaakkois-Suomen ammattikorkeakouluksi. Tämän rinnalla aloimme hahmottelemaan työtämme.

Käynnistimme tiedonhakuprosessin keväällä tekemällä tiedonhakuja ja tutkimalla aihetta ja aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä aiheesta. Teimme aikataulusuunnitelman kartoitusta jo aihetta valitessa tammikuussa, mutta varsinainen suunnitelma tehtiin ennen ensimmäistä seminaaria kesäkuussa (liite 2). Idea ja suunnitelmaseminaari saatiin pidettyä kesäkuun alussa, ja kesän käytimme suorittaen useita hakuja ja kirjallisuuskatsauksen teoriaa kirjoittaen. Syyskuuhun mennessä olimme saaneet haettua tutkimukset, joita käytimme tulosten analysoinnissa.

Lokakuussa 2018 pidimme toteutusseminaarin, jonka jälkeen tarkastelimme vielä omaa tiedonhakuamme ja kävimme opinnäytetyöpajalla suorittamassa uusia hakuja, jotta saisimme opinnäytetyöhömmä systemaattisesti tehdyn tiedonhaun ja työssämme tehty tiedonhaku on tehty opinnäytetyöpajasta saamiemme ohjeiden mukaisesti.

Tiedonhaun jälkeen alkoi tulosten raportointi ja analysointi, minkä aikana ymmärsimme, että meillä on kaksi aihetta. Haettuja tutkimuksia oli kuitenkin kertynyt tarvittava määrä tulosten analysointiin, ja saimme varsinkin saattohoitotyötä tekevien hoitajien työssäjaksamiseen vaikuttavista tekijöistä kattavan analyysin. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on opettanut meille paljon saattohoidosta ja saattohoitotyön kuormittavuudesta sekä niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat saattohoidon toteutumiseen ja työn kuormittavuuteen hoiva-asumisessa.

LÄHTEET

Aaltonen, M. 2015. Patterns of Care in the Last Two Years of Life - Care transitions and places of death of old people. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98030/978-951-44-9902-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 18.6.2018].

Anttonen, M.-S. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa – Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 30.5.2018].

Anttonen, M.-S., Kiuru, S. & Tikkala T. Saattohoidon määrittely, Potilaan oikeudellinen asema saattohoidossa, Läheisen oikeudellinen asema saattohoidossa, hoitotyö saattohoidossa. Teoksessa Erjanti, H., Anttonen, M-S., Grönlund, A. & Kiuru, S. (toim.) 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy, 21

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564

Eho, S., Hänninen, J., Kannel, V., Pahlman, I. & Halila, R. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559090/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf/4ca4d3d8-90a7-429e-8ba4-4e1bcfa2d75a/Ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+raportti+saattohoidosta.pdf.pdf> [viitattu 14.6.2018].

Etelä-Kymenlaakson kunnat. 2016. Hoiva-asumisen toimintamalli Etelä-Kymenlaakson kunnille. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkawwwstructure/17568_hoivamalli2010.pdf [viitattu 5.7.2018].

ETENE-julkaisuja 36. Saattohoito Suomessa vuosin 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus. 2012. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559054/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf/58ee136a-919b-4e32-8b18-f131143747a7/ETENE-julkaisuja+36+Saattohoito+Suomessa+vuosina+2001%2C+2009+ja+2012+-+suunnitelmat+ja+toteutus.pdf.pdf> [viitattu 12.9.2018].

Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus 20.5.1999/63

Galdikiené, N. 2016. Nurses' Occupational Stress in Primary Health Care

Evaluated in connection to organizational social context. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99937/978-952-03-0244-3.pdf?sequence=1> [viitattu 9.8.2018].

Hannikainen, P. 2008. Potilaan itsemääräämisoikeus, ammattihenkilöiden velvollisuudet ja eutanasia. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S., Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry, 17–18.

Hellstén, K. 2016. Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhustenhoidossa. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/98971/AnnalesC391Hellsten.pdf?sequence=2> [viitattu 17.6.2018].

Hildén, H-M. 2006. Hoitotahto. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku - hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 29–31.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 22. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 20.

Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1> [viitattu 3.5.2018].

Häkkinen P. 2015. ”Tärkeää on hyvän jakaminen ja antaminen niin, että siinä on sydän mukana” - Sosiaalityötä saattohoidossa – kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen sosiaalityön keinoin. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98261/GRADU-1449843437.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 5.7.2018].

Hänninen, J. 2017. Kuolemaan liittyvä kärsimys on ymmärrettävää. Suomen Lääkärilehti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.laakari-lehti.fi/pdf/2017/SLL422017-2358.pdf> [viitattu 19.8.2018].

Hänninen, J. 2015. Saattohoidon yksiköiden laatukriteerit. Ratamo. Kouvolan terveystalot. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/documents/1833076/a70795d9-17e5-4912-8290-927c8df84963> [viitattu 6.6.2018].

Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. *Sic!: lääketietoa Fimeasta* 5. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu [Viitattu 12.7.2018].

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo10798.pdf> [viitattu 6.6.2018].

Hänninen, J. & Anttonen, M-S. Saattohoitopäätös ja hoitolinjausten merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S., Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto Ry, 26–30.

Hänninen, J. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. 2006 Teoksessa: Hänninen, J. (toim.). Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Duodecim. Otavan Kirjapaino oy, 55–60, 76–78.

Hänninen, J. 2003. Kenelle kuolema kuuluu. *Duodecim*-lehti. PDF-julkaisu. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo93831> 1893–1899 [viitattu 26.10.2018].

Hävölä, H., Rantanen, A. & Kylmä, J. 2015. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvamina. *Hoitotiede*-lehti 27, 132–147.

Johansson, K. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. *Wsoy pro*, 173

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisissä tutkimuksissa. *Hoitotiede*. WWW-julkaisu. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisällönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa [viitattu 1.10.2018].

Käypä hoito -suositus. 2018. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.2.2018. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50063#s5> [viitattu 26.7.2018].

Käypä hoito -suositus. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 22.9.2016. Saatavissa: <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01676> [viitattu 14.6.2018].

Laakkonen, M-L. & Pitkälä, K. 2006. Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen hoitotoiveita? Teoksessa Hänninen, J.(toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku - hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Keuruu: Duodecim. Otavan kirjapaino Oy, 76–78.

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Mattila, K.-P. 2017. Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. *Lääkäri-lehti*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/hyva-saattohoito-ja-karsimyksen-kohtaaminen/> [viitattu 18.5.2018].

Mattila, K.-P. 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen toivo ja ahdistus. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) *Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset kuoleman lähestyessä*. Keuruu: Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy, 41–42.

Monthan, M. 2011. Hoidon laatu ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointi tehostetun palveluasumisen yksiköissä Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/36865/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-2011102611596.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 25.10.2018].

Nurmi, H. 2017. Työuupumuksen itsehoito – Kuinka kierrän karikot. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim ja Heli Nurmi, 17–19, 24–26

Pavelková, H. & Bužgová, R. 2015. Burnout among healthcare workers in hospice care. University of Ostrava Department of Nursing and Midwifery. Faculty of Medicine. Czech Republic. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-01/5-pavelkova-buzgova.pdf> [viitattu 24.10.2018].

Poukka, P. & Korhonen, T. 2015. Lääkehoito saattohoidossa ja Kipulääkitys saattohoidossa. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) *Palliativinen hoito*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 259–265.

Pöyhiä, R. 2015. Palliativinen sedaatio. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) *Palliativinen hoito*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 266.

Rizo-Baeza, M., Mendiola-Infante, S., Sepehri, A., Palazón-Bru, A., Gil-Guillén, V. & Cortés-Castell, E. 2017. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of Nursing Management*. Volume 26, Issue 1. WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12506> [viitattu 30.10.2018].

Saarto, T. & Asiantuntijaryhmä. 2017. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen – Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 15.8.2018].

Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J., Utriainen, T., Lindgren, M., Konttila, T., Lahti, P., Hallamaa, J., Sirola, J., Puustinen, R., Karjalainen P., Papinaho, S., Peiponen, A., Juva, K., Kallunki, M., Kuuskoski, E., Vainio, A., Sipiläinen, H.,

& Stoor, H. 2014. Vanhuskuolema. Konsensuslausuma. Duodecim. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/xmedia/duo/duo11523.pdf> [viitattu: 16.7.2018].

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf [viitattu 29.9.2018]

Siltala, P. Työnohjaus kuoleman kohtaamisessa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S., Agge, E. 2008. Sairaanhoidaja ja kuolevan hoito. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry, 93.

Sosiaalihuoltolaki 31.12.2014/1301

Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmä. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/hanke/-/hankesivu/hanke?tunnus=STM055%3A00%2F2018> [viitattu 31.10.2018].

Työhyvinvointi. s.a. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/tyohyvinvointi> [viitattu 3.9.2018].

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731

Henkilöstö. 2018. SuPer-liitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/henkiloston-maara/> [viitattu 24.7.2018].

Suwanen, T. 2013. Merkityksellinen kuolema hoitotyössä. Helsingin yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42399/merkityk.pdf?sequence=1> [viitattu 18.5.2018].

Tasmuth, T. 2017. Saattohoito on edistynyt tuntuvasti. *Lääkärilehti* 13/2017 vsk 72. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www-laakarilehti.fi.ezproxy.xamk.fi/ajassa/paakirjoitukset/saattohoito-on-edistynyt-tuntuvasti/> [viitattu 3.5.2018].

Tenhonen, T. 2012. Hoitotyön henkilöstömitoitus perusterveydenhuollossa: sähköiseen rekisteritietoon perustuva tarkastelu. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121047/urn_nbn_fi_uef-20121047.pdf [viitattu 3.5.2018].

Terkamo-Moisio, A. 2016. A. Complexity of attitudes towards death and euthanasia. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2198-7/urn_isbn_978-952-61-2198-7.pdf [viitattu 3.5.2018].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Tervo, R. 2017. ”Sitä yrittää venyttää sitä aikaa potilaan luona.” – Kuuden sairaanhoitajan kokemukset saattohoidosta. Itä-Suomen yliopisto. Teologian osasto. Pro-gradu tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180090/urn_nbn_fi_uef-20180090.pdf [viitattu 18.5.2018]

THL. 2016. Kiinteä hoitajamitoitus ei vielä takaa hyvää vanhustenhoitoa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 11.11.2016. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/-/kiinteä-hoitajamitoitus-ei-vielä-takaa-hyvää-vanhustenhoitoa> [viitattu 3.5.2018]

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Helsinki: Tammi.

Työsuojelu. s.a. Fyysinen kuormitus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/fyysinen-kuormitus/nostot-kasin> [viitattu 18.5.2018].

Työterveyslaitos. s.a. Työhyvinvointi. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/> [viitattu 3.9.2018].

Valvira. 2017. Saattohoito. WWW –dokumentti. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito [viitattu 18.5.2018].

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980

YK. 1975. Kuolevan oikeuksien julistus.

Yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä 24/2010

Tekijä, tutkimuksen nimi, julkaisutiedot	Tutkimusmenetelmä	Tutkimuksen tavoite	Keskeiset tutkimustulokset
<p>Riitta Tervo ,”SITÄ YRITTÄÄ VENYTÄÄ SITÄ AIKAA POTILAAN LUONA” Kuuden sairaanhoitajan kokemukset saattohoidosta, Pro gradu – tutkielma, käytännöllinen teologia, läntinen teologia, Itä - Suomen yliopisto, teologian osasto, marraskuu 2017</p>	<p>Haastattelu</p> <p>Osa haastattelussa käytetyistä kysymyksistä on strukturoituja ja osa on avoimia kysymyksiä.</p>	<p>Tutkielmassa selvitetään sairaanhoitajien vastausten perusteella, millaisia tunteita kuoleman läheisyys herättää. Haastattelussa pyritään kuvaamaan, miten saattohoitopotilaan hoitokäynti eroaa niin sanotusta normaalista hoitokäynnistä. Tavoitteena on luonnehtia käynnin luonnetta ja siihen käytettyä aikaa, kun käynti tehdään saattohoitopotilaan luo.</p> <p>Onko koulutuslalla merkitystä valmiuksiin kohdata kuoleva potilas.</p>	<p>Työnohjausta ei ollut menossa missään yksikössä, missä sairaanhoitajat työskentelivät. Sairanhoitajat itse kokevat työnohjauksen tarpeelliseksi työn kuormittavuuden vuoksi. Saattohoitopotilaiden hoidon laatu oli hyvää. Sairanhoitajat eivät itse olleet mukana hoitoprosessin tekemisessä, vaikka heillä oli siihen suurin tietämys.</p> <p>Sairanhoitajat kokivat tarvitsevansa koulutusta saattohoidosta ja surun kohtaamisesta, kaikkialla sitä ei ollut mahdollista järjestää.</p> <p>Lähestyvät kuolemat ja kuolemat haasteellisia hoitohenkilökunnalle</p>
<p>Mercedes Rizo-Baeza, Susana Virginia Mendiola-Infante, Armina Sepehri, Antonio Palazón-Bru, Vicente Francisco Gil-Guillén, Ernesto Cortés-Castell, Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors, Journal of Nursing Management, Volume 26, Issue 1, 2017</p>	<p>Observational cross-sectional study involved 185 palliative care nurses in Mexico. Primary variables were burnout defined by its three dimensions(emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment)</p>	<p>To analyse the association between psychological, labour and demographic factors and burnout in palliative care units</p>	<p>Multivariate models were very accurate in explaining burnout in palliative care nurses. These models must be externally validated to predict burnout and prevent future complications of the syndrome accurately</p>

<p>Terkamo-Moisio, A. Com-plexity of attitudes towards death and eutha-nasia. Väitös-kirja. Itä-Suomen Yliopisto, 2016</p>	<p>laadullinen haastattelu ja määrällinen kyselytutkimus</p> <p>haastateltu 17 perusterveydenhuollossa työskentelevää sairaanhoitajaa</p> <p>Kyselytutkimus, johon osallistui 1003 sairaanhoitajaa ja 2796 kansalaista</p>	<p>Selvittää sairaanhoitajien ja kansalaisten kuolemaan liittyviä asenteita</p>	<p>Asenne kuolemaan vaikuttaa olennaisesti hoidon laatuun. Hoitohenkilökunnan osaaminen vaikuttaa saattohoidon laatuun, joten osaamista on tehostettava. Potilaan ja omaisen kohtaaminen arvostavasti on osa hyvää saattohoitoa</p>
<p>NIJOLÉ GALDIKIENÉ, Nurses' Occupational Stress in Primary Health Care Evaluated in connection to organizational social context, Academic dissertation, The School of Health Sciences of the University of Tampere, 2016</p>	<p>A quantitative descriptive cross-sectional study design using validated instrument</p>	<p>The purpose and research questions of the study relate to the description and evaluation of nurses' stress and the organizational culture, climate and morale in primary health care.</p>	<p>Most frequently nurses experience stress when they have a heavy workload, experience conflict with supervisors and staff, or undertake work with high emotional demands. Furthermore, researchers have found potential relationships that exist between stress and the organizational social context.</p> <p>Nurses working in primary health care experienced stress related to situations when facing death and dying, and when experiencing conflicts with physicians, and when dealing with patients and their families.</p>

<p>Mirja Sisko Anttonen, Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta, akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, 2016, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede</p>	<p>Ground theory – menetelmä Induktiivinen tutkimus, haastattelut haastateltiin potilaita, perheenjäseniä ja hoitohenkilökuntaa saattohoitokodeissa ja kotisairaaloissa.</p>	<p>Saattohoidon kehittäminen lähtee potilaan ja omaisen tarpeista. Ymmärryksen lisääminen saattohoidosta ja sen moniloittuvuudesta niin, että tietoa voidaan hyödyntää koulutussisältöön, saattohoidon toteutumisen suunnitteluun ja johtamiseen sellaisissa yksiköissä, joissa toteutetaan saattohoitoa</p>	<p>Omiin taitoihin luottaminen tärkeää, kun toteutetaan saattohoitoa, sillä se vaikuttaa saattohoidon laatuun. Kuoleman vaikeuden lievitys näkyy hoitohenkilökunnan osaamisessa.</p>
<p>Mari Aaltonen, Patterns of Care in the Last Two Years of Life Care transitions and places of death of old people, Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö, hoitotiede, loka-kuu 2015</p>	<p>Data were derived from comprehensive national registers and included information on the old population and their care use. The data were collected in three different sets, altogether from the years 1998-2008, and included the information on people who died at the age of 70 or older in the study years and the care they received two years (730 days) before death.</p>	<p>In this research the main aim was to examine the care patterns, described by care transitions in last two years of life and the places of death, for people aged 70 or older, and separately for people with dementia.</p>	<p>Relatively little is known about the care patterns in the old population when the time of death is close; it is known, however, that care transitions and places of death have an effect on the quality of the end of life. A health center was the most common place of death for all of the study years. The proportion of people who died in a general hospital or at home was lower in 2008 than in 1998. In 2008 a university hospital and residential care, especially sheltered housing with 24-hour assistance, were more frequent places of death than in previous years. People who died in residential care had a median of 727 days of care. They most frequently had transitions between a health center and residential care, and also between home and residential care or a health center.</p>

<p>Pipsa Häkkinen, "TÄRKEÄÄ ON HYVÄN JAKAMINEN JA ANTAMINEN NIIN, ETTÄ SIINÄ ON SYDÄN MUKANA" Sosiaalityötä saattohoidossa – kuolevan ihmisen ja hänen läheistensä tukeminen sosiaalityön keinoin Tampereen yliopisto Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö Sosiaalityön pro gradu -tutkielma Elokuu 2015</p>	<p>Haastattelu</p> <p>Yhdeksän haastattelua saattohoitokodissa, perusterveydenhuollossa</p>	<p>Saattohoito on moniammatillista yhteistyöstä, tutkimuksen tavoitteena on selvittää sosiaalityöntekijän merkitystä saattohoidettavan ja omaisten tukemisessa</p>	<p>Sosiaalityöllä on olennainen merkitys saattohoidossa niin potilaalle kuin omaisellekin.</p>
<p>Helena Pavelková, Radka Bužgová, BURNOUT AMONG HEALTHCARE WORKERS IN HOSPICE CARE, Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine, University of Ostrava, Czech Republic, February 2015</p>	<p>Cross-sectional observational study</p>	<p>To determine the degree of burnout among healthcare workers caring for patients in hospices, sources of occupational stress and ways of coping stress. Also to determine the associations between burnout and demographic characteristics of workers, type of hospice care and length of experience in hospice care</p>	<p>The degree of burnout among healthcare workers in hospices was low and did not depend on demographic factors, length of experience or the type of hospice care. Burnout was found in 6% of workers and alarming levels in 28%. The main source of stress identified by the workers were administrative work and being confronted with suffering. The most common ways of coping with stress were spending time with their families; as the best prevention of burnout, they wished to meet their colleagues outside working hours.</p>
<p>Hanna Hävölä, Anja Rantanen, Jari Kylmä, Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina, Hoitotiede, 2014</p>	<p>Avoim ja vapaamuotoisesti etenevä haastattelu, potilaat (6) haastateltiin yksitellen ja hoitajat (10) 3-4 ryhmissä</p>	<p>Kuvata saattohoidossa olevan potilaan toivoa sekä sitä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä potilaan ja saattohoitotyötä tekevän hoitajan näkökulmasta</p>	<p>Saattohoitopotilaan toivo rakentui potilaan toiveista ja potilaan toiveen dynaamisuudesta. Toiveet sisälsivät: osan saattohoidossa olevan potilaan toivoa, ihmisenä kuulluksi tulemisen toivoa, kuoleman läheisyyteen liittyviä toiveita, toiveet omasta ja läheisten tulevaisuudesta, sairauden kanssa elämästä nauttimiseen liittyvistä toiveista, toiveiden ristiriitaisuuden hyväksymisestä. Potilaan toiveen dynaamisuus sisälsi monimuotoisen toivon, läsnäolevan toivon, lempeästi kantavan toivon, kahlitun toivon sekä epätoivon ja toivottomuuden kokemukset.</p>
<p>Kristiina Hellstén, Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhusten hoidossa, Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Kliininen laitos, Työterveyshuolto</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jota täydentää kvalitatiivinen aineisto</p>	<p>Saada tietoa vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä työskentelevien työntekijöiden työn fyysistä</p>	<p>Vanhusten hoitotyötä pidetään fyysisesti raskaana, lähi- ja perushoitajat pitävät työtään enemmän fyysisesti raskaana kuin sairaanhoitajat</p>

Akateeminen väitöskirja 2014		sestä ja psyykkisestä kuormittavuudesta, työhön liittyvistä fyysisistä riskeistä, sekä siitä, millaisin toimenpitein fyysistä kuormittavuutta voidaan vähentää.	
Tiina Suvanen, Merkityksellinen kuolema hoitotyössä, Helsingin yliopisto, Teologinen tiedekunta, Uskontotiede, Pro gradu-tutkielma, lokakuu 2013	narratiivinen teemahaastattelu	Sisätautiosaston hoitajien haastattelu. Kuolemaan liittyvä ahdistus	kuolevan hoitaminen herättää tunteita, ahdistus yksi keskeisimmistä tunteista. Ahdistusta aiheuttaa tutut potilaat ja omaiset, läheltä käyvä kuolema
Tarja Tenhonen, Hoitotyön henkilöstömitoitus perusterveydenhuollossa: sähköiseen rekisteritietoon perustuva tarkastelu Pro -gradu opinnäytetyö Itä-Suomen yliopisto Terveystieteiden tiedekunta Hoitotieteen laitos Hoitotiede Hoitotyön johtaminen Marraskuu 2012	Tutkimusorganisaation sähköisten tietojärjestelmien henkilöstömitoituksen koostaminen tunnuslukuperusteisista tiedoista, jotka kuvaavat osastojen toimintaa ja hoitotyön tulosta	Kuvata perusterveydenhuollon vuodeosastojen toimintaa organisaation sähköisiin tietojärjestelmiin kertyvien tunnuslukutietojen (hoitotyön intensiteetti, toimintaympäristön intensiteetti, hoitotyön voimavarat ja hoitotyön tulos) avulla.	Tunnistettiin 4 hoitotyön intensiteettiä kuvaavaa tunnuslukua; yli 75-vuotiaiden pot.määrä kaikista potilaista, potilaiden hoitoisuus, hoitopäivät ja hoidetut potilasmäärät osastoittain. Tunnistettiin 3 potilaiden hoitosuutta kuvaavaa mittaria; RAVA-indeksi, Barthel-luokitus ja 5x tuoilta ylösnousutesti. Hoitotyön toimintaympäristön intensiteettiä kuvaavia tunnuslukuja olivat osastojen bruttokuormitus, potilasvaihtuvuus ja hoitohenkilöstön tekemät ylityötunnit. Hoitotyön voimavaroja kuvasivat hoitohenkilöstön määrä, sh:n osuus hoitohenkilöstöstä sekä hoitotyöhön käytetty aika.
Mervi Monthaan, Hoidon laatu ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointi tehostetun palveluasumisen yksiköissä, Gerontologia ja kansanterveys Pro gradu –tutkielma Jyväskylän yliopisto Terveystieteiden laitos Syksy 2011	Kysely ja haastattelututkimus	Millainen on hoidon laatu ja hoitohenkilökunnan työhyvinvointi tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Lisäksi tarkasteltiin hoidon laadun ja työhyvinvoinnin välisiä yhteyksiä.	Asiakkaat olivat melko tyytyväisiä tai tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja asumiseen tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että hoidon laadun ja työhyvinvoinnin välillä on yhteys. Yhteys jäi kuitenkin tässä tutkimuksessa heikoksi liian pienen aineiston vuoksi.

Kuukausi	Tapahtuma
Tammikuu 2018	Aiheen valinta ja vahvistaminen
Helmikuu	Ohjausta ja aiheen kartoittamista, tiedonhaun hahmotelmaa, tutkimusmuodon valikoituminen kyselytutkimukseksi
Maaliskuu	Ohjausta ja tiedonhakua
Huhtikuu	teorian kirjoittamista, johdannon hahmoittelua ja tiedonhakua
Toukokuu	teorian kirjoitusta, ohjausta. Tutkimusmuodon vaihtuminen kirjallisuuskatsaukseksi
Kesäkuu	Ohjausta, idea- ja suunnitteluseminaari. Perehtymistä menetelmäkirjallisuuteen.
Heinäkuu	tiedonhakua, teorian kirjoitusta, menetelmäkirjallisuuteen perehtymistä
Elokuu	Teorian kirjoitusta, viimeisten tutkimusten valintaa, menetelmäkirjallisuuteen perehtymistä,
Syyskuu	Ohjausta, menetelmäkirjallisuuden kirjoitusta, tulosten analysointimallin valikoituminen induktiiviseksi sisällönanalyysiksi
Lokakuu	Teoriaosuus valmis, toteutusseminaarin pitäminen, aineiston analysointi, ohjausta, tulosten tarkastelu
Marraskuu 2018	Opinnäytetyön hiominen, tiivistelmän ja abstraktin kirjoitus, julkaisuseminaari, kypsyysnäytteen suorittaminen



