



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maiju Virtanen ja Katja Helander

---

## **Saattohoidon hyvät käytännöt ja kehityskohteet tehostetussa palveluasumisessa**

”Että se olis hyvä se lähtö. Mun mielestä sen voi ihan tehdä hyväksi.”

Opinnäytetyö  
Syksy 2022  
Geronomi (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Geronomi (AMK)

Tekijät: Maiju Virtanen ja Katja Helander

Työn nimi: Saattohoidon hyvät käytännöt ja kehityskohteet tehostetussa palveluasumisessa

Ohjaaja: Marita Lahti

Vuosi: 2022

Sivumäärä: 53

Liitteiden lukumäärä: 2

---

Palliativisen hoidon ja saattohoidon laadussa ja saatavuudessa on tunnistettuja haasteita ja kehitystarpeita. Valtaosa ikääntyneiden saattohoidosta toteutuu perustason yksiköissä, joissa osaaminen on tunnistettu vaihtelevaksi. Palliativista hoitoa ja saattohoitoa kehitetään valtakunnallisesti, mutta koimme tarpeelliseksi myös perustason yksikön näkökulmasta tapahtuvan kehittämistyön.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia saattohoidon toteutumista ja kehityskohteita tehostetun palveluasumisen yksikössä henkilöstön kokemana. Tavoitteena oli tuoda näkyväksi osaamista ja hyviä käytäntöjä, sekä löytää kehittämistä vaativia osa-alueita ja keinoja niiden toteuttamiseen nykyisillä resursseilla.

Tutkimus toteutettiin laadullisella, eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineiston keruussa käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tutkimukseen osallistui seitsemän kyseisessä yksikössä työskentelevää tai työskennellyttä hoitajaa.

Tulosten perusteella tutkittavilla oli kattavasti perusosaamista saattohoidon toteuttamisesta ja oireenmukaisesta hoidosta. Koulutuksen tarvetta koetaan erityisesti läheisten kohtaamiseen liittyvissä asioissa. Ennakoiva ja järjestelmällinen hoidon suunnittelu, sekä kuolevan tarpeiden entistä tarkempi tunnistaminen voivat tehostaa saattohoidon laadukasta toteutumista.

<sup>1</sup> Asiasanat: palliativinen hoito, saattohoito, laadullinen tutkimus, kehittäminen, tehostettu palveluasuminen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Degree programme: Geronomi (AMK)

Authors: Maiju Virtanen ja Katja Helander

Title of thesis: Effective practice and development of terminal care in enhanced service housing

Supervisor: Marita Lahti

Year: 2022

Number of pages: 53

Number of appendices: 2

---

There are challenges and improvement needs in the quality and availability of palliative and terminal care. Majority of the terminal care of the elder takes place in standard level facilities, where specific expertise has been recognized to be variable. Palliative treatment is being developed on a national level but even the individual perspective should be highlighted.

The purpose of the thesis was to study the implementation and improvement areas of the terminal care in enhanced service housing as experienced by the personnel of the unit. The target was to research the existing competences and effective practices and to recognize potential areas of improvement and ways to achieve the improvements with existing resources.

The study was made with a qualitative research method. The material was gathered with semi-structured interviews. The study involved seven nurses who either worked or had worked in the enhanced service housing in question.

Based on the results, the nurses who participated in the study had comprehensive knowledge of basic palliative and symptomatic care. Further training need was recognized particularly for situations related to encountering the close relatives of the patients. Proactive and systematic planning of the treatment and more precise recognition of the needs of the patients in the terminal phase can enhance the quality of the palliative treatment implementation.

<sup>1</sup> Keywords: palliative care, terminal care, qualitative research, development, enhanced service housing

## SISÄLTÖ

|   |    |
|---|----|
| Opinnäytetyön tiivistelmä .....                                   | 1  |
| Thesis abstract .....   | 2  |
| SISÄLTÖ .....   | 3  |
| 1 JOHDANTO .....  | 5  |
| 2 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN KOKONAISVALTAINEN HOITO.....                | 6  |
| 2.1 Palliativinen hoito ja saattohoito .....                      | 6  |
| 2.1.1 Kipu.....   | 8  |
| 2.1.2 Lääkkeettömät hoitomenetelmät .....                         | 10 |
| 2.1.3 Lääkehoito .....  | 11 |
| 2.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma .....                              | 13 |
| 2.3 Hoitosuhde kuolevaan ja kuolevan läheisiin .....              | 14 |
| 3 TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN.....                                 | 17 |
| 3.1 Henkilöstön osaaminen ja voimavarat.....                      | 17 |
| 3.2 Tehostetun palveluasumisen henkilöstöresurssit .....          | 19 |
| 3.3 Saattohoito tehostetussa palveluasumisessa.....               | 20 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....                        | 23 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....                                     | 24 |
| 5.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä .....                         | 24 |
| 5.2 Aineiston hankinta .....                                      | 24 |
| 5.3 Aineiston analysointi.....                                    | 26 |
| 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....                                    | 30 |
| 6.1 Laadukkaan saattohoidon osa-alueet.....                       | 30 |
| 6.1.1 Ennakointi ja oman tahdon huomioiminen .....                | 30 |
| 6.1.2 Läheiset osana saattohoitoa .....                           | 31 |
| 6.1.3 Hyvä oirehoito .....  | 32 |
| 6.2 Saattohoidon toteutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät ..... | 34 |
| 6.3 Saattohoidon kehittäminen nykyisillä resursseilla.....        | 35 |
| 6.3.1 Henkilöstön voimavarat.....                                 | 35 |

|  |    |
|--|----|
| 6.3.2 Kouluttautuminen .....                             | 36 |
| 7 POHDINTA.....  | 37 |
| 7.1 Tutkimustulokset ja tulosten tarkastelu.....         | 37 |
| 7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....          | 40 |
| 7.3 Opinnäytetyöprosessi ja jatkotutkimusehdotukset..... | 41 |
| LÄHTEET .....  | 43 |
| LIITTEET .....   | 48 |

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM, 2019, s. 11) mukaan saattohoidon lähtökohdaksi on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus ja jonka jäljellä oleva elinaika voidaan arvioida lyhyeksi. Saattohoito perustuu potilaan ihmisarvoon, itsemääräämisoikeuteen ja inhimilliseen hoitoon. Hyvä saattohoito on jokaisen ihmisten oikeus, johon kuuluu muun muassa kuolevan ihmisen kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Saattohoidon laadukas toteutuminen vaatii oikein kohdennettuja resursseja ja osaamista.

Työskentelemme kumpikin ikääntyneiden tehostetussa palveluasumisen yksiköissä, joissa palliatiivinen hoito ja saattohoito kuuluvat palveluun. Vaikka henkilöstöresurssien puute alalla on todellinen ja ajankohtainen asia koko Suomessa, tulisi tästä huolimatta saattohoito toteuttaa aina mahdollisimman laadukkaasti. Halusimme tässä tutkimuksessa selvittää henkilöstön näkökulmasta, mitä saattohoito käytännössä pitää sisällään ja mitä sen heidän mielestään tulisi pitää sisällään. Vastausten analyysin ja teorian tutkimisen tavoitteena oli myös huomioida niitä asioita, jotka jäivät haastatteluissa uupumaan. Henkilöstöresurssien puute hoitoalalla on todellinen haaste ja halusimme tutkimuksellamme tuoda esiin sitä, millaisilla asioilla voimme siitä huolimatta vaikuttaa saattohoidon laatuun. Kehittäminen ei aina vaadi lisää resursseja, vaan niiden oikea kohdentaminen voi riittää.

Yhteistyökumppanimme tässä tutkimuksessa on yksityisen palveluntuottajan tehostetun palveluasumisen yksikkö. Yksikössä on kaksi ryhmäkotia, joista molemmissa on 15 asukaspaiikkaa. Valtaosa yksikön asukkaista on muistisairaita, joilla on runsas avun ja hoivan tarve. Yksikössä työskentelee lähihoitaja, sairaanhoitaja, geronomi, kokki, hoiva-avustaja, tukipalvelutyöntekijöitä sekä yksikön johtaja. Yksikössä käy myös lääkäri joka toinen viikko.

## 2 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN KOKONAIŠVALTAINEN HOITO

Väestörakenteen ikääntyminen vaikuttaa myös palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tarpeeseen (Valtioneuvosto, 2019, s. 14). Saattohoitoa voidaan toteuttaa myös muualla kuin erikoistuneessa yksikössä. Edellytyksenä kuitenkin on systemaattinen palliatiivisen hoidon ja lääketieteen opetuksen ja koulutuksen järjestäminen. Opetus on tällä hetkellä puutteellisesti järjestettyä, eikä luo edellytyksiä hyvälle saattohoidolle. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL, 2022) on julkaissut laatukäsikirjan elämän loppuvaiheen hoidosta iäkkäiden ihmisten palveluissa. Julkaistun laatukäsikirjan tavoitteena on parantaa elämän loppuvaiheen hoidon laatua laaja-alaisesti ja monipuolisesti. Laatukäsikirja toimii suunnannäyttäjänä iäkkäiden palveluiden toimintayksiköissä. Sitä voidaan monipuolisesti hyödyntää omavalvontasuunnitelmaa, työnjakoa sekä iäkkään hoitoketjua suunniteltaessa.

Kokonaisvaltainen palliatiivinen hoito ja saattohoito muodostuvat monista eri osa-alueista. Hyvän perus- ja oirehoidon lisäksi on kiinnitettävä huomiota saattohoidettavan turvallisuudentunteeseen, omaisten tukemiseen sekä hoidettavan oman tahdon toteutumiseen. Laatukäsikirjassa on määriteltä elämän loppuvaiheen hoidolle laatukriteerit, joita toimintayksiköt voivat hyödyntää suunnitellessaan asiakkaiden kokonaisvaltaista saattohoitoa (THL, 2022). Huomioon otettavia laadullisia asioita ovat asiakkaan kanssa tehtävä hoitotahto, asiakaskeskeinen työ, läheisten rooli ja vuorovaikutus henkilöstön kanssa, elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma ja hoitolupaus, henkilöstön osaamisen turvaaminen, asiantuntijuus ja hoitoketjun varmistaminen, muut rakenteelliset tekijät ja apuvälineet sekä kuolema ja se mitä kuoleman jälkeen tapahtuu.

### 2.1 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Palliatiivinen eli oireenmukainen hoito tarkoittaa kroonista, parantumatonta sairautta sairastavan henkilön elämänlaatua tukevaa sekä oireita ennaltaehkäisevää ja lievittävää hoitoa (Terveyskylä, 2021). Palliatiivinen hoito ei poissulje muita hoitotoimia, vaan sairauden etenemistä voidaan esimerkiksi samalla pyrkiä hidastamaan. Osana parantumattoman sairauden hoitoa tulisi tehdä suunnitelma elämän loppuvaiheen hoitoa varten, jossa huomioidaan ihmisen omat toiveet.

Saattohoidolla tarkoitetaan vaikeaa, etenevää tautia sairastavan ihmisen elämän loppuvaiheessa tapahtuvaa oireita lievittävää hoitoa (Duodecim, 2020). Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavat lakien ja asetusten lisäksi eettiset lähtökohdat, joita ovat ihmisen itsemääräämisoikeus, yksilön koskemattomuus sekä ihmisarvon kunnioittaminen (THL, 2022). Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoitoon siirrytään usein silloin, kun elinajanodote todennäköisesti on viikkoja tai päiviä (Tarnanen ym., 2019).

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tavoitteena on antaa kuolevalle asiakkaalle oireenmukaisesta hoitoa (Tarnanen ym., 2019). Tavallisimpia kuolevan asiakkaan oireita ovat muun muassa kipu, hengenahdistus, yskä, pahoinvointi ja ummetus, kuivuminen ja ruokahaluttomuus. Kuolevalla saattaa olla myös poikkeavaa uupumista, äkillistä sekavuutta sekä psyykkisiä oireita, kuten ahdistuneisuutta ja masennusta. Jokaisen kuolevan asiakkaan oireet ja niiden hoidon tulisi olla yksilöllisesti arvioitua ja toteutettua. Kunkin asiakkaan tarpeet ovat koko hoitoketjun ajan yksilöllisiä, niin myös silloin kun asiakas on kohtaamassa kuoleman. On siis erityisen tärkeää, että kuolevan asiakkaan tarpeet otetaan huomioon niin fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta kuin hengellisestäkin näkökulmasta. Kokonaisvaltaisessa oireenmukaisessa hoidossa on tarkasteltava laajalti erilaisia hoitomuotoja ja -menetelmiä. Tarpeen mukaisella ja oikea-aikaisella lääkehoidolla on oireenmukaisessa hoidossa suuri merkitys. Erinomaisena tukena asiakaslähtöiseen ja asiakkaan tarpeet kohtaavaan hoitoon on ennalta laadittu hoitosuunnitelma sekä asiakkaan mahdollisesti tekemä hoitotahto.

Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan suun hoidon näyttöön perustuvassa suosituksessa (Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus), 2022) todetaan, että erityisen tärkeää on huomioida ja arvioida suun terveyttä useiden suun alueen ongelmien esiintyvyyden vuoksi. Suun alueen ongelmia ovat muun muassa suun, huulten ja nielun kuivuminen, haavaumat, kipu, kielen kätteisyys, sitkeä ja venyvä sylki sekä vaikeudet syödä, juoda, niellä tai puhua. Suun terveyden arvioinnin tehostaminen palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa katsotaan olevan tärkeää, sillä avun tarve ilmeisesti lisääntyy viimeisen elinvuoden aikana. Tutkimusnäytön perusteella suosituksessa kehoitetaan auttamaan ja ohjaamaan suun hoidossa, sillä suun ongelmat todennäköisesti heikentävät fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Tämän kuvataan näkyvän muun muassa ruokahalun vähenemisenä, nielemisvaikeuksina,



ärtyneisyytenä sekä turhautumisena. Yhtenäisesti sovittujen suunhoidon käytäntöjen katsotaan tutkimusnäytön perusteella ilmeisesti vähentävän suun ongelmia.

Joissain tapauksissa asiakkaan hoidossa käytetään palliatiivista sedaatiota (Tarnanen ym., 2019). Tällöin kuoleva rauhoitetaan lääkkein niin, että hänen tajuntansa alenee. Palliatiivisen sedaation tavoitteena on oireiden lievittäminen kokonaisvaltaisesti. Ennen sedaatiota on varmistettava, että kaikki muut oireita lievittävät keinot on kokeiltu ja kuoleva sekä hänen läheisensä ymmärtävät palliatiivisen hoidon tavoitteet ja toteutuksen. Palliatiivinen sedaatio on yksi keino lievittää kuolevan oireita, eikä se jouduta kuolemaa. Perustason palliatiivisessa hoidossa sedaatiota ei käytetä.

### 2.1.1 Kipu

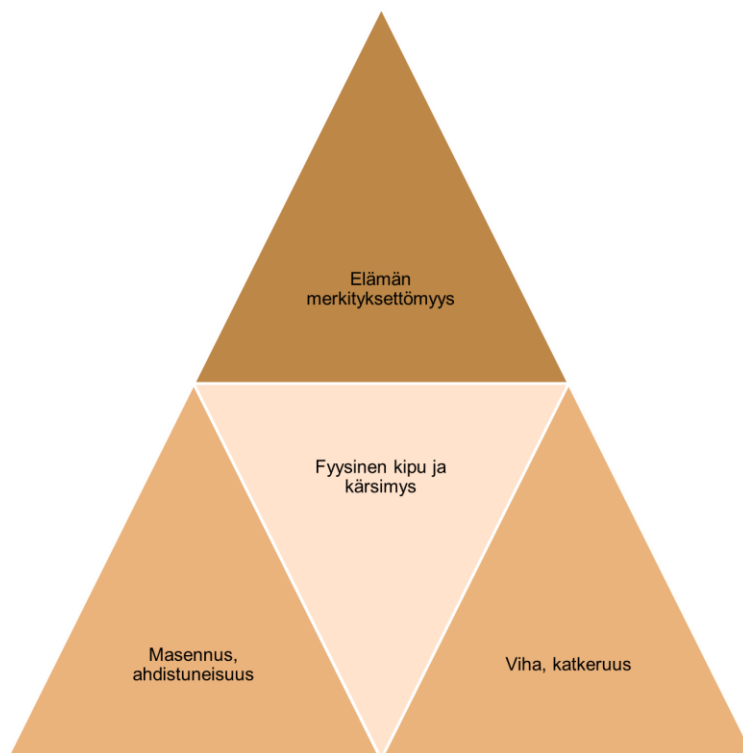
Ikääntyneen kipu tulee aina ottaa vakavasti ja hoitaa. On todettu, että joskus ikääntyneet sietävät kipua nuoria paremmin (Tasmuth, 2019). Tähän voi vaikuttaa myös erilaiset kipukynnystä nostavat sairaudet, kuten Alzheimerin tauti ja hypertonia. Ikääntyessä ihmiskehon luontainen akuuttia kipua lievittävä järjestelmä heikkenee. Tämän vuoksi kipu voi muuttua sietämättömämmäksi nopeammin kuin nuoremmilla. Kivun tunnistaminen voi olla haastavaa, sillä ikääntyneen äkilliset sairaudet, kuten sydäninfarkti, keuhkokuume tai suolitukos voivat olla kivuttomia. (Saarto, ym., 2018, s. 240). Fyysisen kivun sijaan kipu voi näyttäytyä ikääntyneen lisääntyneenä levottomuutena, kiihtyneisyytenä tai muina käytösoireina. Ikääntyneen kognitiivisesta toimintakyvystä riippuu millä tavoin kipua pystytään tai on hyödyllistä arvioida. Muistisairaana kipua arvioidaan havainnoimalla ja sen tukena voidaan käyttää PAINAD-mittaria (mts. 240). PAINAD-mittari (Kuva 1) on kehitetty dementiaa sairastavien kivun arviointiin. Mittari soveltuu erinomaisesti esimerkiksi sellaisten

ikäntyneiden kivun arviointiin, joilla on pitkälle edennyt muistisairaus tai kyvyttömyys tuottaa puhetta. PAINAD-mittarin tulos perustuu käyttäytymisen arviointiin.

|                             | 0 PISTETTÄ   | 1 PISTE  | 2 PISTETTÄ  | TULOS |
|-----------------------------|--|--|---|-------|
| <b>Hengitys</b>             | Normaali ääntelystä riippumatta.<br>Lyhyt hyperventilaatiojakso. | Hengitys ajoittain vaivalloista.<br>Pitkä hyperventilaatiojakso.                             | Hengitys äänekästä tai vaivalloista.<br>Cheyne-Stokes -hengitystä.                      |       |
| <b>Negatiivinen ääntely</b> | Ei negatiivista ääntelyä.  | Satunnaista vaikerointia tai voihketta.<br>Valittavaa tai moittivaa, hiljais-<br>ta puhetta. | Hengitys äänekästä tai vaivalloista.<br>Cheyne-Stokes -hengitystä.                      |       |
| <b>Ilmeet</b>               | Hymytön tai ilmeetön.  | Surullinen, pelokas, tuima.  | Irvistää  |       |
| <b>Elekieli</b>             | Ei tarvetta lohduttamiseen.                                      | Kireä. Ahdistunutta kävelyä.<br>Levotonta liikehdintää.                                      | Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Poisvetämistä tai työntämistä.<br>Riuhtomista. |       |
| <b>Lohduttaminen</b>        | Levollinen.  | Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tyyntyyttää.                                   | Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tyyntäminen ei onnistu.                     |       |
|                             |  |  | <b>Tulos yhteensä:</b>  |       |

Taulukko 1. Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP), 2020).

Kipu on aina kokonaisvaltaista (Terveyskylä, 2021). Fyysiseen kipuun ja kokemukseen kivusta vaikuttaa oleellisesti myös kuolevan asiakkaan henkinen hyvinvointi. Kuviossa 1 kuvataan kivun kokonaisvaltaisuutta.



Kuvio 1. Kivun kokonaisvaltaisuus (Terveyskylä, 2021).

Hävölän (2022) mukaan hoidon tavoitteen ollessa kuolevan kärsimyksen lievittäminen ja hyvän olon turvaaminen, ei kivunhoidossa kuuluisi odottaa, että ihminen tulee kipeäksi. Kivunhoidon tulisi olla säännöllistä ja hyvin ennakoitua. Ferrellin ja Paicen (2019, s. 117) mukaan niin läheisillä kuin ammattilaisilla on ennakkoluuloja vahvojen opioidien suhteen. On pelkoa siitä, että ne nopeuttavat kuolemaa. On kuitenkin tutkittu, että hoitamaton kipu voi aiheuttaa psyykkistä stressiä ja muita oireita, jotka voivat nopeuttaa kuolemaa.

### 2.1.2 Lääkkeettömät hoitomenetelmät

Lääkkeettömät hoitomenetelmät on tunnistettu hyvin kivunhoidossa. Kivun käypä hoitosuosituksessa (Duodecim, 2017) lääkkeettömän hoidon kuvataan olevan kivun hoidon perusta. Suosituksen mukaan lääkkeettömiä hoitomenetelmiä tulisi käyttää aina, kun se on mahdollista. Ikääntyneiden saattohoidossa lääkkeettöminä hoitomenetelminä kivun hoidossa tulisi käyttää ensisijaisesti asennon muuttamista, lämpö- ja kylmäpusseja, hierontaa sekä esimerkiksi rentouttavaa musiikkia (Tasmuth, 2019). Kivun kokonaisvaltaisuus huomioiden voidaan lääkkeettömillä hoitomenetelmillä vaikuttaa myös ahdistuksen, masennuksen ja levottomuuden aiheuttamaan kipukokemukseen. Näiden osa-alueiden hoitoon

apuna ovat läheisten ja henkilöstön tukeva läsnäolo sekä kuolevan toivoessa muun muassa seurakunnan työntekijän keskusteluapu. Asennon muuttamisella lääkkeettömänä hoitomenetelmänä on tärkeä rooli myös painehaavojen ehkäisyssä. Ikääntyneen haurasta ihoa tulee suojella vaurioilta. Kansainväliseen suositukseen perustuvan painehaavojen ehkäisyn ja tunnistamisen suosituksessa (Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus), 2015, s. 23) suositellaan varmistamaan, että ikääntyneen asentoa muutetaan säännöllisesti, mikäli hän ei itse pysty sitä tekemään. Painehaava aiheuttaa kipua ja kärsimystä sekä heikentää toimintakykyä. Painehaava vaikuttaa myös palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa heikentävästi elämänlaatuun.

Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksessa on perehdytty tutkimusnäyttöön perustuen erilaisien lääkkeettömien menetelmien käyttöön muistisairaiden hoitotyössä (Hotus, 2019). Suosituksessa lääkkeettömillä menetelmillä tarkoitetaan sellaisia tukimuotoja ja menetelmiä, joita pystytään toteuttamaan ilman erikoisosaamista. Saattohoidon osalta esimerkiksi musiikin hyöty vuorovaikutustilanteissa tai muistelu yhdistettynä päivittäistoimintoihin saattaa tukea päivittäisistä toiminnoista suoriutumista (mts. 13). Erityisesti laulettuun musiikkiin kuuleminen saattaa tukea vuorovaikutusta muistisairaana ja henkilöstön välillä. Myös erilaisten aktiviteettien ja harjoitteiden, kuten liikunnan ja kognitiivisten harjoitteiden samanaikainen ohjaaminen selvästi tukee päivittäistoiminnoista suoriutumista (mts. 14). Aktiviteetin taso ja vaikeusaste kannattaa mukauttaa toimintakyvyn ja voimavarojen mukaan. Vaikka suosituksessa suurelta osin tutkimusnäyttö on heikkoa tai kohtalaista, suosituksessa mainitut menetelmät ovat yleisesti käytettyjä ja hyväksi havaittuja keinoja.

### **2.1.3 Lääkehoito**

Kuoleman lähestyessä ja saattohoitoon siirryttäessä asiakkaan lääkitystarvetta arvioidaan oirelähtöisesti (Korhonen, & Poukka, 2013). Useimmiten saattohoitoon siirtyvältä asiakkaalta lopetetaan toissijaisia lääkityksiä, kuten verenpaine-, kolesteroli-, osteoporoosi-, diabetes- ja vatsansuojalääkkeet. Saattohoitoon siirtyvän asiakkaan lääkityksen kokonaisvaltainen tarkastelu on tärkeää, sillä myös lääkitys voi osaltaan aiheuttaa lisääntyviä oireita. Kuolevalla esimerkiksi verenpaine ja verensokeri voi olla hyvinkin matala, tällöin diabetekseen tai korkeaan verenpaineeseen tarkoitetut lääkkeet voivat osaltaan lisätä kuolevan huonovointisuutta tai aiheuttaa uusia hoitoa vaativia oireita. Kuolevan asiakkaan hoidossa

ensisijainen lääkitysmuoto on suun kautta annettava lääkitys. Osa kuolevista pystyy ottamaan lääkkeitä liuosmuotoisena vielä hyvin lähellä kuolemaa. Useimmat kuolevat kuitenkin tarvitsevat viime hetkinä lääkityksen muuta antoreittiä. Tällaisissa tapauksissa ihonalainen antoreitti on todettu helpoksi ja tehokkaaksi vaihtoehdoksi. Mikäli ihonalaisten injektioiden tarve kuolevalla asiakkaalla on runsas, voidaan lääkitys annostella kivuliiden injektioiden sijaan ihonalaisen kanyylin kautta (Tasmuth, 2019). Kanyylyä käytettäessä tulee huomioida säännöllinen pistopaikan vaihtaminen noin kolmen päivän välein.

Kuolevan lääkehoidossa korostuu tarpeen mukainen lääkitys ja tietoisuus siitä, millaisia oireita kuolevalle saattaa tulla (Korhonen, & Poukka, 2013). Kuolevaa hoitavan lääkärin tehtävänä on arvioida ja määrätä kuolevalle sellaisia oirehoitoon sopivia lääkkeitä, jotka tilanteiden muuttuessa auttavat asiakasta. Lääkäri muuttaa lääkityslistalle tarvittaessa otettavat ja annettavat lääkkeet niin, että niistä on tosiasiallinen hyöty kivun, levottomuuden, limaisuuden, hengenahdistuksen sekä pahoinvoinnin hoidossa. Kuolevan asiakkaan lääkehoidossa ja sen tarpeenmukaisessa toteuttamisessa isossa roolissa on henkilöstö, jonka tehtävänä on aktiivisesti seurata asiakkaan vointia, oireita sekä lääkehoidon tarvetta ja sen toteutumista. Henkilöstön havaintojen ja konsultaation perusteella lääkärillä on mahdollisuus muuttaa tarvittavaa lääkitystä myös etänä. Hävölän (2022) mukaan lääkehoidon suunnittelussa merkittävä osa on lääkärin tekemällä suunnitelmalla elämän loppuvaiheen oirehoidossa kyseisen yksikön resurssit ja mahdollisuudet huomioiden.

Tärkeimpinä lääkeryhminä kohtalaisen ja vaikean kivunhoidon sekä hengenahdistuksen lievittämisessä ovat vahvat opioidit, kuten oksikodoni ja morfiini (Tasmuth, 2019). Suun kautta annosteltavat lääkkeet ovat ensisijainen vaihtoehto ja niiden käyttö aloitetaan ikääntyneillä tavallista pienemmällä annoksella niiden haitta- ja sivuvaikutusten minimoimiseksi. Tehokkaan kipulääkityksen lisäksi muita fyysisiä oireita, kuten pahoinvointia ja oksentelua voidaan lievittää esimerkiksi haloperidolilla ikääntyneelle sopivalla annoksella (Korhonen & Poukka, 2013).

Hävölä (2022) näkee saattohoidon toteuttamisen haasteena tehostetussa palveluasumisessa yksiköiden päivystyslääkevarastojen luvanvaraisuuden ja maksullisuuden. Erityisesti yksityisillä palveluntuottajilla tämä voi tarkoittaa, ettei päivystyslääkevarastoa ole käytössä.

Lisäksi tällä hetkellä haasteena oleva henkilöstöpulan vuoksi on huomioitava, onko jokaisessa vuorossa hoitaja, jolla on luvat antaa suunnitelman mukaisia lääkkeitä.

## 2.2 Ennakoiva hoitosuunnitelma

Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallisen laatusuosituksen mukaan pitkälle edennyttä ja henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan potilaan laadukkaan ja oikea-aikaisen hoidon edellytyksenä on ennakoiva hoidon suunnittelu (THL, 2022). Tämä tarkoittaa elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa (Konttila, 2018). Hoitoneuvottelussa tehdään suunnitelma, jossa ammattilaiset, potilas ja hänen halutessaan läheisensä käyvät keskustelun kuolevan toiveista, peloista, tarpeista ja hoidonlinjauksista ja -rajauksista ja hoidosta vastaavasta tahosta. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2019, s. 22–23) mukaan ennakoivan hoitosuunnitelman teko aloitetaan jo pitkälle edenneen sairauden hoidon rinnalla, ennen palliativista hoitolinjausta ja tämä ohjaa laadukkaaseen ja oikea-aikaiseen palliativiseen hoitoon.

Kangasniemen (sisäinen tietolähde, 22.9.2022) raportissa Pirkanmaalla suoritetun tutkimuksen tuloksissa todettiin ensihoitolääkärien raportoineen, etteivät he tutkimusaikana kohdanneet yhtään elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmaa, jossa olisi ollut suunnitelmat perussairauden äkillisen pahenemisvaiheen varalle. Ensihoitolääkäreistä 93 prosenttia oli kertonut kohdanneensa usein potilaita, joilla olisi jo pitänyt olla jokin hoidonrajaus tai ennakoiva elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Ensihoitolääkärit joutuivat tekemään säännöllisesti uusia hoidonrajauksia, näistä jopa melkein kolmannes tapahtui hoivakoti- ja hoitolaitospotilaille. Konsultaatiopuheluiden rajauksissa hoivakoti- ja hoitolaitospotilaiden osuus oli jopa puolet.

Hävölän (2022) mukaan tehostettuun palveluasumiseen muuttaessa ikääntyneen ymmärrys ei usein enää riitä osallistumaan oman hoidon suunnitteluun. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma olisi siis tehtävä jo aiemmin, esimerkiksi muistisairausdiagnoosin saamisen jälkeen tai viimeistään, kun avun tarve kotona asuessa alkaa. Myös ennalta tehty hoitotahto auttaa toteuttamaan kuolevan toiveita kunnioittavaa hoitoa. Hoitotahto suositellaan tekemään kirjallisesti todistajia käyttäen (THL, 2022). Hoitotahdolla voidaan rajata pois esimerkiksi sellaisia hoitotoimenpiteitä, jotka ylläpitävät keinotekoisesti

elintoimintoja. Hoitotahdosta voi keskustella hoitohenkilökunnan kanssa muun muassa silloin, kun kyseessä on hoidettava sairaus ja halutaan ottaa sairauden vaikutukset huomioon elämän loppuvaiheen hoidossa. Vuonna 2014 kuudessa Euroopan maassa tutkittiin hoitotahtojen määrää pitkäaikaishoitolaitoksissa (Andreasen ym., 2014). Tutkimukseen saatiin yhteensä 1384 vastausta osallistuneilta mailta. Tulosten perusteella keskimäärin 32,5 prosenttia tarkastelujaksolla kuolleista oli tehnyt jonkinlaisen hoitotahdon. Suomessa vastaava luku oli tarkastelujaksolla 40,1 prosenttia.

### 2.3 Hoitosuhde kuolevaan ja kuolevan läheisiin

Kun asukas lähestyy kuolemaa, myös hoidon tavoitteet muuttuvat asukkaan ja läheisten tarpeiden mukaan (Ferrell & Paice, 2019, s. 420). Henkilöstö on tärkeässä asemassa juuri silloin, kun pyritään löytämään kaikille osapuolille paras mahdollinen kokemus. Kuoleman läheisyyden aiheuttamista tunteista ja toiveista on hyvä puhua avoimesti ja rehellisesti niin asukkaan itsensä kuin läheistenkin kanssa (Muistiliitto, 2016, s. 14). Avoin ja suora keskustelu aiheen ympärillä lisää ymmärrystä sekä kuolevan turvallisuuden tunnetta. Ennakoidun hoitosuunnitelman ansiosta on mahdollisuus kuulla, ymmärtää ja toteuttaa kuolevan toiveita myös silloin, kun sanoja ei enää ole. Vuorovaikutus on tärkeä osa saattohoitoa ja sen laadukasta toteutumista. On tärkeää olla vuorovaikutustilanteessa läsnä ja huomioida kuolevan tunteita ja reaktioita. Sanallisen kommunikoinnin lisäksi voidaan saattohoitotilanteissa hyödyntää yleisestikin käytössä olevia kommunikointikeinoja, kuten katsekontaktia, kosketusta ja läheisyyttä. Lempeä läsnäolo luo kuolevalle turvallisuuden tunteen ja kertoo, että joku on läsnä tässä hetkessä.

Kuolevan kohtaamisessa auttaa luottamuksellinen hoitosuhde henkilöstön ja asukkaan välillä (Heikkinen ym., 2004, s. 43–44). Hoitosuhde on jatkuvasti kehittyvä prosessi, joka alkaa ensimmäisestä kohtaamisesta asukkaan ja henkilöstön välillä, päättyen asukkaan kuoleman jälkeiseen aikaan omaisten kanssa. Hoitosuhteessa henkilöstön tehtävänä on pyrkiä tukemaan asukasta vuorovaikutuksellisin keinoin sekä löytämään juuri hänelle tärkeitä ja merkityksellisiä asioita elämän loppuvaiheeseen. Omahoitajajärjestelmä tukee asukasta hyvin, sillä usein omahoitaja tuntee asukkaan toiveet ja tarpeet muuta henkilöstöä paremmin ja pystyy näin rakentamaan vahvan, luottamuksellisen hoitosuhteen asukkaaseen (mts. 46). Laadukkaaseen saattohoitoon kuuluu kokonaisvaltaisen kärsimyksen

lievittäminen (Korhonen ym., 2021). Hyvän fyysisen perus- ja oirehoidon lisäksi avainasemassa ovat myös psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen huomioiminen. Laadukkaan saattohoidon ydin on ihminen, jonka tulisi olla huomioituna yksilönä, arvostaan ja kuunnellen hänen odotuksiaan ja toiveitaan.

Läheisillä on suuri merkitys kuolevan hoidossa (Heikkinen ym., 2004, s.70–71). He pystyvät antamaan kuolevalle tukea ja toivoa, osoittamaan myötätuntoa ja rakkautta, sillä heillä on takanaan yhteinen eletty elämä ja edessä viimeinen matka yhdessä. Mainitussa teoksessa kuvataan hoitajien kokevan kuolevan omaisten ja läheisten kohtaamisen vaikeammaksi kuin potilaan itsensä. Omaiset ja läheiset saatetaan kokea vaativiksi ja heihin suhtautuminen voi olla epävarmaa. Odotetaan että läheinen pyytää, jos haluaa keskustella tai tarvitsee jotakin. Omaiset ja läheiset puolestaan toivovat hoitajan tekävän aloitteen keskustelulle. Hoitajan aloittama keskustelu luo tunteen, että välitetään. Omaisen tai läheisen näkökulmasta pienikin ele ja huomionosoitus kuten voinnin tiedustelu, kahvin tarjoaminen ja ruokailumahdollisuus voivat tuntua erittäin merkityksellisiltä. Läsnä oleminen koetaankin saattohoidossa hyvin merkityksekkääksi. (mts. 72). Se, että hoitaja käy huoneessa tervehtimässä ja hyvästelemässä muiden toimintojen ohella, kertoo välittämisestä ja on arvokas huomionosoitus sekä kuolevalle itselleen että hänen läheisilleen. Tällainen läsnäolo antaa myös läheiselle mahdollisuuden luottavaisin mielin poistua kuolevan viereltä lepäämään ja hoitamaan omia velvoitteitaan. Myös Hävölä (2022) toteaa, että vaikeidenkin asioiden puheeksi ottaminen tuo läheisille turvallisuuden tunnetta.

Tutkimuksessa saattohoidossa olevan potilaan toivosta sekä sitä vahvistavista ja heikentävistä tekijöistä todetaan, että saattohoidon ydin on potilaan arvostavassa ja kunnioittavassa kohtaamisessa (Hävölä ym., 2015). Tutkimukseen osallistuneet potilaat toivoivat tulevansa kohdatuksi arvokkaina ihmisinä. Potilaiden toiveet viittasivat mahdollisimman normaaliin elämään ja siitä nauttimiseen hyvän oirehoidon ohella. Tutkimuksessa korostui henkilöstön tiivis yhteistyö potilaan ja omaisten välillä. Yhteistyön koettiin tukevan potilaan toivon kokemusta myös kuoleman hetkellä.

Hoitosuhde ei pääty asukkaan kuolemaan (Ferrell & Paice, 2019, s.420). Kuoleman jälkeen on huomioitava vainajanlaitto ja siihen liittyvät mahdolliset toiveet kuolevalta itseltään sekä hänen läheisiltään. On tärkeää myös tässä vaiheessa kommunikoida läheisten



kanssa ja pyrkiä luomaan vainajan sekä läheisten ympärille kunnioittava ilmapiiri. Hävölän (2022) mukaan saattohoidon ei tulisi päättyä asukkaan kuolemaan vaan sen tulisi jatkua kuoleman jälkeen läheisten jälkihoitona.

Cambridgen yliopiston tutkimuksessa tutkittiin yli 95-vuotiaiden ja heidän omaistensa suhtautumista kuolemaan sekä elämän loppuvaiheen hoidon mieltymyksiin (Fleming & Farquhar, 2016). Tutkimuksessa todettiin, että hyvin pitkään eläneet olivat halukkaita keskustelemaan kuolemasta ja elämän loppuvaiheen hoidosta. Useimmat tutkimukseen osallistuneista olivat valmiita kuolemaan, sillä heillä oli tunne siitä, että ovat eläneet jo tarpeeksi kauan. Elämän loppuvaiheen mieltymyksistä esiin nousivat mahdollisuus kivuttomaan, rauhalliseen kuolemaan, mieluiten unessa. Nämä kuvailivat tärkeäksi elämän loppuvaiheen hoidoksi, että olo olisi mukava. Elämää pitkittäviä toimenpiteitä tai sairaalahoitoa ei suurilta osin haluttu. Myös ikääntyneiden läheiset tuntuivat tutkimuksen mukaan olevan tietoisia omaistensa toiveista ja tahdosta kuoleman suhteen. Huomioitavaa tutkimuksessa on, että hoitotahdon ja toiveiden dokumentointi on olematonta. Sen sijaan ikääntyneet ovat saattaneet hyvin pitkälle suunnitella omat hautajaisensa ja tehdä tarkat toiveet sisältävän testamentin hautajaisten osalta.

### 3 TEHOSTETTU PALVELUASUMINEN

Tehostettu palveluasuminen on sosiaalihuoltolain mukainen asumispalvelu, jota järjestetään ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville henkilöille (Kuntaliitto, 2020). Tehostetussa palveluasumisen yksikössä asiakas saa tarvitsemansa avun ja palvelun vuorokauden ympäri. Kunta voi tuottaa palvelun itse, mutta keskimäärin puolet tehostetun palveluasumisen paikoista kunnat hankkivat ostopalvelun tai palvelusetelin avulla yksityisiltä palveluntuottajilta. Maksut määräytyvät asiakasmaksulain mukaisesti, koostuen vuokrasta ja palveluiden asiakasmaksuista.

Vanhuspalveluita määrittävät ja ohjaavat useat lait ja suositukset. Tärkeimpinä sosiaalihuoltolaki 1301/2014, terveydenhuoltolaki 1326/2010, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Lisäksi laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvluista 980/2012, joka tuli voimaan 1.7.2013 täydentää muita edellä mainittuja lakeja. Tehostettuun palveluasumiseen pääsyn kriteerit on määritelty kunnissa ja arviointimenetelmät voivat vaihdella (Terveyskylä, 2019). Yleisinä kriteereinä kuitenkin on, että kotona asuminen ei onnistu heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Tehostetun palveluasumisen tarve arvioidaan aina moniammatillisessa työryhmässä.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (2022) tilastoraportin mukaan vuoden 2021 lopulla tehostetussa palveluasumisessa oli yhteensä 44 485 asukasta. Vertailussa vuosien 2017 ja 2021 välillä tilastoraportissa todetaan, että tuolloin tehostetussa palveluasumisessa asuneista asiakkaista enää 23 prosenttia oli asiakkaana vielä vuonna 2021. Raportissa todetaan myös, että siirtyminen tehostetusta palveluasumisesta muihin sosiaalihuollon yksiköihin oli hyvin vähäistä.

#### 3.1 Henkilöstön osaaminen ja voimavarat

Saattohoitotyössä keskeinen jaksamista uhkaava tekijä on tunnekuormittuminen (Heikkinen ym., 2004. s. 170–192). Tietojen ja taitojen lisäksi myös tunteet ovat osa ammattitaitoa, joka tekee niiden tiedostamisesta keskeistä myös koulutuksessa. Toimiakseen lähellä

kuolevaa, häntä ja hänen omaisiaan vaikeiden tunteiden äärellä, on tärkeää pystyä kohtaamaan myös omat vaikeat tunteensa.

Sarvimäen ym. (2010, s. 51) mukaan oman haavoittuvuuden kohtaaminen voidaan käyttää voimavarana ja eläytymään ikääntyneen ja hänen läheistensä tilanteeseen. Mikäli hoitaja pakenee omaa haavoittuvuuttaan, työtä suoritetaan rutiinilla ja vetäytyen kaikista tunteista.

Unescon raportissa koulutukselle on esitetty neljä peruspilaria: Tietämää oppiminen, tekemään oppiminen, yhdessä elämiseen oppiminen ja olemaan oppiminen (Heikkinen ym., 2004, s.182–184). Saattohoidon koulutuksissa on keskitytty erityisesti tietämään oppimiseen ja tekemään oppimiseen. Ihmisten kanssa työskenteleville tieto kuitenkin tarkoittaa faktatiedon sijaan hypoteeseja, tai teorioiden tuottamaa yleispätevyyttä suhteessa ihmisten käyttäytymiseen. Sen vuoksi tieteellisen tiedon välittäminen luento-opetuksena yksinään on riittämätön koulutusmenetelmä. Olemaan oppimisen periaate tarkoittaa itsetuntemusta, sosiaalisia taitoja, ja yksilön inhimillistä kasvua. Yhdessä elämiseen oppiminen tarkoittaa ihmisoikeuksien, yhdenvertaisuuden, demokratian, kulttuurien välisen ymmärtämisen edistämistä ja kunnioittamista. Saattohoidon koulutuksessa näiden kahden jälkimmäisen periaatteen huomioiminen voi myös auttaa löytämään hiljaista, tiedostamatonta tietoa, joita ihmisillä on.

Ihmishuhtelyön rankkuuden yksi tekijä liittyy omien tarpeiden siirtämisestä sivuun toisen ihmisen tarvitsevuuden tieltä (Heikkinen ym., s. 187–188). Työnohjauksen tarkoituksena on tukea työssä jaksamista ja työstä elpymistä. Saattohoitotyön työnohjauksessa tulisi käsitellä tunteiden tiedostamista, kuoleman pelkoa ja kohtaamista, sekä rooleja ja vuorovai-  
kutusta. Hävölän (2022) mukaan henkilökunnan saama tuki on edelleen liian vähäistä ja olisi tärkeää miettiä, mistä he saavat voimavaroja työhönsä. Työnohjaus tulisi olla säännöllistä, eikä keskittyä vain niihin tilanteisiin, kun on tapahtunut jotain katastrofaalista. Myös koulutustilanteissa voisi käydä yhdessä läpi onnistumisia ja kehittämiskohtia aiemmista saattohoitotilanteista. Hävölän (2022) kokemuksen mukaan paikan päällä tapahtuvat koulutukset ovat hyödyllisimpiä ja antoisimpia. Työpaikalla tapahtuva koulutus täyttää myös salassapitovelvollisuuden kriteerit, joka mahdollistaa esimerkiksi tietyn asukkaan tilanteeseen liittyvän keskustelun.

### 3.2 Tehostetun palveluasumisen henkilöstöresurssit

Tehostettua palveluasumista tuottavien tulee noudattaa uudistettua vanhustalovelakia, jossa 1.10.2020 alkaen laki määrittelee tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon henkilöstömitoituksen (STM, 2020). Vanhustalovelain muutoksen siirtymäaika päättyy 1.4.2023. Siirtymäajalla henkilöstömitoitusta nostetaan portaittain 0,5 -> 0,7. Tätä opinnäytetyötä tehdessä henkilöstömitoitus on tehostetussa palveluasumisessa 0.6 työntekijää asukasta kohden. Henkilöstömitoituksessa otetaan huomioon välitöntä asiakastyötä tekevä henkilöstö (mt). Välittömällä asiakastyöllä tarkoitetaan asiakkaan yksilöllistä, kokonaisvaltaista hyvinvoinnin tukemista kaikilla hoivan ja huolenpidon osa-alueilla (Valvira, 2020).

Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksen (2022) mukaan vanhustalovelakiin perustuvassa, toukokuun 2022 seurannassa 11 prosenttia eli 201 tehostetun palveluasumisen yksiköstä jäi alle lain vaatiman 0,6 mitoituksen. Tutkimuksen mukaan viimeisimmällä seurantajaksoilla voitiin todeta, että välittömän työn osuus hoitotyössä oli lähihoitajilla 96 prosenttia ja sairaanhoitajilla 94 prosenttia. Välittömän työn osuuden nousuun on vaikuttanut positiivisesti avustavan henkilöstön rekrytoiminen. Jotta laissa määritelty mitoitus ja siirtymäaika toteutuisivat, tarvittaisiin ympärivuorokautisen hoidon piiriin seurannan perusteella 3400 uutta hoitajaa. Samaan aikaan seurantajakson aikana on kuitenkin raportoitu yhteensä 7200 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen epäonnistuneesta rekrytoinnista vakituisiin- ja määräaikaisiin työsuhteisiin.

Henkilöstöresurssien puutteesta puhutaan yleisesti, kun ammattitaitoista henkilöstöä ei ole riittävästi suhteessa väestörakenteeseen. Koska väestö ikääntyy ja elää entistä pidempään, sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelutarve kasvaa. Samaan aikaan ammattitaitoinen henkilöstö vähenee muun muassa eläköitymisen myötä. Sosiaali- ja terveysala on menettänyt houkuttelevuutensa, eikä työhön saada enää riittävästi ammattitaitoista henkilöstöä turvaamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta ja laatua. Henkilöstöpula on vaikuttanut myös osaltaan vallitseva pandemia, joka on kuormittanut sosiaali- ja terveyspalveluja. Pandemian vuoksi henkilöstö on jouduttu ajamaan ääri rajoille. Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen (2022) mukaan on epätodennäköistä, että kaikki yksiköt ylittäisivät lain vaatimaan mitoitukseen siirtymäajan päättyessä. Jotta lain vaatimaan 0,7 mitoitukseen päästäisiin, olisi ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden palkattava avustavan henkilöstön

lisäksi myös lähi- ja sairaanhoitajia. Myös rekrytoinnin ennustetaan vaikeutuvan entisestään. Tämän vuoksi on tärkeää tarkastella myös saattohoitoa, sen toteutumista ja saattohoidon kehittämistä siitä näkökulmasta, millaisia resursseja meillä nykyisellään on saatavilla.

Eräs merkittävä muutos viime vuosien saattohoidon toteuttamiseen ja kehittämiseen kohdistuu vapaaehtoistyöhön. Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys (2021) on aloittanut kehittämishankkeen, jonka tavoitteena on kouluttaa uusia vapaaehtoisia saattohoitoon, kehittää vapaaehtoistyön koulutukseen yhtenäinen sisältö ja rakenne sekä rakentaa paikallisia yhteistyöverkostoja, jotta toimintayksiköillä olisi parempi valmius hyödyntää vapaaehtoisten panosta saattohoitotyössä. Vapaaehtoisilla on tärkeä rooli saattohoitotyössä, sillä kiirettömällä läsnäolollaan he voivat antaa kokonaisvaltaista tukea sekä kuolevalle itselleen että hänen läheisilleen. Kehittämishankkeen yhtenä tavoitteena on tuoda saattohoidon vapaaehtoistoiminta pysyväksi osaksi hyvää saattohoitoa kaikkialla Suomessa. Vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen auttaa osaltaan saattohoidon laadukkaassa toteuttamisessa myös silloin kun sosiaali- ja terveysalan henkilöstöresursseista on pulaa.

### **3.3 Saattohoito tehostetussa palveluasumisessa**

Ikääntyneiden palvelut ovat kokeneet suurta muutosta koko vuosituuhannen alun ajan. Lähivuosina muutoksia tuo sote-uudistus, jonka lisäksi Marinin hallitusohjelmaan sisältyy Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030, jonka tavoitteena ikäkyvykäs Suomi (STM, 2020). Entisestä vanhainkotihoidosta ja vuodeosastoista on siirrytty tavoittelemaan mahdollisimman pitkään kotona asumista ja elämän loppuvaiheen hoidon keskittymistä tehostetun palveluasumisen yksiköihin. Ikääntyneet elävät entistä pidempään, he myös asuvat kotonaan entistä pidempään. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (2022) mukaan tehostetun palveluasumisen yksikköön muuttaessaan ikääntyneellä palveluntarve on jo suurta ja hänellä on keskimäärin 2–3 vuotta elinaikaa jäljellä. Palveluiden muuttuessa tulisi kyetä tehokkaasti vastaamaan palvelun tarpeeseen. Tehostetussa palveluasumisessa tavoitteena on tarjota ikääntyneelle tarpeellinen hoito ja huolenpito elämän loppuun asti. Saattohoito ja kuolevan hoitaminen on siis entisestään merkittävämpi osa hoitajien työtä.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2021) tutki osana vanhushoidon tilaa vuonna 2020 palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelukuvauksia osana kilpailutusta. Hankkiessaan palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta, kunnan tulee määrittellä hankittavan palvelun sisältö palvelukuvauksessa. Palvelukuvauksen sisällön tulee olla riittävän tarkka ja selkeä ja siinä tulee kuvata palveluntuottajan tehtävät, velvollisuudet sekä asiakaskunta jolle palvelu on tarkoitettu. Palvelun määrittely on edellytys, jotta hankittu palvelu on laadukasta ja seurattavaa. Huomioitavaa on, että vain 22 prosenttia tutkimukseen osallistuneista ilmoitti palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kuuluvan osaksi palvelukuvausta. Palvelukuvauksissa edellytettiin elämän loppuvaiheen hoidon ohjeistuksia, mutta tarkempia ohjeita tai vaatimuksia palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamiselle oli erittäin harvoin. Tutkimus osoitti että, 70 prosenttia palvelukuvauksista puuttui palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisvaatimukset. Tutkimuksessa todetaan, että elämän loppuvaiheen hoito tulisi ottaa huomioon jo palvelua hankittaessa. Tämä edellyttää palvelunjärjestäjän näkemystä laadukkaasta ja hyvästä palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta.

Esimerkiksi Tampereen kaupungin ikäihmisten palveluryhmässä on tunnistettu nykyiset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vaatimukset ja laatusuosituksiset (Sosiaali- ja terveyslautakunta, 2021). Tampereen kaupunki on lähtenyt aktiivisesti kehittämään asumisyksiköiden palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Tammikuussa 2020 alueella on aloittanut erityisasiantuntija, jonka tehtävä on ollut hoidon kehittäminen, suunnittelu, koordinointi sekä henkilöstön osaamisen varmistaminen niin omassa palvelutuotannossa kuin yksityisten palveluntuottajien kautta hankituissa ikäihmisten palveluissa. Muun muassa ympärivuorokautisen hoidon yksiköt ovat voineet matalalla kynnyksellä hyödyntää erityisasiantuntijan osaamista.

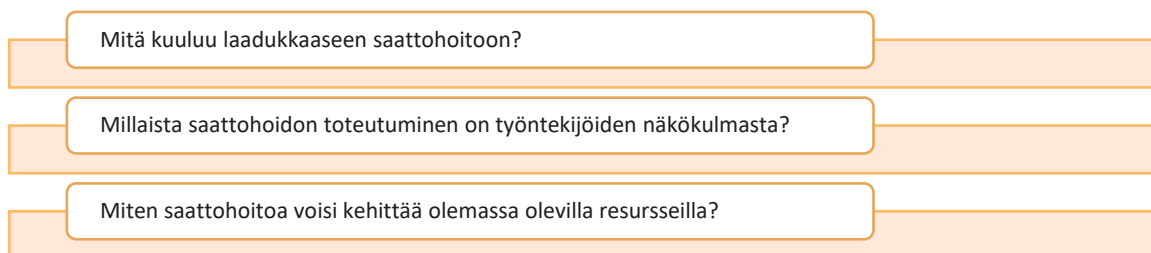
Sosiaali- ja terveysministeriön raporteissa on suositus palliatiivisen hoidon järjestämismalliksi, jossa sosiaalihuollon tehostetun palveluasumisen yksiköt määritellään perustason yksiköksi (Saarto ym., 2017, 2019a, 2019b). Tutkimamme yksikkö on siis tämän järjestämismallin mukaan myös perustason yksikkö. Perustason yksiköissä voidaan hoitaa valtaosa potilaista, mutta järjestämismallilla pyritään turvaamaan tasa-arvoinen ja tarvelähtöinen pääsy erityistason ja vaativan erityistason yksiköihin kaikkialla Suomessa (STM, 2019, s. 14).

Muistiliiton julkaisun mukaan tehostetun palveluasumisen asukkaista arviolta 80 prosenttia sairastaa jotakin etenevää muistisairautta (Heiskanen & Laakso, 2019). Alzheimerin taudin osuus on noin 70–80 prosenttia kaikista muistisairauksista, joskus lisänä voi olla myös jokin muu aivosairaus (Juva, 2021). Alzheimerin tauti on kuolemaan johtava, sitä sairastavan keskimääräinen elinajanodote on 7–20 vuotta diagnoosin saamisen jälkeen (Suomen seniorihoiva, i.a.). Muistisairauksien lisäksi tehostetussa hoivakodissa asuvilla ikääntyneillä on muita parantumattomia sairauksia, kuten syöpä ja ALS. Tehostetun palveluasumisen yksiköstä haetaan paikkaa, kun kotiin tarjottavat palvelut eivät enää riitä (Terveyskylä, 2018). Asuminen tehostetussa palveluasumisessa rinnastetaan kotona asumiseen ja tavoitteena on, että asukas saa asua tässä kodissa kuolemaansa asti. Tehostetussa palveluasumisessa on tärkeää luoda muistisairaalle kodinomainen, turvallinen ympäristö ja välttää muistisairasta kuorittavia siirtoja esimerkiksi päivystykseen. Muistisairaalle kohdalla tarkoituksen mukaista on pyrkiä tuottamaan hoito yhdessä paikassa. Vakavasti sairaan vanhuksen hoidossa vaihtoehdot ovat rajalliset. Hyvällä suunnittelulla vanhuksen hoito voidaan toteuttaa tehostetussa palveluasumisessa siinä missä muissakin perustason yksiköissä. Oman yksikön ympäristö on vakavasti sairaalle vanhukselle turvallisempi tuttuine hoitajineen kuin hälyisä sairaalaosasto.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tunnistaa tehostetun palveluasumisen ympäristössä tapahtuvan saattohoidon erityispiirteitä, osaamista ja toteutumista. Tunnistamalla elämän loppuvaiheen hoitoon ja saattohoitoon liittyviä vahvuuksia, haasteita ja kehittämiskohtia pyrimme erottamaan ne tekijät, joihin voimme vaikuttaa ja joita kehittämällä laatua voitaisiin parantaa.

Tarkoituksena oli selvittää kyseisen yksikön saattohoidon toteutumista ja kehittämistarpeita hoitajien näkökulmasta. Samalla oli mahdollista selvittää, mitä asioita hoitajat nostavat esiin saattohoitoon liittyen ja minkälaisia asioita haastatteluiden perusteella jää vähemmälle huomiolle. Kuviossa 2 esitellään opinnäytetyömme tärkeimmät tutkimuskysymykset.



Kuvio 2. Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset.



## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Käytimme opinnäytetyössämme tutkimusmenetelmänä laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista sen erilaiset lähestymis- ja analyysitavat (Juhila, 2021). Tällöin tutkimukselle on vaikea antaa yhtä ja ainoaa määritelmää. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu muun muassa toimintaan keskittyminen, strukturoidun eli avoimen sekä luonnollisen aineiston suosiminen. Laadullisessa tutkimuksessa suositaan ja painotetaan kysymyksiä mitä ja miten. Hyödynsimme tutkimukseemme laadullista menetelmää löytääksemme henkilöstön omia merkityksiä ja tulkintoja saattohoidosta ja sen toteutumisesta.

Tutkimuksemme tiedonkeruumenetelmänä käytimme haastattelua ja haastattelumuodoista teemahaastattelua. Teemahaastattelun tavoitteena on mahdollistaa haastateltaville vapaus tuoda esiin mahdollisimman paljon haastateltavien omia näkemyksiä ja ajatuksia (Hyvärinen ym., 2021). Teemahaastattelun tarkoituksena oli ohjata haastateltavia teemoitain, ei niinkään valmiiden, tarkkaan harkittujen kysymysten kautta. Avointen, vapaiden haastatteluiden kautta haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda esiin käytännön työssä esiin tulleita haasteita sekä kehittämiskeinoja.

### 5.2 Aineiston hankinta

Päädyimme puolistrukturoituun menetelmään teemahaastattelun yleisesti käytetyn vapaamuotoisemman tavan sijaan. Suunnitellessamme aineiston hankintaa, tarkoituksenmukaisen lopputuloksen saadaksemme koimme tärkeimmäksi asiaksi sen, että haastateltavat saavat nostaa itselleen merkityksellisimmäksi koettuja asioita esiin ilman johdattelua. Vapaamuotoisessa teemahaastattelussa olisi voinut olla riskinä keskustelun johdattelu haastattelijoiden näkemysten sekä teorian suuntaan. Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa etukäteen suunnitellut kysymykset esitetään kaikille haastatelluille samassa järjestyksessä, mutta niihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan vastaukset ovat avoimia (Eskola & Suoranta 1998, s. 64). Pyrimme haastatteluissa saamaan mahdollisimman tarkasti ja monipuolisesti tietoa aiheesta, jättäen kuitenkin haastateltaville mahdollisuuden vastata

kysymyksiin juuri omasta näkökulmastaan. Yksilöhaastatteluun päädyimme siksi, että saisimme aidosti jokaisen haastateltavan oman näkemyksen, ilman ryhmässä tapahtuvaa johdattelua tai keskustelun muodostumista tiettyyn näkökulmaan.

Haastattelimme tutkimustamme varten kuutta kyseisen yksikön hoitotyön ammattilaista sekä yksikön johtajaa. Osa haastatteluista toteutettiin yksikön tiloissa työaikana ja osa sovittiin haastateltavien pyynnöstä vapaa-ajalle. Otimme aineistonkeruussa huomioon ajankohtaisen Covid-19 tilanteen ja noudatimme haastattelutilanteissa yksikön suojainkäytänteitä. Haastattelimme tutkimukseemme myös terveystieteidenmaisteri, väitöskirjatutkija Hanna Hävölää, Tampereen kaupungin palliatiivisen ja saattohoidon erityisasiantuntijan roolissa. Haastattelu toteutettiin Teams-haastatteluna ajankäytöllisistä syistä. Hävölän haastattelumateriaalia käytettiin tutkimuksessa asiantuntijalausuntona teorian tukena. Kaikki haastattelut tallennettiin digitaaliseen muotoon haastattelijoiden puhelinten ja tietokoneiden äänitystä käyttäen.

Haastattelemistamme työntekijöistä yksi oli hoiva-avustaja, yksi apuhoitaja, yksi geronomi, kaksi lähihoitajaa sekä kaksi lähihoitajaa, jotka opiskelevat sairaanhoitajiksi. Haastateltavat ovat tai ovat olleet lähiaikoina kyseisessä yksikössä töissä. Kaksi heistä on tällä hetkellä siirtynyt muualle töihin tai opintovapaalle. Haastateltavat ovat iältään 26–68-vuotiaita, työkokemusta heille oli kertynyt hoitoalalta vajaan vuodesta 45 vuoteen.

Valitsimme haastateltaviksi eri koulutustaustalla ja työkokemuksella olevia työntekijöitä, sillä tehostetussa palveluasumisessa heistä jokainen osallistuu saattohoitoon, ja jokaisen osaaminen on tärkeää. Hoiva-avustajan kohdalla jätimme haastattelusta pois lääkehoidon näkökulman. Hoiva-avustajien määrä on lisääntymässä tehostetun palveluasumisen yksiköissä, joten koemme tärkeäksi huomioida myös heidän osaamisensa. Saattohoito oli kaikille haastatelluille tuttu käsite, jokainen oli kohdannut saattohoitotilanteita ja kuolemaa. Hoitajat kokivat omaavansa pääasiassa jo melko kattavasti osaamista, mutta jokaisen haastattelun kohdalla toistui ajatus siitä, että aina voisi oppia lisääkin.

### 5.3 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysillä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä ja jalostamista käsitteelliseen tai teoreettiseen muotoon (Günther ym., 2021). Laadullisen aineiston analysoimiseen ei ole mitään valmista mallia, vaan lähtökohtana on aineiston tulkitseminen pintaa syvemmältä eli perehdytään siihen, mitä kerätty aineisto sisältää ja mistä kaikesta se meille kertoo. Laadullisen analyysiin löytyy useita erilaisia menetelmiä. Analyysimenetelmä tarkoittaa sellaista konkreettista tapaa, jolla kerätty aineisto käytännössä käsitellään ja sitä kautta analysoidaan. Laadullisen analyysin menetelmiä tarkastellessa koodaaminen, teemoittelu ja tyypittely ovat sille perinteisiä välineitä. Koodaamisen ja teemoittelun katsotaan olevan eräänlaista aineiston raakatyöstämistä, josta edetään askel kerrallaan kohti lopputuloksia. Aineiston analyysi onkin monivaiheinen prosessi ja sen työstämiseen kannattaa käyttää aikaa. Hyvällä analyysin kuvauksella tutkija luo lukijalle hyvin perusteltua, uskottavaa ja mahdollisimman luotettavaa materiaalia.

Aloitimme aineiston analysoinnin litteroimalla kaiken kerätyn haastatteluaineiston kirjalliseen muotoon (Günther ym., 2021). Koodasimme eri värein aineistosta jokaisen haastattelun omalla värillään, jotta ilmaisuja luokitellessamme pystyimme tutkimaan eri haastattelujen näkemyksiä ja vertailemaan niitä myös keskenään. Aineisto redusoiitiin lihavoimalla litteroidusta ja värikoodatusta tekstistä alkuperäiset, tutkimukselle olennaiset ilmaisut. Nämä pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin aineistolähtöisesti alakategorioiksi. Yläkategorioiden muodostamista ohjasi osittain teoria. Painotimme kuitenkin jokaisessa vaiheessa aineistolähtöisyyteen, koska liika teorialähtöisyys olisi voinut estää uuden tiedon löytämistä aineistosta.

Aineiston analyysi toteutui teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Luokittelun avulla aineistosta nousseet pelkistetyt ilmaisut muodostivat alakategoriat aineistolähtöisesti, mutta ne yhdistyivät yläkategorioiksi aineiston ja teorian ohjaamana. Pääluokkien muodostaminen yläkategorioista tapahtui teorialähtöisesti. Teoriatietoa keräsimme pääosin vasta haastattelujen jälkeen, jotta välttäisimme sen vaikuttamasta liikaa tutkimukseemme. Aineisto myös johdatteli teoriatiedon keräämistä tutkimuksen edetessä. Samalla, kun haastatteluaineistoista etsittiin yksilöiden kokemuksia ja näkemyksiä, etsittiin myös asioita, jotka jäävät vähemmälle huomiolle. Taulukoissa 2-4 kuvataan esimerkkejä aineiston luokittelusta.

### Pääkategoria: Saattohoidon laatu

| Alkuperäinen ilmaus  | Pelkistetty ilmaus   | Alakategoria                    | Yläkategoria                     |
|--|--|---------------------------------|----------------------------------|
| "Että mitä kyseinen henkilö vaikka haluaa viimeisinä hetkinä."                                 | Huomioidaan ihmisen oma tahto.                                 | Asukkaan omat toiveet           | Ennakointi ja suunnitelmallisuus |
| "..musiikki, jos siitä tykkää, ja millaisesta musiikista."                                     | Musiikki, jos siitä tykkää, ja millaisesta.                    |                                 |                                  |
| "..luodaan semmoinen, sen hoidossa olevan asiakkaan ihan toiveitten mukainen se.. (ympäristö)" | Luodaan ympäristöstä ihmisen toiveiden mukainen.               |                                 |                                  |
| "Sehän on kaikkee. Sehän on siis se ihminen siinä."  | Ihminen huomioidaan kokonaisuutena.                            | Hoidon kokonaisvaltaisuus       | Yhteistyö läheisten kanssa       |
| "..sitä henkistä tukeamista aika paljon.."   | Henkistä tukeamista aika paljon.                               |                                 |                                  |
| "..perushoitoon liittyvät ne asentohoidot.."   | Perushoitoon liittyvät asentohoidot                            |                                 |                                  |
| "..voi olla, että välillä omaiset tarvii jopa enemmän sitä tukea, kuin se itse asukas siinä."  | Omaiset voivat joskus tarvita jopa enemmän tukea, kuin asukas. | Omaisten merkitys ja tuen tarve |                                  |
| "Siis omaiset varmaan hyvin pitkälti."   | Omaiset tärkeässä roolissa saattohoidossa.                     |                                 |                                  |

Taulukko 2. Saattohoidon laatua haastateltujen kuvaamana.

**Pääkategoria: Saattohoidon toteutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät**

| <b>Alkuperäinen ilmaisu</b>   | <b>Pelkistetty ilmaisu</b>  | <b>Alakategoria</b>                                   | <b>Yläkategoria</b>                                     |
|---|---|---|---|
| <p>"..että siellä vois olla, siis sehän olis ihanaa, jos siellä olis aina joku.."</p> <p>"..että sä olet siinä läsnä, sulla on niinkun aikaa.."</p> <p>"..se aika otetaan silloin, kun on saattohoitotilanne.. ..että se ei oo resursseista kiinni.."</p> <p>"No, jonkinlaista perusosaamista on just nyt, millä sitä olo voi helpottaa.."</p> <p>"..on aika vahva osaaminen kuitenkin tällä saralla.."</p> <p>"..enemmän tarttis olla.."</p> | <p>Kuolevan luona ehtisi olla.</p> <p>Aikaa olla läsnä.</p> <p>Tarvittava aika otetaan silloin, kun on saattohoitotilanne.</p> <p>Perusosaamista olon helpottamisesta.</p> <p>Aika vahvaa osaamista .</p> <p>Enemmän tarvitsisi olla.</p> | <p>Läsnäolon toteutuminen</p> <p>Koettu osaaminen</p> | <p>Resurssien vaikutus</p> <p>Henkilöstön osaaminen</p> |

Taulukko 3. Saattohoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät haastateltujen kuvaamana.

### Pääkategoria: Saattohoidon kehittäminen

| Alkuperäinen ilmaisu  | Pelkistetty ilmaisu   | Alakategoria                              | Yläkategoria                  |
|---|---|---|-------------------------------|
| <p>"Aina tulee uutta ja lisää, mikään ei ole koskaan niinku valmis."</p> <p>"..että sitä tietoa olisi paljon, että voidaan toteuttaa hyvää saattohoitoa."</p> | <p>Aina voi oppia uutta.</p> <p>Toivotaan paljon tietoa laadukkaan saattohoidon toteutumiseksi.</p> | <p>Halu oppia ja sisäinen motivaatio</p>  | <p>Henkilöstön voimavarat</p> |
| <p>"..jos tullaan vaikka pitämään talolle taikka talon ulkopuolelle jonkinlainen koulutus, että pystyy keskustelemaan avoimesti ja jakamaan kokemuksia.."</p> | <p>Fyysisesti järjestetty koulutus, jossa on avointa keskustelua ja kokemusten jakoa</p>            | <p>Koulutuksen toteutus</p>               |                               |
| <p>"..ettei se olisi pelkkää jotain teoriaa, vaan että siinä olisi myös sitä kokemusta. Oikein kunnan niinkun esimerkkejä.."</p>                              | <p>Ei pelkkää teoriaa, vaan kokemuksen ja esimerkkien jakamista</p>                                 |   | <p>Kouluttautuminen</p>       |
| <p>"Olen ollut Terhokodin lääkärin pitämässä koulutuksessa, se oli tosi hyvä. Hän osasi sen hyvin laaja-alaisesti kertoa.."</p>                               | <p>Lääkärin pitämä laaja-alainen koulutus koettu hyväksi.</p>                                       |   |                               |
| <p>"..jotenkin viitata siihen, miten omaiset ottaa huomioon siinä tilanteessa."</p>   | <p>Koulutuksessa kaivataan neuvoja omaisten huomiointiin saattohoitotilanteissa.</p>                | <p>Laaja-alainen tieto saattohoidosta</p> |                               |

Taulukko 4. Saattohoidon kehittämistä haastateltujen kuvaamana.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimuskysymystemme tarkoituksena oli selvittää, mitä laadukas saattohoito on ammatti-laisten kuvaamana, miten se toteutuu tällä hetkellä ja kuinka saattohoitoa voitaisiin kehittää olemassa olevilla resursseilla. Haastatteluista nousi esiin kolme pääkategoriaa: saattohoidon laatu, saattohoidon toteutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät sekä saattohoidon kehittäminen.

### 6.1 Laadukkaan saattohoidon osa-alueet

#### 6.1.1 Ennakointi ja oman tahdon huomioiminen

Yhtenä haastattelukysymyksenä oli, missä vaiheessa saattohoidon näkökulmaa tulisi miettiä asukkaan hoitotyössä. Vastaukset tähän kysymykseen keskittyivät enimmäkseen tunnistamaan niitä oireita ja merkkejä, jotka tavanomaisesti ilmaantuvat saattohoitopotilaan elämän viimeisten viikkojen ja päivien aikana, kun saattohoitopäätös yleensä tehdään. Ainoastaan yksi haastatelluista vastasi, että saattohoidon näkökulmaa tulisi miettiä jo asukkaan muuttaessa tehostettuun palveluasumiseen. Kysymyksen tarkoituksena oli tarkastella, mihin vaiheeseen tutkittavat sijoittaisivat ennakoivan hoidon suunnittelun. Muista haastatteluista saaduista vastauksista päätellen tutkittavat todennäköisesti tulkitsivat kysymyksen eri tavalla, kuin se oli tarkoitettu. Ymmärrystä hoidon suunnittelusta ilmaistiin kuitenkin muissa ilmaisuissa. Tutkittavat kokivat tunnistavansa kuoleman lähestymiseen liittyvien merkkien ilmaantumisen melko hyvin.

..hoitajana monesti huomaa siinä toimintakyvyssä, että on lähellä saattohoitoa.  
(H1)

Elämänhistoria nähtiin merkityksellisenä asiana, mutta vain osa haastateltavista ilmaisi, että saattohoidon näkökulmaa ja sen suunnittelua tulisi miettiä jo asukkaan muuttaessa yksikköön. Ennakointia sivuavasti haastateltavat ilmaisivat useissa yhteyksissä kuolevan omien toiveiden huomioimisen ja niiden mukaisen toiminnan. Tutkimuksen perusteella henkilöstölle on tärkeää, että kuolevan toiveet tulevat nähdyksi ja kuulluksi ja niitä myös

toteutetaan. Kuitenkaan käytännön esimerkkejä siitä, miten esimerkiksi asukkaan toiveiden kirjaaminen ja järjestelmällinen huomioiminen arjessa tapahtuu, ei tullut esiin.

Et joku voi tykätä musiikista, ni silloin laitetaan sitä musiikkia. (H2)

Että mitä kyseinen henkilö, vaikka haluaa viimeisinä hetkinä. Elvytyskiellot ja kaikki tällaiset ottaen huomioon. (H6)

Kangasniemen (2022) sekä haastatteluiden tulosten perusteella voidaan todeta, että omien toiveiden huomioimisen järjestelmällisessä toteuttamisessa ja tiedonkulussa vaikuttaisi olevan vielä kehitettävää. Mikäli asukkaalle ei ole tehty selkeää elämän loppuvaiheen ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja jos hänen tai läheisten toiveet ovat esimerkiksi omahoitajan tiedossa tai kirjattuna ainoastaan päivittäiskirjauksiin, ei tiedonkulun saumattomuudesta voida varmistua.

### 6.1.2 Läheiset osana saattohoitoa

Läheisistä puhuttaessa tässä tutkimuksessa tarkoitettiin kaikkia ikääntyneen omaisia ja kaikkia, jotka hän kokee kuuluvaksi omaan lähipiiriinsä. Haastateltavat näkivätkin läheiset tärkeänä osana saattohoitoa. Läheiset olivat kuolevan asukkaan tukena ja voimavarana, mutta samalla tunnistettiin myös heidän itsensä tarvitsema tuki raskaassa tilanteessa. Haastateltaville oli tärkeää, että läheiset saavat riittävästi tukea ja tietoa saattohoitoon liittyen, jotta elämän loppuvaiheen hoidosta jäisi kaikille osapuolille mahdollisimman hyvä mieli.

Tutkimuksessa ilmaistiin läheisten tarpeet ja miten niihin tulisi vastata, mutta haastateltavat ilmaisivat asiat muodossa tulisi ja pitäisi, jonka vuoksi näiden asioiden toteutuminen jäi tutkimuksessa epäselväksi.

Että jäis kaikille hyvä mieli eikä jäis tosiaan niinku, miten sen selittäis, tunnetta että ei oo saanut siinä hetkessä tarpeeksi tukea tai neuvoa tai apua. Että, et siihen panostettais tosiaan, et se on tärkeätä.” (H3)

Ikääntyneen kuolevan lähipiirissä nähtiin suurta vaihtelua heidän osallistumisestaan saattohoitoon. Joidenkin asukkaiden läheiset olivat olleet paikalla paljon ja osallistuneet hyvin



aktiivisesti, mutta toisilla asukkailla ei ollut juurikaan läheisiä, tai he eivät syystä tai toisesta osallistuneet kuolevan hoitoon. Haastateltavat kokivat tärkeäksi kannustaa läheisiä osallistumaan ja olemaan läsnä, mutta toisaalta pitivät ymmärrettävänä, että kaikki eivät tähän kykene. Osallistuvat ja läsnä olevat läheiset nähtiin ensisijaisena kuolevan rinnalla kulki-jana, jolloin hoitajan tulisi osata myös antaa tilaa ja olla tukena tarvittaessa.

..mun mielestä sitä omaa, sitä lähiverkostoa, kuinka he siinä haluavat olla, ni se on mun mielestä se ykkösjuttu. Ja sitten, jos he tarttee sinne jotain apua. Mutta mun mielestä, jos he haluaa olla porukassa niinku siinä ja ne haluaa, ettei siinä oo koko ajan joku hoitaja, mä antaisin olla niinku keskenään. (H4)

Haasteena koettiin läheisten pelot ja hätäntyminen, mikä saattoi näyttäytyä esimerkiksi vaatimuksina sairaalasiirtoon tai letkuruokintaan. Haastateltavat näkivät läheisten psyykkisessä tukemisessa, tiedon antamisessa ja pelkojen vähentämisessä oman roolinsa ammattilaisina tärkeäksi. Saattohoidettavan hyvä oirehoito nähtiin paitsi kuolevan itsensä kannalta merkitykselliseksi, myös läheisille hyvin tärkeäksi asiaksi.

..monesti omaisetkin sitä miettii ensimmäisenä, että onko, sattuiiko tai tekikö ki-  
peetä esimerkiksi pois lähteminen taikka tälle. Itse olen aina tykännyt ja pitä-  
nyt siitä omaisille kertoo, että on lääkitty hyvin ja kipua on hoidettu, että ei ole,  
ei ole tuskaa tuntenut tai mitään kipuja, että on voinut lähteä rauhallisesti pois  
(H6)

Ja varsinkin tälläisenä saattohoitohetkenä, niin sieltä voi tulla aika yllättäviä  
puolia omaisista ja lähipiiristä, kun tulee se tilanne, tilanne heillekin, että luopu-  
misen pelko. (H6)

### 6.1.3 Hyvä oirehoito

Hyvää oirehoitoa kuvailtiin jokaisessa haastattelussa sanoilla ”hyvä olo” ja siihen pyrkimi-  
nen. Hyvän olon kokeminen elämän loppuun asti koettiin tärkeäksi. Hyvä olo nähtiin koko-  
naisvaltaisena kokemuksena, johon liittyy esimerkiksi kivuttomuus, turvallisuuden tunne,  
hyvä perushoito, mielekäs ympäristö ja henkinen hyvinvointi. Tärkeimpinä haastatteluissa  
toistuneina lääkkeettöminä keinoina mainittiin asentohoito ja suun kostutus, joita tukee  
hyvä lääkehoito. Kuolevan oma tahto nähtiin perustana myös hyvälle oirehoidolle.

..asentohoito on ihan yksi, että siinä puuttuu paikat vaikka ois hyvä patjakin. Että se on ihan ja se ihon rasvaus ja ihan tota, ja se huolenpito ja suun kostutus, se on hirveen tärkeä ja hampaitten pesu, jos on omat hampaat vielä. (H5)

..jos aatellaan vaikka kipua, niin erilaiset asennon vaihdot, tämmöset asennon kevennykset. Sitten on erilaisia semmosia asentotyynyjä, millä voidaan asentoa tukea, hengitystä parantavasti esimerkiksi. (H7)

Haastateltavat ilmaisivat useita lääkkeettömiä keinoja saattohoidossa. Riittävä ja oikea-aikainen kivun hoito koettiin ensisijaiseksi osaksi saattohoidon oirehoitoa. Kivunhoito kuvattiin kokonaisvaltaiseksi prosessiksi, jossa lääkkeettömät ja lääkkeelliset keinot muodostavat kokonaisuuden. Yksi haastateltavista koki lääkehoidon mahdollisuudet yksikössä jokseenkin suppeiksi.

..jos potilas on kovin kipeä, ni se kosketukseen ei välttämättä silloin riitä. Että mun mielestä se on niinku semmonen kokonaisvaltainen niinku prosessi se.. (H7)

..minusta aika suppea valikoima tavallaan lääkkeelliseen hoitoon. Että tietysti, jos ei olis, tai jos olis kaikki mahdolliset lääkeluvat, mitä pystytään toteuttamaan, niinku iv:stikin annettaviakin lääkkeitä on monia, mitä vois ehkä hyödyntää.. (H7)

Kivunhoito kuvattiin kokonaisvaltaiseksi prosessiksi, jossa lääkkeettömät ja lääkkeelliset keinot muodostavat kokonaisuuden. Haastateltavat ilmaisivat useita lääkkeettömiä keinoja saattohoidossa, mutta esimerkiksi riittävä ja oikea-aikainen kivun hoito koettiin ensisijaiseksi osaksi saattohoidon oirehoitoa. Yksi haastateltavista koki lääkehoidon mahdollisuudet yksikössä jokseenkin suppeiksi.

Sehän on niin siitä yksilöstä kiinni, että sit kun oppii tunteen sen asukkaan, jos on pidempään hoitanut, tietää mistä tykkää. (H7)

Pelkojen ja ahdistuneisuuden hoidossa rauhallinen ympäristö ja läsnäolo koettiin tärkeiksi keinoiksi. Tieto kuolevan toiveista koettiin tärkeäksi, jotta osattiin toteuttaa esimerkiksi hengellisiä tai muita toiveita. Musiikki, ja erityisesti kuolevan mielimusiikki, oli haastateltavien kokemuksen mukaan merkittävä asia monissa saattohoitotilanteissa.

Rauhallinen ja kiireetön hoito sekä mahdollisimman vähän vaihtuvat hoitajat ovat tutkimuksen mukaan sellaisia keinoja, joilla henkilöstö kokee saavansa kuolevalle luotua turvallisuuden tunnetta. Samojen hoitajien toteuttama saattohoito nähtiin vähentävän tiedonkulun haasteita ja takaavan paremman hoidon.

Saattohoito kuvattiin myös elämän normaaliksi elämiseksi. Nälkäisenä syödään, janoisena juodaan. Huomataan ihmisen tarpeet ja toimitaan niiden mukaan. Muistetaan, että saattohoitopäätös ei sulje pois asioita, vaan kuolevan voimavarat määrittävät hoidon tarpeen.

## 6.2 Saattohoidon toteutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Haastatteluissa todettiin, että saattohoitopäätös ja päätös lääkkeellisistä hoitokeinoista ovat lääkäriillä. Enimmäkseen haastateltavat vaikuttivat luottavan lääkärin oikea-aikaiseen hoitolinjauksen tekoon ja sen myötä muuttuvaan hoitoon. Yksi haastateltavista kuitenkin koki, että lääkäri ei ole aina ymmärtänyt tilannetta, eikä hoitolinjauksia ole saatu tällöin oikea-aikaisesti.

Vapaaehtoiset tuotiin esiin haastatteluissa, mutta esimerkkejä heidän panoksestaan saattohoidossa ei juurikaan saatu. Kahdessa haastattelussa todettiin, että vapaaehtoisia ei ole taidettu käyttää kyseisessä yksikössä, tai ainakaan muistikuvaa tästä ei ole. Lisäksi esiin nostettiin SPR:n työntekijä, ystäväpalvelu ja seurakunnan työntekijä.

Vapaaehtoiset on ihan, mitä voi hyödyntää. Että mä en tiedä, täällä ei oo taidettu niitä hyödyntää, mutta ihan tiedän paikkoja, joissa on käynyt vapaaehtoisia, jotka on hyvin päteviä tällöisessä tilanteessa. (H5)

Henkilöstöresurssit koettiin ajoittain liian vähäisiksi tai lääkeluvallisten hoitajien määrä työvuoroissa oli muodostunut haasteeksi. Henkilöstön vähyyden nähtiin vaikuttavan saattohoidon toteutumiseen siten, että kuolevan vierellä ei ehditä olemaan riittävästi. Kaksi haastateltavista kuitenkin koki, että priorisoimalla riittävä aika saadaan järjestymään. Läsnäolo nähtiin merkitykselliseksi tekijäksi ja haastateltavat kokivat, etteivät ole pystyneet toteuttamaan saattohoitoa aina omien arvojensa mukaisesti. Erityisesti esiin nousivat yövuorot, joissa on vain yksi hoitaja, eikä saattohoitotilanteissa aina saada nopealla aikataululla

toista hoitajaa avuksi. Näissä tilanteissa oman työn priorisoinnin mahdollisuudet ovat vähäisemmät. Kuolevan yksin jääminen nostettiin esiin negatiivisena asiana.

Että niinku tiäkkö yksin oot siellä jossain hiljaisuudessa. Kuolet pois. Sit käydään kohta kattoon, et joo ei se hengitä enää. (H4)

Haastatteluissa nousi esiin myös huoli riittävän lääkkeellisen kivunhoidon toteutumisesta ja läsnäolon korvaamisesta esimerkiksi ahdistusta lievittäväillä lääkkeillä.

### **6.3 Saattohoidon kehittäminen nykyisillä resursseilla**

#### **6.3.1 Henkilöstön voimavarat**

Suurena voimavarana saattohoidossa ilmeni haastateltavien kokemus saattohoidon tärkeydestä ja halu oppia siitä lisää. Jokainen haastateltava koki merkitykselliseksi sen, että asukkaat saavat mahdollisimman hyvän ja arvokkaan hoidon ja kuoleman. Tutkimuksessa kuvattiin myös saattohoidon palkitsevuutta ja sen tuomia onnistumisen kokemuksia. Saattohoitotilanteet koettiin hyvin erityisiksi, rauhallisen kuoleman ja läheisten tyytyväisyyden tuoma kokemus omasta ammattitaidosta ja työssä onnistumisesta olivat jääneet haastateltavien mieleen.

..se on molemminpuolinen hyöty ja se on hyvin antoisaa, mun mielestä siitä saa paljon itselle. (H5)

Tutkimuksessa ilmaistiin, että jotkut henkilöstöstä pyrkivät välttelemään saattohoitotilanteisiin osallistumista. Saattohoito olisi haastateltavien mukaan hyvä osoittaa niille henkilöille, jotka kokevat asian itselleen mieluisaksi.

..mun mielestä niihin koulutuksiin pitää mennä semmosia henkilöitä, jotka on kiinnostunut. Ettei vaan niinku määrätä, että sinne on niinku mentävä vaikkei yhtään kiinnostais. (H4)

Hävölän (2022) mukaan henkilökunnan saama tuki on edelleen liian vähäistä ja olisi tärkeää miettiä, mistä he saavat voimavaroja työhönsä. Työnohjaus tulisi olla säännöllistä,

eikä keskittyä vain niihin tilanteisiin, kun on tapahtunut jotain katastrofaalista. Myös koulutustilanteissa voisi käydä yhdessä läpi onnistumisia ja kehittämiskohtia.

### 6.3.2 Kouluttautuminen

Ainoastaan yksi tutkittavista oli käynyt erillisen saattohoitokoulutuksen, joka ei sisältenyt tutkintoon. Koettu osaaminen oli kohtalaista tai hyvää kaikilla tutkittavilla. Jokainen kuitenkin ilmaisi, että opittavaa varmasti olisi vielä. Hyvän saattohoidon toteutumisen nähtiin vaativan enemmän koulutusta.

..minusta kyllä vähän liian vähän puhutaan ja koulutetaan siihen nähden, kuinka paljon on semmosia paikkoja, missä on näitä ikääntyneitä. (H1)

Haastatteluissa selvitimme hoitajien kokemusta mielekkäimmistä ja tehokkaimmista tavoista oppia, vaihtoehtoiksi ehdotimme: koulutus työpaikalla, työpaikan ulkopuolinen koulutus ja verkkokoulutus. Jokainen haastateltava koki, että verkossa käytävä koulutus ei ole mieleenpainuva eikä mahdollista kokemusten vaihtoa ja konkreettisia neuvoja käytännössä koettuihin haastaviin tilanteisiin. Haasteeksi tässä tulee esiin myös ajankäyttö ja keskittyminen työpaikalla. Useat haastateltavista olivat sitä mieltä, että sekä talon ulkopuolella tapahtuva koulutus tai talolle tuleva kouluttaja olisivat molemmat hyviä keinoja oppia. Talolla tapahtuva koulutus koettiin hyväksi siksi, että sen voisi muokata juuri kyseiseen yksikköön sopivaksi. Ulkopuolisen koulutuksen etuina pohdittiin laajempaa tietomäärää, ja mahdollisuutta päästä esimerkiksi saattohoitoon erikoistuneen yksikön järjestämään koulutukseen. Molemmissa fyysisesti järjestettävissä koulutuksissa etuna pidettiin mielenkiintoa, konkreettisia ohjeita tilanteisiin ja keskustelumahdollisuutta.

Läheisten kohtaaminen koettiin aiheeksi, josta haluttaisiin lisää tietoa koulutuksissa.

..omaisten ja läheisten kohtaaminen vois olla semmoinen. (H6)

Ja sit vois olla osana ehkä semmoinen, niinku jotenkin viitata siihen, miten omaiset ottaa huomioon siinä tilanteessa. (H1)

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulokset ja tulosten tarkastelu

Tutkimustulosten perusteella elämän loppuvaiheen hoito vaatii hoitajilta herkkää tilanteen tulkintaa ja ymmärrystä monessa eri vaiheessa. Vaikuttaisi, ettei ole mahdollista kehittää yksiselitteistä ja kaiken kattavaa kaavaa, jonka mukaisesti saattohoito varmasti onnistuisi. Jokainen saattohoito ja kuolema on ainutlaatuinen ja yksilöllinen tilanne.

Läheiset voivat joskus käyttäytyä hoitajan näkökulmasta yllättävälläkin tavalla kuoleman lähestyessä, koska kuoleman ja luopumisen pelko on ymmärrettävästikin niin voimakas. Tuloksista ilmennyt läheisten taipumus hätäntymiseen voi kertoa siitä, että vaikeita asioita ei ole otettu riittävällä tavalla puheeksi, eikä esimerkiksi ruokahalun hiipumisesta tai muista kuoleman lähellä tapahtuvista muutoksista ole kyetty antamaan tarpeeksi tietoa jo hyvissä ajoin. Haastateltavien kokemus koulutustarpeesta läheisten kohtaamisessa osoittaa, että tässä asiassa olisi kehittämisen tarvetta. Kuten Hävölä (2022) toteaa, työyhteisössä tulisi olla yhtenäinen tapa tuoda tietoa ja perustella hoidon toteutusta läheisille. Yhtenäistämällä koko työyhteisön kesken toimintatapoja saattohoitotilanteissa, voidaan myös lisätä läheisten luottamusta henkilöstöä kohtaan.

Myös työnohjauksen tilannetta ja sen riittävyyttä tulisi tarkastella, jotta henkilöstöllä olisi voimavaroja kohdata saattohoitotilanteita ja kehittää yhdenmukaisen saattohoidon toteutumista. Tulosten perusteella henkilöstön välillä olisi annettavaa toisilleen. Säännöllisen ryhmätyönohjauksen keinoin henkilöstöllä olisi mahdollisuus muun muassa käydä läpi aiempia tilanteita ja vahvistaa yhteisiä käytäntöjä (Ratkaisukeskeinen työnohjaus, 2022).

Tutkittavat ilmaisivat jokaisessa haastattelussa useassa kohdassa läheiset, vaikka haastattelukysymyksissä ei erikseen kysytty läheisten merkityksestä. Tästä voidaan päätellä, että läheiset ovat yksi merkityksellisimpiä asioita tutkittavien kokemana. Haastateltavat eivät kuitenkaan tuoneet esiin läheisten tukemista kuoleman jälkeisenä aikana. Vaikka hoitosuhde asukkaaseen päättyy nopeasti kuoleman jälkeen, olisi läheisten tukeminen tärkeää ohjaamalla heitä saavutettavissa olevan tuen piiriin. Esimerkiksi Eläkeliitto (i.a) tarjoaa sopeutumisvalmennusta leskeksi jääneille.

Haastateltavat kertoivat kattavasti lääkkeettömiä keinoja erilaisista ikääntyneille soveltuvista oirehoidoista ja osoittivat omaavansa tietoa aiheesta. Haastateltavilla oli iästä, koulutuksesta ja työkokemuksesta riippumatta paljon teoretietoa ja osaamista kuolevan ikääntyneen hoidosta. Epävarmuus ja halu oppia osoittautuivat liittyvän enimmäkseen läheisten kohtaamiseen, joka liittyy hoitajan omien tunteiden, sekä kuolevan ja tämän läheisten tunteiden kohtaamiseen. Haastatteluista onkin nähtävissä se, että hoitajat kaipaavat koulutusta ja tukea sellaisiin tilanteisiin, joihin ei ole annettavissa kattavaa teoretietoa, vaan vaativat tunnetaitoja ja tilanteen tulkintaa. Vuorovaikutuksellinen kohtaaminen, jota koulutuksiin toivottiin, tuo myös esiin tarpeen saada kokemuksen ja erilaisten tilanteiden kohtaamisen kautta tullutta osaamista.

Tulosten perusteella mielestämme kuolevan ja hänen läheistensä toiveiden ja mieltymysten tunnistaminen jo ennakkoon on saattohoidon onnistumisen kannalta oleellista. Mikäli toiveita ja pelkoja mietitään silloin, kun asukkaan vointi romahtaa, ei hänen ajatuksiaan ole yleensä mahdollista enää kuulla. Myös läheisten voi olla haastavaa miettiä rationaalisesti tilannetta, jos kuolema on jo hyvin lähellä. Koulutuksen tarve vaikuttaisi kohdentuvan haastateltavien näkökulmasta Unescon raportin peruspilareista kahteen jälkimmäiseen, eli yhdessä elämiseen oppimiseen ja olemaan oppimiseen. Teoriatiedon koulutuksessa tulisi erityisesti huomioida ne hoitajat, joiden osaaminen on vähäisempää. Osaamista tulisi olla koko työyhteisöllä, jolloin hoito on laadukasta ja yhdenmukaista aina.

Vaikka kuolevan mieltymysten ja toiveiden toteuttamista pidettiin tärkeänä, ei tutkimuksessa ilmennyt kuitenkaan käytännön esimerkkejä siitä, miten esimerkiksi asukkaan toiveiden kirjaaminen ja järjestelmällinen huomioiminen arjessa tapahtuu. Vaikka tutut hoitajat tuntisivat asukkaan ja tietäisivät hänen mieltymyksensä, olisi näistä tärkeää löytyä myös kirjallisesti tallennettua tietoa, joka on jokaisen kuolevaa hoitavan henkilön saatavilla. Hoivatahdon merkitys korostuu erityisesti muistisairaiden ikääntyneiden elämän loppuvaiheen hoidossa, jolloin kognitiivinen tila ei usein riitä omien toiveiden ilmaisuun. Osana yksikön saattohoidon kehittämistä tulisi näiden tulosten perusteella tarkastella hoitoneuvottelujen, sekä palvelu- ja hoitosuunnitelmien sisältöä, jotta voidaan varmistua asukkaiden hoivaa koskevien toiveiden löytymisen. Pienet asiat esimerkiksi hengellisyyttä tai ympäristöä koskevista tekijöistä voivat olla saattohoidon toteutumisessa merkittäviä.

Kolmannen sektorin osallistuminen saattohoitoon mainittiin, mutta ilmaistiin, että esimerkiksi vapaaehtoisia ei ole hyödynnetty yksikössä. Vapaaehtoistyön kehittäminen sekä henkilöstön perehdyttäminen vapaaehtoisten hyödyntämiseen osana saattohoitoa olisi perusteltua.

Sairaalasiirrot nähtiin viimeisenä keinona, jota pyritään välttämään. Lääkehoidon toteuttamisen mahdollisuudet tehostetussa palveluasumisessa koettiin kuitenkin rajallisiksi. Koska kivuttomuus ja oirehoito koettiin hyvin tärkeäksi, kaivattiin myös lisää osaamista ja tietoa lääkehoidon mahdollisuuksista.

Tutkimuksesta ei ilmennyt, miten päivystysaikainen konsultaatio on järjestetty ja onko se riittävää. Yksikössä työskentelee päivisin yksi sairaanhoitaja ja lääkäri käy kahden viikon välein. Oman lääkärin puhelinpäivystys on muinakin arkipäivinä, mutta erityisesti iltaisin ja viikonloppuisin henkilöstörakenne koostuu pääasiassa lähihoitajista ja hoiva-avustajista. Tällöin konsultaatiopäivystys on tuotettu ostopalveluna muualta. Tämä on todennäköisesti korkean kynnyksen päivystys, johon soitetään vain, kun tilanne on todella akuutti. Valtakunnallinen kehittäminen matalamman kynnyksen erityistason konsultaatiotuesta toisi akuutin tilanteen konsultaation helpommin saavutettavaksi.

Läsnäolo kuvattiin hyvin tärkeänä osana kuolevan hoitoa, perusteluna tälle oli pelkojen ja ahdistuksen lievittäminen ja hyvän olon tuominen. Tutkimuksesta ei kuitenkaan ilmennyt, millaisilla keinoilla kuolevan pelkoja tai ahdistusta arvioidaan ja kaipaako jokainen kuoleva vierelleen läsnäolijaa aina kun se on mahdollista, vai ainoastaan tiettyinä hetkinä. Tutkimuksesta herääkin kysymys, onko läsnäolo osittain myös henkilöstölle sellainen keino, joka tuo heille kokemuksen osallistumisesta ja hoidon hyvästä toteuttamisesta.

Hävölän (2022) mukaan saattohoito voi olla myös hyvin toteutunut, vaikka vierellä ei olisi-kaan voitu jatkuvasti olla. Hänen mukaansa on tavallista, että hoitajat kokevat huonoa omatuntoa ja epäonnistumisen kokemuksia, mikäli aikaa on rajallisesti. Hänen mukaansa yllättävänkin moni kuoleva menettää mielenkiintonsa ympäröivään maailmaan ja haluaakin olla yksin. Tämä on tavallista erityisesti hyvin sosiaalista elämää eläneiden kohdalla. Tärkeintä olisikin oppia tunnistamaan ne tilanteet, milloin kuoleva tarvitsee vierelleen ihmisen, ja milloin hän voi ja haluaakin olla yksin.



Koska joudumme todennäköisesti jatkossakin kamppailemaan henkilöstön riittävyyden kanssa, tulee ratkaisuja kehittämistyöhön löytää myös muualta kuin henkilöstön määrästä. Tulosten mukaan saattohoitotilanteen tulisi olla mahdollisimman ennakoitua, suunnitelmallista ja tarpeisiin perustuvaa, jotta resurssit voitaisiin hyödyntää tehokkaasti. Riittävä koulutus ja työnohjaus, henkilöstön osaaminen tunteiden kohtaamisessa, sekä erityisesti kokemusten kautta jaettu osaaminen voivat tuoda varmuutta työhön.

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Organisaatiolta haettiin tutkimuslupa organisaation ohjeiden mukaisesti ennen kuin aineistoa alettiin kerätä. Tutkimuksemme haastateltavat koostuivat vapaaehtoisista henkilöistä, jotka osallistuvat tai ovat osallistuneet yksikössä kuolevien asukkaiden hoitoon. Yksikön henkilöstölle lähetettiin henkilökohtainen kysely halukkuudesta osallistua haastatteluun. Tällä varmistimme, että jokainen henkilöstön jäsen voi itse päättää osallistumisestaan. Kaikki tutkimukseen osallistuneet haastateltavat allekirjoittivat kirjallisen sopimuksen tutkimukseen osallistumisesta. Kerroimme kaikille haastateltaville, että heillä on mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

Tutkimuksessa on huomioitu hyvät tutkimuskäytännöt koko aineiston käsittelyn ajalta. Tietoja kerättiin haastateltavista harkitusti ja perustellusti, eikä esimerkiksi haastateltavien nimiä tai muita henkilötietoja kerätty missään tutkimuksen vaiheessa. Huomioimme tutkittaviin, sekä tutkimuksen kohteena olevaan yksikköön kohdistuvat mahdolliset riskit ja pyrimme ehkäisemään niitä tehokkaasti. Haastatteluaineisto oli vain tutkijoiden käytössä ja aineisto hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Tutkimuksessa ei nimetä myöskään tutkittavaa yksikköä tai organisaatiota. Näillä keinoilla varmistimme haastateltavien sekä yksikön anonyymiteetin säilymisen.

Tutkimusaiheen valinta on eettisesti perusteltu, sillä se on tarpeellinen kyseisen asumisyksikön toiminnan ja siellä asuvien henkilöiden kannalta, mutta hyödynnettävissä muissakin yksiköissä. Tutkimuksen tavoitteena on henkilöstön ja asukkaiden hyvinvoinnin lisääminen. Tutkittavat ovat melko haavoittuvassa asemassa tuodessaan omia henkilökohtaisia näkemyksiä esiin näinkin sensitiivisestä aiheesta kuin kuolevan ihmisen hoitotyö. Tämän

vuoksi aineisto päädyttiin keräämään yksilöhaastatteluin ja suojaamaan anonyymiteetti hyvin tarkasti.

Haastatteluun osallistuneiden hoitajien henkilökohtainen kiinnostus saattohoitoa kohtaan ja halukkuus kertoa kokemuksiaan vaikuttaa osaltaan tutkimuksen luotettavuuteen. Mikäli haastatteluun olisi valittu satunnaisesti sellaisia, jotka eivät olisi olleet aiheesta kiinnostuneita, voisi tulos olla erilainen. Haastateltavien kokemus siitä, että osa henkilöstöstä välttää saatto-hoitotilanteiden kohtaamista ja saattohoitotilanteet eivät ole aina olleet onnistuneita, saattavat kuvata osaamisen jakautumista epätasaisesti henkilöstön kesken. Palliativisen hoidon osaamisen kehittäminen onkin Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisun mukaan toteutunut suosituksista huolimatta heikosti (STM, 2017, s. 12). Opetuksen lisäämisen tarve osana ammattihenkilöiden koulutusta on yksi tunnistetuista kehittämistarpeista ja se näyttäisi ilmenevän myös tutkittavien kokemuksissa.

### **7.3 Opinnäytetyöprosessi ja jatkotutkimusehdotukset**

Opinnäytetyöprosessi oli melko hidas ja eteni sykäyksittäin. Prosessi alkoi jo syksyllä 2020, kun rupesimme hahmottelemaan aihetta omien kiinnostustemme pohjalta. Saman vuoden joulukuun mennessä olimme valinneet aiheeksi saattohoidon toteutumisen tehostetun palveluasumisen yksikössä, mutta näkökulma oli vielä epäselvä. Näkökulma tarkentui aluksi henkilöstömitoituksen merkitykseen, mutta huomasimme tämän näkökulman hiekan suppeaksi. Samaan aikaan koimme takaiskun, kun ensimmäinen toivomamme yhteistyökumppani kieltäytyi yhteistyöstä opinnäytetyön toteutuksessa. Onneksemme löysimme nopeasti toisen yksikön, jossa opinnäytetyön suorittaminen otettiin hyvin vastaan ja toivottiin tutkimuksen tuomaa näkökulmaa toiminnan kehittämiseen. Lopulliseksi opinnäytetyön aiheeksi muotoutui siis, mitä haasteita saattohoidon toteutumisessa on ja miten sitä voidaan kehittää näistä haasteista huolimatta. Syksyllä 2021 palautimme tutkimussuunnitelman ja aloitimme suunnittelun tutkimuksen toteuttamisesta. Haastattelut toteutettiin kesällä 2022. Teorian keruu ja haastatteluaineiston analysointi ajoittuivat syksyyn 2022.

Haastateltavat löytyivät melko helposti tutkimastamme yksiköstä ja saimme toteutettua sen verran haastatteluja, kuin tavoitteenamme oli. Puolistrukturoitu teemahaastattelu mahdollisti rajatussa aiheessa pysymisen ja sen, että tiettyjä asioita varmasti käsitellään

jokaisessa haastattelussa, mutta toisaalta jätti myös avoimeksi joitain tutkimuksen aikana esiin tulleita kysymyksiä. Analysoinnin aikana ilmeni paljon asioita, joita olisi vielä voinut kysyä ja tarkentaa. Koimme puolistrukturoidun teemahaastattelun kuitenkin jälkikäteenkin oikeaksi aineistonkeruumenetelmäksi tutkimukseemme. Mikäli aineisto olisi nykyisestään laajentunut, olisi sen analysointi myös muuttunut haasteellisemmaksi ja vähemmän tarkaksi. Haastattelurunko tuntui aluksi osittain jopa itseään toistavalta, mutta aineistoa analysoitaessa se kuitenkin osoittautui toimivaksi. Samankaltaiset kysymykset toivat haastatteluissa esiin useampia näkökulmia, niin kuin toiveena oli.

Rajatussa aiheessa pysyminen koko tutkimuksen ajan vaati jatkuvaa huomioimista. Teoriatietoa kerätessä olisi tullut monia eri näkökulmia ja aiheita, joita olisi voinut lähteä tarkastelemaan. Mielestämme kuitenkin tutkimus toteutui johdonmukaisesti ja vastasi ennalta määriteltäisiin tutkimuskysymyksiin.

Ikääntyneiden henkilöiden saattohoidosta olisi hyödyllistä saada lisää ajankohtaista tutkimustietoa, sillä olemassa olevat tutkimukset ovat melko vanhoja ja ne usein keskittyvät syöpäpotilaiden saattohoitoon ja erityisesti kivunhoitoon. Ikääntyneen kuoleman erityispiirteistä, läheisten kokemuksista muistisairaana kuolevan hoidosta, sekä yhteistyöstä hoitajien kanssa olisi mielenkiintoista saada lisää tutkimustietoa. Elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelua ollaan kehittämässä, mutta sen toteutumisesta ja hyödyistä on vielä melko vähän tietoa. Tutkimusta tehdessä heräsi myös kysymys, miten kuolevan henkilön toiveita esimerkiksi musiikin ja läsnäolon osalta kirjataan ja toteutetaan johdonmukaisesti ja ovatko kaikki toiveet koko henkilöstön tiedossa.

## LÄHTEET

- Andreasen, P., Finne-Soveri, U., Deliens, L., Van den Block, L., Payne, S., Gambassi, G., D Onwuteaka-Philipsen, B., Smets, T., Lilja, E., Kijowska, V. & Szczerbinska, K. (2014). *Advance directives in European long-term care facilities: A cross-sectional survey*. PACE Consortium. <https://spcare.bmj.com/content/12/e3/e393>
- Duodecim. (22.8.2017). *Käypähoito-suositus: Kipu*. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>
- Duodecim. (2020). *Saattohoito-verkkokurssi*. <https://www.oppiporssi.fi/op/dvk00061/avaa>
- Eläkeliiitto. (i.a). *Sopeutumista tukevat kurssit 2023: Yhtäkkiä yksin*. <https://www.elakeliitto.fi/ajankohtaista/sopeutumista-tukevat-kurssit-2023-on-julkaistu>
- Eskola, J., & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP). (2020). *PAINAD-mittari: Pain Assessment in Advanced Dementia Scale*. [https://www.epshp.fi/files/11541/PAINAD-mittari\\_\(ID\\_14428\).pdf](https://www.epshp.fi/files/11541/PAINAD-mittari_(ID_14428).pdf)
- Ferrell, B., & Paice, J. (2019). *Oxford textbook of palliative nursing*. (5. p.) Oxford university press.
- Fleming, J., & Farquhar, M. (2016). *Death and the Oldest Old: Attitudes and Preferences for end-of-life care: Qualitative research within a population*. Cambridge university. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0150686>
- Günther, K., Hasanen, K., & Juhila, K. (2021). *Johdanto: Analyysi ja tulkinta*. Tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/analyysi-ja-tulkinta/>
- Heikkinen, H., Kannel, V., & Latvala, E. (2004). *Saattohoito: Haaste moniammatilliselle yhteistyölle*. WS Bookwell Oy.
- Heiskanen, M. & Laakso, T. (1.4.2019). *Muistisaira-an oikeus turvalliseen hoivaan ja hoitoon*. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistiliitto/ajankohtaista/muistiliiton-blogi/blogikirjoitukset/muistisaira-an-oikeus-turvalliseen-hoivaan-ja-hoittoon>
- Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). (2.10.2015). *Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä*. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/painehaava-hs.pdf>

- Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). 18.12.2019). *Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnosta suoriutumisen tukeminen: Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä*. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/12/hoitosuositus-muistisairaat.pdf>
- Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus). (8.3.2022). *Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suun hoito*. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf>
- Hyvärinen, M., Suoninen, E., & Vuori, J. (2021). *Haastattelut*. Tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/>
- Hävölä, H., Rantanen, A., & Kylmä, J. (2015). *Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina*. <https://elektra-helsinki-fi.libts.seamk.fi/se/h/0786-5686/27/2/saattoho.pdf>
- Juhila, K. (2021). *Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet*. Tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/laadullisen-tutkimuksen-ominaispiirteet/>
- Juva, K. (10.8.2021). *Alzheimerin tauti*. Lääkärikirja Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00699>
- Konttila, T. (16.2.2018). *Hoitosuunnitelma: advanced care planning (ACP) voi parantaa elämänlaatua kuolevilla muistisairailta*. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nix02564>
- Korhonen, A., ym. (3.6.2021). *Kuolevan potilaan kohtaaminen: Haaste hoitotyön ammattilaisille*. Dialogi. <https://dialogi.diak.fi/2021/06/03/kuolevan-potilaan-kohtaaminen-haaste-hoitotyon-ammattilaiselle/>
- Korhonen, T., & Poukka, P. (2013). *Kuolevan potilaan hoito*. Aikakauskirja Duodecim. (4). <https://www.duodecimlehti.fi/duo10821>
- Kuntaliitto. (2.12.2020). *Iäkkäiden palvelut: Asumispalvelut ja laitoshoido*. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitos-hoido>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta 565/2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2020/20200565>

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Muistiliitto. (2016). *Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito: Opas saattohoitoon osallistuville*. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaahan\\_ihmisen\\_hyva\\_saattohoito\\_web.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_web.pdf)
- Ratkaisukeskeinen työnohjaus. (2022). *Ryhmätyönohjaus*. <https://tyonohjaus.net/ryhmaty-onohjaus/>
- Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., & Vainio, A. (toim.). (2018). *Palliativisen hoidon hyvät käytännöt*. Kustannus Oy Duodecim.
- Sarvimäki, A., Heimonen, S., & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (2010). *Vanhuus ja haavoittuvuus*. Edita Publishing Oy.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2019). *Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa: Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (9.7.2020). *Vanhuspalvelulain muutos vahvistettu: Henkilöstömitoitus ympärivuorokautiseen hoitoon*. <https://stm.fi/-/vanhuspalvelulain-muu-tos-vahvistettu-henkilostomitoitus-ymparivuorokautiseen-hoitoon>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). (2020). *Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030*. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM\\_2020\\_31\\_j.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM_2020_31_j.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Suomen seniorihoiva. (i.a). *Alzheimerin tauti ja taudin ensioireet*. <https://suomenseniorihoiva.fi/tietopankki/muistisairaudet/alzheimerin-tauti-ja-taudin-ensioireet/>
- Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys (SPHY). (2021). *Saattohoidon vapaaehtoistoiminnan kehittämishanke 2021–2024*. <https://www.sphy.fi/saava/>
- Tampereen kaupunki. Sosiaali- ja terveyslautakunta. (11.2.2021). *Palliativinen hoito ja saattohoito ikäihmisten palveluissa*. [https://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Sosiaali\\_ja\\_terveyslautakunta/Kokous\\_1122021/Palliativinen\\_hoito\\_ja\\_saattohoito\\_ikai\(179484\)](https://tampere.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Sosiaali_ja_terveyslautakunta/Kokous_1122021/Palliativinen_hoito_ja_saattohoito_ikai(179484))

- Tasmuth, T. (8.3.2019). *Hyvä kivunlievitys vanhuksen saattohoidossa*. Potilaan lääkäri-lehti. <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hyva-kivunlievitys-vanhuksen-saattohoidossa/>
- Tarnanen, K., Saarto, T., & Laukkala, T. (4.10.2019). *Kuolevan potilaan oireiden hoito: Palliatiivinen hoito ja saattohoito*. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. (THL). (2021). *Saattohoito huomioitava paremmin iäkkäiden asumispalveluiden kilpailutuksissa*. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142803/URN\\_ISBN\\_978-952-343-695-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142803/URN_ISBN_978-952-343-695-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (15.6.2022). *Tilastoraportti. Sosiaalihuollon laitosten asumispalvelut 2021*. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144576/Sosiaalihuollon%20laitos-%20ja%20asumispalvelut\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144576/Sosiaalihuollon%20laitos-%20ja%20asumispalvelut_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (2.9.2022). *Elämän loppuvaiheen hoito*. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (2022). *Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa*. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN\\_ISBN\\_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN_ISBN_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (2022). *Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus*. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022\\_004\\_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). (2022). *Vanhuspalveluihin on palkattu lisää hoivaavustajia- lähi- ja sairaanhoitajien määrä ennallaan*. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145043/URN\\_ISBN\\_978-952-343-917-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145043/URN_ISBN_978-952-343-917-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Terveyskylä. (15.8.2018). *Muistisairaudet: Hoito yhdessä paikassa*. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/sairaudet/muistisairaudet>
- Terveyskylä. (7.11.2019). *Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen*. <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen>
- Terveyskylä. (1.11.2021). *Kipu: Kivun arviointi*. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/oireiden-hoito/oireet/kipu>
- Terveyskylä. (1.11.2021). *Mitä palliatiivinen hoito on*. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/palliatiivinen-hoito/mit%C3%A4-palliatiivinen-hoito-on>

Valtioneuvosto. (2019). *Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi: Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa*. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliatiivisen\\_hoidonjasaattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Valvira. (27.10.2020). *Välittömän ja välillisen asiakastyön määrittely*. [https://www.valvira.fi/documents/14444/326610/Valittoman\\_ja\\_valillisen\\_asiakastyon\\_maaritely.pdf/926d58c9-d7c1-9666-1a10-25326007de24?t=1603955312644](https://www.valvira.fi/documents/14444/326610/Valittoman_ja_valillisen_asiakastyon_maaritely.pdf/926d58c9-d7c1-9666-1a10-25326007de24?t=1603955312644)



## **LIITTEET**

Liite 1. Suostumuslomake tutkimukseen osallistumisesta

Liite 2. Haastattelukysymykset

## **Liite 1. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta**

**Tutkimuksen nimi:** Saattohoidon hyvät käytännöt ja kehityskohteet tehostetussa palveluasumisessa

**Tutkimuksen toteuttaja:** Seinäjoen ammattikorkeakoulu SeAMK

Katja Helander (katja.helander@seamk.fi)

Maiju Virtanen (maiju.virtanen@seamk.fi)

**Ohjaava opettaja:** Marita Lahti (marita.lahti@seamk.fi)

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää, kuinka saattohoito toteutuu yksikössämme ja kuinka saattohoidon toteuttamista ja laatua voitaisiin kehittää hoitohenkilöstön näkökulmasta.

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumuksen, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Tutkimushaastattelut toteutetaan anonymisti ja tutkijat sitoutuvat noudattamaan salassapitovelvollisuutta henkilötietojen käsittelyssä. Tutkijat sitoutuvat hävittämään henkilötietoja sisältävät materiaalit asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

\_\_\_\_\_

Allekirjoitus:

\_\_\_\_\_

Nimenselvennys:

\_\_\_\_\_

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

## **Liite 2. Haastattelukysymykset**

### **Alkukysymykset:**

- Ikä?
- Koulutus? Onko saattohoitokoulutusta?
- Työkokemus hoitoalalla? Vanhuspalveluissa?
- Onko saattohoito käsitteenä tuttu?
- Kuinka paljon olet kohdannut saattohoitotilanteita?

### **Haastattelukysymykset hoitajille:**

- Millaisia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä olet hyödyntänyt saattohoitotilanteissa?
- Millaisia lääkkeettömiä hoitomenetelmiä haluaisit käyttää, resursseista riippumatta?
- Koetko tarvitsevasi lisää osaamista lääkkeettömistä hoitomenetelmistä?
- Mitä ovat mielestäsi lääkkeettömät hoitomenetelmät ikääntyneen henkilön saattohoidossa?
- Millaiseksi koet osaamisesi saattohoitoon liittyvässä lääkehoidossa sekä lääkkeettömässä hoidossa?
- Missä asiassa kaipaisit lisää osaamista? Mikä olisi mielekkäin keino lisätä osaamistasi?
- Minkälainen on kokemuksesi resurssien vaikutuksesta saattohoidon toteutumiseen / laatuun?
- Mitä muuta saattohoito mielestäsi on, kuin kivunhoitoa?
- Kuinka tärkeä osa ikääntyneen hoivaa saattohoito mielestäsi on?
- Mitkä asiat tekevät saattohoidosta mielestäsi laadukasta?
- Mitkä ulkopuoliset tahot voivat olla osallisena saattohoitotilanteissa?
- Missä vaiheessa saattohoidon näkökulmaa tulisi miettiä asukkaan hoitotyössä?

**Lisäkysymykset johtajalle:**

- Miten olemassa olevia resursseja voisi mielestäsi hyödyntää niin, että saattohoito toteutuisi mahdollisimman laadukkaasti?
- Millaisena koet tämänhetkisen saattohoito-osaamisen hoitajilla?
- Millaista osaamista laadukas saattohoito vaatii?
- Miten työntekijät saisi mielestäsi sitoutettua mahdollisimman hyvin kehittämään osaamistaan?
- Millaisiin lääkkeettömiin hoitomenetelmiin olisi mielestäsi mahdollisuus nykyisillä resursseilla?
- Mitä olisi paras mahdollinen saattohoito, jos resursseja tai muita rajoitteita ei tarvitsisi miettiä?