



Sairaanhoitajien kokemukset saattohoidosta hoitokodissa

Kirjallisuuskatsaus

Sini Isotalo

Nina Larres

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2020

Sairaanhoitajakoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

ISOTALO, SINI & LARRES, NINA:
Sairaanhoitajien kokemukset saattohoidosta hoitokodissa
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 48 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Lokakuu 2020

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä kuvaileva kirjallisuuskatsaus aiheesta sairaanhoitajien kokemukset saattohoidosta vanhusten hoitokodissa. Tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajien tietämystä saattohoidon hyvistä ja huonoista tekijöistä vanhusten hoitokodissa ja sitä kautta parantaa saattohoidon laatua. Opinnäytetyössä selvitettiin sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidon toteutumisesta vanhusten hoitokodissa.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaku suoritettiin neljästä eri tietokannasta: Cinahl, Medline, Medic ja Pubmed. Lopulliseksi määräksi analysoitavia tutkimuksia saatiin 11 kappaletta. Kaikki valitut tutkimukset olivat englanninkielisiä. Tulokset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten perusteella asukkaan tunteminen oli tärkeää tarpeiden tunnistamisen helpottamiseksi ja hoidon laadun parantamiseksi. Asukkaiden erilaisten oireiden lievittäminen korostui ja ajantasainen hoitosuunnitelma helpotti hoidon jatkuvuutta. Hyvä vuorovaikutus ja yhteistyö omaisten kanssa kuuluivat saattohoitopotilaan hoitoon. Asukkaiden siirrot ja hoitajien kokema kiire olivat esteenä hyvän hoidon tarjoamiselle. Sairaanhoitajat kokivat työssään työn kuormittavuutta ja pitivät kuoleman tunnistamista vaikeana. Moniammatillinen yhteistyö ja saattohoidon koulutus työntekijöille on tärkeää.

Tuloksia voidaan hyödyntää saattohoitotyössä ja arvioitaessa sen eri osa-alueiden tarpeita, toimintaa ja laatua. Tätä opinnäytetyötä tehdessä huomattiin dementiaapotilaiden edustavan suurta osaa hoitokodissa asuvista. Jatkotutkimusehdotuksena onkin dementiaapotilaiden saattohoidon erityispiirteet.

Asiasanat: palliatiivinen hoito, saattohoito, hoitokoti, kuolevan potilaan hoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

ISOTALO, SINI & LARRES, NINA:
Nurses' Experiences of Hospice Care in a Nursing home
Title of Thesis2

Bachelor's thesis 48 pages, appendices 8 pages
October 2020

The purpose of this study was to make a descriptive literature review about nurses' experiences of terminal care in nursing home. The aim of this study was to increase nurses' knowledge about terminal care in nursing home, and to improve the knowledge about good and bad factors in hospices. This study can improve quality of terminal care through the information gathered.

The study was conducted as a literature review. Data were collected from four different databases: Cinahl, Medline, Medic and Pubmed. The data consisted of 11 articles. Selected material was analysed by inductive content analysis.

Based on the findings, knowing residents is important in order to increase the quality of terminal care. Interaction between residents and their family members is paramount. The findings suggest that rush at work and end of life transitions prevent to provide continuity and quality of care. Nurses' also experienced burden at work. Multiprofessional cooperation and hospice training is required.

Many of the residents in nursing homes suffered from dementia. Further studies about the subject could focus on specialities of hospice in patients suffering from dementia.

Key words: palliative care, terminal care, nursing home, end-of-life care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	2.1 Palliatiivinen hoito	7
	2.2 Saattohoito	8
	2.3 Hoitokoti	9
	2.4 Kuolevan potilaan hoitotyö	9
	2.4.1 Kivun arviointi ja hoito	10
	2.4.2 Lääkehoito saattohoitotyössä	10
3	TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE	12
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	13
	4.1 Kirjallisuuskatsaus	13
	4.2 Tiedonhaku ja aineiston valitseminen	13
	4.3 Aineistolähtöinen sisällön analyysi	17
	4.4 Tulosten raportointi	18
5	TULOKSET	19
	5.1 Aukkaan tunteminen	20
	5.2 Omaiset	21
	5.3 Lääkehoito	22
	5.4 Hoitosuunnitelma	24
	5.5 Organisaation haasteet	25
	5.6 Moniammatillinen yhteistyö ja koulutus	26
	5.7 Hoitajien tunteet	28
	5.8 Kuolema	29
6	POHDINTA	30
	6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	30
	6.2 Tulosten tarkastelu	31
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	35
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	40
	Liite 1. Valitut tutkimukset	40
	Liite 2. Taulukko 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä yhden yläluokan osalta	46

1 JOHDANTO

Suuret ikäluokat ikääntyvät ja keskimääräinen elinikä Suomessa kasvaa. Tämä johtaa väistämättä myös palliatiivisen- ja saattohoidon tarpeen kasvuun. Palliatiivista- ja saattohoitoa on tutkittu paljon ja erilaisia suosituksia ja ohjeistuksia on runsaasti. (Pitkälä & Jylhä 2019, 1673.)

Suurin osa ikäihmisistä haluaa elää viimeiset vuotensa ja kuolla kotonaan tai tutussa hoitopaikassa. Kuitenkin monet joutuvat viimeisinä kuukausinaan vaihtamaan useita kertoja hoitopaikkaa. (Pitkälä & Jylhä 2019, 1673.) Potilaiden siirroista osa on lääketieteellisesti perusteltuja, mutta usein siirrot johtuvat organisoinnin puutteesta sekä hoitopaikkojen haluttomuudesta ja osaamattomuudesta hoitaa kuolevaa vanhusta (Aaltonen, Forma, Jylhä & Rissanen 2015, 557).

Vuosien saatossa tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt ja laitoshoidon väheneminen. Tehostetun palveluasumisen piirissä vuonna 2018 oli 44 959 asukasta ja laitoshoidossa oli 5 229 asukasta. Ikääntyneiden palveluita sai 85 vuotta täyttäneistä 42 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneistä 20 prosenttia. Palveluihin kuului kotihoito, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja laitoshoidon. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä palliatiiviselle hoidolle ja saattohoidolle on määritelty laatukriteerit. Yksiköissä potilailla tulee olla elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, jota pitää päivittää säännöllisesti. Hoito on moniammatillista yhteistyötä. (STM 2019, 186.) Saattohoidon toteuttamiseen vaikuttavat henkilökunnan osaaminen, koulutus ja olemassa olevat resurssit. Vaihtelua on havaittu olevan sekä osaamisen tasossa että alueellisesti. (STM 2019, 96.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilökunnan koulutukseen ei nykyisellään sisälly tarpeeksi koulutusta elämän loppuvaiheen hoidosta (Flinkkilä 2019, 2).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallisuuskatsaus aiheesta sairaanhoitajien kokemukset saattohoidosta vanhusten hoitokodissa. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä sairaanhoitajien tietämystä saattohoidon hyvistä ja huo-

noista tekijöistä vanhusten hoitokodissa ja sitä kautta parantaa saattohoidon laatua. Tämän opinnäytetyön aihe valikoitui tekijöiden omien kokemusten ja kiinnostuksen pohjalta. Aihe on merkityksellinen sekä hoitokodeissa saattohoidettavien potilaiden että hoitohenkilökunnan kannalta.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön tärkeimmät käsitteet ovat palliatiivinen hoito, saattohoito, hoitokoti ja kuolevan potilaan hoitotyö. Näiden käsitteiden kautta on lähdetty tutkimaan saattohoitoa sairaanhoitajien kokemana hoitokodissa. Tässä opinnäytetyössä on rajattu vanhusta tarkoittamaan yli 65-vuotiaat ihmiset. Suomessa hoitokodeissa asuvista vanhuksista puhutaan yleisesti asukkaina. Tässä opinnäytetyössä käytetään sekä asukas, että potilas termiä tarkoitettaessa hoitokodissa asuvaa vanhusta.

2.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivisen hoidon tavoitteena on mahdollisimman hyvän elämänlaadun ylläpitäminen. Palliatiivisessa hoidossa lievitetään potilaan tuntemia oireita. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee palliatiivisen hoidon tarkoittavan parantumattomasti sairaan ja hänen läheistensä hoitoa silloin, kun henkeä uhkaava tai kuolemaan johtava sairaus aiheuttaa potilaalle kärsimystä ja elämänlaadun heikkenemistä. (STM 2017b, 7.)

Palliatiivisessa hoidossa tarkoituksena on pitää potilaan toimintakyky mahdollisimman hyvänä hänen elämänsä loppuun saakka. Lisäksi on tärkeää auttaa potilasta ja hänen läheisiään sopeutumaan sairauteen ja kuolemaan. Hoidon tarkoituksena ei ole elämän pidentäminen tai lyhentäminen, vaan kuoleman katsotaan olevan elämään liittyvä luonnollinen ja normaali osa. Hoidon päämääränä on potilaan kipujen lievittäminen ja muiden sosiaalisten, fyysisten, psyykkisten ja henkisten kärsimysten lievittäminen ja siten hyvinvoinnin edistäminen. (STM 2017b, 7.) Palliatiivinen hoito saattaa kestää jopa vuosia (EduPal 2018).

Monet sairaudet pitkälle edetessään aiheuttavat palliatiivisen hoidon tarvetta. Etenevissä sairauksissa palliatiivisen hoidon tarve kannattaa ottaa huomioon osana hoitoa jo varhaisessa vaiheessa tekemällä ennakoiva hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma sisältää kokonaisuudessaan hoidon tavoitteen, tarvittavat hoitokeinot ja hoidon rajaukset. (STM 2017b, 7.)

2.2 Saattohoito

Saattohoito on viimeinen vaihe palliatiivisessa hoidossa (Hänninen 2015, 256–259). Saattohoitopäätös tehdään, kun potilaan kuoleman oletetaan olevan edessä lähipäivinä tai viikkoina. DNR-päätös, joka on päätös elvyttämättä jättämisestä, sisältyy saattohoitopäätökseen. (Korhonen & Poukka 2013.) Saattohoitopäätöstä tehtäessä tulee tunnistaa merkkejä lähestyvistä kuolemasta. Merkkejä voivat olla tajunnantason aleneminen, väsymys ja nielemisvaikeudet. Muis-tisaira-an oireiden selvitys on haastavaa ja silloin tulee havainnoida potilasta tarkasti. Huomioitavia asioita ovat potilaan ilmeet, eleet, äännet ja liike. (Hänninen 2015, 256–259.) Oikeaan aikaan tehty saattohoitopäätös antaa potilaalle ja hänen omaisilleen mahdollisuuden valmistautua lähestyvään kuolemaan (Hänninen 2015, 11).

Saattohoitopäätöksen ja hoitosuunnitelman tekee lääkäri (Tasmuth 2019, 540). Lääkäri keskustelee saattohoitopäätöksestä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Keskusteluun läheisten kanssa tulee varata riittävästi aikaa. (Korhonen & Poukka 2013.) Hoitosuunnitelma on jokaisen potilaan kohdalla yksilöllinen ja sen tavoitteena on lievittää potilaan kärsimystä (Tasmuth 2019, 540). Hoitosuunnitelmassa kuvataan potilaan hoito kokonaisvaltaisesti. Siihen liittyy myös läheisten tuen tarve. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 255.) Hoitotahto on hyvä tehdä ajoissa, jotta potilas pystyy itse ilmaisemaan oman kantansa hoitoon ja sen linjauksiin. Mikäli potilas ei ole tehnyt hoitotahtoa tai sitä ei ole pystytty selvittämään, lääkäri tekee hoidon linjaukset yhteistyössä läheisten kanssa potilaan parhaaksi. (Tasmuth 2019, 540.)

Saattohoidon tarkoituksena on mahdollistaa potilaalle kivuton sekä hyvä loppuelämä. Läsnäolo potilaan kanssa ja potilaan läheisten huomioon ottaminen ovat tärkeä osa kokonaisvaltaista saattohoitoa. (Tasmuth 2019, 540.) Saattohoitotyö vaatii sairaanhoitajalta tietoa saattohoidosta, kykyä arvioida potilaan ja hänen omaistensa tarpeita, kykyä toteuttaa hyvää hoitotyötä sekä hyviä vuorovaikutustaitoja (Erjanti, Anttonen, Grönlund & Kiuru 2014, 21).

2.3 Hoitokoti

Hoitokodilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä ympärivuorokautista hoitoa tehostetussa palveluasumisessa tai vanhainkodissa. Vuonna 2017 yli 65-vuotiaita oli Suomen väestöstä reilu miljoona. Heistä noin 50 000 henkilöä sai hoitoa ympärivuorokautisesti tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai pitkäaikaishoidossa terveyskeskussairaaloissa. (STM 2017a, 11.)

Hoitokodissa elävällä vanhuksella tulee olla mahdollisuus elää laadukasta ja itsensä näköistä elämää. Laadun tavoitteina ympärivuorokautisessa asumisessa ovat hyvä elämä ja arvokas kuolema. Kahdella kolmasosalla hoitokodissa asuvista on vähintään keskivaikea muistisairaus, jolloin hoidon laadun merkitys korostuu. (Käypä hoito –suositus 2016.)

Vanhus asuu tehostetussa palveluasumisessa keskimäärin alle neljä vuotta ennen kuolemaa tai siirtoa toiseen yksikköön. Vaikka elämän loppuvaiheen siirroilla toisiin yksiköihin tiedetään olevan monia elämälaatua heikentäviä ja kustannuksia lisääviä vaikutuksia, silti yli puolet hoitokotien asukkaista kuolee muualla kuin omassa yksikössään. (Seinelä, Lehto, Vanttaja, Lehmus & Valvanne 2015, 7.)

2.4 Kuolevan potilaan hoitotyö

Kuolevaa potilasta hoidettaessa huomio kohdistetaan potilaaseen ja hänen omaisiinsa. Tavoitteena on potilaan mahdollisimman hyvä ja rauhallinen olo. Ylimääräisiä toimenpiteitä vältetään. Erityisen tärkeää on läsnäolo, keskustelu ja kuunteleminen. Kuolevan potilaan läheisten jaksamisesta pitää huolehtia. Läheisten kuuntelu ja ajantasaisen tiedon antaminen potilaan voinnista on tärkeää. (Korhonen & Poukka 2013.)

Kuolevan potilaan fyysinen hoito pitää sisällään kivun, levottomuuden, hengityksen ja pahoinvoinnin arviointia sekä oireiden mukaista hoitoa. Potilaan tarkkailun ja arvioinnin pitää olla säännöllistä. Suun kostutuksesta tulee myös huolehtia säännöllisesti. (Korhonen & Poukka 2013.) Saattohoitopotilaan limakalvot kuivuvat ja syljen tuotanto vähenee. Suun hoito on tärkeää kuolevan potilaan hoidossa.

Suuta voidaan kostuttaa ruokaöljyllä, sitruunapuikolla tai keinosylkivalmisteilla. Jääpalojen imeskely voi auttaa myös suun kuivuuteen. (Hänninen & Rahko 2013.)

2.4.1 Kivun arviointi ja hoito

Kivun hoito aloitetaan kivun tunnistamisella ja kivun arvioinnilla. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna kipumittareita. Numeraalinen mittari, sanallinen mittari ja kipujana (VAS) ovat kivun arvioinnissa käytettäviä mittareita, mikäli vanhus pystyy kivusta selkeästi kertomaan. PAINAD-mittaria käytetään, jos potilas sairastaa muistisairautta. PAINAD mittarissa tulokset perustuvat potilaan havainnointiin. Mitattaessa havainnoidaan muun muassa hengitystä, ilmeitä, ääntelyä ja kehonkieltä. (Tasmuth 2019, 541.)

Kuolemaan liittyy usein myös levottomuutta, ahdistusta ja masennusta (Hänninen & Rahko 2013, 433). Näiden oireiden hoito kuuluu myös osana kivun hoitoon (Tasmuth 2019, 544). Hoidossa tärkeää on kivun säännöllinen arviointi ja tarkka kirjaaminen. Hoidossa tulee käyttää myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä esimerkiksi asentohoitoa ja potilaan rentouttamista eri keinoilla. (Käypä hoito – suositus 2019.)

2.4.2 Lääkehoito saattohoitotyössä

Saattohoitovaiheessa potilaan lääkehoito on oireita lievittävää hoitoa. Lääkkeet, jotka eivät vaikuta potilaan oireisiin, jätetään pois. (Tasmuth 2019, 524.) Kuolevalla potilaalla saattaa olla monenlaisia sairauksia ja oireita, joten potilas täytyy ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti. Tavallisimpia oireita ovat kipu, hengitysoireet, suolisto-oireet, ruokahaluttomuus, väsymys, kuivuminen, sekavuus ja ahdistus tai masennus. Kipulääkitys valitaan yksilöllisesti. (Tarnanen ym. 2019.) Ensisijaisesti käytetään suun kautta annettavaa lääkitystä. Lievään kipuun käytetään paracetamolia. Lääkkeiden aloitusannokset ovat usein pieniä iäkkäillä, koska lääkkeiden poistuminen elimistöstä on hidastunut. Iäkkäillä potilailla välte-

tään tulehduskipulääkkeiden antamista. Opioideja käytetään kivun hoidossa, mikäli kipu on kohtalaista tai voimakasta. Lääkeannosten vastetta seurataan ja nostetaan tarpeen mukaan. (Tasmuth 2019, 542.) Mikäli potilaalla on nielemisvaikeuksia, kipulääkitys annetaan ihonalaiskudokseen. Potilaalle on mahdollista laittaa ihonalainen kanyyli, jotta vältetään toistuvilta pistoksilta. (Tasmuth 2019, 543.)

Kuoleman lähestyessä kipulääkettä annetaan säännöllisesti. Säännöllisesti annetun lääkityksen myötä ehkäistään kipua, hengenahdistusta ja muita oireita. Kipulääkkeinä käytetään usein oksikodonia tai morfiinia. Muihin mahdollisiin oireisiin, kuten pahoinvointiin, ahdistukseen, limaisuuteen ja kouristuksiin on oltava tarvittava lisälääkitys kirjattuna. (Kiljunen & Marjamäki 2017, 1235.)

3 TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä kirjallisuuskatsaus aiheesta sairaanhoitajien kokemukset saattohoidosta vanhusten hoitokodissa.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymykseen: Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on saattohoidon toteutumisesta vanhusten hoitokodissa?

Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä on lisätä sairaanhoitajien tietämystä saattohoidon hyvistä ja huonoista tekijöistä vanhusten hoitokodissa ja sitä kautta parantaa saattohoidon laatua.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Tämän opinnäytetyön menetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka on runsaasti käytetty kirjallisuuskatsauksen muoto. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöinen ja tähtää kuvaamaan ennalta määrättyyn aihealueeseen liittyvää ilmiötä ymmärrettävästi. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291–292.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista löytää uusia ja erilaisia näkökulmia tarkasteltavana olevaan aiheeseen. Aiemmissa tutkimuksissa esiin nousseille kysymyksille voidaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla saada vahvistusta tai niitä voidaan kyseenalaistaa sekä tunnistaa ristiriitoja ja aukkoja aiemmissa tutkimuksissa. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa muodostetaan tutkimuskysymys, valitaan aineisto, rakennetaan kuvailu ja tarkastellaan saatuja tuloksia (Kangasniemi ym. 2013, 294). Tähän opinnäytetyöhön muodostettiin tutkimuskysymys: Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on saattohoidon toteutumisesta vanhusten hoitokodissa? Tutkimuskysymystä laadittaessa pyrittiin rajaamaan kysymystä riittävästi, mutta siten, että ilmiötä olisi mahdollista tarkastella mahdollisimman monipuolisesti.

4.2 Tiedonhaku ja aineiston valitseminen

Kirjallisuuskatsauksissa käytetään aineistona ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25). Valittaessa aineistoa kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen aineistona voidaan käyttää myös muita kuin tieteellisiä artikkeleita, kuten esimerkiksi tutkimuksia. Tutkimuskysymys ohjaa aineiston valintaa. Tarkoituksena on löytää mahdollisimman hyvä aineisto vastaamaan tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296). Sähköisissä tietokannoissa tehtävä ha-

kuprosessi on kustannustehokas, mutta tietoa on syytä hakea myös manuaalisesti, jotta löydetään kaikki katsaukseen soveltuvat tutkimukset (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25).

Tutkija määrittää aiheen kannalta keskeiset käsitteet. Apuna hakusanojen määrittämisessä voidaan käyttää tietokantojen asiasanahakuja tai kirjaston informaatikkoja. Tutkijat määrittelevät tutkimuksille sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka rajaavat tiedonhaun tuloksia. Ne voivat olla myös tutkijoiden työn kannalta käytännöllisiä. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25–26.)

Tutkimuksista saadun tiedon pitää olla kattavaa, edustavaa ja vastata omaan tutkimuskysymykseen. Tutkimusten arviointi voi kulkea rinnakkain valintaprosessin kanssa. Arviointia voidaan pitää luotettavana, jos sen tekee vähintään kaksi henkilöä itsenäisesti. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 28.) Tässä opinnäytetyössä molemmat tekijät arvioivat kaikki mukaan otettavat artikkelit itsenäisesti.

Tässä opinnäytetyössä etsittiin tietoa sairaanhoitajien kokemuksista saattohoidosta eri tietokannoista sekä haettiin tietoa manuaalisesti. Tiedonhaku suoritettiin käyttäen neljää Tampereen yliopiston TuniLibistä löytyvää tietokantaa, jotka olivat Cinahl, Medline, Medic ja Pubmed. Nämä ovat lääke-, hoito- ja terveystieteiden viitetietokantoja. Manuaalisesti tietoa haettiin *Hoitotiede* ja *Tutkiva hoitotyö* -lehdistä vuosilta 2010–2020. Manuaalinen haku ei tuottanut tutkimuskysymykseen vastaavia tuloksia. Aineistoon valittiin vuosilta 2010–2020 vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia, jotka vastasivat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseen. Tiedonhaussa määriteltiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joilla rajattiin hakutuloksia. Sisäänotto- ja poissulku kriteerit on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus on julkaistu vuosina 2010-2020	Tutkimus on julkaistu ennen vuotta 2010
Tutkimus on vertaisarvioitu tutkimusartikkeli	Tutkimus ei ole vertaisarvioitu tutkimusartikkeli tai tutkimus on kirjallisuuskatsaus
Kielenä suomi tai englanti	Kielenä jokin muu kuin suomi tai englanti
Koko teksti ja abstrakti saatavilla	Koko tekstiä ja abstraktia ei saatavilla
Tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen	Tutkimus ei vastaa tutkimuskysymykseen
Tutkimuksen kohteena olevat hoitokodissa olevat vanhukset ovat yli 65-vuotiaita	Tutkimuksen kohteena olevat hoitokodissa olevat vanhukset ovat alle 65-vuotiaita

Tietokannoissa käytettiin myös hakukoneiden rajauksia. Kokonaisuudessaan hakutuloksia saatiin 176. Otsikon ja abstraktin perusteella karsiutui pois 133 tutkimusta, joten jäljelle jäi 44 tutkimusta. Nämä luettiin kokonaisuudessaan, jonka jälkeen analysoitavaksi jäi 11 tutkimusta. Liitteisiin on koottu alkuperäistutkimuksista taulukko (Liite 1). Hakuprosessi hakutermeineen on esitetty yksityiskohtaisesti kuviossa 1.

Tutkimuskysymys:

Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on saattohoidon toteutumisesta vanhusten hoitokodissa?

Hakusanat:

Medic: saattohoito, "terminal care" AND hoitokoti "care home"

Cinahl: terminal care or palliative care or end of life care AND nursing home AND experience* AND nurs*

Medline: palliative care or end of life care or terminal care or hospice care AND nursing home* or longterm home* or residential care* AND experience* AND nurs*

PubMed: "terminal care" AND "end of life care" AND "nursing home" AND experience*

Tietokannat:

Medic: n=5, Cinahl: n=95, Medline: n=89, PubMed: n=29

Sisäänottokriteerit:

- Vastaa annettuun tutkimuskysymykseen
- Vertaisarvioitu tutkimusartikkeli
- Julkaisukieli on suomi, englanti
- Julkaisuvuosi on 2010-2020
- Tutkimuksen kohteena olevat hoitokodissa asuvat vanhuksat ovat yli 65-vuotiaita

Tietokantarajaukset:

- Kaikissa käytetyissä tietokannoissa vuosirajaus 2010-2020
- Koko teksti saatavilla

Hakutuloksia kokonaisuudessaan:

N: 176

Poissulkukriteerit:

- Tutkimus ei ole vertaisarvioitu
- Virheellinen ikärajaus
- Ei vastaa tutkimuskysymykseen
- Tutkimus on kirjallisuuskatsaus

**Otsikon ja abstraktin perusteella
valittuja: n=44**

Poissulkukriteerit:

- Ei vastaa tutkimuskysymykseen

**Sisällön perusteella valitut:
11**

**Lopulliset valinnat tietokannoista: 11
Medic: 0, Cinahl: 4 Medline: 4 Pubmed: 3**

KUVIO 1. Kirjallisuushakujen prosessi

4.3 Aineistolähtöinen sisällön analyysi

Kirjallisuuskatsauksen aineisto pitää analysoida valittujen tutkimusten tulosten näkyviin saattamiseksi (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Aineistoa voidaan vertailla, järjestellä ja luokitella sekä etsiä siitä eroja ja yhteneväisyyksiä. Löydetyistä tuloksista voidaan muodostaa looginen kokonaisuus eli synteesi. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 31.) Tässä opinnäytetyössä aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto puretaan osiin ja tiivistetään. Tiivistetyistä osioista rakennetaan uusi tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kerätty aineisto ensin pelkistetään, jolloin kerätyistä aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen asia pois. Alkuperäisilmaukset ja pelkistetty aineisto listataan allekkain. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään. Aineistoa luetaan tarkasti läpi ja etsitään samankaltaisuuksia. Samankaltaiset asiat aineistossa yhdistetään ja laitetaan omaan ryhmäänsä, jolloin muodostuu alaluokka. Alaluokka nimetään sitä parhaiten kuvaavalla käsitteellä. Kun koko aineisto on luokiteltu eri alaluokkiin, aletaan yhdistellä alaluokkia, jotta voidaan muodostaa yläluokkia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–125.)

Tässä opinnäytetyössä luettiin tutkimuksia useaan kertaan läpi. Tutkimuksista koottiin yhteen aineisto, joka vastaa tutkimuskysymykseen. Aineisto oli englanninkielistä, joten se käännettiin suomeksi. Aineisto koostui sairaanhoitajien kokemuksista saattohoidosta hoitokodeissa. Koottu aineisto listattiin allekkain. Alkuperäisilmaukset laitettiin taulukkoon ja ne pelkistettiin. Tämän jälkeen etsittiin aineistosta samankaltaisuuksia ja yhdisteltiin ne omiksi ryhmiksi, joille muodostettiin alaluokkien nimet. Esimerkki analyysin etenemisestä yhden yläluokan osalta on nähtävissä taulukossa 2 (Liite 2). Tämän jälkeen yhdisteltiin alaluokkia, jotta saatiin muodostettua kahdeksan yläluokkaa. Yläluokiksi muodostui tässä opinnäytetyössä asukkaan tunteminen, omaiset, lääkehoito, hoitosuunnitelma, organisaation haasteet, moniammatillinen yhteistyö ja koulutus, hoitajien tunteet ja kuolema.

4.4 Tulosten raportointi

Kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan. Tällöin tutkimus saa lopullisen kirjallisen muotonsa. Raportointiin kuuluvat tiivistelmä, tutkimuksen tausta, tutkimusmenetelmä, hakuprosessi, tutkimusten valinta ja aineiston analyysi, tulokset, pohdinta, johtopäätökset sekä lähdeluettelo. Raportoinnissa tutkimusten tulokset selitetään yksityiskohtaisesti. Tulososa voidaan otsikoida esimerkiksi muodostuneiden luokkien tai teemojen mukaisesti. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 32.) Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi on oleellinen osa tutkimuksen raportointia (Kangasniemi ym. 2013, 297).

Tässä opinnäytetyössä on kuvattu työn eteneminen siten, että tutkimus on mahdollista toistaa. Raportoinnissa tarkastellaan tutkimusta kriittisesti ja arvioidaan sen hyödynnettävyyttä käytännön työssä tai koulutuksessa (Niela-Vilén & Hamari 2016, 32.) Tässä opinnäytetyössä on koottu yhteen saadut keskeiset tulokset ja tarkasteltu niiden suhdetta teoreettisiin lähtökohtiin ja aiempaan tutkittuun tietoon. Tuloksista on tehty kuvio, joka helpottaa pääkohtien havainnollistamista. Tulososa on otsikoitu tässä opinnäytetyössä muodostuneiden yläluokkien mukaisesti. Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta on pyritty tarkastelemaan objektiivisesti.

5 TULOKSET

Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa sairaanhoitajien kokemusten mukaan saattohoitoon vaikuttavia tekijöitä olivat asukkaan tunteminen, omaiset, lääkehoito, hoitosuunnitelma, organisaation haasteet, moniammatillinen yhteistyö ja koulutus sekä hoitajien tunteet ja kuolemaan liittyvät osa-alueet. Kaikki yläluokat ja alaluokat on nähtävillä alapuolella olevassa kuviossa (kuvio 2).



Kuvio 2. Ylä- ja alaluokat

5.1 Asukkaan tunteminen

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen mukaan asukkaan *tarpeiden tunnistaminen* edellytti sairaanhoitajalta pätevyyttä, laajaa tuntemista ja perehtyneisyyttä asukkaaseen (9). Kuolevan asukkaan tarpeet olivat moninaisia ja ne vaativat sairaanhoitajalta tarkkavaisuutta tunnistaa sekä arvioida asukkaan tilaa ja toteuttaa erilaisia oireita lievittäviä toimenpiteitä (8,4). Kun sairaanhoitaja tunsi asukkaan, hoitokin koettiin hellänä (7). Pitkäaikainen perehtyminen asukkaaseen mahdollisti asukkaan voinnin muutoksissa tapahtuneiden käännekohtien tunnistamisen (8).

Yhdessä tutkimuksessa todettiin dementiapotilaan tarpeiden tunnistaminen erityisen vaikeaksi. Potilas saattoi olla levoton, vihainen, aggressiivinen ja epäjohdonmukainen puheissaan. Henkilökunnalla oli vaikeuksia selvittää, kärsikö potilas kasvavasta kivusta vai dementian etenemisestä. (8.) Asukkaan oireiden tunnistaminen vaati asukkaan hyvää tuntemista (4).

Dementoituneen asukkaan *luottamusta* hoitajaan lisäsi, kun suhde asukkaan ja hoitajan välillä oli vakiintunut (7). Hoitajat pyrkivät järjestämään saattohoitopotilaan luokse tutun hoitajan (9). Asukkaan muuttaessa hoitokotiin tuli hoitajista osa heidän perhettään (10).

Kolmas tutkimuksissa esiin noussut tekijä asukkaan tuntemiseen liittyen oli *asukkaan kohtaaminen*. Tutkimusten mukaan kosketus oli tärkeää varsinkin siinä vaiheessa, kun sanoilla ei enää ollut merkitystä. (7.) Tärkeää oli myös vieressä istuminen ja kädestä kiinni pitäminen. Hoitajan rauhallisuus, hiljainen puhe ja tuttu musiikki saattoivat olla lohduttavia asukkaalle. (8.)

Tutkimuksen mukaan *asukkaan tarkkailu* koettiin vaikeaksi. Voinnin tarkkailun haasteita lisäsi vaikeus tulkita dementiapotilasta ja hänen epämukavuuttaan. Pitkäaikainen perehtyminen potilaaseen ja kokemus helpottivat tarkkailua, ja sitä kautta käännekohtien huomaaminen sairauden etenemisessä ja elämän lopun lähenemisessä helpottui. Potilaiden voinnin tulkitseminen koettiin joka tapauksessa vaikeaksi johtuen potilaiden erilaisuudesta. (8.)

Väkivallan uhka saattohoitotyössä oli tavanomaista. Hoitajat joutuivat kokemaan syytöksiä, vihaa ja karkeaa käytöstä sekä asukkaiden, että heidän omaistensa

toimesta. (2.) Käyttäytymisoireet, kuten levottomuus, ärtyneisyys ja hoidon hylkääminen koettiin haasteeksi palliatiivisessa hoidossa. Hoitajat kuvasivat pahoinpitelyä, potkimista ja puristamista, mutta myös suurta tuskaa ja nopeaa mielialojen vaihtelua saattohoitopotilaissa. (8). Asukkaan aggressiivisuus lisäsi hoitajien vaikeutta tuntea myötätuntoa häntä kohtaan (7). Asukkaan tunteminen ja hoitoa helpottavien keinojen, kuten esimerkiksi laulamisen tai runojen käyttö hoitotoimilla helpotti potilaan aggressiivisuutta (8).

5.2 Omaiset

Hoitajat kokivat omaisten tarvitsevan tietoa (7). Omaisten osallistuttaminen hoitoon vaati toistuvaa *tiedon antamista* (4). Hyvä yhteistyö asukkaan omaisten kanssa oli ratkaisevan tärkeässä asemassa, koska omaiset tiesivät asukkaan tarpeet, ilmaisutavat ja toiveet. Yhteistyö lisäsi asukkaan mahdollisuutta saada parasta mahdollista hoitoa. (8.) Hoitajat kertoivat, että omaisten kysymyksiin oli vaikea vastata (7). Omaiset halusivat tietää, milloin kuolema tulee ja mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan (3,7). Jotkut omaiset eivät olleet valmiita sukulaisensa tilan heikkenemiseen, ja heillä ei ollut tietoa dementia etenemisestä (7). Tässä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että jos omaiset eivät olleet valmistautuneita, he saattoivat olla stressaantuneempia kuin asukas ja tarvitsivat enemmän opastusta kuolemasta prosessina (2). Joskus omaisten oli vaikeaa hyväksyä saattohoitovaihe ja he eivät ymmärtäneet, miksi asukas ei ollut sairaalassa (6). Hoitajat ajattelivat, että asukkaan tilan ymmärtäminen auttaa omaisia tulevan kuoleman ennakkoinnissa ja hyväksymisessä (7). Hoitajat myös kokivat tiedon antamisen positiivisena ja mielekkäänä ja loppuelämän hoidon tarjoamisen lohdullisena hoitajalle, asukkaalle ja omaisille (2).

Vuorovaikutus ja toimiva yhteistyö omaisten kanssa todettiin tärkeäksi (8,9).

Sairaanhoitajista oli tärkeää kuunnella omaisten toiveita (3). Kun omaiset pääsivät seuraamaan hoitotyötä saattohoitovaiheessa, asukkaan ja omaisten turvallisuudentunne lisääntyi (9). Sairaanhoitajat olivat yksimielisiä siitä, että oli tärkeää selvittää, keitä olivat potilaan omaiset ja tutustua heihin, jotta omaisten tarpeet ja erot niissä osattiin huomioida paremmin (4). Vuorovaikutusta omaisiin koitettiin luoda keskusteluhaluun puuttumisesta huolimatta. Jotkut omaiset olivat haluttomia

puhumaan elämänlopun suunnitelmasta. Asia ratkaistiin niin, että henkilökunnasta läheisimmässä suhteessa omaisiin oleva työntekijä kävi keskustelua yhteistyökykyisen omaisen kanssa. Yhteistyö luotiin ennemmin asukkaan poikaan tai tyttäreeseen kuin aviopuolisoon. (5.) Hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että loppuelämän hoito sisälsi paljon kommunikointia omaisten kanssa (3). Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan siitä huolimatta vuorovaikutus oli ajoittain vaikeaa, sillä omaisten vihaisuus, turhautuneisuus ja pelot heijastuivat kommunikointiin omaisten kanssa (8). Joskus perheenjäsenten väliset riidat häiritsivät jopa potilaan hoitoa (2).

Tässä kirjallisuuskatsauksessa näkemykset hyvistä kommunikaatiotavoista ja -käytännöistä vaihtelivat riippuen henkilökunnan toimintatavoista ja persoonasta. Keskustelujen aloitus ja laajuus loppuelämän hoidosta vaihteli. Joissakin hoitokodeissa yksityiskohtaisia keskusteluja käytiin varhaisessa vaiheessa ja toisissa hoitokodeissa tilannetta lähestyttiin asteittain. (5.) Sukulaisten toivomat hoitotoimet saattoivat aiheuttaa eettisen ongelman hoitajalle ja pidentää saattohoitovaihetta ja kärsimystä, mutta hoitajan oli kuitenkin oltava ymmärtäväinen, huomioitava omaisia ja pysyttävä rauhallisena (8).

Kuoleva asukas ja hänen omaisensa koettiin yhdeksi kokonaisuudeksi. *Omaisten osallistuminen* hoitoon loi luottamusta ja auttoi omaisia. Monesti sairaanhoitajat huomauttivat omaiselle, että läsnäolo kuolevan kanssa oli merkityksellistä. (4.) Joskus omaiset kielsivät hoidon vedoten siihen, että asukas ei näyttänyt kivuliialta. Hoitaja tunsikin toivottomuutta, kun omaiset eivät suostuneet perustelujen jälkeenkään hoitoon. (2.)

5.3 Lääkehoito

Tulosten mukaan *Oireiden arviointi ja hoito* oli tärkeä osa saattohoitoa. Kivun, ahdistuksen ja käyttäytymisoireiden lääketieteellinen helpottaminen oli tärkeää. (8.) Dementoituneen asukkaan kivun saattoi nähdä heidän ilmeistään, vaikka he eivät suullisesti kertoneet kivusta (7). Sairaanhoitajilla oli useita huolenaiheita lääkehoidon toteuttamisesta. He halusivat erottaa kivun ja levottomuuden toisis-

taan, jotta asukkaalle oli mahdollista antaa paras lääke olon helpottamiseksi. Hoitajista asukkaan tilan tunnistaminen oli vaikeaa ja he halusivat tehdä hänen olonsa mahdollisimman mukavaksi. Sairaanhoidajat olivat huolissaan lääkkeiden antamisesta asukkaalle liian aikaisin ja he halusivat myös varmistaa, että lääkkeet annettiin oikeaan aikaan. (11.) Asukkaan kiitollisuus tuntui hoitajista hienolta ja näin oli mahdollisuus pitää kivut siedettävällä tasolla ja perhe sai viettää viimeiset päivänsä potilaan kanssa rauhassa (2).

Yhdessä hoitokodissa ei ollut kokemusta ihonalaiskudokseen annettavasta lääkehoidosta ja siellä oli tapana käyttää peräpuikkoja, mikäli asukas ei pystynyt ottamaan lääkkeitä suun kautta. Kahden muun hoitokodin henkilökunnan mielestä ihonalaiskudokseen annettava lääkitys oli parempi vaihtoehto kuin rektaalisesti annettava lääke, koska peräsuoleen annettava lääkehoito koettiin asukkaiden taholta epämiellyttävänä. (3.)

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen mukaan sairaanhoitajien *päätöksenteoon ja vastuuseen* liittyi ammatillinen itseluottamus, kyky tehdä arviointeja ja välittää tietoa. Sairaanhoidajan tuli olla vakuuttunut, että asukkaalla oli kuoleman vaiheeseen liittyviä peruuttamattomia oireita ennen lääkkeen antoa. Lääkkeet oli tarkoitus antaa ihonalaiskudokseen, joten sairaanhoitajat halusivat olla vakuuttuneita myös siitä, että potilas ei pystynyt ottamaan lääkkeitä suun kautta. Hoitajista oli tärkeää, että asukkaat suostuivat lääkitykseen ja että, sen aloittaminen tapahtui pienimmällä annoksella ohjeiden mukaan. Joissakin hoitokodeissa lääkkeet määrättiin siten, että sairaanhoitajilla oli tarvittaessa mahdollisuus kasvattaa lääkitystä soittamatta lääkärille. Osa sairaanhoitajista piti tätä vaikeana lisävastuuna. (11.)

Sairaanhoidajat työskentelivät työparina lääkehoidossa. Annetut lääkkeet, injektiopullon päivämäärän tarkistaminen, lääkehoidon kirjaaminen ja lääkkeiden annosten tarkistus tehtiin yhdessä. Sairaanhoidajat pelkäsivät omaisten syytöksiä asukkaalle annetusta lääkkeestä. Useat sairaanhoitajat olivat huolissaan kivun ja sitä hoitavien lääkkeiden vaikutuksista kuolemaan. He olivat miettineet erityisesti sitä, nopeuttivatko opioidit kuoleman tuloa. Sairaanhoidajat kokivat lääkehoidon

päätöksenteon ja vastuun pelottavana. (11.) Vastuu asukkaiden hoidosta oli hoitotyöntekijöillä ja heidän oli seurattava lääkkeiden vaikutuksia riippumatta siitä, oliko omainen asukkaan vierellä (4).

Selkeät menettelytavat ja *lääkemääräykset* hankalien oireiden lievittämiseksi olivat ennakoedellytyksiä palliatiivisen hoidon tarjoamiselle. Sairaanhoitajat olivat joutuneet neuvottelemaan lääkärin kanssa saadakseen lääkemääräyksen tarvittavaan lääkkeeseen. He tunsivat itsensä entistä varmemmiksi, kun heillä oli vapaus antaa mikä tahansa lääkeannos, joka vaadittiin helpottamaan asukkaan oloa eikä heidän tarvinnut ottaa yhteyttä toistuvasti lääkäriin annoksen suurentamiseksi. (4.)

5.4 Hoitosuunnitelma

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat hoitosuunnitelman helpottavan *hoidon jatkuvuutta* riippumatta siitä, ketkä ammattilaiset olivat työvuorossa. Hoitosuunnitelma sisälsi kysymyksiä asukkaan elvyttämisestä, sairaalahoidosta, infektioiden hoidosta, laskimonsisäisestä hoidosta, lääketieteellisestä hoidosta ja muusta hoi- vasta. Hoitosuunnitelmaa pidettiin hyvänä työkaluna, koska siihen kirjattiin kaikki muistiin ja se oli jokaisen hoitoon osallistuvan saatavilla. (9.) Elämänlopun tunnistamisessa sairaanhoitajalta vaadittiin kliinisiä taitoja, tietämystä ja järjestelmällistä lähestymistapaa. Asukkaan tarkkailulla ja oireiden tunnistamisella oli merkittävä rooli heikkenemisen merkkien havaitsemisessa. Sairaanhoitajilla oli ollut käytännön ongelmia hoitosuunnitelman kanssa, mutta sen käyttö yleensä johti ennakoivampaan ja jäsennellympään lähestymistapaan kuolevan asukkaan hoidossa. (5.)

Hoidon suunnittelun haasteina oli keskustelun aloittaminen elämän lopun suunnittelusta asukkaan kanssa, koska se sai jotkut asukkaista luovuttamaan. Asukkaiden toiveita ei välttämättä täysin tiedetty. (10.) Dementiaa sairastavilla mieltymykset saattoivat muuttua ja silloin sairaanhoitajat joutuivat arvailemaan niitä (5).

5.5 Organisaation haasteet

Tämän kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että sairaanhoitajilla oli *kiire* työssään. He turhautuivat, kun heitä vedettiin eri suuntiin. (4.) Kiire esti hyvän hoidon tarjoamisen. Sairaanhoitajilla oli paljon tehtäviä, ja aikaa potilaan kuuntelemiseen ja tulkitsemiseen ei ollut riittävästi. Kuolevien potilaiden koettiin tarvitsevan yksilöllistä hoitoa, jota saattoi olla vaikea toteuttaa, kun hoidettavana oli muitakin asukkaita. (2.) Dementiaa sairastavan saattohoito vei vieläkin enemmän aikaa johtuen potilaan kyvyttömyydestä ilmaista itseään sanallisesti. Kommunikaatio asukkaan kanssa oli aikaa vievää, kun asukas tarvitsi useita toistoja unohtaessaan kuulemansa asiat. (7.)

Saattohoito vei paljon hoitajien aikaa (8). *Resurssien* niukkuus esti sairaanhoitajia tarjoamasta haluamaansa hoitoa. Yhden tutkimuksen mukaan asukkaan ollessa saattohoitovaiheessa hoitokotiin palkattiin lisää henkilökuntaa, jotta joku hoitajista pystyi olemaan potilaan kanssa. Mikäli johto kielsi lisähenkilökunnan palkkaamisen, hoitajat antoivat etusijan kuolevalle ja muut asukkaat jäivät vähemmälle hoidolle. (9.)

Asukkaiden siirrot toisiin yksiköihin olivat esteenä hyvän hoidon tarjoamiselle. Asukkaita siirrettiin silloin, kun hoidon tarve oli suurempi kuin hoitokodin resurssit. Perusteina siirroille todettiin olevan toimintakyvyn muutokset, jos esimerkiksi asukas ei pystynyt kävelemään yksin tai hän joutui olemaan pyörätuolissa tai sängyssä. Siirron yhteydessä asukas menetti hoitohenkilökunnan, joka tunsu asukkaan ja omaiset pitkältä ajalta, minkä koettiin vaikeuttavan asukkaan tunteiden ja toiveiden ilmaisemista uusille hoitajille. Uuden asukkaan ymmärtäminen sekä pehentyminen hänen tapoihinsa oli haastavaa sairaanhoitajille. Usein siirtojen yhteydessä tärkeät tiedot menetettiin ja luottamus asukkaan ja hoitajan välillä oli rakennettava uudelleen. (8,9.) Hoitajien mielestä oli tuskallista siirtää asukkaita toisiin yksiköihin, mutta toisaalta he ymmärsivät sen, koska muuten riittävän hoidon mahdollistaminen oli vaikeaa (8).

Yhdessä tutkimuksessa sairaanhoitaja kertoi tapauksesta, jossa asukas oli siirretty sairaalaan ja hän oli kuollut siellä. Asukas oli aikaisemmin kertonut hoitajalle toiveistaan hautajaistensa suhteen. Sairanhoitaja tunsu surua, kun asukas oli kuollut sairaalassa, mutta iloinen kun pystyi kertomaan hänen hautajaistoiveistaan sosiaalityöntekijälle. (10.)

Keskeisenä tavoitteena tutkimuksista ilmeni asukkaiden oireiden hallinta hoitokodissa, jotta voitiin estää asukkaan siirtyminen sairaalaan. Sairanhoitajat olivat tyytyväisiä, koska hoitokodissa oli mahdollisuus antaa lääkkeitä, ja näin välttyttiin sairaalaan lähettämiseltä. Sairanhoitajien mielestä sairaala ei ollut sellainen ympäristö, johon asukkaat halusivat. (2.) He saivat itseluottamusta saattohoidon toteuttamisesta ja suunnittelusta, ja luottivat kykyynsä toteuttaa asukkaiden toiveita hoitokodissa. Se, että asukkaita ei lähetetty sairaalaan, ei tuottanut syyllisyyden tunteita. (6.) *Toisten asukkaiden tukeminen* jäi vähäiseksi, kun asukas oli kuolemassa. Asukkailla oli ihmissuhteita keskenään hoitokodissa. Toisen asukkaan kuollessa, he tarvitsivat kuitenkin tukea suruun. (7.)

5.6 Moniammatillinen yhteistyö ja koulutus

Tässä kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että *työkavereiden tuki* oli tärkeää. Tämä piti sisällään esimerkiksi, että yhdessä voitiin miettiä parhaita tapoja hoitaa asukasta, sillä dementiaa sairastavan saattohoito koettiin raskaaksi sekä asukkaalle että hoitajalle. (7.) Sairanhoitajat ottivat herkästi yhteyttä työkaveriinsa saadakseen tukea ja keskustellakseen päätöksistä potilaan hoidosta sekä työskentelivät pareittain, mikäli se oli mahdollista. Sairanhoitajat ottivat harvoin yhteyttä lääkäriin, mutta olivat tietoisia palliativisen hoidon tuen lähteistä ja ilmoittivat käyttävänsä niitä tarvittaessa. (11.) Työyhteisön kuukausittaista kokousta pidettiin ennakoivana ja järjestelmällisenä toimintatapana elämän loppuvaiheessa olevien asukkaiden tunnistamisessa. Kokouksessa tarkasteltiin ja keskusteltiin, missä vaiheessa elämän loppua asukkaat olivat. Kokousten pitäminen työyhteisössä oli johtanut siihen, että siirtoja sairaalaan oli entistä vähemmän. (5.)

Yhteistyö lääkäreiden kanssa oli keskeinen osa saattohoitopotilaan hoitoa (3). *Lääkärin tuessa ja saatavuudessa* oli vaihtelua. Sairaanhoitajat eivät saaneet kaikilta lääkäreiltä sellaista kumppanuutta, kannustusta, kunnioitusta ja tukea, mitä tarvitsivat työssään. (5.) Monet hoitajista kertoivat lääkäreiden saatavuudessa olevan ongelmia. Joskus lääkäri kieltäytyi saapumasta paikalle ja tuli vasta seuraavana päivänä, kun piti kirjoittaa kuolintodistus. Hoitajat olivat tyytyväisiä, kun hoitokodissa kävi tuttu lääkäri, joka vieraili kerran viikossa. Hoitajat tiesivät, milloin lääkäri saapui paikalle, ja heillä oli aina mahdollisuus soittaa hänelle. (3.) Turvallisuutta lisäsi, kun lääkäri tunsu hoitajat, asukkaan ja omaiset ja teki yhteistyössä heidän kanssaan päätöksiä, jotka perustuivat pitkän ajan kuluessa suoritettuihin arviointeihin. Monilla hoitajilla oli kokemuksia puutteellisesta hoidon jatkuvuudesta, kun lääkäri oli vieras ja työskenteli väliaikaisesti. (9.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan *vastuun ottaminen* hoitokodissa oli itsenäistä. Sairaalassa oli monia lääkäreitä ja hoitajia, joiden kanssa pystyi neuvottelemaan, mutta hoitokodissa päätökset ja valinnat oli tehtävä itsenäisesti. Lääkärin kanssa täytyi neuvotella hoidosta, mutta hänen saapumisensa hoitokotiin toisinaan kesti. (4.) Jotkut sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä, kun lääkäri oli tehnyt valmiiksi lääkemääräykset tarvittaessa oleviin lääkkeisiin. Joidenkin hoitajien mielestä oli turvallisempaa työskennellä lääkärin määräyksien perusteella, kuin tehdä itsenäisiä päätöksiä. Arviointi asukkaan voinnista ja omatoiminen päätös lääkityksen aloittamisesta pelotti. (3.)

Yhdessä tutkimuksessa todettiin asukkaan tilanteen aiheuttavan sairaanhoitajien kesken *mielipide-eroja*. Kuoleman arvioiminen ei ollut aina helppoa, eivätkä hoitajat olleet samaa mieltä tilanteesta. Hoitajilla oli myös erilaiset käsitykset siitä, milloin kuolema tulee. (4.) Hoitoryhmien uudelleenmuotoilu ja uudelleenorganisointi saattoi olla joskus melko monimutkaista ja vaikeaa (5).

Uuden oppiminen nousi tärkeäksi kuolevan asukkaan hoidossa. Useat sairaanhoitajat kertoivat oppineensa uutta kliinistä tietoa tai hoitoon liittyviä taitoja hoitaessaan kuolevaa. (2.) Saattohoitokurssi antoi luottamusta asukkaan kivunlievitykseen. Koulutus ja tiedon päivittäminen koettiin tärkeäksi. (5.) Koulutuksen myötä hoitajien itseluottamus ja tieto lisääntyi sekä kommunikaatiotaidot parantuivat (10).

5.7 Hoitajien tunteet

Työn kuormittavuus saattohoidossa hoitokodissa oli monen tekijän summa. Sairaanhoitajat kokivat usein, että heidät oli jätetty selviytymään kaikesta yksin. Suuri vastuu yksilöstä hänen elämänsä viimeisinä hetkinä oli hämmentävää. (4.) Kuolevan asukkaan hoitoon sitoutuminen ja asukkaan pitkittyneen kuoleman seuraaminen sivusta oli raskasta, varsinkin jos asukas joutui kohtaamaan kuoleman ilman läheisiään. (1, 2, 4). Kaikki hoitajat toivoivat kuolevan saavan parasta mahdollista hoitoa ja jälkeensä hoitajat saattoivat ajatella, että tuliko kaikki tehtyä tarpeeksi hyvin. (4.) Tehdyt hoitolinjaukset vähensivät työn kuormittavuutta (1).

Hoitajien emotionaalinen kuormitus kasvoi, jos asukkailla oli huolestuttavia oireita, he voivat huonosti, heillä oli huono elämänlaatu tai ravitsemuksen tila. Korkea emotionaalinen ja fyysinen rasitus liittyi asukkaisiin, jotka saivat palliatiivista hoitoa, joilla oli vakava dementia, huolestuttavia oireita, pneumonia tai painehaavoja. Jos potilas kykeni edes jonkin verran päättämään lääkityksestään viimeisten viikkojensa aikana, hänellä oli kirjattuna etukäteinen hoitosuunnitelma, tai hoitaja keskusteli lääkähoidosta omaisten kanssa, aiheutti se emotionaalista rasitusta. Etukäteinen hoitosuunnitelma, kirjalliset hoito-ohjeet, asukkaan, omaisen toiveet ja hoitajien yhteisymmärrys asukkaan viimeisistä kuukausista eivät vaikuttaneet koettuun fyysiseen rasitukseen. (1.)

Hoidettaessa kuolevia dementiaa sairastavia, hoitajien ikä tai sukupuoli ei vaikuttanut emotionaaliseen rasitukseen, mutta fyysistä rasitusta miehet kokivat naisia enemmän. Ammatillinen kokemus, hoitokodin puitteet tai palliatiivinen koulutus eivät vaikuttaneet koettuun työn rasitukseen. (1.)

Hoitajat kokivat, etteivät he saaneet tarpeeksi tukea esimiehiltä asukkaan kuollessa. Koettiin, ettei esimies ymmärtänyt asukkaan kuoleman olevan menetys myös hoitajalle. Surua, murhetta ja menetyksen tunnetta tunnettiin asukkaan kuollessa tai siirtyessä toiseen hoitopaikkaan. (7.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan useiden hoitajien mielestä kuolevan hoito oli etuoikeus. Kuolevan hoidolla saattoi olla vaikutusta omiin tunteisiin ja *omaan-tuntoon*. Hoitaja tunsi *empatiaa* tehdessään työtä, mutta päästi irti, kun ei ollut

enää mukana hoidossa tai kun potilas kuoli. Perheelle ja potilaalle haluttiin osoittaa kunnioitusta osallistumalla hautajaisiin, mutta myös omia tunteita haluttiin säästää. (4.)

5.8 Kuolema

Yhdestä tutkimuksesta kävi ilmi, että *kuoleman tunnistaminen* oli vaikeaa. Joskus hoitajat aavistivat lähestyvän kuoleman. Oli tilanteita, joissa sairaalahoito oli tarkoituksenmukaista, kuten esimerkiksi vakava kaatuminen. Yleensä hoitajat kertoivat, että sairaala ei ollut hyvä ympäristö dementiaa sairastavalle varsinkaan sairauden loppuvaiheessa. Joskus kuolevaa hoidettiin sairaalassa loppuun saakka, eikä päätetty hoitojen lopettamisesta. (5.) Epäoptimaalisella hoidolla saattoi olla vaikutusta haitallisiin kuoleman kokemuksiin. Epäoptimaalinen hoito voi olla alihoidtoa, jolloin esiintyy hoidon tarve, mutta sitä ei anneta tai ylihoitoa, jolloin annetaan tarpeetonta tai turhaa hoitoa elämän viimeisinä päivinä. (2.)

Monet hoitajat kokivat dementoituneen potilaan *kuoleman helpotuksena* kärsimyksistä (7). Kuolema voi olla helpotus, kun asukas on valmis lähtemään ja joskus jopa odottaa kuolemaa (2). Hoitajat kokivat, että joskus omaiset eivät hyväksyneet kuolemaa. Tästä saattoi aiheutua ongelmia. (8.)

Asukkaan *kuoleman jälkeen* hoitajat keskustelivat epävirallisesti tapahtumista ja pohtivat, mikä meni hyvin ja mitä olisi voitu tehdä paremmin. Henkilökunnalle asukkaan hoito ei päättynyt kuolemaan, vaan vainajan laitto antoi heille tyydytyksen tunteen. Hoitajille oli kunnia hoitaa asukas hyvin loppuun saakka ja kohdella häntä yksilönä vielä kuolemankin jälkeen. Asukas ei unohtunut, vaan häntä muisteltiin tarinoissa pitkään. (5.) Joillekin hoitajista oli tärkeää osallistua asukkaan hautajaisiin (7). Omaiset olivat usein kiitollisia hoidosta kuoleman jälkeen (8).

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu tiedeyhteisön toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus (TENK 2012, 6). Hyvää tieteellistä käytäntöä eli tutkimusetiikkaa on noudatettu koko työn ajan. Tutkimuksessa huomioidaan aiemmat tutkimukset, kunnioitetaan aiempien tutkimusten tekijöitä ja lähdeviitteet on tehty huolella. (Vilka 2015, 41.)

Ensimmäiset eettiset valinnat tutkija tekee valitessaan tutkimusaihetta. Tutkimuksen tulee olla hyödyllinen ja tutkimusaiheen merkityksellinen yksilölle ja yhteiskunnalle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tämän opinnäytetyön aihe valikoitui tekijöiden omien kokemusten ja kiinnostuksen pohjalta. Aihe on merkityksellinen sekä hoitokodeissa saattohoidettavien potilaiden että hoitohenkilökunnan kannalta. Tutkimuslupa saatiin yksityiskohtaisen suunnitelman perusteella Tampereen ammattikorkeakoululta.

Tämän opinnäytetyön aineistona on käytetty vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia, mikä lisää tulosten luotettavuutta (Niela-Vilen & Hamari 2016, 25–26). Aineisto valittiin määritettyjen rajauskriteerien perusteella ja valintaa ohjasi se, miten hyvin aineisto vastasi tutkimuskysymykseen (Kangasniemi ym. 2013, 295). Tässä opinnäytetyössä aineiston haku on kuvattu tarkasti, jolloin haku on mahdollista toistaa (Niela-Vilen & Hamari 2016, 27).

Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Alkuperäisilmaukset laitettiin taulukkoon ja ne pelkistettiin. Työssä on esimerkki aineiston pelkistämisestä taulukossa 2 (liite 2). Tämä lisää työn luotettavuutta. Kaikki tutkimustulokset on pyritty tuomaan esille ja kerrottu rehellisesti. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös se, että tekijöitä on kaksi. Luotettavuutta heikentävinä tekijöinä voidaan pitää tekijöiden kokemattomuutta kirjallisuuskatsauksen tekijöinä ja mahdollisia kielellisiä väärinymmärryksiä käännettäessä vieraskielisiä tutkimuksia.

Haun perusteella saatu aineisto oli kokonaan englanninkielistä ja koski ulkomaisia hoitokoteja, millä saattaa osittain olla vaikutusta vertailtaessa tuloksia kotimaisiin lähteisiin.

Tätä opinnäytetyötä teki kaksi henkilöä hyvässä yhteistyössä. Tekijät tekivät kirjallisuuskatsausta ensimmäistä kertaa, minkä takia se tuntui ajoittain haasteelliselta. Työtä tehtiin pääosin itsenäisesti johtuen välimatkasta ja keväällä 2020 alkaneesta COVID-19 pandemiasta. Käytössä olleet etätöön välineet mahdollistivat työn itsenäisen tekemisen siten, että työn eteneminen oli koko ajan molemmille selkeää. Kaikista päätöksistä keskusteltiin ja ne tehtiin yhteisymmärryksessä. Molemmat tekijät antoivat samanarvoisen panostuksen työlle. Tämä opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, eikä siihen osallistunut potilaita, joiden turvallisuudesta tulisi huolehtia. Opinnäytetyöstä aiheutuneista kustannuksista vastasivat tekijät itse.

6.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aiemman tutkimustiedon perusteella, millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on saattohoidon toteutumisesta vanhusten hoitokodissa. Tätä kirjallisuuskatsausta tehdessä ilmeni tuloksia olevan runsaasti, ja ne liittyivät kokemuksiin monelta eri osa-alueelta, jotka vaikuttivat hoitotyöhön saattohoidossa.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat erityisesti dementiaa sairastavan asukkaan tuntemisen olevan tärkeää tarpeiden tunnistamisen helpottamiseksi ja hoidon laadun parantamiseksi. Sairaanhoitajat kokivat saattohoitopotilaan tarkailun olevan vaikeaa johtuen potilaiden erilaisuudesta. (4, 8, 9.) Myös Tervo toteaa tutkimuksessaan saattohoitopotilaita yhdistävän sen, että elämä on päätymässä, muutoin he ovat yksilöitä (Tervo, 2017, 51). Asukkaan kohtaamisessa kosketuksella todettiin olevan suuri merkitys (11). Väkivallan uhka oli tavallista sekä asukkaiden, että omaisten toimesta. Myötätunnon osoittamisen kerrottiin olevan vaikeaa varsinkin silloin, kun asukas oli aggressiivinen. (2, 7, 8.) Teoksessa Kuolevan hyvä hoito, potilaan aggressiivisuuden kerrotaan voivan johtua hänen kärsimästään kivusta tai toimintakyvyn heikentymisestä. Potilaan tilanetta saattaa helpottaa rauhoittuminen ja hyvän kuuntelijan läsnäolo. Potilas ja

omaiset tarvitsevat keskustelua ja myötätuntoa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 59.) Asukkaiden aggressiivisuutta voitiin helpottaa tutustumalla asukkaan tapoihin ja käyttämällä hoitoa helpottavia keinoja, kuten runoja tai laulua hoitotoimien yhteydessä (8).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella hyvä yhteistyö ja vuorovaikutus omaisten kanssa on tärkeää ja siihen pyritään monin eri keinoin. Omaisten kerrottiin tarvitsevan paljon tietoa. Tiedon antaminen koettiin mielekkäänä, vaikkakin omaisten kysymyksiin vastaamisen kerrottiin olevan joskus vaikeaa. Kuoleva asukas ja hänen omaisensa koettiin yhdeksi kokonaisuudeksi. Joskus vuorovaikutus oli vaikeaa johtuen riidoista tai omaisten hoitotoiveiden aiheuttamasta eettisestä ongelmasta hoitajille. Omaisten hoitotoiveiden takia saattohoitovaihe saattoi pidentyä ja aiheuttaa kärsimystä asukkaalle. Joskus sairaanhoitajat tunsivat toivottomuutta, kun omaiset kielsivät hoidon vielä perustelujen jälkeenkin. Omaisia kohtaan oli kuitenkin oltava ymmärtäväinen ja pysyttävä rauhallisena. Omaisten toiveiden kuuntelun ja mahdollisuuden päästä seuraamaan hoitotyötä saattohoitovaiheessa kerrottiin lisäävän sekä asukkaan että omaisen turvallisuuden tunnetta. (2, 3, 7, 8.) Myös Shield ym. (2010) toteavat tutkimuksessaan hoitajien ja omaisten välisen keskustelun olevan hyödyllistä ja toimivan yhteistyön luovan mahdollisuuksia hyvään ja myötätuntoiseen hoitoon sekä parantavan elämänlopun kokemuksia sekä hoitokodin asukkailla että heidän omaisillaan (Shield, Wetle, Teno, Miller, & Welch 2010).

Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tulosten mukaan sairaanhoitajat pitivät tärkeänä saattohoitopotilaan oireiden lievittämistä ja heillä oli halu tehdä potilaiden olo mahdollisimman mukavaksi (7, 8, 11). Sairanhoitajat tekevät lääkehoitoon liittyviä päätöksiä ja arvioivat niiden toteutumista. Lääkkeen antamiseen liittyvä päätöksenteko ja vastuu koettiin pelottavana. Työtä helpottavina tekijöinä pidettiin selkeitä menettelytapoja ja lääkemääräyksiä. (3, 4, 11.) Myös aikaisemman tiedon mukaan sairaanhoitajan tulee tarkkailla ja kuunnella potilasta ja hänen kertomiaan oireita. Sairanhoitaja on osaltaan vastuussa potilaan oireiden arvioinnista ja hoidosta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57.)

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa sairaanhoitajat kertoivat, että hoitosuunnitelma on hoidon jatkuvuuden kannalta hyvä apuväline. Hoitosuunnitelmaan kirjataan

tietoa asukkaan saamasta lääketieteellisestä hoidosta ja muusta hoivasta. Sairaanhoitajien mielestä asukkaan tarkkailu ja tulkitseminen oli tärkeää, jotta heikkenemisen merkit pystyttiin havaitsemaan. Keskustelun aloittamista kuolemaan liittyvistä asioista pidettiin haasteellisena. Haasteellista oli myös se, jos asukkaan toiveita ei täysin tiedetty. (5, 9, 10.) Vanhuskuolemasta (2014) tehdyn komiteamietinnön mukaan hyvää kuolemaa tukevat hyvä hoitosuunnitelma, joka on tehty riittävän ajoissa ja avoin keskustelu. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan kuolevan potilaan tarpeet ja toiveet. (Vanhuuskuolema 2014.)

Tässä kirjallisuuskatsauksessa kävi ilmi, että asukkaiden siirrot toisiin yksiköihin ja sairaanhoitajien työssään kokema kiire olivat esteenä hyvän hoidon tarjoamiselle. Siirtojen yhteydessä asukas menettää hoitohenkilökunnan, joka tuntee asukkaan ja hänen omaisensa. Tavoitteena sairaanhoitajilla oli mahdollistaa oikeiden hallinta hoitokodissa, jotta siirtyminen sairaalaan ei olisi tarpeellista. (2, 4, 8, 9.) Aikaisemman tiedon mukaan ympärivuorokautisessa hoidon yksikössä asuvan potilaan tulee saada kokonaisvaltaista hoitoa kuolemaansa saakka (STM 2019, 87). Toisaalta tutkimuksessa pitkäaikaishoidosta viimeisenä elinvuotena todetaan monien vanhuksien kokevan useita siirtymisiä elämänsä viimeisinä kuu-kausina. Niiden todetaan johtuvan siitä, että vanhukset ovat monisairaita ja tarvitsevat sairaalahoitoa. (Forma, Aaltonen, Pulkki, Raitanen, Rissanen, Seinelä, Valvanne & Jylhä 2018, 2089–2091.)

Sairaanhoitajien kokemusten perusteella työyhteisön tuki oli tärkeää, jotta voitiin yhdessä miettiä parasta mahdollista tapaa hoitaa potilaita. Yhteistyö lääkäreiden kanssa oli keskeinen osa saattohoitopotilaan hoidossa. Sairaanhoitajat tekivät päätökset ja valinnat itsenäisesti. Heidän täytyi kuitenkin neuvotella lääkärin kanssa, mutta hänen saapumisensa hoitokotiin saattoi kestää. (3, 4, 5, 7, 11.) Aiemminkin on todettu kuolevan potilaan hoidon olevan moniammatillista tiimityötä ja työyhteisön tuen auttavan työssä jaksamisessa. (Grönlund & Huhtinen 2011, 112,193.)

Kirjallisuuskatsauksen mukaan saattohoidon koulutus antaa mahdollisuuden uuden oppimiseen ja tiedon päivittämiseen. Koulutuksen myötä sairaanhoitajien it-seluottamus ja kommunikaatiotaidot paranivat. (2, 5, 10.) Sosiaali- ja terveystieteiden

nisteriön raportissa (44) palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä kerrotaan saattohoidon osaamisen olevan osa sairaanhoitajan perusosaamista. Koulutuksen määrän todetaan vaihtelevan valtakunnallisesti ja sen osuus perusopetuksessa ei ole riittävää. (STM 2017.) Tämän tiedon perusteella saattohoitokoulutusta tulisi kohdentaa järjestelmällisesti koskemaan hoitokotien henkilökuntaa.

Sairaanhoitajat kokivat työn kuormittavuutta hoitaessaan saattohoitopotilaita. Heidän mielestään kuolevan potilaan hoitoon sitoutuminen on raskasta ja heillä oli yhteinen toive, että kuoleva saa parasta hoitoa. Sairaanhoitajat kokivat työssään sekä emotionaalista että fyysistä raskautta. Tehdyt hoitolinjaukset vähensivät työn kuormittavuutta. (1, 2, 4.) Samoin todetaan teoksessa Kuolevan hyvä hoito. Kuolevan potilaan hoitotyö on raskasta sairaanhoitajalle, ja he joutuvat tekemään nopeitakin päätöksiä potilaan hoidossa ja olemaan läsnä kuolevan kanssa. Myös perheiden tukeminen on henkisesti raskasta sairaanhoitajalle. (Grönlund & Huhtinen 2011, 110.) Sairaanhoitaja voi myös väsyä siihen, kun hän näkee toistuvasti toisen ihmisen kärsimyksen. Hänen tulee muistaa huolehtia myös omasta hyvinvoinnistaan. (Hänninen 2018 97–98.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan kuoleman tunnistaminen koettiin vaikeana. Joskus sairaanhoitajilla on kuitenkin aavistus lähestyvistä kuolemista. He kokevat dementoituneen potilaan kuoleman olevan helpotus kärsimyksistä. (5, 7.) Samansuuntainen asia todetaan myös Käypä hoito suosituksessa. Kuoleman läheisyydessä olevien dementiaa sairastavien potilaiden hoito ei aina toteudu hyvin, koska lähestyvän kuoleman tunnistaminen on dementiaa sairastavalla vaikeaa (Käypä hoito -suositus 2019).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Artikkeleiden hakuvaiheessa huomattiin, että vaikka saattohoitoa on tutkittu paljon, suomenkielisiä tutkimusartikkeleja sairaanhoitajien kokemuksista saattohoidosta hoitokodissa ei löytynyt tietokannoista eikä myöskään manuaalisesti hakeamalla. Aiheesta oli kuitenkin tehty yksi Pro Gradu –tutkielma Itä-Suomen Yliopiston Teologian osastolle, jossa oli haastateltu sairaanhoitajia.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset olivat pitkälti yhteneväisiä aiemman tiedon kanssa. Yhteenvetona voidaan todeta saattohoitotyön hoitokodissa olevan antoisaa, mutta myös raskasta sekä fyysisesti että psyykkisesti. Saattohoito vaatii sairaanhoitajalta monenlaista tietoa ja kliinisiä taitoja. Yhtenä tärkeimmistä taidoista voidaan mainita vuorovaikutus sekä asukkaan että hänen omaistensa kanssa. Asukkaan tunteminen antaa mahdollisuuden hyvän saattohoidon toteuttamiselle. Asukkaan hoitaminen loppuun saakka hoitokodissa luo edellytykset hoidon jatkuvuudelle, ja sitä kautta parantaa saattohoidon laatua ja antaa asukkaalle mahdollisuuden kokonaisvaltaiseen hoitoon elämänsä loppuvaiheessa.

Sairanhoitajat tarvitsevat tukea työhönsä ja hoitotyön päätöksentekoon. Päätöksenteossa auttaa hyvissä ajoin tehty ja säännöllisesti päivitettävä hoitosuunnitelma sekä lääkärin saatavuus. Selkeät ohjeet lääkehoidon toteuttamiseen ovat tarpeen. Tämä lisää uskallusta lääkitä asukasta oireiden mukaisesti. Tuloksista ilmeni saattohoidon lisäkoulutuksen hoitokotien työntekijöille olevan tarpeen. Yhteistä raskasta saattohoitotyötä tekeville sairaanhoitajille oli halu hoitaa asukasta hellästi, empaattisesti ja mahdollisimman hyvin elämän loppuvaiheessa.

Tätä opinnäytetyötä tehdessä huomattiin dementiapotilaiden edustavan suurta osaa hoitokodissa asuvista. Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevista asukkaista suurella osalla on jonkinasteinen muistisairaus. Jatkotutkimusehdotuksena onkin dementiapotilaiden saattohoidon erityispiirteet.

LÄHTEET

Aaltonen, M., Forma, L., Jylhä, M. & Rissanen, P. 2015. Hoitoketjut ja kuolinpaikat. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) Palliatiivinen hoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Alberts, G., Van den Block, L. & Vander Stichele, R. 2013. The burden of caring for people with dementia at the end of life in nursing homes: a postdeath study among nursing staff. *International Journal of Older People Nursing* 2014 (9) 2, 106–117.

Cagle, J. G., Unroe, K. T., Buntings, M., Bernard, B. L. & Miller, S.C. 2017. Caring for Dying Patients in the Nursing Home: Voices From Frontline Nursing Home Staff. *Journal of pain and symptom management* 2017 (53) 2, 198–207.

EduPal 2018. Palliatiivisen koulutuksen kehittäminen. n.d. Luettu 16.2.2020.
<https://www.palliatiivisenkoulutuksenkehittaminen.fi/sample-page/>

Erjanti, H., Anttonen, M. S., Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n, Fioca Oy:n & Suomen Palliatiivisen Hoidon yhdistys ry:n julkaisu. Helsinki: Fioca Oy.

Flinkkilä, M-L. 2019. Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. *Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.*

Forma, L., Aaltonen, M., Pulkki, J., Raitanen, J., Rissanen, P., Seinelä, L., Valvanne, J. & Jylhä, M. 2018. Pitkäaikaishoito viimeisenä elinvuotena. *Lääkärilehti*. 38/2018. 2086–2098.

Fromberg Gørlén, T., Gørlén, T. & Asbjørn Neergaard, M. 2013. Death in nursing homes: a Danish qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing* 2013(19)5, 236–242.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. *Kuolevan hyvä hoito*. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Hänninen, J. 2018. *Kuolemme vain kerran*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Hänninen, J. 2015. Saattohoito. Teoksessa Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio, A. (toim.) *Palliatiivinen hoito*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 129 (4), 433–439.

Jahr Svendsen, S., Landmark, B. & Grow, E. K. 2017. Dying patients in nursing homes: nurses provide “more of everything” and are “left to deal with everything on their own”. *Norwegian Journal of Clinical Nursing* 2017 (1) 13.

Kangasniemi, M., Utrainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4), 291–301.

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

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kiljunen, M. & Marjamäki, E. 2017. Lääkehoidon arviointi elämän loppuvaiheessa. *Lääkärilehti* 19/2017. 1231–1235.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129 (4), 440–445.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito -suositus. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Lääkäriseura Duodecim. 22.9.2016. Päivitetty 4.9.2020. Luettu 27.9.2020.

Saatavilla internetissä: www.käypähoito.fi

Käypä hoito –suositus. 2019. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Luettu 20.09.2020.

Saatavilla internetissä: www.käypähoito.fi

Lee, R., Bamford, C., Poole, M., McLellan, E., Exley, C. & Robinson, L. 2017. End of life care for people with dementia: The views of health professionals social care service managers and frontline staff on key requirements for good practise. Original Publication: San Francisco, CA: Public Library of Science. *PloS one* (2017) 12:6, 1–19.

Livingston, G., Lewis-Holmes, E., Pitfield, C., Manela, M., Chan, D., Constant, E., Jacobs, H., Wills, G., Carson, N. & Morris, J. 2013. Improving the end-of-life for people with dementia living in a care home: an intervention study. *International Psychogeriatrics* 2013 (25) 11, 1849–1858.

McCleary, L., Thompson, G., Venturato, L., Wickson-Griffiths, A., Hunter, P., Sussman, T. & Kaasalainen, S. 2018. Meaningful connections in dementia end of life care in long term homes. *BioMed Central Psychiatry*. 2018 (18) 307, 1–10.

Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. 2018. A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes. *BioMed Central Palliative Care*. 2018 (17) 25, 1–9.

Midtbust, M. H., Alnes, R. E., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. 2018. Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences. *BioMed Central Health Services Research*. 2018 (18) 709, 1–10.

Nash, A. & Fitzpatrick, J. 2015. Views and experiences of nurses and healthcare assistants in nursing care homes about the Gold Standard Framework. *International Journal of Palliative Nursing* 2015 (21) 1, 35–41.

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. 2. korjattu painos. Turku: Juvenes Print. 23–34.

Pitkälä, K. & Jylhä, M. 2019. Elämän viimeiset vuodet – yhteiskunnan, ikääntyneen ja perheen näkökulma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135 (18), 1673–1674.

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – Kolmiportainen malli. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 135 (6), 535–541.

Seinelä, L., Lehto, V., Vanttaja, K., Lehmus, A. & Valvanne, J. 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa. Esimerkkinä Tampereen kehittämistyö. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Luettu 29.9.2020.

<https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2015/1710-elaman-loppuvaiheen-hyva-hoito-tehostetussa-palveluasumisessa>

Shield, R., Wetle, T., Teno, J., Miller, S. & Welch, L. 2010. Vigilant at the End of Life: Family Advocacy in the Nursing Home. *Journal of Palliative Medicine*. 13 (5), 578. Luettu 4.10.2020.

<https://www.liebertpub-com.libproxy.tuni.fi/doi/pdf/10.1089/jpm.2009.0398>

STM 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 10.2.2020.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM 2017b. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Raportti 44. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 10.2.2020.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>

STM 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Raportti 68. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. Luettu 9.2.2020.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

TENK (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Helsinki.

Tervo, R. 2017. ”Sitä yrittää venyttää sitä aikaa potilaan luona.” – Kuuden sairaanhoitajan kokemukset saattohoidosta. Itä-Suomen yliopisto. Teologian osasto. Pro gradu -tutkielma.

Tasmuth, T. 2019. Hyvä kivunlievitys vanhusten saattohoidossa. Lääkärilehti 74 (9), 540–544. Luettu 15.2.2020.

https://asiakas.kotisivukone.com/files/tiinatasmuth.fi.kotisivukone.com/Vanhus_saattohoito_kipu_1.3.19.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Yhä useampi ympärivuorokautista hoitoa tarvitseva ikääntynyt hoidetaan tehostetun palveluasumisen yksikössä. Päivitetty 13.9.2019. Luettu 7.10.2020.

<https://thl.fi/fi/-/yha-useampi-ymparivuorokautista-hoitoa-tarvitseva-ikaantynyt-hoidetaan-tehostetun-palveluasumisen-yksikoissa>

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

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vanhuuskuolema. 2014. Paneeli. Konsensuslausuma. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 130 (5), 523–531.

Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S., Seale, C. & Seymour, J. 2015. Administering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes. Palliative medicine 2015 (29) 1, 60–70.

LIITTEET

Liite 1. Valitut tutkimukset

Nro	Tutkimus	Tekijät, Vuosi, Maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
1.	The burden of caring for people with dementia at the end of life in nursing homes: a postdeath study among nursing staff.	Albers, G., Van den Block, L. & Vander Stichele, R 2014 Belgia	Tutkia hoitotyöntekijöiden taakkaa dementiaa sairastavan potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa ja sen tunnistamisessa.	Aineistonkeruumenetelmä: kyselytutkimus Tutkimuksen tiedot kerättiin Belgiassa Dying well with dementia -tutkimuksen yhteydessä. Kyselylomake lähetettiin 134 hoitokotiin ja heitä pyydettiin ilmoittamaan kaikista asukkaista, jotka olivat kuolleet kolmen viimeisen kuukauden aikana. 69 hoitokotia ilmoitti ainakin yhdestä kuolleesta asukkaasta. Hoitotyöntekijä, joka oli hoitanut potilasta paljon, vastasi lomakkeeseen. Analysoitavia lomakkeita lopulta oli 198.	Hoitohenkilökunta koki suurta fyysistä ja emotionaalista taakkaa potilaiden hoidossa. Fyysistä kuormitusta oli enemmän, mikäli potilaalla oli kehittynyt keuhkokuume tai hänellä oli painehaava.

2.	Caring for Dying Patients in the Nursing Home: Voices From Frontline Nursing Home Staff.	Cagle, J.G., Unroe, K.T., Bunting, M., Bernard, B. & Miller, S.C. 2017 USA	Kuvata henkilökunnan positiivisia ja negatiivisia näkemyksiä sekä kokemuksia liittyen kuolevan asukkaan hoitoon.	Laadullinen analyysitutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu Haastattelut tehty 52 hoitokodissa Indianan osavaltiossa. Haastateltu yhteensä 707 etulinjassa työskentelevää sairaanhoidon-, avustavan hoidon- ja sosiaalityöntekijää.	Tutkimus tarjoaa etulinjan henkilökunnan rikkaan kertomuksen siitä, millaista on työskennellä kuolevien potilaiden ja heidän omaistensa kanssa hoitokodissa. Hoitohenkilökunnan kokemuksia siitä, miten työ ja kuolevien kohtaaminen vaikuttaa heihin itseensä positiivisesti ja negatiivisesti. Henkilökunta muodostaa hellän siteen potilaisiin ja heidän perheisiinsä. Niin tehdessään he myös surevat ja joutuvat taistelemaan monien menetysten kanssa työnsä takia. Tätä inhimillistä puolta ei usein nähdä, kun työskennellään kuolevien potilaiden kanssa.
3.	Death in nursing homes: a Danish qualitative study.	Fromberg Gorlén, T., Gorlén, T. & Asbjoern Neergaard, M. 2013 Tanska	Kuvata osallistujien näkemyksiä loppuelämän hoidosta tanskalaisissa hoitokodeissa keskittyen erityisesti näkemyksiin lääkeshoidon toteuttamisesta ja yhteistyön tuloksista.	Laadullinen kuvaileva tutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu Semi-strukturoituihin ryhmähaastatteluihin osallistui 16 hoitokotien hoitohenkilökunnan jäsentä, joista 4 oli sairaanhoitajia.	Tutkimuksessa ilmeni useita esteitä optimaalisen loppuelämän hoidon toteuttamiselle, kuten ajoissa tehtyjen suunnitelmien puute, oikeanlainen lääkehoito, kommunikaation haasteet sekä asukkaiden, että omaisten kanssa, yhteistyö lääkärin kanssa ja hoitohenkilökunnan täsmällisen tiedon ja taidon puute.

4.	Dying patients in nursing homes: nurses provide "more of everything" and are "left to deal with everything on their own".	Jahr Svendsen, S., Landmark, B. & Grov, E.K. 2017 Norja	Kuvata sairaanhoitajien kokemuksia kuolevista potilaista hoitokodeissa. Tutkimuskysymyksenä: Mitä vaaditaan optimaalisen hoidon ja huolenpidon toteuttamiseen elämän loppuvaiheessa?	Laadullinen tutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu. Ryhmähaastatteluihin osallistui yhteensä 12 kokenutta sairaanhoitajaa.	Sairaanhoitajat pyrkivät työskentelyllään varmistamaan mahdollisimman hyvin potilaiden mahdollisten oireiden lievittämisen. Heidän piti myös huomioida potilaiden omaiset. Sairaanhoitajat kokivat vaativaksi kuolevien potilaiden hoidossa, että kaikkeen oli suuri tarve, kuolevien potilaiden tapauttamiseen, lievittävään hoitoon ja hoivaan, huomattavaa tiedon ja taidon määrään ja myös erikoistaitoihin. Hoitajat oli usein jätetty yksin selviämään kaikesta, koska osaan henkilökunnan määrä oli puutteellinen. Hoitajien odotettiin olevan päteviä klinikoita, osoittavan johtajuutta ja tarjoavan neuvoja ja ohjausta omaisille ja työtovereille.
5.	End of life care for people with dementia: The views of health professionals, social care service managers and front-line staff on key requirements for good practice.	Lee, R., Bamford, C., Poole, M., McLellan, E., Exley, C. & Robinson, L. 2017 Iso-Britannia	Selvittää palvelupäälliköiden ja henkilökunnan näkemyksiä dementiaa sairastavan potilaan hyvästä elämän loppuvaiheen hoidosta. Tarkoituksena tukea ammattilaisia tarjoamaan parempi-laatuista hoitoa.	Laadullinen kuvaileva tutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu. Haastattelut tehtiin vuosina 2013-2015. Osallistujina 54 henkilökuntaan kuuluvaa, mukaan lukien lääkärit, sairaanhoitajat, kodinhoitajat ja johtajat.	Jaettu eri teemoihin: elämän loppuvaiheen tunnistaminen ja työkalut sen tukemiseksi, kommunikointi perheiden kanssa, yhteistyö, hoidon jatkuvuus, perheiden tukeminen, potilaan hyvän olon ja hoidon tärkeys ja henkilöstön kehittäminen ja tukeminen

6.	Improving the end-of-life for people with dementia living in a care home: an intervention study.	Livingston, G., Lewis- Holmes, E., Pitfield, C., Manela, M., Chan, D., Constant, E., Jacobs, H., Wills, G., Carson, N. & Morris, J. 2013 Iso-Britannia	Kehittää elämän loppuvaiheen hoitoa dementiaa sairastavilla potilailla. Heidän elämänsä loppuu usein sairaalassa, missä he saattavat kokea hyödyttömiä, epämiellyttäviä hoitajaksoja ja joutuvat kuolemaan kontrolloimattomassa kivussa ja lohdun tarpeessa.	Laadullinen tutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: laadullinen sekamenetelmä. Tutkimuksessa haastatettiin 120 paikkaisen hoitokodin henkilökuntaa, asukkaita ja asukkaiden omaisia ennen ja jälkeen sairaalahoitajaksoja. Tutkimuksessa vertailtiin pitkäaikaishoidon toiveita, dokumentointia ja toteutusta, asukkaiden kuolinpaikkaa ja henkilökunnan ja perhehoitajien ajatuksia.	Sairaalajaksojen jälkeisissä haastatteluisissa oli dokumentoitu merkittävää lisäystä keskusteluissa pitkäaikaishoidon toiveista asukkaiden, omaisten ja henkilökunnan välillä. Näihin sisältyi elvytyskieltoja ja toiveita kuolemasta hoitokodissa sairaalan sijaan. Kaiken kaikkiaan surevien omaisten tyytyväisyys lisääntyi ennen sairaalajaksoa tehtyyn haastatteluun verrattuna. Omaisat raportoivat lisääntyneitä neuvottelua ja tyytyväisyyttä tehtyihin päätöksiin. Henkilökunta oli itsevarmempi loppuelämän hoidon suunnittelussa ja pitkäaikaishoidon toteutamisessa.
7.	Meaningful connections in dementia end of life care in long term care homes	McCleary, L., Thompson, G., Venturato, L., Wickson-Griffiths, A., Hunter, P., Sussman, T. & Kaasalainen, S. 2018 Kanada	Kuvata perheen ja henkilöstön kokemuksia dementiapotilaiden saattohoidosta.	Laadullinen kuvaileva tutkimus. Aineistokeruumenetelmä: haastattelu. Haastatteluihin osallistui 77 työntekijää ja 19 potilaiden läheistä neljästä eri hoitokodista.	Hoitohenkilökunta koki, että on tärkeää tuntea dementiaa sairastavat potilaat. Riittävä kivunhallinta on tärkeä osa saattohoitoa ja välillä se on haasteellista. Tärkeänä pidetään dementiaa sairastavan arvostamista ja yksilöllistä kohtaamista.

8.	A painful experience of limited understanding: healthcare professionals' experiences with palliative care of people with severe dementia in Norwegian nursing homes.	Midtbust, M.H., Alnes, R.E., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. 2018 Norja	Tutkia terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia dementia potilaiden saattohoidosta hoitokodeissa.	Fenomenologinen tutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu. 20 haastattelua neljässä norjalaisessa hoitokodissa.	Terveydenhuollon ammattilaisilla oli haasteita tulkita dementiaa sairastavia potilaita, koska he eivät välttämättä pystyneet kommunikimaan. He pitivät tärkeänä potilaan läheisten yhteistyön sujumista, vaikka ajoittain siinä oli haasteita. Hoitajat pitivät erityisen tärkeänä potilaan tunteista, voidakseen tarkkailla heidän käyttäytymistään, ilmeitään ja eleitään.
9.	Perceived barriers and facilitators in providing palliative care for people with severe dementia: the healthcare professionals' experiences.	Midtbust, M.H., Alnes, R.E., Gjengedal, E. & Lykkeslet, E. 2018 Norja	Kuvata terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia saattohoitoa estävistä ja mahdollistavista tekijöistä dementia potilaiden pitkäaikaishoidossa	Laadullinen kuvaileva tutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu. Osallistujina 20 terveydenhuollon ammattilaisia neljästä norjalaisesta hoitokodista.	Ammattilaiset kokivat esiintyvän useita rakenteellisia esteitä dementiapotilaiden saattohoidossa hoitokodissa. Kasvavat taloudelliset vaatimukset johtivat hoidon puutteeseen. Organisaation muutokset, kuten toimenpiteet vakituisen henkilökunnan pätevyyden lisäämiseksi ja työläiden loppuelämän siirtymisten ehkäisemiseksi pitäisi toteuttaa jatkuvuuden ja hoidon laadun kehittämiseksi.

10.	Views and experiences of nurses and health-care assistants in nursing care homes about the Gold Standards Framework	Nash, A. & Fitzpatrick, J. 2015 Iso-Britannia	Perehtyä sairaanhoitajien ja hoitoapulais-ten näkemyksiin ja kokemuksiin Gold Standards Frameworkin (GSF) laadunkehittämis- ohjelman käytöstä loppuelämän hoidossa hoitokodeissa.	Laadullinen kuvaileva tutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu. Tutkimus suoritettiin kolmessa tarkoituksen mukaisesti valitussa hoitokodissa. Haastateltuja oli yhteensä 15 henkilöä	GFS:n koulutukseen ja tuen mahdollisuuteen suhtauduttiin positiivisesti. Puitteet antoivat mahdollisuuden edistää yhtenäistä lähestymistä vanhusten loppuelämän hoitoon. Ohjelma auttoi henkilökuntaa huolehtimaan asukkaista loppuelämän aikana ja teki helpommaksi "hyvän kuoleman".
11.	Administering anticipatory medications in end-of-life care: a qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes.	Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S., Seale, C. & Seymour, J. 2015 Iso-Britannia	Kuvata sairaanhoitajien päätöksiä, hoidon tarkoitusta ja huolta käytettäessä ennalta-koivaa lääkitystä.	Etnografinen tutkimus. Aineistonkeruumenetelmä: haastattelu ja havainnointi. Tutkimuksessa mukana kahdeksan vanhainkotiä. Havain- toja tutkimuksessa tehty 83 ja sairaanhoitajien haastatteluja 61.	Tulokset oli jaettu neljään osaan: peruuttamattomuus, kyvyttömyys ottaa suun kautta lääkkeitä, suostumus lääkkeiden ottoon suun kautta, mikäli se oli mahdol- lista ja sukulaisten vaatimuksista riippumattomat päätökset. Sai- raanhoitajat pyrkivät aluksi aloit- tamaan lääkkeiden annon pie- nellä annoksella ja reagoimaan potilaan tilanteeseen nopeasti, jotta voitaisiin välttää sairaala- hoito. Kivun ja levottomuuden erottaminen koettiin haasteel- liseksi, huomioon ottaen ali- ja yllilääkitys. Sairaanhoitajat ovat varovaisia ja harkitsevia ennalta- ehkäisevien lääkkeiden annossa.

Liite 2. Taulukko 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä yhden yläluokan osalta.

Alkuperäisilmaus	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
<p>”Näet muutoksen, mutta et voi soittaa lääkärille ja sanoa, ”hän on muuttunut”, koska siihen ei ole sanoja, se on aavistukseni. Sairauksissa, kuten Alzheimerin taudissa on todella vaikea tunnistaa, että ihminen on kuolemassa. (3)</p>	<p>Hoitajan aavistus kuolemasta. Kuoleman tunnistaminen on vaikeaa.</p>	<p>Kuoleman tunnistaminen</p>	<p>KUOLEMA</p>
<p>Hoidon jatkuvuuden katsottiin heikentyvän turhalla sairaalaan otolla. Vaikka oli tilanteita, joissa sairaalaan otto oli tarkoituksenmukaista (kuten vakava kaatuminen), yleensä osallistujat katsoivat, että sairaala ei ole hyvä ympäristö dementikolle varsinkaan elämän loppuvaiheessa. ” Dementiaa sairastava sai kolme sairaalahoitoa, hänellä oli viisi eri antibioottia ja vaihtuvia lääkäreitä ja kun itse istuin alas ja puhuin perheelle: ”Luulen, että kukaan ei ollut istuttanut heitä tekemään päätöksiä.” (3)</p>	<p>Oli tilanteita, joissa sairaalahoito oli tarkoituksenmukaista. Yleensä hoitajat kertoivat, ettei se ole hyvä ympäristö. Hoidon jatkuvuuden katsottiin heikentyvän turhalla sairaalaan otolla.</p>		
<p>Useat vastaajat kertoivat havainnoistaan siitä, kuinka epäoptimaalinen hoito voi vaikuttaa haitallisiin kuole-</p>	<p>Epäoptimaalinen hoito voi vaikuttaa haitallisiin kuolemankokemuksiin. Tähän sisältyy alihoido ja ylihoito.</p>		

<p>mankokemuksiin, mukaan lukien tapaukset, joissa potilasta ei tarkkailtu riittävän usein, hänet jätettiin olemaan märkänä tai hän sai huonoa suun hoitoa. Epäoptimaaliseen hoitoon sisältyi myös alihoito (esim. happea tai kipulääkettä tarvittiin, mutta ei tarjottu) ja ylihoito. Esimerkkejä ylimääräisestä hoidosta olivat tarpeeton ravitsemus ja nesteytys, toistuvat sairaalahoidot ja turha palauttava hoito potilaan viimeisinä päivinä. (9)</p>			
<p>Monet hoitajat kokivat kuoleman helpotuksena kärsimyksistä. (1)</p>	<p>Kuolema helpotuksena kärsimyksistä</p>	<p>Kuolema helpotuksena</p>	
<p>Kokemus voi olla positiivinen: ”Kun asukas itse kokee rauhaa ja on valmis menemään”. Minulla oli asukas, joka odotti innolla Jumalan tapaamista. Kun hän heräsi, hän vitsaili ja sanoi nauraen ”Hitto vieköön, heräsin taas”. (9)</p>	<p>Asukas on valmistautunut ja valmis lähtemään.</p>		<p>Kuoleman jälkeen</p>
<p>Kuoleman jälkeisestä hoidosta keskusteli lähinnä ympärivuorokautista hoitoa tarjoava henkilökunta. Tälle henkilökunnalle, hoito ei päättynyt kuolemaan ja vainajan laitto antoi heille tyydytyksen tunteen: ”Sitä me teimme [nimi] kanssa, kun pesimme häntä, olimme aivan kuin: Nyt tuntuu kylmältä, älä</p>	<p>Tyydytyksen tunne, kun sai laittaa vainajan kuoleman jälkeen.</p> <p>Henkilökohtaisuus.</p>		

<p>huoli, lämmitämme sen (esim. pesulapun) kun pesemme loput teistä. Nosta kätesi ylös...en halua ajatella, että kun he ovat menneet pois, he ovat vain ruumiita. (3)</p>			
<p>Useat hoitajat olivat kokeneet ongelmia asukkaiden sukulaisten kanssa, jotka eivät halunneet hyväksyä läheisensä kuolemaa. (6)</p>	<p>Hoitajat kokivat, että jotkut omaiset eivät hyväksyneet läheisensä kuolemaa.</p>		
<p>Asukkaan kuoleman jälkeen hoitajat keskustelivat epävirallisesti tapahtumista. Mikä oli mennyt hyvin, mitä olisi voitu tehdä paremmin. "Monet asukkaat ovat menehtyneet viime aikoina, mutta heidän nimensä ja historiansa nousee vielä esiin tarinoissa". (3)</p>	<p>Asukkaan kuoleman jälkeen keskusteltiin tapahtumista.</p> <p>Asukkaan historia elää tarinoissa.</p>		
<p>Sukulaiset ilmaisevat usein kiitollisuutta ja ovat tyytyväisiä tilanteeseen potilaan kuoleman jälkeen. Sairaanhoidaja sanoi: "Tällaiset tilanteet saavat tuntumaan, että olen onnistunut". (4)</p>	<p>Omaiset ovat usein kiitollisia.</p>		
<p>Joillekin hoitajille oli tärkeää osallistua asukkaan hautajaisiin. (1)</p>	<p>Hautajaisiin osallistuminen oli tärkeää osalle hoitajista.</p>		