



Saattohoitoasukkaan laadukas oirehoito ympäri vuorokautisessa palveluasumi- sen yksikössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kukka-Maaria Lähteinen

Opinnäytetyö, AMK

Toukokuu 2024

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitaja (AMK)

Lähteinen Kukka-Maaria

Saattohoitoasukkaan laadukas oirehoito ympärivuorokautisessa palveluasumisen yksikössä

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Toukokuu 2024, 56 sivua.

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma AMK. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Saattohoito on elämän loppuvaiheen hoitoa ja saattohoidossa kuolemassa olevan ihmisen oireita hoidetaan oireenmukaisesti viimeisinä elinviikkoina tai hetkinä. Laadukkaaseen saattohoitoon kuuluu hyvä oirehoito ja se vaatii osaamista sekä huolellista oirearviointia. Saattohoidon oireiden hoitoon kuuluvat tuskaisuuden ja kivun lievitys sekä henkisen tuen tarjoaminen. Saattohoidon tarkoituksena on mahdollisimman arvokas ja laadukas loppuelämän turvaaminen kaikin mahdollisin keinoin ennen kuolemaan ja myös läheisten tukeminen ihmisen kuoltua.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, johon valikoitui seitsemän tutkimusta. Opinnäytetyönä selvitettiin, mitä on laadukas saattohoidon oirehoito ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Tutkittua tietoa voidaan käyttää laadukkaaseen saattohoidon toteutukseen parantaen saattohoitoasukkaiden elämänlaatua ja tarjota heille arvokas ja kunnioittava hoito elämän loppuvaiheessa.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että palliatiivisen sekä saattohoidon asiantuntemusta pitää parantaa ja tarjota riittävää koulutusta terveydenhuollon henkilökunnalle. Palliatiivinen koulutus lisää taitoa toteuttaa saattohoitoa laadukkaasti. Saattohoitotyön laatu voi vaihdella alueittain ja yksiköittäin sekä eri maiden välillä. Pidempään ympärivuorokautisessa palveluasumisen yksikössä asuvilla on huomioitu ennakoiva loppuelämän suunnitelma, joka varmistaa hoidon laatua.

Johtopäätöksenä todettiin, että riittävän ajoissa tehty ennakoiva loppuelämän suunnitelma on yhteydessä pidempään asumisaikaan ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Suomessa saattohoidon laatua on viime vuosina pyritty kehittämään.

Avainsanat (asiasanat)

Saattohoito, palliatiivinen hoito, ympärivuorokautinen palveluasuminen, oirehoito, laatu

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

Ei salassa pidettäviä liitteitä

Lähteinen, Kukka-Maaria

Quality symptom management for hospice care residents in a 24-hour service housing unit

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, May 2024, 56 pages.

Degree programme in Nursing. Bachelor's thesis.

Permission for open-access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

Hospice care is end-of-life care, and in hospice care, a resident's symptoms are managed symptomatically in the last weeks or moments of life. Quality hospice care involves good symptom management by a health professional and requires competence and early intervention in symptom management. Symptom management in hospice care includes relieving pain and distress and providing emotional support. Hospice care aims to provide symptomatic care to ensure the most dignified and quality end of life possible.

The thesis was carried out as a descriptive literature review, for which seven studies were selected. The aim was to investigate what constitutes good quality symptom management in hospice care in a 24-hour service housing. The knowledge gained can be used to implement quality hospice care to improve the quality of life of hospice residents and provide them with dignified and respectful care at the end of life.

The study results showed that expertise in palliative and end-of-life care needs to be improved and adequate training provided for healthcare staff. Palliative education increases the ability to provide quality palliative care. The quality of hospice care work can vary between countries and for those living in a longer-stay 24-hour care facility, a proactive end-of-life plan has been taken into account.

The conclusion was that timely and proactive end-of-life planning is associated with longer stay in a 24-hour care facility. In the past few years, there have been efforts to improve the quality of hospice care in Finland.

Keywords/tags (subjects)

Hospice care, palliative care, 24- hour service housing, symptomatic care, quality

Miscellaneous (Confidential information)

No confidential information.

Sisältö

1	Johdanto	1
2	Kriteerien mukainen saattohoito Suomessa	2
2.1	Saattohoidon toteutus ympärivuorokautisessa palveluasumisen yksikössä	2
2.2	Palliativinen hoito ja saattohoito	8
2.3	Hyvän elämän loppuvaiheen kriteereitä Suomessa	13
3	Ympärivuorokautinen palveluasuminen elämän loppuvaiheen ympäristönä	15
3.1	Yksilöllinen loppuelämän asuminen	15
3.2	Oirehoito elämän loppuvaiheen saattohoidossa	18
3.3	Kivun hoito	20
3.4	GI-kanavan oireet	24
3.5	Hengitysoireet	26
3.6	Muu oirehoito	27
4	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymys	28
5	Opinnäytetyön toteutus	29
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	29
5.2	Aineiston keruu ja tiedonhaku	30
5.3	Aineiston analysointi	32
6	Tulokset	34
6.1	Näyttöön perustuva elämän loppuvaiheenhoito	35
6.2	Ammatillinen kasvu	36
6.3	Asiakaslähtöinen oirehoito	37
6.4	Psykososiaalinen tuki ja vuorovaikutus	38
7	Pohdinta	38
7.1	Tulosten tarkastelu	39
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	41
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	42
	Lähteet	44
	Liitteet	48
	Liite 1. Tietokantojen tiedonhaku	48
	Liite 2. Tutkimustaulukko	50

Kuviot

	Kuvio 1. Kuolevan potilaan tarkistuslista (Korhonen & Poukka 2013)	4
--	--	---

Kuvio 2. Laatu elämän loppuvaiheen hoidossa (Finne-Soveri ym. 2022, 15; Saarto ym. 2022,30).	7
Kuvio 3. Kuusi laatualuetta elämän loppuvaiheen ihmisten palveluissa (Finne-Soveri ym. 2022, 15).	7
Kuvio 4. Elämän loppuvaiheen hoitolinjaukset (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019).....	9
Kuvio 5. Palliatiivisen hoidon ABC- malli (Saarto & Lehto 2019).	12
Kuvio 6. Edmontonin ESAS-oirekysely (Hänninen 2015).	19
Kuvio 7. Kivun hoidon portaat (Kuusisto 2015).	21
Kuvio 8. Kipumittari (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d)	22
Kuvio 9. PAINAD-mittari (Hallikainen 2019)	23
Kuvio 10. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit	31

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden (2017) suosituksen mukaan palliatiivisen hoidon tulisi olla osa kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten perusosaamista. Riittävällä ja laadukkaalla koulutuksella varmistetaan palliatiivista hoitoa toteuttavien ammattitaito. (Saarto 2017, 11.) Tärkeää on tiedostaa muutokset, mitä saattohoidossa tapahtuu ihmisen viimeisinä päivinä, jotta saattohoidossa oleva ihminen saa hyvää oireenmukaista hoitoa. Kun hoitotyön ammattilaisena tiedostaa muutokset toimintakyvyssä ja hyvinvoinnissa elämän loppuvaiheessa, oireita osaa arvioida ja hoitaa paremmin sitä mukaan, miten niitä ilmestyy. Tämän opinnäytetyön näkökulma on rajattu elämän viimeisiin hetkiin ympärivuorokautisen hoidon ympäristössä, jolloin oirehoidon merkitys ja usein haasteetkin korostuvat. Mitä enemmän hoitotyön ammattilainen osaa ja tietää, sen parempaa oirehoitoa asiakas saa.

Maailman terveysjärjestö (WHO) on linjannut oireita vähentävän hoidon siten, eli palliatiivisen hoidon niin, että sen tarkoituksena on ihmisen kokonaisvaltainen hoito silloin, kun hän on parantumattomasti sairas. Se on myös läheisten aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa, kun kuolevan ihmisen henkeä uhkaa sairaus tai kuolema, joka aiheuttaa kärsimystä kuolevalle sekä hänen omaiselleen tai heikentää elämänlaatua. Vaikka Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaisesti oireita vähentävä hoito ei ole tarkoitettu tiettyyn ajanjaksoon tai vaiheeseen sairautta, hoidon laadun merkitys kasvaa erityisesti loppuvaiheessa. Saattohoito on hoitoa elämän viimeisinä viikkoina ja päivinä. (Saarto 2017, 17.)

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan joka kolmas kuolemassa oleva ihminen tarvitsee elämän viimeisiin hetkiin palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa. Palliatiivista hoitoa Suomessa tarvitsee vuosittain Suomessa noin 30 000 ihmistä. (Saarto 2017, 7.)

Opinnäytetyö tarkastelee saattohoidon oirehoitoa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Aihe on tärkeä, koska se on aina läsnä ja herättää keskustelua muun muassa kivunlievityksen suhteen. Opinnäytteessä paneudutaan terveyden ja toimintakyvyn muutoksiin saattohoidossa ja siihen, miten oireita voi helpottaa tai hoitaa. Tärkeää on hoitaa saattohoitoasukasta kokonaisvaltaisesti ja siten, että hän itse siitä hyötyy. Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, ja siinä selvitetään, mitä on laadukas oirehoito ympärivuorokautisessa palveluasumisessa.

Tämä opinnäytetyö on terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu ja käsittelee sitä, miten hoitotyön keinoin saattohoidon oirehoitoa voidaan helpottaa. Päämäärä on paneutua oirehoitoon, jotta saadaan apua arvioimaan ja hoitamaan yksilöllisesti ja inhimillisesti saattohoidossa olevaa asukasta. Keski-Suomen hyvinvointi alueen (n.d) mukaan saattohoito on viimeinen vaihe palliatiivisessa hoidossa ja hoito elämän viimeisinä hetkinä pitää saada tapahtua joko kotona, sairaalassa tai hoivakodissa (Elämän loppuvaiheen hoito n.d).

2 Kriteerien mukainen saattohoito Suomessa

Elämän loppuvaiheen hoitoon ja laatuun alettiin erityisesti kiinnittämään huomiota muutama vuosikymmen sitten. Saattohoidon perusohjeistuksena Suomessa voidaan pitää Lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitoksille vuonna 1982 antamaa ohjetta saattohoitoon. Se pitää sisällään inhimillistä hoitoa sekä niistä hoidoista pidättäytymistä, jotka eivät vaikuta eliniän pituuteen. Siinä on myös kivunhallinta osana siten, että kenenkään ei tarvitsisi kärsiä kipua, vaan hän voisi elää ilman vaikeita oireita. (Pihlainen 2010.)

Suositus palliatiivisen hoidon järjestämisestä vuonna 2003 antoi Euroopan neuvosto. Euroopan neuvosto suosittelee, että kaikilla jäsenvaltioilla pitäisi olla kansallinen hoidon suunnitelma palliatiivisesta hoidosta. Hoidon pitää olla tasa-arvoinen hoidonpääsyn turvaamiseksi ja suositus kiinnittyy siihen, että jokaisella tulee olla loppuelämän hoitosuunnitelma. (ennakoiva hoitosuunnitelma) (Saarto 2017, 9.)

Kun laaditaan suosituksia, niiden käyttötarkoitus on parantaa ihmisten saamaa hoitoa, joka on ihmisarvoa kunnioittavaa, itsemääräämisoikeutta tukevaa, tasavertaista sekä yhdenmukaista. Potilaan itsemääräämisoikeutta sekä elämänhallintaa lisää se, että potilaat ovat mukana suunnitelman teossa sekä suositellussa toiminnan suunnittelussa. (Pihlainen 2010.)

2.1 Saattohoidon toteutus ympärivuorokautisessa palveluasumisen yksikössä

Aihe on sellainen, joka vaatii tarkastelua, koska saattohoito ja kuolema on suuressa osassa terveydenhuollon ammattilaisten työtä. Saattohoidossa kivun hoito ja arviointi herättää usein keskustelua. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen kuvaavat teoksessaan (2013, 36) sitä, että terveydenhuollon ammattilaisten avuksi on olemassa hoitosuosituksia, jotka ovat näyttöön perustuvia ja jotka

tukevat päätöksiä hoitoon liittyen. Hännisen (2018, 51) mukaan hoitoyksiköt, jotka ovat erikoistuneet saattohoitoon, voivat yksilöllisesti muuttaa hoitolinjausta 48–1 tunnin aikana, koska he ovat oppineet ennakoimaan tilanteita.

Koska saattohoito voi alkaa hyvinkin äkillisesti, terveydenhuollon ammattilaisten on osattava reagoida, miten toimia ympärivuorokautisessa asumispalveluyksikössä. Hänninen (2018, 165) mukaan hoitotahto on tahdonilmaisuu, jonka asukas on aiemmin etukäteen tehnyt hoitoonsa liittyen.

Laadukkaan saattohoidon toteutuksen periaatteet muistisairailta ovat: kuuntele ja ole tukena silloinkin, kun hän ei ole enää läsnä ja luo turvallinen ympäristö, kunnioita kuolevan toiveita ja itsemääräämisoikeutta. Tärkeää on huomioida saattohoitoasukkaan henkiset, psyykkiset sekä fyysiset toiveet, varata aikaa keskusteluille, auttaa omaisia osallistumaan kuolevan hoitoon ja toimia yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. (Hänninen 2015, 7.)

Kun kuolema on lähestymässä potilaan kuvantamisia tai tutkimuksia ei tarvita, vaan oireet arvioidaan kliinisten tutkimusten myötä. Mittaukset voidaan lopettaa ja hoito kohdistetaan asukkaan oirehoitoon. Lähestyvän kuoleman merkkeinä voidaan pitää seuraavia oireita: väsymys, heikkous, syömättömyys, juomattomuus, hengityksen epäsäännöllisyys sekä kehon osien viileneminen, kun kehon pintaverenkierto heikkenee. Kun mittauksista on luovuttu, asukkaalta arvioidaan säännöllisin väliajoin, vähintään neljäntunnin välein, kipua, levottomuutta, hengitysteiden eritystä ja pahoinvointia, jolloin myös pitää huolehtia suun kostutuksesta. Kuvassa 1 on kuvattu, mitä huomioidaan kuolevan asukkaan hoidossa. (Korhonen & Poukka 2013, 1–2.)

Alkuarvio ja hoidon tavoitteet	
Arvioidaan potilaan nykyinen säännöllinen lää- kitys ja karsitaan muut kuin välttämättömät lääkkeet	
Määrätään tarvittava lääkitys	
Lopetetaan tarpeettomat toimenpiteet ja tutki- mukset	
Arvioidaan potilaan kommunikaatiokyky	
Arvioidaan potilaan ja omaisten uskonnolliset ja elämäkatsomukselliset tarpeet	
Kirjataan, kenelle ja milloin ilmoitetaan potilaan heikkenevästä voinnista tai kuolemasta	
Annetaan omaisille hoitopaikan yhteystiedot	
Selitetään hoitosuunnitelma omaisille	
Tarkistetaan, että omaiset ymmärtävät hoito- suunnitelman	
Säännöllisesti huolehdittavat ja tarkkailtavat asiat	
Kipujen hallinta, ei kiihtyneisyyttä tai levottomuutta	} Vähintään 4 tunnin välein
Hengitysteiden eritteet	
Muut oireet (pahoinvointi, hengen- ahdistus jne.)	
Suun puhdistaminen ja kostutta- minen	
Suolen toiminta, virtsaaminen, ihon hoito ja asennonmuutos	
Tarpeellisen lääkityksen asianmukainen anto	
Turvallinen hoitoympäristö	
Potilaalla ja omaisilla on mahdollisuus keskustel- la hoitoon liittyvistä asioista	
Hengellinen elämäkatsomuksellinen tuki	
Omaisten jaksaminen	
Potilaan kuoleman jälkeen	
Informoidaan ja tuetaan omaisia	
Huomioidaan omaisten erityistarpeet	
Ohjataan omaisia jatkotoimien suhteen	
Laaditaan tarvittavat dokumentit (epikriisi, kuolintodistus ja hautauslupa, tarvittaessa lää- ketieteellinen tai oikeuslääketieteellinen ruu- miinavaus)	
Ammattitautitapauksissa tarvitaan oikeuslääke- tieteellinen ruumiinavaus	

Kuvio 1. Kuolevan potilaan tarkistuslista (Korhonen & Poukka 2013)

Kun puhutaan hoidonrajauksesta se käsittää lääketieteellisesti hyödyttömien tai jopa haitallisten tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden rajaamista hoidosta. Hoitoa voidaan tarkentaa ja rajata, mutta ei jätetä ketään hoitamatta, vaan asukasta voidaan hoitaa, muutoin häntä hyödyttävällä hoito muo-
dolla. (Elämän loppuvaiheen hoito n.d.)

Hoitotahto voi olla kirjallinen tai suullinen, sen voi kuka vain tehdä eikä siinä ole alaikärajaa. Myös muistisairas ihminen voi tehdä, kun hän vielä tietää ja ymmärtää miten hoitotahto tulee vaikuttamaan elämäänsä. Myöskään psyykinen sairaus ei estä tekemästä hoitotahtoa. Hoitotahto on sitova lääkäriä kohtaan oikeudellisesti ja se tehdään yleensä helpottamaan myös omaisten päätöksiä. Hoitotahtoa ei tehdä tilanteissa, joissa on oletuksena, että omaiset haluavat toiveensa tahtoon kysymättä asukkaalta tai elämässä olisi liikaa muutoksia niin, että ennakoimisen taito ei riitä, eikä haluta ajatella omaa tulevaisuutta sekä ajatuksena on, että kuolemaan liittyvä asia ei ole ihmisten päätös. (Hänninen 2018, 167.)

On tunnistettava fyysiset ja psyykkiset oireet, kuten kipu ja ahdistus sekä vointia tulee seurata. On tärkeää, jotta voidaan varmistaa, että saattohoidon oireet tunnistetaan ja oirehoitoa osataan hyödyntää eri tilanteissa. Joskus kipu, ahdistuneisuus ja tuskaisuus voi olla vaikeita, joten saattohoidossa voidaan turvautua sedaatioon. Kun sairaus etenee ja parantavaa hoitoa ei ole, silloin voidaan tehdä uusi hoitolinjauksen - saattohoitopäätös. (Hänninen 2018, 41.) Se on lääketieteellinen päätös, ICD-10 koodi Z51.5. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d). Saattohoito on palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu elämän viimeisiin hetkiin, päiviin tai viikkoihin, jolloin asukkaan toimintakyky heikkenee merkittävästi. Saattohoidon sekä palliatiivisen hoidon tehtävänä on kipujen hallinta sekä fyysisen ja psyykkisen, sosiaalisen sekä henkisen kärsimyksen lievittäminen. Näin voidaan turvata mahdollisimman hyvä elämänlaatu asukkaille ja heidän läheisilleen. (Saarto 2017, 7.)

Riittävän ajoissa huomioitu palliatiivinen hoito sekä ajoissa laadittu hoitotahto on hyvän loppuelämän hoitoa. Asukasta hoitava lääkäri sekä terveydenhuollon ammattilaiset laativat asukkaalle ja hänen omaisensa kanssa hoitolinjauksen mukaisen elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelman, jossa käydään lävitse hoidon rajaukset sekä linjaukset. (Saarto 2017, 7.) Palliatiivinen hoito ja saattohoito eivät aina toteudu kuin suunniteltu, ja terveydenhuollon ammattilaisten tieto ja ymmärrys saattaa olla vähäinen palliatiivisen hoidon merkityksestä. Näin terveydenhuollon ohjaus potilaalle oikeaan aikaan ei onnistu ja palliatiiviseen vaiheeseen siirrytään liian myöhään, koska palliatiivinen hoito saatetaan mieltää saattohoidoksi. Siinä on riskinä, että asukas ja hänen omaisensa kieltäytyvät palliatiivisesta hoidosta. Palliatiivinen hoito on tärkeää aloittaa aiemmin, perussairausten rinnalla ja keskustella hoitolinjauksista asukkaalle ja omaisten kanssa. (Saarto, Lyytikäinen, Ahtiluoto, Junttila, Lehto, Finne-Soveri, Hammar & Forsius 2022, 18.)

Laatua varmistetaan hoidon-osa-alueilla kokonaisvaltaisen hoidon näkökulmasta laatualuein, jotka ovat esitetty seuraavana. Asukkaan ollessa palliatiivisessa hoidossa hänen hoitoprosessinsa eri vaiheet ja hoidon tarpeet tunnistetaan, myös kuoleman jälkeen annettavaksi tueksi. Varmistetaan hoitoon pääsy oikeaan aikaan ja että hoito jatkuu keskeytyttä ja hoitoa ennakoidaan. Elämänlaatua ylläpitävä hoito, joka annetaan yksilöllisesti ja oireita hoitaen sekä tarjotaan psykososiaalista, henkistä ja hengellistä tukea. Turvataan läheisten tuki hoidossa ja osallistuvuus sekä laadukas saattohoito ja arvokas tuki kuoleman jälkeenkin. Lisäksi on tiedonkulku sekä hoidon järjestäminen, jolloin turvataan riittävä henkilökunta sekä heidän ammattitaitonsa ylläpitäminen. Turvataan tiedonkulkeminen ja viestintä ja hyvä johtaminen ja palveluiden koordinointi. (Saarto ym. 2022, 18.)

Oireenmukaista hoitoa annetaan sairauden kaikissa vaiheissa. Palliatiivinen hoitolinjaus toteutuu, kun loppuelämän pituuteen ei voida enää vaikuttaa ja tavoite on enää lievittää oireita. Sillä parantavasta hoidosta enää ei ole odotettavaa hyötyä ja sairaus aiheuttaa kipua ja kärsimystä, eikä se tarkoita hoidosta luopumista vaan hoidon toteuttamista muulla tavoin. (Saarto 2017, 7.)

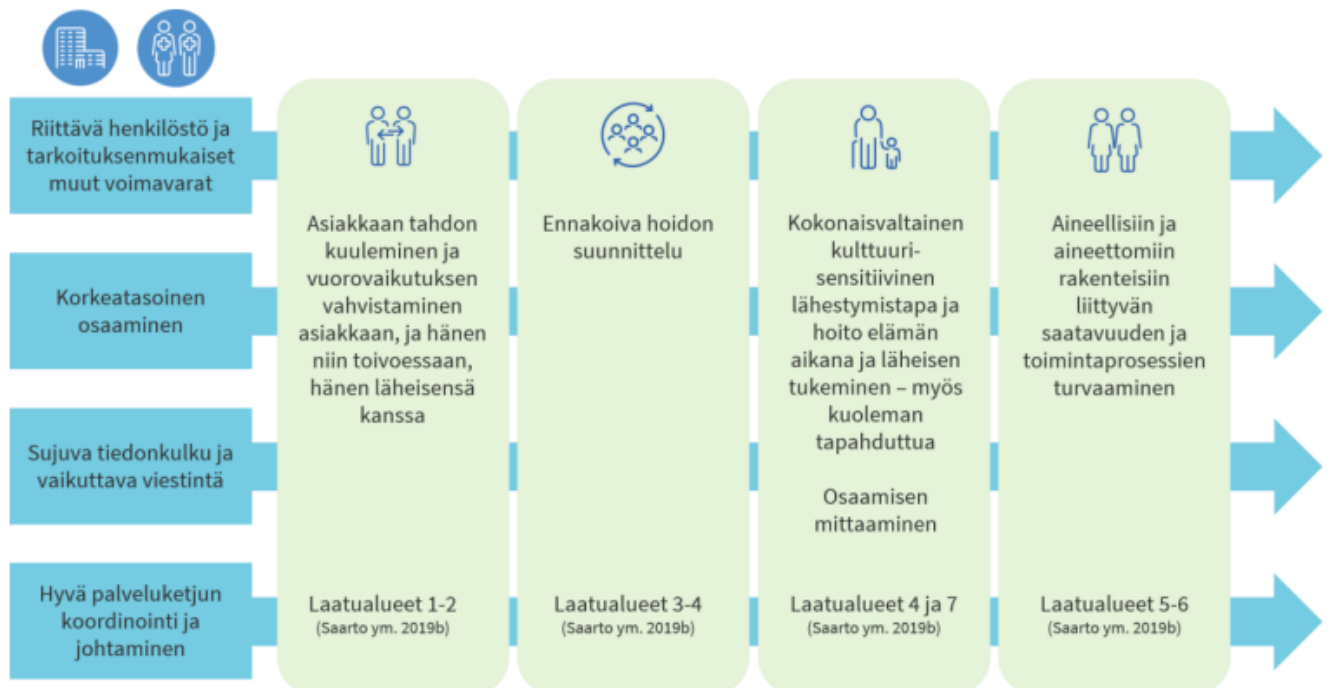
Kun saattohoitoa toteutetaan ympärivuorokautisessa asumisessa, se vaatii hyvää asiantuntemusta sekä työhyvinvoinnista huolehtimista. Sen vuoksi on tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat omat voimavaransa sekä antavat luvan omille tuntemuksillensa ja heidän pitää läpikäydä menetykset. Heidän tulee tietää, mistä saa tukea sekä apua ja heidän pitää saada purkaa työtilanteita työnohjauksessa. (Aalto 2013, 23.) Hyvään saattohoitoon kuuluu, että apua on saatavilla heti ja että olon voi tuntea turvalliseksi, vaikka pelottaa ja ahdistaa (Hänninen 2018, 102).

Suomessa on vielä liian vähäistä tietoa saattohoidon sekä palliatiivisen hoidon laadusta. Kun kokonaisvaltaisesti määritellään hyvän laadun kriteerit, on hoidon laatua helpompi arvioida. Kun laatua seurataan laatuindikaattoreille, se mahdollistaa arvioimisen sekä sen avulla voidaan vertailla palliatiivisen sekä saattohoidon laatua ja miten se pidemmällä aikavälillä paranee. (Saarto ym. 2022, 37.) Laatuindikaattorit ovat osoitus siitä, että ovatko toimintayksikön palvelut ja tulokset laadun kannalta hyvät ja kuinka hyvin on hoidon toteutuksessa onnistuttu. Hoidon toteutukseen liittyvät neljä laatualuetta, jotka ovat yhteydessä hoidon järjestämiseen ja tiedonkulkemiseen sekä hoidon tuottamiseen. Näihin kuuluvat henkilöstöresurssit, osaaminen, viestiminen ja tiedon kulku sekä palveluketjun koordinointi ja johtaminen. (Finne-Soveri, Forsius, Hökkä, Maula, Surakka & Hammar 2022, 13–14.)



Kuvio 2. Laatu elämän loppuvaiheen hoidossa (Finne-Soveri ym. 2022, 15; Saarto ym. 2022,30).

Kuviossa 2 on kuusi laatualuetta, jotka esitellään Finne-Soverin ym. (2022) laatukäsikirjassa elämän loppuvaiheen hoito iäkkäiden ihmisten palveluissa. Hoidon laadun elementit ovat samat jokaisella ihmisellä. Palvelukokonaisuuden määrittävät laatualueet, jotka erityisesti korostuvat. (Finne-Soveri 2022, 15.)



Kuvio 3. Kuusi laatualuetta elämän loppuvaiheen ihmisten palveluissa (Finne-Soveri ym. 2022, 15).

Finne-Soverin ja muiden (2022) laatukäsikirjassa kuvio 3 kuvataan iäkkäiden ihmisten elämän loppuvaiheen hoidon laatualueita palveluissa. Terveystieteiden ammattilaisten kyky tiedostaa hoidon tarpeet ja milloin elämän loppuvaihe alkaa, on ensiarvoisen tärkeää. Sekä arvio, tarvitaanko palliatiivisen tai saattohoidon aikana erityisosaamista. (Finne-Soveri ym. 2022, 15.)

2.2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

Vuonna 2011 (SPHY ry) Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys on laatinut palliatiivisen hoitotyön asiantuntijakriteeristön, jossa edellytyksenä on, että hoitotyön ammattilaiset osaavat kuunnella, rauhoittaa, lohduttaa, toteuttaa lääkehoitoa sekä osaavat käyttää asukkaan voivavaroja hoidossa hyväksi. Kriteerit ovat itsensä kehittäminen, eettisyys, palliatiivisen hoitotyön taidot, saattohoitotyön taidot, ohjaus- ja opetusosaaminen, vuorovaikutustaidot, palliatiivisen hoitotyön kehittäminen, moniammatillisuus, hoitotyön priorisointi ja kansainvälinen osaaminen. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 9–10.)

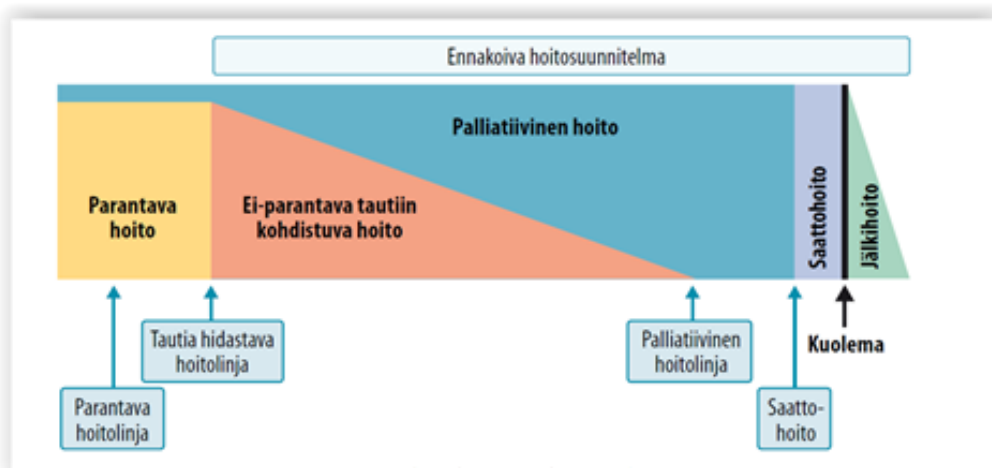
Palliatiivisen hoidon ennakoiminen ja elämän loppuvaiheen ajan ennustamisen ovat merkkejä, joita voidaan hyödyntää, kun suunnitellaan elämän loppuvaiheen suunnitelmaa. Näitä ovat: Jos potilas menehtyisi 6–12 kuukauden sisällä, lääkäri ei yllättyisi, potilaalla sairaalakäyntejä useampia vuoden aikana sekä painon laskua eikä potilaan toimintakyky palaudu entiselleen. Lisäksi sairauskohtaiset muutokset, sydän- ja keuhkosairaus, vaikea muistiongelman, syöpä, neurologiset ongelmat, vaikea munuaisten vajaatoiminta ja maksasairaus. (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019.)

Oireenmukaiseen hoitolinjaukseen päädytään silloin, kun parantavaa hoitoa ei pystytä toteuttamaan (Hoitolinjat 2021). Palliatiivinen hoito tarjoaa kokonaisvaltaista tukea ihmiselle, joka kärsii etenevästä, parantumattomasta sairaudesta. Se kuuluu kaikille sairaudesta tai iästä riippumatta. (Keski-Suomen Hyvinvointi-alue n.d.) Esimerkiksi ruoan ravintoarvot eivät ole saattovaiheessa olennaisia, vaan että ruoka olisi helposti nieltävää, maistuvaa ja mieluista (Aalto 2013, 96). Kuoleman lähestyessä nesteet siirtyvät kudoksiin ja kuivumista ei kuolevalla hoideta nesteytyksellä, koska se ei paranna yleistilaa (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019).

Jarruttavalla hoitotavalla tarkoitetaan hidastavaa hoitotapaa. Kun sairautta ei pystytä parantamaan, hoitomenetelmien tarkoitus on hidastaa etenemistä tai estää voimien heikentymistä. (Hoitolinjat 2021.)

Hoitolinja on lääkärin sekä asukkaan laatima sovittu suunnitelma loppuelämän hoidosta. Oikeanlainen hoitosuunnitelma takaa asukkaalle parhaan mahdollisen lääketieteellisesti perustellun hoitomuodon, hänen toiveensa ja arvot huomioiden. Hoitosuunnitelma päätetään hoitoneuvottelussa ja kivut sekä muut oireet yritetään lievittää riippumatta valitusta hoitopolusta. (Hoitolinjat 2021.)

Hoitolinjaus käsittää hoidon ensisijaisen tavoitteen ja siinä noudatetaan neliportaista mallia. Parantava malli, hidastava hoitolinja, palliatiivinen hoitolinjaus sekä lopuksi saattohoito (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.) Lehto ym. (2019) kuvaavat kuviossa 4, kun sairaus ei ole parannettavissa, siirrytään ennakoivaan suunnitelmaan, jolloin voidaan lievittää oireita palliatiivisessa hoitolinjauksessa.



Kuvio 4. Elämän loppuvaiheen hoitolinjaukset (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019).

Hoitolinja on lääketieteellinen päätös. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma sisältää hoidon rajauksia. DNR tarkoittaa, että elvytystä ei aloiteta. Päätös tehdään, kun sairaudet ovat niin vakavia, että palautuminen elvytyksen jälkeen ei ole todennäköistä. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.) Hoidon rajauksia on muitakin; esimerkiksi luovutaan nestehoidosta tai ravinnon saannista ja elvytyksestä, jolloin puhutaan luopumisesta elämää ylläpitävistä hoidoista pidättäytymisestä. Ei tehdä ihmeitä lääketieteellisesti, vaan tehdään niitä asioita, mitkä hyödyttävät ihmistä. (Hänninen 2018, 42.) Jos lääkäri ei saa potilaalta itseltään kantaa elvyttämättä jättämispäätökseen, lääkäri käy omaisten kanssa keskustelun kannasta. Vaikka omainen ei haluaisi ja vastustaisi päätöstä, voi lääkäri silti tehdä elvyttämättä jättämispäätöksen lääketieteellisin perustein. (Elämän loppuvaiheen hoito n.d.)

Kuolemaa pidetään luonnollisena asiana palliatiivisessa hoidossa. Siinä ei ole tarkoitus pidentää tai lyhentää loppuvaiheen elämää, vaan ylläpidetään toimintakykyä ja elämänlaatua niin kauan kuin se on mahdollista eli elämän loppuun asti. Siinä tuetaan myös läheisiä, sopeutumaan sairauteen ja kuolemaan, joka on lähestymässä. Useat etenevät sairaudet, kuten muistisairaus, aiheuttavat palliatiivisen hoidon tarpeen, jolloin palliatiivista sekä saattohoitoa tulee olla saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina. Silloin kun sairaus etenee, siihen pitää kiinnittää huomiota ennakoiden hoitosuunnitelmana ja saattohoitopäätöksen tekona. (Saarto 2017, 7.) Saattohoitopäätös myös valmistaa asukkaan omaisia kuoleman kohtaamiseen ja heillä on aikaa valmistautua, kun saattohoitopäätös on tehty riittävän ajoissa (Kuparinen & Lindström 2021).

Palliatiivisella hoitolinjalla tarkoitetaan sairauden vaihetta, jossa sairauden etenemistä ei voida estää eikä parantaa, vaan tarkoitus on poistaa kärsimystä (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d). Palliatiivisesta hoitolinjauksesta voidaan keskustella useampaan otteeseen ja yhteisymmärryksessä sovitaan asukkaan ja hänen laillisen edustajansa kanssa. Päätöksessä tulee kirjata hoidon sisältö ja siihen liittyvä hoitosuunnitelma rajoituksineen sekä käydyt keskustelut asukkaan tai laillisen edustajan kanssa sekä päätökset. Kun hoitolinjaus tehdään, vastuulääkäri kirjaa tietoihin diagnoosin ICD10- koodilla Z51.5 Palliatiivinen hoito. (Saarto 2017, 8.)

Hoitosuunnitelmaa tehdessä huomioidaan kivut sekä muiden oireiden hoito sekä läheisten henkiset ja psyykkiset tarpeet. Ennakoiva elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma (Advanced Care Plan, ACP) on sisällytettävä osana hoitosuunnitelmaa. Vastuu hoitosuunnitelmasta, sen toteutumisesta ja päivittämisestä on lääkärillä ja hoitotiimillä yhteisesti. Asukasta ohjataan tekemään hoitosuunnitelma sekä valtuuttamaan läheisensä tai muun henkilön, joka edustaa häntä silloin, kun hän ei itse ole enää kykenevä siitä vastaamaan. (Saarto 2017, 7.)

Edunvalvontavaltuutus on siltä varalta, ettei asukas pysty itse myöhemmin hoitamaan omia asioita. Se kirjataan viralliseen dokumenttiin, johon nimetään, kuka asioita hoitaa, ellei päämies sitä kykene tekemään, ja edunvalvonta pitää vahvistaa Digi- ja viestintävirastossa lääkärin lausunnon pohjalta. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.)

Kun kuolema lähestyy, hoitosuunnitelmaan lisätään saattohoitosuunnitelma ja siinä huomioidaan lisääntynyt avun tarve sekä jäljellä oleva aika. Saattohoitosuunnitelmaan kuuluvat lääkitystarpeen

arviointi ja oireiden lievittäminen. Saattohoito päätöksessä korostuvat ihmisarvon kunnioitus, omaisten osallistuvuus sekä kuoleman jälkeen vainajan arvokas kohtelu ja omaisten tukeminen. (Saarto 2017, 8.)

Saattohoito on palliatiivista hoito elämän viimeisinä hetkinä, näin ollen se on osa palliatiivista hoitoa. Saattohoitopäätös on tärkeä myös omaisten kannalta, jonka myötä omaisten tukeminen on tärkeää. (Hoitolinjat 2021.) Saattohoitopäätös tehdään silloin, kun kuolema lähestyy lähipäivinä tai viikkoina, se tarkoittaa myös lupauksen hoidosta järjestää potilaalle oireenmukainen hoito. Se on tukea asukkaalle ja hänen läheisille viimeisten hetkien aikana ja kuoleman tapahtuessa. Saattohoitopäätöksen tekee hoitovastuussa oleva lääkäri keskustellen asukkaan kanssa tai hänen luvallaan omaisten kanssa. Päätös sisältää elvytyskiellon ja saattohoitopäätös kirjataan asianmukaisesti hoitokertomukseen (Saarto 2017, 8.)

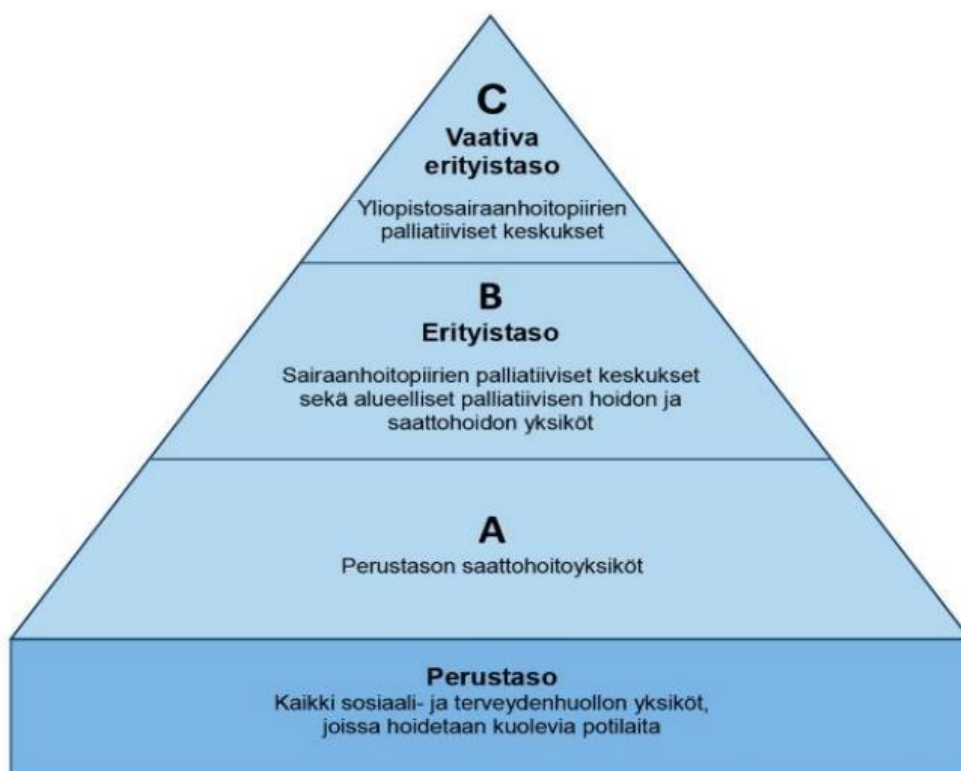
Muista hoidonrajauksista, kuten pidättäytyminen antibiootihoidosta, parenteraalisesta nesteytyksestä sekä ravitsemuksesta, letkuruokinnasta, tehohoidosta ja hengityslaittehoitosta tulee erikseen tarvittaessa tehdä kirjaukset (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.).

Potilastietojärjestelmään kirjattavat toimenpidekoodit helpottavat laadunseurantaa sekä tiedonkeruuta. Toimenpidekoodit ovat: WPA10 Ennakoiva palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelma, WPA 11 Palliatiivisen hoitotyön suunnitelman laatiminen, WPA13 Palliatiivinen konsultaatio, WPA 15 Palliatiivinen hoitoneuvottelu potilaan ja läheisten kanssa. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.)

Hyvinvointialueilla toimii kolmiportainen ABC-malli, jossa saattohoito ja palliatiivinen hoito järjestetään kansallisen suositusten mukaisesti. Malli toteutuu kaikissa terveydenhuollon yksiköissä, joissa tarjotaan elämänloppuun asti hoitoa. Tavoite on, että terveydenhuollon yksiköissä on saattohoitovastaavat, jotka edistävät laadukkaan saattohoidon toteutumista. Ja hoito pyritään antamaan samassa hoitopaikassa loppuun asti. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.) ABC- malli on jaettu perusosaamisen lisäksi kolmeen eri tasoon (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntija työryhmä 2019, 17).

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut saattohoidon sekä palliatiivisen hoidosta mallin, joka on kolmiportainen. Suositusten mukaisesti hoito voidaan porrastaa sairauden vaativuuden mukaan.

Ensimmäisessä vaiheessa peruspalvelut toteutetaan asukkaan lähellä, esimerkiksi kotona, sairaalassa, vuodeosastolla tai ympärivuorokautisessa palveluasumisyksikössä. Toinen taso, joka on erityistaso ja siitä vastaavat sairaanhoitopiirien palliatiiviset yksiköt ja saattohoitokodit. Kolmannella vaativalla tasolla toimivat palliatiiviset keskuksset, jotka toimivat yliopistosairaaloissa. (Kuparinen & Lindström 2021.) Kuviossa 5 kuvataan Sosiaali- ja terveysministeriön suositusta, joka ohjaavat saattohoidon järjestämistä. Se on neliportainen ABC hoidon malli, joka on jaoteltu vaativuuden mukaan, perustaso, erityistaso ja vaativa erityistason hoito. Siinä turvataan tasa-arvoinen hoito kaikille saattohoitoa sekä palliatiivista hoitoa tarvitseville. (Saarto ym. 2022, 18.)



Kuvio 5. Palliatiivisen hoidon ABC- malli (Saarto & Lehto 2019).

Perustason malliin kuuluvat kaikki ne sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa annetaan hoitoa heille, jotka eivät kuulu tasolle ABC. Näihin kuuluvat terveyskeskusten vuodeosastot, kotihoidon yksiköt ja ympärivuorokautiset palveluasumisyksiköt. Perustasolla laadun edellytyksenä on, että siellä osataan palliatiivisen sekä saattohoidon perusteet. Siellä pitää osata tehdä saattohoitopäätös ja ennakoiva loppuelämän hoitosuunnitelma. (Saarto ym. 2019, 18.)

A-tason yksiköitä ovat ne terveydenhuollon paikat, joissa saattohoito on osana perushoitoa, muun hoidon ohella. Näitä ovat sairaaloiden vuodeosastot. Näissä paikoissa on huomioitu terveydenhuollon ammattilaisten määrä sekä koulutus, ja näissä toimivat myös erilliset saattohoidon vuodepaikat. Jotta turvataan myös lähipalvelut, A-tason hoitopaikkojen pitää olla asukkaiden lähetyillä. (Saarto ym. 2019, 18.)

Erityistaso (B) on hyvinvointialueiden palliatiiviseen hoitoon sekä saattohoitoon erikoistuneet paikat. Näissä yksiköissä on erikoiskoulutettuja terveydenhuollon ammattilaisia. Näitä paikkoja ovat palliatiiviset kotisairaalat, palliatiiviset osastot, saattohoito-osastot ja -kodit sekä palliatiiviset poliklinikat ja päiväsairaalat. Nämä paikat tarjoavat myös psykososiaalista, henkistä ja eksistentiaalista tukea. Näistä paikoista myös annetaan perustason yksiköihin neuvontaa. Vaativaa erityistason hoitoa (C) tarjoavat yliopistolliset palliatiiviset keskuksat, niiden palliatiivisen hoidon poliklinikat, palliatiiviset konsultaatiotiimit sekä saattohoitokodit. (Saarto ym. 2019, 18–19.)

Yhdenvertaisuus on saattohoidon tärkeimpiä periaatteita. Siinä taataan jokaiselle henkilölle mahdollisuus hyvään saattohoitoon sairaudesta riippumatta, eikä potilaan ominaisuudet, kuten ikä, saa vaikuttaa, kuinka hän saa hoitoa tai miten häntä kohdellaan. (Kuparinen & Lindström 2021.)

Kaikille palliatiivista hoitoa tekeville terveydenhuollon ammattilaisille järjestetään lisä- tai täydennyskoulutusta, sekä yksiköissä tulee varmistaa työnohjaus palliatiivista hoitoa antaville terveydenhuollon ammattilaisille. Saattohoitopassi-verkkokoulutus on täydennyskoulutusta terveydenhuollon paikoissa, joissa annetaan palliatiivista hoitoa. Koulutuksen tarkoitus on vahvistaa saattohoidon sekä palliatiivisen hoidon perustason osaamista ja se valtakunnallisesti auttaa yhtenäistämään osaaminen. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntija työryhmä 2019, 177–179.)

2.3 Hyvän elämän loppuvaiheen kriteereitä Suomessa

Elämän loppuvaiheen hoitoa on pyritty kehittämään Suomessa jo vuosikymmeniä. Lähtökohta oli vuonna 1982 Lääkintöhallituksen antamat terminaalivaiheen ohjeet elämän loppuvaiheen hoitoa koskien. Tavoitteena siinä oli, että kuoleva ihminen saa elämää ilman vaikeita kipuja tai oireita haluamassaan ympäristössä. (Saarto 2017, 9.)

2000-luvulla annettiin Sosiaali- ja terveysministeriössä toimivan Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) saattohoitosuosituksien saattohoidosta 2003 (Saarto 2017, 9). Sosiaali- ja terveysministeriö on 2010 julkaissut saattohoitosuosituksien, hyvä saattohoito Suomessa 2010. Siinä korostuvat kuolevan ihmisen ihmisarvo sekä itsemääräämisoikeus ja inhimillisuus. (Saarto 2017,14.) Käypähoito -suositus, kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, käsittelee hoitolinjausten tekoa ja hoitokeinoja oireita lievittävään hoitoon elämän loppuvaiheessa. Muistisairauksien käypähoito -suosituksessa 2023 käsitellään myös hyvän ympärivuorokautisen hoidon järjestämistä. (Saarto 2017, 14.) Kaikissa suosituksissa painotetaan palliatiivisen riittävästä hoidon koulutuksesta sekä sen järjestämisestä terveydenhuollon ammattilaisille (Saarto 2017, 22).

Elämänloppuvaiheen hoitoa parantaa ajantasainen hoitotahto, joka on terveydenhuollon ammattilaisten näkyvillä ja asukas tiedostaa, että hän on saanut terveydentilastaan hyvin tietoa. Hänen toiveensa on huomioitu, hän on saanut tarvittavan avun sitä pyydettyään, asukkaan omainen on saanut mahdollisuuden osallistua läheisensä hoitoon koskeviin päätöksiin, jokaiselle laadittu hoitosuunnittelu hoitoneuvottelussa sekä palliatiivinen hoitolinja on kirjattu asukastietoihin. Lisäksi terveydenhuollon henkilöstö osaa tunnistaa, milloin kuolema lähestyy ja oireita osataan hoitaa oireenmukaisesti lääkeluvat huomioiden, myös psykososiaaliset oireet huomioiden. Lääkäri tulee olla saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina, jolloin hoito-ohjeet ovat saatavilla puhelimitse saattohoitoa koskevissa asioissa vuorokauden ympäri. Asukkaan uskontoa ja vakaumuksia kunnioitetaan, terveydenhuollon ammattilaisille on saatavilla työnohjausta, yksityisyys taataan omalla huoneella ja omaisen läsnäolo sallitaan saattohoitovaiheessa sekä tarvittavia apuvälineitä ja -välineitä on saatavilla. (Saarto, Finne-Soveri & asiantuntijatyöryhmä 2019.)

Hoidon laadun osatekijät iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelussa koostuvat Maailmanterveysjärjestön (WHO) mukaisesti eri vaikuttajista, joita ovat tehokkuus, turvallisuus, oikea-aikaisuus, vaikuttavuus, yhdenvertaisuus ja ihmiskeskeisyys. Hoidonlaatua iäkkäiden palveluissa tarkastellaan eri näkökulmista, joita ovat rakenteet, henkilöstömitoitukset, apuvälineet, prosessit, hoitoketjut ja -muodot, käypähoito ja turvallisuus hyvä vaikuttavuus ja lopputulokset, joita ovat kivuttomuus, elämänlaatu, asiat, joilla estetään turhaa kärsimystä kuten kaatumisen ehkäisy ja painehaavat sekä hoidon taloudellisuus. (Saarto ym. 2019.)

3 Ympäri vuorokautinen palveluasuminen elämän loppuvaiheen ympäristönä

Ympäri vuorokautisella palveluasumisella tarkoitetaan yhteisöllisesti turvallisesta asumista esteettömässä hoivakodissa, jossa asukkaalla oma asunto ja hänen hoitotarpeensa huomioidaan. Toimintaa turvaa vanhuspalvelulaki 20 §, joka vastaa siitä, että terveydenhuollon ammattilaisilla on riittävä koulutus ja riittävä henkilöstömäärä sekä asukkaiden hoitoisuuden mukaan turvataan laadukas hoito. Siksi ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa asukkaiden palvelutarve voi vaatia laakisääteistä korkeampaa mitoitusta, eikä sitä voida alentaa. (Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027 2024.)

Ympäri vuorokautinen palveluasuminen tarjoaa palveluja kaikkina vuorokaudenaikoina esteettömässä turvallisessa palvelu- tai hoitokodeissa ja muissa vastaavissa asuinyksiköissä, jossa henkilöllä on asunto ja koti. Turvallisuutta tuo se, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat saatavilla vuorokauden ajasta riippumatta. Asukkaan yksityisyyttä kunnioitetaan sekä häntä kannustetaan osallisuuteen, hänen elämänsä turvataan tarjoamalla kuntoutusta sekä muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Ympäri vuorokautista hoivaa tarjotaan pitkä- tai lyhytaikaisesti. (Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta 790/2022, 21 §.)

Sote uudistuksen myötä 1.1.2023 vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista siirtyi 21 uudelle hyvinvointialueelle. Uudistuksen myötä rakenteita on uusittu, jotta ikääntyvä väestö saa tasavertaisen ja yhdenvertaisen palvelun tuottajan. Uudistuksen myötä kuntien vastuulta on siirtynyt sote- palvelut hyvinvointialueille ja rahoitus tulee aluksi valtiolta. (Valtioneuvosto 2022.)

3.1 Yksilöllinen loppuelämän asuminen

Ympäri vuorokautisen asumisen tavoite on luoda turvallinen ja yksilöllinen elämä loppuajaksi, johon kuuluvat oireenmukainen hoito sekä oikeus luonnolliseen, inhimilliseen kuolemaan (Finne-Soveri, Forsius, Hökkä, Maula, Surakka & Hammar 2022, 10). Itsemääräämisoikeuden rajoittamiset kohdistuvat ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa erityisesti muistisairauksia sairastaviin asukkaisiin, jotka eivät enää kykene päättämään hoidostaan. Sen vuoksi yksilöllisesti omaisen ja asukkaan kanssa laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma tukee itsemääräämisoikeutta ja sen tarkoituksena on, että sillä turvataan asukkaan yksilöllinen elämänloppuvaiheen hoito. (Laatusuositus

aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027 2024.)

Tarkoituksena on, että asukkaan toimintakykyä ylläpidetään kuntouttavan työotteen avulla, tarjotaan kodikas yhteisöllinen loppuelämän virikkeellinen koti. Asukkaalle laaditaan yksilöllisesti hoito- ja palvelusuunnitelma, joka vastaa hänen toimintakykyään ja tarpeita, suunnitelmaa tarkastellaan aina voinnin muuttuessa tai puolivuositain. Asuminen ympärivuorokautisessa palveluasumisessa sisältää hoidon ja hoivan, ateriat, siivoukset, vaatehuollon, viriketoiminnan sekä sosiaaliset palvelut ja oman asunnon vuokrasopimuksineen. (Ympäri- vuorokautinen palveluasuminen n.d.)

Ympäri- vuorokautisessa palveluasumisessa asuu paljon muistisairaita iäkkäitä ihmisiä, joilla on eri sairauksia. Muistisaira- an elämänlaadun kannalta on tärkeää, että siellä on tuttu ympäristö, sekä tutut terveydenhuollon ammattilaiset. Siksi on tärkeää, että turhia siirtoja ei olisi ja siellä voisi asua tutussa paikassa kuolemaan asti. Kaikille olisi laadittava osana asukassuunnitelmaa elämän loppu- vaihetta ennakoiva hoitosuunnitelma siltä varalta, että kunto heikkenee. Hoidon laadun varmistamiseksi on saatavilla saattohoidon ja palliatiivisen hoidon tuki niihin ympärivuorokautisiin asumi- sen yksiköihin, missä asutaan elämän loppuun asti. (Saarto 2017, 19.)

Ympäri- vuorokautinen palveluasumisyksikkö tarjoaa huolenpitoa ympärivuorokauden sitä tarvitse- välle. Siellä asukkaalla on oikeus elää hyvää elämää arvokkaasti. Ympäri- vuorokautista hoitoa järjes- tetään kolmella portaalla, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja tervekeskuksen vuodeosas- tot. (Voutilainen & Pöppönen 2016.) Asumispalveluyksiköissä pyrkimys on tunnistaa mahdollisimman ajoissa palliatiivisen hoitoa tarvitsevat asukkaat, jolloin lääkäri tekee tarvittavat hoitolinjaukset (Keski- Suomen hyvinvointialue n.d.).

Eritoten ympärivuorokautisessa hoidossa pitää ottaa kantaa hoitopaikkasiirtoihin ja päätös edellyt- tää suunnitelmaa hoidosta ja saattohoidosta (Keski- Suomen hyvinvointialue n.d.). Hoitopaikkojen siirto voi aiheuttaa ihmiselle sekavuutta, toimintakyky voi alentua ja siirtymiset voivat edesauttaa hyödyttömiin hoitoihin tai tutkimuksiin, jotka kuormittavat iäkästä henkilöä (Lehto, Marjamäki & Saarto 2019, 6). Ympäri- vuorokautisessa palveluasumisyksikössä tulee olla lääkkeet saatavilla sil- loin, kun heitä hoidetaan elämän loppuun asti. Siellä pitää myös olla akuuttilääkekaappi, jotta hoi- tolupaus toteutuu laadukkaasta oirehoidosta. (Saarto 2017, 19.)

Ympäri vuorokautisen toimintayksikön esimiehen tehtävä on varmistaa, jotta käytettävissä on riittävä henkilöstö ja voimavarat sekä että hoidon toteutus on asianmukaista (Finne-Soveri, Forsius, Hökkä, Maula, Surakka & Hammar 2022, 11). Jokaiselle toimintayksikölle laaditaan suunnitelma, joka on kirjallinen ja sen avulla voidaan ennaltaehkäistä, tunnistaa ja korjata epäkohdat. Suunnitelman avulla parannetaan hoidon laatua. Omavalvonta perustuu riskienhallintaan, jossa tarkastellaan laatua ja asiakasturvallisuutta. Omavalvontaan tulee kirjata myös palliatiivisen hoidon toteutus sekä osaaminen terveydenhuollon yksiköissä. (Finne-Soveri ym. 2022, 13.)

Asumispalveluyksikössä omavalvonta on keskeinen osa asukasturvallisuustyötä ja sen toteutuksesta on tärkeää seurata jatkuvasti. Asiakas palautteen avulla voidaan tunnistaa hoidon ja palvelun laadun vahvuudet sekä osa-alueet, joissa on vielä kehitettävää. (Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027 2024.)

Ympäri vuorokautisen asumisen hoitoon kuuluu se, että siellä on saatavilla lääkäripalvelu, jolloin lääkäri käy sovituin väliajoin yksikössä. Tällöin voidaan varmistaa asukkaan hoito ja sen jatkuvuus, sekä lääkitystä voidaan tarpeen mukaan muuttaa. Lääkärin vastuuseen kuuluvat myös asukkaiden käyttöoireiden hoito sekä palliatiivisen ja saattohoidon osaamisen varmistaminen omalta osaltaan. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Laatusuosituksena on varmistettu, että ikääntyneille turvataan palvelujen parantamiseksi henkilömitoitus, joka on ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa mitoitettu työntekijämääränä asukasta kohden. Mitoitusta seurataan vanhuspalvelulain osana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Valviran tiedonkeräyksenä. Hyvinvointialueet ja aluehallintavirasto valvoo, että mitoitus on kohdallaan. (Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027 2024.)

Laadukkaan ympäri vuorokautisen palveluasumisen yksikössä toteutuvat seuraavat ominaisuudet: johtajuus on osaavaa ja näkyvää sekä osallistavaa. Henkilöstö saa tuen, perehdytyksen ja mahdollisuuden ammatillisen kehityksen koulutuksen, hoidon laatua seurataan ja parannetaan usein, yksikössä ovat hyvät vertaistuen rakenteet ja siellä on hyvä yhteishenki ja yhteisö. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

RAI- arviointimittarin käyttöä ikääntyneen hoidon tarpeen arvioinnissa ja toimintakyvyn arvioinnissa ohjaa laki ikääntyneen väestön tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012. Laatusuosituksessa RAI- arvioinnin osa-alueet kuuluvat osana laadukasta hoitoa, jotka ovat, osallisuus, itsemääräämisoikeus, turvallisuus, perushoito sekä sairauksien hyvä hoito Näihin osa-alueisiin voidaan vaikuttaa kehittämällä palvelujärjestelmää ja hoitamalla laadukkaasti. (Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027 2024.)

3.2 Oirehoito elämän loppuvaiheen saattohoidossa

Hoidon tavoite on hyvä elämänlaatu ja arvokas kuolema sekä lähteisten tukeminen. Oireita vähentävä lääkehoito on osa kuolevan hoitoa muiden hoitokeinojen lisäksi. Oirehoidon suunnittelun tavoite on ehkäistä ongelmia ja niiden pahenemista päivystysaikana. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.)

Hyvän, vaikuttavan hoidon lähtökohta on hyvä oirearviointi. ESAS-oiremittari on tarkoituksenmukainen apuväline, jos oireiden tunnistus ei ilman apua onnistu tai sitä on vaikea ilmaista sanoin. Mittari on työkalu siihen, kun palliatiivista hoitoa oleva arvioi omaa hyvinvointiaan ja koska mittari on subjektiivinen kokemukseen perustuva, on tärkeää seurata oirehoidon tuloksia ja reagoida niihin. Kuvassa 6 on viitattu ESAS-oirekysely lomakkeeseen, joka helpottaa syöpähoito asukkaan oireiden ilmentymisen arvioimista oirekaaviolla. (Hänninen 2015.)

Oirekysely											
Päivämäärä: _____ 20____											
Nimi _____ Syntymäaika _____											
<p>Ohessa on lueteltuna syöpäpotilaiden 10 tavallisimmin esiintyvää oiretta. Arvioikaa kohdallanne oireen voimakkuus asteikolla 0–10 (0 tarkoittaa, että teillä ei esiinny kyseistä oiretta lainkaan, ja 10 tarkoittaa pahinta mahdollista haittaa). Jos listasta puuttuu jokin teitä haittaava oire, voitte lisätä sen listaan ja arvioida myös sen haittaavuuden asteikolla 0–10.</p>											
	ei lainkaan					pahin mahdollinen					
kipu levossa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kipu liikkeessä	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
väsymys	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
pahoinvointi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
masennus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ahdistuneisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uneliaisuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ruokahaluttomuus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hengenahdistus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ummetus	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muu oire, mikä? _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
muu oire, mikä? _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Millaiseksi koette vointinne kokonaisuudessaan?											
0 = paras mahdollinen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = heikoin mahdollinen											

Kuvio 6. Edmontonin ESAS-oirekysely (Hänninen 2015).

Oirekyselystä selviää kipua, väsymys, pahoinvointi, masennus, ahdistus, väsymys, ruokahaluttomuus, hengenahdistus, ummetus ja jokin muu oire (Hui & Bruera 2017, 1). ESAS-mittarissa jokaisessa oireessa on oma arviointi numero ja arviointi on 0-10. 0 tarkoittaa ei oireita ja 10 on voimakkain tai pahin tuntemus. Kun kipua arvioidaan, tavoitteena on 3 tai alle kipuaste ja jos kipuarvo olisi 5, kipulääkettä pitäisi tehostaa. Jos oire arvo ylittää 4, pitää tarkastella ja tehostaa lääkitystä ja muita keinoja; vaikeat oireet ovat mitta asteikolla 7. (Hänninen 2015.) Oirekyselyn avulla voidaan selvittää nopeasti 10 oiretta, koska ne vaikuttavat negatiivisesti oloon. Kyselyn avulla voidaan reagoida samanaikaisesti useaan oireeseen, siten nopeasti voidaan helpottaa asukkaankaan oloa. (Hui & Bruera 2017, 5.)

3.3 Kivun hoito

Hoitoa ja menetelmiä tulee huolellisesti arvioida. Oireista merkittävämpiä ovat kipu, hengenahdistus, pahoinvointi, ummetus, limaisuus ja henkinen ahdistuksen sekä uupumus hoitaminen. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.) Kun suunnitellaan kivunhoitoa, suunnitelmassa pitää ilmetä lääkärin kertomana kivunhoidon tavoite sekä valitun hoidon peruste (Kivunhoito n.d). Elämän viimeisissä hetkissä tulee keskittyä myös psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin ongelmiin (Aalto 2013, 13).

Neuropaattinen kipu vaatii oikean tunnistamisen, jotta siihen voidaan valita sopiva lääkitys (Palliativinen hoito ja saattohoito, 2018). Loppuvaiheen kipua pitää arvioida jatkuvasti; arvioitaessa huomioidaan missä kipua on, sen luonne sekä miten se vaikuttaa toimintakykyyn, ajallisuusuuteen ja toistuuko se ja kuinka säännöllistä kipu on sekä läpilyöntikiput tai hankala olo. Kirjauksissa pitää näkyä, kuinka lääke auttaa. (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d.)

Neuropaattista kipua hoidetaan ensisijaisesti gabapentin lääkkein ja nortriptyyliinillä, mutta tehosta on tutkimuksia vain vähän. Opioidien teho neuropaattisessa kivussa on epäselvä sekä tulehduskipulääkkeet myöskään eivät ole riittävän tehokkaita neuropaattiseen kipuun. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Lääkkeiden haittavaikutuksia lisäävät perussairaudet, ikä, ravitsemustilan muutokset, ylilääkitys ja kehon vähäinen nestemäärä (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019).

Terveystieteiden yksiköissä pitää olla lääkehoitosuunnitelma missä ilmenee, kuinka lääkehoidon onnistumista arvioidaan ja kuinka pitää toimia, jos lääkehoidossa on poikkeavuuksia. Sekä minne tiedot kirjataan, miten kipua seurataan, kuinka sitä arvioidaan kuuluen terveydenhuollon ammattilaisten osaamiseen, kun he hoitavat potilasta. Lääkehoidossa havainnoidaan välittömiä vaikutuksia, joita ovat hengitystiheys ja -taajuus, syke ja vireys. (Saano & Taam-Ukkonen 2022, 311.)

Lääkehoidon lisäksi tulee toteuttaa lääkkeettömiä hoitoja kivun hoitoon, asento ja liikehoitoja, rentoutusta tai muita lääkkeettömiä keinoja (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019).

Kuvio 7 kuvastaa kivunhoidon porrastusta. Alun perin kivunhoidon portaat on Maailman terveysjärjestö WHO suunnitellut syöpäpotilaalle lääkehoidon toteutukseen. Se on käytössä muidenkin kipujen hoidossa ja kivunhoitoa porrastetaan sitä mukaan, miten kipu voimistuu ja lääkitystä vaihdetaan tarvittaessa voimakkaammin vaikuttavaan lääkkeeseen tai siihen lisätään tukilääke mukaan. (Kuusisto 2015.)

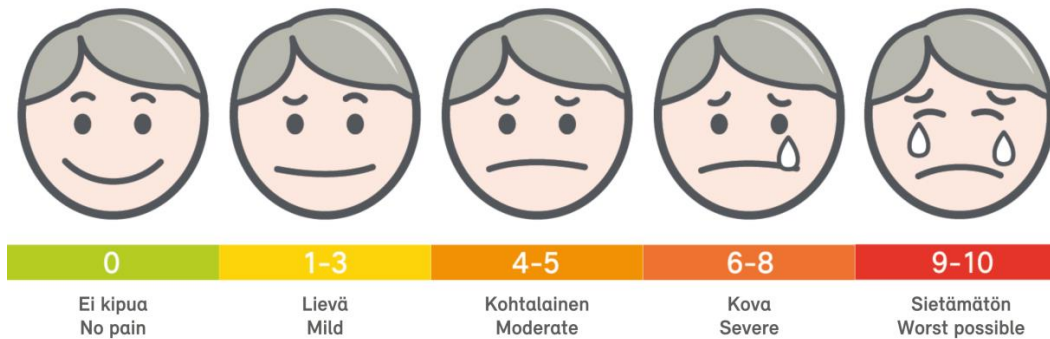


Kuvio 7. Kivun hoidon portaat (Kuusisto 2015).

Kivun lievitystä saattavat tehostaa lääkkeiden yhdistäminen, kuten opioidit lisättyinä tulehduskivulääkkeeseen, sillä ne tehoavat yhdistettynä paremmin kuin opioidi yksin (Tarnanen ym. 2019). Syövän hoidossa käytetään morfiininkaltaisesti vaikuttavia lääkkeitä, eli opioideja, koska ne ovat tehokkaimpia (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019).

Syövän kivunhoidossa käytetään vahvoja opioideja, sillä ne ovat tehokkaimpia läpilyöntikipuihin. Yleisimmin käytössä on lyhytvaikutteinen opioidi ja se valitaan vaikutuksen sekä keston mukaisesti. Lyhytvaikutteiset lääkkeet, morfiini, oksikodoni ja hydromorfiini, alkavat vaikuttamaan 30–45 minuutin kuluttua ja niiden kesto on 4–5 tuntia. Nopeavaikutteiset transmukosaaliset fentanyyli valmisteet vaikuttavat 5–10 minuutin kuluessa ja vaikutus kestää 1 tunnin. Mikäli näitä ei ole säännölliseen vuorokausiannostukseen määriteltä, jonka vuoksi aloitus annostuksen pitää olla pieni vaikuttavuutta seuraten. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kipu voidaan havaita havainnoiden ja siihen on kehitetty mittareita, joilla voidaan sitä paremmin havainnollistaa (Hänninen 2015, 1). Kuvassa 8 on kuvattu kipumittari, jonka avulla voidaan havainnollistaa kipua. Kivun voimakkuutta arvioidaan usein, ennen ja jälkeen kipulääkkeen. Kivunhoidon kannalta tavoite on kipumittarissa voimakkuus alle tai 3. Kun ihmisellä ei ole kipua, se ei haittaa yskimistä, hengittämistä, syömistä tai nukkumista. (Kipumittari n.d.)



Kuvio 8. Kipumittari (Keski-Suomen hyvinvointialue n.d)

PAINAD- mittari tulee sanasta Pain Assessment in Advanced Dementia Scale. PAINAD-mittari on kansainvälinen ja kehitetty muistisairaahan saattohoitoon sekä kivun arviointiin. Painad mittariavulla arvioidaan viiden minuutin aikana asukkaan kivun vuoksi tulleita muutoksia: hengityksen, negatiivisen ääntelyn, kasvojen ilmeiden, kehonkielen ja lohduttamisen tarpeen. Arviointi asteikko on 0–2, joka arviointia kohden ja pisteet lasketaan lopuksi yhteen, jolloin saadaan kokonaiskuva kivusta. 0 on kivuttomuus, 1–3 lievä kipu, 4–6 kohtalainen kipu ja suurin tulos 7–10 on kestämätön kipu. PAINAD- mittarin etu on sen helppokäyttöisyys, heikkous on väärät positiiviset tulokset, joihin voivat vaikuttaa stressitekijät. (Löppönen 2023.)

Muistisairaahan asukkaan saattohoidon ja kivun oireiden arvioimisen avuksi on Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) mittari. Mittarilla kuvio 6 arvioidaan hengitystä, negatiivista ääntelyä, kasvojen ilmeitä, kehon kieltä ja lohduttamista viiden minuutin ajan. Pisteet lasketaan lopuksi yhteen, jolloin saadaan numeraalinen arvio oireista. (Hallikainen 2019.)

	0 pistettä	1 piste	2 pistettä	tulos
Hengitys	Normaali ääntelystä riippumatta. Lyhyt hyperventilaatiojakso.	Hengitys ajoittain vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso.	Hengitys äänekästä tai vaivalloista. Cheyne-Stokes -hengitystä	
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä.	Satunnaista vaikerointia tai voihtetta. Valittavaa tai moittivaa, hiljaista puhetta.	Rauhatonta huutelua. Äänekästä vaikerointia tai voihtetta. Itkua.	
Ilmeet	Hymytön tai ilmeetön.	Surullinen, pelokas, tuima.	Irvistää	
Elekieli	Ei tarvetta lohduttamiseen.	Kireä. Ahdistunutta kävelyä. Levotonta liikehdintää.	Jäykkä. Kädet nyrkissä. Polvet koukussa. Pois vetämistä tai työntämistä. Riuhtomista.	
Lohduttaminen	Levollinen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle tai tynnyttää.	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.	
			Pisteet yhteensä:	

Kuvio 9. PAINAD-mittari (Hallikainen 2019)

Silloin, kun asukas on parantumattomasti sairas, on terveydenhuollon ammattilaisten huolehdittava, ettei monilääkitys lisää haittavaikutuksia tai haitallisia yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Saattohoidossa kivun saaminen pois on peruseriaate, johon pyritään kaikin mahdollisin keinoin. Käypähoito- suosituksessa kerrotaan, että lääkkeiden yhteisvaikutus myös palliatiivisessa hoidossa on vaarallisia tai ne jopa lisäävät oireita. Siksi on tärkeää palliatiivisessa hoitotyössä ymmärtää monilääkityksen merkitys siinä kuin alilääkityksessä. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 65.)

3.4 GI-kanavan oireet

Saattohoidossa olevalla henkilöllä voi ilmetä ummetusta, vaikka ei söisikään, sillä uloste saattaa muodostua eritteistä, jotka ovat peräisin mahasuolikanavasta, suolen epiteelisoluista sekä bakteerimassasta. Lääkkeet lisäävät ummetusta myös, mikä on lääkehoidossa tärkeää huomioida. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Kun ummetus on vähentynyt alle 3 kertaan viikossa ja uloste on kovaa sekä aiheuttaa ponnistelua, on kyse ummetuksesta. Pehmikkeinä voidaan antaa makrogolia tai laktuloosia, mutta tarvittaessa voidaan antaa laksatiivia kuten senna tai natriumumpikosulfaattia lisäämään suolen supistusvoimaa. Opioidi-ummetusta voidaan helpottaa vain hetkellisesti opioidien vastavaikuttajilla, jotka kumoavat opioidin suolen toimintaa lamaavan vaikutuksen. (Tarnanen ym. 2019.) Peräruiskeita voidaan käyttää päivittäin ja tuseeraus on yksi keino, mutta siinä pitää olla varma, ettei tukkeuma johdu kasvaimesta (Surakka ym. 2015, 54).

Palliativisessa sekä saattohoidossa yleinen vaiva on pahoinvointi ja syyt ovat moninaiset, jotenkaksi sen hoito saattaa vaihdella. Pahoinvoinnin esiintyessä on turvallisinta asukkaalle kylkiasento, koska asentohoidolla voidaan estää aspiraatio. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, kylmä & Kaunonen 2015, 47–49.)

Saattohoidossa sekä palliativisessa hoidossa olevalla suunhoidolla saattaa olla vaikutusta elämän loppuajan pituuteen. Suunterveyden kuntoa arvioidaan, sillä jos ihminen ottaa huonosti nesteitä tai ravintoa, heillä on enemmän sieni-infektiota tai suunkuivuutta. Proteesit poistetaan hoidon ajaksi ja käytetään lisävaloa, jotta suu voidaan tutkia. Huomioidaan suun kätteisyys, kuivuus, haavaumat, tulehdukset ja arvioidaan kipua sekä tärkeää on huolellinen kirjaus havainnoista potilastietoihin. (Hyry & Raunio 2022, 9.) Kuiva suu voi myös aiheuttaa makumuutoksia, jonka vuoksi potilas voi vähentää juomisia ja ruokia (Hyry ym. 2022, 11).

Työyhteisössä tulee olla yhtenäiset tavat hoitaa suuta, sillä sen on todettu vähentävän suunongelmia. Terveystieteiden ammattilaisen tulee suorittaa potilaan suunhoito seuraavanlaisesti: aluksi on hyvä rasvata huulet ja suupielet, sekä hieroa ylemmän puremalihaksen sekä sylkirauhasten alueet. Hampaat harjataan pehmeällä harjalla, jossa fluoritahnaa kaksi kertaa päivässä, jos harjaus ei onnistu hampaat voidaan siistiä keittosuolaan tai veteen kastetulla sideharsotaitoksella aamuin,

illoin. Proteesit harjataan vähintään kerran päivässä astianpesuaineella, hammastahnaa ei tule käyttää, sillä se voi aiheuttaa proteesiin naarmuja. Limakalvot siistitään taitoksella, joka kastettu veteen ja kate poistetaan kielestä. Jos suu on kuiva, puhdistuksen jälkeen suu huuhdellaan keitto-suolalla ja suuta voi kostuttaa geelillä tai ruokaöljyllä ja lopuksi huulet rasvataan. (Hyry & Raunio 2022, 13.)

Terve suu vaikuttaa syömiseen ja puhumiseen sekä pureskeluun, nielemiseen, maistamiseen ja haistamiseen. Suunterveys on yhteydessä hyvinvointiin sekä terveyteen ja se on elämänlaadun mittari. (Hyry & Raunio 2022, 6.) Asukkaat, jotka ovat saattohoidossa tai palliatiivisessa hoidossa, saavat usein useita ongelmia, joita ovat suun, nielun ja huulten kuivuminen, haavaumat, kipu, ruokajäämät sekä hampaiden arkuus. Lisäksi sitkeä ja venyvä sylki, suupieltä halkeilu, makuaistin häiriöt, vaikeus niellä tai pureskella sekä puhevaikeudet. Erityisesti tulee huolehtia ja arvioida suun ongelmia, jos on käytössä suun alueen oireisiin liittyviä lääkkeitä, joita ovat opioidit, diureetit, steroidit ja luustolääkkeet. (Hyry ym. 2022, 8.)

Suun kuivuminen tapahtuu, kun syljen erityös laskee tai syljen koostumus muuttuu. Suuta voidaan kostuttaa maustetulla ruokaöljyllä tai suun kostutussuihkeilla. Jos asukas on vielä virkeä, että pystyy syömään, hyvä on tarjota xylitol-pastillia tai purukumia, koska voi se helpottaa suun kostumista. Suun kuivuuteen ei nesteytys auta, silloin kun janon tunnetta helpotetaan, voidaan kostuttaa suuta. Jos asukas pystyy vielä imeskelemään jääpaloja tai nauttimaan kylmää juomaa, se voi helpottaa suukipua. Jos ilmenee suun kipua, sitä voidaan lievittää puudutegeelillä, lidokaiinigeeli suun limakalvoille. (Tarnanen ym. 2019.) Muita menetelmiä hoitaa suuta ovat jäämurska, toistuva juoman tarjoaminen, vähäinen määrä kerrallaan, huulten rasvaus, suuvesi, syljen korvaavat aineet, kuten geeli tai suihke, glyseroli tai kostutetut vanupuikot (Hyry & Raunio 2022, 14). Suun sieninfektiolla on osa syy suun kuivuuteen sekä maku häiriöihin (Hyry ym. 2022, 9).

Pahoinvointia helpotetaan pahoinvointilääkkeillä, myös muiden sairauksien lääkkeitä on apua kuten haloperidoli tai olantsapiini, joita voidaan käyttää pieninä annoksina. Jos kyseessä on syövästä liittyvä pahoinvointi, oksenteluun saa apua metoklopramidi lääkkeestä. Hyöty pahoinvointiin voidaan saada myös, jos yhdistää kortisonin pahoinvointi lääkkeeseen. (Tarnanen ym. 2019.)

Nieleminen voi vaikeutua äkillisestä aivoverenkiertohäiriöstä tai infarktista sekä neurologisista rappeuttavista sairauksien vuoksi tai ruokatorven kasvaimista. Myös suun limakalvovauriot saattavat aiheuttaa ongelmia nielemiseen, joten siksi näissä on aina vaarana aspiraatoriski, jolloin neste tai ravinto kulkeutuu henkitorveen ja se on keuhkokuumeen aiheuttajan riski. Saattohoitovaiheessa nesteet voivat aiheuttaa lisäoireita, kipua tai hengenahdistusta, koska kiertävä nestetilavuus siirtyy solujen välitilaan, jossa liika neste ei paranna asukkaan olotilaa, vaan pahentaa oloa. (Surakka ym. 2015, 50–51.)

Nielemisongelmilla tarkoitetaan vaikeutta ravinnon tai nesteen kulkeutumista suusta vatsalaukuun. Kun kuolema lähestyy, silloin nieleminen hankaloituu ja ruoka ei painu koko ruokatorvea alas. (Tarnanen ym. 2019.) Nielemistä voi hankaloittaa huono yleiskunto, hermostolliset sairaudet, aliravitsemus, kaula tai ruokatorven kasvain, tai limakalvovauriot (Tarnanen ym. 2019).

Elämän loppuvaiheessa asukkaat 80 % ovat usein kakektisia, jolloin heillä on tahatonta laihtumista, joka johtuu niukasta syömisestä ja siitä, ettei ravinto enää imeydy. Asukkaan vointia ei loppuvaiheessa enää ruokavalio korjaa tai elämää pidennä, tällöin on hyvä syödä usein ja pieniä annoksia, vielä kun pystyy. (Tarnanen ym. 2019.)

3.5 Hengitysoireet

Hengenahdistus näyttää siltä, että asukas ei saa riittävästi ilmaa. Hengityksessä saattaa auttaa happihoito, mikäli kyseessä on hapenpuute tai kasvoihin suunnattuna oleva tuuletin sekä avaamalla huoneen ikkunan, jolloin saadaan raitista ilmaa huoneeseen. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

Hengitystä helpottamaan voidaan käyttää monia vahvoja opioideja, mutta vain morfiinista on tutkimusnäyttöä sen tehosta. Annostus hengityksen hoitoon on yksilöllinen ja se riippuu iästä, munuaisten toiminnasta sekä yleiskunnosta. Hengityksen vajausriski on alhainen, jos opioidia annetaan vain sen verran, mitä hengenahdistus vaatii. Tuulettimen ilmavirtausta kasvojen alueelle suositellaan hengityksen helpottamiseksi. (Palliativinen hoito ja saattohoito 2019.)

Hengenahdistus näkyy ulospäin, mutta sitä ei voida tietää, miltä asukkaasta tuntuu. Hengenahdistuksen arvioinnissa katsotaan hengitystä, yleistä olemusta sekä hengitystyötä, silloin jos potilas ei

itse kykene sitä sanomaan. (Väänänen 2023.) Hengitysvaikeuksien hoito kuuluu hoitotyön osaamiseen. Tukehtumisen pelko yskän aikana on samanlainen kuin hengenahdistuksessa. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 44–47.)

Yskää voi aiheuttaa keuhkosairaus tai liman erityys tai vatsan sisältö saattaa tulla takaisinpäin, varsinkin jos potilas on makuuasennossa ja limaa on vaikea niellä. Tehokkaimmin yskää hoidetaan kohdistamalla hoito sen syyhyn, mikä sen aiheuttaa. Yskänlääkkeestä ei ole todettu olevan apua. Limaa vähentävät lääkkeitä antikolinergit tai keittosuolan sisäänhengitys sumutteena tai suihkeena voi auttaa. Myös PEP-puhallus voi auttaa, jolloin pullossa on vettä vastavoimana n. 10–20 cm. (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019.)

Kuolemaa edeltävinä päivinä saattaa tulla runsaasti sylkeä tai limaa ja lima synnyttää nielussa äänen, joka liittyy kuoleman rohinaan. Ääni saattaa olla voimakas, joka huolestuttaa omaisia, mutta asukas on yleensä tajuton tässä vaiheessa, eikä lima vaikeuta hengittämistä. (Hänninen 2003, 147.) Rohinaan ei ole lääkettä tai muuta hoitoa ja hengitys saattaa kuulostaa pahalta, mutta se ei todennäköisesti tuota kärsimystä asukkaalle, joka on syvässä tajuttomuudessa (Väänänen 2023).

3.6 Muu oirehoito

Saattohoito vaiheessa sängyn kohoasennon käyttötarkoituksia on se, että hengitys helpottuu, sydämen työ helpottuu, hengitys ja ilman poistuminen mahdollistuu, yskiminen on tehokkaampaa, puhuminen helpottuu sekä juominen ja syöminen onnistuvat mahdollisuuksien mukaan. Hyvä asentohoito helpottaa hengitystä ja kun asentoa vaihdetaan, huomioidaan luonnolliset liikeradat. Asennon pitää olla asentohoidon jälkeen mahdollisimman lähellä omaa perusasentoa. (Surakka ym. 2015, 74.)

Vatsaan kertyy nestettä (askites), kun maksan toiminta on häiriintynyt tai syöpä on levinnyt vatsaonteloon. Silloin vatsa suurenee ja aiheuttaa kipua, närästystä, pahoinvointia, oksentelua ja suoli ei tyhjene kunnolla, ruoka ei maistu, liikuntakyky heikkenee sekä hengen ahdistusta ilmenee. Silloin asukas saa tehokkaimman avun, kun käytetään kertapunktiota tyhjentämään vatsaontelo. (Tarnanen ym. 2019.)

Silloin, kun asukas on parantumattomasti sairas, hänen ahdistuksensa pitää aina ottaa vakavasti, koska hoitamattomana se voi johtaa sekavuuteen ja ahdistuksen syy on saatava selville, jotta hoito voidaan suunnitella sen mukaan (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 60).

Saattohoidossa oleva ihminen tulee saada oireettomaksi ja vointi hyväksi ja rauhalliseksi. Käypähoito -suosituksen mukaan palliatiivisella sedaatiolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan kovien kipujen, ahdistuksen ja sietämättömän olotilan rahoittamista lääkkeiden avulla. Sedaatiossa pyritään kevyeen uneen, jossa asukas on heräteltävissä. Jos päädytään hoitoon, jolloin käytetään syvää unta sedaatiossa, se tapahtuu sairaalassa tai sen kaltaisissa valvotuissa ympäristöissä. (Surakka ym. 2015, 62.)

Saattohoidossa saattaa ilmentyä tilanteita, joita ei saada hallituksi tavanomaisin keinoin. Silloin puhutaan palliatiivisesta sedaatiosta. Siinä asukkaan tajunta lääkkeiden avulla lasketaan tilaan, joka on unenkaltainen, jotta vältytään kärsimykseltä, joita ilmenee ennen kuolemaa. Koska kaikkia kärsimystä, hengenahdistusta eikä kipua voida riittävästi lieventää tai poistaa muilla keinoin. (Hänninen 2018, 162.) Kun sedaatio aloitetaan, on sitä ennen muita keinoja kokeiltu ja asukas sekä hänen omaisensa tiedostaa ja ymmärtää miksi hoito toteutetaan sekä minkälaisin keinoin (Tarnanen, Saarto & Laukkala 2019). Sedaatiota jatkuvana käytetään vain heillä, joiden elinikä on vain tunteja tai vuorokausia tai siihen on muu perusteltu syy (Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2019).

4 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymys

Oirehoito on keskeinen osa kokonaisvaltaista, inhimillistä ja yksilöllistä saattohoitoa ja sen onnistuminen herättää keskustelua ja kehittämisen tarvetta. Tärkeä on tuottaa tutkittua, näyttöön perustuvaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille saattohoidon oirehoidosta ja elämän loppuvaiheen hoidosta. Laadukas, kriteerien mukainen saattohoito on hyvän hoitotyön ydin ja laadunmittari. Tavoite on, että opinnäytetyö tukee ja auttaa terveydenhuollon ammattilaisia kehittämään ja tukemaan ammattitaitoa ja osaamista saattohoidossa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa.

Opinnäytetyössä perehdytään siihen, kuinka paljon tutkittua tietoa on saatavilla saattohoidon oirehoitoon liittyen. Tutkittu tieto muodostaa perustan hoitotyön hyvälle käytännölle, jotka puoles-

taan mahdollistavat hyvän oirehoidon. Opinnäytetyössä esille tulleita keinoja ja menetelmiä pystytään hyödyntämään ympärivuorokautisen asumispalveluyksikön toiminnassa, jotta voidaan taata hyvä ja asiantunteva saattohoito. Liian myöhään aloitettu oireenmukainen hoito voi lisätä saattohoitoasukkaan kärsimystä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys on:

Mitä on laadukas saattohoito ympärivuorokautisessa palveluasumisen yksikössä?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tutkimustapa, jossa tutkitaan alkuperäistutkimuksia ja kirjallisuuskatsaus tehdään niitä hyödyntäen (Vilka 2023, 11). Silloin kun aihe perustuu tutkimuskysymykseen, puhutaan kuvailevasta kirjallisuuskatsauksesta ja siinä luodaan valittuun aineistoon perehtymisen perusteella kuvaileva ja laadullinen vastaus tutkimuskysymykseen. Vaiheita on useita ja ne ovat: tutkittuun ilmiöön perehtyminen, tutkimuskysymyksen muodostaminen, tiedonhaku, arviointi ja valitseminen, analyysi, kuvailun rakentaminen sekä tulosten tarkastelu. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 291.)

Kirjallisuuskatsauksia on erilaisia ja ne jaetaan eri tyyppeihin. Niitä voidaan käyttää moneen erilaiseen käyttötarkoitukseen. Ne jaetaan kuvailevaan kirjallisuus katsaukseen, systemaattiseen kirjallisuus katsaukseen sekä meta-analyysiin. Yksi käytetyin menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus ja siitä pystyy erottelamaan eritavat, joita ovat narratiivinen sekä integroiva katsaus. (Salminen 2011, 6.) Integratiivinen kirjallisuuskatsaus kuuluu traditionaalsiin, kuvaileviin kirjallisuuskatsauksiin. Joskin integratiivinen tapa on kriittisempi ja järjestelmällisempi aineiston kokoamisessa. Sen avulla kuvataan alalla olevaa tietoa vertaisarvioimalla tutkimuksia ja aineistoja. (Vilka 2023, 25.)

Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, jota käytetään paljon hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Opinnäytetyön myötä voidaan saada tietoa sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilökunnan osaamisesta saattohoitoasukkaan hyvästä oirehoidosta ympärivuorokautisessa

palveluasumisessa (Kangasniemi ym. 2013, 292). Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ei ole tarkkoja tai tiukkoja sääntöjä, joita noudatetaan. Tutkimuksen avulla voidaan kuvata tutkittua tietoa laaja-alaisesti ja luokittelemaan. (Salminen 2011, 6.)

5.2 Aineiston keruu ja tiedonhaku

Opinnäytetyön aloittaminen alkoi tutkimuskysymyksen hahmottamisella, jonka pohjalta hyödynnettiin lähteitä tiedon etsimiseen. Tutkimuskysymys johdattelee prosessia eteenpäin, ja opinnäytetyössä käytettiin erilaisia tietolähteitä. Aineiston analyysi toteutettiin sisällönanalyysin avulla. Analyysi toteutettiin teorialähtöisesti (deduktiivisesti), jolloin päämääränä on, että totuus ei muutu sen edetessä. Rungon perusteella luotiin luokituksia valitun aineiston pohjalta. Viitekehiksenä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytetään terveyden ja hyvinvointilaitoksen laatusuosituksen kriteereitä. Vilkan (2023, 35) mukaan ”teoreettisen viitekehiksen tarkoituksena on kehystää tutkimuksesta käytettyä tietoisesti valittua teoreettista näkökulmaa ja määritellä tapaa tarkastella ja selittää empiiristä todellisuutta, jota tutkitaan”. Se auttaa löytämään havaintoja tutkimuksista sekä tarkastelemaan ja saada yhteneväisyyksiä havaintojen välille, selittää sekä tutkiskella niitä vertailemalla ja arvioimalla. (Vilka 2023, 35.)

Narratiivisessa tavassa on ilmiön ymmärtäminen ja ymmärretyn kuvaus argumentoidaan johdonmukaisesti ja vakuuttavasti. Narratiivin etuna on se, että tutkijan tietämys kasvaa sitä mukaan, miten hän ymmärtää aihetta ja sen aihealueita. Ymmärrys luo mahdollisuuden tuottaa tutkitusta tiedosta teoriaa. Narratiivi perustuu oivalluksiin siitä, miten tutkija jäsentää aineistosta ymmärretyt asiat. (Vilka 2023, 22.) Aineiston valinta sekä sen kerääminen on suhteellisen subjektiivinen tuotos, minkä vuoksi voidaan päätyä erilaisiin johtopäätöksiin, vaikka käytetään samanlaisia aineistoja (Kangasniemi 2013, 298). Narratiivissa on vahvuus, että se antaa mahdollisuudet suuntautua erityiskysymyksiin ja niitä voi tarkastella aineistokohtaisesti päällekkäin etenevien vaiheiden kautta (Vilka 2023, 23).

Sitä, miten ja mistä haetaan tietoa, ohjaa opinnäytetyön tavoite ja sen perusteella valitaan erilaiset tietolähteet käyttäen luotettavia lähteitä. Käytettyjä tietolähteitä ovat Käypähoito-suositus, Duodecim, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, terveystietäminen sekä alankirjallisuus. Opinnäytetyön ai-

aineisto kerättiin kolmesta eri tietokannasta Pubmed ja Chinahl sekä Finna tietokannat, jossa käytettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun tarjoamia käyttöliittymiä. Vanhemmat julkaisut, yli 10 vuotta vanhat, epärelevantit lähteet pois suljettiin sekä ne, mihin ei tieteellinen tutkimus kriteeri ylety.

Tiedonhakuja käytettiin kahdesta englanninkielisestä ja yhdestä suomenkielisestä sähköisestä tietokannasta. Suomalainen tietokanta oli Finna ja muut englanninkieliset tietokannat antoi enemmän tutkittua tietoa. Hakusanoja testattiin eri tietokannoissa niitä muutellen ennen kuin löytyi sopivia tuloksia hakusanoilla. Hakusanat pidettiin mahdollisimman samanlaisina, mutta kuitenkin huomioiden eri tietokantojen erot. Hakusanoina käytin saattohoito, oire, nursing care, nursing home, palliative care, quality. Tiedonhaku on tehty helmikuussa 2024 ja aineistoa rajattiin 2013–2024 vuoden hoitotieteellisiin artikkeleihin tekstit, jotka olivat englanninkielisiä, ilmaisia, verkossa saatavilla ja kokonaisia artikkeleita. Tiedonhaku on kuvattu liitteessä 1



Kuvio 10. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Viiden eri tietokannan hakutulos tuotti 652 tulosta ja ne tutkimusartikkelit mitkä valittiin, niissä oli kriteereitä sisäänottoon, eli tutkimuksen aihe koskee saattohoitoa, ympärivuorokautista palveluasumista, oirehoitoa ja hoidon laatua. Tutkimukset on valittu otsikon perusteella. Tiedonhaku ei tuottanut sopivaa tulosta Medic ja Medline tietokannoista ja poissulkukriteerinä oli aihe, joka ei koskettanut ympärivuorokautista palveluasumista tai saattohoitoa sekä hoitotyön laatua ja lisäksi

väitöskirjoja, pro graduja ei hyödynnetty tutkimusartikkeleissa. Kuviossa 10 on esillä opinnäytetyössä käytettyjä sisäänotto- ja poissulkukriteerejä.

Aineiston valintakriteereihin vaikuttaa tutkimuskysymys ja tarkoitus on löytää asianmukainen aineisto. Tärkeää on, että tutkimuskysymys on täsmällinen ja se rajataan huolellisesti, koska silloin on mahdollista tarkastella syvällisemmin aihetta. (Kangasniemi 2023, 295.) Kun oli valittu tutkimuskysymys, valittiin tietokannat, joista tutkimukset voivat löytyä (Vilkkä 2023, 63). Tietokantojen välillä on eroavaisuuksia, mikä tietokannan tarkoitus on ja millaista rajaustapaa järjestelmä tuottaa ja kuinka hakusanat tehdään. Tärkeää oli perehtyä tietokantojen ohjeisiin ja mietittävä niitä suhteessa tutkimuskysymykseen, jolloin on mahdollista saada jo ensimmäisellä kerralla luotettavia hakutuloksia. (Vilkkä 2023, 65.) Kirjallisuuskatsaukseen tuli hakutuloksia 652 tutkimusartikkelia ja niistä valikoitui 227 tutkimusartikkelia laajempaan tarkkailuun. Näistä tutkimuksista valittiin 7 tutkimusartikkelia opinnäytetyöhön. Valitut artikkelit esitteen liitteessä 2.

5.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyön analysointia kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa toteutetaan usein käyttäen apuna sisällönanalyysia. Sitä käyttäen voidaan tehdä erilaisia analyyseja, joita voidaan hyödyntää muun muassa hoitotyön tutkimuksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Kirjallisuuskatsauksen sisältöanalyysissa on sama ajatus, kuin missä muussakin tutkimuksessa, kun tunnetaan hyvin menetelmä ja mitä tutkimuksia tarkastellaan, se mahdollistaa erittelyn sekä vertailun ja sen jälkeen voi tehdä omia johtopäätelmiä (Vilkkä 2023, 87).

Kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysiin voidaan käyttää deduktiivista menetelmää, joka on teorialähtöinen tai induktiivisesti eli aineisto lähtöinen. Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe sisältää tietojen jäsentämisen tutkimuskelpoiseen muotoon, jossa havainnollinen jäsentely eri apuvälineiden avulla, kuten kaaviot ja kuvat, jotka tekevät tutkimuksista saaduista tiedoista helpommin yhdisteltäviä. Toisessa vaiheessa tehdään analyysi, eli edetään aineistosta löytyneistä asianmukaisista havainnoista kohti tuloksia ja päätelmiä. Analyysi-/teemoitteluprosessi etenee sisällönanalyysin mukaisesti: alkuperäinen ilmaus (lauseet, joissa viittaus tutkimuskysymykseen), pelkistys (alkuperäinen ilmaus tiivistettynä muutamalla sanalla), alaluokka/-kategoria (pelkistystä yhdistämällä saatu kuvauslause) ja yläluokka/-kategoria (alaluokkia yhdistävä tekijä/termi). Analyysi-

siosiossa on taulukkona esimerkki analyysin etenemisestä (Taulukko 1), jossa on aineistoa järjestetty luokkiin teoriapohjan mukaan ja analysoiden sisältöä. Tämä auttaa huomioimaan analyysin pääaiheet ja jäsentelemään kerätyt ilmiöt ylä- ala luokkiin. Viimeisessä vaiheessa analyysi ja tulokset raportoidaan. (Vilka 2023.)

Sisällönanalyysin tarkoitus on tuoda aineistosta asiakokonaisuus, synteesi. Sisältöanalyysia voi tarkastella seuraavin kysymyksiin: Mitä yhteistä tutkimuksissa on, kun vertaa omaan tutkimuskysymykseen? Mitä erilaisia näkökantoja löytyy tutkimuksissa ja mistä erilaiset näkökannat johtuvat? Mitä asioita tutkimukset käsittelevät oman opinnäytteen näkökulmasta ja mitä siinä ei käsitellä? Mitä muuta voi vielä tietää, jotta asian voisi ratkaista? (Vilka 2023, 87.)

Taulukko 1. Teemoittelutaulukko

Ilmiö/pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Fyysiset oireet, kipu, hengenhädistys, pahoinvointi, lääkehoito, masennus, rauhallisuuden puute, suunongelmat	Hyvän elämänlaadun ja oirehoidon haasteet	Näyttöön perustuva hoidon menetelmät
Hoitotyön osaaminen, palliatiivisen ja saattohoidon osaaminen, oireiden arvioinnin havainnoiminen ja parantaminen Palliatiivinen hoidon kehitys	Koulutus, kehitys ja moniammatillisuus	Ammatillinen kasvu

Pidemmän työuran kokenut parempi tieto taito, koulutus terveydenhuollon ammattilaisille, terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö		
Hoidon ennakointi, elämäntilanteen suunnitelma, emotionaalinen tuki Pidempään hoitolaitoksissa asuvilla parempi elämänlaatu, elämän merkityksellisyys, kodikkaat tilat, sairaalahoidon välttäminen	Hoitosuunnitelmaa ja elämänlaatu	Asiakaslähtöisyys
Psykososiaalisten tarpeiden tunnistus, henkiset/hengelliset tarpeet	Henkinen ja eksistentiaalinen tuki	Henkisyys/hengellisyys ja hyvinvointi – Psykososiaalinen tuki

Aineistoa on analysoitu teemoittain, joka on sisällönanalyysin muoto, siinä esille tuodaan asiakokonaisuuksia. Analyysin edetessä tarkoitus on ollut vertailla eri alaluokkia toisiinsa ja niitä yhdistelemällä samanlaisiksi sisällöltään ryhmiksi, josta muodostuu yläluokka. (Elo 2022.)

6 Tulokset

Opinnäytetyöhön löytyi 7 tutkimusta, jotka käsittelevät ympärivuorokautisen palveluasumisen saattohoidon laatua. Tutkimuksissa ilmenee, että saattohoidossa on parannettavaa varsinkin psykososiaalisten oireiden hoidossa. Tutkimukset osoittivat myös, että Euroopan maat, joissa palliativinen hoidon kehittäminen on suurempaa (Belgia, Alankomaat ja Englanti), ei ollut saattohoidon

laatu parempaa kuin maissa, missä kehitys ei ole vielä niin suurta (Puola, Italia ja Suomi). Tutkimuksissa ilmeni, että saattohoidossa ja palliatiivisessa hoidossa on puutteita ja koulutusta pitää lisätä sekä pidempi asumisaika ympärivuorokautisessa palveluasumisessa on yhteydessä parempaan hoidon laatuun.

6.1 Näyttöön perustuva elämän loppuvaiheenhoito

Kansallisen vertailussa on tullut esiin, että Suomessa palliatiivisen hoidon osaamisessa on parantamisen varaa ja palliatiivista hoitoa sekä saattohoidon osaamista tulee lisätä. Ihmisiä kuolee enemmän kuin syntyy ikääntyneiden määrän lisääntymisen myötä, siksi saattohoidon osaamisen tasoa on lisättävä, jotta ikääntyneet saavat elämänsä loppuun asti laadukasta hoitoa. (Forsius, Hammar & Alastalo 2022.) Usea asukas menehtyy lyhyenajan sisällä muuttaessaan ympärivuorokautiseen palveluasumiseen. He ovat jo elämänloppuvaiheessa ennen muuttoa ja hyötyisivät palliatiivisen hoidon aloituksesta. Tutkitun kirjallisuuden perusteella elämänloppuvaiheen tunnistaminen on tärkeää ympärivuorokautisten palveluasumisen yksiköissä, koska sen myötä voidaan siirtyä palliatiiviseen hoitoon, jotta voidaan lisätä heidän elämänsä laatua. (Puente-Fernandez, Roldon-Lopez, Campos-Calderon, Hueso-Montoro, GarciaCaro & Montoya-Jurez 2020.)

Ympärivuorokautisen palveluasumisen yksiköt ovat monelle viimeinen asuinpaikka ja suurin osa asukkaista on muistisairaita. Ikääntyneet saattavat olla monisairaita ja sairaudet etenevät, mikä hankaloittaa terveydenhuollon henkilökuntaa havaitsemaan kuoleman merkit ja vaikeuttavat sen arviointia, milloin elämänloppuvaihe alkaa. Haastavaksi ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikössä tekee se, että on ongelmallista varmistaa, millaista oireenmukaista hoitoa asukkaat tarvitsevat. Ongelmaksi muodostuu se, että asukkaat ovat hauraita ja he tarvitset ympärivuorokautista hoivaa ongelmiinsa, mutta eivät pysty kommunikoimaan riittävän selkeästi ja kertomaan ongelmistaan. (Collingridge, Payne, Keegan, Deliens, Smets, Gampassi, Kylänen, Kijowska, Onwuteaka-Philipsen & Van den Block 2020.)

Smets, Pivodic, Piers, Roline W Pasmaan, Engels, Szczerbinska, Kylänen, Gampassi, Payne, Deliens & Van den Block (2018) tuovat esille tutkimuksessaan, että laadukkaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikössä asuville ikääntyvälle väestölle, joka määrältään kasvaa, on haaste useassa Euroopan maassa ja se tarkoittaa, että terveydenhuollon henkilökunnalla pitää olla hyvät tiedot ja taidot saattohoidosta. (Pivodic, Smets, Van den

Noortage, Onwuteaka-Philipsen, Engels, Szczerbinska, Finne-Soveri, Frogatt, Gambassi, Deliens & Van den Block (2018) Tutkimus osoittaa, että Euroopan maat Belgia, Alankomaat ja Englanti, joissa palliatiivisen hoidon kehittäminen on korkeaa, heidän saattohoitonsa laatu ei ollut parempaa kuin heikoimmissa palliatiivisen hoidon kehittämisen maissa Puola, Italia ja Suomi. Kehitystyö ei ollut vaikuttanut hoidon laatuun.

Hoidon laatu elämän loppuvaiheessa on yhteydessä pidempään asumisaikaan, silloin on ennakoitu paremmin loppuelämän suunnitelma ja oireidenhoito (Collingridge ym. 2020). Henkilökunta koki hyvän johtajuuden ja organisaation kliinisen hallinnon parantavan hoitokäytäntöjen saavuttamista. Laadukkaan loppuelämän (QEoLC)-projekti myös paransi lääkityksen aloittamista ja sen käytön tarkoitusta, sekä edesauttoi vuorovaikutusta omaisten kanssa käydyssä hoidon loppuvaiheen keskustelussa. Projektin myötä myös väheni tarpeettomat sairaalahoidot. (Villapakkam Nagaraja, Paulos, Clayton, Atee, Morris & Lovell 2022.)

6.2 Ammatillinen kasvu

On havaittu, että ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikön henkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa ja taitoa palliatiivisesta hoidosta. Puutteita myös tuotu esiin kivun ja muiden oireiden hoitamisessa, vaikka heillä olisikin kokemusta kuolemaan liittyvistä tapahtumista, mutta ongelmaksi koettiin palliatiivisen hoidon koulutus. Laadukkaan hoidon esteenä on koulutuksen puute. (Smets ym. 2018.) Koulutus on tärkeää, mutta myös työelämän kokemus, asenteet ja taito tehdä työtä laadukkaasti perustuvat sitoutumiseen (Forsius, Hammar & Alastalo 2022).

Palliatiivinen koulutus on todettu parantavan tietoa, asenteita, tehokkuutta, vuorovaikutustaitoja ja itseluottamusta. Myös johtajuudella on merkitys hoidonlaatuun, sekä riittävä henkilöstömäärä, yhteistyötaidot, henkilöstön sitoutuminen myös vaikuttavat. (Villapakkam Nagarajan ym. 2022.) Myös osaamisen tärkeys, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten tarpeiden huomioiminen ja hoitaminen on tärkeää (Forsius ym. 2022).

Henkilöstön välillä on suuri vaihtuvuus, silti on tärkeää jatkuva sisäinen kouluttautuminen sekä saattohoidon ja palliatiivisen hoidon lisääminen kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen (Smets ym. 2018). Hoidon laadun parantamiseksi ympärivuorokautisissa palvelu-

asumisen yksiköissä on tehty useita toimenpiteitä, henkilökunnan koulutusta, yhteistyötä ammattilaisten kesken ja hoidon koordinoitua, silti koulutukseen pitää edelleen panostaa (Collingridge ym. 2020). Hoidon laatua parantaakseen on hyvä kuunnella myös ammattilaisia, koska heillä on tärkeää tietoa terveydenhuollon alaan liittyen. Tutkimuksessa ilmeni lääkärin ilmaisu, että laadukkaaseen osaamiseen kuuluu myös tarjota yksilöllistä hoitoa ja asianmukaista tukea, jotta voidaan saavuttaa laadukas hoito. (Cameron, Fetherstonhaugh, Rayner & McAuliffe 2021.)

Psykologin mukaan laadukas ympärivuorokautinen asumisyksikkö on psykologian näkökulmasta sellainen, joka huomio ikääntyneiden hoidon tarpeita jokaisessa vaiheessa. Hoitojärjestelmä, joka huomio myös omaiset, ystävät ja myös perheen. (Cameron ym. 2021.)

6.3 Asiakaslähtöinen oirehoito

Ympärivuorokautisen asumispalveluyksiköiden henkilökunnan tietämys palliatiivisesta hoidosta on vaihtelevaa kuudessa Euroopan maassa, puutteita on kipuun, hengitykseen ja ravintoon liittyvissä kysymyksissä (Smets ym. 2018). Tulokset viittaavat, että fysiologiset oireet lisääntyvät viimeisinä elinviikkoina (Puente-Fernandez, Roldon-Lopez, Campos-Calderon, Hueso-Montoro, GarciaCaro & Montoya-Jurez 2020). Monet kärsivät elämän viimeisinä hetkinä ahdistavista oireista, muuan muassa kivusta, hengenahdistuksesta ja masennuksesta (Smets, Pivodic, Piers, Roline W Pasman, Engels, Szczerbinska, Kylänen, Gampassi, Payne, Deliens & Van den Block 2018).

Kun asukas on asunut pitkään ympärivuorokautisessa palveluasumisyksikössä, hänellä luultavammin on elämän loppuvaiheensuunnitelma tehtynä (Collingridge ym. 2020). Myös vuorovaikutus lisääntyy omaisten kanssa, jolloin yhdessä laadittu loppuelämän suunnitelma mahdollisti hyvän oirehoidon aloituksen riittävän ajoissa (Villapakkam Nagaraja ym. 2022).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat taitoa tunnistaa elämään ja sairauteen liittyviä fyysisiä oireita, kuten kipu, ummetus ja hengenahdistus. Tutkimuksessa on havaittu, että saattohoidon oirehoidossa on puutteita kivun, ahdistuksen, pahoinvoinnin ja suunhoidossa. (Forsius ym. 2022.) Osallistujat kokivat Villapakkam Nagarajan ym. (2022) tutkimuksessa, että heitä auttoi oireiden, sekä elämänlaadun heikkenemisen tunnistamisessa erilaiset palliatiivisen hoidon arviointi mittarit.

Lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito on tärkeää ja koulutuksen tarve on havaittu erityisesti lääkkeetömiin hoitomenetelmiin. Haasteen kivunarviointiin tuo asukkaiden muistiongelmia, koska heillä on puutteita ilmaista kipua ja kivunarviointi vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta taitoja. (Forsius ym. 2022.)

Psykotrooppisten lääkkeiden käyttö on pysynyt vakaana ja sen käyttäminen on kiistanalainen. Koska lääkkeiden vaikutus alkaa 4–6 viikon viiveellä, koetaan niiden käyttö senkin vuoksi turhana elämän viimeisten viikkojen aikana. Mutta vahvojen kipulääkkeiden käyttö kasvaa viimeisillä hetkillä. (Puente-Fernande. ym. 2020.) Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että heillä asukkailla, joilla pidempi asumisaika ympärivuorokautisessa palveluasumisessa, heillä toteutui myös palliativinen lääke hoito paremmin, verrattuna lyhyempään asumisaikaan (Collinridge ym. 2020).

6.4 Psykososiaalinen tuki ja vuorovaikutus

Laadukas loppuvaiheen hoito on oireiden hallintaa ja myös sitä, että asukasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti ja kun vuorovaikutustaidot, asukkaan ja omaisen kohtaaminen on lempeää. (Forsius ym. 2022). Yksilöllisesti huomioitua kulttuuriset tarpeet sekä uskonnollisuus elämänloppuvaiheen suunnittelussa on tärkeää huomioida (Cameron ym. 2021).

Villapakkam- Nagarajan ym. (2022) tutkimuksessa tuli esiin, että intervention avulla ammattilaisten keskustelut omaisten kanssa lisääntyivät elämän loppuvaiheen hoidosta. Keskustelut myös auttoivat omaisia ymmärtämään hoidon tarkoituksen olevan parantaa elämänlaatua oireiden hallinnalla. Sairaalsiirrot myös vähenivät ja asukkaan hoito järjestettiin loppuun asti ympärivuorokautisessa asumispalveluyksikössä. Psykososiaalisen tuen ja asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen roolia ei voi tarpeeksi korostaa. (Villapakkam Nagaraja, Paulos, Clayton, Atee, Morris & Lovell 2022.)

7 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe osoittautui mielenkiintoiseksi, sillä ympärivuorokautisen palveluasumisen saattohoidon laadusta löytyi tutkimuksia, mutta suomalaisia tutkimuksia ei tullut esille kuin yksi. Ulkomaalaisia tutkimuksia löytyi enemmän ja muun muassa tarkasteltiin kuuden Euroopan maan saattohoidon laatua.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella tutkittuun tietoon perustuen saattohoidon laadukasta toteutumista ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Teoriaosassa tärkeänä osana oli tuoda ilmi tutkittuun näyttöön perustuvaa tietoa saattohoidon oirehoidosta. Tutkimusosa toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka tavoitteena oli tutkia saattohoidon laatua ympärivuorokautisessa palveluasumisessa.

Laadukas saattohoito ja palliatiivinen kuuluvat ihmisten perusihmisoikeuksiin ja siihen sisältyy myös kärsimysten lievittäminen. Olen itse saattohoitoa tehdessäni huomannut, että saattohoidon oirehoitoa tulisi parantaa sekä käyttää enemmän erilaisia mittareita oirehoidon tarkastamisessa sekä oireiden voimakkuuden mittaamiseen. Hyvä oirehoito tarjoaa laadukkaan loppuelämän, joka vähentää kipua ja kärsimystä. Tärkeää on, että loppuelämän hoitosuunnitelma on riittävän ajoissa tehty sekä tarpeeksi ajoissa tunnistettu palliatiivinen hoito ja saattohoito, jotta oireisiin voidaan varhaisessa vaiheessa reagoida ja ennakoida

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella laadukasta saattohoitoa ja oirehoitoa ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Riittävän ajoissa tehty loppuelämän suunnitelma paransi loppuelämän hoidonlaatua. Artikkeleissa nousi esiin koulutuksen puute, mitä tulisi lisätä parantaakseen saattohoidon laatua. Saattohoidon oireiden selvittäminen, arviointi pitäisi olla jatkuvaa koska esiin nousi, että oirehoito saattaa olla puutteellista tai alihoidettua. Tutkimustulokset osoittavat, että saattohoidon ja palliatiivisen hoidon koulutusta on parannettava, minkä vuoksi tämän opinnäytetyön tärkeys tulee esiin.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan terveydenhuollon ammattilaisten palliatiivisen ja saattohoidon osaamisella on tärkeä rooli asukaan loppuelämän laatuun. Palliatiivista ja saattohoidon osaamista tarvitaan, jotta voidaan turvata elämänloppuvaiheen laadukas ihmisarvoa kunnioittava hoito. (Forsius & Alastalo 2022.) Myös (Pivodic ym.2018) tutkimuksessa tuodaan esiin, että saattohoidon laatua viimeisten elämän elinviikkojen aikana voidaan parantaa erilaisilla interventioilla eri maissa (Pivodic, Smets, Van den Noortage, Onwuteaka-Philipsen, Engels, Szczerbinska, Finne-Soveri, Frogatt, Gambassi, Deliens & Van den Block 2018).

Kun saattohoidossa ja palliatiivisessa hoidossa pyritään oireiden hoitamiseen, terveydenhuollon ammattilaisten on osattava huomioida ja reagoida muuttuviin tilanteisiin. Saattohoidon oirehoito on jatkuvaa tarkastelua ja kirjaamisen tärkeys korostuu, jotta voidaan nopeammin reagoida pahe-neviin oireisiin. Pivodic, Smets, Van den Noortage, Onwuteaka-Philipsen, Engels, Szczerbinska, Finne-Soveri, Frogatt, Gambassi, Deliens & Van den Block (2018) tutkimuksen mukaan elämänloppuvaiheessa olevat ihmiset kokevat samankaltaisia oireita. Oireet ovat epämukavuus, kipu, levottomuus ja nielemisongelmat. Muitakin oireita esiintyy, joita ovat pelko, ahdistus ja hengenahdistus. Tutkimuksessa ilmeni, että usea ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikössä asuva kuollessaan tuntee henkistä ja fyysistä ahdistusta. Tärkeää on, että terveydenhuollon ammattilaiset tunnistavat elämänloppuvaiheen oireet ja osaavat reagoida niihin. Forsius, Hammar & Alastalo (2022) ja Pivodic ym. (2018) tutkimuksessa esiin nousi puutteita palliatiivisen ja saattohoidon osaamisessa kivunhoidossa, ahdistuksen hoidossa, vuorovaikutuksessa sekä suun ja pahoinvoinnin hoidossa.

Hengelliset tarpeet pitäisi myös huomioida yksilöllisesti, kun hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Hengellisyys on usealle ikääntyvälle asukkaalle tärkeä osa hänen elämäänsä, josta hän on voi saada turvaa. Forsiuksen ym. (2022) tutkimuksen mukaan osaamiseen tulisi panostaa myös psykososiaalisissa oirehoidossa ja eksistentiaalisten tarpeiden huomioimiseen sekä lääkkeettömässä oirehoidossa. Ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikössä sairaalakäynnit yleistyvät elämän viimeisen kolmen kuukauden aikana. Tämä saattaa johtua siitä että, asukkaita ei voida tai ei osasta hoitaa kansallisen tavoitteen mukaisesti heidän asuinpaikassaan. (Forsius, Hammar & Alastalo 2022.)

Suomessa on havaittu puutteita palliatiivisessa osaamisessa myös kansallisella tasolla (Smets ym. 2018). Euroopan maista Belgia on kouluttautunut palliatiivisen hoidon osaamiseen huomattavasti (74,3 % enemmän verrattuna muuhun maahan kuten Puola, Suomi, Englanti, Alankomaat ja Italia). Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajalla on parempi tietämys palliatiivisesta ja saattohoidosta kuin lähihoitajalla. Sairanhoitajilla on lähihoitajia pitempi koulutus. Elämänloppuvaiheen laatuun voidaan vaikuttaa riittäväällä osaamisella ja työkokemuksella, joka parantaa hoidon laatua, kun on jo tarvittavaa osaamista ja kokemusta saattohoidosta. (Smets, Pivodic, Piers, Roline W Pasmaan, Engels, Szczerbinska, Kylänen, Gampassi, Payne, Deliens & Van den Block 2018.)

Palliativinen oirehoito vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta hyvää arviointia ja ennakointia oireista. Kirjallisuudessa on painotettu myös ennakointia sekä koulutuksen hyödyllisyyttä. Puutteellisesti hoidetut vaikeat saattohoidon oireet elämänloppuvaiheessa voivat johtaa tarpeettomiin sairaalakäynteihin, mikäli ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja palliativista hoitoa ei ole huomioitu riittävän ajoissa. Päivystyskäyntejä voidaan vähentää ja parantaa elämänlaatua, kun ennakoiva palliativinen hoito on järjestetty ja henkilökunnalla on riittävä osaaminen. (Saarto & asiantuntijatyöryhmä 2017.) Villapakkam Nagarajan ym. (2022) tuovat esiin erilaisia mittareita, jotka hyödyttävät oireiden tunnistamista ja tutkimuksen mukaan mittareita käytettäessä on saatu vaikuttavuutta oireiden hoitoon kuin ilman mittareita.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössä on noudatettu eettisiä sekä hyvän käytännön keskeisiä lähtökohtia. Samoin on toimittu rehellisesti ja vastuullisesti tehtäessä opinnäytetyötä. Eettisyyttä on tarkasteltu joka vaiheessa kysymysten kautta. Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen mukaan (2013, 297) mukaan luotettavuudessa on hyvä tiedostaa aikaväli, milloin opinnäytetyö on tehty. Eettisyys edellyttää, että koko työn ajan pitää mielessä laadunarvioinnin, luotettavuuden, työn läpinäkyvyyden ja tiedon hyödyntämisen ennalta määritetyllä tavalla. Rehellinen raportointi pitää sisällään sen, että katsauksen ongelmia ei piilotella vaan ne tuodaan ilmi, kun arvioidaan kirjallisuuskatsausta. (Vilka 2023, 100.) Eettisyyteen kuuluvat tarvittavien lupien hankinta, suostumus ja arviointi tutkimusaineiston eettisyydestä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023).

Etiikka ja luotettavuus ovat toisissaan yhteydessä, niitä voikin parantaa johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi on suositeltavaa esittää tutkimuskysymys ja eritellä sen teoreettinen perustelu. Kun luotettavuutta arvioidaan menetelmän kuvauksella ja läpinäkyvyydellä on merkitystä. Jos tutkimuksessa ei ole aineiston valinnassa huomioitu tarkoituksenhakuisuutta tai sitä ei eritellä tai raportoida, luotettavuus heikkenee. Aineiston keruussa, valinnassa ja analyysissä sekä tulosten esittelemisessä on noudatettu tutkimuseettisiä periaatteita luotettavuus huomioiden. (Kangasniemi ym. 2013, 297–298.)

Luotettavuutta ja eettisyyttä voidaan tarkastella siten, että työssä ei ole käytetty vanhaa tietoa, joka on yli 10 vanhaa. Perusvaatimus laadulliselle tutkimukselle on, se että käytetään riittävästi aikaa tehdä tutkimus. Opinnäytetyössä käytettiin tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa sekä aineisto on rajattu, että tieto ei ole yli 10 vuotta vanhaa. Tietokantoja käytettiin luotettavaan tiedonhaakuun englanninkielisenä, että suomenkielisenä ja hakusanat pyrittiin pitämään mahdollisimman samoina. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163.) Sisäänotto- ja poissulkukriteerit tukevat opinnäytetyön luotettavuutta. Tutkimustuloksien rajauksella saatiin paremmin tutkimuksia, mitkä vastasivat tutkimuskysymykseen. Tulokset opinnäytetyössä käytettiin alkuperäisenä viitaten tekstissä. Luotettavuutta tuo se, että työssä on käytetty myös englanninkielisiä lähteitä.

Opinnäytetyön luotettavuuteen voi vaikuttaa tekijän kokemattomuus tutkijana ja se että työ on tehty yksin. Tutkimustyössä on vain yksi henkilö tarkastellut aiheita ja tehnyt tutkimustyötä. Tutkimuksen luotettavuuteen saattaa myös vaikuttaa se, että tutkimukset englanninkielisiä, joka ei ole tekijän äidinkieli.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimusaineistossa esiin nousivat näkökulmia, mitkä vaikuttavat hyvään saattohoidon oirehoitoon ympärivuorokautiseen palveluasumiseen liittyen. Ennalta ja ajoissa tehty loppuelämän suunnitelma ohjaa saattohoidon toteutusta ja usein nämä otetaan huomioon sekä tehdään ajoissa, ennen kuin asukkaan vointi huononee. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoidon laadun parantaminen elämän loppuvaiheessa on yhteydessä pidempään asumisaikaan ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Tämä selittyy sillä, että paremmin ennakoitu loppuelämän suunnitelma ja oireidenhoito mahdollistavat kokonaisvaltaisemman ja tehokkaamman hoidon. (Collingridge, Payne, Keegan, Deliens, Smets, Gampassi, Kylänen, Kijowska, Onwuteaka-Philipsen & Van den Block 2020.)

Tutkimuksessa ilmeni, että saattohoitokoulutusta tulisi lisätä sekä useissa maissa se on puutteellista. Euroopan maissa, kuten Belgiassa, Alankomaissa ja Englannissa, palliatiivisen hoidon kehittäminen on ollut korkealla tasolla. Kuitenkin heidän saattohoitonsa laatu ei osoittautunut paremmaksi verrattuna kehittämisessä heikompiin maihin, kuten Puolaan, Italiaan ja Suomeen. Tämä viittaa siihen, että vaikka kehitystoimet ovat olleet merkittäviä, ne eivät ole ensisijaisesti johtaneet

hoidon laadun parantamiseen. (Pivodic, Smets, Van den Noortage, Onwuteaka-Philipsen, Engels, Szczerbinska, Finne-Soveri, Frogatt, Gambassi, Deliens & Van den Block 2018.)

Hyvä saattohoidon laatu oli yhteydessä terveydenhuollon työntekijöiden työkokemukseen; pidempään vuosia töissä olleet kokivat, että heillä oli enemmän tietoa ja taitoa kuin heillä, jotka olivat työskennelleet vähemmän aikaa terveydenhuollon alalla. Heidän tietämyksensä oirehoidosta erosivat toisistaan. (Smets, Pivodic, Piers, Roline W Pasma, Engels, Szczerbinska, Kylänen, Gambassi, Payne, Deliens & Van den Block 2018.) Tämä tukee sitä ajatusta, että yhtenäiset saattohoito linjaukset ja suositukset ovat tarpeelliset sekä terveydenhuollon koulutuksessa pitäisi enemmän huomioida loppuelämän hoito ja työnantajan tarjota jatkokoulutusta saattohoidon osaamiseen.

Jatkotutkimusta tarvitaan muun muassa siitä, mistä johtuu, että maissa on eroja palliatiivisen ja saattohoidon hoidon laadussa. Tutkimuksen avulla voitaisiin saada syvempää ymmärrystä siitä, miten palliatiivisen ja saattohoidon toteutus voivat vaihdella eri maissa ja mitkä tekijät vaikuttavat hoitotuloksiin. Keskeinen tutkittava teema on, miten elämän loppuvaiheen hoidon laatua voidaan kehittää.

Lähteet

Aalto, K. 2013. Saattohoito kuoleman tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Cameron, N., Fetherstonhaugh, D., Rayner, J.O. & McAuliffe, L. 2021. How do health and allied health practitioners perceive excellence in residential aged care? An exploratory qualitative study. 2021. Australian Journal on Ageing. Viitattu 24.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, ChiNahl.

Collingridge, M., Payne, S., Keegan, T., Deliens, L., Smets, T., Gampassi, G., Kylänen, M., Kijowska, V., Onwuteaka, P. & Van den Block, L. 2020. Associations between Length of Stay in Long Term Care Facilities and End of Life Care. International Journal of Environmental Research and Public Health. Viitattu 25.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede artikkeli, 34, 4, 215–225. Viitattu 6.3.2024. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128987/78028>

Elämän loppuvaiheen hoito Keski-Suomen hyvinvointialueella. N.d. Saattohoito-opas sosiaali- ja terveyden alan henkilökunnalle. Keski-Suomen hyvinvointialue. Viitattu 13.9.2023.

Elämän loppuvaiheen hoito. N.d. Valvira. Viitattu 20.12.2023. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/elaman-loppuvaiheen-hoito>

Finne-Soveri, H., Forsius, P., Hökkä, M., Maula, S., Surakka, T., & Hammar, T. 2022. Laatukäsikirja elämän loppuvaiheen hoitoon iäkkäiden ihmisten palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 20.9.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144066/URN_ISBN_978-952-343-834-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo, H. 2022. Palliativisen hoidon osaaminen iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä. Hoitotiede artikkeli, 34, 62–75. Viitattu 20.2.2024. <https://janet.finna.fi/Record/journalfi.article136423?sid=4038984335>, Finna.

Hoitolinjat. 2021. Terveyskylä. Viitattu 4.3.2024. <https://www.terveyskyla.fi/palliativinentalo/palliativinen-hoito/hoitolinjat>

Hui, D. & Bruera, E. 2017. The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years. Journal of Pain and Symptom Management. Vol 30, 3. Viitattu 15.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Hallikainen, M. 2019. Muistisairaahan kivun arviointi. Duodecim Oppiportti. Viitattu 28.4.2024. <https://www.oppiportti.fi/op/mho00066/do>

Hyry, L. & Raunio, L. 2022. Palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 26.12.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf>

Hänninen, J. 2015. Oiremittarit ja toimintakykyasteikot palliativisessa hoidossa. Duodecim Oppiportti. Viitattu 9.2.2024. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00017/do>

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

- Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. Lääketietoa Fimeasta 4/15. Viitattu 27.12.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130103/4_15%2036-37%20Kuolevan%20kipu.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hänninen, J. 2016. Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito. Opas saattohoitoon osallistuvilla. Muistiliitto. Viitattu 27.12.2023. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_web.pdf
- Hävölä, H., Flinkkilä, M-L., Laine, S., Nivala-Huhtiniska, N., Hyry, L., & Raunio, A. 2022. Palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa olevan potilaan suunhoito. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 14.9.2023. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2022/03/suositus-final.pdf>
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M; Jääskeläinen P., & Liikanen, E. 2013. Kuivaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede, 25, 4, 291–301. Viitattu. 28.9.2023. <https://journal.fi/hoitotiede/article/view/128286/77409>
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3 p. Helsinki: Sanoma Pro oy
- Keski-Suomen hyvinvointialue. N.d. Kipumittari. Viitattu 26.12.2023. <https://www.hyvaks.fi/kipumittari>
- Keski-Suomen hyvinvointialue, N.d. Ympäri vuorokautinen palveluasuminen. Viitattu 27.12.2023. <https://www.hyvaks.fi/palvelumme/ymparivuorokautinen-palveluasuminen>
- Korhonen. T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 27.12.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo10821.pdf>
- Kuusisto, P. 2015. Kivun lääkehoidon seuranta. PDF- dokumentti. Viitattu 27.12.2023. <https://docplayer.fi/12470935-Kivun-laakehoidon-seuranta-laakehoidon-paiva-19-3-2015-aps-kipuhoitaja-paivi-kuusisto.html>. Viitattu 26.12.2023.
- Kuparinen, M. & Lindström, R.L. 2021. Saattohoito: yleistä. Sairaanhoidajan käsikirja. Hoitotyön tietokanta. Viitattu 20.12.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/shk01690/search/kuolevan%20potilaan%20hoito>
- Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. 2024. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024. Viitattu 16.3.2024. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165460/STM_2024_4_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta. 790/2022. Viitattu 28.12.2023. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220790#Lidm46434450275904>
- Lehto, J., Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 135, 4, 335–342. Viitattu 26.9.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>
- Löppönen, M. 2023. Kipu ja muistisairaus. Käypähoito suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.12.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix03280>

Muistisairaudet. 2023. Käypähoito suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri – yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 14.4.2024. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Palliativinen hoito ja saattohoito. 2019. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 27.12.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Asiantuntija kuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Viitattu 18.9.2023. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf>

Pivodic, L., Smets, T., Van den Noortage, N., Onwuteaka-Philipsen, B., Engels, Y., Szczerbinska, K., Finne-Soveri, H., Frogatt, K., Gambassi, G., Deliens, L. & Van den Block, L. 2018. Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home residents in six countries: An epidemiological study. Palliative Medicine. Vol 32, 10, 1584–1595. Verkkolehti. Viitattu 24.2.2024. <https://janet.finna.fi/ChiNahl>.

Puente-Fernandez, D., Roldan-Lopez, B., Campos-Calderon, P., Hueso-Montoro, C., Garcia-Caro, M. P. & Montoya-Juarez. R. 2020. Prospective Evaluation of Intensity Of Symptoms, Therapeutic Procedures and Treatment in Palliative Care Patients in Nursing Homes. Journal of Clinical Medicine. Viitattu 20.2.2024. <https://janet.finna.fi/>, PubMed.

Uusi rakenne. 2022. Sote uudistus. Valtio neuvosto. Viitattu 27.12.2023. <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueet->

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2022. Lääkehoidon käsikirja. 9–11 p. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki. Viitattu 27.12.2023. https://stm.fi/documents/1271139/5933711/RAPORTTI_Palliativisen+hoidon+ja+saattohoidon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf/b3877884-2344-44e4-bc05-f0d12785c1c0

Saarto, T., Finne-Soveri, H. & asiantuntijatyöryhmä. 2019. Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa Palliativisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.12.2023. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=4

Saarto, T., Lyytikäinen, M., Ahtiluoto, S., Junntila, K., Lehto, J., Finne -Soveri, H., Hammar, T. & Forsius, P. 2022. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kansallinen laatusuositus. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki. Viitattu 14.9.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144065/OHJ2022_004_08042022.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Salminen, A. 2011. Mitä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuus katsauksen tyyppeihin ja hallintotieteen sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 18.9.2023. https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Smets, T., Pivodic, L., Piers, R., Pasman, HRW., Engels, Y., Szczerbinska, K., Kylänen, M., Gampassi, G., Payne, S., Deliens, L. & Van den Block, L. 2018. The palliative care knowledge of nursing home

saff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. Palliative Medicine. Vol 32, 9, 1487–1497. Verkkoletti. Viitattu 24.2. 2024. <https://janet.finna.fi/>, PubMed

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Tarnanen, K., Saarto, T. & Laukkala, T. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen ja hoito ja saattohoito). 2019. Käypä hoito suositus. Suomalaisen lääkäri Seuran Duodecimin ja suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu. 20.12.2023. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. 2 p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus epäilyjen käsitteleminen Suomessa. 1 p. Helsinki. Viitattu 20.12.2023. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Valvira. N.d. Kivunhoito. Viitattu 20.12.2023. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/kivunhoito>

Voutilainen, P. & Löppönen, M. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypähoito -suositus. Duodecim. Viitattu 27.12.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>

Villapakkam Nagarajan, S., Poulos, C., Clayton, J., Atee, M., Morris, T. & Lovell, M. 2022. Australian residential aged care home staff experiences of implementing an intervention to improve palliative and end-of life care for residents: A qualitative study. Health and Social Care Community 30, 5588-5601. Viitattu 8.3.2024. <https://janet.finna.fi/>, ChiNahl.

Vilka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Helsinki: Art House OY

Vilka, H. 2023. Kirjallisuuskatsaus metodina, opinnäytetyön osana ja tekstilajina. Viitattu 6.3.2024. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789518849448>, JAMK Finna.

Väänänen, M. 2023. Kuolevan potilaan hengenahdistuksen hoito. Duodecim-Oppiporssi. Viitattu 20.12.2023. <https://www.terveysporssi.fi/apps/dtk/shk/article/shk25140/search/kuolevan%20oire>

Liitteet

Liite 1. Tietokantojen tiedonhaku

Tietokanta	Hakulauseke	Rajaukset	Hakutulokset	Valitut
Medic	Saattohoi* AND oire* NOT child	2014–2024, koko teksti.	78	0
Finna	Saattohoi* AND palv* AND oire*	Verkossa saatavilla, lehti artikkeli, 2014–2024.	1	1
PubMed	Palliative care* nursing care* symptoms	Ilmainen kokonainen teksti, Aged over 80 year, 2024–2024, English language.	6	1
PubMed	Palliative care AND nursing home AND quality	Free full text, 2014-2024, English language, aged over 80 years.	153	3
Medline	Palliative care AND nursing care AND symptoms	Full text, 2014-2023, English language, peer review.	204	0

CHINAHL (Ebsco)	“Palliative care “ AND “nursing home” AND quality	Free full text, English language, 2014-2024.	67	1
CHINAHL	“Palliative care AND end of life care” AND high quality	Free full text, English language, 213-2024	143	1

Liite 2. Tutkimustaulukko

Tutkimuksen kirjoittaja, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi	Tutkimus tarkoitus	<i>Tutkimus menetelmä</i>	Päätulokset
Forsius, P., Hammar, T. & Alastalo, H. 2022. Palliatiivisen osaaminen iäkkäiden ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon yksiköissä	Tutkimus tarkasteli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamista ikäihmisten ympärivuorokautisessa yksikössä.	Tutkimuskysely, johon osallistui kotihoidon ja ympärivuorokautisen palveluasumisen esimiehet. Tutkimukseen osallistui 2368 yksikköä, joista 1528 oli ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikköä. Kvantitatiivinen tutkimus.	Elämän loppuvaiheen osaaminen tarvitsee taitoa, erityisesti psykososiaalisten oireiden sekä hengellisen/eksistentiaalisten tarpeiden tunnistusta ja lääkehoito tarvitsi lisäosaamista. Perustason osaamiseen tulisi panostaa kansallisesti sekä yksiköissä tulisi järjestää täydennyskoulutuksia.
Puente-Fernandez, Roldon-Lopez, Campos-Calderon, Hueso-Montoro, GarciaCaro & Montoya-Jurez 2020. Prospective Evaluation of intensity of symptoms,	Tutkimus käsitteli palliatiivisten oireiden voimakkuutta ESAS arviointimittaria hyödyntäen ja pitkälle sairauksia edenneiden ikääntyneiden saamia hoitoja ja lääkehoitoa	Tutkimukseen osallistui kuusi ympärivuorokautista hoitokotia Espanjassa, tiedot keräsivät sairaanhoitajat 107 asukkaalta.	Lääkkeelliset hoidot kasvavat viimeisen elinviikon aikana, etenkin kivun voimakkuus kasvaa.

<p>Therapeutic procedures and Treatment in Palliative Care Patients in Nursing Homes</p>	<p>palliativisen hoidon potilailla.</p>	<p>Kuvaileva kirjallisuus katsaus.</p>	<p>Kajoavia hoitotimenpiteitä tulisi harmita.</p> <p>Tulokset osoittavat, että hoitolaitoksissa ei käytetä ennakoivia selviytymistyökaluja.</p> <p>Sidosryhmät voivat tukea hoitokodin terveydenhuollon ammattilaisia parantaakseen oireiden hallintaa sekä suositella mitä hoitoa, lääkkeitä voidaan suositella elämän viimeisinä hetkinä.</p>
<p>Pivodic, Smets, Van den Noortage, Onwuteaka-Philipsen, Engels, Szczerbinska, Finne-Soveri, Frogatt, Gambassi, Deliens & Van den Block. 2018. Quality of dying and quality of end-of-life care of nursing home</p>	<p>Selvitti sekä tutki ikääntyneiden hoitokoti asukkaiden kuolemaa ja elämänloppu vaiheen hoidon laatua kuudessa Euroopan maassa.</p>	<p>Epidemiologinen tutkimus.</p>	<p>Tutkituissa maissa oli havaittavissa eroja hoidon laadun suhteen ja hoitokodin työntekijöiden vastauksista ilmeni, että kaikilla mailla on parantamisen varaa. Varsinkin fyysisten, emotionaalisten ahdistuksen, hoidon ennakko suunnittelun ja</p>

<p>resident in six countries: An epidemiological study</p>			<p>asukkaiden oireiden kannalta.</p> <p>Tutkimus osoitti, että hoivakotien laatua voidaan parantaa kaikkien maiden suhteen.</p> <p>Yhtenäinen tulos aiemman tuloksen kanssa osoittaa, että he ketkä ovat asuneet pidempään hoivakodissa, heille todennäköisesti määrättiin paremmin lääkehoitoa, heihin verrattuna keillä oli lyhyempi asumisaika hoivakodissa. Tutkimus tulos osoitti myös, että he ketkä eivät olleet kauaa asuneet hoivakodissa vaikutti se myös loppuelämään huonommin.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että hoitokodit tarvitsevat lisää työkaluja</p>
--	--	--	---

			käytäntöön ja ohjeistuksen toteuttamiseen saattohoitoa.
Smets, Pivodic, Piers, Roline W Pasman, Engels, Szczerbinska, Kylänen, Gampassi, Payne, Deliens & Van den Block 2018. The Palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE Cross-sectional survey home in six European Countries	Tutki kuudessa Euroopan maassa terveydenhuollon ammattilaisten palliatiivisen hoidon tietämystä.	<p>Tutkimukset sisälsivät tietoa 1–2 maasta kerrallaan ja käytössä olivat erilaiset tulostimet, jotka estivät maiden välisen vertailun.</p> <p>Elämän viimeisiä hetkiä arvioitiin tarkastelemalla; oiretaakkaa, fyysistä ahdistusta, kuolemaan liittyviä oireita, emotionaalista ahdistusta ja hyvinvointia</p> <p>Epidemiologinen tutkimus.</p>	<p>Tietämys yleisistä palliatiivisen hoidon kysymyksistä oli vaihtelevaa. Sairaanhoidajilla olivat paremmat tiedot, kuin lähihoitajilla kaikissa kuudessa eri maassa.</p> <p>Elin ikää lisäävistä ravintoletkujen tarpeellisuudesta oli merkittäviä eroja.</p> <p>Suomen tietämys oli parempaa, että riippuvuus ei ole ongelma palliatiivisessa hoidossa, verrattuna muihin maihin.</p> <p>Työntekijät, jotka olivat työskennelleet yli 10 vuotta, heillä oli parempi tietämys elämän loppuvaiheen hoidosta.</p>

			<p>Tutkimuksessa ilmeni, että ensisijainen tavoite olisi riittävä koulutus hoitokodin henkilökunnalle, varsinkin lähihoitajille.</p>
<p>Collingridge, Payne, Keegan, Deliens, Smets, Gampassi, Kyllänen, Kijowska, Onwuteaka-Philipsen & Van den Block 2020. Association between Length of stay in Long Term Care Facilities and End of life care. Analysis of the pace cross sectional study</p>	<p>Tutkivat pitkäaikaislaitos asukkaiden asuamista ja kuinka se liittyy saattohoidon laatuun.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella, johon osallistui 1077 ikääntynyttä 322 ympärivuorokautisesta hoitolaitoksesta. Lomakkeessa arvioitiin fyysistä ahdistusta, kuoleman oireita, emotionaalista ahdistusta sekä hyvinvointia.</p> <p>Poikkileikkaus tutkimus.</p>	<p>Tutkimustuloksesta ilmeni, että pidempään hoitolaitoksissa asuvilla asukkailla oli parempi hoidon laatu, verrattuna heihin, jotka eivät olleet asuneet kauaa. Pidempään asuneilla oli tehty kirjallinen elämän loppuvaiheen hoito suunnitelma, joka paransi oirehoitoa.</p> <p>Pieni, mutta merkittävä tulos kauemmin asuneilla oli, että heillä ilmeni vähemmän sairaala kuolemia ja sairaalaan joutumisia, kuin heillä ketkä eivät olleet ehtineet</p>

			kauaa asua ympäri- vuorokautisessa pal- veluasumisessa.
Cameron, Fether- stonhaugh, Rayner & McAuliffe 2021. How do health and allied health practitioners perceive excellence in residential aged care? An exploratory qualitative study	Tutkimuksen tarkoitus on tunnistaa tekijät, jotka terveydenhuol- lon ammattilaiset ko- kevat olennaisina van- husten hoitolaitosten hyvän hoito laadun kannalta.	Tutkimuksessa käytet- tiin puoli strukturoi- tua haastattelua, jo- hon osallistui 143 terveydenhuollon am- mattilaista kasvokkain tai puhelimitse kol- men kuukauden ai- kana. He vastasivat kysymykseen; mistä tunnistaa, että palvelu toimii hyvin, miten huippuosaamista voi- taisiin mitata ja mitä tietoja pitää kerätä, että voidaan varmis- taa, että saavutetaan huippuosaaminen. Kvalitatiivinen kartoit- tava tutkimus.	Tutkimuksessa esiin tulleiden kysymysten myötä ilmeni, että on tärkeää saada hoito- kodin terveyden huol- lon ammattilaisilta tärkeää näkökulmaa, jotta voitaisiin paran- taa loppuelämänhoi- don laatua. Näyttöön perustuva laadukas palliativisen hoidon koulutus on tärkeää, jotta voitai- siin parantaa palliatii- visen hoidon tietä- mystä. Tutkimus tulos osoit- taa, että yhteistyö ter- veydenhuollon am- mattilaisten kanssa sekä muiden ammatti- ryhmien kanssa, voi

			luoda uusia innovatiivisia työtapoja ja ratkaisuja.
Villapakkam Nagaran, S., Poulos, C., Clayton, J., Atee, M., Morris, T. & Lovell, M. 2022. Australian residential aged care home staff experiences of implementing an intervention to improve palliative and end-of life care for residents: A qualitative study.	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten terveydenhuollon ammattilaiset kokevat haasteet ja edistävät tekijät laadukkaan palliatiivisen hoidon tarjoamisessa elämän loppuvaiheessa.	Tutkimukseen osallistui Australiassa kaksi ympärivuorokautinen palveluasumisen yksikkö. Puolistrukturoitu haastattelu henkilökunnalle, jotka ovat sairaanhoitajia. Laadullinen tutkimus.	Tutkimuksessa ilmeni, että Australiassa hoitokodeissa on puutteita palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toteuttamisessa. Tutkimuksen hyöty on, että projektilla on mahdollisuus parantaa terveydenhuollon ammattilaisten tietoa ja taitoa elämänloppuvaiheen hoidosta. Tutkimukseen osallistujat sairaanhoitajat kokivat, että projektin myötä asukkaiden lääkahoito parani; kuten oikeaan aikaan aloitettu kipulääkitys sekä oireiden hallinta. Tutkimuksen myötä, myös väheni asukkaidensairaala jaksot.