



jamk.fi

Hyvän kotisaattohoidon elementit

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Suvi Hietanen
Annina Sneck

Opinnäytetyö
Marraskuu 2019
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK)

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
JAMK University of Applied Sciences

Tekijä(t) Hietanen, Suvi Sneck, Annina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2019
	Sivumäärä 57	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Hyvän kotisaattohoidon elementit		
Tutkinto-ohjelma Sairaanhoidaja (AMK)		
Työn ohjaaja(t) Blek Tiina, Matilainen Irmeli		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Saattohoito on parantumattomasti sairaan potilaan elämän loppuvaiheen hoitoa, kun parantavasta hoidosta on luovuttu ja elinajan ennuste on lyhyt. Väestön ikääntyessä kotihoidon ja kotiin toteutettavien palveluiden kysyntä lisääntyy. Sen myötä myös kotona tapahtuvan saattohoidon osuus kasvaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen keinoin tutkia mistä tekijöistä muodostuu hyvä kotisaattohoito.</p> <p>Saattohoidosta ja palliatiivisesta hoidosta on tutkimuksia tehty paljon, mutta ainoastaan kotona toteutettavaa saattohoitoa käsitteleviä tutkimuksia on vähän. Opinnäytetyön toteutukseen valittiin kuvaileva kirjallisuuskatsaus, koska näin saatiin laajempi ja monipuolisempi näkemys aiheesta. Opinnäytetyöhön valikoitui lopulta 10 tutkimusta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tutkittua näyttöön perustuvaa tietoa saattohoidosta kodinomaisessa ympäristössä hoitotyön käytäntöjen kehittämiseksi.</p> <p>Kotisaattohoidon tavoitteena on turvata saattohoitopotilaalle mahdollisuus elää elämänsä loppuvaihe arvokkaasti ilman vaikeita oireita hänelle mieluisassa paikassa. Kotisaattohoitoon siirtyminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Saattohoitopotilas ja hänen läheisensä ovat suuressa roolissa kotisaattohoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Jokaisen saattohoitopotilaan kohdalla tulee tehdä yksilöllinen hoitosuunnitelma huomioiden käytössä olevat resurssit.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena selvisi, että kotisaattohoidon onnistumiseen vaikuttavat useat eri tekijät. Hyvä saattohoito on potilaan holistista hoitoa, jossa myös läheiset on huomioitu hoidon jokaisessa vaiheessa. Kodinomaisen ympäristön tulee muodostaa olosuhteet, jossa kotona tapahtuvaa saattohoitoa voidaan toteuttaa mahdollisimman inhimillisesti ja turvallisesti.</p>		
Avainsanat (asiasanat) saattohoito, kotihoito, kotisaattohoito, kuolevan hoito, end-of-life care, palliative care, terminal care, hospice care		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Hietanen, Suvi Sneck, Annina	Type of publication Bachelor's thesis	Date November 2019
	Number of pages 57	Language of publication: Finnish
Title of publication The elements of good home-based end-of-life care		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Supervisor(s) Blek Tiina, Matilainen Irmeli		
Assigned by		
Abstract <p>Hospice care is the care of a terminally ill patient when curative care is discontinued, and life expectancy is short. As the population ages, the demand for home care and home-based care services will increase. Consequently, the share of home-based hospice care also rises. The goal of home-based hospice care is to ensure that the patient can live the end of their life with dignity and without suffering from serious symptoms in a place they prefer. The purpose of the thesis was to conduct a literature review on the elements of good home-based hospice care.</p> <p>A great deal of research has been conducted on hospice care and palliative care, but the amount of research focusing solely on home-based hospice care is limited. A descriptive literature review was selected for the thesis because this gave a broader and more varied perspective on the topic. Ultimately, ten studies were selected for the thesis. The aim of was to produce researched evidence-based information on hospice care in a home-based environment for the development of nursing practice. Transferring to home-based hospice care requires multi-professional cooperation. The patient's relatives play a major role in planning and implementing home-based hospice care. An individual treatment plan should be made for each individual patient by taking the available resources into account.</p> <p>According to the results of the study, there are several factors that influence the success of home-based hospice care. Good hospice care is holistic care of the patient where also relatives are taken into consideration at every stage of care. The home-like environment should provide conditions where home-based hospice care can be executed in the most humane and safe manner as possible.</p>		
Keywords/tags Hospice care, home care, home-based end-of-life care, terminal care		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä	4
2.1	Saattohoito	4
2.2	Kotihoito	5
3	Saattohoidon keskeiset käsitteet, lait ja suositukset	5
4	Elämän loppuvaiheen hoito	6
4.1	Elämän loppuvaiheen hoitotahto ja ennakoiva hoitosuunnitelma.....	8
4.2	Palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen tasot.....	9
5	Saattohoito kodinomaisessa ympäristössä	11
5.1	Kotisaattohoidon toteutuminen	12
5.2	Saattohoidon laatutekijöitä kodinomaisessa ympäristössä.....	13
5.3	Oirehoito kotisaattohoidossa	14
5.4	Kotisaattohoitopotilas ja hänen läheisensä	19
5.5	Kuolema kotona	20
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys.....	21
7	Opinnäytetyön toteutus	21
7.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä.....	21
7.2	Aineiston hakeminen, rajaus ja arviointi.....	22
7.3	Aineiston analyysi.....	24
8	Tulokset	27
8.1	Turvallinen ja yhteisöllinen ympäristö	27
8.2	Saattohoitopotilaan oma kokemus ja toiveiden huomiointi	28
8.3	Saattohoitopotilaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen	30
8.4	Hyvä oirehoito ja kivun hallinta.....	30
8.5	Saattohoitopotilaan läheisten huomiointi ja osallistuminen hoitoon	31
8.6	Kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen.....	32

9	Pohdinta.....	33
9.1	Pohdinta ja tulosten tarkastelu	33
9.2	Eettisyys ja luotettavuus	36
9.3	Ehdotus jatkotutkimukselle.....	36
	Lähteet	37
	Liitteet.....	43
	Liite 1. Tutkimusten valintaprosessi.....	43
	Liite 2. Tiedonhaku taulukoituna	49
	Liite 3. Tutkimukset taulukoituna ja laadun arviointi	50

Kuviot

Kuvio 1. Elämän loppuvaiheen hoitopolku	7
Kuvio 2. Vuokaavio ennakoivasta hoitosuunnitelmasta	9
Kuvio 3. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli.....	11
Kuvio 4. Hyvän kotisaattohoidon kolme pääteemaa	35

1 Johdanto

Väestön ikääntymisen myötä kotihoidon, sekä erilaisten kotiin toteutettavien palveluiden kysyntä ja tarve kasvaa. Ihmiset haluavat palveluiden ja avun turvin asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, sekä enenevässä määrin toiveena on saada viettää kotona elämän loppuvaihe. (Ikonen 2013, 10.) Kuoleman siirtyminen kodeista ja omaisten luota sairaalaan on historiallisesti uusi asia. Nykyään esitetty toive kuolla kotona onkin paluuta vanhaan. (Poukka 2015, 577.) Kotiin liittyy paljon muistoja ja koti muodostaa ympäristönä esineineen paikan, johon arki kiinnittyy tapahtumina ja muistoina. (Ikonen 2013, 10.) Tämän myötä kotona toteutettava saattohoito yleistyy tulevaisuudessa. Hyvä kotisaattohoito on turvallista, joustavaa ja yksilöllistä saattohoitoa, joka on mahdollista asuinkunnasta riippumatta. (Poukka 2015, 577.) Saattohoidon laatuun vaikuttavat muun muuassa ympäristö ja sen toimivuus, resurssit, asenteet sekä toimiva kivun hoito. Hyvään saattohoitoon kuuluu kuolevan toiveiden huomioon ottaminen, mahdollisimman hyvä oireiden hoito, kuolemaan valmistaminen ja omaisten sekä läheisten tukeminen. (Ikonen 2013, 253.)

Kuolemissa ajanjaksoksi käsitettävä aika on nykyään pidempi kuin aikaisemmin. Eliniän pidentyessä pitkäaikaiset ei-parannettavissa olevat sairaudet ovat lisääntyneet. Lääketieteen kehittyminen ja sen myötä parantunut hoito lisäävät saattohoidon tarvetta. Ongelmaksi on muodostunut hyvän saattohoidon ja elämää ylläpitävän hoidon yhteensovittaminen. Elämän loppuvaiheessa saattaa syntyä ristiriita näiden välille. Aina ei välttämättä ole potilaan edun mukaista jatkaa nesteytystä ja ravitsemushoitoa kuolemaan saakka. Hoitojen lopettamisen tai aloittamatta jättämisen tulee kuitenkin tapahtua aina yhteisten ja sovittujen periaatteiden mukaisesti. Näin ollen päätöksiin ei synny mielivaltaisuutta ja niihin ei vaikuta tekijät, joita ei ole harkittu tarkkaan saattohoitopotilaan tahdon ja edun mukaisesti. (Aalto 2013, 32; Huttunen 2013.) Saattohoitotyössä korostuu arvokas ja hyvä hoito, joka on kokonaisvaltaista hoitoa, jossa pyritään hyvään perushoitoon, kuolevan olon kohentamiseen, kipujen ja pahaa oloa tuottavien oireiden minimointiin, turhien toimenpiteiden välttämiseen ja

elämän loppuvaiheen laadun nostamiseen. (Ikonen 2013, 260.) Saattohoitotyössä tarvitaan valmiutta kuunnella ja antaa tilaa kuolevan ja tämän läheisten tuntemuksille. Tavoitteena on saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä paras mahdollinen elämänlaatu. (Huttunen 2013.) Kuolevaa tulee osata tukea mahdollisessa ahdistuksessa, pelossa, luopumisessa, surussa ja/tai tuskassa. Saattohoitotyössä tarvitaan kykyä tukea kuolevan läheisiä ja omaisia. Hyvä saattohoidon ammattilainen osaa kohdata ja sietää mahdollisia omia avuttomuuden ja riittämättömyyden tunteita. Hyvällä saattohoidon ammattilaisella on myös hyvä ammattietiikka sekä hyvät hoitotaidot. (Ikonen 2013, 257.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksena tutkia, millaisista tekijöistä hyvä saattohoito kodinomaisessa ympäristössä koostuu. Tavoitteena on tuottaa tutkittua näyttöön perustuvaa tietoa hyvän saattohoidon elementeistä kodinomaisessa ympäristössä, joita voidaan hyödyntää hoitotyön käytäntöjen kehittämisessä tulevaisuudessa.

2 Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä

2.1 Saattohoito

Saattohoito (hospice-hoito) on osa palliatiivista hoitoa ja perustuu eettisiin arvoihin, eli ihmisarvon kunnioittamiseen, itsemääräämisoikeuteen, oikeudenmukaisuuteen ja hyvään hoitoon. Saattohoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain noin 15 000 potilasta. Saattohoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, kun hänellä on kuolemaan johtava sairaus ja elinajanennuste on lyhyt. Olennaisena osana saattohoitoon kuuluu myös kuolevan potilaan omaisten tukeminen. Kaikilla ihmisillä on oikeus hyvään saattohoitoon, joka käsittää muun muassa kärsimyksien ja kuolevan ihmisen kivun lievittävän hoidon. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010, 7-13).

2.2 Kotihoito

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on käsitellä kotona tapahtuvaa saattohoitoa. Kotihoidon sekä kotipalveluiden lainsäädäntöjen valmistelusta, yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotipalveluilla tuetaan potilaan kotona selviytymistä. Potilaalle laaditaan yksilöllisesti palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka perustuu potilaan toimintakykyyn ja jonka toteutumista seurataan ja tarvittaessa muutetaan potilaan tilanteen ja tarpeiden muuttuessa. Potilaan yksilöllistä huolenpitoa täydentämään on mahdollista saada myös tukipalveluja, kuten esimerkiksi ateria- ja siivouspalvelua. Kunta voi yhdistää sosiaalihoitolakiin (sosiaalihoitolaki 1201/2014) ja terveydenhuoltolakiin (terveydenhuoltolaki 1326/2010) perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, n.d).

3 Saattohoidon keskeiset käsitteet, lait ja suositukset

Saattohoitoon liittyy useita kansainvälisiä ja kansallisia suosituksia sekä lakeja. Keskeiset lait elämän loppuvaiheen hoidossa ovat Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017, sosiaalihoitolaki 1301/2014, terveydenhuoltolaki 1326/2010, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemista ja oikeuksista 812/2000, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Suomen perustuslaki 731/1999, laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 ja erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. Saattohoidon keskeiset kansainväliset ihmissoikeussopimukset ovat Euroopan Neuvoston ihmissoikeussopimus 63/1999. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 14).

Palliatiivisen hoidon keskeisiä kansallisia suosituksia ovat Käypä hoito- suositukset (2018) palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta ja sosiaali- ja terveysministeriön työryhmän suositukset osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle (2017:44). Palliatiivista hoitoa ohjaavat keskeisimmät kansainväliset

sopimukset ovat Euroopan ihmisoikeussopimus 63/1999, yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä (2010), WHO:n suositus palliatiivisesta hoidosta (2014) sekä YK:n kuolevan oikeuksien julistus (1975).

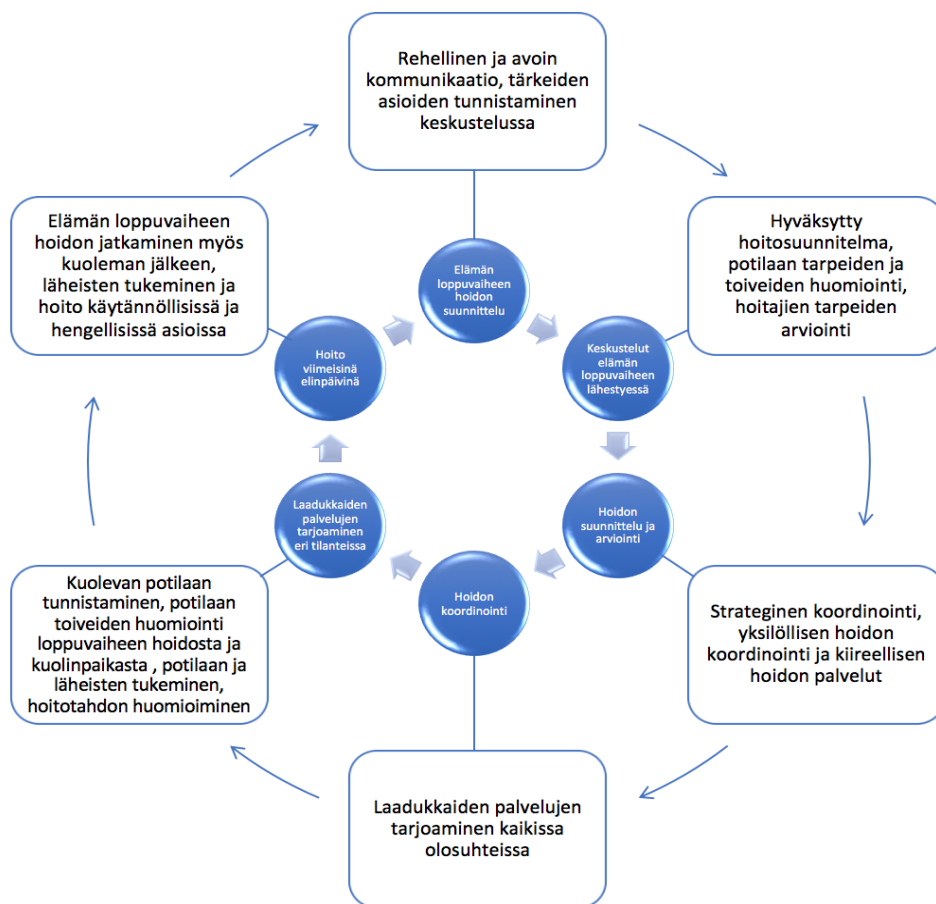
Saattohoitosuositusten tarkoituksena on turvata hyvä saattohoito jokaiselle sitä tarvitsevalle ihmiselle sekä edistää yhdenvertaista ja hyvää saattohoitoa. Suositukset saattohoidossa sisältävät kuolevan ihmisen hoidon, hoidon suunnittelun, toteutuksen ja järjestämisen sekä saattohoidon työntekijöiden osaamisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010, 7-12).

4 Elämän loppuvaiheen hoito

Maailmassa on kymmeniä miljoonia ihmisiä, jotka kärsivät sairauksista ja joiden kärsimystä ei välttämättä pystytä riittävästi lieventämään ennen kuolemaa. Ihmiset kokevat kivun lisäksi pelkoa, fyysisiä, hengellisiä ja psykososiaalisia oireita. Näitä kärsimyksiä voidaan ehkäistä ja helpottaa palliatiivisella hoidolla. Kärsimyksen lievittäminen on jokaisen potilaan, jolla on aktiivinen, etenevä ja pitkälle edennyt sairaus, ovat he oikeutettuja saamaan palliatiivista hoitoa. (Erjanti, Antonen, Grönlund & Kiuru 2014, 13.) Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suositukset palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä. (STM, 2017.) Saattohoito kuuluu ja on osa palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa. Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Palliatiivisen hoidon päämääränä on tarjota ja turvata potilaalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu, sekä lievittää hänen kipuaan ja kärsimystään. Saattohoidosta puhutaan, kun kyseessä on potilaan elämän viimeiset viikot tai päivät. Tässä vaiheessa potilaan toimintakyky on jo huomattavasti laskenut. Saattohoidon saaminen ja antaminen perustuu hyvissä ajoin tehtyyn ennakoivaan hoitosuunnitelmaan sekä saattohoito päätökseen. (Ikonen n.d.; Erjanti ym 2014, 13; Saarto 2018, 8). Parantumattomasti sairaan potilaan aktiivisen hoidon lopettamista ei ole säännelty. Lääkärillä on vastuu hoidosta, hoidon sisällöstä ja hoitopäätöksistä, jotka tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa

kunnioittaen hoitotahtoa sekä potilaislain säännöksiä potilaan oikeudesta hyvään hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 14).

Elämän loppuvaiheen hoidon alkamisen ajankohta voi vaihdella sen mukaan, tarkastellaanko sitä potilaan vai ammattilaisen näkökulmasta. Joissain tapauksissa potilas itse voi tunnistaa elämän loppuvaiheen alkamisen, kun taas joissain tapauksissa pääsiallinen tekijä voi olla potilaan hoidosta vastaava terveys- tai sosiaalihuollon ammattilainen. Joka tapauksessa henkilön suostumuksella hoito aloitetaan kattavalla hoidon tarpeen ja tuen arvioinnilla (Department of Health, 2008. 47-48). Kaikista potilaan yksilöllisten tarpeiden eroavaisuuksista huolimatta, elämän loppuvaiheen suunnittelussa voidaan käyttää näitä kuutta keskeistä osatekijää (kuvio 1). Näiden lisäksi erityistä huomiota tulee kiinnittää myös potilaan läheisten ja perheen tukemiseen, informointiin ja hengellisen avun tarjoamiseen.



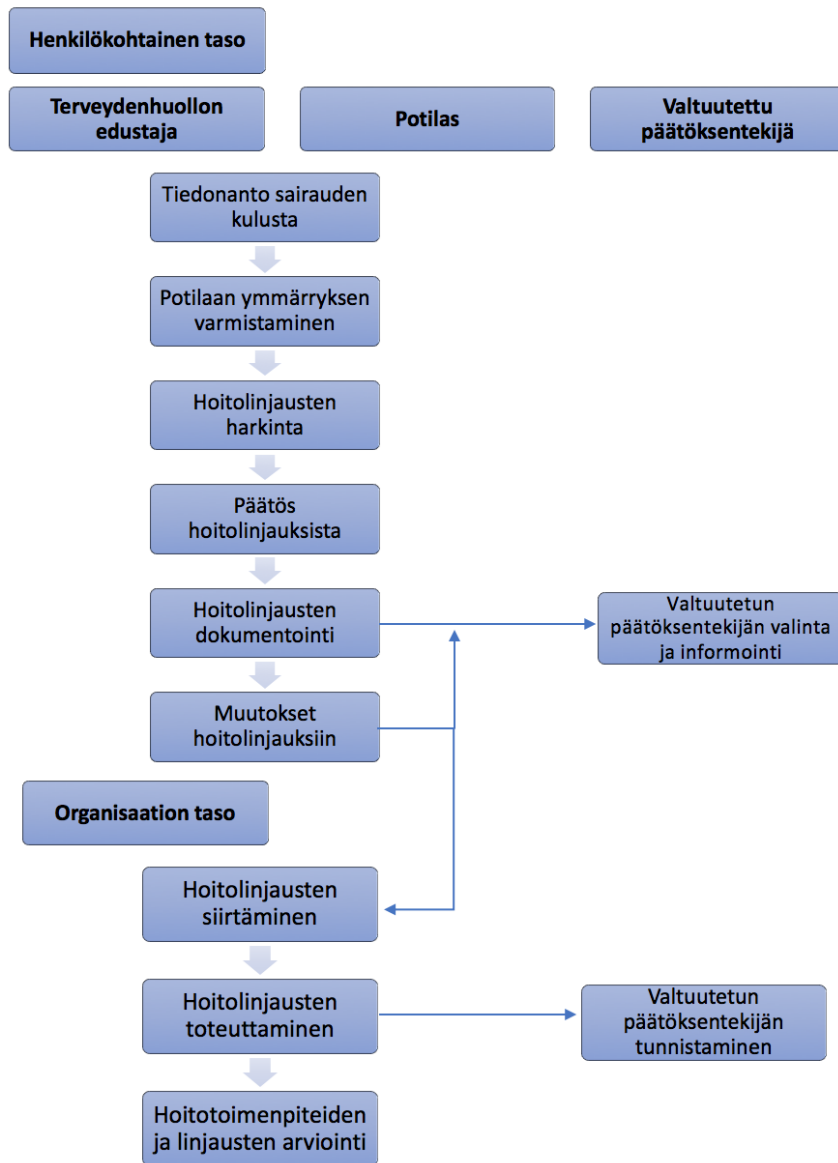
Kuvio 1. Elämän loppuvaiheen hoitopolku (mukaan Department of Health, The end of life care pathway. 2008, 49).

Näiden kuuden elämän loppuvaiheen hoitopolun osatekijän lisäksi (kuvio 1) on tärkeää tunnistaa, ettei hyvä loppuelämän hoito ei pääty potilaan kuolemaan. Potilaan menehtyessä kaikkien hoitoon osallistuvien työntekijöiden tulee osata hyvät käytännöt vainajan laitossa ja omaisten kohtaamisissa, tukien heidän kulttuurisia, uskonnollisia ja hengellisiä tarpeitaan. Potilaan perheelle ja läheisille tarjottava tuki auttaa heitä selviytymään menetyksestään ja on olennaisen tärkeää ”hyvän kuoleman” saavuttamiseksi. Tämän vuoksi on tärkeää, että kaikki kuolevaa potilasta hoitavat ammattilaiset ovat asianmukaisesti koulutettuja ja saavat tukea työhönsä. (Department of Health, 2008. 67-68).

4.1 Elämän loppuvaiheen hoitotahto ja ennakoiva hoitosuunnitelma

Hoitotahto tarkoittaa etukäteen määriteltyjä toiveita ja linjauksia loppuvaiheen hoidosta, jotka potilas on esittänyt. Keskustelu ennakoivasta hoidon suunnittelusta (Advanced Care Planning) riippuu monista tekijöistä, kuten kulttuuritaustasta, uskonnosta, laillisesta viitekehyksestä, koulutustasosta, persoonallisuudesta, iästä, henkilökohtaisen elämän ja kuoleman kokemuksista sekä sairauden tilasta. (Schrijvers & Cherny, 2014, 38; Mack, Cronin, Taback ym, 2012; 156: 204–210; Lopez-Acevedo, Havrilesky, Broadwater ym, 2013; 130: 156–161). Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma pyritään laatimaan hyvissä ajoin omien läheisten ja lääkärin kanssa. Silloin, kun potilas vielä kykenee ilmaisemaan omaa tahtoaan. Hoitosuunnitelmaan sisältyy käyty keskustelut ja tehdyt kirjaukset, sekä potilaan omat toiveet hoitonsa suhteen elämänsä loppuvaiheessa. Hoitotahto voi olla joko suullinen tai kirjallinen. (Duodecim 2018). Hoitotahto on oikeudellisesti sitova, yleisluontoinen toive hoitolinjauksesta, jota hoitava lääkäri soveltaa käytännössä. (Ikonen 2013, 255.)

Potilaan tulee pystyä tekemään tietoon perustuva päätös tietyn lääketieteellisen hoidon- tai toimenpiteen tarjoamisesta, siitä pidättäytymisestä tai lopettamisesta (kuvio 2). Jos potilas ei pysty kirjoittamaan, asiakirja voidaan tehdä toisen henkilön toimesta riippumattoman todistajan ja hoitavan lääkärin läsnäollessa. Asiakirjassa tulee olla päiväys, sekä todistajan ja lääkärin allekirjoitukset. (Schrijvers & Cherny, 2014, 39).



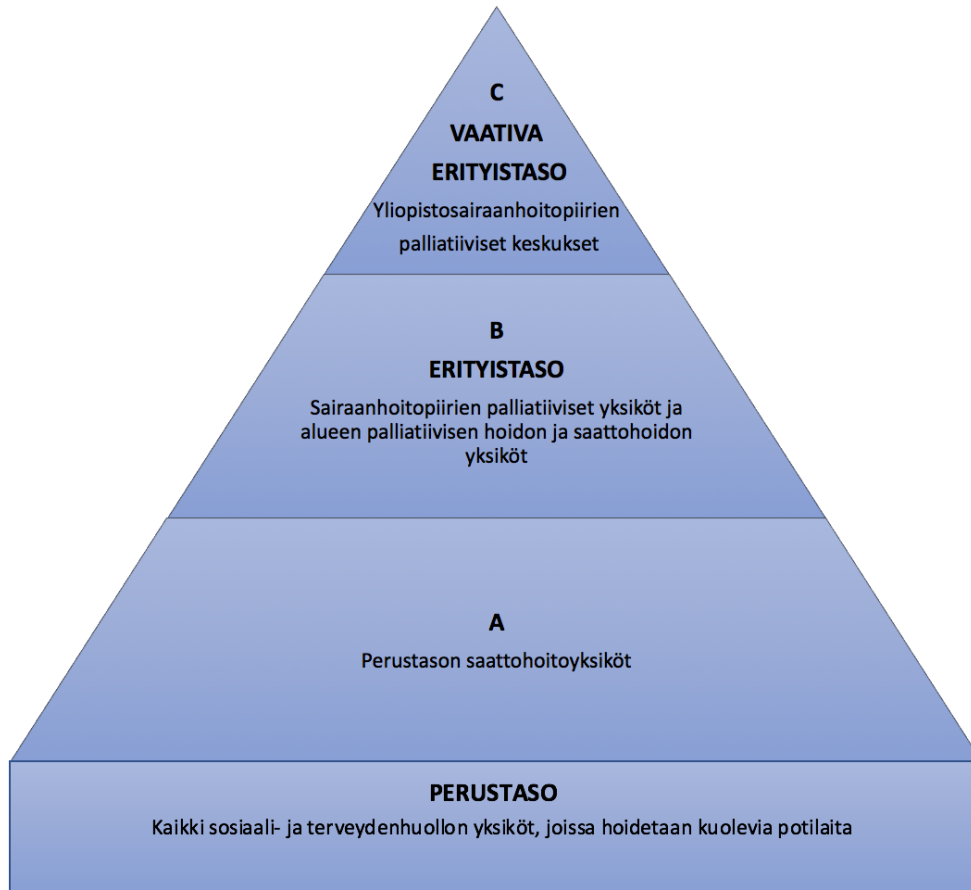
Kuvio 2. Vuokaavio ennaoivasta hoitosuunnitelmasta (mukaillen Schrijvers & Cherny, 2014, 39).

4.2 Palliativisen ja saattohoidon järjestämisen tasot

Suosituksen mukaan oireita lievittävää hoitoa tulisi olla tarjolla perustason palveluista vaativan erityistason palveluihin. Hoidot tulisi vaatimusten mukaan porrastaa (kuvio 3). (Ikonen, n.d). Alueelliset hoitopolku-, hoitoketju ja palveluverkostot ovat tärkeitä, jotta saadaan varmistettua, ettei palliativisessa hoidossa oleva henkilö jää kodista tai

hoitopaikasta toiseen siirryttäessä niin sanotusti ”tyhjän päälle”. On tärkeää, että potilas ja /tai hänen läheisensä tietävät mihin ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ja seuraavassa hoitopaikassa tiedetään miten hoitoa jatketaan. Kuvaukset eivät varsinaisesti paranna hoitoa, mutta luovat turvallisuutta ja takaavat paremmin hoidon jatkuvuuden. (Surakka, Mattila, Åsted-Kurki, Kylmä & Kaunonen, 2015.)

Perustason palveluilla turvataan saattohoito potilaan kotona tai lähellä potilaan kotia. Perustason palveluihin kuuluvat kaikki terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita. (Saarto 2015, 574.) Esimerkiksi kotihoidon ja kotisairaanhoidon yksiköt, sosiaalihuollon alaisten palveluiden yksiköt, kuten tehostetun palveluasumisen yksiköt sekä vanhainkodit. Perustason palveluihin lasketaan myös muut ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat yksiköt, joissa potilaat hoidetaan elämänsä loppuun saakka sekä sellaiset sairaaloiden vuodeosastot, jotka eivät ole päätoimisesti saattohoito osastoja. (Ikonen, n.d.) Henkilökuntaan kuuluvat edellä mainituissa yksiköissä terveydenhuollon ammattihenkilöt. (Saarto 2015, 574.) Erityistason kuuluu saattohoitokeskukset (Saarto 2015, 574). Esimerkiksi saattohoidon ja palliatiivisen hoidon yksiköt, kuten kotisairaala, saattohoitokodit, saattohoito osastot, palliatiiviset poliklinikat sekä konsultaatiotiimit. Erityistasosta palveluilla käsitellään saattohoitoa toteuttavat yksiköt, joissa saattohoidon toteuttaminen on pääasiallinen toimi ja henkilökunta on tähän erityisesti koulutettu. (Ikonen, n.d.) Henkilökunta erityistason palvelun yksikössä muodostuu moniammatillisesta työryhmästä (vähintään lääkäri ja sairaanhoitaja.) (Saarto 2015, 574.) Vaativan erityistason palvelut muodostavat yliopistosairaanhoidopiirien palliatiiviset keskukset, joihin kuuluvat muun muassa psykososiaalisen tuen yksikkö, palliatiivinen vuodeosasto, saattokoti, sekä saattohoitoon erikoistunut kotisairaala. (Ikonen, n.d.; Saarto 2015, 574.)



Kuvio 3. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (mukaan Sosi- aali- ja terveysministeriö, 2019, 17).

5 Saattohoito kodinomaisessa ympäristössä

Kodinomaisella ympäristöllä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä potilaan omaa kotia. Oma koti on turvallinen ja tuttu paikka. Sairaalan rutiineista ei tarvitse välittää ja päivän kulku rytmittyy saattohoito potilaan tarpeiden mukaan. Kotia voidaan tarvittaessa muokata tilanteeseen sopivammaksi, esimerkiksi siirtämällä vuoteen olohuoneeseen. (Ikonen 2013, 251; Puokka 2015, 577.) Erilaiset apuvälineet mahdollistavat selviytymisen yllättävänkin pitkälle kotona tai kodinomaisessa ympäristössä. Vuoteista, pyörätuoleista ja erilaisista potilasnostimista löytyy monenlaisia erilaisia teknisiä ratkaisuja, jotka voivat olla mahdollistamassa ja tukemassa omassa kodissa olemista mahdollisimman pitkään. (Surakka 2015, 144-145.)

Monet ihmiset haluavat viettää elämänsä viimeiset vaiheet omassa kodissaan. Tämän takaamiseksi tarvitsemme osaavaa kotisairaanhoidoa. Karkeiden arvioiden mukaan tarvitaan yksi erikoistunut yksikkö, kotisairaala tai erikoistunut kotisairaanhoido 100 000 asukasta kohden. (Aalto 2013, 36.) Kotisaattohoito on turvallista ja tehokasta. Tutkimuksissa on todettu kotisaattohoidon oirehoidon ja hoidon turvallisuuden olevan yhtä hyvällä tasolla kuin hoitokodissa tai sairaalassa. (Puokka 2015, 577.)

5.1 Kotisaattohoidon toteutuminen

Kotisaattohoidon toteutuminen riippuu paikkakunnan hoitokäytännöistä. Kokonaisvaltainen hoitomalli edellyttää, että hoitoa on tarvittaessa toteuttamassa moni ammatillinen työryhmä. Hyvässä saattohoidossa pystytään toimimaan potilaan ja hänen läheistensä toiveita huomioiden sekä joustamaan tilanteen niin vaatiessa. (Ikonen 2013, 258.) Hyvä kotisaattohoito on yksilöllistä, turvallista ja joustavaa, jota tulee pystyä toteuttamaan saattohoitopotilaan asuinkunnasta riippumatta. (Puokka 2015, 577.) Saattohoidon toteuttamisessa on eri kunnissa erilaisia malleja. Saattohoitotyötä voidaan tehdä kotisairaaloimintana usein esimerkiksi parityönä. Kotihoidon työntekijöiden on potilasystävällisempää suorittaa esimerkiksi vuodepesut parityönä, koska saattohoitopotilas voi olla niin kipeä, että hoitotoimenpiteet ja liikuttelu aiheuttavat kovaa kipua. Näin joustava ja tarpeenmukaisen hoidon kotiin saaminen kotiin onnistuu ympäri vuorokauden. (Ikonen 2013, 258.)

Kotisaattohoidon perusedellytys on saattohoitopotilaan oma halu tulla hoidetuksi omassa kodissaan. Lisäksi saattohoitopotilaan läheisten on oltava siihen suostuvaisia. Saattohoitopotilaan siirtyessä kotiin on oireiden ja kipujen oltava vähintäänkin kohtalaisesti hallinnassa. Kodin on ympäristönä oltava sellainen, että siellä onnistuu normaalit päivittäiset toimet, kuten peseytyminen ja wc-käynnit sekä oirehoito. (Puokka 2015, 577-578.) Saattohoidon toteutuessa kodinomaisessa ympäristössä on potilaalla toivottavaa olla omainen tai joku muu läheinen, jolla on tarvittaessa mahdollisuus

olla mukana hoidon toteutuksessa. Useasti tarvitaan myös hoitotyön ammattihenkilöstön apua saattohoidossa kodinomaisessa ympäristössä. Tällöin on selvitettävä, että kotihoidolla on riittävästi resursseja toteuttaa saattohoitoa. (Ikonen 2013, 258.) Julkisesta terveydenhuollosta ei käytännössä saada ympärivuorokautista valvontaa kotiin, mutta potilaalla ja hänen läheisillään tulee olla jatkuvasti mahdollisuus ottaa yhteyttä mahdollisimman yksinkertaisesti esimerkiksi puhelimitse hoitohenkilökuntaan tarvittaessa. Kotisaattohoidon toteutumisen toinen edellytys on, että saattohoitopotilaalla on näin halutessaan mahdollisuus siirtyä tarvittaessa sairaalaan tai vastaavaan hoitopaikkaan, mikäli kotisaattohoidossa ilmenee hankaluuksia. Yleensä jo saattohoitoa suunniteltaessa sovitaan sairaalaosasto, jonne saattohoitopotilaalla on mahdollisuus päästä tarpeen vaatiessa. (Puokka 2015, 577.) Usein omaiset haluavat olla kuolevan läheisensä vierellä loppuun saakka, mutta joskus tilanne voi käydä liian kuormittavaksi läheiselle ja silloin ammattihenkilön on eettisesti soveltuvalla tavalla pyrittävä näkemään omaisten kuormittava tilanne sekä löytämään siihen yhteisymmärryksessä ratkaisu. Omaisilla ja kuolevalla on oltava kaikkina vuorokauden aikoina mahdollisuus saada yhteys sairaalaan tai kotisairaanhoidon neuvojen ja tuen saamiseksi. (Ikonen 2013, 258.)

5.2 Saattohoidon laatutekijöitä kodinomaisessa ympäristössä

Hyvässä kuolemassa saattohoitopotilaan keho on lähinnä lääkityksen, hoivan ja hellyyden kohteena. Valitettavasti usein kuolemaan liittyy parhaistakin pyrkimyksistä huolimatta erilaista kärsimystä. (Aalto 2013, 39.) Oleellisinta laadunvalvonnassa on, että toiminnan sisältö ja käytännön toteutus ovat määriteltä. On erotettava tavallisen kotisairaanhoidon ja erikoistuneen kotisaattohoidon välille. Saattohoidon ja gerontologisen hoitotyön osaaminen mahdollistavat inhimillisemmän kuoleman myös ikääntyneille potilaille silloin, kun heidät hoidetaan kotona. Hoidon laatua tutkittaessa elämän loppuvaiheessa sairaalaympäristössä havaittiin, että kivun ja hengenahdistuksen hoito toteutui yleensä hyvin. Oirehoidon seurannassa ja saattohoidon suunnittelussa havaittiin puutteita. (Aalto 2013, 37.) Sairaanhoidajalla on merkittävä rooli potilaan elämän loppuvaiheen hoidossa ja hänen läheistensä tukena olemisessa.

Useat tutkimukset osoittavat, että ammattilaisen asenteilla on vaikutus hoidon laatuun ja hänen halukkuuteensa hoitaa kuolevia potilaita. Yleisesti kuoleman kohtaamiseen työssä on liitetty kohonnut riski saada burn-out. Tämä liittyy osaksi epämukaviin tunteisiin kuten turhautumiseen, suruun, stressiin, voimattomuuteen, epätoivoon, ahdistukseen ja pelkoon, joita amattilainen voi kokea kohdatessaan kuolemaa tai hoitaessaan potilaita elämän loppuvaiheessa (Terkamo-Moisio, 2016.) Elämän loppuvaiheen hoidon äärimmäinen tavoite on, että potilaat ja hänen läheisensä hyväksyvät kuoleman. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi on tärkeää, että ammattilainen itse hyväksyy kuoleman, eikä ainoastaan palliatiivisen hoidon filosofiaa varten vaan myös laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon vuoksi (Terkamo-Moisio, 2016.)

5.3 Oirehoito kotisaattohoidossa

Saattohoitopotilas on jo lähempänä kuolemaa ja yleensä heikompi yleiskunniltaan kuin palliatiivisessa hoidossa oleva. Elimellisten oireiden hyvä hoito ja oireiden hallinta luovat perustan myös saattohoitopotilaan psyykkiselle jaksamiselle. (Huttunen, 2013.) Elämän lopulla elimistön heikkeneminen, autonominen neuropatia, kakeksia ja aineenvaihdunnalliset muutokset kuuluvat kuolemaa edeltäviin tapahtumiin. Nämä muutokset vaikuttavat potilaan oirekuvaan sekä annettavaan hoitoon. Lähestyvään kuolemaan liittyviä merkkejä ovat esimerkiksi väsymys, periferian viileys, nielemisvaikeudet sekä tajunnantason aleneminen. Muutokset ovat yleensä sitä voimakkaampia ja selkeämpiä mitä lähempänä kuolema on (Hänninen 2015, 32-33, 258.) Saattohoitopotilaiden voinnin ja oireiden selvittämiseksi on kehitetty erilaisia tarkistuslistoja ja mittareita. Potilaita haittaavat oireet voidaan niiden avulla arvioida säännöllisesti esimerkiksi 6 tunnin välein, suu hoidetaan ja potilas asentohoidetaan neljän tunnin välein, oirelääkkeet ja niiden vaste arvioidaan esimerkiksi kolme kertaa vuorokaudessa (Hänninen 2015, 34-36, 258; Hänninen 2018, 16-17.) Haasteena on oireiden selvittäminen potilailla joiden kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt. Tällöin ei voida käyttää tavanmukaisia oiremittareita vaan oireiden arviointi perustuu havainnointiin. Havainnoinnin tueksi

on kehitetty erilaisia mittareita, joita voidaan käyttää oireiden seurannassa. Havainnointi perustuu muun muassa potilaan ilmeiden, liikehännän ja ääntelyn seurantaan (Hänninen 2015,35-36, 259.)

Elämän loppuvaiheessa psykososiaalinen ja eksistentiaalinen kärsimys korostuu. Elämän loppumisen aiheuttama luopuminen ja heikkeneminen ilmenevät usein vetäytymisenä ja/tai surumielisyytenä, jotka ovat normaaleja reaktioita. Ne tulisi pyrkiä erottamaan masennuksesta ja ahdistuneisuudesta. Saattohoitopotilaan psyykkistä ja eksistentiaalista kärsimystä arvioimaan on kehitetty useita erilaisia mittareita. Elämän lopun psykososiaalisten muutosten ja tarpeiden arvioiminen on osoittautunut erittäin vaikeaksi. Arvokkuusterapia ja siihen liittyvä psyykkis-eksistentiaalinen elämän lopun kärsimyksen arvioinneilla on koettu olevan merkitystä saattohoitovaiheen potilaiden elämälaadun parantamisessa. (Hänninen 2015, 36-37, 259.)

Saattohoitopotilaan oireiden lääkehoidossa käytetään samoja lääkkeitä kuin muussakin oireiden hoidossa. (Poukka & Korhonen 2015.) Lääkehoidon suunnittelu ja vaikuttavuuden arviointi kuuluvat saattohoitopotilasta hoitavalle lääkärille. Lääkehoidon toteuttaminen ja sen vaikuttavuuden arviointi kuuluu hoitotyön ammattilaiselle tai mahdollisesti omaishoitajalle/saattohoitopotilaan läheiselle. (Surakka ym. 2015, 64-66.) Haasteita lääkehoidon toteuttamiseen tuovat hiipuvien elintoimintojen aiheuttamat muutokset lääkeainemetaboliassa ja vaikeutunut oireiden arviointi, koska potilas ei välttämättä kykene enää ilmaisemaan tarpeitaan. Saattohoitopotiilaalla oireiden tavoitteena on silloisten oireiden mahdollisimman tehokas lievitys, eikä mahdollisilla lääkeaineiden pitkäaikaisvaikutuksilla ole enää merkitystä. Kaikella annettavalla lääkehoidolla tulee olla oireita lievittävä vaikutus ja sen tulee olla selvästi suurempi kuin mahdollinen välitön haittavaikutus (Poukka & Korhonen 2015, 259.) Saattohoitopotilaan hoidossa on huolehdittava, ettei monilääkitys lisää haittavaikutusten ja haitallisten yhteisvaikutusten vaaraa. Monilääkityksen purkaminen saattaa ennaltaehkäistä kaatumisia, liikehäiriöitä tai kognitiivisten toimintojen heikentymistä. (Surakka ym. 2015, 64-66.) Muu kuin oireita lievittävä lääkitys on syytä lopettaa merkityksettömänä tai jopa haitallisena. Ensimmäisenä on todennäköistä luopua vitamiineista ja

hivenaineista, osteoporoosilääkityksestä sekä kolesterolilääkityksestä. Muiden lääkkeiden lopettamista tai vähentämistä, kuten verenpaine- ja rytmihäiriölääkkeet, vatsansuojalääkkeet, mikrobilääkkeet ja diabeteslääkkeet on harkittava tilanteen edetessä. Kipu- ja pahoinvointilääkkeitä sekä ahdistusta lievittäviä lääkkeitä jatketaan suun kautta niin kauan kuin se on mahdollista ja riittävää teholtaan. Antotapa voidaan vaihtaa tarvittaessa. (Poukka & Korhonen 2015, 259.)

Tärkeä osa saattohoitopotilaan lääkehoitoa on potilaan ja hänen omaistensa informointi. Pitkäaikaisten lääkityksien purkaminen tai lopettaminen saattaa olla vaikeaa potilaalle ja hänen omaisilleen, koska lääkehoitoa on aikaisemmin pidetty tärkeänä elämää ylläpitävänä hoitomuotona ja sen lopettaminen saattaa aiheuttaa ahdistusta. Kaikki lääkehoitoon liittyvät muutokset on hyvä keskustella perusteellisesti ja korostaa oireiden hoidon mahdollisuutta (Poukka & Korhonen 2015, 259-260.) Kotisaattohoidossa potilas tai hänen läheisensä voi olla hyvinkin pitkään lääkehoidon toteuttaja ja on tärkeää, että hänet on ohjeistettu myös arvioimaan lääkehoidon vaikuttavuutta. Lääkehoidon muuttuessa hoidon vaikuttavuuden arviointi korostuu. (Surakka ym. 2015, 64-65.) Perustana lääkehoidossa on ongelman ratkaisukeskeinen lähestymistapa. Lääkehoidon tarpeellisuus arvioidaan aina yksilöllisten kliinisten löydösten ja oireiden mukaan. Hyvä oireiden mukainen lääkehoito edellyttää säännöllistä kliinistä vasteen arviointia ja tarvittaessa nopeitakin muutoksia lääkityksessä. Lääkehoidon lähtökohtana on potilaan oma arvio ja toiveet lääkehoidon suhteen. Kokonaisvaltainen oirearvio on syytä tehdä useita kertoja päivässä ja kuolevan potilaan hoidossa vähintään neljän tunnin välein. (Poukka & Korhonen 2015, 260.) Saattohoitopotilaan tilanne saattaa muuttua yllättäen, vaikka oireet olisivat hallinnassa. Tämän vuoksi kaikille saattohoitopotilaille määrätään aina säännöllisen lääkityksen rinnalle tarvittava lääkitys hankalampien oireiden, kuten esimerkiksi kivun, levottomuuden, kouristusten, limaisuuden, pahoinvoinnin, oksentelun, sekä hengenahdistuksen hoitoon. (Poukka & Korhonen 2015, 260.)

Kipu on kuolemaan johtavien vakavien sairauksien oireista yleisimpiä ja pelätyimpiä. Kipu voidaan luokitella kolmeen eri tyyppiin: kudonvauriokipu, hermovauriokipu ja

näiden yhdistelmä. Kipua voidaan arvioida erilaisilla kipua arvioivilla mittareilla. Saattohoitopotilaan, joka ei enää pysty itse ilmaisemaan sanallisesti itseään, kipua voidaan arvioida esimerkiksi levottomuudesta tai ääntelystä. Kipua tulee arvioida säännöllisesti, jotta kivunlievitys voidaan sovittaa riittävän tehokkaaksi. (Heiskanen 2018, 22-23.) Kivunhoidon ongelma ei ole käytettävien vaihtoehtoisten lääkeaineiden puute, vaan vaikeus arvioida saattohoitopotilaan kivun luonnetta ja potilaan kivunhoidossa tarvittavan lääkkeen ja lääkeannoksen valinta, oikean lääkeannostuksen löytäminen ja seuranta. Saattohoitopotilaan kipulääkityksenvalintaan on olemassa käyttökelpoisia ohjeistuksia. (Aalto 2013, 31.) Kipu tulee pyrkiä hoitamaan ensisijaisesti suun kautta otettavilla valmisteilla. Tarvittaessa kivunhoitoon on valmisteita myös laastareina, nenäsumutteina ja lääkeannostelijoina. Tarvittaessa lääke voidaan annostella myös ihon alle (s.c) tai suonensisäisesti (i.v). (Forsell 2015.) Kivunhoidon mahdollisuudet ja käytäntö eivät välttämättä aina kohtaa. Osaamista ja välineitä kyllä on, mutta toistuvasti on tullut esille, että niitä ei käytetä riittävästi ja/tai oikea aikaisesti. Kipu voi olla alihoidettua. (Aalto 2013, 31.) Saattohoitopotilaan tajunnantaso saattaa olla laskenut, mutta hän tuntee silti kipua. (Poukka ym. 2015, 260.) Käytetään myös aktiivisesti sairautteen suuntautuvia lääkehoitoja, vaikka niillä aiheutetaan enää lähinnä vain sivuvaikutuksia. Saattohoitopotilaat ja heidän omaisensa saattavat olla hämmentyneitä eivätkä tiedä, mistä löytyy apua juuri sen hetkisen tilanteen parantamiseksi. Vaikeiden kiputilojen hoidossa on syytä konsultoida alueen kipuklinikan tai saattohoitokodin lääkäriä. Erityisen hankalien kipujen hoidossa erilaiset invasiiviset kivunhoidon keinot tai äärimmäisessä tapauksessa palliatiivinen sedaatio tarjoavat ratkaisun. Hoitoon reagoimatonta kipua ei ole olemassakaan, on vain kipuun reagoimattomia hoitajia ja lääkäreitä. (Aalto 2013, 31.)

Eksistentiaalisella kärsimyksellä tarkoitetaan tuskaisuutena, ahdistuksena ja kärsimyksenä monimuotoisesti ilmenevää kokemusta. Eksistentiaalinen kärsimys ja sen kokeminen kohdistuu koko olemiseen ja ilmenee merkitsemättömyyden tunteina. (Sipola 2019.) Eksistentiaaliset, ihmisen olemassa oloa tarkoittavat kysymykset kuuluvat luonnostaan ihmiselle. (Surakka ym. 2015, 117; Sipola 2019.) Eksistentiaaliseen kärsimyksen tuntemiseen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten sairas keho, tulevaisuuden puuttuminen, hyvästien jättäminen sekä omaan olemiseen liittyvät tekijät ja

oman elämän mielekkyys. (Sipola 2019.) Lähestyvä kuolema saattaa tuoda aiemmin tapahtuneet menetykset ja pelkotilat saattohoitopotilaan mieleen. Eksistentiaalinen pelko liittyy myös kuoleman jälkeiseen aikaan tai siihen, että sitä ei enää ole. Kuolevalla on tarve nähdä elämänsä merkitys, tunne, että hallitsee elämäänsä sekä säilyttää arvokkuutensa elämänsä loppuun saakka. Ahdistus saattaa syntyä peloista, mitä kuoleman jälkeen tapahtuu, kuolin tapahtumasta tai olemisen lakkaamisesta. Terveystyöntehtävien työntekijän sekä myös saattohoitopotilaan läheisen tärkeimpiä työkaluja ovatkin herkkyyks, empatia ja taito kuunnella. (Hänninen 2018, 140; Hänninen 2015; Sipola 2019.) ”Total pain” eli henkinen ahdistus liitetään eksistentiaaliseen kärsimykseen ja tämä saattaa heikentää saattohoitopotilaan kipuvastetta. (Pöyhiä n.d.) Saattohoitopotilasta voidaan tukea monella eri tavalla. Elämänlaatua voidaan parantaa oireita lievittämällä sekä ahdistusta hoitamalla. Saattohoitopotilasta voidaan auttaa käsittelemään elettyä elämää ja lähestyvää kuolemaa sekä löytämään omia voimavaroja eksistentiaalisen kärsimyksen sietämiseksi. Läsnaololla voidaan lievittää pelkoa itsensä kadottamisesta, tukea arvokkuuden ja elämänhallinnan kokemusta. Vahvistamalla ja tukemalla saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä välisiä suhteita sekä jakamista, edistetään eksistentiaalisesta kärsimyksestä selviämistä. (Sipola 2019.)

Saattohoitopotilaan ravitsemushoidon tavoitteena on ensisijaisesti lisätä potilaan hyvinvointia ja elämänlaatua sekä mahdollisuuksien mukaan hidastaa ravitsemustilan heikkenemistä. (Orell-Kotikangas 2015, 332.) Saattohoitovaiheessa ei ruoan ravintoarvot ole enää keskeisiä. Tärkeää ravinnossa on, millainen on ruoan koostumus, haju ja maku tai tarjoaminen kauniisti katettuna. Olisi hyvä, jos potilaan toiveita ravitsemuksesta voidaan toteuttaa, esimerkiksi tarjoamalla hänen lempiruokiaan sellaisessa muodossa, että ruokailu onnistuu. Omaiset kokevat tärkeäksi nähdä, että heidän läheisensä syö ja nauttii ruoasta. Toisaalta ruokailuhetki voi tuntua myös ahdistavalta, koska siinä piiryy esiin osa kuoleman väistämättömyydestä. (Aalto 2013, 96-97.) Joskus ruokahaluttomuuden syynä voi olla suun ongelmat ja siksi on tärkeää huolehtia suun hoidosta. (Aalto 2013, 97.)

5.4 Kotisaattohoitopotilas ja hänen läheisensä

Saattohoitopotilaalla saattaa olla suuri joukko läheisiä. Heistä jokaisella on oma roolinsa ja suhteensa kuolevaan. Puoliso tarvitsee erilaista tukea kuin lapsi tai lapsenlapsi. Vanhemman voi olla todella vaikeaa käsitellä tai hyväksyä oman lapsensa kuolemaan. Muiden lähisukulaisten tai ystävien voi olla vaikeaa löytää paikkaansa saattohoitotilanteessa. Kuitenkin he kaikki ovat surijoita ja tulevat menettämään heille tärkeän ja merkityksellisen ihmisen. (Aalto 2013, 99.) Vakavasti sairaan ihmisen läheinen elää hyvin vaativassa elämäntilanteessa. Tutkimusten mukaan läheisellä saattaa olla yhtä paljon ahdistusta ja masennusta kuin saattohoitopotilaalla (Hietanen 2015, 247.) Turvallisuutta luo mahdollisuus ilmaista omia tunteita ja kokemus potilaan hyvästä ja osaavasta hoidosta. Omaiset tarvitsevat tietoa sairaudesta, hoitamisesta ja kuoleman hetkestä. Saattohoitopotilaan toivo usein liittyy kivuttomaan kuolemaan. Omaisten toive kohdistuu siihen, että saattohoitopotilas saa parhaan mahdollisen hoidon ja ettei hän joutuisi kärsimään. (Aalto 2013, 99-100.)

Eryteisesti kotona hoidettavan saattohoitopotilaan kohdalla korostuu perheen jaksamisen tukeminen. Yleisimmin kotona hoidettavalla saattohoitopotilaalla on omaishoitaja, joka on sitoutunut tehtävään. Omaishoitaja on usein puoliso, aikuinen lapsi tai joku muu sukulainen. Sosiaali- ja terveysministeriön laatima omaishoidon kehittämissuunnitelma on pyrkinyt parantamaan omaishoitajien tukemista taloudellisen tukemisen ja mahdollisuutena omaishoitajan pitää välillä vapaapäiviä. Tukea voi saada myös kaupungin tai kunnan perheneuvolasta, sosiaalitoimesta, mielenterveyspalveluista, seurakunnasta tai järjestöiltä. Tieto perheelle siitä mihin voi olla yhteydessä, lisää turvallisuuden tunnetta. (Aalto 2013, 100.) Sairauden eteneminen saattohoitovaiheeseen ja sen keston ennustaminen on vaikeaa. Jokaisessa vaiheessa on tärkeä kuunnella, mitä saattohoitopotilas ja /tai hänen läheisensä pohtivat, onko ongelmia, ahdistusta joku asia. Hyvä keino tiedon jakamiseen ja avoimeen keskusteluun on yhteinen hoitoneuvottelu. Hoitoneuvottelussa perhettä autetaan löytämään heidän omat vahvuutensa ja voimavaransa. (Aalto 2013, 100-101.)

Aalto (2013, 101.) toteaa, että saattohoitopotilaan elämän päätösvaiheessa hoitohenkilöstön tärkeä tehtävä on turvallisuuden tunteen luominen. Kodinmaisessa ympäristössä tämä tarkoittaa puhelintukea. Omaisille on hyvä antaa kirjallista materiaalia heidän tiedontarvettaan ja kulttuuriaan kunnioittaen.

Saattohoitopotilaan omaisia tuetaan myös potilaan kuoleman jälkeen. Vainajan hoitamisessa on aina otettava huomioon kulttuuriset tekijät. Mikäli omaiset eivät ole kuolinhetkellä läsnä ja mikäli he haluavat jättää jäähyväisensä läheiselleen, järjestetään tämä kauniisti ja arvokkaasti. Jäähyväishetken jälkeen omaiset saattavat tarvita käytännöllistä neuvoa tai kertausta käytännön asioihin, jotka tapahtuvat kuoleman jälkeen. Hautaustoimistot ja seurakunnan työntekijät voivat auttaa omaisia. (Aalto 2013, 102-103.)

5.5 Kuolema kotona

Omassa kodissa läheisten ympäröimänä tapahtuva kuolema on luonnollinen asia. Omaiset tarvitsevat kuitenkin ohjausta ja tukea, jotta he voivat rauhallisesti ja turvallisesti hoitaa asiaankuuluvat tehtävät. On hyvä sopia etukäteen omaisten kanssa, kuinka menetellä ja kehen he ottavat yhteyttä kuoleman koittaessa. Kotona saattohoidossa olleen ihmisen kuoleman voi lääkäri käydä toteamassa kotona. Vainajaa hoitanut lääkäri kirjoittaa kuolintodistuksen. Hautausluvan myöntämisen jälkeen vainaja siirretään omaisten toiveiden mukaiseen paikkaan joko sairaalan kylmiöön tai oman seurakunnan tiloihin. (Ikonen 2013, 261; Poukka 2015, 580.) Jos saattohoitoon kodinomaisessa ympäristössä on osallistunut kotihoidon henkilöstöä, käydään usein surukodissa vielä potilaan kuoleman jälkeen. Käynnillä voidaan käsitellä kuoleman aiheuttamia tunteita, kysymyksiä ja käytännön järjestelyitä. Omaiset ovat kokeneet tämän käynnin merkitykselliseksi. (Ikonen 2013, 261.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksena, minkälaisista tekijöistä hyvä kotisaattohoito muodostuu ja tuottaa ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa siitä, mitä vaaditaan hyvän saattohoidon toteuttamiseen potilaan kotona. Tavoitteena on lisätä hoitotyön tekijöiden tietoa siitä, millaisista asioista hyvä kotisaattohoito muodostuu, sekä auttaa kehittämään kotisaattohoitotyön käytänteitä Suomessa.

Opinnäytetyötä ohjasi yksi tutkimuskysymys, jonka tarkoituksena oli selvittää, mistä tekijöistä muodostuu hyvä saattohoito kodinomaisessa ympäristössä.

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Hoito- ja terveystieteellisissä tutkimuksissa käytetään menetelmänä paljon kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 292.) Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on muodostaa kokonaiskuva jo aiemmin tehdyistä tutkimuksista. (Stolt, Axelin, Suhonen 2016, 23.) Kirjallisuuskatsauksia on useita eri tyyppisiä, joita käytetään eri tarkoituksiin. Kirjallisuuskatsaukset voidaan jaotella kolmeen eri päätyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi/meta-synteesi. Opinnäytetyötä suunniteltaessa valitaan omaan tutkimukseen sopiva kirjallisuuskatsaus tyyppi. Kaikki kirjallisuuskatsaus tyypit sisältävät kuitenkin samat tekijät: kirjallisuuden haku ja arviointi, aineiston pohjalta tehtävä, analyysin sekä synteesin. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa hyvä kokonaiskuva valitusta/halutusta aiheesta. Kaikki kirjallisuuskatsaukset perustuvat prosessimaiseen toimintaan. Kirjallisuuskatsaus on hyvä menetelmä tutkimustyössä. (Stolt ym. 2015, 7-8.)

Ensimmäinen tärkeä vaihe kirjallisuuskatsausta tehtäessä on kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Tarkoituksen määrittäminen antaa suunnan tutkimukselle esimerkiksi mitä asiasta jo tiedetään. Aihetta valittaessa olisi hyvä kiinnittää huomiota aiheen kiinnostavuuteen, jotta tutkijat jaksavat viedä tutkimuksen loppuun saakka. Tärkeää on myös tunnistaa mahdolliset olemassa olevat ennakkokäsitykset tutkittavasta aiheesta, koska tutkimus on tuotettava mahdollisimman puolueettomasti. (Stolt ym 2016, 24.)

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia mistä tekijöistä muodostuu hyvä kotisaattohoito. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsaustyypeistä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on niin sanottu yleiskatsaus ilman tarkkoja ja tiukkoja sääntöjä ja sen avulla etsitään vastauksia siihen, mitä aiheesta jo tiedetään. Aineiston valintaa ei rajaa metodiset säännöt. Käytetyt aineistot ovat kuitenkin laajoja ja tutkittava ilmiö voidaan kuvata laaja-alaisesti. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus perustuu tutkimuskysymykseen. (Salminen 2011.) Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa siitä, mitä vaaditaan hyvän saattohoidon toteuttamiseen potilaan kotona.

7.2 Aineiston hakeminen, rajaus ja arviointi

Kirjallisuuskatsauksen toinen vaihe, tutkimusaineiston hakeminen ja rajaus. Toinen vaihe sisältää varsinaiset haut, sekä asiaankuuluvan kirjallisuuden valintaprosessin. Hakuprosessissa, sekä tutkimuksia valittaessa on tarkasti harkittava, millaisella asetelmalla jo toteutetut tutkimukset vastaavat omaan laadittuun tutkimuskysymykseen. (Stolt ym 2016, 25.) Aineiston rajaaminen perustuu mukaanotto- ja poissulkukriteereiden muodostamiseen. Tarkat rajaukset ja kriteerit helpottavat olennaisen kirjallisuuden tunnistamista ja varmistavat, että katsaus pysyy suunnitellussa tarkoituksessa. Esimerkiksi rajaamalla aineiston julkaisuvuotta lähivuosiin saadaan tuoreimmat tutkimukset valitusta aihealueesta. (Stolt ym 2016, 26.) Kirjallisuuskatsauksen kolmas vaihe on hakuprosessin perusteella valittujen

tutkimusten arviointi. Arvioinnin tarkoitus on tarkastella alkuperäisiä tutkimuksia, niistä saadun tiedon kattavuutta, sekä tulosten edustavuutta. Arvioinnissa myös tarkastellaan, jotta havaitaan miten asiaankuuluva alkuperäistutkimuksen tieto on oman tutkimuskysymyksen kanssa. Tarkoituksena on saada omasta tutkimuksesta mahdollisimman totuudenmukainen ja luotettava. (Stolt ym 2016, 28.)

Opinnäytetyön aiheeseen perehdyttyämme, valitsimme aineistolle seuraavat sisäänotto- ja poissulkukriteerit (taulukko 1). Aineistoa haettiin manuaalisella haulilla ja erilaisista sähköisistä tietokannoista. Aikarajoituksena aineistolle määrittelimme 9 vuotta, koska halusimme tutkittavan aineiston olevan mahdollisimman ajantasaista. Aineistohaussa on käytetty ainoastaan ilmaiseksi saatavilla olevia tutkimuksia, suosituksia ja artikkeleita. Haettavia asiasanoja olivat kotihoito, saattohoito, kotisaattohoito, palliatiivinen hoito. Englanninkielisissä hakusanoissa käytettiin palliative care, hospice care, home care, end of life care, terminal care. Opinnäytetyön tiedonhaakuun on käytetty palliatiiviseen hoitoon ja kotisaattohoitoon liittyviä tutkimuksia, artikkeleita ja suosituksia, jotka ovat näyttöön perustuvia ja vastaavat tutkimuskysymykseen.

Taulukko 1. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen	Aineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen
Aineisto on julkaistu vuosien 2010-2019 välillä	Ennen vuotta 2010 julkaistut aineistot
Aineisto on suomen- tai englanninkielistä	Muut, kuin suomen- tai englanninkieliset aineistot
Koko aineisto on ilmaiseksi saatavilla	Koko aineistoa ei saada luettavaksi ilmaiseksi

Aineisto käsittelee kotona tapahtuvaa saattohoitoa	Aineisto ei käsittele kotona tapahtuvaa saattohoitoa
Suomen- tai englanninkielinen aineisto: väitöskirja, pro gradu, suositukset, tutkimusartikkelit ja artikkelit	Muut, kuin suomen- tai englanninkieliset väitöskirjat, pro gradut, tutkimusartikkelit ja artikkelit

7.3 Aineiston analyysi

Tämän vaiheen tarkoituksena on tehdä yhteenveto valittujen tutkimusten tuloksista. Kirjallisuuskatsauksena tehdyssä tutkimuksessa aineiston analyysissa katsauksen tekijät järjestelevät ja luokittelevat aineiston. Tällä tavoin varmistetaan, että tutkimukseen tulee halutut tutkimukset. (Stolt ym 2016, 30.) Tähän opinnäytetyöhön kerätty aineisto analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysissä pääpaino on tutkimusaineistossa. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan käsitteellinen kokonaisuus. Induktiivisessä sisällön analyysissä aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla ja teorioilla tutkittavasta asiasta ei ole tekemistä analyysin toteuttamisvaiheessa tai lopputuloksen kanssa ja tieto voi olla hyvinkin hajanaista. Induktiivinen sisällön analyysi voidaan kuvata kolmivaiheiseksi. Vaiheet koostuvat aineiston pelkistämisestä, aineiston ryhmittelystä sekä teoreettisten käsitteiden luomisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 95-97.)

Mukaan valitut tutkimukset käytiin vielä läpi pitäen mielessä opinnäytetyön tutkimuskysymys ja siihen vaikuttavat tekijät: Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että saattohoito on laadukasta kodinomaisessa ympäristössä. Seuraavaksi tutkimusaineisto pelkistettiin vastamaan tutkimuskysymykseen ja turha tieto karsittiin hävittämättä olennaista ja tutkimuskysymykseen vastaavaa tietoa. Tutkimusaineistoa tiivistettiin sekä tämän jälkeen ryhmiteltiin pohjautuen taustateoria tietoon. Tässä opinnäytetyössä se käsittelee kotisaattohoidon laadullisia tekijöitä, nämä ovat jaettu yläluokkiin (kts taulukko 2). Tämän jälkeen jokainen ryhmä nimetään ryhmän sisältöä parhaiten kuvaavalla otsikolla, jolloin tulosten ryhmittelyn seurauksena voidaan löytää käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli.

Tuloksen avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa merkityskokonaisuutta. (Sarajärvi ym. 2018, 107.)

Taulukko 2. Aineiston ryhmittely

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Toimiva ja saattohoitopotilaan kotona olemisen mahdollistava ympäristö.</p> <p>Toimivat apuvälineet.</p> <p>Positiivinen ja turvallinen ilmapiiri.</p> <p>Sujuva yhteistyö saattohoitopotilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan välillä.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fyysinen ympäristö ja ympäristön muokkaus mahdollisuus • apuvälineet • Ilmapiiri • Yhteistyö 	<p>Turvallinen ja yhteisöllinen ympäristö</p>
<p>Saattohoitopotilaan oma halu ja toive olla kotona.</p> <p>Saattohoitopotilas kokee, että omassa kodissaan hänellä on oma identiteetti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Saattohoitopotilaan oma asenne • Saattohoitopotilaan oma toive • Identiteetti • Yksilölliset tarpeet 	<p>Saattohoitopotilaan oma kokemus ja toiveiden huomiointi</p>
<p>Elämän kokeminen mielekkäänä</p> <p>Väsymys, hengenahdistus, nielemisvaikeudet, ummetus, pahoinvointi ja kognitiiviset häiriöt</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vuorovaikutus • Fyysiset oireet • Fyysinen toimintakyky 	<p>Saattohoitopotilaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen</p>

<p>Ahdistuneisuus, depressio, delirium, käytöshäiriöt, psykologiset oireet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psykkiset oireet 	
<p>Saattohoitopotilaan puh- taus, ihonhoito, ravitsemuk- sesta huolehtiminen ja vat- santoiminnan merkitys.</p> <p>Riittävä kivunhallinta</p> <p>Henkinen tukeminen</p> <p>Pahoinvoinnin hallinta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hyvä perushoito • kivun hoito • Eksistentiaalisten tarpeiden huomiointi 	<p>Hyvä oirehoito ja kivun hallinta</p>
<p>Yhteistyö läheisten ja ammattilaisten välillä</p> <p>Perhelähtöinen hoitotyö</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Omaishoitaja • Perhe, ystävät 	<p>Saattohoitopotilaan läheisten huomiointi ja osallistuminen hoitoon</p>
<p>Kokemus kuulluksi tulemisesta</p> <p>Kokemus tulla kohdatuksi arvokkaana</p> <p>Huomioimalla herkkyys saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä välillä</p> <p>Aikaa kuunnella saattohoitopotilaan tuntemuksia ja kokemuksia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kuuntelemisen merkitys • Luotettavuus • Aktiivinen kuuntelu • Keskustelu 	<p>Kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen</p>

8 Tulokset

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksen mukaan tuloksissa tarkastellaan tekijöitä, joista hyvä saattohoito muodostuu kodinomaisessa ympäristössä. Hyvää saattohoitoa voidaan tarkastella ja arvioida useasta eri näkökulmasta. Potilaan, omaisten, ammattihenkilöstön, yhteiskunnan ja talouden näkökulmista (Anttonen 2016, 18.) Valikoitujen tutkimusten mukaan hyvä kotisaattohoito koostuu useista eri tekijöistä, keskiössä on kuitenkin kaikissa ollut saattohoitopotilaan oma toive kotona kuolemista ja niistä tekijöistä, jotka mahdollistavat kotona kuolemissa turvallisesti ja ilman turhia kärsimyksiä. Saattohoitopotilaiden läheisten mukana oleminen ja hoitoon osallistuminen olivat myös suuressa roolissa arvokkaan kotisaattohoidon onnistumisessa. Kotisaattohoitotyössä myös korostuu palliatiivisen hoidon merkitys.

8.1 Turvallinen ja yhteisöllinen ympäristö

Tervalan tutkimuksen mukaan (2014, 25-26) käsite palliatiivinen hoito kotona, tarkoittaa yhteistyötä saattohoitopotilaan, hänen läheistensä, sekä hoitohenkilökunnan välillä. Läheisen ja tiiviin yhteistyön saavuttaminen potilaan omaisten kanssa on tärkeää heti saattohoidon ensimmäisestä päivästä lähtien, sillä omaiset ovat avainroolissa palliatiivisen hoidon toteuttamisessa potilaan kotona. (Danielsen, Sand, Rosland, Førland, 2018, 5.) Tervalan (2014, 9) kotisaattohoito on turvallista, kotona toteutettavaa kokonaisvaltaista hoitoa. Saattohoitopotilaan fyysisen hyvinvoinnin huomioiminen, saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä psykososiaalisen hyvinvoinnin sekä hoitohenkilökunnan psykososiaalisen hyvinvoinnin huomioiminen on kotisaattohoidon ominaispiirteitä.

Kotisaattohoito ympäristönä tarjoaa turvallisuuden tunnetta saattohoitopotilaalle. Perheen jokapäiväinen elämä, omat tavat ja arjen rutiinit lisäävät turvallisuuden ja tuttuuden tunteita. (Tervala 2014, 32-34; Ollila 2015, 6.) Saattohoito kotona vaikuttaisi olevan tavallisten arkistenkin asioiden tekemistä, joka edustaa saattohoitopoti-

laalle tervettä puolta elämästä. Hyvän oirehoidon myötä saattohoitopotilas voi voin-
tinsa mukaan jatkaa tuttuja ja hänelle tärkeitä harrastuksia esimerkiksi puutarha-
töitä, luonnossa olemista ja oman perheen kanssa olemista. (Tervala 2014, 32-33.)

Yhteenkuuluvuuden tunne saattohoitopotilaan ja hänen läheistensä välillä vaikuttaa
korostuvan kotisaattohoidossa. Tämä vaikuttaa positiivisesti saattohoitopotilaan psy-
kososiaaliseen hyvinvointiin. (Anttonen 2016, 33.) Tervalan (2014, 29-33) mukaan
koti saattohoitoympäristönä voi olla haasteellinen, mutta antaa myös mahdollisuuk-
sia saattohoitopotilaan elämän jatkumisen niin normaalina kuin mahdollista. Koti-
saattohoidon toteutumista edistää sopivien apuvälineiden kotiin saaminen. Tervalan
(2014, 33-34) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön mielestä koti saatto-
hoitoympäristönä tarjoaa erilaisen ja paremman mahdollisuuden yksilölliselle koh-
taamiselle sekä psykososiaalisen tuen antamiselle.

Yksin asuva kotisaattohoidossa olevalle potilaalle hoitohenkilökunnan antamat posi-
tiiviset kokemukset, kuten kauniiden näkymien tarjoaminen ja herkullisesti tuoksuvat
ateriat ovat tärkeitä ja helpommin toteutettavissa kuin laitosympäristössä toteutet-
tavassa saattohoidossa. (Tervala 2014, 32.) Saattohoitopotilaat voivat olla kotona
pitkään toimivan hoitosuhteen ansiosta. Tarvittaessa saattohoitopotilaan on kuiten-
kin päästävä sujuvasti esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolle. (Ollila 2015, 6.)

8.2 Saattohoitopotilaan oma kokemus ja toiveiden huomiointi

Saattohoitopotilaan hoidon ydin näyttää koostuvan saattohoitopotilaan arvostavasta
ja kunnioittavasta kohtaamisesta sekä hoidon tulee olla saattohoitopotilaan tarpeista
lähtevää. (Hävölä, Rantanen & Kylmä 2015, 142.) Ollilan (2015, 6) tutkimuksen
mukaan lähtökohta kotisaattohoidolle on saattohoitopotilaan oma toive kuolemasta
kotona. Saattohoitopotilaan oma toive saada olla omassa kodissa elämän
loppuvaihe, luo itsenäisyyden tunnetta potilaalle. Saattohoitopotilas kokee, että
hänellä on omassa kodissaan oma identiteetti. Kotona kuoleminen on liitetty hyvään
kuolemiseen ja koti paikkana kuolla on sellainen, jossa saattohoitopotilas säilyttää

parhaiten autonomiansa. Saattohoitopotilaan kokemukset hyvästä elämän loppuvaiheen hoidosta omassa kodissaan luovat vahvaa eheyden ja koskemattomuuden tunteita. Saattohoitopotilas pystyy tekemään kotona sellaisia asioita, joita hän haluaa, tämä luo toivoa saattohoitopotilaalle (Tervala 2014, 33; Jäntti-Leivo 2018, 11-12.) Kotona kuoleamisen mahdollisuus näytti lisääntyvän, kun potilas ja hänen läheisensä saivat riittävästi tukea. (Anttonen 2016, 24.)

Hyvä saattohoito on potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja niihin perustuva hoito. Hyvän saattohoidon ensisijainen tavoite potilaan näkökulmasta on mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Tämä voidaan saavuttaa potilaan kokonaisvaltaisella huomioimisella: potilaan psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Tehokas kivunhoito ja oireiden kontrollointi nousivat myös esille merkittävänä asioina. Potilaan näkökulmasta hoidon laatua voidaan määrittää esimerkiksi kokemukseen välitetyksi tulemisella, koettuun hoidon tarpeeseen, onnistuneisiin vuorovaikutus tilanteisiin, oireiden lievittymiseen sekä toimintakyvyn ylläpitämiseen. (Tervala 2014, 18; Anttonen 2016, 22; Ollila 2015, 22.)

Anttosen (2016, 22) mukaan potilaskeskeisyys on suuressa roolissa potilaan voimavarojen vahvistajana. Vastaamalla rehellisesti saattohoitopotilaiden esittämiin kysymyksiin sekä kuuntelemalla saattohoitopotilasta kokivat he voimavarojensa vahvistuvan. Hoidosta keskusteleminen ja päätösten teon jakaminen saattohoitopotilaan kanssa tuottavat saattohoitopotilaalle kokemuksen arvostuksesta. Potilaan kokemusta hyvästä kotisaattohoidosta lisäsivät hoitomahdollisuuksista keskusteleminen, moniammatillinen tiimityö sekä hoidon jatkuvuuden takaaminen. Saattohoitopotilaat asettavat kotisaattohoidossa etusijalle elämän päättymiseen valmistautumisen, jolla he tarkoittivat tunteidensa jakamista sekä hyvästelyä. (Anttonen 2016, 28; Jäntti-Leivo 2018,10.) Anttosen (2016, 22-23) tutkimuksen tulos viittaa siihen, että arvot painottuvat turvallisuuteen, tasapainoisuuteen ja pysyvyyteen. Nämä tekijät näyttäsivät suojelevan kotisaattohoitopotilaiden yksilöllistä elämänlaatua.

8.3 Saattohoitopotilaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

Tervalan (2014, 29) mukaan saattohoitopotilaan fyysistä hyvinvointia voidaan arvioida tutkimalla kotisaattohoitopotilaan elämänlaatua. Fyysinen hyvinvointi voidaan jakaa eri aihealueisiin: fyysisten oireiden hallinta ja hoito, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, kivun hoito, muuttuva keho kuoleman lähestyessä ja mahdollisten tarvittavien apuvälineiden käyttö. Fyysisiä oireita saattohoitopotilaalla saattaa olla väsymys, hengenahdistus, nielemisvaikeudet, ummetus, pahoinvointi ja kognitiiviset häiriöt. (Tervala 2014, 29; Ollila 2015, 21 .)

Anttosen (2016, 28,23) mukaan psyykkiset oireet saattohoitopotilaalla vaikuttavat eniten elämänlaatuun. Psyykkisiä oireita saattohoitopotilailla saattaa olla ahdistuneisuus, masentuneisuus, sekavuus ja käytöshäiriöt sekä muut yleiset psykologiset oireet. Psyykkisten oireiden hoito on osa oirehoidon kokonaisuutta ja sillä voi olla suuri vaikutus saattohoitopotilaan elämänlaatuun. Kotisaattohoidossa olevan potilaan psyykkistä hyvinvointia Tervalan (2014, 32-33) näytti lisäävän yhteydenpito ystäviin, kirjallisuuden lukeminen, oman elämäntarinan jakaminen muiden kanssa, perhetapahtumien jakaminen. Hahon (n.d) tutkimuksen mukaan kuoleman läheisyys tuottaa surua, joka käynnistää luopumisprosessin. Tämä saattaa aiheuttaa saattohoitopotilaassa eksistentiaalista kärsimystä, joka huipentuu ajatukseen kaiken päättymisestä.

8.4 Hyvä oirehoito ja kivun hallinta

Oireiden hallinta on yksi tärkeimmistä hoidon elementeistä kokonaisvaltaisessa kotisaattohoidossa. Oirehoidossa vaikuttaisi olevan suuri merkitys kotisaattohoidossa, varsinkin saattohoitopotilaan makuulla oloaikaan, pahoinvointiin sekä ahdistuneisuuteen. (Tervala 2014, 29; Anttonen 2016, 23.) Hoidettavan kipu ja muut oireet aiheuttivat kotona omaisiaan hoitavissa henkilöissä avuttomuuden ja turhautumisen tunteita. Jotkut kertoivat tilanteista, joissa sairaalahoitoon hakeutuminen oli välttämätöntä oireiden saamiseksi hallintaan ja jolloin he myös itse

tunsivat helpotusta vastaanottaessaan apua. Potilaiden kipua usein aliarvioidaan, mikä ei aiheuta kärsimystä ainoastaan potilaalle, vaan myöskin hänen omaisilleen. (Van den Beuken-van Everdingen ym.; 2007; Deandrea ym., 2008; Hunstand ym., 2011, 403). Anttosen (2016, 28) tutkimuksen mukaan kipu on saattohoitopotilaiden hankalin oire ja sen esiintyminen on vahvasti yhteydessä muihin fyysisiin oireisiin. Kivun haittaavuuden koettiin vähenevän lähellä kuolemaa, ehkä siitä syystä, että kipulääkitys tehostui viimeisinä päivinä. Kivun hallinta ja hoito vaikutti olevan yksi keskeisimmistä kotisaattohoidon tavoitteista. (Tervala 2014, 29; Ollila 2015, 21.)

8.5 Saattohoitopotilaan läheisten huomiointi ja osallistuminen hoitoon

Kotisaattohoito on elämän loppuvaiheen hoitoa, jota toteutetaan yhdessä kotisairaanhoidon ja saattohoitopotilaan läheisten turvin. Hoidon tavoitteensa on ehkäistä ja helpottaa kärsimystä tunnistamalla saattohoitopotilaan oireita ja tukemalla hänen läheisiään kotisaattohoidon toteuttamisessa. (Tervala 2014, 26.) Hävölän ja muiden (2014) tutkimuksen mukaan saattohoitopotilaiden toiveet kohdentuvat usein heistä itsestään usein heidän läheisiinsä, heidän jaksamiseensa ja selviytymiseen.

Saattohoidossa perhe on osa hoitokokonaisuutta, joka tulee huomioida hoitoa toteuttaessa. Läheiset tulisi huomioida kotisaattohoidossa voimavarana. (Anttonen 2016, 19; Hakala 2015, 4.) On tärkeää, että saattohoitopotilas voi itse määritellä perheensä ja läheisensä. Tällöin hänen lähellään on ihmisiä, jotka hän kokee itselleen läheisimmiksi ja tärkeimmiksi. Perhelähtöinen hoitotyö on hyvän saattohoidon edellytys. Saattohoitopotilaiden perheet ovat Anttosen tutkimuksen mukaan olleet kiitollisia myös sanattomasta kommunikaatiosta. (Tervala 2014, 19,32.) Anttosen (2016,28,26) mukaan läheiset kokivat saattohoidossa tärkeimpänä oirehoidon toteutuksen, henkilökohtaiset ja ammattihenkilöihin liittyvät suhteet, sekä elämänlaadun. Kotona hoidettavana ollut saattohoitopotilas ja hänen läheisensä hyötyivät kotiin viedyistä interventiosta, jossa opetettiin kivunhallintaa ja sopeutumismenetelmiä. Tulokset ovat osittaneet, että läheisen kokemus auttajana lisääntyi kivun hoidon ja oire-

hoidon osalta. Samalla läheiset kokivat, että saattohoitoa ei koettu niin kuormittavana. Kotisaattohoitoa edistää, mikäli saattohoitopotilaan läheinen on valveutunut ja pystyy hallitsemaan hyvän oire- ja lääkehoidon järjestämisen esimerkiksi kotisairaanhoidon tukemana. (Tervala 2014, 30.) Ollila (2015, 6) kertoo, että saattohoitopotilaan läheisille on annettava totuudenmukaista, ymmärrettävää ja riittävästi tietoa saattohoitopotilaan voinnista sekä hoidosta. Elämän loppuvaiheen hoidon tavoitteena onkin Tervalan tutkimuksen (2014, 26) mukaan sairaanhoitajan rooli on äärimmäisen tärkeä ja ainutlaatuinen, koska hänen on oltava herkkä tunnistamaan perheen kirjoittamattomat säännöt, sekä kodin ilmapiiri.

8.6 Kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen

Hävölän ja muiden (2014) tutkimuksen mukaan saattohoitopotilaat toivoivat tulevansa kuulluksi ja kohdatuksi arvokkaina ihmisinä. Kuuntelemisen merkitys saattohoitopotilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan välillä vaikuttaisi Tervalan (2014, 31-33) tutkimuksen mukaan lisäävän yhteenkuuluvuuden tunnetta. Luotettavuuden tunnetta vaikuttaisi lisäävän tunne tulla kohdatuksi ihmisenä, sekä tunnistamalla huomaavaisuuden ja herkkyyden saattohoitopotilaan ja hänen läheisensä välillä. Hunstadin ja Svindsethin (2011, 400) tutkimuksen mukaan saattohoitopotilasta kotona hoitava läheinen tarvitsee enemmän kuin pelkästään käytännön ohjausta. Läheiset toivoivat, että hoitajat puhuisivat heidän kanssaan ja että heidän näkemyksiään potilaan hoidosta kuunneltaisiin. Aktiivisella kuuntelulla vaikuttaisi olevan suuri rooli varsinkin, mikäli saattohoitopotilas ja/tai hänen läheisensä ovat alakuloisia. Hyvässä kotisaattohoidossa hoitajalla on aikaa kuunnella tarvittaessa. (Tervala 2014, 31-32.) Saattohoitopotilaan ja hoitohenkilökunnan välisen keskustelun merkitys vaikuttaisi olevan suuressa roolissa erityisesti silloin, kun saattohoitopotilas tarvitsee hengellistä tukea. Erityisesti tämä korostuu, mikäli kotisaattohoidossa asuva potilas asuu yksin psykososiaaliset tarpeet kasvavat. (Tervala 2014, 32.)

9 Pohdinta

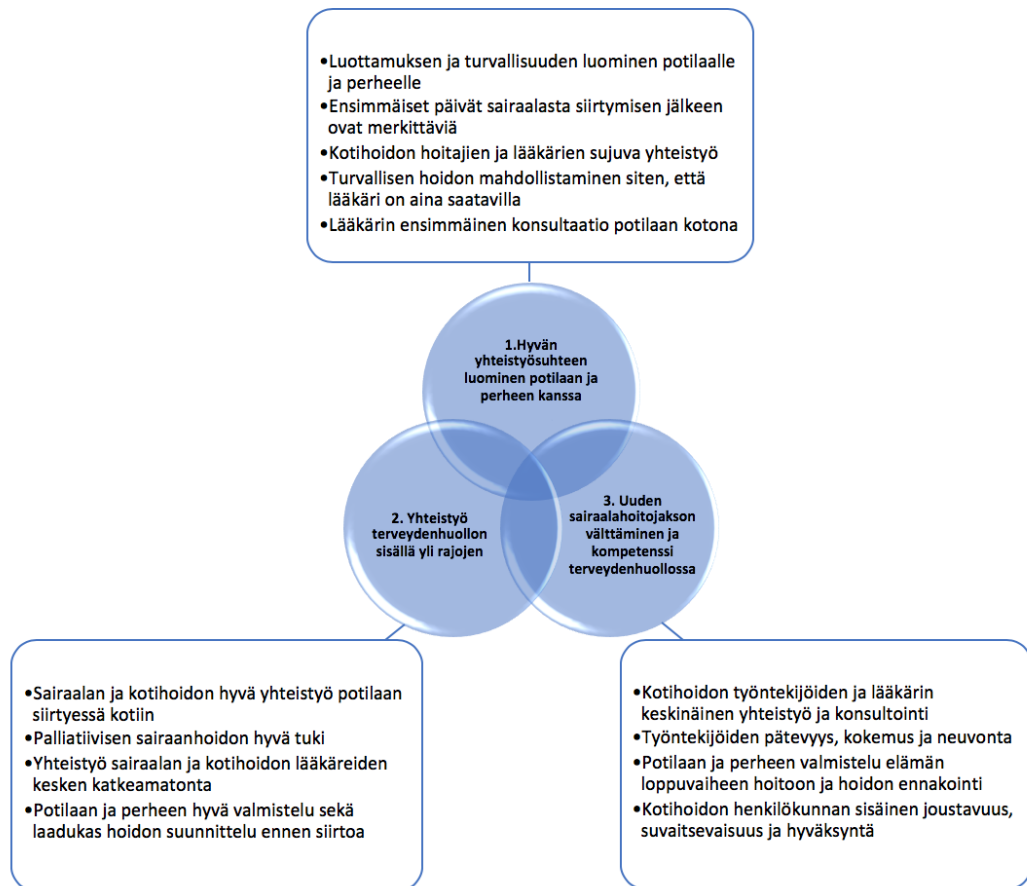
9.1 Pohdinta ja tulosten tarkastelu

Hyvän ja laadukkaan kotisaattohoidon elementit vaikuttavat opinnäytetyön mukaan koostuvan useasta eri tekijästä. Onnistuneen kotisaattohoidon ensisijainen tavoite on saattohoitopotilaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Hyvää kotisaattohoitoa voidaan tarkastella ja arvioida useasta eri näkökulmasta. Potilaan, omaisten, ammattihenkilöstön, yhteiskunnan ja talouden näkökulmista (Anttonen 2016, 18.) Hävölä ym (2015, 142) tutkimuksen mukaan kotisaattohoito perustuu saattohoitopotilaan tarpeista lähteväksi ja hyvään suunnitteluun hoidon alkuvaiheessa. Suunnitelmaa tehtäessä otetaan huomioon kokonaisuus, joka käsittää saattohoitopotilaan omat toiveet ja tarpeet, hänen läheistensä toiveet ja tarpeet, hallittu kivun ja oireidenhoito, ympäristön tarkoituksen mukaisuus sekä turvataan mahdollisuus päästä tehostetumpaan hoitoon tilanteen näin vaatiessa (esimerkiksi kotiosasto). Yksi onnistuneen kotisaattohoidon elementeistä on saattohoitopotilaan oma tahto kuolla kotona. Tämä tuo saattohoitopotilaalle itsenäisyyden tunteen. (Ollila 2015,6.)

Kotisaattohoitotyössä korostuu palliatiivinen hoito, joka on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, huomioiden hyvä perushoito, kuolevan olon kohentaminen, kipujen ja pahaa oloa tuottavien oireiden minimointiin, turhien toimenpiteiden välttämiseen ja laadukkaaseen elämän loppuvaiheeseen. (Anttonen 2016, 3.) Tapahtui saattohoito kotona, laitoksessa tai sairaalassa, keskeistä hoidossa on hyvä oirehoito ja kärsimysten lievittäminen. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe ja ajoittuu lähelle kuolemaa. (Tervala 2014, 28.) Gomesin ja kumppaneiden (2015, 7-8) tutkimuksen mukaan potilaat, jotka saivat kuolla kotona, olivat rauhallisempia viimeisen elinviikkonsa aikana. Kotikuoleman mahdollistaminen vaikutti myös omaisten kokeman surun intensiteettiin, joka oli lievempi, kuin sairaalassa kuolleilla potilaiden omaisilla. Anttoson (2016, 28) tutkimuksen mukaan saattohoitopotilaat, heidän läheisensä ja hoitohenkilökunta olivat yhtä mieltä siitä, että tärkeintä elämän loppuvaiheen hoidossa on: oirehoito, mahdollisuus itse valita mieluinen paikka kuolla, arvokkuuden

kokemus, elämänlaadun mahdollisimman hyvänä jatkuminen, elämän päättymiseen asennoituminen ja valmistautuminen, henkilökemiat sekä hoidon koordinointi ja jatkuvuus.

Danielsen ja kumppaneiden (2018, 4-5) tutkimuksessa haastateltiin kotihoidon sairaanhoitajia ja lääkäreitä, jonka pohjalta hyvän kotisaattohoidon onnistumiseksi nostettiin kolme pääteemaa (kuvio 4). Tutkimukseen osallistuneet henkilöt pitivät tärkeimpänä hyvän yhteistyön luomista perheen ja potilaan kanssa heti hoidon alkaessa, moniammatillista yhteistyötä ja joustavuutta varsinkin työaikojen suhteen, sekä uusien sairaalahoitajaksojen ehkäisemistä lisäämällä ammattilaisten välistä yhteistyötä sekä osaamista. Hoaren ja kumppaneiden (2019, 562-564) tutkimuksessa nousi esille, että uuden sairaalahoitajakson välttämiseksi ja että potilaalla olisi mahdollisuus kuolla kotonaan, tulisi kiireellistä hoitoa olla saatavilla kotiin aina, kun potilaan tila äkillisesti heikkenee tai uusia vaikeita oireita ilmaantuu. Toiseksi tärkeäksi asiaksi tutkimuksessa nousi hoidon suunnittelu ja omaisten valmistaminen sekä tukeminen hoidon aikana. Läheisten kokemattomuus saattohoidossa ja kuoleman kohtaamisessa hankaloitti potilaan kotisaattohoitoa. Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää erityisesti siihen, että koti on sopiva ympäristö potilaan hoitoon ja että läheisille tarjotaan riittävästi tietoa hoidosta ja tukea sen aikana.



Kuvio 4. Hyvän kotisaattohoidon kolme pääteemaa (mukaiillen Danielsen ja kumppanit (2018, 4-5).

Kodinomaisen ympäristön tulee muodostaa turvalliset olosuhteet toteuttaa kotona tapahtuvaa saattohoitoa. Kotona tulee olla hoitoon tarvittavat apuvälineet, jotta kotisaattohoitoa voidaan toteuttaa mahdollisimman inhimillisesti ja turvallisesti. (Tervala 2014, 32-34; Ollila 2015, 6.) Kotisaattohoidossa olevalla henkilöllä olisi hyvä olla hoitohenkilökunnan lisäksi joku läheinen, joka auttaa hoidossa ja on saattohoitopotilaan tukena. Arvokkaassa kotisaattohoidossa on tutkimusten mukaan äärimmäisen tärkeää kohdata saattohoitopotilas ja hänen läheisensä kunnioittavasti, kuunnellen heidän toiveitaan, miten he toivovat hoidon toteutuvan. (Tervala 2014, 19, 26, 32.)

9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Saattohoito kodinomaisessa ympäristössä on hyvin ajankohtainen aihe ja valikoitui siksi opinnäytetyön aiheeksi. Opinnäytetyössä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja eettisiä suosituksia, joka tarkoittaa, että opinnäytetyön tekijät ovat huolellisia, avoimia ja rehellisiä sekä kunnioittavat muiden tutkijoiden työtä. (Arene, 2018). Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka luotettavuus koostuu tutkimuskysymykseen vastaavan aineiston keruusta. Työssä käytetty aineisto on rajattu yhdeksään vuoteen, eli ajalle 2010-2019. Aineistohaku on toteutettu luotettavista lähteistä ja valittujen tutkimuksien laatua arvioitu Joanna Briggs instituutin luomien kriteerien mukaan. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää, että kirjallisuuskatsausta on tekemässä kaksi eri tekijää, joilla ei ole aiheesta aikaisempaa kokemusta. Luotettavuutta lisää myös se, että työssä käytettiin kansainvälisiä tutkimuksia sekä suomen- ja englanninkielisiä lähteitä.

Opinnäytetyön luotettavuutta saattaa vähentää se, että opinnäytetyössä käytetään vain sellaista materiaalia, joka on mahdollista saada maksutta luettavaksi. Lisäksi luotettavuutta vähentää se, että opinnäytetyön tekijät ovat kokemattomia. Työhön voitiin valita vain osa saatavilla olevista tutkimuksista. Tutkittava aihe tulisi rajata mahdollisimman tarkasti, koska silloin on mahdollista hyödyntää saatavilla olevaa tutkittua tietoa mahdollisimman laajasti.

9.3 Ehdotus jatkotutkimukselle

Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla kotisaattohoidon kehittäminen hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta. Tutkimus voitaisiin toteuttaa empiirisenä tutkimuksena kotihoidon työntekijöille. Opinnäytetyössä voisi haastatella esimerkiksi jonkin tietyn alueen kotihoidon sairaanhoitajia, lähihoitajia ja kotihoidon lääkäreitä, joilla on jo kokemusta kotisaattohoidosta. Näin saataisiin lisää tietoa kotisaattohoidon kehittämiseksi.

Lähteet

Anttonen, M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 4.6.2019.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 1.11.2019.

<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ammattikorkeakoulujen%20opinnäytetöiden%20eettiset%20suositukset.pdf>

Department of Health, 2008. End of Life Care Strategy. Promoting high quality care for all adults at the end of life. Viitattu 2.10.2019. <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LqML6Wj3xkkPO5rQoiex1A/Text/End%20of%20Life%20Care%20Strategy%20-%20Promoting%20high%20quality%20care%20for%20all%20adults%20at%20the%20end%20of%20life%20.pdf>

Department of Health, 2008. End of Life Care Strategy. Promoting high quality care for all adults at the end of life. Viitattu 2.10.2019. <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/LqML6Wj3xkkPO5rQoiex1A/Text/End%20of%20Life%20Care%20Strategy%20-%20Promoting%20high%20quality%20care%20for%20all%20adults%20at%20the%20end%20of%20life%20.pdf>

Danielsen, B., Sand, A., Rosland, J., Førland, O. 2018. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. Viitattu 8.10.2019. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Erjanti, H., Anttonen, M., Grönlund, A., Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet. Helsinki: Fioca Oy.

Forsell, M. 2015. Lääkemuodot palliatiivisessa hoidossa. Julkaisussa Palliatiivinen hoito. Viitattu 17.9.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00245/do>

Gomes, B., Calanzan, N., Koffman, J., Higginson, I. 2015. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study. Viitattu 3.10.2019. <https://janet.finna.fi>, PubMed.

Grönlund, E. 2015. Matkavalmisteluja ja opastajia. Elämän viimeisen vaiheen kokemukset. Helsinki: Basam Books.

Hakala, T. 2015. Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa: Kirjallisuuskatsaus. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.8.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97205/GRADU->

1432812672.pdf?sequence=1&isAllowed=yfile:///C:/Users/Omistaja/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Tina%20Jaakkola%20_%20Pro%20gradu%20(1).pdf

Heiskanen, T. 2018. Kipu ja sen hoitoperiaatteet. Julkaisussa palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Toim. Saarto T., Hänninen J., Vainio A. & Antikainen R. Helsinki: Duodecim.

Hietanen P. 2015. Vuorovaikutus omaisten kanssa. Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto T., Hänninen J., Antikainen R. & Vainio A. Uudistettu 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. – 16. p. Helsinki: Tammi.

Hoare, S., Kelly, M-P., Barclay, S. 2019. Home care and end-of-life hospital admissions: a retrospective interview study in English primary and secondary care. Viitattu 8.10.2019. <https://janet.finna.fi>, Cinahl.

Hunstad, I., Svindseth, M. 2011. Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences. Viitattu 4.10.2019. <https://janet.finna.fi>, ScienceDirect.

Huttunen, J. 2013. Hyvä hoito kuoleman lähestyessä. Kolumni. Duodecim. Viitattu 29.9.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kol00220&p_listatyyppi=kol

Hänninen, J. 2018. Eksistentiaalinen kärsimys. Julkaisussa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Toim. Saarto T., Hänninen J., Vainio, A., Antikainen, R. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 30.11.2015. Eksistentiaalinen kärsimys. Julkaisussa Palliatiivinen hoito. Viitattu 17.9.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pli00169/do>

Hänninen, J. 2015. Oireiden arviointi. Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto T., Hänninen J., Antikainen R., Vainio, A. Uudistettu 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2015. Saattohoitoa kenelle, milloin ja mistä? Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto T., Hänninen J., Antikainen, R., Vainio, A. Uudistettu 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2018. Oireiden ja ennusteen arviointi. Julkaisussa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Toim. Saarto T., Hänninen J., Vainio, A., Antikainen, R. Helsinki: Duodecim.

Hävölä, H., Rantanen, A., Kylmä, J. 2014. Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina. Hoitotiedelehti. Viitattu 28.9.2019. <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/se/h/0786-5686/27/2/saattoho.pdf>

Ikonen, T. N.d. Saattohoito. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.2.2019. <https://stm.fi/saattohoito>

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Uudistettu 3 painos. Helsinki: Edita.

JB. 2017a. The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools for use in JBI Systematic Reviews. Checklist for Qualitative Research. Viitattu 2.10.2019. http://joanna-briggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_AppraisalChecklist_for_Qualitative_Research2017.pdf

JB. 2017b. The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Tools for use in JBI Systematic Reviews. Checklist for Analytical Cross-Sectional Studies. Viitattu 2.10.2019. http://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_AppraisalChecklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017.pdf

Jännti-Leivo, M. 2018. Kansalaisten käsityksiä kuolemasta ja hyvästä kuolemasta. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 6.6.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180710/urn_nbn_fi_uef-20180710.pdf

Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P & Likanen E, 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede. Viitattu 24.10.2019. <https://www.doria.fi/handle/10024/103977>

Ollila S., Wadén, P., Raiso, H. 2015. Näkemyksiä hyvästä saattohoidosta Pohjanmaan alueella. Näkökulmana "ihmisen ääni". Vaasan yliopisto. Viitattu 15.8.2019 https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7781/isbn_978-952-476-591-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Orell-Kotikangas, H. 2015. Ravitsemuksen merkitys palliatiivisessa hoidossa. Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R. & Vainio A. Uudistettu 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Palliatiivinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Viitattu 17.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063#K1>

Poukka, P. 2015. Kotisaattohoito. Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto T., Hänninen J., Antikainen, R., Vainio, A. Uudistettu 3. painos. Helsinki:Duodecim.

Poukka P. 2015. Kotisaattohoidon toteutus. Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto T., Hänninen J., Antikainen R. & Vainio A. Uudistettu 3. painos. Helsinki:Duodecim.

Poukka P., Korhonen T. 2015. Lääkehoito saattohoidossa. Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto T., Hänninen J., Antikainen R. & Vainio A. Uudistettu 3. painos. Helsinki:Duodecim.

Poukka, P., Korhonen, T. 2015. Kipulääkitys saattohoidossa. Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto T., Hänninen J., Antikainen R. & Vainio A. Uudistettu 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Pöyhiä, M., N.d. Eutanasia- laki aloite. Asiantuntija puheenvuoro. Viitattu 8.10.2019. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/JulkaistuMetatieto/Documents/EDK-2018-AK-177677.pdf>

Saarto, T. 2015. Palliatiivisen hoidon tarve ja saattohoidon tarve. Julkaisussa palliatiivinen hoito. Toim. Saarto T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. Uudistettu 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto T., Hänninen J., Antikainen R., Vainio A. 2015. Palliatiivinen hoito. Uudistettu 3. painos. Helsinki: Duodecim.

Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. 2018. Palliatiiviseen hoitoon liittyvät linjaukset ja päätökset. Julkaisussa Palliatiivisen hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Viitattu 17.3.2019. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

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

Schrijvers D., 1 & Cherny N. I. 2014. ESMO Clinical Practice Guidelines on palliative care: advanced care planning. ESMO Guidelines Working Group. Viitattu 4.10.2019. www.janet.finna.fi, PubMed.

Sipola, V. 2019. Eksistentiaalisen tuen merkitys elämän päättymisen kohtaamisessa. Viitattu 23.9.2019. <https://stm.fi/documents/1271139/12429036/Eksistentiaalisen+tuen+merkitys+elämän+päättymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+.pdf/21dfb6f6-b287-8dea-fb2e-7c7648149cf3/Eksistentiaalisen+tuen+merkitys+elämän+päättymisen+kohtaamisessa+Virpi+Sipola+Kirkkohallitus+.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli. Viitattu 24.10.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito suomessa. Viitattu 15.10.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali ja terveysministeriö. N.d. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 15.10.2019. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Stolt, M., Axelin, A., Suhonen, R., 2015. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.

Stolt M., Axelin, A., Suhonen, R., 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Julkaisussa Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Korjattu toinen painos. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.

Surakka, T., Mattila K-P., Åsted-Kurki, P., Kylmä, J. Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö, parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Helsinki: Fioca Oy.

Tarnanen, K., Saarto, T., Laukkala, T. 2018. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliatiivinen hoito ja saattohoito). Käypähoito potilasversiot. Viitattu 26.3.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00072&p_haku_sana=saattohoito

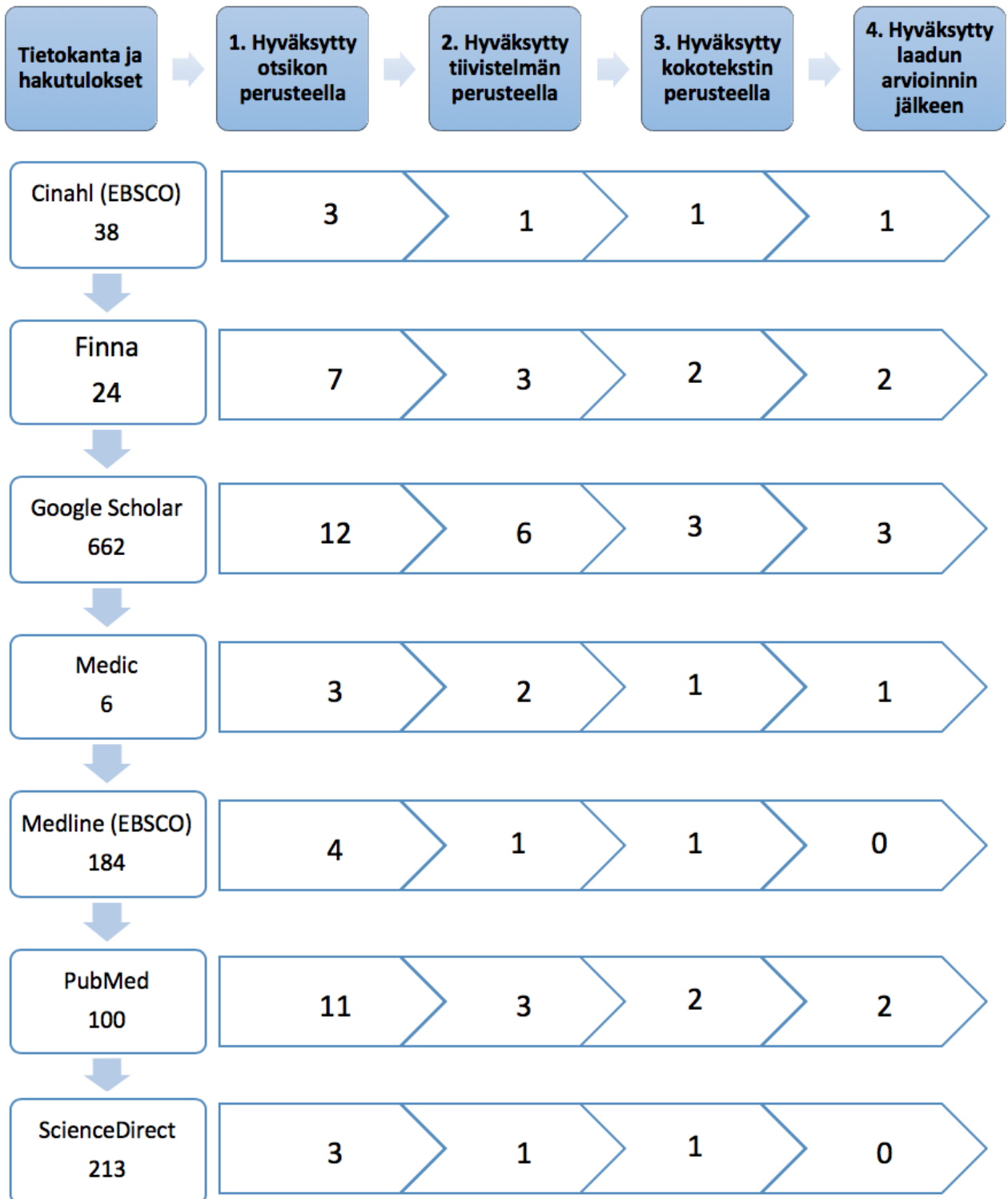
Terkamo-Moisio, A. 2016. Complexity of attitudes towards death and euthanasia. Department of Nursing Science, Faculty of health Sciences, University of Eastern Finland. Kuopio.

Tervala, M. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Viitattu 15.8.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201406061689.pdf>

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Liitteet

Liite 1. Tutkimusten valintaprosessi



Liite 2. Tiedonhaku taulukoituna

Tietokanta ja tiedon haun päivämäärä	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin (eli tiivistelmän) perusteella valitut	Lopullisia valittuja artikkeleita
Google Scholar 6.6.2019	saattohoito kotona näyttöön perustuva	Aikarajaus 2010-2019	662	12	6	3
Finna 6.6.2019	Saattoh*	Kieli:Suomi, aikarajaus 2010-2019, Aineistotyyppi: Pro gradu, väitöskirja	24	7	3	2
Medic 28.9.2019	Hoitotiede AND saattohoito	Kieli: suomi Aikarajaus: 2010-2019 Aineistotyyppi: Kaikki julkaisutyypit	6	3	2	1
Cinahl Ebsco 1.10.2019	End of life care OR Palliative care OR death OR dying OR terminally ill AND home-based care	Kieli: Englanti "Peer reviewed" "Research article" "Full text" Aikarajaus: 2010-2019	38	3	1	1
PubMed 21.9.2019	End of life care OR terminal care AND home- based care	Kieli: Englanti "10 years" "Free full text"	100	11	3	2
ScienceDirect 30.9.2019	Community-based, end of life care, terminal care, home care	Kieli: englanti "Open access" "Research articles" Aikarajaus: 2010-2019	213	3	1	1
Medline (EBSCO) 2.10.2019	End of life care OR dying at home AND palliative care	Kieli: englanti "Linked full text" "Review articles" Aikarajaus: 2010-2019	184	4	1	0

Liite 3. Tutkimukset taulukoituna ja laadun arviointi

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS/MENETELMÄ	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PISTEET ¹
<p>Anttonen Mirja Sisko</p> <p>Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa.</p> <p>Substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta</p> <p>Suomi 2016</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa saattohoitoa kuvaava substantiivinen teoria analysoimalla parantumattonta syöpää sairastavan aikuispotilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia saattohoidosta</p>	<p>Akateeminen väitöskirja</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla 45 osallistujaa. Haastatteluja tehtiin potilaille (N= 16), perheenjäsenille (N=14) ja hoitohenkilökunnalle (N=15). Aineisto kerättiin kotisairaaloissa (N=5) ja saattohoitokodeissa (N=3). Tutkimus tehtiin grounded theory -menetelmällä.</p>	<p>Tutkimus tuotti uusia käsitteitä ymmärtää ja hoitaa parantumattomasti sairaita potilaita, heidän läheisiään ja auttaa hoitohenkilökuntaa vaativassa työssään. Hyvä saattohoito voidaan nähdä myös perheiden terveyttä edistävänä toimintana.</p>	<p>10/10</p>

¹ JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a).

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PIS- TEET ²
<p>Danielsen Britt Viola, Sand Anne Marit, Rosland Jan Henrik, Førland Oddvar</p> <p>Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study</p> <p>Norja 2018</p>	<p>Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada enemmän tietoa kotihoidon sairaanhoitajien ja lääkärin välityksellä olosuhteista, jotka helpottavat tai vievät enemmän aikaa kotona ja lisää kotona tapahtuvien kuolemien määrää potilaille, joilla on terminaalivaiheen sairaus ja lyhyt elinajanodote.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin laadullista tutkimussuunnitelmaa, jossa oli neljä kohderyhmää. Osallistujia haasteltiin puolirakenteisen kysymysoppaan avulla. Tutkimuksessa haastateltavat olivat joko kotihoidon sairaanhoitajia tai lääkäreitä. Osallistujia oli yhteensä 19.</p>	<p>Tutkimuksessa tunnistettiin kolme pääteemaa: 1) Potilaan ja perheen hyvän aloituksen merkitys viidellä alateemalla, 2) ”Ohjaamon ohittaminen”- terveydenhuoltojärjestelmän yhteistyön merkitys neljän alateeman kanssa ja 3) Uuden sairaalahoidon välttäminen luomalla yhteistyötä ja osaamista perusterveydenhuollossa neljällä alateemalla.</p>	<p>10/10</p>

² JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a).

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PIS- TEET ³
<p>Gomes Barbara, Calanzan Natalia, Koffman Jonathan, Higginson Irene</p> <p>Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study</p> <p>Iso-Britannia 2015</p>	<p>Tutkimuksen mukaan useimmat potilaat, joilla on pitkälle edennyt syöpä haluavat kuolla kotona. Kaikilla ei ole siihen kuitenkaan yhtäläisiä mahdollisuuksia, ja todisteet siitä, onko kotona kuoleminen parempi vaihtoehto epäselviä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää yhteys kuolinpaikan, käytettyjen terveyspalvelujen ja kivun, rauhan tunteen ja surun voimakkuuden välillä.</p>	<p>Väestöpohjainen kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Kuolleisuuden seuranta-tutkimus 352 syöpäpotilaasta, jotka kuolivat sairaalassa (n = 177) tai kotona (n = 175) Lontoossa, Iso-Britanniassa. Rekisteröidyistä kuolemista tunnistetut omaiset täyttivät kyselylomakkeen, joka sisälsi validoidut mittaukset potilaan kivusta ja rauhasta viimeisen elinviikon aikana ja heidän oman surunsa intensiteetin. Tutkimuksessa määriteltiin tekijät, jotka vaikuttavat kuolemaan kotona, ja yhteydet kuolemanpaikan ja kivun, rauhan ja surun välillä.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan kotona tapahtuva kuolema on parempi, kuin kuoleminen sairaalassa rauhan ja surun vuoksi, mutta se vaatii keskustelua mieltymyksistä, yleislääkärin kotikäynneistä ja sukulaisten mahdollisuudesta olla poissa töistä.</p>	<p>7/8</p>

³ JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvantitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017b).

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PIS- TEET ⁴
<p>Hakala Tarja</p> <p>Eettiset näkökohdat saattohoitopotilaita ja heidän perheitään tutkittaessa: Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Suomi 2015</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata saattohoitopotilaisiin ja heidän perheisiinsä kohdistuviin tutkimuksiin liittyviä eettisiä kysymyksiä</p>	<p>Pro gradu</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Tutkimukselle asetettujen sisäänottokriteerien sekä laadunarvioinnin perusteella kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 24 artikkelia</p>	<p>Keskeiset eettiset näkökohdat olivat saattohoitopotilaiden ja heidän perheidensä mahdollisuudet osallistua tutkimukseen, monipuolinen yhteistyö osallistujien rekrytoinnissa, saattohoitopotilaiden ja heidän perheidensä hyvinvoinnin kunnioittaminen tiedonkeruun toteutuksessa, kuoleman läheisyyden tuomat riskit tutkimuksen toteutukseen sekä kuolemasta puhumisen avoimuus.</p>	<p>8/10</p>

⁴JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a).

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PISTEET ⁵
<p>Hoare Sarah, Kelly Michael P, Barclay Stephen</p> <p>Home care and end-of-life hospital admissions: a retrospective interview study in English primary and secondary care</p> <p>Iso-Britannia, 2019</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ammatillisen ja kotiin sijoittuvan hoidon ongelmat, jotka estävät kuoleman kotona ja johtavat sairaalahoitoon hakeutumisen elämän loppuvaiheessa.</p>	<p>Suurella englantilaisessa sairaalassa elämän loppuvaihetta lähestyville potilaille tehty kvalitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Retrospektiivinen tutkimus, joka toteutettiin syväisillä ja puolijärjestelmällisillä haastatteluilla hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten (n = 30) ja lähsukulaisten (n = 3) kanssa. Haastatteluissa käsiteltiin sitä, miksi vanhemmat (> 65-vuotiaat) potilaat saatetaan sairaalaan lähellä eliniän loppua. Haastattelut kirjoitettiin ja analysoitiin temaattisesti.</p>	<p>Kotiin sijoittuva elämän loppuvaiheen hoito osoittautui epävarmaksi. Terveydenhoitohenkilökunta harkitsi sairaalahoitoa, kun kotisairaanhoidon hoito ei ollut riittävää tai kun haasteita ilmeni perheen tarjoamassa hoidossa, joka oli usein laajaa, mutta heikosti tuettua. Näissä olosuhteissa kotia ei tunnustettu sopivaksi hoito- tai kuolemispaikaksi, mikä oikeutti hoitoon pääsyn muualle.</p>	<p>9/10</p>

⁵ JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a).

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PIS- TEET ⁶
<p>Hunstad Ingunn, Svindseth Marit Foelsvik</p> <p>Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences</p> <p>Norja 2011</p>	<p>Päätöksiä potilaiden toiveista ensisijaisesta hoito- ja kuolinpaikasta tehdään usein myöhässä. Potilaiden ja omaishoitajien kokemuksista palliativisesta hoidosta kotiympäristössä on olemassa vähän tietoa. Tässä tutkimuksessa selvitettiin omaishoitajien näkemyksiä siitä, mikä määrittää kotihoidon laadun elämän lopussa.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin systeemiteoriaa, jonka tarkoituksena on saada laaja käsitys ilmiöstä tarkastelemalla sen yksittäisten elementtien välisiä suhteita. Haastateltiin seitsemää omaishoitajaa (puolisoa) ihmisistä, jotka kuolivat saatuaan kotihoidon palliativista hoitoa kolmessa Norjan kunnassa.</p>	<p>Kukaan osallistujista ei ollut suunnitellut antavansa tai saavansa palliativista hoitoa kotona. He eivät kuitenkaan olleet pahoillaan siitä, että hoito tapahtui kotona. Parhaan mahdollisen kotona tapahtuvan palliativisen hoidon saavuttamisessa tärkeitä tekijöitä olivat ympärivuorokautinen apu, kokonaisvaltainen hoito ja omaishoitajan roolin merkittävyys.</p>	<p>Terveystieteiden ammattilaisten tulisi keskittyä entistä enemmän keskustelemaan kotona tapahtuvan palliativisen hoidon eduista ja haasteista sekä antaa suurempi tunnustus omaishoitajan roolille. Hoitosuunnitelmista voi olla apua näiden tavoitteiden saavuttamisessa.</p>	<p>9/10</p>

⁶ JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a).

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PIS- TEET ⁷
<p>Hävölä Hanna, Rantanen Anja & Kylmä Jari</p> <p>Saattohoidossa olevan potilaan toivo sekä sitä vahvistavat ja heikentävät tekijät potilaan ja hoitajan kuvaamina</p> <p>Suomi 2014</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata saattohoidossa olevan potilaan toivoa sekä sitä vahvistavia ja heikentäviä tekijöitä potilaan ja hoitajan näkökulmasta.</p>	<p>Induktiivinen</p>	<p>Aineisto kerättiin saattohoidossa olevien potilaiden (n = 6) avoimin yksilöhaastatteluin sekä saattohoitokodeissa työskentelevien hoitajien (n = 10) ryhmähaastatteluin. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.</p>	<p>Kuolevan ihmisen toivo on monimuotoinen ja tärkeä ilmiö. Saattohoitotyötä tekevä hoitajan tulee ymmärtää potilaan toivon ulottuvuuksia, jotta hän pystyy auttamaan potilasta toivon löytämisessä, sen ilmaisemisessa sekä vahvistamisessa. Lisäksi potilaan läheisten tukeminen on merkityksellistä paitsi heidän selviytymisensä, myös potilaan toivon näkökulmasta.</p>	<p>8/10</p>

⁷JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a).

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PIS- TEET ⁸
<p>Jäntti-Leivo Minna</p> <p>Kansalaisten käsityksiä kuolemasta ja hyvästä kuolemasta</p> <p>Suomi 2015</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kansalaisten käsityksiä kuolemasta ja hyvästä kuolemasta.</p>	<p>Pro gradu</p>	<p>Aineisto kerättiin sähköisellä, avoimia kysymyksiä sisältävällä lomakkeella, johon vastasi 210 kansalaista.</p>	<p>Tulosten mukaan kansalaisilla ilmeni kuolemaa kohtaan sekä hyväksyviä että pelkoa luonnehtivia käsityksiä. Kuolema käsitettiin luonnolliseksi osaksi elämää, mutta laitoksissa tapahtuvien kuolemien johdosta sen koettiin vieraantuneen kansalaisten arjesta.</p>	<p>8/10</p>

⁸JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a)

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PIS- TEET ⁹
<p>Ollila Seija (toim.), Wadén Pirjo ja Raiso Harri</p> <p>Näkemyksiä hyvästä saattohoidosta Pohjanmaan alueella</p> <p>Näkökulma "ihmisen ääni"</p> <p>Suomi 2015</p>	<p>Tämän tutkimuksellisen projektin tavoitteena oli perehtyä teoreettisesti ja käytännönläheisesti saattohoitoon ja sen kehittämistarpeisiin Pohjanmaan alueella.</p>	<p>Vaasan yliopiston julkaisu</p>	<p>Tutkimus toteutettiin empirisesti eri saattohoitopaikoissa olleiden potilaiden omaisten, saattohoidon ammattilaisten ja asiantuntijoiden sekä johtavien viranhaltijoiden kokemuksista ja näkemyksistä hoidon toteuttamisesta sekä sen keittämisestä.</p>	<p>Hyvä saattohoito on inhimillistä ja eettistä, kuolevan potilaan sekä hänen omaistensa hoitotahtoon perustuva toimintaa. Hoidossa on huomioitava eri-ikäisten kuolevien ihmisten arvot, yksilölliset tarpeet, toiveet, odotukset ja elämäntilanteet. Tämä edellyttää erityisosaamista, joka mahdollistuu riittäväällä perus- ja täydennyskoulutuksella sekä konsultointiavulla ja työnohjauksella.</p>	<p>7/10</p>

⁹JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a)

TEKIJÄT, LÄHDE JA MAA	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	AINEISTO TAI OTOS	MENETELMÄ	PÄÄTULOKSET	LAADUN ARVIOINTI, PIS- TEET ¹⁰
<p>Johanna Tervala</p> <p>Palliativinen hoito kotiympäristössä</p> <p>Suomi 2014</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli määritellä ja kuvata palliativisen hoidon käsitettä kotiympäristössä</p>	<p>Pro gradu</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p> <p>Tutkimusten laadun arvioinnin mukaan valittiin tutkimukseen mukaan 18 tutkimusta.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan palliativinen hoito kotiympäristössä voidaan jakaa kuolevan potilaan, hänen omaishoitajansa, perheensä ja hoitohenkilökunnan tuomiin näkökulmiin. Palveluiden järjestämisellä ja tarpeen arvioinnilla on suuri merkitys palliativisen hoidon toteutumisessa.</p>	<p>8/10</p>

¹⁰ JBI:n kriittisen arvioinnin tarkistuslista kvalitatiiviselle tutkimukselle (JBI 2017a).