



Hyvän saattohoidon toteuttaminen kotona. Kirjallisuuskatsaus kotisaattohoidon onnistumisen elementeistä.

Milja Ignatius

Laurea-ammattikorkeakoulu

**Hyvän saattohoidon toteuttaminen kotona. Kirjallisuuskatsaus
kotisaattohoidon onnistumisen elementeistä.**

Milja Ignatius
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2020

Milja Ignatius

Hyvän saattohoidon toteuttaminen kotona. Kirjallisuuskatsaus kotisaattohoidon onnistumisen elementeistä.

Vuosi

2020

Sivumäärä

52

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota kirjallisuuskatsaukseen sekä kotimaista että ulkomaista tutkimustietoa ja tämän kautta kuvata, miten saattohoito toteutuu kotona nykytutkimuksen valossa. Tutkimuskysymyksenä kysyttiin, mitä tarvitaan hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseen. Tavoitteena oli lisätä tietoa kotisairaalan toteuttaman saattohoidon toimivista käytänteistä sekä haasteista. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kotisairaaloiminnan kehittämiseen. Opinnäytetyössä tulevat esiin potilaan, omaisten sekä hoitohenkilökunnan näkökulmat. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys liittyy palliatiivisen ja saattohoidon kansallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin ja hankkeisiin, elämän loppuvaiheen hoitoon sekä kotisairaalan toimintaan saattohoidon toteuttajana. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena, integroituna kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa haettiin vuosilta 2010 - 2020 e-hoitotiede-, Tutkiva hoitotyö-, Medic-, EBSCO- ja ProQuest Central- tietokannoista sekä Google Scholarin, Karolinska arkivetin ja BMJ openin tietokannoista. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin metodilla.

Tutkimustulosten mukaan hyvän kotisaattohoidon onnistumisen elementtejä ovat toimiva vuorovaikutus, yksilöllisyyden kunnioittaminen, oikea hoito oikeaan aikaan sekä omaisten osallisuus. Tutkimustulokset osoittivat kaikkien saattohoidon osapuolien, potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan, yhteistoiminnassa rakentuvan hyvän saattohoidon elementit. Lopputuloksena voitiin todeta, että opinnäytetyö vahvisti holistisen hoitotyön, omaisten osallisuuden vahvistamisen ja psykososiaalisten taitojen keskeisyyden olevan olennaisia onnistuneessa kotisaattohoidossa nyt ja tulevaisuudessa. Myös muiden kotiin vietävien palveluiden laadun kehitys ja ylläpito todettiin tärkeäksi laadukkaan kotisaattohoidon toteutumisen kannalta. Myös hoitohenkilökunnan psyykkisestä jaksamisesta huolehtiminen todettiin tärkeäksi hyvän saattohoitotyön toteutumisen kannalta. Jatkotutkimusaiheiksi ehdotettiin kotisairaalan ja kotihoiton yhteistyön mahdollisuuksien selvittämistä esimerkiksi koulutuksen osalta, muiden moniammatillisuuden mahdollisuuksien selvittämistä kotisaattohoidossa, sekä perheiden osallisuuden vahvistamisen mahdollisuuksien tutkimista.

Asiasanat: Saattohoito, kotisairaala, kotisaattohoito, palliatiivinen hoito

Milja Ignatius

Literary review of the elements of successful end-of-life-care at home.

Year 2020

Pages

52

The purpose of this thesis was to compile both Finnish and international studies and through this to find out, how is end-of-life-care is carried out at homes. The research question was: what is needed to give good end-of-life-care at home? The aim was to increase knowledge both of well-functioning practices and challenges faced in the home hospital delivering end-of-life-care. The results of this thesis can be used to develop home hospital operations and ways of working. Patient's, relative's and health-care personnel's point of views are present at this thesis. The theoretic framework relates to international and national recommendations of palliative care and end-of-life-care, nursing of dying patients, and home hospitals. The thesis was implemented as a qualitative, integrated literary review. The studies were collected via e-hoitotiede-, Tutkiva hoitotyö-, Medic-, EBSCO- and ProQuest Central- databases, as well as Google Scholar, Karolinska arkivet and BMJ open -open access-databases.

According to the findings, the elements of a good end-of-life-care are a well-functioning communication, respect for the individual, a right care at a right time and inclusion of the bereaved. The studies showed that the best end-of-life-care is based on a well-working co-operation of all the participants, both the patient, family and bereaved as well as nursing staff. As a result, this thesis strengthened the notion of importance of a holistic nursing, inclusion of the bereaved, and the importance of psychosocial skills in end-of-life-care now and in the future. Education, co-operation and integration of the services are crucial elements and improve the quality of end-of-life-care. Furthermore, the quality of other home-care-services than home hospitals should be proven to secure the quality of care. Moreover, the psychic burden of nursing staff was seen important to take care of, in order to deliver good care for those who are dying. As a further research it was seen useful to study the possibilities of co-operation between home hospitals and home-care-units in Finland, and concrete ways of increasing the inclusiveness of dying patients' family members in the end-of-life-care process.

Keywords: End-of-life-care, home hospital, end-of-life-care at home, palliative care

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Tutkimusaiheen taustaa	6
2.1	Kotisairaala ja saattohoito tutkimuksissa ja hankkeissa	7
2.2	Kotisairaaloiminnan historia ja käytännöt	9
2.3	Palliatiivinen hoito, saattohoito ja kotisaattohoito	10
2.3.1	Suositus palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä	11
2.3.2	Kuolevan potilaan hoito	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	15
4	Tutkimusmetodin kuvaus	16
4.1	Integroitu kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina	16
4.2	Aineiston kokoaminen	17
4.3	Aineiston analyysi	19
5	Tutkimustulokset	21
5.1	Toimiva vuorovaikutus	22
5.2	Yksilöllisyyden kunnioittaminen	25
5.3	Oikea hoito oikeaan aikaan	27
5.4	Omaisten osallisuus	30
6	Pohdinta	33
6.1	Loppupäätelmät tutkimustuloksista	33
6.2	Tutkimustulosten hyödynnettävyys yhteistyötahon kannalta	35
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	35
6.4	Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta	36
	Lähteet	39
	Liitteet	45

1 Johdanto

Kuolemme yhä vanhempina ja monisairaampina. Kansainvälisen terveysjärjestö World Health Organisationin (WHO) mukaan globaalisti joka kolmas ihminen tarvitsee palliatiivista hoitoa viimeisenä elinvuonnaan, ja yhtä moni ennen viimeistä elinvuotta. WHO:n mukaan palliatiivinen hoito on ihmisoikeus, joka on turvattava kaikille. Tällä hetkellä vain noin 14 % palliatiivista hoitoa tarvitsevasta saa sitä. (WHO 2014.) Suomessa on arvioitu noin 29 000 ihmisen tarvitsevan vuosittain palliatiivista hoitoa. Täällä yleisimmät kuoleman syyt ovat sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, syöpätaudit kasvavassa määrin sekä dementia. Palliatiivisen hoidon tarvetta lisäävät Suomessa heikkenevä huoltosuhde sekä pidentynyt elinikä. (Lehto & Marjamäki & Saarto 2019.)

Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen, kuolemaan johtava vaihe. Saattohoidon järjestäminen kotona perustuu ihmiseen tahtoon kuolla kotonaan. Kotisairaaloimintaa on ollut Suomessa jo runsaat kaksikymmentä vuotta, ja saattohoitopotilaat ovat kotisairaalan suurimpia potilasryhmiä. Moni haluaisi kuolla tutussa ympäristössään, kotona, sitten kun on sen aika. Kotisaattohoito on oikeus valita, mutta käytännössä se ei aina toteudu yhdenvertaisesti muun muassa kivunlievityksen onnistumisen, hoitosuhteen katkokkien tai puutteellisen ennakoinnin vuoksi. Erityistason kotona toteutettavan saattohoidon saatavuudessa on tällä hetkellä akuuteimmat puutteet, ja sen saatavuus on maantieteellisesti epätasaisesti jakautunut. (Yle 2017; Lääkärilehti 2019; STM 2019a.) Suurin osa suomalaisista kuolee edelleen sairaalassa, mikä ei ole aina tarkoituksenmukaista. Palliatiivisen ja saattohoidon tarve kasvaa entuudestaan ikärakenteen muutoksen mukana. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito olisi jo kiireesti integroitava osaksi olemassa olevaa terveydenhuoltojärjestelmää maanlaajuisesti. (STM 2019a.)

Kotisaattohoito on parhaimmillaan yksilöllistä, inhimillistä ja ihmisarvoa kunnioittavaa, hyvää hoitoa elämän loppuun asti. Koti hoitoympäristönä on sekä haaste että mahdollisuus. On positiivinen askel eteenpäin, että saattohoidon tilan kohentamisen tarve on huomioitu. Kotisaattohoidon hyvä ja yhdenvertainen toteutuminen sekä saatavuus ovat puhuttavia aiheita tässä ajassa, ja näiden toimivuutta ja onnistumisen edellytyksiä on relevanttia tutkia ja kehittää. Tässä opinnäytetyössä syvennytään hyvän kotisaattohoidon elementteihin koskevaan ajankohittaiseen tutkimustietoon kotisairaalan aikuisten potilaiden viitekehityksessä.

2 Tutkimusaiheen taustaa

Tämän opinnäytetyön aiheeseen liittyvät sekä kotisairaala että saattohoito. Lisäksi aihetta taustoittaa palliatiivinen hoito, jonka viimeiseksi osaksi saattohoito kuuluu. Tässä kappaleessa

esitellään, mitä tarkoittaa kotisairaaloiminta sekä palliatiivinen hoito ja saattohoito, minkälaisia tutkimuksia ja hankkeita näiden aiheiden ympärillä on tehty kansainvälisesti sekä kansallisesti viime vuosien aikana, ja mihin lakeihin ja suosituksiin kotona toteutettava saattohoito Suomessa pohjaa. Lisäksi käsitellään sitä, mitä potilaalle tapahtuu kuoleman lähestyessä ja mitä kuolevan potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa on huomioitava.

2.1 Kotisairaala ja saattohoito tutkimuksissa ja hankkeissa

Elämän loppuvaiheen hoidon tilaa on tutkittu viime vuosina runsaasti sen toteutumisen herättämän keskustelun saattelena. Suomessa vuonna 2014 järjestetty yhteisvastuukeräys herätti laajaa keskustelua kuoleman kohtaamisesta ja kuolevan hoitamisesta, ja oli alkupontena lukuisten sitä seuraavien saattohoitoteemaisten tapahtumien ja koulutusten järjestämiselle. (Yhteisvastuu 2015.) Kuolevan hyvä hoito - yhteinen vastuumme -hanke toteutettiin vuoden 2014 Yhteisvastuukeräyksen tuottojen turvin vuosina 2015-2017. Hanketta koordinoi Terhosäätiö. Hanke on onnistunut herättämään keskustelua ja kiinnostusta hyvää saattohoitoa kohtaan. Yhteisvastuukeräyksen avuin on toteutettu useita saattohoitokoulutuksia alueellisesti esim. lääketieteen opiskelijoille ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä yleisölle avoimia seminaareja. Lisäksi yhdeksässä hoitoyksikössä ympäri Suomea järjestettiin puolen vuoden mittainen Saattohoito kuntoon -prosessi, joka sisälsi koulutusta, konsultointia ja työnohjausta. (Terhokoti 2016; Yhteisvastuu 2015; Muistiliitto 2016.) Myös kansalaisaloite eutanasian sallimisesta Suomessa kaksi vuotta yhteisvastuukeräyksen jälkeen nosti hyvän kuoleman aiheen vilkkaampaan keskusteluun. Aloite ei mennyt eduskunnassa läpi, ja esimerkiksi Lääkäriliitto vastusti ehdosta. Sen sijaan eduskunta esitti työryhmän nimittämistä sosiaali- ja terveysministeriössä selvittämään elämän loppuvaiheen hyvää ja kaikille saavutettavaa hoitoa. Myös keskustelu erillisestä saattohoitolaista sai lisäpontta tämän kansalaisaloitteen myötä. (HS 3.5.2018; Kansalaisaloite 2016.)

EduPal on palliatiivisen koulutuksen kehittämiseen tähtäävä valtakunnallinen, Opetus- ja kulttuuriministeriön tukema korkeakoulutuksen tukemiseen tähtäävä kärkihanke. Sen tähtäimessä on palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen koulutuksen monialainen, työelämälähtöinen kehittäminen. Tavoitteena on kartoittaa koulutuksen nykytilaa, laatia hoitotyön ja lääketieteen osaamisen kuvaukset palliatiivisen ja saattohoidon perustasolle ja erityistasoille, laatia suositukset opetusohjelmiin palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen perusopetukseen sekä kehittää moniammatillista koulutusta, TKI-toimintaa sekä korkeakouluopettajien osaamista. Hanketta toteutetaan vuosien 2018-2021 välillä. (EduPal 2018.)

Onnistuneen kotisairaaloiminnan edellytyksiä tutkitaan myös parhaillaan käynnissä olevassa hankkeessa, jota toteutetaan Helsingin yliopiston valtiotieteellisen tiedekunnassa. Lämsän, Seppäsen ja Niemen (2019) kolmiportaisessa tutkimushankkeessa tutkitaan ensinnäkin teknologiaa tilassa, sen käytännön edellytyksiä ja vaatimuksia kotiin vietyä ja

kotisairaaloiminnan yhteydessä. Toiseksi tutkitaan vuorovaikutuksen, roolien ja vastuiden muovaantumista kotiin viedyssä sairaaloiminnassa. Kolmantena tutkimusteemana on luottamus ja turvallisuus potilaan, omaisen ja työntekijän välillä kotisairaalassa. Haastatteluiden avulla kerätyn materiaalin pohjalta on tarkoitettu koota avoimeen käyttöön uusi kotisairaaloiminnan malli, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa maakunnissa palveluja kehitettäessä. (Lämsä & Seppänen & Niemi 2019.)

Kansainvälisten hankkeiden ja tutkimuksen aktiivisuus osoittaa, että väestön ikääntyminen ja elämän loppuvaiheen hoidon kehittäminen ei ole pelkästään Suomen haaste. Sekä preventiivisen hoitotyön että elämän loppuvaiheeseen asti elämänlaatua parantavan työn teemat ovat vahvasti esillä myös globaalisti.

WHO:n palliatiivisen hoidon suositus on laadittu alun perin vuonna 2002. Siinä huomioidaan potilaan oireiden hallinta, kokonaisvaltainen potilaan ja omaisten tarpeiden tukeminen sekä palliatiivisen hoidon koulutuksen ja tutkimuksen tärkeys. Vuoden 2014 suosituksessa on otettu entistä enemmän huomioon palliatiivisen hoidon tarpeen aikainen tunnistus potilaan ja omaisten hyvinvoinnin kannalta, sekä palveluintegraation tärkeys, eli palliatiivinen hoito tulisi sisällyttää kiinteämmäksi osaksi muuta terveydenhuoltoa ja ammattilaisten osaamista. (WHO 2014.) Tälläkin hetkellä WHO tekee työtä vahvistaakseen palliatiivisen ja saattohoitotyön valmiuksia eri maissa. Tavoitteena on vahvistaa palliatiivista hoitoa osana ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa läpi elämän. Tähän tavoitteeseen pyritään mm. integroimalla palliatiivinen hoito osaksi perusterveydenhuollon ja pediatrian palveluita, sekä osaksi humanitaarista kriisityötä. WHO:n vuoden 2030 tavoitteen slogan on ”Leave no-one behind”: pyrkimyksenä on kehittää palliatiivisen hoidon saatavuutta niin, että se kattaisi globaalisti ne 40 miljoonaa ihmistä, jotka sitä vuosittain tarvitsevat. Tällä hetkellä alle 10 % alhaisen ja keskitason tuloluokan maista saa tarvitsemansa palliatiivisen hoidon. (WHO 2020.)

Vuonna 2015 tehdyssä kansainvälisessä vertailussa tarkasteltuna Suomi on ollut mukana The Economist -lehden tutkimusyksikön teettämässä kuoleman laadun indeksissä. Suomi on listauksessa sijalla 20, muiden Pohjoismaiden perässä. Kärkisijaa pitää Iso-Britannia, jossa palliatiiviseen ja saattohoitoon on panostettu vuosia. Palliatiivisen hoidon antamisen kyvyssä Suomi on listan sijalla 28. Raportissa todetaan, että hoidon tarve ei Suomessa vastaa kysyntään kansainvälisessä vertailussa. (The Economist 2015.) Hoitopaikoista ja henkilökunnasta on pulaa: hoitoon pääsee hyvin esimerkiksi pääkaupunkiseudulla, mutta muualla Suomessa hoitoon pääsy on alueellisesti epätasa-arvoista, ja vain pieni osa palliatiivista ja saattohoitoa tarvitsevista hoidetaan tällaiseen hoitoon erikoistuneessa yksikössä. (THL 2019). Kansainvälisen vertailun indeksissä parhaiten pärjänneille maille löydettiin yhdistäviä tekijöitä. Näissä maissa on vahva ja laajasti käytetty saattohoitosuunnitelma, jota noudatetaan kansallisesti, sekä korkea panostus julkiseen terveydenhuoltoon maan budjetissa. Lisäksi mainitaan kattavan erikoistumiskoulutus saattohoitotyötä tekeville, korkea subventointi saattohoidon

kustannuksissa potilaalle, kipulääkinnän riittävä saatavuus sekä vahva yhteiskunnallinen tietoisuus palliativisesta hoidosta. (The Economist 2015, 7.)

Suomi on myös mukana vuonna 2014 käynnistyneessä Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe (PACE) -hankkeessa, jonka tarkoituksena on vastata ikääntyvän väestön hoidon tuottamiin haasteisiin. PACE-hankkeessa kartoitetaan kuuden EU-maan hoivakotien palliativisen hoidon käytännöt ja nykytila sekä kuoleman laatu hoivakodeissa, ja vertaillaan keskenään eri maiden käytäntöjä, sekä toteutetaan valittuihin hoivakoteihin palliativisen hoidon integroiva interventio, jonka tuloksia tarkastellaan hankkeen loppuvaiheessa. PACE:n tavoite on vaikuttaa palliativiseen hoitoon liittyvään poliittiseen päätöksentekoon kansallisella ja EU-tasolla, ja tuottaa näyttöön perustuvaa tutkimusta päätöksenteon tueksi. (Europace 2020.)

2.2 Kotisairaaloiminnan historia ja käytännöt

Terveystieteissä (1326/2010) todetaan kotisairaalahoidon olevan määrääkaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa, joka voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai näiden yhdessä järjestämää toimintaa. Tavanomaisesta kotisairaanhoidosta kotisairaaloiminta eroaa siinä, että kotisairaalan potilaat ovat usein niin sairaita, että tarvitsisivat ilman kotisairaala välitöntä vuodeosastohoitoa. (Saarema 2005.) Esimerkiksi kotihoitoon soveltuva erikoissairaanhoido ja saattohoito voivat olla kotisairaalahoidoa (Ollila 2018, 10-11).

Kotisairaaloiminta on saanut alkunsa Ranskassa 1961 perustetusta Euroopan ensimmäisestä kotisairaala. Britanniassa ja Yhdysvalloissa toimintaa on ollut 1970-luvulta, ja Ruotsissa 1960-luvun alusta. Suomeen kotisairaalan juuret ovat Ruotsin Motalassa 1977 perustetussa kotisairaala. Meillä ensimmäinen kotisairaala avattiin Tammisaaressa 1995. Nyt kotisairaaloimintaa on Suomessa kymmenissä eri kaupungeissa, niin yksityisen kuin julkisen sektorin toimijoiden toteuttamana. (Ollila 2018, 11.) Aluehallintavirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) valvovat kotisairaalahoidoa. (STM 2019.)

Kotisairaalahoidon tullaan lähetteellä ja niin, että potilaalla on diagnoosi. Kotisairaalan asiakkaasi tulon edellytyksiä ovat, että lääkäri on arvioinut, että potilas on soveltuva kotisairaalan asiakkaaksi ja hoito-ohjeet on laadittu, potilas haluaa itse tulla kotona hoidetuksi ja hänen vointinsa myös sallii sen, potilas selviytyy itsenäisesti, omaisten tai tukipalveluiden avuin päivittäisistä toiminnoista, potilas on päihteetön hoidon ajan, ja mahdolliset lemmikkieläimet on sijoitettu eri tilaan hoitokäyntien ajaksi. Kotisairaalan potilaaksi ei sovellu henkilö, joka ei halua tulla kotona hoidetuksi, eikä osaa tarpeen tullen hälyttää apua, tai henkilö, jonka turvallisuuden ja yksinäisyyden tunteet todennäköisesti lisääntyisivät kotisairaalahoidossa. (HUS 2020; Ollila 2018, 12-13.)

Kotisairaaloiminta on suunniteltu akuuteille sekä akuutin vaiheen ohittaneille potilaille, jotka tarvitsevat vielä sairaalahoitoa. Kotisairaalahoidon tarkoituksena on helpottaa sairaalasta kotiutumista ja sairaan henkilön kotona selviytymistä, ja tukea myös omaista kotihoitossa. Kotisairaalahoitona voi toteuttaa mm. suonensisäistä lääkehoitoa, veritiputuksia, infektioiden hoitoa, vaativaa haavanhoitoa sekä palliatiivista ja saattohoitoa. Hoidettavien potilaiden oireiden kirjo on laaja ja kotisairaalassa käytetty välineistö monipuolista, mutta esim. laaja-alaista monitorointia tarvitsevat potilaat eivät sovellut kotisairaalan asiakkaisiksi. Etämonitorointia tosin kehitetään jatkuvasti, joten tältäkin osin asiakaskunta voi laajeta lähitulevaisuudessa. (Ollila 2018, 10-13; STM 2019b; Saarelma 2005.)

Palliatiivinen kotisairaaloiminta on palliatiiviseen ja saattohoitoon erikoistunutta kotisairaalan tarjoamaa hoitoa. (STM 2019a, 25.) Se mahdollistaa parantumattomasti sairaalle yksilöllisen, turvallisen ja korkeatasoisen elämän loppuvaiheen hoidon, sekä kuoleman kotona. Niin palliatiivinen ja kotisaattohoito kuin muukin kotisairaaloiminta toimivat ympäri vuorokauden, vuoden jokaisena päivänä. Kotisairaala- ja kotisaattohoitotoiminta tukevat potilaan itsemääräämisoikeutta ja avohoidon ensisijaisuutta, jotka ovat olleet terveydenhuollon tavoitteena 1980-luvulta. (Saarelma 2005.)

2.3 Palliatiivinen hoito, saattohoito ja kotisaattohoito

Elämän loppuvaiheen hoidosta puhuttaessa tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän ihmisen hoitamista. Tätä voidaan tehdä esimerkiksi kotona, hoivakodeissa ja sairaalassa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjaa mm. hoitolinjauksista, jotka ovat osa suunnitelmallista elämän loppuvaiheen hoitoa. Tällaisia linjauksia ovat esimerkiksi palliatiivinen eli oireenmukainen hoitolinjaus, saattohoitopäätös sekä elvyttämättäjäättämis- eli DNR-päätös. (Valvira 2019.)

Palliatiivinen hoito eli oireenmukainen hoito on kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastavan henkilön sekä hänen läheistensä kokonaisvaltaista, aktiivista hoitoa. Hoidon tavoitteena on kärsimyksen lievittäminen ja elämänlaadun vaaliminen. Palliatiivinen hoitolinja on sairauden vaihe, jossa nämä kaksi tavoitetta ovat hoidon ensisijainen päämäärä, ja jossa taudin kulkuun ei enää ole mahdollista olennaisesti vaikuttaa. Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen on lääkärin tärkeä hoitopäätös, josta lääkärin tulee keskustella potilaan kanssa, tai lähiomaisten kanssa, jos potilas ei pysty päättämään hoidostaan itse. (Valvira 2019.) Päätöksestä tehdään yleensä hoitoneuvottelussa potilaan hoitosuunnitelmaan merkinnät, joista ilmenevät hoidon sisältö, päätöksen tehnyt lääkäri, päätöksen lääketieteelliset perusteet, potilaan tai omaisten kanssa käydyn keskustelun sisältö sekä potilaan tai läheisten kannanotto päätökseen. Potilaan hoitosuunnitelma voi sisältää myös hoitotahdon, jossa potilas on sellaisen tilanteen varalta, jossa itse ei enää pystyisi hoidostaan päättämään, määritellyt hoitoaan koskevia ohjeita ja toiveita, myös esim. kieltäytymisen joistakin toimenpiteistä. Palliatiivista

hoitoa ei ole määritelty suhteessa kuoleman ajankohtaan; sen tarve kuitenkin lisääntyy merkittävästi elämän loppuvaiheessa. Palliatiivinen hoito kuuluu kaikille ja kaikenikäisille ilman diagnoosirajoitusta. Palliatiivinen hoito voi mahdollistaa potilaan aktiivisen elämän vielä vuosien ajan. (Käypä hoito 2019; STM 2019, 13; Saarto 2015.)

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu oletetun kuolinhetken välittömään läheisyyteen, viimeisiin elinviikkoihin tai -päiviin. Saattohoidon tavoitteena on hyvä kuolema ja kokonaisvaltainen kärsimyksen vähentäminen ennen kuolemaa. Myös saattohoitopäätös edellyttää lääkärin tekemää päätöstä, josta on keskusteltu potilaan kanssa, tai jos potilas ei enää pysty päättämään asioistaan, lääkäri keskustelee päätöksestä tämän läheisten kanssa. Päätös sisältää hoidon sisällön, päätöksen tekijän, lääketieteelliset perusteet sekä tiedot potilaan, omaisen tai laillisen edustajan kanssa käydyistä hoitopäätöskeskustelusta ja heidän kantansa siihen. Saattohoitopäätös sisältää myös DNR-päätöksen, mutta se voidaan kirjata myös erillisenä. DNR-päätös ei itsessään ota kantaa muuhun hoitoon, vaan muut hoitolinjaukset tehdään erikseen. (STM 2019; Valvira 2019; THL 2019.)

Kotisaattohoidolla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen hoitoa potilaan kotona, palvelutalossa, hoivakodissa tai vastaavassa paikassa. Koti saattohoidon paikkana on erityinen. Edellytykset kotisaattohoidolle ovat, että ihminen haluaa saattohoitonsa tapahtuvan kotona, ja että kotona on riittävät puitteet hyvään hoitoon. Usein edellytetään myös läheisen läsnäoloa, ellei hoito tapahdu hoivakodissa. Tukiosasto tulee olla mietittynä, jos saattohoito ei kotona onnistu. Kotisaattohoidon järjestää usein kotisairaala tai kotisairaanhoido. (Terveyskylä 2018.) Eutanasia ei ole sama kuin palliatiivinen tai saattohoito, eikä se ole osa suomalaista terveydenhoitoa. Saattohoidon tarkoitus ei ole joututtaa kuolemaa (Käypä hoito 2019; Valvira 2019).

2.3.1 Suositus palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä

Eduskunta myönsi vuonna 2017 määrärahan palliatiivisen ja saattohoidon kehittämiseen vuoteen 2020 mennessä. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) työryhmä on laatinut päivitettyt suositukset osaamis- ja laatukriteereistä (2017) sekä suosituksen hoidon tuottamisesta ja laadun parantamisesta (2019) palliatiivisessa ja saattohoidossa. Vuonna 2019 julkaistussa loppuraportissa keskeisimmiksi kehittämiskohteiksi havaittiin alueellisen tarjonnan yhdenvertaisuuden lisääminen suhteutettuna väestön tarvearvioon, erityisosaamisen parantaminen niin, että perustasolla on käytettävissä joustava konsultaatituki, saattohoitokotiverkoston ja kotisairaaloiminnan vahvistaminen, osaamis- ja laatukriteerien määrittäminen palliatiivisessa ja saattohoidossa, riittävän osaamisen varmistaminen, jotta kaikille kansalaisille on tarjolla elämän loppuvaiheen hoito, psykososiaalisen tuen saatavuuden huomioiminen myös kotisaattohoidossa, sekä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetuksen lisääminen osaksi

ammattihenkilöiden perusopetusta sekä jatko- ja erikoistumiskoulutusta sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksissa. (Saarto & Lehto 2019, 534; STM 2017; STM 2019.)

Palliativisen ja saattohoidon järjestämisen suosituksen pääkohtana ovat palliativisen palveluketjumallin järjestäminen sekä hoidon toteuttaminen portaittain ABC-hoitomallin mukaan. Suosituksen mukaan palliativinen palveluketjumalli on määrä järjestää koko maahan. Näin on tavoitteena saada myös erityistason palliativiset palvelut kaikkien saataville tarvelähtöisesti. Sairaanhoidopiireittäin suunniteltavat palveluketjumallit olisivat näiden palliativisen ketjun koordinoimia. Tulevaisuudessa jokaisella sairaanhoidopiirillä tulisi olla oma palliativisen hoidon suunnitelma, jossa palveluketju on kuvattuna. Kotisairaalla on keskeinen osa palveluketjumallissa: erityistason palliativiset kotisairaalat tukevat perustason yksiköitä ja toimivat perus- ja erityistasojen välisenä siltana. Lisäksi kotisaattohoito on palliativisten kotisairaaloiden vastuualueena. Kotisairaaloiden tukiosastoverkoston riittävään tiheyteen kiinnitetään myös huomiota, jotta hoito tarpeeksi lähellä kotia on turvattu. (STM 2019, 16-17.)

Kolmiportaisen luokituksen pohjana, **perustasona**, ovat kaikki muut sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, jotka osallistuvat kuolevan potilaan hoitoon, ja jotka eivät kuulu ABC-tasolle. Tällaisia paikkoja ovat esimerkiksi kotihoidon yksiköt ja sosiaalihuollon alaiset tehostetun asumisen yksiköt sekä sosiaali- ja terveystieteiden vuodeosastot. (STM 2019, 16.) **A-taso** tarkoittaa perustason terveydenhuollon yksiköitä, joissa saattohoitoa on kehitetty muun toiminnan osana yhtenä perustehtävänä, ja jossa sairaanhoitaja vastaa saattohoidon koordinoinnista. Tällaisia paikkoja ovat esim. terveystieteiden vuodeosasto, kotihoito ja hoivalaitos. (Saarto & Lehto 2019, 537; STM 2019, 16.) **B-tasolla** taas tarkoitetaan erityistason palveluverkkoa, jonka muodostavat sairaanhoidopiirien palliativiset keskuskeskukset (keskussairaalat) ja alueelliset yksiköt. Ne vastaavat sairaanhoidopiirien erityistason palliativisen ja saattohoidon palveluista, sekä konsultoivat perustason yksiköitä. Palliativiset keskuskeskukset ovat vastuussa edellä esitellyistä sairaanhoidopiirien hoitoketjuista. Esimerkiksi palliativista hoitoa tarjoavat kotisairaalat kuuluvat B-tasoon. (Saarto & Lehto 2019, 537-539.) **C-tason** eli vaativan erityistason muodostavat yliopistosairanhoidopiirien palliativiset keskuskeskukset. Nämä muodostuvat palliativisista poliklinikoista, psykososiaalisen tuen yksiköstä, osastosta, kotisairaala- ja päiväsaairaalasta ja saattohoitokodista tai saattohoito-osastosta. C-taso vastaa oman sairaanhoidopiirinsä erityistason palliativisesta ja saattohoidosta. Ne myös vastaavat opetuksesta ja koulutuksesta sekä palliativisen ja saattohoidon tutkimuksesta ja hoidon kehittämisestä. (Saarto & Lehto 2019, 537; STM 2019, 17.)

2.3.2 Kuolevan potilaan hoito

Kuten Korhonen ja Poukka (2013) toteavat, on hyvä kuolema moniselitteinen asia, eikä se välttämättä tarkoita samaa potilaalle, omaiselle ja hoitohenkilökunnalle. Jokainen kuolema on jokaisen elämän tapaan ainutlaatuinen. Kuoleman tarkkaa kulkua ei ole mahdollista

ennustaa, vaikka lähestyvän kuoleman merkkejä tunnistetaankin. Hyvä oirehoito, kommunikaatio ja omaisten huomioiminen sekä hoitajan herkkyyks ja empatia ovat avaimia onnistuneeseen kuolevan potilaan hoitoon. (Korhonen & Poukka 2013.)

Vaikka kuolemat ovat erilaisia, jokaisen kuolevan potilaan hoidossa tavoitteena on kuitenkin palliatiivisen ja saattohoidon suositusten mukainen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittäminen. Suomalainen kuolevan potilaan hoito pohjautuu Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaiseen palliatiivisen ja saattohoidon ohjeistukseen. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on julkaissut suosituksensa saattohoidosta. Eettisen arvopohjan saattohoidolle luovat hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. (Ollila 2018, 62-63.) Lisäksi hyvän saattohoidon järjestämiselle on edellä kuvattu STM:n suositus (STM 2019), jonka mukaan mm. oireita lievittävä hoito kuuluu jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen osaamisen perusteisiin. Elämän loppuvaiheen hoitoa ohjaavaa keskeistä lainsäädäntöä ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ottaessaan kantaa potilaan itsemääräämisoikeuteen esim. hoitotahdon osalta; laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2009) säätäessään asiakkaan oikeudesta hyvään kohteluun ja hoitoon sekä asiakkaalle laadittavasta hoitosuunnitelmasta, sekä STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009), jossa säädetään, mitä potilasasiakirjoihin tulee kirjata, esimerkiksi hoitotahto. Lisäksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) määrittää, että ammattihenkilöstön velvollisuutena on terveyden ylläpidon ja sairauksien ehkäisemisen ja parantamisen ohella kärsimyksen lievittäminen. (Helsingin kaupunki 2017, 8; Ollila 2018, 62; THL 2019b.)

Kliiniset löydökset ohjaavat kuolevan potilaan oireiden tunnistamisessa laboratorio- tai kuvantamistutkimusten sijaan. Kuoleman lähestyessä pyritään välttämään kaikkia ylimääräisiä toimenpiteitä ja mittauksia ja keskittämään huomio potilaan ja omaisen vierellä läsnäoloon. Tärkeää on lähestyvän kuoleman oikea-aikainen tunnistaminen ja saattohoitopäätös sekä hoitosuunnitelma. (Käypä hoito 2019; Korhonen & Poukka 2013.) Viimeisten elinpäivien aikana ihminen voi kohdata fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia. Näistä yleisiä ovat hengitystieoireet kuten hengenahdistus ja yskä, sekä maha- ja suolisto-oireet kuten ummetus ja pahoinvointi, ja erityistoiminnan hiipuminen. Poikkeava uupumus eli fatiikki, kuivuminen ja ruokahaluttomuus, psyykkiset oireet kuten ahdistus ja masennus, sekä äkillinen sekavuustila ovat yleisiä oireita. Raaжоissa voi esiintyä turvotuksia ja potilas voi kuumeilla. Mielenkiinto ympäristöä kohtaan vähenee ja tajunnantila laskee. Verenkierron heiketessä kädet ja jalat viilenevät ja sydämen-syke heikkenee. (Käypä hoito 2019; Terveyskylä 2018.)

Kivunhoito on keskeinen osa kuolevan potilaan hoitoa. Kipua on mitattava säännöllisesti ja kirjattava tulos, ja kipulääkitys annostellaan yksilöllisesti, säännöllisesti kivun voimakkuuden ja mekanismin mukaan. Tajuttoman tai muuten verbaalisesti kipua ilmaisemattoman potilaan

kivun arviointiin on kehitetty menetelmiä ja mittareita, joita tulee käyttää. Esimerkiksi hengitystä, negatiivista ääntelyä, ilmeitä, elekieltä ja lohdutuksen tarvetta PAINAD-mittarilla arvioiden saadaan tietoa kivusta. (Ahtiluoto & Pöyhiä 2018, 75-76.) Myös lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kuten asento- ja liikehoitoa käytetään. (Käypä hoito 2019.) Kuolevan potilaan lääkelistalta karsitaan usein nyt tarpeettomiksi käyneet valmisteet, mutta kipu- ja pahoinvointilääkkeet sekä anksiolyytit voivat jäädä aiemmista määräyksistä käyttöön. Jos nieleminen ei enää onnistu, on ihonalainen antoreitti usein tehokas kivun hoitoon. Pitkä- ja lyhytvaikutteiset opioidit ovat tavanomaisia saattohoidon kipulääkkeitä; NSAID-lääkkeet voivat olla tehokkaampia esim. luustokipuihin. (Korhonen & Poukka 2013.)

Hengenahdistusta voidaan kuolevalla potilaalla hoitaa opioideilla, tai jos hengenahdistuksen aiheuttaa keuhkopussiin kertynyt neste, se voidaan punktoida tai poistaa drenillä. Bentso-diatsepiinia käytetään erityisesti, jos hengenahdistukseen liittyy henkistä ahdistusta. Lääkkeettömistä hoitomuodoista on tärkeää muistaa psykososiaalinen tuki, rauhoittelu ja läsnäolo hengenahdistuksen lievittämisen keinona. (Ahtiluoto & Pöyhiä 2018, 78.) Happihoitoa voidaan myös tarpeen mukaan käyttää. Keuhkosairauksien lisäksi yskää aiheuttavat mm. lisääntynyt limaneritys ja liman heikentynyt kuljetus, mahanesteen takaisinvirtaus sekä nielemisvaikeudet. Yskää hoidetaan tehokkaimmin, jos voidaan hoitaa sen aiheuttajaa. (Käypä hoito 2019.) Kuitenkaan kuoleman lähestyessä hengenahdistuksen tai yskän syyhyn kohdistuva hoito ei aina ole mahdollista. Hengenahdistusta voidaan hoitaa puoli-istuvalla asennolla, ilmavirtausta tai tuuletusta lisäämällä. Antikolonergiset yskänlääkkeet voivat vähentää limaneritystä, samoin keittosuolan sisäänhengitys sumutteena tai suihkeena. Pahoinvointia taas hoidetaan pahoinvointilääkkeillä tai pienellä psyykenlääkeannoksella (Ahtiluoto & Pöyhiä 2018, 83.) Kuoleman lähestyessä limarohina saattaa huolestuttaa omaisia. Tärkeää on selittää oireen luonne, ja huomioida, että potilasta itseään oire harvoin enää häiritsee, koska tajunnan taso on yleensä alentunut tässä vaiheessa. Liman imemistä ylähengitysteistä voidaan käyttää apuna, mutta alahengitysteistä limaa ei voi imeä. Lääkkeinä kuolemaa enteilevään rohinaan käytetään esim. glykopyrrolaattia, hyoskiinibutyylibromidiaa tai skopolamiinilaastareita. (Korhonen & Poukka 2013.)

Kuivumista hoidetaan parhaiten sen aiheuttajaa hoitamalla. Kuivuminen johtuu nesteiden menetyksestä tai niiden riittämättömästä saannista. Laskimonesteytys ei kuitenkaan ole saattohoidon hoitokeino kuivumiseen. Kuolevalla neste voi siirtyä kudoksiin, se voi aiheuttaa hengenahdistusta, turvotuksia ja askiteksen lisääntymistä ja silloin nesteytyksestä ei ole yleistilan kannalta apua vaan haittaa. (Ahtiluoto & Pöyhiä 2018, 85.) Suuta voi kuivata myös lääkkeiden vuoksi. Sitä voi hoitaa veden lisäksi esim. ruokaöljyllä, ksylitolituotteilla tai suun kostutus- tuotteilla. Suun kipuun voivat auttaa jääpalojen imeskely, puudutusgeeli tai -suuvesi. Tahaton kuihtuminen eli kakeksia-anoreksia on yleinen kuolevan potilaan oire, jonka hoitoon ei tehostetulla ravitsemuksella voi enää vaikuttaa; sen sijaan suositellaan pieniä annoksia mieliruokia useamman kerran päivässä, jos potilas vielä ruokailee. Poikkeava uupumus eli fatiikki on

uupumusta, joka ei nukkumalla poistu. Sen oireita ovat apatia, väsymys, uneliaisuus, heikkous ja energian vähyys, ja se on hyvin yleistä esim. edennyttä syöpää sairastavilla. (Käypä hoito 2019.)

Masennus- ja ahdistusoireisiin suunnataan psykososiaalista hoitoa. Toisen ihmisen läsnäolo, kosketus, joskus musiikki tai lukeminen, voivat auttaa. Eksistentiaalinen kärsimys on luopumisen kärsimystä kuoleman lähestyessä, ja sen ilmenemismuodot vaihtelevat riippuen siitä, miten ihminen on ehtinyt prosessoida luopumista elämänsä aikana. Psykkisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisen keskiössä ovat lohduttaminen, tukeminen ja vierellä viipyminen. Keskustelu ja ennen kaikkea kuuntelu ovat saattohoidon tärkeitä hoitokeinoja. (Terveyskylä 2018; Korhonen & Poukka 2018, Mattila 2017.) Tarvittaessa voidaan järjestää potilaan vakaumuksen mukaisen viran haltijan, kuten papin, kotikäynti psykososiaalisen tuen täydentämiseksi. (Ollila 2018, 72.) Delirium- eli sekavuustilaan suositellaan hoidoksi turvallista ja rauhallista ympäristöä, mutta psykoosilääkkeitä on käytetty tarvittaessa aiempien käytäntöjen mukaan. (Käypä hoito 2020; Terveyskylä 2018; Ahtiluoto & Pöyhä 2018, 77.)

Saattohoito ei ole vain potilaan hoitoa, vaan kuoleman lähestyessä enenevässä määrin myös omaisten huomiointia ja heidän tarpeisiinsa vastaamista. Tärkeää on selittää hyvissä ajoin, mitä on odotettavissa kuoleman hetkellä, ja miten toimitaan hengityksen lakattua, jotta omaisten pelot tilanteesta lievittyvät. (Korhonen & Poukka 2018.) Saattohoito ei lakkaa kuolemaan: kuoleman jälkeen perheen hyvästeille ja rituaaleille on annettava aikaa. Omaisia tuetaan surussa, ja ollaan tarvittaessa yhteydessä sosiaali- ja kriisipäivystykseen kiireellisen tuen tarpeessa. (Ahtiluoto 2018, 73.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota kirjallisuuskatsaukseen sekä kotimaista että ulkomaista tutkimustietoa ja tämän kautta kuvata, miten saattohoito toteutuu kotona nykytutkimuksen valossa. Tavoitteena on lisätä tietoa kotisairaalan toteuttaman saattohoidon toimivista käytännöistä sekä haasteista. Samalla esiin nouseva kodin tuomat merkitykset saattohoidossa. Tutkimuskysymyksenä on: *mitä tarvitaan hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseen?* Hyväksi saattohoidoksi ymmärretään sellainen saattohoito, jota Suomessa on esitetty esimerkiksi Käypä hoito -suosituksessa, STM:n palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen suosituksessa sekä ETENE:n eettisessä suosituksessa. Tutkielman tarkoituksena on siis selvittää, mitä tarvitaan, että hyvä saattohoito kotona tosiasialisesti toteutuu niin hoitotyön ammattilaisten, potilaan kuin omaisten näkökulmasta. Opinnäytetyö kokoaa yhteen ajankohtaisinta tutkimustietoa kotisaattohoidon teemasta, ja auttaa opinnäytetyön yhteistyötahoa, kotisairaala, nostamaan tarkasteluunsa ja toimintansa kehittämisen kohteeksi analyysissa esiin nousseita aihealueita.

Opinnäytetyö tuottaa teoreettisen kokonaisuuden, jonka avulla myös selviää, mitä jatkotutkimuskohteita tämän aiheen ympärillä olisi.

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Helsingin sosiaali- ja terveystoimialaan kuuluvan kotisairaalan kanssa. Yhteistyötaho esitti kysyttäessä tarpeen kirjallisuuskatsaukselle kotisairaalaminnasta, jota on Suomessa ollut yli 20 vuoden ajan, mutta tutkimuksia aiheesta on vielä vähäinen määrä. Opinnäytetyön aiheen rajaamisen tarpeen vuoksi päädyttiin tässä työssä keskittymään kotisairaalan toimesta tapahtuvan saattohoitotyön teemaan. Aihe rajattiin myös koskemaan aikuisia kotisairaalan saattohoitopotilaita tämän ollessa myös yhteistyötahon hoitama potilasryhmä.

4 Tutkimusmetodin kuvaus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kirjallisuuskatsauksen muodossa. Kirjallisuuskatsauksen muodoksi tuli integroitu katsaus, joka tehtiin monimetodisista saattohoitoa käsittelevistä tutkimuksista. Aineistoa analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin metodilla. Seuraavassa kappaleessa kuvaillaan tarkemmin integroidun kirjallisuuskatsauksen metodia, tutkimusaineiston hakua ja valintaa sekä aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

4.1 Integroitu kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodina

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen ja se toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsaus on erityinen, systemaattinen tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan. Sen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä tai arvioida olemassa olevaa teoriaa: sen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä aiheesta, tai tunnistaa ristiriitaisuuksia tai ongelmia valitussa kohdeilmiössä. Kirjallisuuskatsauksia on tyypitelty erityispiirteidensä mukaan: narratiiviset eli kuvailevat kirjallisuuskatsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrälliset ja laadulliset meta-analyysit. Tyypillisiä osia kaikille kirjallisuuskatsauksille ovat kirjallisuuden haku, kriittinen arviointi, aineiston perusteella tehty synteesi sekä analyysi. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7-8.)

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksen metodiksi valikoitui integroitua kirjallisuuskatsausta mukaileva katsaus. Se voidaan sijoittaa osaksi kuvailevaa katsaustyyppiä, mutta integroidussa katsauksessa on paljon systemaattisen katsauksen piirteitä ja tarkemmin suunniteltu ja järjestelmällisempi työskentelyprosessi. Se on laajin katsaustyyppi sisältäen empiiristä, teoreettista tai molempia kirjallisuuden muotoja, riippuen kysymyksenasettelusta. Prosessiomainen luonne on osa integroitua kirjallisuuskatsausta. Whitemore ja Knalf (2005) ovat modifioineet yleisesti käytettyyn muotoon aiemmin Cooperin (1984) kuvaamia vaiheita seuraavasti: tutkimusongelman nimeäminen, analysoitavan aineiston keruu, aineiston laadun arviointi, aineiston analysointi ja tulkinta, sekä tulosten esittäminen. (Suhonen & Axelin & Stolt 2016,

13.) Integroitu kirjallisuuskatsaus valikoitui tämän opinnäytetyön metodiksi, koska tarkoitus on saada laaja kokonaiskäsitys aiheesta, jonka kysymyksenasettelu myös on laaja. Tähän integroitu kirjallisuuskatsaus sopii hyvin, koska sille tyypillistä on laajojen tutkimuskysymysten monipuolinen kuvaaminen. Lisäksi se mahdollistaa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimusaineiston tulosten yhdistelyn, mikä olisi esim. systemaattisen katsauksen tarkkaan rajatussa metodissa hankalaa. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 108.) Integroidun kirjallisuuskatsauksen mukailulla tarkoitetaan tämän opinnäytetyön analyysin yhteydessä sitä, että laadun arviointia ei ole toteutettu erillisten tarkistuslistojen avulla, kuten integroidussa kirjallisuuskatsauksessa on laajoissa tutkimusaineistojen analyyseissa tapana tehdä (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 112). Tässä opinnäytetyössä laadun arviointia toteutetaan seuraamalla aineiston valinnassa kappaleessa 4.2. kuvattuja sisäänotto- ja poissulkukriteereitä.

4.2 Aineiston kokoaminen

Integroidun kirjallisuuskatsauksen tärkeä osa on esittää ne menetelmät, joilla analysoitava aineisto kerätään. Etukäteen tehtävä suunnitelma ohjaa aineiston keräystä, ja tavoitteena on käyttää alkuperäislähteitä. Asiasanat ohjaavat aineiston hakua, ja näiden käyttöön valitaan tietokannat, joista aineisto haetaan. (Sulosaari & Kajander-Unkuri 2016, 109.) Tässä opinnäytetyössä käytetyt aineiston hakusanat on kuvattu tarkemmin liitteenä olevassa taulukossa (liite 1). Aineistoa haettiin kotimaisilla ja kansainvälisillä tietokannoilla, joihin Laurealla on lisenssi (e-hoitotiede, Tutkiva hoitotyö, Medic, Cinahl with fulltext (EBSCO), ProQuest Central) sekä maksuttomia, kaikille avoimia tietokantoja ja hakukoneita hyödyntäen (Google Scholar, BMJ open, Karoliinisen yliopiston e-arkisto). Aineiston haussa käytetyt mukaanotto- ja poissulkukriteerit on eritelty taulukossa 1. Aineiston haun suunnitelmaa ohjasi pyrkimys kerätä kirjallisuuskatsauksen kannalta riittävän kattava aineisto tutkimustietoa kotisaattohoidosta, kuitenkin riittävän suppeasti rajattuna käsiteltäväksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyön puitteissa. Julkaisuvuodiksi valikoituivat vuodet 2010-2020 tarpeesta saada ajankohtaista tietoa riittävä määrä. Aineiston saatavuuden kannalta päädyttiin hakemaan joko open access-hakuohjelmia käyttäen tai Laurea-ammattikorkeakoulujen lisensoiduilla hakukoneilla full text-muotoista aineistoa. Kohderyhmää rajattiin sulkemalla hausta pois lasten kotisairaala- ja -saattohoitoa koskeva aineisto, samoin kuin muuta kuin kotisairaalan suorittamaa saattohoitoa tai muualla kuin kotioloissa suoritettu saattohoito. Mukaan otettiin kuitenkin aineistoa, joka käsitteli palliatiivista hoitoa, koska saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen vaihe. Näitä aineistoja hyödynnettiin niiltä osin, kun sisällöt liittyivät myös saattohoitovaiheen hoitoon.

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisuvuosi 2010-2020	Julkaisuvuosi on aikaisempi kuin 2010

Kieli: suomi, ruotsi tai englanti	Tutkimus on kirjoitettu muulla kielellä kuin suomeksi, ruotsiksi tai englanniksi
Tutkimusteksti on kokonaan saatavilla (full text)	Tutkimusteksti ei ole ilmaiseksi saatavilla
Kyseessä on tieteellinen tutkimus tai siitä tehty artikkeli, akateeminen väitöskirja, ylempi AMK-tutkielma, pro gradu -tutkielma tai lisensiaatintyö	Kyseessä on AMK-opinnäytetyö, kandidaatin-tutkielma tai muu kuin tieteellinen artikkeli
Otsikko ja abstrakti vastaavat tutkimusaihetta	Tutkimus ei vastaa sisällöltään tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykseen
Tutkimus käsittelee kotisairaala- ja saattohoitotoimintaa	Tutkimus ei käsittele kotisairaalan toimintaa tai saattohoitoa toteutetaan muualla kuin kotona

Taulukko 1: Aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Alustavia aineistohakuja tehtäessä kävi selväksi, että pelkästään suomalaista tutkimusta haettaessa kotisaattohoitoon liittyvä ajankohtainen aineisto oli niukkaa, joten aineistoa päätettiin hakea myös kansainvälisistä lähteistä, ruotsin ja englannin kielellä. Laajaa kansainvälisten lähteiden määrää auttoivat osaltaan rajaamaan full text- tai open access -sisäänottokriteerit sekä rajaaminen aikuisiin kotisaattohoidon potilaisiin ja viimeiseen kymmeneen julkaisuvuoteen. Tutkimusaineistoa haettaessa huomioitiin sekä palliatiiviseen että saattohoitoon liittyvät tutkimukset. Perusteena tälle on se, että saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen osa, joten ne liittyvät kiinteästi toisiinsa eikä välissä tapahdu esimerkiksi hoitavan tahon muutosta. Tutkimuksia analysoidessa on kuitenkin kiinnitetty huomiota, onko kyse palliatiivisen vai saattohoidon vaiheesta.

Hakutermit valittiin tietokantojen asiasanastojen mukaan. Esimerkiksi EBSCO-hakuohjelmalla ensimmäisellä hakukerralla käyttämällä hakutermejä ”Hospital at home” OR ”home hospital” AND ”palliative care” OR ”home hospice care” OR ”end of life care”, tuloksia saatiin yli 700, mutta asettamalla hakukriteereiksi kielirajaukset, full text- ja peer review -vaatimuksen sekä rajaamalla tutkimukset koskemaan aikuisväestöä, tulokset karsiutuivat 123:een. Myös BMJ open accessin hakuohjelmalla haun tulokset olivat useita satoja, mutta järjestämällä tulokset relevanteimmasta alaspäin asiasisällön osalta, sujuvoitettiin tulosten läpikäyntiä. Tiedonhaussa aikaa vievin osuus olikin manuaalinen läpikäynti, jossa suomen-, ruotsin- ja englanninkielisen aineiston abstraktien ja otsikoinnin avulla karsittiin joukosta ne aineistot, jotka eivät

vastanneet kysymyksenasetteluun sisällöltään. Lisäksi joukosta löytyi duplikaatteja, jotka kar- simalla ja edellä kuvatuin poissulkukriteerein rajaamalla aineistosta valikoitui analysoitavaksi yhdeksän tutkimusta.

Opinnäytetyöhön valikoituneet tutkimukset on kuvattu tämän opinnäytetyön liitteenä (Liite 2). Tutkimuksissa kansainvälisten lähteiden osuus on kuusi tutkimusta, suomalaisia tutkimuk- sia on kolme. Mukaan valikoituneet tutkimukset on julkaistu vuosina 2012 - 2017. Mukana on kolme väitöskirjaa, yksi pro gradu, yksi YAMK-opinnäytetyö, kolme tutkimusartikkelia ja yksi raportti uuden palvelumallin käyttöönotosta. Julkaisumaat ovat Suomi (n=3), Ruotsi (n=2), Englanti (n=2), Portugali (n=1) ja Kanada (n=1).

4.3 Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa kolme sisällönanalyysin metodia ovat aineistolähtöinen eli induk- tiivinen sisällönanalyysi, deduktiivinen eli teorialähtöinen sisällönanalyysi sekä teoriaohjaava eli abduktiivinen sisällönanalyysi. Aineistolähtöisessä analyysissä aineisto nimensä mukaisesti ohjaa analyysia, kun teorialähtöisessä analyysissä nojaututaan jo olemassa olevaan teoriaan, jonka pohjalta määritellään esim. tutkimuksessa mukana olevat käsitteet. Teoriaohjaavaa analyysitapaa voi luonnehtia metodiksi, jossa analyysiyksiköt aineistolähtöisen tavan mukaan löytyvät aineistosta, mutta aikaisempi teoria voi avata uusia ajatusuria jo olemassa olevan teorian testaamisen sijasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018; KvaliMO.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda teoreettinen kokonaisuus, joka on lähtöisin ai- neistosta, ei ennalta määrätystä teoreettisesta mallista. Siksi opinnäytetyön aineisto analysoi- tiin käyttäen laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmää, aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Se on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, joka tiivistää kerätyn aineiston, ja jonka avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja, ilman että niiden informatiivinen sisältö katoaa. Toisaalta voi ajatella, että aiemmin aiheesta tiedetty teoriatieto ohjaa aineis- ton lukijaa aina jossain määrin, emmekä oikeastaan voi tulkita tai analysoida mitään täysin objektiivisesti, ilman esiymmärryksen vaikutuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018) Niinpä tämänkin opinnäytetyön voi ajatella olevan jossain määrin myös teoriaohjaava metodiltaan, vaikka ai- neiston analyysissä käytetty metodi liittyy induktiiviseen sisällönanalyysiin. Tällöin teoria, tässä opinnäytetyössä esim. palliatiivisen ja saattohoidon Käypä hoito -suositus sekä STM:n suositus saattohoidon toteuttamisesta, ovat analyysin apuna, mutta analyysi tai aineiston luo- kittelussa tehdyt valinnat eivät pohjaa suoraan teoriaan.

Tutkimuskysymys ja -ongelma on tärkeää olla ennen analyysin aloittamista tarkasti selvillä, sillä ne ohjaavat koko aineiston valintaa. Aineistolähtöinen analyysi koostuu kolmesta osasta: redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely, ja abstrahointi eli teoreettisten käsit- teiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 110.) Redusoimalla aineistoa erotellaan

aineistomassasta tutkimuskysymysten kannalta epäolennainen pois tiivistäen tai osiin pilkkoen, etsien tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. Näin aineistosta löydetään olennaiset alkuperäisilmaisut ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaisut. Klusterointi- eli ryhmittelyvaiheessa etsitään alkuperäisilmaisuja tarkasti läpi käymällä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ilmaisuista, ja samaa ilmiötä kuvaavista ilmaisuista muodostetaan alaluokkia. Alaluokat nimetään niitä kuvaavalla käsitteellä, joka määrittelee tämän luokan sisältöä. Tässä vaiheessa aineiston käsittelyä luodaan jo pohjaa tutkimuksen perusrakenteelle. Luokittelu jatkuu yhdistelemällä alaluokkia edelleen muodostaen niistä yläluokkia, ja yläluokista muodostetaan pääluokkia, jotka kukin nimetään aineistosta kumpuavan ilmiötä kuvaavan käsitteen mukaan. Lopuksi nimetään yhdistävä luokka, joka yhdistää nämä luokat tutkimuskysymykseen. Abstrahoinnissa siirrytään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää työskentelyä: abstrahoinnin avulla rakennetaan kuvaus tutkimuskohteesta aiemmissa vaiheissa löydettyjen käsitteiden avulla. Empiirinen aineisto liittyy teoreettisiin käsitteisiin, joita käyttämällä esitetään tutkimustuloksissa aineistosta muodostuneet teemat, käsitteet tai käsitejärjestelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Tässä opinnäytetyössä aineistoa redusoitiin keskittämällä katse tutkimuskysymyksen kannalta olennaiseen, eli saattohoidon toimiviin käytäntöihin. Aineistoa oli laajasti, ja sen läpi käymistä hidasti myös aineiston suomentaminen. Aineistosta alleviivattiin alkuperäisilmaisuja, joita olivat tässä opinnäytetyössä lauseet tai lauseen osat. Alkuperäisilmaisuja pelkistämällä ja yhdistelemällä muodostui alaluokkia. Pää- ja yläluokat alkoivat hahmottua melko nopeasti eri aineistoja yhdistävänä ominaisuutena. Pääluokat muodostuivat melko laajoiksi kokonaisuuksiksi, jotka eivät itsessään erottele esimerkiksi potilaan, omaisen tai hoitohenkilökunnan näkökulmia, tai saattohoidon eri tehtäviä (psykkisen, fyysisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievitystä) toisistaan; kaikissa luokissa voidaan tavata saattohoidon eri osaluokkia ja osallisia. Alla olevassa taulukossa kuvataan esimerkit analyysin kulusta jokaisen pääluokan osalta.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"This includes verbal as well as written advice and guidance for relatives and carers on what to do when death occurs - -" (Lees ym. 2014, 67.)	Omaiset haluavat suullista ja kirjallista tietoa kuolemasta	Tiedonjaon eri muodot	Tiedollinen tukeminen	Toimiva vuorovaikutus

” - - the most important aspect of EOL care was ensuring that patients’ wishes are being met.” (Mistry ym. 2015, 3.)	Potilaan toiveiden kohtaamisen tärkeintä saattohoidossa	Omaiset ja hoitohenkilökunta potilaan toiveiden toteuttajana	Potilaan toiveiden toteuttaminen	Yksilöllisyyden kunnioittaminen
”Families caring for their relative could find night times particularly stressful and frightening - - ” (Spencer 2015, 248.)	Omaisten mielestä yöaika saattohoidossa voi olla pelottavaa	Saatavuus kaikina vuorokauden aikoina	Saumattomuus ja ennakointi	Oikea hoito oikeaan aikaan
”This includes teaching patients and caregivers how to participate in their EOL care, and giving them tools to manage when the providers are away.” (Mistry ym. 2015, 4.)	Potilaalle ja omaisille opetetaan saattohoitoon osallistumista, ja annetaan työvälineitä pärjäämiseen, kun hhk on poissa	Hoitohenkilökunta vahvistaa omaisten valmiuksia varautua tuleviin tilanteisiin	Hoitohenkilökunta omaisten tukijana	Omaisten osallisuus

Taulukko 2: Aineiston analyysin kulku, esimerkki

5 Tutkimustulokset

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksista muodostui aineistolähtöisen aineiston analyysin avulla neljä temaattista pääluokkaa, jotka esitellään seuraavissa alaluvuissa. Teemat rakentuivat aineiston ympärille niin, että niiden viitekehyksissä kuvaillaan sekä potilaan, omaisten että hoitohenkilökunnan kokemuksia hyvän kotisaattohoidon onnistumisen edellytyksistä. Tämän opinnäytetyön neljä pääluokkaa ovat **toimiva vuorovaikutus, yksilöllisyyden kunnioittaminen, oikea hoito oikeaan aikaan ja omaisten osallisuus**, joita yhdistävä luokka on **hyvän kotisaattohoidon onnistumisen elementit**. Seuraavissa kappaleissa esitellään yksi pääluokista kussakin kappaleessa, jonka alussa on taulukko kuhunkin pääluokkaan kuuluvista ala- ja yläluokista.

5.1 Toimiva vuorovaikutus

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> - Etäisyyden ja läheisyyden vuorottelu kohtaamisissa - Vuorovaikutuksen tavat ja sävyt - Tarkkanäköisyys tunnistaa muuttuvia tarpeita 	Hienovaraisuus
<ul style="list-style-type: none"> -Kiireetön ilmapiiri - Hoitohenkilökunnan ominaisuuksina empaattisuus, myötätunto, kunnioitus, halu tehdä hyvää - Motivaation näkyminen työnteossa 	Arvokas kohtaaminen
<ul style="list-style-type: none"> - Kuoleman puheeksi otto - Kuolevan potilaan oireiden kuvailu - Aiheeseen palaaminen sopivampana hetkenä - Perheen eri jäsenien huomiointi - Omaisten vuorovaikutuksen edistäminen ja tilanteen sanoittaminen 	Rehellisyys ja rohkeus puheeksi ottoon
<ul style="list-style-type: none"> - Tiedon jaon eri muodot -Lääkärin jakama tieto pohjana hoitajan työlle tiedollisena tukijana - Kuolevan potilaan hoidossa opettaminen - Kivun hoidosta keskusteleminen 	Tiedollinen tukeminen
<ul style="list-style-type: none"> - Ammattitaidon ja motivaation näkyminen kommunikaatiossa - Luottamuksen herättäminen omaisissa ja potilaassa - Hoitohenkilökunta on yhtä tietoinen potilaan sen hetkisistä toiveista - Hoitohenkilökunta toteuttaa potilaan toiveita yksimielisesti - Hoitohenkilökunnan viestintä on ajantasaista 	Hoitohenkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus
<ul style="list-style-type: none"> - Epätietoisuuteen jättäminen - Tiedon jaon pitkittäminen - Hoitohenkilökunta ei viesti toisilleen ajantasaisesti - Vähäinen tieto potilaasta hoitohenkilökunnalla - Huonosti dokumentoidut hoitolinjaukset 	Vuorovaikutuksen haasteita

-Tiedonjako kaikille työntekijöille koulutuksista	
<ul style="list-style-type: none"> - Osastotunnit ja koulutukset - Työn- ja ryhmäohjaukset - Kollegiaalisuus - Teoriatiedon ja käytännön kokemusten jakaminen - Tarve saada vahvistusta itsenäisessä työssä - Psykkinen kuormitus 	Hoitohenkilökunnan ammatillinen kasvu vuorovaikutuksen avulla
<ul style="list-style-type: none"> - Omien arvojen ja asenteiden tuntemus - Oma suhde kuolemaan - Omien kipupisteiden tuntemus - Työuran eri vaiheissa olevat hoitajat 	Hoitohenkilökunnan itsereflektio

Taulukko 3: Toimiva vuorovaikutus

Vuorovaikutuksen toimivuus nousi analysoiduista tutkimuksista jaetusti esiin. Toimivalla vuorovaikutuksella viitattiin niin potilaan, omaisten kuin hoitohenkilökunnan keskinäiseen ja toisensa kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Saattohoidossa oli erityisen tärkeää huomioida, ettei kuolevan ihmisen hoito ole tehtävien suorittamista vaan ihmisen kohtaamista. (Aparicio ym. 2017, 9; Anttonen 2016, 108.)

Vuorovaikutus liittyi hoitohenkilökunnan, potilaan ja omaisten väliseen arvokkaaseen kohtamiseen: tämä välittyi hoitohenkilökunnan ominaisuuksina kuten empaattisuus, läsnäolo, kunnioitus, myötätuntoisuus sekä hoitohenkilökunnan motivoituminen saattohoitotyöhön ja halu tehdä hyvää. (Lees ym. 2014, 65; Mistry ym. 2015, 3-5; Aparicio ym. 2017, 8. Bergdahl 2012, 59; Karhunen 2016, 36.) Nämä edistivät avointa ja luottamuksellista hoitosuhdetta ja vuorovaikutuksen vastavuoroisuutta myös potilaalta ja omaisilta hoitohenkilökunnalle. Lähestyvän kuoleman hetken erityisyys edellytti sitä, että tilanteessa noudatettiin erityistä hienovaraisuutta. Tervala (2014) toi esiin kuoleman hetken merkityksellisyyden ja vaikutuksen omaisten koko loppuelämään. Kotikuolema jätti lähtemättömän jäljen sen osallisiin, ja vaikutti myös ihmisen tuleviin kuoleman kokemuksiin ja merkityksen antoihin. Sen takia olikin hyvin merkityksellistä, millä sävyillä ja missä tilanteissa asioita on sanottu. (Tervala 2014, 53.) Hyvää vuorovaikutusta olikin herkkyyys havaita, tarvitaanko tilanteessa etäisyyden ottoa vai läheisyyttä, ja tarkkanäköisyys havaita sekä potilaan että omaisten tarpeiden muutoksia saattohoidon kulussa. Hyviä vuorovaikutustaitoja ilmensi myös hienovaraisuus tilanteissa, joissa potilaat tai omaiset eivät halunneet puhua kuolemasta. Kuoleman kohtaamiseen pakottaminen ei voi olla hoitohenkilökunnan käsissä. (Bergdahl 2012, 32, 50.) Myös hoitohenkilökunnan

kiireettömyys nähtiin hyvänä hoitona ja osaltaan panostuksena vuorovaikutukseen, jossa potilaalle suotiin mahdollisuus käydä läpi omaa elämää. (Aparicio ym. 2017, 6; Karhunen 2016, 59.)

Toimiva vuorovaikutus nähtiin rehellisyytenä ja rohkeutena ottaa puheeksi vaikeita asioita. Hoitohenkilökunnan kohdalla tämä tarkoitti hyviä vuorovaikutustaitoja kuoleman puheeksi ottamisessa, ja rehellisen, oikea-aikaisen tiedon tarjoamista. Kuolemasta keskusteltaessa tarvittiin tarkkanäköisyyttä siinä, kenelle, minkä verran ja millä tavalla aiheesta voi kulloinkin puhua, ja tarvittaessa aiheeseen palattiin myöhemmin. (Anttonen 2016, 101, 123, 125; Karhunen 2016, 36, 67.) Hoitohenkilökunnan rooli saattohoidon vuorovaikutustilanteissa omaisten ja potilaan kanssa oli joskus myös tilanteiden tai tunteiden sanoittajana toimiminen sekä vuorovaikutuksen edistäjä omaisten tai omaisten ja potilaan välillä. Lähestyvän kuoleman sanoittaminen omaisille oli tärkeää, koska kokemus saattohoidosta oli monelle vieras ja käsittämätön. Esimerkiksi omaisten jännitteisissä väleissä tai konfliktitilanteissa, tai jos omaisten on ollut vaikeaa hyväksyä potilaan lähestyvää kuolemaa, oli hoitaja voinut edesauttaa sopimista tai perheen yhteen tuomista vielä ennen kuolemaa. (Tervala 2014, 40. Anttonen 2016, Karhunen 2016.) Huonommaksi koettiin tiedotta jättäminen kuin tieto, jota on vaikea hyväksyä. Tiedon ymmärtämisessä tukeminen oli usein hoitohenkilökunnan tehtävänä saattohoidon eri vaiheissa. Ohjaaminen ja epäselkeyksien poistaminen nähtiin osaksi päivittäistä hoitotyötä saattohoidossa, ja lääkärin antama rehellinen tieto nähtiin tärkeäksi pohjaksi hoitajien tekemälle työlle. (Anttonen 2016, 123; Karhunen 2016, 36.) Tiedon monimuotoisuus oli toivottavaa: kuolevan potilaan hoidosta ja käytännön asioista haluttiin tietoa eri muodoissa, esim. verbaalisesti ja kirjallisesti. Omaiset myös ilmaisivat kiitollisuutta ja helpotusta siitä, että heille oli kerrottu rehellisesti, mitä on odotettavissa kuoleman hetkellä. Esimerkiksi korisevat äänet eivät pelästyttäneet, kun niitä oli kuvailtu. Myös kivun pelko saattoi aiheuttaa potilaille kärsimystä ennen varsinaista kipua: siksi oirehoidon lisäksi oli tärkeää keskustella avoimesti kivusta ja siitä, miten sitä tullaan hoitamaan. Kivusta keskustelu ja tiedon lisääminen voivat näin osaltaan helpottaa kärsimystä myös fyysistä kipua laajemmin. (Lees ym. 2015, 66, 67; Mistry ym. 2015, 6.)

Hoitohenkilökunnan keskinäinen vuorovaikutus ja tiedon hoitotiimin sisällä kertoi potilaille ja omaisille hyvin toimivasta, ammattitaitoisesta ja motivoituneesta tiimistä, ja lisäsi osaltaan turvallisuuden tunnetta ja luottamusta hoidon onnistumiseen kotona loppuun asti. (Mistry ym. 2015, 4; Lees ym. 2014, 65.) Hyvästä hoitotiimin vuorovaikutuksesta kertoi myös se, että hoitohenkilökuntaan kuuluvat olivat kaikki yhtä tietoisia potilaan sen hetkisistä toiveista ja tarpeista, ja toteuttivat näitä yksimielisesti. (Mistry ym. 2015, 3; Bergdahl 2012, 36.)

Toimimattomaksi vuorovaikutukseksi nähtiin tilanteet, joissa omaiset saivat ristiriitaisia tietoja eri hoitotiimin jäseniltä, tai tilanteet, joissa tieto ei kulkenut hoitavan yksikön sisällä, vaan omaiset joutuivat kertaamaan uudelleen ja uudelleen saman asian. (Mistry ym. 2015, 3,

4.) Huonoa vuorovaikutusta ilmensivät myös tilanteet, joissa tietoa oli saanut vain sitä kysymällä, tai jos omaisten huolia ei oltu otettu tosissaan. Tämä ei rakentanut luottamuksellista hoitosuhdetta. (Lees ym. 2014, 64-65.) Epätietoisuus ja tiedon kertomatta jättäminen myös ruokki epäluottamusta hoitavaan tahoon, mikä saattoi aiheuttaa potilaan asian voimakasta ajamista. (Anttonen 2016, 125.) Esiin tuotiin myös hoitohenkilökunnan kokemuksia organisaatiosta johtuvista, perheen ja potilaan kanssa vuorovaikutusta heikentävistä tekijöistä. Esimerkiksi vähäinen tieto potilaasta ja hänen diagnoosistaan hankaloittivat hyvää saattohoitoa. (Bergdahl 2012, 33-34.) Myös huonosti dokumentoidut hoitolinjaukset kielivät tiedonkulun katkoista tiimin sisällä, mikä ei edesauttanut hyvän saattohoidon toteutumista. (Karhunen 2016, s.)

Saattohoitotyön erityinen psyykkinen vaativuus näkyi tutkimuksissa. Hoitohenkilökunnan ammatillinen kasvu vuorovaikutuksen avulla edellytti säännöllistä tiimin sisäistä kanssakäymistä ja työnohjausta. Apuna saatettiin käyttää ulkopuolista työnohjaajaa ja useammin tiimin keskinäisiä osastotunteja. Koulutuksilla lisättiin ammatillista kasvua, mutta saavutetun tiedon jakaminen koko tiimille koettiin joskus ongelmalliseksi. (Anttonen 2016, 131; Karhunen 2016, 72, 74.) Hoitajat kokivat hyötyvänsä sellaisista osastotunneista tai ryhmänohjauksesta, joissa teoreettista tietoa yhdistettiin jaettuihin käytännön kokemuksiin. Työn itsenäisyys korostui siinä, että omalle kohdalle osuneita vaikeita tilanteita oli tärkeää päästä jakamaan muiden kautta. Hoitajat kokivat yksin työskentelyn nostavan tarpeen saada vahvistusta kollegalta omaan toimintaan. (Bergdahl 2012, 40; Karhunen 2016, 66.)

Hoitohenkilökunnan itsereflektion tärkeys korostui saattohoitotyössä myös vuorovaikutuksen näkökulmasta. Omien arvojen ja kuolemasuhteen käsittely koettiin ammatillisen kasvun paikaksi ja avaimeksi myös toimivampaan vuorovaikutukseen potilaiden ja omaisten kanssa. Tuki ammatilliseen kasvuun korostui hoitajan uran alussa, mutta ei koskaan loppunut kokonaan. Hoitohenkilökunnalta onnistunut kotisaattohoito tarkoitti tutkimusten mukaan erityistä alttiiksi asettautumista: omien kipupisteiden läpi käymistä, jatkuvaa reflektiota sekä itsensä ja omien arvojensa tuntemusta. Tällöin mahdollistui potilaan ja omaisen hädän kohtaaminen. Työnohjauksessa vahvistui myös omien käsitysten vaikutus saattohoitotyön tekemiseen. (Anttonen 2016, 128, 134-135; Tervala 2014, 39.)

5.2 Yksilöllisyyden kunnioittaminen

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> - Omaiset ja hoitohenkilökunta toiveiden toteuttajina - Hoitohenkilökunta tavoitteiden täyttymisen apuna - Yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden tunnistaminen jaetun tiedon avulla 	Potilaan toiveiden toteuttaminen

<ul style="list-style-type: none"> - Kunnioittava tapa hoitaa - Oma tapa käsitellä kuolemaa - Apuvälineiden hyödyntäminen 	Arvokkuuden ja identiteetin säilyttäminen
<ul style="list-style-type: none"> - Hoitohenkilökunta vieraana - Omat päivärutiinit - Kontrollin ja itsenäisyyden tunne - Omannäköinen elämä - Perheen ja omaisten läsnäolo 	Koti merkitykset yksilöllisyyden paikkana
<ul style="list-style-type: none"> - Luovuuden ja intuition käyttö - Ammattitaidon tuoma varmuus - Omalla persoonalla hoitaminen 	Hoitohenkilökunnan yksilöllisyys

Taulukko 4: Yksilöllisyyden kunnioittaminen

Yksilöllisen saattohoidon toteutuminen nousi aineistojen toiseksi pääluokaksi. Myös yksilöllisyys liittyy sekä potilaan ja omaisen asemaan ja toivomukseen hoidosta että hoitohenkilökunnan työnteon tapaan. Koti paikkana oli olennainen osa yksilöllisen elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamista. Edellä kuvattu onnistunut vuorovaikutus liittyi osaltaan yksilöllisen saattohoidon onnistumiseen.

Tutkimuksissa korostui se, että jokainen saattohoitotilanne oli erilainen, ja hoitotilanteen prosessissa luotiin saattohoitoa aina uudelleen. (Bergdahl 2012, 37-38.) Potilaan arvokkuuden ja identiteetin säilyttäminen toteutui kunnioittavalla hoitamisen tavalla ja itsenäisyyden tukemisella. Itsenäisyyden tukeminen mahdollistui hyvällä oirehoidolla sekä tarvittavien apuvälineiden käytöllä. (Karhunen 2016, 68; Anttonen 2016; Tervala 2014, 32.) Spencer (2015) esittää myös moniammatillisuuden hyödyntämisen yhdeksi itsenäisyyttä tukeväksi apukeinoksi erityisesti kompleksisemmissä palliatiivisen ja saattohoidon tilanteissa, joissa on monia tuen tarpeita. Itsenäisyyden menettämistä voidaan näin pitkittää ja kodin ympäristöä haasteena ohittaa. (Spencer 2015, 249.) Kuolevan potilaan yksilöllisyys liittyi myös kuoleman kokemuksen yksilöllisyyteen. Kuolemaa on saattohoitopotilaalla edeltänyt yksilöllinen sairauden kulku ja emotionaalinen kuoleman käsittelyn prosessi. Hoitohenkilökunnan osaamiseen kuului yksilöllisten kuoleman käsittelyn tapojen kunnioittaminen. (Tervala 2014, 50.)

Yksilöllisyys korostui saattohoidossa erityisellä tavalla potilaan toiveiden toteuttamisen tärkeydessä. Toiveiden ja tarpeiden toteuttaminen ei liittynyt saattohoidossa vain hoitoon ja toimenpiteisiin tai niistä pidättäytymiseen, vaan myös potilaan viimeisen tahdon

kunnioittamiseen ja arkisiin tekemisiin. Potilaan oma tahto kuolla kotonaan oli myös hallinnan ja yksilöllisyyden tunteen säilyttämisen kunnioittamista. Toiveiden ja tarpeiden muutokset saattohoidon aikana oli myös tärkeää hoitajien ja omaisten ymmärtää. Tämä aihe nousee tutkimuksissa esiin hyvän saattohoidon elementtinä niin omaisten kuin hoitajien puheenvuoroista. (Mistry ym. 2015, 3-4; Tervala 2014, 32.) Potilaan hyvinvoinnin kannalta nähtiin tärkeäksi, että hoitajilla oli rohkeutta edistää heidän elinvoimaa ylläpitäviä tavoitteitaan elämän loppuun saakka. Bergdahl (2012) kuvasi tutkimuksessaan potilaan toiveiden täyttämisen prosessia jaetun tiedon kautta. Ensimmäisessä osassa hoitaja identifioi toiveen tai tarpeen, joka on potilaasta lähtöisin. Sen jälkeen oli vuorossa pyrkimyksen tai aikeen muodostaminen tai sanoittaminen, miten päästään toteuttamaan toivetta tai tarvetta. Seuraavaksi selvitettiin jaetun tiedon avulla nykyiset kyvyt ja taidot toiveen toteuttamiseen, jonka jälkeen tunnistettiin mahdollisuudet toiveen toteuttamiseen. Lopuksi toteutettiin potilaan toive tai tarve yhteistyössä saavutetuilla käytännön mahdollisuuksilla. Tällaisia mikroprosesseiksi kuvattuja toiveiden ja tarpeiden toteuttamisia oli samanaikaisesti saattohoitotilanteissa meneillään useita. Kyse oli jatkuvasta muovautumisesta ja uudelleenmuovautumisesta niiden tilanteiden ja mahdollisuuksien hyödyntämiseen, joita kulloinkin oli käytettävissä. (Bergdahl 2012, 36-37, 59.)

Kodilla voitiin nähdä sellaisia symbolisia merkityksiä, jotka mahdollistavat yksilöllisen elämän loppuun saakka: koti saattohoitopaikkana nähtiin potilaan kokeman vapauden ja riippumattomuuden, yksityisyyden, haavoittuvuuden ja normaaliuden tunteen paikkana. Koti myös lisäsi koskemattomuuden ja kontrollin tunnetta mahdollistaessaan sairaalaa paremmin oman näköisen elämän ylläpidon loppuun asti, ulos pääsemisen, tutut päivärutiinit ja omaisten kanssa kotona vietetyn ajan. Koti oli myös potilaan ja omaisten omaa aluetta, jonka yksityisyyttä ja kodin vieraana oloa hoitohenkilökunnan oli tärkeää kunnioittaa. (Mistry ym. 2015, 4; Tervala 2014, 35, 52; Anttonen 2016, 122, 125.)

Yksilöllisyys ei koskettanut pelkästään potilaan tai omaisten asemaa. Tutkimuksissa nousi esiin myös hoitohenkilökunnan yksilöllisen työtavan merkitys saattohoitotyössä erityisellä tavalla. Persoonallisuus hoitotyössä nähtiin ammattimaisuutena. Hoitohenkilökunnalta kuolemassa olevan potilaan kohtaaminen omalla tavalla onnistui parhaiten, kun omat arvot ja itsetuntemus olivat itselle selvät. (Tervala 2016, 35.) Terve itsetuntemus yhdistettynä tiedolliseen ja taidolliseen kompetenssiin mahdollistivat sen, että hoitajalla oli myös vapaus kuunnella omaa intuitiotaan ja olla luova hoitotilanteissa. Luovuus ja mielikuvitus nähtiin hyvinä apuina käytännön ongelmien ratkaisemisessa. (Bergdahl 2012, 32.) Hoitajan yksilöllisyys voitiin siis nähdä yksilöllisen saattohoitotyön onnistumisen elementtinä.

5.3 Oikea hoito oikeaan aikaan

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
-----------	-----------

<ul style="list-style-type: none"> - Saatavuus kaikkina vuorokauden aikoina - Kivun lievitys toteutuu oikeaan aikaan - Hoitohenkilökunnan ohjaustaidot - Ennakoiva hoitosuunnitelma ja hoitolinjaukset selvillä - Ajoissa käyty läpi, mitä tapahtuu kuoleman hetkellä - Viime hetken sairaalasiirroilta välttyminen 	Saumattomuus ja ennakointi
<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan ja omaisten muuttuvat tarpeet - Sosiaalisten ja emotionaalisten tarpeiden tunnistaminen - Kiputilanteen ja muiden fyysisten oireiden muutokset - Havainnointikyky ja tarkkanäköisyys - Kyky joustaa tilanteen mukana - Kotona pärjäämisen jatkuva arviointi 	Muuttuvien avuntarpeiden tunnistaminen
<ul style="list-style-type: none"> - Kompleksiset saattohoitotilanteet - Moninaiset avun tarpeet - Apuvälineiden saatavuus oikeaan aikaan - Avun tarpeen moninaisuuden huomiointi 	Moniammatillisuuden hyödyntäminen
<ul style="list-style-type: none"> - Omaisten epävarmuuden aika - Kuoleman merkkien tunnistamisesta keskustelu ajoissa - Käytännön neuvot, minne soittaa ja mitä tehdä - Omaisilla tunne, että tietävät miten toimia ja mitä odottaa 	Kuolevan potilaan tunnistaminen
<ul style="list-style-type: none"> - Ajoissa käyty läpi, miten toimia kuoleman jälkeen - Vainajan noutaminen - Apuvälineiden noutaminen 	Kuoleman jälkeä toimiminen

Taulukko 5: Oikea hoito oikeaan aikaan

Aineistossa oikean hoidon saaminen oikein ajoitettuna nousi eri tavoilla esiin. Se liittyi muun muassa ennakointiin ja saumattomuuteen, moniammatillisuuden hyödyntämiseen, kuolevan potilaan tunnistamiseen sekä kuoleman jälkeen toimimiseen. Ajoitukseen liittyi tunteita turvallisesta kotona olemisesta, luottamuksesta ammattitaitoiseen hoitotiimiin ja hyvissä käsissä olemiseen. Ennakointi oli sekä potilaan, omaisten että hoitajien kannalta edullista. Oikea-

aikainen, responsiivinen saattohoito vähensi tutkimuksen mukaan sairaalasiirtoja ja osaltaan loi kotisaattohoitokokemuksesta eheän. (Spencer 2015.)

Hyvä kotisaattohoitokokemus välittyi tutkimuksissa omaisien kuvaamana hoitotyön saumattomuuden ja ennakkoinnin kautta. Kuolevan potilaan kanssa kahden jääminen vaati tilanteessa kokemattomalta omaiselta rohkeutta ja luottoa avun saamiseen, silloin kun sitä tarvitaan. (Mistry ym. 2015, Apacio 2017) Hoitohenkilökunnan tehtäväksi jäi kotona olemisen varmuuden vahvistaminen, jotta turvallisuuden tunne säilyy. Ennakkoinnin ja ohjaamisen taidot nähtiinkin hoitajien jokapäiväisiksi, tärkeiksi työkaluiksi. (Karhunen 2016, 69.) Kodin yksityisyys nähtiin haasteena, johon on mahdollista vastata esimerkiksi niin, että omaisia ja potilaita koulutettiin huolellisesti ennalta oirehoitoon sekä yllättäviin tilanteisiin varautumiseen. Avun saamisen turvaaminen yhtä lailla vuorokauden jokaisena aikana toi varmuutta kotona oloon. Omaiset toivat esiin turvattomuuden tunteen erityisesti yöaikaan. (Mistry ym. 2015, 4; Holm 2016; Spencer 2015.) Tärkeänä pidettiin erityisesti sitä, että kivunlievitys toteutuu viivytyksettä. Negatiiviset kokemukset hoitajan odottamisesta, kun potilas on ollut kivuissa, jättivät traumaattisen kokemuksen kotisaattohoidosta. Lisäksi hoitotarvikkeiden oikea-aikainen saaminen koettiin tärkeäksi kaikenlaisen kärsimyksen vähentämisen ja potilaan tarpeiden täyttämisen kannalta. (Lees ym. 2015, 66.) Myös oikea-aikaiset hoitolinjaukset sekä ennakoivan hoitosuunnitelman olemassaolo koettiin tärkeiksi saattohoitotyön ajoituksen kannalta. Ennakoiva hoitosuunnitelma toi paitsi varmuutta hoitotilanteisiin, myös aikaa henkiseen varautumiseen, kun suunnitelma oli ajoissa laadittu. (Karhunen 2016 39, Spencer 2015, 247.)

Moniammatillisuuden hyödyntäminen nostettiin myös esiin oikea-aikaisen ja potilaan tarpeisiin vastaavan saattohoidon kontekstissa, joskin tässä kulttuuri- ja organisaatiokohtaiset erot näkyivät. Spencerin (2015) artikkelissa esitelty palvelumuoto, jossa kotiin vietävissä saattohoitopalveluissa toimi vastuuhenkilöitä esim. Rapid response -tiimissä vastaamassa pikaisiin tilannemuutoksiin esim. kivunhoidon osalta, ja triage-tiimissä, joka toteutti nopeaa hoidon tarpeen arvioita uusien potilaiden osalta. Lisäksi oli pelkästään yöhoitoon erikoistunut tiimi sekä moniammatillinen tiimi, jossa toimi mm. fysio- ja toimintaterapeutteja ja erikoislääkäreitä sekä hoitajia. Erikoistuneiden ja nopeaan toimintaan tähtäävien tiimien avulla onnistuttiin monipuolistamaan kotisaattohoitoa ja parantamaan sen laatua sekä vähentämään viime hetken sairaalasiirtoja. Lisäksi ennakkointi oli parantunut, koska moniammatillisten tiimien toiminnan myötä ennakoiva hoitosuunnitelma oli otettu järjestelmällisemmin puheeksi potilaan ja omaisten kanssa. (Spencer 2015, 245, 250.) Toiminnan mittasuhteiden ero oli huomattava verrattuna suomalaiseen saattohoitoon. Siitä huolimatta tutkimuksista voi tehdä havainnon, että kotimaisessa aineistossa moniammatillisuus kotisaattohoidossa esiintyi tutkimusten mukaan lähinnä lääkärin ja hoitajan välisenä yhteistyönä. Muuten yhteistyötä kuvattiin olevan joidenkin koulutusten puitteissa ja konsultoitaessa kotihoitoa tai hoivakoteja. Moniammatillisesti kotimaisessa kontekstissa potilaan luo ulottuva yhteistyö oli niukempaa. (Karhunen 2016; 47-49.)

Muuttuvien tarpeiden tunnistaminen ja niihin reagointi olivat tärkeitä työvälineitä kotisaattohoidossa. Bergdahlin (2012) tutkimuksessa tarkkanäköisyys ja havainnointikyky nousivat esiin yhdeksi tärkeimmistä hyvien hoitosuhteiden luomisen välineistä saattohoitotyötä tekeväille. Nämä ominaisuudet voitiin ymmärtää sekä huomiointikyvyksi potilaan muuttuvissa tilanteissa, että saavutettavissa oloon silloin, kun potilas apua tarvitsee. (Bergdahl 2012, 32.) Tarkkanäköisyys oli kykyä lukea tilannetta, ja se voi liittyä esimerkiksi voinnin tai kiputilanteen muutokseen. Oleellista on myös emotionaalisen ja sosiaalisen tuen oikea-aikainen tunnistaminen. (Karhunen 2016, 52.) Myös Anttonen (2016) tuo esiin ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan kyvyn ymmärtää hetkessä. Saattohoitotilanteessa potilaan muuttuvia tarpeita ja omaa kykyä reagoida oli päivitettävä joka hoitokontaktissa uudelleen. Tässä tarvittiin jatkuvaa tilanteen ja kotona pärjäämisen arviointia ja koordinoitua. (Anttonen 2016, 124; Mistry ym. 2015, 3.)

Kuolevan potilaan tunnistaminen ajoissa oli konkreettinen esimerkki ajoittamisen tärkeydestä ja haasteesta. (Anttonen 2016, 125.) Vaikka tarkkoja aikamääreitä ei olisi mahdollista antaa ja kuoleman hetki voi yllättää, voi hoitaja opettaa tunnistamaan kuoleman läheisyyden merkkejä sekä neuvoa käytännön asioissa. Omaiset kuvasivat kuoleman läheisyyden aiheuttavan jatkuvaa, tahotonta tai tahallista kuolemaan valmistautumista, joka oli epävarmuuden värittämää aikaa. Kotona pärjäämistä ja omia rajoja oli peilattava jatkuvasti uudestaan. Sen vuoksi kuolevan hoivaan ja kuolemaan varautumiseen ennalta opetettuja keinoja arvostettiin. (Holm 2016, 32; Karhunen 2016, 39.)

Onnistunut saattohoito jatkui vielä kuoleman hetken jälkeen. Myös kuoleman tapahduttua omaisten kokemusten mukaan selviytymisen tunnetta oli lisännyt se, että oli kerrottu tarkalleen mitä tehdä ja minne soittaa tässä tilanteessa. (Lees ym. 2015, 66; Mistry ym. 2015, 4.) Vastaavasti tunne odottamattomasta kuolemasta, johon kukaan ei ollut valmistanut ennakkoivasti, ei jättänyt mielikuvaa onnistuneesta kotisaattohoidosta. Omaiset kuvasivat yksin jätetyksi tulemisen tunnetta tällaisessa tilanteessa, jossa kuoleman läheisyydestä ei oltu heidän mukaansa keskusteltu tarpeeksi suoraan ja ajoissa. (Lees ym. 2015, 66; Anttonen 2016.) Hienotunteisuus liittyi ajoittamiseen vahvasti kuoleman jälkeen, jolloin omaisten tarpeet saattavat jopa korostua. Omaiset kuvasivat esimerkiksi monen päivän odotusta sairaalatarvikkeiden poistamisessa, mikä oli emotionaalisesti kuormittavaa potilaan vielä äsken käytettyä niitä. Myös vainajan noudon viivytykset jättivät vahvan muistijäljen ja heikentäneet onnistuneen saattohoidon kokemusta. (Lees ym. 2015, 65.)

5.4 Omaisten osallisuus

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
- Omaisten haluavat huolehtia potilaasta	Omaiset voimavarana

<ul style="list-style-type: none"> - Omaiset hoitavat potilasta voimiensa mukaan -Omaisilla tunne kotona pärjäämisestä potilaan kanssa 	
<ul style="list-style-type: none"> - Omaiset tuntevat potilaan mielenkiinnon kohteet ja elämäntyylin - Omaiset toivovat, että potilas saa toteuttaa omia viimeisiä toiveitaan saattohoidon aikana 	Omaiset asiantuntijoina
<ul style="list-style-type: none"> - Omaisten epävarmuus hoitotilanteissa - Saattohoidon alkua leimaava epätietoisuus siitä mitä on tulossa - Omaisten kokemus turvattomuudesta kotona - Omaisten muuttuvat voimavarat - Eri ikäisten perheenjäsenten tuen tarpeen erot 	Omaiset tuen tarvisijoina
<ul style="list-style-type: none"> - Hoitohenkilökunta neuvoo potilaan hoidon toteuttamisessa omaisia tilanteissa joissa he ovat potilaan kanssa kahden -Hoitokäyntien tihentyminen saattohoidon loppua kohti - Hoitohenkilökunta valmiina tukemaan ja kuuntelemaan myös omaisia - Omaisille mahdollisuus lepoon tai hoitovastuun antamiseen hoitohenkilökunnalle - Hoitohenkilökunnan järjestämä interventio omaisille - Hoitohenkilökunta vahvistaa omaisten valmiuksia varautua tuleviin tilanteisiin 	Hoitohenkilökunta omaisten tukijana

Taulukko 6: Omaisten osallisuus

Vaikka kuoleman käsittäminen oli yksilöllistä ja kuoleman kokemus aina lopulta jakamaton, oli kuoleman kohtaaminen etenkin kotona tapahtuvassa saattohoidossa nähtävä myös perheen yhteisenä kokemuksena. (Tervala 2014, 49.) Omaisten läsnäoloa ei yhdessäkään tämän opin- näytetyön aineistossa voinut ohittaa käsiteltäessä kotisaattohoitoa. Hoitohenkilökunta loikin hoitosuhteen potilaaseen, mutta ei vähempää omaisiin.

Omaisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyöllä luotiin omannäköisiä mahdollisuuksia potilaalle elämän viime päivinä. Tässä omaiset osoittautuivat asiantuntijoiksi, joiden ammattitaitoa oli tärkeää hyödyntää. (Karhunen 2016, 42.) Tietoa potilaasta ja tämän elämästä tuli osata kuunnella omaisten kautta. Omaiset arvostivat sitä, että heidän kanssaan oltiin perusteellisesti keskusteltu potilaan ja heidän yhteisestä elämästä ja osoitettu kiinnostusta. (Aparicio 2017, 8-9.) Omaiset olivat myös saattohoidon voimavara. He arvostivat sitä, että heidät otettiin mukaan potilaan hoitoon niillä tavoilla kuin he halusivat ja kykenivät siihen osallistumaan.

Perheen arvostaminen hoitotiimin jäsenenä lisäsi heidän luottamustaan siihen, että he selviytyvät saattohoidosta. (Mistry ym. 2015, 4; Anttonen 2016, 130.)

Omaiset olivatkin saattohoidossa paitsi toiveiden toteuttajia ja hoitoon osallistujia, myös itse avun ja tuen tarpeessa. Anttonen (2016) otti esiin omaisten muuttuvat voimavarat saattohoidon alkuketken jälkeen, jolloin heillä ei ollut vielä tietoa siitä, mitä kaikkea läheisen saattohoito tuli vaatimaan. Saattohoidon alussa tuen ja vahvistuksen tarve olikin suuri. Omaisten voimavarojen vahvistaminen ja toivon ylläpitäminen perheen eri-ikäisille ja erilaisille jäsenille korostuivat hoitohenkilökunnan tärkeinä tehtävinä. Jos perheessä oli lapsia, heidän ikätasoinen kohtaaminen ja kuoleman sanoittaminen vaati ammattitaitoa, mikä koettiin joskus haastavaksi. (Anttonen 2016, 128.)

Hoitohenkilökunnan oli tärkeää ymmärtää perheen kantama epävarmuus toiminnastaan, ja mahdollisuus itse toimia voimavarojen vahvistajana. (Anttonen 2016, 130.) Samoin hoitohenkilökunnan tarkkanäköisyyttä tarvittiin sellaisissa tilanteissa, kun omaiset eivät itse sanoittaneet muuttuvia mielialojaan tai uupumusta; hoitovastuun siirtyminen enemmän hoitohenkilökunnalle vaati tällöin aloitteellisuutta hoitajilta. (Tervala 2014, 53.) Hoitokäytien tihentyminen kuoleman läheisyydessä oli myös perheen jaksamisen kannalta oleellinen käytännön selviytymiskeino. Kuolemaan valmistautuminen tehtiin yhdessä. (Karhunen 2016, 36.) Perheen voimavaroja vahvisti tutkimuksen mukaan se, että heillä oli myös mahdollisuus olla hetki pois kuolevan potilaan luota, tai levätä kotona ilman hoitovastuuta. (Apacio ym. 2017, 8.)

Holm (2016) selvitti väitöskirjassaan saattohoitopotilaan perheenjäsenille tehtävän valmistavan intervention hyötyjä, ja sai tästä positiivisia tuloksia. Tutkimuksessa toteutettiin viisi viikkoa kestänyt interventio, jossa omaisia ohjattiin saattohoidon käytännöissä ja jossa he myös tapasivat toisiaan. Interventio ajoittui alkamaan siinä vaiheessa, kun potilas oli palliatiivisessa hoidossa. Tutkimustulosten mukaan perheet kaipasivat informaatiota, käytännön tukea sekä psyykkistä ja henkistä tukea saattohoitotilanteessa. Näitä oikea-aikaisesti, ammattilaisten toimesta tarjoamalla oli mahdollista vahvistaa omaisten aktiivisempaa osallisuutta potilaan saattohoidossa ja tukea heidän hyvinvointia kauaskantoisemminkin. Tutkimus osoitti myös intervention liittäneen vahvemmin yhteen paitsi hoitohenkilökuntaa ja omaisia, myös hoitohenkilökuntaa toisiinsa, kun ohjausta toteutettiin ja sen tuloksia reflektotiin yhdessä tiiminä. Jaetun tiedon kautta hoitohenkilökunnan tietoisuus omaisten tarpeista ja valmiudet puhua kuolemasta paranivat. Tämän lisäksi interventiossa oli kiitelty vertaistuen näkökulma, kun omaiset kohtasivat ohjaustilanteessa toisiaan ja jakoivat kokemusta saattohoidosta. (Holm, 2016, 36-39.) Ongelmaksi osoittautui tämänkin tutkimuksen osalta se, että saattohoidon resurssit ulottuvat vain potilaaseen; omaisten tiiviin läsnäolon huomioiminen resursoimisessa edistäisi paitsi yhden potilaan onnistunutta saattohoitotilannetta, myös hyvinvointia yksilöä laajemmin.

6 Pohdinta

6.1 Loppupäätelmät tutkimustuloksista

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotisairaalan toteuttamaa saattohoitoa kirjallisuuskatsauksen avulla. Tavoitteena oli lisätä tietoa kotisaattohoidon toimivista käytänteistä ja haasteista sekä kodin merkityksestä saattohoidon paikkana kysymällä, mitä tarvitaan hyvän kotisaattohoidon toteuttamiseen. Näkökulma toi esiin sekä potilaan, omaisten että hoitohenkilökunnan kokemukset.

Opinnäytetyössä nousivat aineistolähtöisesti esiin neljä temaattista pääluokkaa, toimiva vuorovaikutus, yksilöllisyyden kunnioittaminen, oikea hoito oikeaan aikaan, sekä omaisten osallisuus, joiden ympärille tutkimustulosten esittely rakentui. Toimiva vuorovaikutus ilmeni arvokkaassa ja hienovaraisessa kohtaamisen tavassa, rohkeudessa puheeksi ottoon, hoitohenkilökunnan keskeisessä vuorovaikutuksessa ja ammattitaitoisessa toiminnassa sekä itsereflektio- taidoissa ja psyykkisen rasituksen purkamisessa. (Anttonen 2016; Tervala 2014; Lees ym. 2014; Mistry ym. 2015; Aparicio ym. 2017; Bergdahl 2012.) Yksilöllisyyden teemassa esiin nousi mahdollisuus elää omannäköistä elämää sen loppuun saakka, johon koti antoi parhaimmillaan hyvät edellytykset. Potilaan toiveiden ja tarpeiden täyttäminen jaetun tiedon kautta sekä hallinnan ja itsenäisyyden tunteen tukeminen kuuluivat yksilöllisyyden pääluokkaan. Myös hoitohenkilökunnan yksilöllinen tapa tehdä työtä nähtiin hyvän saattohoidon elementiksi. (Mistry ym. 2015; Tervala 2014; Bergdahl 2012.) Oikea hoito oikein ajoitettuna taas nousi teemana esiin ennakoinnin ja jatkuvan tilanteen uudelleen arvioimisen kautta. Koti voitiin nähdä myös turvattomuuden tunteen lisääjänä kuoleman lähestyessä. Varautumiseen vahvistaminen nousi tärkeimpänä turvattomuuden tunteen ehkäisijänä potilaan ja omaisten kannalta. Se tarkoitti ennalta kouluttamista, moniammatillisuuden hyödyntämistä, oikeiden hoitotarvikkeiden saamista ajoissa, hoitolinjausten ja kuoleman puheeksi ottoa ajoissa, kivun hoidon hyvää ennakointia ja tavoitettavissa oloa kaikkina aikoina. (Holm 2016; Spencer 2015.) Omaisten osallisuus kotisaattohoidon kontekstissa korostui, ja saattohoito ulottuikin yksilöä laajemmin koko perheeseen. Omaiset olivat vuorotellen sekä auttajia että autettavia, ja hoitohenkilökunnan ja omaisten välinen suhde rakentuikin vastavuoroisuuden varaan hyvässä saattohoidossa. Hoitohenkilökunnan työkaluihin kuului myös usein tilanteiden sanoittaminen eri ikäiset perheenjäsenet ja erilaiset perheet huomioiden. Omaisten osallisuutta todettiin vahvistavan jo palliatiivisen hoidon vaiheessa aloitettu valmistava interventio, jonka avulla myös hoitohenkilökunta tuli tietoisemmaksi potilaan ja omaisten tarpeista. (Holm 2016; Anttonen 2016; Aparicio 2017, 8-9.)

Hänninen (2015) on todennut perheen olevan usein saattohoidossa sairastamisen yksikkönä yksilön sijaan. Hoitajan tehtävänä korostuu tukea koko perheen selviytymistä oireista ja lähestyvän kuoleman aiheuttamista tunteista. (Hänninen 2015, 47.) Myös tämän opinnäytetyön

aineiston perusteella perheen aseman tärkeys saattohoidossa saa vahvistusta. Etenkin kotisaattohoidossa perheen asema näyttäytyy lähes välttämättömänä. Koti taas mahdollistaa omannäköisen elämän ja omannäköisen kuoleman. Koti voi mahdollistaa kiireettömän kohtaamisen ja hyvän kuoleman, kuten onnistuneen saattohoidon tavoite on. Voidaankin liittyä Hännisen (2008) toteamukseen, että saattohoitotyön periaatteet itsemääräämisoikeudesta, arvokkuudesta ja yksilöllisyydestä voivat toteutua kotioloissa sairaalaympäristöä paremmin. Tämä liittyy kodin tuttuuteen ja turvallisuuteen, omaan päivärutiiniin sekä omaisten läsnäoloon arjessa. (Hänninen 2008, 142-144.) Koti tuo parhaimmillaan myös omaisia yhteen mahdollistaen jaetun kokemuksen kotisaattohoidossa. Kotikuolema voikin muuttaa käsitystä medikaloidusta kuolemasta taas enemmän osaksi jokapäiväistä elämää, kuten myös Saarelma (2005) toteaa.

Tässä opinnäytetyössä vahvistuu käsitys saattohoidosta holistisena hoitotyönä, joka on onnistuessaan dynaamista, muuttuviin ja moninaiisiin tarpeisiin oikea-aikaisesti vastaavaa. Tutkimuksissa käsiteltiin sekä palliatiivista hoitoa että saattohoitoa, joka oli tämän opinnäytetyön aihe. Voidaan todeta, että onnistunut palliatiivinen hoito, josta on pystytty siirtymään oikea-aikaisesti saattohoitovaiheeseen, luo pohjan myös hyvälle saattohoidolle näiden rakentaessa jatkumon. Mainitut vuorovaikutuksen ja osallisuuden prosessit alkavat usein rakentua jo palliatiivisen hoidon aikana. Vastaavasti huonoksi koettu palliatiivinen hoito vaikuttanee myös siihen, minkälainen kokemus sitä seuraavasta saattohoidosta koituu. Käsitellyt tutkimukset vahvistavat niin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämisen olevan saattohoidon yhtäläisiä tehtäviä, kuten palliatiivisen ja saattohoidon suosituksissa ohjeistetaan. (Käypä hoito 2019; STM 2017.) Saattohoidon kliiniset tiedot ja taidot sekä kivun lievityksen ja oirehoidon teemat nousivat esiin tutkimuksissa, mutta psykososiaalisen tuen tarve korostui yllättävänkin vahvasti. Nämä eivät kuitenkaan ole toisiaan poissulkevia hoidon osia, vaan sidoksissa toisiinsa. Fyysisten oireiden hoidon kustannuksella ei voi ohittaa muita tarpeita, ja toisaalta, kuten eräs lääkäri toteaa tutkimuksessa: jos potilaan fyysiselle kärsimykselle ei anneta riittävää vastetta, jäävät hänen sosiaalinen, eksistentiaalinen ja psyykinen kärsimys huomaamatta, fyysisen kivun peittoon. (Mistry ym. 2015, 6.)

Kotisairaalan osaamisalueista saattohoitopotilaat ovat yksi potilasryhmä laajassa, monipuolis-
 tuvassa kotona hoidettavien potilaiden joukossa. STM:n selvityksen mukaan kotisairaallalla on yhä merkittävämpi vastuu erityistason saattohoidosta. Kotisairaalan odotetaan myös toimivan siltana perus- ja erityistason saattohoidon välillä, sekä yhteistyössä paikallisesti sovitulla tavoilla esim. kotihoidon sekä muiden moniammatillisten tahojen kanssa. Lisäksi olisi vahvistettava omaisten voimavarojen riittävyttä paitsi potilaan kuolemaa ennen ja kuoleman hetkellä, myös sen jälkeen. (STM 2017, 24, 28, 30-31; Valtioneuvosto 2019.) B- ja C-tason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon keskuksissa yhteistyökumppanit ja psykososiaalisen tuen erityisosaaminen löytyvät saman katon alta. Kotisairaalan kannalta koti on hyvän saattohoidon mahdollisuus, mutta myös haaste yksilöllisten, moninaisten avun tarpeiden saavutettavuuden

osalta potilaalle ja omaisille. Resursoinnin kannalta olisi toivottavaa, että kotisairaallalle mahdollistetaan siihen haasteeseen vastaaminen, mitä erityistason saattohoidolta odotetaan, jotta hyvä, kokonaisvaltainen saattohoito kotona onnistuu jatkossakin.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tässäkin opinnäytetyössä vahvimmin esiin nousseet psykososiaalisen osaamisen tarpeet on tärkeää huomioida osaamisen jatkuvuuden kannalta paitsi uusia tekijöitä koulutettaessa saattohoidon jokaisella portaalla, myös osaamisen ylläpidon takaamiseksi siellä, missä saattohoitotyötä jo nyt tehdään; vähintään fyysisen oirehoidon veroisena olisi pidettävä yllä vuorovaikutustaitoja sekä kuoleman kohtaamisen käsittelyä niin omaisten, potilaan, työryhmän kuin itsereflektion kannalta. Etenkin uran alkuvaiheilla oleville hoitajille olisi työssä jaksamisen kannalta tuotava jo koulutusvaiheessa keinoja psyykkisen kuormituksen työstämiseen. Moniammatillisuuden hyötyjä korostettiin potilaan ja omaisten hoidossa, mutta myös hoitohenkilökunta voisi hyötyä esimerkiksi psykologin käytöstä osana työnohjausta ja psykososiaalisten taitojen vahvistamista. Hyvä kotisaattohoito rakentuu toimivasta vuorovaikutusta kaikkien osapuolien välillä, jossa erilaisia yksilöitä, perheitä ja hoitajia kohdataan kunnioittavasti. Se on saattohoitoa, joka toteutuu ammattimaisesti, oikea-aikaisesti ja kodin mahdollisuuksia hyödyntäen. Hyvän kotisaattohoidon elementtejä ovat myös omaiset, jotka ovat osallistettu saattohoidon prosessiin heille sopivilla tavoilla, sekä työhönsä motivoitunut hoitohenkilökunta, jonka hyvinvointia ylläpidetään työyhteisössä.

6.2 Tutkimustulosten hyödynnettävyys yhteistyötahon kannalta

Tämän opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyydestä ja esiin nostamista ajatuksista saatiin palautetta työelämän edustajalta kotisairaalasta, joka toimi yhteistyötahona. Opinnäytetyössä esiin nousut psykososiaalisen tuen keskeisyys nostettiin palautteessa esiin ja pohdintaan siitä, olisiko esimerkiksi psykologeja mahdollista hyödyntää myös osastotunneilla tai muissa lääkärin ja hoitajien koulutuksissa, etenkin, kun psykososiaalisen koulutuksen osuus tällä hetkellä opinnoissa on varsin vähäistä. Myös omaisten tiedollisen tukemisen eri muodot herättivät pohdintaa. Kotisairaalassa todettiin olevan jo monia hyviä käytänteitä saattohoidon kannalta silloin kun saattohoito etenee ”oppikirjamaisesti”, mutta komplisoituneempiin tilanteisiin todettiin kehityksen olevan edelleen tarpeen niistä yksilöllisistä lähtökohdista, joita kullakin perheellä ja potilaalla saattohoidossa on.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä opinnäytetyössä esiin nousutta perheen ja omaisten osallisuuden tärkeyttä saattohoidossa ei ole suomalaisessa kontekstissa tutkittu, eikä intervention kaltaista toimintaa ole omaisille toteutettu. Jatkotutkimusehdotuksena voisi selvittää, minkälaisia omaisten aseman parantamisen keinoja olisi mahdollista toteuttaa esimerkiksi Anttosenkin (2016) esiin nostamia perhehoitotyön (STM 2020) keinoja hyödyntämällä kotisaattohoitotyössä, ja millaisesta

tuesta omaiset itse kokisivat hyötyvänsä saattohoidon näkökulmasta. Palveluintegraation aikaansaamisen näkökulmasta olisi hyödyllistä tutkia esimerkiksi kotihoiton ja kotisairaalan yhteistyön vahvistamisen mahdollisuuksia paikallistasolla tai valtakunnallisesti, sekä moniammatillisuuden hyödyntämistä kotona toteutuvassa saattohoidossa. Työhyvinvoinnin näkökulmasta olisi hyödyllistä tutkia saattohoitotyötä tekevien työssä jaksamista, sitä vahvistavia ja heikentäviä seikkoja. Tässä opinnäytetyössä esiin ei noussut tutkimuksista monikulttuurisen kuoleman tai saattohoidon näkemykset, jotka ovat enenevässä määrin osa suomalaista saattohoitoa. Monikulttuurisuusteema kotisaattohoidon kontekstissa olisikin hyödyllinen tutkimuskohde myös kotisairaaloiminnan kannalta. Saattohoito on tutkimuskohteena haastavaa käytännön toteutuksen kannalta. Tämän opinnäytetyön aineistoissa myös potilaan kokemuksia oltiin kuultu, mutta pääpaino oli kuitenkin omaisten ja hoitohenkilökunnan kokemuksilla. Jatkossa olisi pohdittava, miten ja milloin kuolevan potilaan näkemyksiä hyvästä saattohoidosta olisi mahdollista kartoittaa eettisesti kestäväällä tavalla.

6.4 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Aineistolähtöisessä tutkimuksessa luotettavuuden tarkastelu kohdistuu koko tutkimusprosessiin, mutta erityisesti aineiston keruuseen ja analyysiin sekä tutkimuksen raportointiin, sekä sen kontekstisidonnaisuuteen. Opinnäytetyön luotettavuutta voi tarkastella seuraavin kriteerein: uskottavuus, eli miten totuus on muodostunut tutkijan ja tutkittavan välille; todeksi vahvistettavuus, eli tutkimustulosten on perustuttava aineistoon ja empiriaan; merkityksellisyys, eli tutkittavan aiheen esiintyminen ja merkitys tutkimuskontekstissaan; toistuvuus, eli tutkittava aihe esiintyy yleisesti, ei vain satunnaisesti; kyllästeisyys, eli tutkija on saanut tutkittavasta aiheesta kaiken oleellisen esille, ja siirrettävyys, eli tutkimustulokset voitaisiin siirtää toiseen samanlaiseen kontekstiin ilman, että tulkinta muuttuu. (Kamk 2019.) Kirjallisuuskatsauksen tulee muun tutkimuksen tavoin olla toistettavissa, pohjaututtava kattavaan aihealueeseen ja sen ilmiön on pohjaututtava ajassa kehittymisen tuntemukseen (Suhonen & Axelin & Stolt 2016, 7).

Tutkimuksen uskottavuus ja todeksi vahvistettavuus on pyritty todentamaan raportoimalla rehellisesti ja luotettavasti alkuperäistutkimusten tuloksista, ja viitaten lähteeseen tarkasti. Aineistona on käytetty luotettavista lähteistä hankittua tutkimustietoa. Tutkimustulosten analyysin muodostuminen on tekstissä esitetty taulukoissa sekä raportissa. Laajoissa aineistoissa analyysissä keskityttiin tutkimustulosten ja johtopäätösten analyysiin, tiiviimmissä artikkeleissa analyysi taas kohdistettiin koko aineistoon. Välillä haastavaa oli kolmen eri kielisen tutkimusaineiston läpi käyminen ja abstraktitasolle nostetuista aiheista olennaisen löytäminen ja synteesin tekeminen. Myös alaluokkien sijoittaminen tiettyyn, laajaan pääluokkaan aiheutti välillä haastetta, ja jotkin luokat tuntuivatkin kuuluvan useaan pääluokkaan. Pääluokkien koettiin kuitenkin sitovan koko aineistoa yhteen ja olevan näin ollen uskottavia, aineistolähtöisen tutkielman luokkia. Tutkimusaineiston läpi käymisessä pyrittiin alusta asti myös pitämään

mielessä oma tutkimuskysymys sekä työn tavoite ja tarkoitus, jolloin aineistosta on ollut mahdollista erotella relevantti sisältö. Tutkimukset oli toteutettu erilaisilla metodeilla ja ne painottivat potilaan, omaisen sekä koko hoitohenkilökunnan näkökulmia. Integroitu kirjallisuuskatsaus kuitenkin mahdollisti tällaisen moninaisen aineiston käsittelyn samassa tutkielmassa.

Tutkimusten tuloksista on löytynyt pienestä määrästä huolimatta toisteisuutta ja kyllästeisyttä, eivätkä ne ole olleet ristiriitaisia toisiinsa nähden, joskin painotukset ovat voineet olla erilaisia riippuen tutkimuskysymyksestä. Tutkimusaihetta rajattiin niin, että mukaan valittiin länsimaiseen kulttuuriin kuuluvia tutkimuksia, ajatuksena, että näissä olisi ainakin jonkinlainen hoitokulttuurin yhdenmukaisuus. Esimerkiksi organisaatioista johtuvat erot ovat luonnollisesti vaikuttaneet saattohoidon käytännön toteuttamiseen. Kaikki tutkimukset painottivat ei-fyysisten tarpeiden huomiointia, mutta esimerkiksi uskonnollisen tai henkisen tuen tarpeessa oli nähtävissä hajontaa. Myös perheen merkitys korostui joissakin kulttuureissa voimakkaampana. (Aparicio 2017; Lees ym. 2015.) Suuressa linjassa kansainvälisistä tutkimuksista on kuitenkin nähtävissä enemmän samankaltainen, universaali linja esimerkiksi kärsimyksen lievityksen, saattohoitotyön holistisuuden, omaisten osallisuuden ja hoitotyön etiikan ja arvojen näkökulmasta. (Tervala 2014, 54; Mistry ym. 2015, 7; Spencer 2015, 250.) Siellä missä kulttuuri- tai organisaatioeroilla on arvioitu olevan vaikutuksia, on se auki kirjoitettu. Lisäksi tämän opinnäytetyön tutkimustulosten esittelyssä käytetyt yhdistävät teemat sekä tutkimuskysymys olivat myös laajoja, ja mahdollistivat saattohoidon toteutumisen universaalien tarkastelun. Siten myös tutkimuksen siirrettävyyden voi sanoa toteutuneen. Teemat löytyivät aineistolähtöisesti unohtamatta esiyymäryksen vaikutusta tutkimuksen teon prosessiin. Opinnäytetyön merkityksellisyydestä kertoo kansainvälinen ja kansallinen vilkas keskustelu aiheen ympärillä, tutkimustoiminnan aktiivisuus saattohoitoon liittyen, sekä hankkeet ja suositukset, jotka korostavat saattohoidon kehityksen tärkeydellä olevan jo kiire. Ikärakenteen muutos sekä kotihoidon painotus sosiaali- ja terveydenhuollossa osoittavat saattohoidon kehitykselle olevan kysyntää.

Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa tulee noudattaa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) määrittämää hyvää tieteellistä käytäntöä, joka ehkäisee tutkimuksen epärehellisyyttä. Tämän opinnäytetyön osalta oleellisia kohtia olivat raportin kirjoittaminen totuudenmukaisesti ja vilpittömästi, ilman plagiointia, anastamista, sepittämistä tai vääristelyä. Opinnäytetyön teon kaikissa vaiheissa on pyritty noudattamaan huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Tiedonhankintamenetelmät ovat olleet eettisesti kestäviä ja tarkoituksenmukaisia, ja ne ovat toteutettavissa raportin perusteella uudelleen. Tämä tutkimuksellinen opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksella, joten hyvän tieteellisen käytännön mukaisia tutkimuslupaan tai osallistujien informointiin liittyviä toimia ei ollut. Aineistona käytettyjä tutkimuksia kunnioitettiin antamalla arvo niiden tekijöiden työlle viittaamalla aineistoon asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6-9.) Sensitiivinen tutkimusaihe vaatii eettisesti vastuullista toimintaa sekä reflektiota myös omien valmiuksien ja voimavarojen

riittävydestä. (Aho & Kylmä 2012.) Tutkimuksen sensitiivinen aihealue on tiedostettu ja huomioitu koko tutkimuksen teon prosessissa niin, ettei tutkimusaiheesta aiheudu psyykkisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia haittoja muille eikä itselle.

Lähteet

Painetut

Aho, A-L. & Kylmä, J. 2012. Sensitiivinen tutkimus hoitotieteessä - näkökohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. *Hoitotiede* 24(4): 271-280.

Ahtiluoto, S. & Pöyhilä, R. 2018. Oirehoidon toteutus kotona. Oireiden ja lääkehoidon arviointi ja peruseriaatteen. Teoksessa *Kotisairaala. Toim. Pöyhä, R. & Güldogan, E. & Vanhanen, A.*, 74-80. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hänninen, P. 2008. Kuolevan hoito kotona. Teoksessa Grönlund, E. & Anttonen, M-S. & Lehtomäki, S. - Agge, E. (toim.): *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki. 135 - 145.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Ollila, M. 2018. Kotisairaalan konsepti ja historia sekä kokemuksia erilaisista malleista. Teoksessa *Kotisairaala. Toim. Pöyhä, R. & Güldogan, E. & Vanhanen, A.*, 9-26. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Suhonen, R. & Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin ja R. Suhonen. 2. korjattu painos*. Turku: Turun yliopisto, 7-22.

Sulosaari, V. & Kajander-Unkuri, S. 2016. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Teoksessa *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Toim. M. Stolt, A. Axelin ja R. Suhonen. 2. korjattu painos*. Turku: Turun yliopisto, 107- 117.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2012. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sähköiset

Anttonen, M. 2016: Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substantiivinen teoria saattohoidossa. Viitattu 5.9.2020.
<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Aparicio, M. & Centeno, C. & Carrasco, J. & Barbosa, A. & Arantzamendi, M. 2017: What are families most grateful for after receiving palliative care? Content analysis of written

documents received: a chance to improve the quality of care. Viitattu 14.9.2020.
<https://bmc-palliat-care.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-017-0229-5>

Bergdahl, J. 2012. Hur sjuksjötorskor kan skapa goda vårdrelationer inom avancerad palliativ hemsjukvård? Viitattu 11.9.2020. https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40980/Thesis_Elisabeth_Bergdahl.pdf

EduPal 2018. Palliativisen koulutuksen kehittäminen. Perustietoa hankkeesta. Viitattu 21.2.2020. <https://www.palliativisenkoulutuksenkehittaminen.fi/perustietoa-hankkeesta/>

Europace 2020. Activities. Viitattu 25.2.2020. <http://www.eupace.eu/core-activities>

Holm, M. 2016: Promoting preparedness for family care giving - a randomized controlled intervention in palliative care. Viitattu 5.9.2020. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/45073>

Helsingin kaupunki 2017. Saattohoidon riittävyys ja laatu. Arviointimuistio. Viitattu 14.9.2020. https://www.arviointikertomus.fi/sites/default/files/pdf/article-memo/2018/muistio_saatohoidon_riittavyys_ja_laatu.pdf

Helsingin sanomat 3.5.2018. Eduskunta äänesti eutanasian sallimisen kumoon. Viitattu 24.9.2020. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005665880.html>

Hänninen, J. 2015. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. Etelä-Suomen Syöpäyhdistys ja Terhokoti. Viitattu 11.9.2020. <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/syopa-alueelliset/sites/171/2017/02/20143850/Saatto-2015-nettiin.pdf>

Kamk 2019. Opinnäytetyöpakki. Luotettavuus, aineistolähtöinen tutkimus. Viitattu 25.2.2020. <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus?refreshTree=0&contentId=6311f696-3ebe-4ab2-9d95-6b9739294ecf#Aineistolähtöinen%20tutkimus>

Kansalaisaloite 2016. Eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta. Viitattu 24.9.2020. <https://www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/2212>

Käypä hoito 2019. Kuolevan potilaan oireiden hoito (palliativinen ja saattohoito). Viitattu 25.2.2020. <https://www.kaypahoito.fi/khp00072>

Lees, C. & Mayland, C. & West, A. & Germaine, A. 2014: Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers. Viitattu 7.9.2020. <http://web.b.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=6601f771-faa2-4488-a8b1-577828b263e6%40pdc-v-sessmgr04>

- Lehto, J. & Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim: 135(4):335-42. Viitattu 8.9.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>
- Lämsä, R. & Seppänen, M. & Niemi, M. 2019. Koti sairaalana - onnistuneen kotisairaaloiminnan edellytykset. Luettu 4.5.2020. <https://researchportal.helsinki.fi/fi/projects/koti-sairaalana-onnistuneen-kotisairaaloiminnan-edellytykset>
- Lääkärilehti 2019. Saattohoito kuntoon. Viitattu 11.2.2020. <https://www.laakarilehti.fi/liitossa/liitto-toimii/saattohoito-kuntoon/>
- Mattila, K-P. 2017. Hyvä saattohoito ja kärsimyksen kohtaaminen. Lääkärilehti 14/2017, vsk 72, s. 917-918. Luettu 5.5.2020. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/nakokulmat/hyva-saattohoito-ja-karsimyksen-kohtaaminen/?public=7cfa1b735849dc90ccad5c82b41eee67>
- Mistry, B. & Bainbridge, D. & Bryant, D. & Toyofuku, S. T. & Seow, H. 2015: What matters most for end-of-life-care? Perspectives from community-based palliative-care providers and administrators. Viitattu 5.9.2020. <https://bmjopen.bmj.com/content/5/6/e007492>
- Muistiliitto 2015. Hyvä kuolema -hankkeen vuosikatsaus 2015. Viitattu 21.2.2020. <https://www.muistiliitto.fi/fi/ajankohtaista/hyva-kuolema-hankkeen-vuosikatsaus-2015>
- Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaalassa. Duodecim 2005 vol. 121 No. 2. Viitattu 25.2.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94746>
- Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen - kolmiportainen malli. Viitattu. 7.9.2020. <https://www-terveysportti-fi.nelli.laurea.fi/xmedia/duo/duo14834.pdf>
- Spencer, L. 2015: Hospice to home: a patient-centric multiprofessional community approach. Viitattu 5.9.2020. <http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4b7f0ad1-eb16-4ee2-b330-e5df2e71a066%40pdc-v-sessmgr05>
- STM 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Viitattu 7.9.2020. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160392>
- STM 2019a. Palliatiivisen ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Viitattu 21.2.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidon_jasaattohoidon_tila.pdf

STM 2019b. Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. Viitattu 25.2.2020. [https://stm.fi/kotisai-
raanhoito-kotisairaalahoido](https://stm.fi/kotisai-
raanhoito-kotisairaalahoido)

STM 2020. Perhehoito. Viitattu 7.9.2020. <https://stm.fi/perhehoito>

Terhokoti 2016. Yhteisvastuu. Toimintasuunnitelma 2016. Viitattu 21.2.2020.
<https://terho.fi/Yhteisvastuu/Toimintasuunnitelma/>

Terveystuolilaki 2010/1326. Viitattu 26.2.2020. Finlex. [https://www.fin-
lex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P25](https://www.fin-
lex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P25)

Terveyskylä 2018. Kotisaattohoito. Viitattu 21.2.2020. [https://www.terveyskyla.fi/palliatii-
nentalo/palliatiiuinen-hoito/saattohoidossa/kotisaattohoito](https://www.terveyskyla.fi/palliatii-
nentalo/palliatiiuinen-hoito/saattohoidossa/kotisaattohoito)

THL 2019a. Mitä on palliatiiuinen hoito. Viitattu 6.9.2020. [https://thl.fi/fi/web/ikaantymi-
nen/elaman-loppuuaiheen-hoito/mita-on-palliatiiuinen-hoito](https://thl.fi/fi/web/ikaantymi-
nen/elaman-loppuuaiheen-hoito/mita-on-palliatiiuinen-hoito)

THL 2019b. Lait ja suositukset koskien elämän loppuuaiheen hoitoa. Viitattu 7.9.2020.
[https://thl.fi/fi/web/ikaantymien/elaman-loppuuaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-
elaman-loppuuaiheen-hoitoa](https://thl.fi/fi/web/ikaantymien/elaman-loppuuaiheen-hoito/lait-ja-suositukset-koskien-
elaman-loppuuaiheen-hoitoa)

The Economist 2015. The 2015 Quality of Death Index. Ranking Palliative Care Across the
World. Viitattu 25.2.2020. [https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/fi-
les/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf](https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/fi-
les/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaamisepäily-
jen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu
25.2.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tuomi, & Sarajärvi, 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Viitattu 5.9.2020.
<https://www.ellibslibrary.com/reader/9789520400118/preview>

Valtioneuvosto 2019. Suositus korostaa jokaisen oikeutta tarpeenmukaiseen palliatiiuiseen
hoitoon. Viitattu 21.2.2020. [https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_pub-
lisher/1271139/suositus-korostaa-jokaisen-oikeutta-tarpeenmukaiseen-palliatiiuiseen-hoitoon](https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_pub-
lisher/1271139/suositus-korostaa-jokaisen-oikeutta-tarpeenmukaiseen-palliatiiuiseen-hoitoon)

Valvira 2019. Elämän loppuuaiheen hoito. Viitattu 21.2.2020. [https://www.valvira.fi/tervey-
denhuolto/hyua-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuuaiheen_hoito](https://www.valvira.fi/tervey-
denhuolto/hyua-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuuaiheen_hoito)

WHO 2014. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout
the life course. Viitattu 8.9.2020. [https://thl.fi/documents/920256/1449649/who+pallia-
tiue.pdf/85df63d2-572c-4e14-acea-b1bba68554d4](https://thl.fi/documents/920256/1449649/who+pallia-
tiue.pdf/85df63d2-572c-4e14-acea-b1bba68554d4)

WHO 2020. Palliative care. Viitattu 21.2.2020. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

Yhteisvastuu 2015. Suomalainen saattohoito-osaaminen laajenee yhteisvastuuvaroin. Viitattu 21.2.2020. <https://www.yhteisvastuu.fi/author/yhtadmin/>

Yle 2017. Moni haluaisi kuolla kotonaan - se on myös oikeus. Viitattu 11.2.2020. <https://yle.fi/uutiset/3-8467966>

Julkaisemattomat

Karhunen, H. 2016. Saattohoito näkyväksi. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu.

Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Taulukot

Taulukko 1: Aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerit.....	18
Taulukko 2: Aineiston analyysin kulku, esimerkki.....	21
Taulukko 3: Toimiva vuorovaikutus.....	23
Taulukko 4: Yksilöllisyyden kunnioittaminen	26
Taulukko 5: Oikea hoito oikeaan aikaan	28
Taulukko 6: Omaisten osallisuus	31

Liitteet

Liite 1: Tiedonhaun tulokset	46
Liite 2: Opinnäytetyössä analysoidut tutkimukset	48

Liite 1: Tiedonhaun tulokset

Tietokanta	Hakutermit	Tulokset	Mukaan otettu
Medic	Saattohoi* OR kotisairaala*	133	1
EBSCO	"Hospital at home" OR "home hospital" AND "palliative care" OR "home hospice care" OR "hospital at home care"	123	2
Google scholar	Saattohoito JA kotisairaala	315	2
Karolinska arkivet	Palliative hemsjukvård OR avancerad palliative hemsjukvård	5	2
ProQuest 13.3.	"Palliative care" AND "hospital in the home" OR "home hospital" OR "hospital at home care"	73	1
BMJ open	"Palliative care" OR "End-of-life-care" AND "hospital at home"	728	1
e-Hoitotiede	Saattohoi* OR palliatii* kotisa*	7	0

Tutkiva hoitotyö	Saattohoit* OR palliativ* AND kotisa*	5	0
------------------	---------------------------------------	---	---

Liite 2: Opinnäytetyössä analysoidut tutkimukset

Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi, nimi, maa, jossa tutkimus toteutettu	Tutkimuksen tarkoitus, tutkimustapa, menetelmät	Tutkimuksen tulokset tiivistetysti (rankalaisin viivoin)
Spencer, L. 2015: Hospice to home: a patient-centric multiprofessional community approach. Englanti.	<p>Raportti uuden palvelumallin kehittämisestä, jossa on tuotu saattohoitokodin (hospice) palveluita responsiivisella mallilla koteihin.</p> <p>Palvelumallin käyttöönottoa tutkittiin haastatteleamalla hoitohenkilökuntaa sen käyttöönoton aikana.</p>	<p>-Uusi palvelumalli vähensi merkittävästi viime hetken sairaalasiirtoja ja mahdollisti saattohoidon toteuttamisen kotona potilaan toiveiden mukaisesti</p> <p>- Tarpeettomien sairaalasiirtojen ennaltaehkäisy ja samanaikainen hoidon laadun nosto ovat tärkeimmät laadukkaan saattohoidon tekijät</p> <p>- Palliativisen ja saattohoidon integraation tärkeyttä korostetaan, jotta kuoleman mahdollistaminen kotona toteutuisi paremmin</p>
Lees, C. & Mayland, C. & West, A. & Germaine, A. 2014: Quality of end-of-life care for those who die at home: views and experiences of bereaved relatives and carers. Englanti.	Laadullinen, monimetodinen tutkimus, jossa potilaan omaisia ja sukulaisia (n = 72) haastatteleamalla toteutettu kotisaattohoidon laadun tutkimus. Tutkimus toteutettiin Care of the Dying Evaluatin -kyselyllä (CODE).	<p>- Yleisesti kotisaattohoito koettiin hyvälaatuisiksi, mutta oli myös kokemuksia riittävän tuen puutteesta liittyen kivunhoidon ajoitukseen sekä kuoleman hetkeen valmistautumiseen.</p> <p>- kuolemaan kytkeytyvät emotionaaliset asiat nähtiin haasteiksi saattohoidossa, mutta tutkimukseen sisältyneen laadullisen osuuden avulla niistä saatiin syvempää ymmärrystä</p>
Anttonen, M. 2016: Kuoleman vaikeuden lievittäminen	Laadullinen tutkimus, johon haastateltiin 45 osallistujaa (potilaita, omaisia, hoitajia.) Analyysi tehtiin Grounded	- Potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välisessä vuorovaikutuksellisessa kokonaisuudessa muodostuu yksilöllinen saattohoito. Saattohoitoa tulee kehittää

<p>Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi, nimi, maa, jossa tutkimus toteutettu</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus, tutkimustapa, menetelmät</p>	<p>Tutkimuksen tulokset tiivistetysti (rankalaisin viivoin)</p>
<p>kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa. Substanttiivinen teoria saattohoidossa. Väitöskirja. Suomi.</p>	<p>Theory-metodilla. Potilaan, omaisen ja hoitohenkilökunnan kokemuksia tutkimalla tarkoitusta kehittää potilaasta ja omaisista lähtevää saattohoitoa.</p> <p>Tutkimuksessa kuvattiin kuoleman vaikeuden lievittämistä saattohoidossa, jossa kuoleman todellisuus on kohdattu (=hyvä kuolema) tai ohitettu (=kuolemaan ajautuminen).</p>	<p>huomioimalla näiden kolmen kokonaisuus, jotta yksilöllinen saattohoito toteutuu.</p> <p>-Tarvitaan selkeitä ja joustavia hoitopolkuja, arvojohtamista saattohoitoyksiköihin sekä uudenlaista ajattelua kuoleman kohtaamisesta. Tarvitaan myös yhtenäinen koulutussisältö saattohoidon perustasolle ja vaativan saattohoidon tasolle oma koulutussisältö.</p>
<p>Tervala, J. 2014. Palliatiivinen hoito kotiympäristössä. Pro gradu. Suomi.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa selvitetään 18 tutkimuksesta induktiivisen sisällön analyysin ja käsiteanalyysin avulla, mitä on palliatiivinen hoito kotiympäristössä, mitkä ovat sen lähikäsitteet, ominaispiirteet, ennakoehdot sekä seuraukset.</p>	<p>- Palliatiivinen hoito kotiympäristössä on elämän loppuvaiheen hoitoa kotona, edellyttää potilaan omaa tahtoa olla kotona, rakentuu potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksessa.</p> <p>- Kokonaisvaltainen hoito korostuu fyysisesti ja psyykkisesti haastavassa hoitoympäristössä.</p> <p>- Hoitohenkilökunnalta palliatiivinen hoito ja saattohoito kotona vaatii oman arvo maailman selkiyttämistä</p>
<p>Karhunen, H. 2016. Saattohoito näkyväksi. Yamk. Suomi.</p>	<p>Laadullisessa tutkimuksessa tutkittiin sairaanhoitajien kokemuksia saattohoidosta, kivunhoidon toteuttamisesta ja työnantajan antamasta tuesta näyttöön perustuvaan toimintaan kotisairaalassa. 10 hoitajaa</p>	<p>-Saattohoito koettiin potilaslähtöiseksi ja kokonaisvaltaiseksi hoitotyöksi, johon kuuluu potilaan ja omaisten ohjausta, tukemista, sekä potilaan lääkehoidon ohjausta ja toteutusta.</p> <p>- Henkilöstön säännöllinen koulutus nähtiin hyvän saattohoidon lähtökohdaksi, ja</p>

Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi, nimi, maa, jossa tutkimus toteutettu	Tutkimuksen tarkoitus, tutkimustapa, menetelmät	Tutkimuksen tulokset tiivistetysti (rankalaisin viivoin)
	haastateltiin, aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	koulutuksiin osallistumisen mahdollisuus työnantajan puolelta koettiin tärkeäksi.
Bergdahl, E. 2012. Hur sjuksjötterskor kan skapa goda vårdrelationer inom avancerad palliativ hemsjukvård? Ruotsi.	Kolmivaiheinen monimetodinen, laadullinen tutkimus siitä, mitä ominaisuuksia hoitajat tarvitsevat hyvin hoitosuhteiden luomiseen, ja kuinka hoitohenkilökunta voi luoda parempia hoitosuhteita saattohoitopotilaisiin ja omaisiin. Laadullinen tutkimus, jossa toteutettiin 8 hoitajan haastattelu, ryhmähaastattelu / -reflektio sekä hoitajien, potilaiden ja omaisten havainnointi.	- Tärkeimmiksi tekijöiksi hyvien hoitosuhteiden luomiseen nousivat teoreettinen, käytännöllinen ja kokemuksellinen tieto, havaintokyky ja tarkkanäköisyys sekä halu tehdä hyvää. Nämä tekijät muodostavat esteettisen, eettisen ja tiedollisen saattohoitotyön pohjan.
Holm, M. 2016: Promoting preparedness for family care giving - a randomized controlled intervention in palliative care. Ruotsi.	Satunnaistettu, kontrolloitu interventio, jossa laadullinen ja määrällinen tutkimusosuus. Toteutettiin palliatiivisen hoidon valmistava interventio potilaan perheelle ja tutkittiin tämän hyötyjä. Yhteensä 196 omaista osallistui, 98 interventioon ja 96 verrokkiryhmään.	-Perheet hyötyivät interventiosta sekä lyhyellä että pidemmän aikavälin seurannalla. Se paransi heidän valmiuttaan saattohoidon todellisuuteen ja lisäsi hyvinvointia. Perheet myös hyötyivät vuorovaikutuksesta toistensa kanssa. -Myös hoitohenkilökunta hyötyi interventiota toteuttaessaan tullessaan tietoisemmiksi omaisten tarpeista.
Aparicio, M. & Centeno, C. & Carrasco, J. & Barbosa, A. & Arantzamendi, M.	Laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin, mitä potilaan omaishoitajat eniten arvostavat palliatiivisen ja saattohoidon aikana. Tällä selvitettiin	- omaiset osoittivat kiitollisuutta, kun vaikeiksi koetuissa tilanteissa osoitettiin

Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi, nimi, maa, jossa tutkimus toteutettu	Tutkimuksen tarkoitus, tutkimustapa, menetelmät	Tutkimuksen tulokset tiivistetysti (rankalaisin viivoin)
2017: What are families most grateful for after receiving palliative care? Content analysis of written documents received: a chance to improve the quality of care. Portugal.	laadukkaan hoidon tekijöitä analysoimalla 77 omaisilta tulleita kiitollisuudesta kertovaa viestiä / kirjettä induktiivisen sisällönanalyysin ja triangulaation avulla.	ominaisuuksia kuten kiltteyttä, kuuntelua, ja huomiota perheelle - Palliativisen hoidon tiimiä kiitettiin mahdollisuudesta kotikuolemaan, kärsimyksen lievittämisestä ja elämänlaadun nostamisesta - Palliativisen hoidon vuorovaikutussuhteet potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä nousivat tärkeimmäksi laadun mittariksi.
Mistry, B. & Bainbridge, D. & Bryant, D. & Toyofuku, S. T. & Seow, H. 2015: What matters most for end-of-life-care? Perspectives from community-based palliative-care providers and administrators. Kanada.	Laadullisessa tutkimuksessa selvitettiin 107 saattohoitotyön ammattilaista (lääkärit, hoitajat, terapeutit, hallinto) haastattelella, mitä he pitävät saattohoidossa laadun kannalta kaikkein olennaisimpana. Strukturoimattomat haastattelut analysoitiin fenomenologisen sisällönanalyysin keinoin.	Tärkeimmäksi koettiin potilaan toiveiden täyttämisen, ei-fyysisten tarpeiden huomiointi, hoitotiimin palliativisen hoidon osaaminen ja motivaatio, potilaan toiveita kunnioitetaan, fyysisten tarpeiden huomiointi, valmistautuminen kuolemaan ja kuoleman hyväksyminen, vuorovaikutussuhteiden kehittyminen sekä perheen mukanoito ja huomioiminen. Laadukas saattohoito toteutuu siis holistisella työotteella, ammattilaisten halulla tehdä saattohoitotyötä ja perheen osallistamisella.

