

**SAATTOHOITO SUOMESSA
VUOSINA 2001, 2009 JA 2012
- SUUNNITELMAT JA TOTEUTUS**

ETENE-julkaisuja 36
SAATTOHOITO SUOMESSA VUOSINA 2001, 2009 JA 2012.
SUUNNITELMAT JA TOTEUTUS

ISSN-L 1458-6193
ISSN 1797-9889 (verkkajulkaisu)
ISBN 978-952-3270-8 (PDF)

URN:ISBN:978-952-00-3270-8
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3270-8>

www.etene.fi/aineistot/julkaisut

Julkaisija:
Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE
Sosiaali- ja terveysministeriö
Helsinki 2012

Taitto:
ETENE

SISÄLLYS

Johdanto	4
ETENEn kannanotto saattohoidon tilanteesta	6
OSA 1	
Saattohoitosuunnitelmien kehitys vuosina 2001, 2009 ja 2012.....	8
1 Tiivistelmä	8
2 Saattohoitosuunnitelmat vuonna 2001	8
3 Saattohoitosuunnitelmat vuonna 2009.....	11
4 Saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012	14
5 Yhteenveto vuosilta 2001-2012	16
6 Lopuksi	18
Käytetty kirjallisuus	19
Liite	21
OSA 2	
Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012	23
1 Johdanto	23
2 Saattohoitosuunnitelmien nykytilanne.....	24
3 Saattohoidon organisointi.....	29
4 Saattohoitotarpeen tunnistaminen ja hoidon suunnittelu.....	31
5 Potilaan kokonaisvaltainen hoito.....	32
6 Työntekijöiden ammattitaito ja työhyvinvointi	34
7 Omaiset	35
8 Lopuksi	35
Lähteet	37
Liitteet	38
OSA 3	
Saattohoitoyksiköt, vaativuustasot ja henkilöstö vuonna 2012.....	42
1 Tiivistelmä	42
2 Saattohoidon kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia.....	43
3 Tutkimuksen suorittaminen	48
4 Tulokset saattohoidon tilasta ja saatavuudesta	51
6 Lopuksi	56
Lähteet	59
ETENE-julkaisut 2008-2012.....	61

JOHDANTO

Palliativinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, kun sairaus ei ole parannettavissa eikä elämän pidentäminen ole ainut hoidon päämäärä. Palliativisen hoidon vaihe voi sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia. Onnistunut palliativinen hoito auttaa potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti ja tukee läheisiä selviytymään potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. Saattohoito on palliativisen hoidon viimeinen vaihe.

Saattohoito on hoitoa ja tukea sairauden loppuvaiheessa ja kuolinprosessin aikana. Saattohoidossa on keskeistä potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Saattohoidon lähtökohtana on potilas, jolla on etenevä parantumaton sairaus johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai hän on kieltäytynyt siitä, ja hänen jäljellä olevan elinikänsä arvioidaan olevan lyhyt. (ETENE 2003.)

Saattohoidossa ihmisarvon kunnioittaminen merkitsee hyvän hoidon antamista, potilaan kunnioittamista sekä hänen mielipiteidensä ja toiveidensa arvostamista. Ihmisarvon kunnioittaminen ei pääty henkilön kuolemaan. Kuoleva potilas on samassa asemassa kuin muutkin potilaat, mutta hänen hoidossaan on kuitenkin erityispiirteitä, joihin tulee kiinnittää huomiota. (ETENE 2003.)

Kuolemaa lähestyvien ihmisten laadukas ja inhimillinen hoito on terveydenhuollon etiikan keskeisimpiä kysymyksiä, minkä vuoksi saattohoito on ollut myös ETENEn toiminnassa paljon esillä. Saattohoidon eettinen perusta löytyy muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden eettisistä ohjeista ja kuolevaa potilasta koskevista suosituksista ja julistuksista.

ETENESSä on selvitetty saattohoito-ohjeiden ja saattohoitokäytäntöjen kokonaistilannetta sairaanhoitopiireissä ja suurissa kaupungeissa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Vuoden 2001 selvityksen vastaukset osoittivat, että saattohoitoon liittyvät käytännöt olivat kirjavia ja saattohoitoa koskevalle ohjeistukselle oli ilmeinen tarve. Vastausten perusteella vaikutti myös siltä, että paikallisesti laaditut saattohoito-ohjeet olivat parantaneet saattohoidon laatua. Selvityksen jälkeen ETENE laati suosituksen saattohoidosta

vuonna 2003 ja järjesti seminaarin kuolemaan liittyvistä eettisistä kysymyksistä seuraavana vuonna. Vuoden 2009 selvitys puolestaan liittyi sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksen laatimiseen, johon kysyttiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien näkemyksiä. Asiantuntijakuulemisten pohjalta laadittiin sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6 nimeltään Hyvä saattohoito Suomessa.

Tähän julkaisuun on koottu kolme ETENEn vuonna 2012 tekemää selvitystä saattohoidon tilanteesta. Niiden sekä ETENEn kokouksissa käytyjen keskustelun pohjalta on laadittu lyhyt kannanotto tarpeesta kehittää eteenpäin saattohoidon laatua ja saatavuutta.

ETENEN KANNANOTTO SAATTOHOIDON TILANTEESTA

Kuolevien potilaiden hoito kehittynyt - silti moni jää vaille tarvitsemaansa saattohoitoa

ETENE on useissa julkaisuissaan ja kannanotoissaan käsitellyt parantumattomasti sairaiden, kuolemaa lähestyvien ihmisten tilannetta ja heidän hoitoaan. ETENEn viimeisin kannanotto¹ aiheesta julkaistiin vuonna 2011. Siinä korostettiin saattohoidon saatavuuden parantamista sekä työntekijöiden osaamisen laajentamista. ETENEn vuosina 2001, 2009 ja 2012 tekemien selvitysten perusteella tiedetään aikaisempaa paremmin, mitkä ovat kuolemaa lähestyvien ja parantumattomasti sairaiden mahdollisuudet saada tarvitsemaansa hoitoa ja miten se käytännössä toteutetaan. Tietoa on näinä vuosina koottu sairaanhoitopiireiltä ja suurilta kaupungeilta. Näiden tarkemmin tässä raportissa kuvattujen tietojen pohjalta ETENE lausuu kannanottonaan seuraavaa:

Saattohoidon suunnitelmallisuus on Suomessa kehittynyt vuosien 2001 ja 2012 välisenä aikana. Sairaanhoitopiirit ovat ottaneet vastuulleen saattohoidon kokonaisuuden suunnittelun. Suunnittelun tavoitteena on, että kuolemaa lähestyvä potilas ja hänen omaisensa tietävät, miten ja missä hoito järjestetään ja että potilas saa ammattitaitoisen hoidon ja avun. Saattohoidon laadun tärkein tekijä on hoidon toteuttaminen kunkin potilaan hyvinvoinnin näkökulmasta. Nämä asiat on mainittu sairaanhoitopiirien saattohoitoon liittyvissä suunnitelmissa.

Saattohoidolla tarkoitetaan kuolemaa lähestyvän potilaan hoitoa, jolla pyritään takaamaan hänelle aktiivinen, arvokas ja oireeton elämän päätösvaihe. Tämä tarkoittaa hänen fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeidensa mukaista toimintaa. Saattohoito jaetaan kolmeen luokkaan potilaiden hoidon vaativuuden perusteella. Vain osalla kuolevista potilaista on sellaisia oireita, että he tarvitsevat hoitoa varsinaisella saattohoitopaikalla.

Vuonna 2012 ETENE selvitti myös saattohoidon saatavuutta. Suomessa kuolee vuosittain lähes 50 000 ihmistä. Koko maassa tarvitaan arviolta yhteensä runsaat 500 saattohoitoon tarkoitettua potilaspaikkaa sairaas-

loissa, muissa hoitoyksiköissä ja kotisairaaloissa. Sairaanhoidopiirien ja sosiaali- ja terveystieteiden vastausten perusteella paikkoja oli runsaat 300. Paikkoja puuttuu siten edelleen noin 200. Vuonna 2011 saattohoitoon varatuilla paikoilla hoidettiin 3090 potilasta, heistä yli kolmannes saattohoitokodeissa.

¹ Kannanotto eutanasiasta 21.12.2011/korj. 3.1.2012
Saatavilla: www.etene.fi/lausunnot/2011

OSA 1

Saattohoitosuunnitelmien kehitys vuosina 2001-2012

Aira Pihlainen, TtT

1 Tiivistelmä

ETENE on seurannut saattohoidon kehitystä vuodesta 2001 lähtien. Vuonna 2001 lähetettiin kysely sairaanhoitopiireille ja terveyskeskuksiin. Vuonna 2009 ETENEn kysely kohdistettiin sairaanhoitopiireille (n=20) ja suurimmille kaupungeille (n=20). Tämä kysely uudistettiin vuonna 2012.

Seurantajakson aikana saattohoitosuunnitelmat ovat kehittyneet osasto- ja laitoskohtaisista suunnitelmista alueelliseksi sairaanhoitopiirin koordinoimiksi suunnitelmiksi. Potilaan saattohoidossa korostetaan hyvää kivun ja oireen mukaista hoitoa. Potilaan saattohoito kuvataan hoitopolkuna, jossa yhteistyötä tehdään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Kotisaattohoito on vakiintunut hoidon järjestämismuotona eri puolilla Suomea. Terveys- ja hoitohenkilöstön erikoistumiskoulutus saattohoitoon on lisääntynyt.

Saattohoitosuunnitelmat sisältävät tietoa aikuisen potilaan saattohoidon toteuttamisesta ja erityiskysymyksenä on lasten saattohoito. Suunnitelmissa ei juuri mainita muiden eri-ikäisten potilaiden saattohoidon erityiskysymyksiä. Näin ollen myös tässä selvityksessä keskitytään aikuisten potilaiden saattohoitoon.

2 Saattohoitosuunnitelmat vuonna 2001

Vuoden 2001 kyselyssä vastaajilta pyydettiin tietoja saattohoidon periaatteista, potilaan hoidosta, hoitotahdosta, ohjeista ja järjestelyistä (ks. myös Hämäläinen 2001 ja Toppinen 2004). Sairaanhoitopiireiltä ja terveyskeskuksilta vastauksia tuli yhteensä 71. Vastauksia toimitettiin terveyskeskuksista tai terveyskeskusten kuntayhtymistä (n=52), sairaanhoitopiireistä (n=9), sairaaloista (n=6) ja kaupungeista (n=4). Vastausten

lähettäjästä puolet oli sairaanhoitajia (n=32), heistä useimmiten osastonhoitaja. Kolmannes vastausten lähettäjästä oli lääkäreitä (n=25) ja heistä johtava ylilääkäri tai ylilääkäri. Vastaajien ammattinimike ei selvinnyt tai vastaaja oli muu kuin hoitohenkilökunnan jäsen (n=14). Muutama vastaus tuli puhelimitse ja soittajasta ei ollut kirjattu henkilötietoja. Osasta kuntayhtymiä tuli useita vastauksia.

Vastaukset käsittelivät hoitotyötä ja kipua (n=39), saattohoidon järjestämistä (n=15), omaisten ohjeita (n=10) tai vastattiin esitettyihin kysymyksiin (n=9). Saattohoitotyön sisältöä jäsennettiin laatuksiteerien avulla (n=7). Yli neljännes vastaajista (n=21) mainitsi, ettei saattohoitoon ollut laadittu ohjeita.

Saattohoidon eettiset periaatteet

Saattohoitosuunnitelmissa keskeisinä toimintaa ohjaavina periaatteina olivat saattohoitopotilaan elämisen arvoinen elämä, hyvä hoito ja kohtelu sekä hyvä kuolema. Saattohoitopotilaan hoidossa tuli ottaa huomioon potilaan oikeudet, itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, yksityisyys, joustavuus, inhimillisyys, turvallisuus, kivuttomuus, tasa-arvo, perhekeskeisyys ja humanin toiminnan periaatteet. Potilaan hoitotahdon noudattamisvelvollisuutta korostettiin.

Potilaan saattohoito

Ohjeet käsittelivät hoitotyötä, kipua ja sen hoitoa. Hoitotyössä käsiteltiin potilaan perushoitoa fyysisinä, henkisinä, hengellisinä ja sosiaalisina tarpeina ja toiveina. Potilaan toiveista eniten korostuivat mahdollisuus olla kotona, laitoksessa yhden hengen huoneessa ja omaisten läsnäolomahdollisuus vuorokauden eri aikoina. Potilaan hoidossa pyrittiin hoitosuunnitelman mukaiseen suunnitelmallisuuteen. Tärkeänä pidettiin potilaan ja omaisten informointia saattohoitopäätöksistä.

Perushoidossa esillä olivat puhtaus, ihon hoito, eritystoiminnot, asento-
hoito, ruokailu, vaatetus, ulkonäkö ja liikunta sekä keskustelu potilaan kanssa. Hengellisyys ja sielunhoito oli kirjattu ohjeisiin ja eksistentiaalisia kysymyksiä lähestyttiin usein runoilla. Ohjeiden mukaan potilaalle tuli tarjota herkästi sairaalateologin palveluja ja hengellistä kirjallisuutta.

Lääketieteellisissä kysymyksissä viitattiin potilaan sairauden perusteella tarvittavaan saattohoitoon ja kipulääkityksen tarpeeseen. Useimmiten

saattohoidossa olleet potilaat sairastivat syöpää. Myös muita sairauksia sairastaneita potilaita oli saattohoidettu. Toimitetuissa ohjeissa potilaan kivunhoito oli poikkeuksetta esillä sisältäen tarkkoja kipulääkelistauksia ja annosteluohjeita.

Hoitoympäristö järjestettiin rauhalliseksi yhden hengen huoneessa ja niitä kalustettiin soveltuvaksi potilaan saattohoitoon. Painotettiin omaisten mahdollisuutta olla potilaan vuoteen vierellä vuorokauden eri aikoina. Omaisille järjestettiin aterioita ja tarvittaessa vuode potilaan huoneeseen. Omaisten ohjeet käsittelivät vainajan laittoon liittyviä asioita. Muutamassa omaisten ohjeessa kuvattiin kattavasti potilaan kokonaishoito ja muut hoitoon liittyvät järjestelyt.

Henkilöstön osaaminen ja koulutus

Moniammatillinen tiimi osallistui potilaan saattohoitoon. Pääasiallisen vastuu potilaan saattohoidosta oli lääkäreillä ja sairaanhoitajilla. Alueellinen ja paikallinen saattohoidon koulutus mainittiin, samoin työnohjaus ja jaksaminen. Niitä ei kuitenkaan sisällöllisesti käsitelty. Yhdessä vastauksessa käsiteltiin kattavasti henkilöstön saattohoidon koulutussuunnitelmaa. Hoitohenkilökunnan ajan puute todettiin ongelmaksi niin osastohoidossa kuin kotisaattohoidossakin.

Saattohoidon järjestäminen

Terveyskeskuksissa saattohoitoa järjestettiin myös potilaan kotona hänen niin toivoessa. Tämä toteutettiin kotisairaanhoidon (n=18) tai kotisairaalan (n=2) turvin. Muutamassa vastauksessa mainittiin, että heillä oli kotisaattohoidettu yli 30 potilasta vuodessa. Kotisaattohoidon avuksi oli nimetty terveyskeskuksen tukiosasto, johon potilas saattoi siirtyä ilman erillistä lähetettä. Osassa vastauksista mainittiin joustava yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Vastauksissa kuvattiin myös vapaaehtoisten mukanaoloa potilaan tukena ja vierellä olijana.

Potilaan saattohoidon laadun merkitystä korostettiin. Muutamassa kunnassa (n=7) potilaan hoito kuvattiin laadun varmistusprosessina. Näissä käsiteltiin potilaan hoitoa, henkilöstön kouluttamista ja omaisten mahdollisuutta arvioida hoitoa ja antaa palautetta. Palautteista mainittiin omaisten tyytyväisyys hoitoon ja järjestelyihin. Laatuvaatimukset sisälsivät myös tietoja potilaan hoidon järjestelyistä, hoitopaikan valinnasta ja laitoksesta toiseen siirtymistä. Joissakin kunnissa oli vastaajien mukaan

käynnissä saattohoidon kehittämishanke.

3 Saattohoitosuunnitelmat vuonna 2009

Kysely osoitettiin sairaanhoitopiireille (n=20) ja suurimmille kaupungeille (n=20) (ks. myös Turkia 2009). Kyselyyn vastasivat lähes kaikki (sairaanhoitopiirit n=19 ja kaupungit n=18). Vastaajina oli ylilääkäri (n=19), johtaja (n=8), ylihoitaja (n=6) tai vastaajan ammattinimike ei selvinnyt tai oli muu kuin terveydenhuollon ammattihenkilö (n=4).

Vastaajista puolet toimitti saattohoitosuunnitelman tai laitospohjaisia ohjeita, neljänneksellä oli suunnitelman teko vireillä ja toisella neljänneksellä se puuttui. Suunnitelmat perustuivat lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista, Käypä hoito -suositukseen, ETENEn ja muihin vastaaviin suosituksiin sekä YK:n kuolevan oikeuksien julistukseen.

Suunnitelmat oli laadittu työryhmissä, johon olivat osallistuneet pääasiassa lääkärit ja sairaanhoitajat. Suurin edustus suunnitelmien laadintaa tehneissä työryhmissä oli lääketieteen edustajilla ja esimerkiksi hoitohenkilökunnasta mukana oli yksi edustaja. Teologi oli ollut mukana parissa työryhmässä. Kaikissa suunnitelmissa ei ollut mainintaa työryhmän jäsenten ammateista.

Suunnitelmien sisällöissä käsiteltiin saattohoidon periaatteita, hoitotahtoa, hoitoneuvottelua, hoitosuunnitelmaa, potilaan kipua ja oireenmukaista hoitoa, kotikuolemaa ja kuoleman jälkeisiä toimenpiteitä sekä yhteistyötä omaisten ja muiden tahojen kanssa. Suunnitelmassa määriteltiin saattohoitoa ja muita lähikäsitteitä.

Saattohoidon eettiset periaatteet

Suunnitelmissa painotettiin potilaan ihmisarvoista elämää elämän loppuun saakka ja vainajan ihmisarvoista kohtelua. Esillä olivat myös potilaan itsemääräämisoikeus, hoitotahto ja edunvalvontavaltuus. Hoidon ohjenuorana korostettiin hyvään pyrkimistä ja vahingon välttämistä, hoidon jatkuvuutta, yksilöllisyyttä, inhimillisyyttä, hoitohenkilöstön erityisosaamista, herkkyyttä hoitaa kuolevaa potilasta ja ottaa huomioon potilaan omaiset. Monessa suunnitelmassa mainittiin potilaan mahdollisuus olla läheisten luona mahdollisimman pitkään.

Säädöksistä esillä olivat ihmisoikeussopimukset, perustuslaki ja potilaslaki sekä soveltuvin osin terveydenhuollon muita säädöksiä mm. edunvalvontavaltuutuksesta. Hoidon lähtökohtana korostettiin potilaan ilmaise-
maa hoitotahtoa, joka tuli ottaa huomioon hoitosuunnitelmaa laaditta-
essa. Joissakin suunnitelmissa oli liitteenä hoitotahdon tekemistä varten
laadittu lomake.

Potilaan saattohoito

Suunnitelmissa korostettiin saattohoitopäätösten tärkeyttä, oikea-aikai-
suutta ja yhteisymmärrystä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Samoin
painotettiin potilaan hoitosuunnitelmaa ja sen kirjauksia.

Kivun hoitoa käsiteltiin Käypä hoito -suosituksen mukaisesti korosta-
en lääkehoitoa. Usein suunnitelmissa esitettiin tarkkoja eri kipulääkkei-
den määriä. Joissakin suunnitelmissa kivunhoitoa käsiteltiin laajemmin
kuin muuta saattohoitoa kokonaisuudessaan. Saattohoitoa tarkasteltiin
myös oireenmukaisena hoitona lääketieteen erikoisalojen mukaisesti.
Ei elvytetä -päätöksestä esille nousivat päätöksen laillisuus, perusteet ja
kirjaaminen. Muutamassa suunnitelmassa käsiteltiin myös muista hoito-
toimenpiteistä luopumismahdollisuutta. Potilaan perushoidon osatekijät
käsiteltiin luettelomaisesti, joka näkyi erityisesti potilaan fyysisten oirei-
den esittelyssä. Henkisistä oireista mainittiin mm. masennus, ahdistus,
sekavuus ja turvallisuuden tarpeet. Joissakin suunnitelmissa oli kuvattu
myös lähestyvän kuoleman merkit.

Sosiaalityöstä suunnitelmissa oli esillä kotihoidon järjestelyt kuten sosiaa-
liturvaetuudet ja omaishoitajan taloudellinen tukimahdollisuus.

Potilaan hoitoympäristöstä mainittiin pieni huone ja rauhallinen ympäris-
tö. Muuten hoitoympäristöön liittyviä tekijöitä käsiteltiin vähäisesti.

Lasten saattohoidon käsittely oli soveltavaa lapsen erityispiirteisiin ja
ikään suhteutettua. Näissä suunnitelmissa oli otettu erityisesti huomioon
lapsen vanhemmat ja sisarukset. Lasten hoidossa korostettiin mahdolli-
suutta saattohoitaa lapsi kotona. Laitoksissa lapsipotilaille ja hänen per-
heelleen varattiin usein oma huone.

Suunnitelmissa käsiteltiin myös kotisaattohoitoa. Kotihoitosuunnitelman
laadinnasta vastasi tehtävään nimetty sairaanhoitaja. Vastaava lääkäri oli

tavoitettavissa ja joissakin suunnitelmissa oli maininta lääkärin tekemistä kotikäynneistä. Kotisaattohoitoon oli liitetty mahdollisuus siirtyä vuodeosastolle.

Potilaan kuoleman jälkeisiä toimia käsiteltiin suunnitelmissa yksityiskohdaisesti. Yhdessä vastauksessa käsiteltiin vain vainajan laittoa.

Suunnitelmissa esiintyi yhteydenottoihin liittyviä tietoja. Omaisille suunnatuilla opaskirjasilla informoitiin potilaan hoidosta ja kuolemaan liittyvistä toiminnoista. Potilaan hoidon arviointi jälkikäteen oli esillä ja siitä mainittiin hyvän hoidon laatuksia. Omaisilta pyydettiin usein palautetta.

Henkilöstön osaaminen ja koulutus

Henkilöstön riittävyyttä korostettiin, mutta ei mainittu konkreettisia lukuja ammattihenkilökunnan määristä. Vastuulääkärin ja -hoitajan nimeämisestä erityisesti kotisaattohoidossa korostettiin. Toisaalta osastohoidossa omahoitajakysymystä tarkasteltiin vähäisesti. Hoidon järjestämisessä korostettiin moniammatillista yhteistyötä, mutta asiaa ei usein sen pidemmälle kuvattu.

Terveystieteiden ammattihenkilöstön osaamisessa korostettiin saattohoidon erityisyyden tunnistamista, ammattitaitoisuutta sekä turvallista ja kollegiaalista toimintatapaa. Myös jatkuva koulutustarve tunnistettiin, mutta siitä ei mainittu konkreettisia toimenpiteitä. Henkilöstön perehdytys nähtiin mahdollisuutena siirtää hiljaista tietoa kokeneilta hoitajilta uusille työntekijöille.

Saattohoidon järjestäminen

Suunnitelmissa oli vähäisesti esillä alueelliseen tarpeeseen ja väestöön liittyviä tietoja. Niissä joissa tätä tietoa tarkasteltiin, kuvattiin saattohoidon järjestämistä suhteessa väestön määrään ja alueelliseen kuolleisuuteen sekä esitettiin arvioita vaativan saattohoidon järjestämisen tarpeista. Yhdessä sairaanhoitopiirissä oli saattohoidon suunnittelussa mukana myös aluehallintovirasto.

Saattohoitopotilaan hoitoketju oli esillä melko monessa suunnitelmassa ja niissä kuvattiin saattohoitopotilaan hoitoketju saattohoitopäätöksestä kuoleman jälkeisiin toimiin. Hoitoketjussa tarkasteltiin myös terveyskes-

kuksen ja sairaalan välistä yhteistyötä. Vastuutahoista mainittiin saattohoidosta vastaava yksikkö ja konsultaatiota antavat erityisasiantuntijat. Näitä olivat sosiaalityöntekijät, sairaalasielunhoitajat, yhdistysten ja järjestöjen toimihenkilöt ja hautaustoimistot.

4 Saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012

ETENE uudisti saattohoitosuunnitelmia koskevan kyselyn keväällä 2012 (ks. myös Huttunen ym. 2012). Kyselyssä suunnitelmien lisäksi tarkoituksena oli selvittää vaativan tason saattohoitoyksiköiden määrää ja tilannetta. Kyselyyn vastasi 18 sairaanhoitopiiriä ja 15 kaupunkia. Vastaajina olivat ylilääkärit (n=17), ylihoitajat (n=4), johtajat (n=2) ja vastaajien ammattinimike ei selvinnyt tai oli muu kuin terveydenhuollon ammattihenkilö (n=6). Vastaukset koskivat usein sairaanhoitopiiriä, jossa oli mukana myös alueen suuret kaupungit.

Suunnitelmien laatijat olivat työryhmiä, joissa jäsenenä olivat etupäässä lääkärit ja sairaanhoitajat. Suurin edustus ryhmissä oli lääkäreillä. Muista ammattihenkilöistä muutamassa työryhmässä mukana oli ollut teologi ja sosiaalityöntekijä. Kaikista suunnitelmista ei selvinnyt työryhmän jäsenen ammattitausta.

Vastaajista kolmeneljäsosalla oli valmis saattohoitosuunnitelma. Yhdellä neljäsosalla oli suunnitelman teko vireillä. Suunnitelmien sisällöt perustuivat etupäässä Käypä hoito -suosituksiin ja sosiaali- ja terveystieteiden saattohoitosuosituksiin. Kahdessa suunnitelmassa painottui hoitotyö. Suunnitelmissa käsiteltiin kotisaattohoitoa. Toimitetuista suunnitelmista moni oli samankaltainen tai sama kuin vuonna 2009.

Saattohoidon eettiset periaatteet

Eettisinä lähtökohtina saattohoitosuunnitelmissa painotettiin potilaan ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Näiden arvojen yhteydessä viitattiin potilaslakiin, hyvän tekemiseen, potilaan etuun ja hyvän hoidon periaatteisiin. Ihmisarvon yhteydessä viitattiin hyvään elämään ja vahingon välttämiseen, hyvään kivun hoitoon sekä kärsimyksen pitkittämisen ja turhien hoitojen välttämiseen.

Itsemääräämisen lähtökohtana pidettiin potilaan omaa tahtoa ja koros-

tettiin hoitotahdon merkitystä ja sen noudattamisvelvoittavuutta. Hoitotahdon toivottiin olevan kirjallinen. Itsemääräämisen toteutumisen ehtona pidettiin potilaan hyvää tiedonsaantia omasta tilastaan. Eettisinä periaatteina esitettiin myös potilaan hoidon oikeudenmukaisuus ja tasa-vertaisuus.

Potilaan turvallisuutta katsottiin lisäävän henkilökunnan inhimillinen, arvokas, ystävällinen ja rauhallinen toiminta. Hoitohenkilökunnan toiminnassa korostettiin rehellisyyttä ja avoimuutta. Erityisesti lasten saattohoidossa korostettiin henkilökunnan empatiakykyä, ystävällisyyttä ja vanhempien tukemista.

Potilaan saattohoito

Saattohoitopäätöksen oikea-aikaisuutta, Ei elvytetä -päätöstä ja hoitolinjapäätöksiä korostettiin. Käypä hoito -suosituksia kivun ja oireenmukaisesta hoidosta käsiteltiin yksityiskohtaisesti esimerkiksi kuvaten eri tilanteisiin liittyvää kivunhoitoa, lääkkeitä ja niiden annostuksia. Muutamassa suunnitelmassa kuvattiin myös palliatiivisen sedaation mahdollisuutta. Varsinaista potilaan perushoitoa käsiteltiin vähäisesti, josta poikkeuksen tekivät pari hoitotyön sisällöistä lähtevää suunnitelmaa.

Hoitoympäristöstä mainittiin potilaalle järjestettävä yhden hengen huone, jossa myös omaiset voivat olla vuorokauden eri aikoina. Muuten hoitoympäristöä käsiteltiin vähäisesti.

Henkilöstön koulutus ja osaaminen

Henkilöstön koulutuksen käsittely oli samankaltaista kuin vuonna 2009. Maininnoissa korostettiin koulutuksen ja työnohjauksen merkitystä. Viitattiin myös meneillään oleviin saattohoidon koulutuksiin, joissa järjestäjinä olivat ammattiliitot, ammattikorkeakoulut ja ammatillisen peruskoulutuksen järjestäjät.

Saattohoidon järjestäminen

Saattohoitosuunnitelmissa oli selkeästi enemmän saattohoidon järjestämiseen liittyvää käsittelyä kuin aiempien vuosien tarkasteluissa, mistä esimerkkinä hoitoketjukurvat, saattohoidontarpeen ja nykytilanteen arviointi. Saattohoidosta oli menossa alueellisia kehittämishankkeita.

Hoitoketjun kuvaaminen oli suunnitelmissa lisääntynyt verrattuna vuo-

teen 2009. Niissä kuvattiin potilaan koko saattohoitoprosessin vaiheet ja vastuusuhteet eri toimijoiden välillä. Hoitoketjukaaviot sisälsivät yhteistyölinkit sosiaalityön, sairaalasielunhoidon ja järjestöjen edustajiin.

Kotisaattohoitoa käsiteltiin lukuisissa suunnitelmissa. Se näyttää olevan lähes vakiintunut toimintamuoto koko Suomessa. Kotisaattohoidosta vastasivat kotisairaala tai kotisairaanhoido ja useimmiten sairaanhoitaja oli potilaan tavoitettavissa vuorokauden eri aikoina. Monessa suunnitelmassa mainittiin myös lääkärin kotikäynneistä. Lisäksi potilaan mahdollisuus siirtyä terveyskeskuksen vuodeosastolle oli suunnitelmien mukaan mahdollista ilman erillistä lähetettä.

Sitä vastoin eri-ikäisten tai sairausperustainen potilaiden saattohoito ei suunnitelmissa noussut esille. Tästä tekivät poikkeuksen muutamat lapsen saattohoidon suunnitelmat.

Yhdessä suunnitelmassa esitettiin kootusti saattohoitopotilaan hoidon arviointimittarit. Näitä ovat: potilaan erikoistuneen hoidon mahdollisuudet, kotisaattohoitopalvelut, potilaan jatkohoidon ohjausjärjestelyt, saattohoitopotilaiden päivystyskäynnit, koordinoivat sairaanhoitajat, palliatiiviset keskuskeskukset, konsultointitiimien toiminta ja kuolinpaikkatiedot sairausryhmittäin.

5 Yhteenveto vuosilta 2001-2012

ETENE tarkasteli saattohoidon järjestämisessä esiintyviä ongelmia vuonna 2001. Vuonna 2009 ja 2012 tarkasteltiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmia. Taulukossa 1 (Liite 1) esitetään tiivistettynä saattohoitosuunnitelmissa seuranta-ajanjakson aikana tapahtuneita keskeisiä kehityspiirteitä.

Saattohoidon eettinen käsittely saattohoitosuunnitelmissa oli vuonna 2001 moniarvoista. Vuosien 2009 ja 2012 suunnitelmissa käsiteltiin pääasiassa potilaan ihmisarvoa, itsemääräämistä ja hoitotahtoa. Suunnitelmissa (vuosina 2009 ja 2012) säädöksistä mainittiin useimmiten potilaslaki.

Potilaan saattohoidossa painottui potilaan perushoito ja kivun hoito

vuonna 2001. Esillä olivat potilaan toiveet sekä fyysiset, henkiset, hengelliset ja sosiaaliset tarpeet. Kivunhoitoa käsiteltiin farmakologisesti. Vuosien 2009 ja 2012 suunnitelmissa oli keskeisenä sisältönä potilaan kivunhoito ja muu oireiden mukainen hoito. Vuonna 2012 uutena asiana suunnitelmissa näkyivät hoitopäätökset ja hoitolinjaukset sekä kivun hoidon yhteydessä palliatiivinen sedaatio. Vuoden 2012 saattohoitosuunnitelmien perusteella voi arvioida, että saattohoitopotilaan kivun hoito on otettu erinomaisesti huomioon suunnitelmissa.

Eri potilasryhmät olivat vähäisesti esillä. Eri uskontokuntien toimintatapoja käsiteltiin jonkin verran. Koko seurantajakson aikana suunnitelmissa kuvattiin melko laajasti potilaan kuoleman jälkeisiä toimenpiteitä ja vainajan kunnioittavaa käsittelyä ja laittoa.

Hoitoympäristön käsittely ei koko seurantajakson aikana muuttunut. Vuodeosastoilla mainittiin järjestettävän mahdollisuuksien mukaan yhden hengen rauhallinen potilashuone sekä potilaan omaisten läsnäolo mahdollisuus.

Ammattihenkilöstöön viitattiin kaikissa suunnitelmissa, mutta käsittelyn laajuus oli yleisesti niukkaa koko seurantajakson aikana. Ammattihenkilökunnan saattohoitoon erikoistava koulutus on vuoden 2009 jälkeen lisääntynyt erityisesti lääkäreiden palliatiivisen hoidon erityispätevyyden osalta. Hoitohenkilökunnan saattohoitokoulutus oli käynnistynyt vuoden 2012 suunnitelmien mukaan. Moniammatillisen työryhmän osallistuminen näkyi kirjauksissa, mutta yhteistyön sisältöjä nostettiin esille vähäisesti.

Saattohoidon järjestäminen oli osasto- ja laitospohjaista vuonna 2001. Vuoden 2009 suunnitelmissa esiintyi laitoshoidon järjestämisen lisäksi alueellista suunnittelua joka oli yleistynyt yleiseksi käytännöksi vuoden 2012 suunnitelmissa. Potilaan saattohoitoketju oli suunniteltu yhteistyössä yliopistollisen/keskussairaalan ja alueen perusterveydenhuollon kesken. Suunnitelmissa oli otettu huomioon yhteistyö myös sosiaalihuollon kanssa. Konsultaatiokäytännöt olivat vuoden 2012 suunnitelmien mukaan yleistyneet.

Vuonna 2001 muutamassa suunnitelmassa käsiteltiin kotisaattohoitoa ja sen käsittely yleistyi vuoden 2009 suunnitelmien sisällöissä ja oli vakiin-

tunutta toimintaa vuonna 2012. Kotisaattohoitoon oli joissakin suunnitelmissa vuonna 2009 nimetty vastuusairaanhoitaja ja vuonna 2012 mukaan oli tullut myös lääkäri vähintään konsultoivana henkilönä.

Potilaan omaisille tiedottaminen oli esillä koko seurantajakson. Vuonna 2001 omaisille jaettiin oppaita. Tiedottaminen laajeni vuoden 2012 suunnitelmissa sekä suulliseen että kirjalliseen tiedottamiseen, jota täydennettiin tarkoilla yhteydenottotiedoilla.

Hoidon arviointia saattohoitopotilaan hoidosta tapahtui koko seurantajakson ajan. Yleisin arviointimenetelmä oli saattohoitopotilaan omaisilta pyydetty palaute potilaan kuoleman jälkeen. Vuoden 2012 suunnitelmissa oli otettu käyttöön yhden sairaanhoitopiiri-kohtaiset arviointimittarit.

Suunnitelmien rakenne vuonna 2001 oli osastokohtaisia potilaan hoidon oppaita. Vuonna 2012 sairaanhoitopiirit olivat enenevästi vastanneet saattohoidon suunnittelusta ja koordinoinnista alueellaan. Tätä oli usein tehty yhteistyössä alueen suurten kaupunkien kanssa. Suunnitelmallisuutta kuvasivat mm. potilaan saattohoidon järjestämisen porrasteisuus ja hoitoketjukurvat vastuu- ja yhteistyösuhteet sekä tiedottaminen ja kehittämishankkeet.

Yleissisältö suunnitelmissa vaihtui siten, että vuoden 2001 suunnitelmissa painottuivat hoitotyö ja kivun hoito sekä potilaan perushoito. Vuosien 2009 ja 2012 suunnitelmien sisällöissä taas painottuivat saattohoitopotilaan kivunhoito ja muu oireenmukainen hoito.

Kansalaiskeskustelu alueen saattohoidon tarpeesta ja järjestämisestä ei ollut suunnitelmissa esillä.

6 Lopuksi

Saattohoitosuunnitelmat ovat seurantajakson (2001-2012) aikana kehittyneet ja saaneet lisääntyvää huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteossa ja toiminnassa. Saattohoitoa tulee edelleen kehittää ja yhtenäistää alueellisesti, jotta väestön yhdenvertaisuus ja tasa-arvo koko Suomen alueella varmistetaan. Saattohoidon kehittämisen kannalta tule arvioida ja pohtia seuraavia kysymyksiä:

- Miksi suunnitelmissa väheni ja kapeutui saattohoitopotilaan hoidossa esille tulevien eettisten kysymysten käsittely?
- Miten saattohoitopotilaan hoidon monialaisuus ja –ammattisuus näkyy suunnitelmien sisällöissä, saattohoidon toteuttamisessa ja arvioinnissa?
- Miten liiallinen ja tarpeeton medikalisaatio estetään kaikkien kuolevien potilaiden, erityisryhmien ja vaativaa saattohoitoa tarvitsevien potilaiden hoidossa?
- Miten erityisen vaativa, erityisryhmien ja kaikkien kuolevien potilaiden saattohoito erotetaan toisistaan ja järjestetään alueellisesti?
- Miten alueellinen saattohoidon tarve ja resurssit riittävät hyvän saattohoidon järjestämiseen Suomessa?
- Miten kansalaiset voivat osallistua alueelliseen saattohoidon kehittämiseen?

Käytetty kirjallisuus

- EAPC. 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1, Recommendations from European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 2009, 278-289.
- EAPC. 2010. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2, Recommendations from European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 2010, 22-33.
- Economist Intelligence Unit (2010) The quality of death. Ranking end-of-life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by LIEN foundation. Viitattu 12.12.2012.
http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf
- ETENE. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1, 2001
- ETENE. 2001. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisu 4, 2001
- ETENE. 2003. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. ETENE-julkaisu 8, 2003
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisu 20, 2008
- ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisu 32, 2011
- Euroopan neuvosto. 2003. Council of Europe (2003) Recommendation Rec. 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. The committee of experts, Strasbourg
- Euroopan parlamentti. 2007. European Parliament (2007) Palliative Care in the European Union. Policy Department Economic and Scientific Policy. IP/A/ENVI/ST/2007-22
- Huttunen H., Pihlainen A., Topo P. 2012. Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012. ETENE, 2012
- Hämäläinen P. 2001. Selvitys saattohoito-ohjeista. ETENE, moniste

- Kuntaliitto. 2012. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Viitattu 12.12.2012.
<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vastaanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx>
- Käypä hoito suositus. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito.
Viitattu 12.12.2012. www.kaypahoito.fi/suositus-hoi50063
- Lindqvist M. 2001. Etiikan näkökulma kuoleman kohtaamiseen hoidossa.
Teoksessa: Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, ss 19-24.
ETENE julkaisu 4, 2001
- Lääkintöhallitus. 1982. Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Nro 3024/02/80.
- STM. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön Julkaisu 2010:6
- STM. 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 -2020. Työryhmän raportti.
Sosiaali- ja terveysministeriön Selvityksiä 2010:6
- Toppinen P. 2004. ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Teoksessa: Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, ss 33-36. ETENE julkaisu 4, 2001
- Turkia H. 2009. Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat.
ETENE, 2009. Viitattu 12.12.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17409&name=DLFE-902.pdf
- Yhdistyneet Kansakunnat. 1975. Kuolevan oikeuksien julistus

Lait ja asetukset

- Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989
- Kansanterveyslaki 66/1979
- Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2009
- Laki edunvalvontavaltuutuksesta 648/2007
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 ja sen muutokset
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Liite

Taulukko 1. Saattohoitosuunnitelmien kehityspiirteitä (2001-2012)

Kehittymiskohde	Vuosi 2001	Vuosi 2009	Vuosi 2012
<i>Saattohoidon etiikka</i>	Moniarvoisuus	Ihmisarvo, hoitotahto	Ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, hoitotahto
<i>Potilaan saattohoito</i>	Hoitotyö, perushoito ja kipu	Lääketiede, Käypä hoito, kipu ja oireenmukainen hoito, hoitopäätökset (Ei elvytetä -päätös)	Lääketiede, Käypä hoito, kipu, oireenmukainen hoito, hoitopäätökset ja palliatiivinen sedaatio Hoitotiede, perushoito
<i>Potilasryhmät saattohoidossa</i>	Aikuisten saattohoito yleisesti Lasten saattohoito Viittauksia vanhus- ja muistipotilaisiin Eri uskontokunnat Vainajan laitto	Aikuisten saattohoito yleisesti Lasten saattohoito Lääketieteen erikoisalat Eri uskontokunnat Vainajan laitto	Aikuisten saattohoito yleisesti Lasten saattohoito Lääketieteen erikoisalat Eri uskontokunnat Vainajan laitto
<i>Hoitoympäristö</i>	Rauhallinen potilas-huone, omaisten läsnäolo	Rauhallinen potilas-huone, omaisten läsnäolo	Rauhallinen potilas-huone, omaisten läsnäolo
<i>Henkilöstö</i>	Vastuulääkäri ja -sairaanhoitaja Koulutus sattumanvaraista	Ammattihenkilöstön määrä ja koulutustarve tunnistettu Koulutus käynnistynyt lääkäreillä	Ammattihenkilöstön määrää ja saavutettavuutta lisätty Koulutustarve tunnistettu, laajentunut lääkäreillä ja käynnistynyt sairaanhoitajilla
<i>Moniammatillisuus</i>	Eri ammattikuntien osaaminen käytössä Vapaaehtoisia tukihenkilöinä	Vastuulääkäri ja -sairaanhoitaja Eriytyistyöntekijöitä Vapaaehtoisia tukihenkilöinä	Vastuulääkäri ja -sairaanhoitaja Eriytyistyöntekijöitä Vapaaehtoisia tukihenkilöinä
<i>Hoidon järjestäminen</i>	Osasto-/laitoskohtaista	Laitos-/sairaanhoitopiiri-/ kaupunkikohtaisia	Sairaanhoitopiirin koordinoimaa Hoitoketju Hoitolaitosten yhteistyö ja konsultatiivikäytännöt

Kehittymiskohde	Vuosi 2001	Vuosi 2009	Vuosi 2012
<i>Kotisaattohoito</i>	Käynnistynyt muutamassa kunnassa	Kotisaattohoito, vastuusairaanhoitaja	Vakiintunut toiminta, vastuusairaanhoitaja ja konsultoiva lääkäri
<i>Tiedottaminen</i>	Oppaita potilaalle, omaisille	Omaisten oppaat	Ammattihenkilöstön yhteistiedot Hoitolaitosten, yhteistyökumppaneiden ja ammattihenkilöstön yhteistiedot
<i>Hoidon arviointi</i>	Laatukriteerejä Omaisten palaute	Omaisten palaute	Hoidon arviointimittarit Omaisten palaute
<i>Suunnitelman rakenne</i>	Opas	Opas/suunnitelma	Suunnitelma
<i>Käsitteet</i>		Saattohoitokäsitteen määrittely	Saattohoitokäsitteen määrittely
<i>Kansalaiskeskustelu</i>	Ei mainintaa	Ei mainintaa	Ei mainintaa
<i>Yleissisältö</i>	Hoitotyö, kipu	Kipu, oireenmukainen hoito, hoitotahto	Kipu, oireenmukainen hoito, hoitotahto Hoitotyö

OSA 2

Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012

Heidi Huttunen YTK, Aira Pihlainen TtT ja Päivi Topo VTT, dosentti

1 Johdanto

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010) 24§:ssä säädetään, että kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille sairaanhoitopalvelut. Sairausten hoitoon määritellään kuuluvaksi sairauksien ehkäisemisen ja parantamisen lisäksi kärsimyksen lievittäminen. Tämä sisältää myös saattohoidon järjestämisen. Terveystieteiden tutkimuslaki velvoittaa kunkin sairaanhoitopiirin kunnat laatimaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelman. Siinä on sovittava yhteistyöstä, joka liittyy potilaiden hoitoketjuihin ja alueellisiin hoitosuunnitelmiin sekä niiden toteuttamisen tukemiseen ja seurantaan. Lisäksi on sovittava henkilöstön jatko- ja täydennyskoulutuksen tarpeista ja kuinka koulutus toteutetaan. Samoin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä järjestämissopimus erikoissairaanhoidosta ja sovittava miten peruspalveluissa saadaan erityisosaamista vaativaa tukea ja neuvontaa.

Helmikuussa 2012 Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) lähetti 21 sairaanhoitopiirille ja 20 suurelle kaupungille kirjeen, jossa pyydettiin toimittamaan ETENELLE sairaanhoitopiirin tai suuren kaupungin olemassa olevat saattohoitosuunnitelmat. Vastusta pyydettiin myös silloin, jos saattohoitosuunnitelmaa ei ollut laadittu. Uusintakirje lähetettiin maaliskuussa niille tahoille, jotka eivät olleet vastanneet kyselyyn. Kyselyyn vastasi 18 sairaanhoitopiiriä ja 15 suurta kaupunkia huhtikuun loppuun mennessä. (Liitteet 2-4.) Kyselyyn vastamatta jättäneiden suurten kaupunkien ja sairaanhoitopiirien verkkosivut tarkistettiin mahdollisten saattohoitosuunnitelmien osalta. Vastausprosentti oli kokonaisuudessaan 80 %.

Tässä selvityksessä tarkastellaan sitä, mitä saattosuunnitelmat sisältävät hoidon organisoinnin ja sisällön osalta, sekä minkälaista koulutusta saattohoidosta on tarjolla vuonna 2012. Lisäksi tarkastellaan sitä, miten saat-

tohoitosuunnitelmat ovat kehittyneet vuodesta 2009.

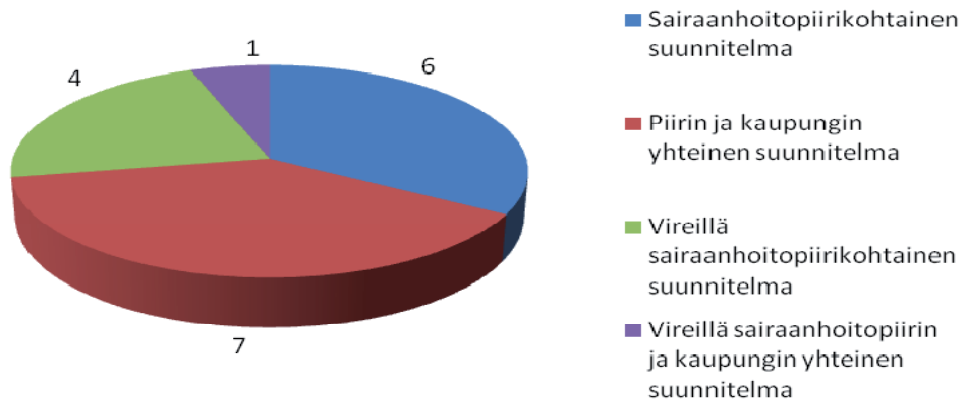
2 Saattohoitosuunnitelmien nykytilanne

Kyselyyn vastanneista sairaanhoitopiireistä (n=18) ja suurista kaupungeista (n=15) noin kolmella neljäsosalla oli olemassa valmis saattohoitosuunnitelma. Osa näistä oli kaupunkien ja sairaanhoitopiirien yhdessä laatimia saattohoitosuunnitelmia tai -ohjeistuksia. Noin neljäsosalla kyselyyn vastanneista oli suunnitelman teko vireillä. Ainoastaan yhdellä suurella kaupungilla ei ollut suunnitelman laatiminen vireillä.

Saattohoitosuunnitelmat olivat joko kaupunki tai yksikkökohtaisia tai koko sairaanhoitopiirin kattavia. Seuraavissa alaluvuissa vertaillaan vuoden 2012 saattohoitokyselyn tuloksia vuonna 2009 saatuihin tuloksiin ja tarkastellaan suunnitelmien taustalähteitä kuten säädöksiä, suosituksia ja linjauksia, sekä millaiset työryhmät olivat suunnitelmat valmistelleet. Vuoden 2009 kyselystä on sairaanhoitopiirien ja suurien kaupunkien saattohoitosuunnitelmat kehittyneet määrällisesti ja laadullisesti paljon.

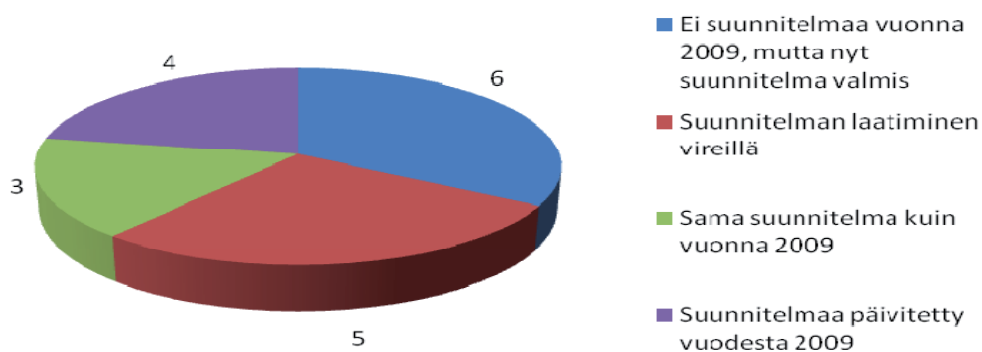
Sairanhoitopiirien saattohoitosuunnitelmat vuosina 2009 ja 2012

Vuonna 2012 vastanneista 18 sairaanhoitopiiristä 13 ilmoitti, että alueella on valmis saattohoitosuunnitelma (kuvio 1). Niistä seitsemän kertoi, että suunnitelma on laadittu yhteistyössä yhden tai useamman alueen suuren kaupungin kanssa. Saattohoitosuunnitelman teko oli vasta vireillä viidessä sairaanhoitopiirissä, joista yksi yhteistyönä alueella sijaitsevan suuren kaupungin kanssa. Vastanneiden joukossa ei ollut yhtään sairaanhoitopiiriä, jossa saattohoitosuunnitelman laatiminen ei vähintään ollut vireillä. Kolmen sairaanhoitopiirin tiedot puuttuvat, eikä niiden osalta tietoa saattohoidon järjestämisestä löytynyt myöskään niiden verkkosivuilta.



Kuvio 1. Sairaanhoidopiirien saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012 (n=18)

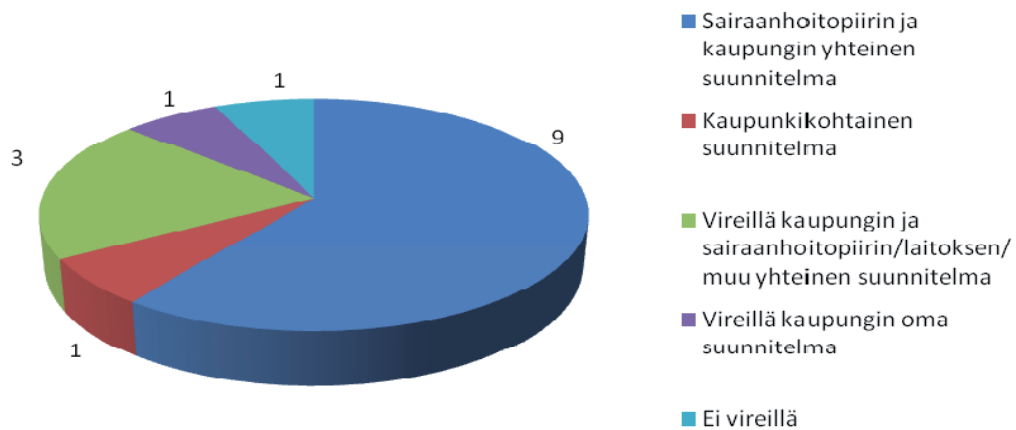
Verrattuna vuoteen 2009 oli tilanne kohentunut (kuvio 2). Tuolloin kuu-
della kyselyyn vastanneista sairaanhoidopiireistä ei ollut valmista saatto-
hoitosuunnitelmaa, mutta nyt sellainen oli laadittu. Neljä oli päivittänyt
vuoden 2009 saattohoitosuunnitelmaa, tai tehnyt kokonaan uuden ver-
sion vanhan suunnitelman tilalle. Monet vuonna 2012 kyselyyn vastan-
neista sairaanhoidopiireistä täydensivät lähettämiään saattohoitosuunni-
telmia vielä saatekirjeissään.



Kuvio 2. Sairaanhoidopiirien saattohoitosuunnitelmien (n=18) kehitys vuodesta 2009 vuoteen 2012

Suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat vuosina 2009 ja 2012

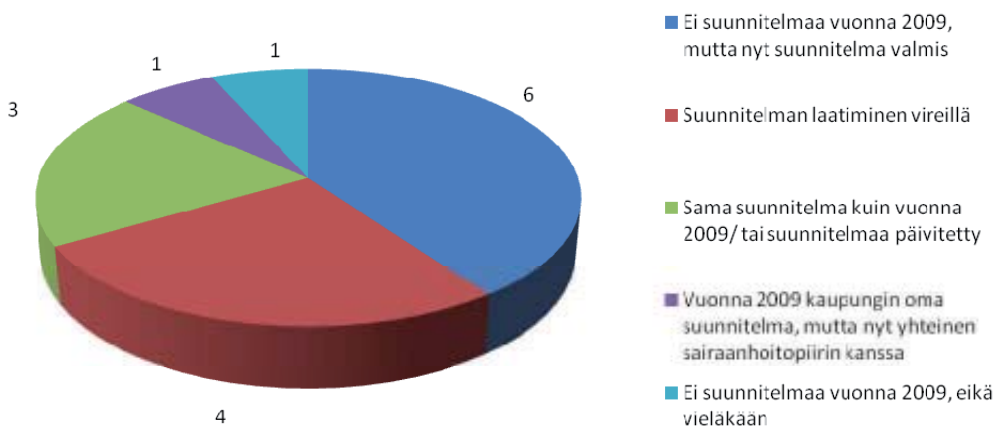
Vuonna 2012 vastanneista 15:sta suuresta kaupungista kymmenellä oli
käytössään joko kaupungin oma tai sairaanhoidopiirin kanssa yhteinen
saattohoitosuunnitelma. Suurin osa kaupungeista ilmoitti käyttävänsä
sairaanhoidopiirinsä valmista saattohoitosuunnitelmaa. Vain yhdellä oli
kaupunkikohtainen suunnitelma, ja se oli laadittu kaupungin omia tar-
peita vastaavaksi. Viiden suuren kaupungin tiedot puuttuvat, eikä niiden
osalta tietoa saattohoidon järjestämisestä löytynyt myöskään niiden
verkkosivuilta (kuvio 3).



Kuvio 3. Suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012 (n=15)

Neljällä suurella kaupungilla saattohoitosuunnitelman teko oli vireillä: Yhtä valmisteltiin yhdessä alueella sijaitsevan hoitokodin kanssa, yhtä yhteistyössä sairaanhoidopiirin kanssa, yksi oli kaupungin oma suunnitelma ja yhtä tehtiin hankeyhteistyönä. Yhdellä kaupungilla ei ollut saattohoitosuunnitelmaa, eikä alueellisen saattohoidon kokonaisselvitystä suunnitelman laatimiseksi ollut aloitettu.

Myös suurten kaupunkien osalta oli tapahtunut myönteistä kehitystä, sillä seitsemällä kyselyyn vastanneella suurella kaupungilla ei vuoden 2009 kyselyn aikana ollut valmiista saattohoitosuunnitelmaa, mutta nyt oli (kuvio 4). Vuonna 2012 lähes kaikki suurten kaupunkien valmiista ja vireillä olevista saattohoitosuunnitelmista oli sairaanhoidopiirien kanssa yhteisiä. Ainoastaan yhdellä kaupungilla ei ollut suunnitelmaa vuonna 2009, eikä alueellisen saattohoidon kokonaisselvitystä suunnitelman laatimiseksi ollut aloitettu vuonna 2012.



Kuvio 4. Suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien (n=15) kehitys vuodesta 2009 vuoteen 2012

Saattohoito-ohjeiden työryhmät

Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat laa-
tineissa työryhmissä oli etupäässä perusterveydenhuollon ja erikoissai-
raanhoidon henkilöstöä. Erityisesti lääkärit ja erikoislääkärit osallistuivat
lähes kaikkiin saattohoitosuunnitelmien työryhmiin, toisin kuin muu hoi-
tohenkilökunta. Tilanne oli ollut samankaltainen jo vuonna 2009. Kuiten-
kin muutosta oli tapahtunut siten, että vuonna 2012 noin joka toisessa
työryhmässä oli mukana muitakin erikoisalojen asiantuntijoita, joka on
selvästi enemmän kuin vuonna 2009. Sairaalapastori- tai teologi mainit-
tiin seitsemässä suunnitelmassa ja sosiaalityöntekijä neljässä suunnitel-
massa.

Säädökset, suositukset ja aluekohtaiset tiedot saattohoitosuunnitelmien pohjana

Seuraavassa tarkastellaan suurten kaupunkien ja sairaanhoitopiirien vuo-
den 2012 tuloksia yhdessä, koska saattohoitosuunnitelmat olivat pää-
sääntöisesti yhteisiä. Saattohoitosuunnitelmien laatimisessa oli käytetty
monipuolista lähdeaineistoa. Hyvä saattohoito Suomessa, Sosiaali- ja ter-
veysministeriön julkaisu 2010:6, oli lähes kaikkien uusien eli vuoden 2009
jälkeen laadittujen saattohoitosuunnitelmien pohjana. Käypä hoito -suo-
situkset kuolevan potilaan hoidosta on ollut lähtökohtana myös useassa
saattohoitosuunnitelmassa. Noin puolet kyselyyn vastanneista viittasi
suunnitelmassaan myös ETENE:n eri vuosina ilmestyneisiin saattohoitoa
käsitteleviin julkaisuihin. Säädöksistä ja ohjeistuksista mainittiin Laki poti-
laan asemasta ja oikeuksista (785/1992), YK:n Kuolevan oikeuksien julistus
(1975), Laki edunvalvontavaltuutuksesta 648/2007, Sosiaali- ja terveystmi-
nisteriön asetus potilaskirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon
liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. Saattohoitosuunnitelmissa
ja niiden mukana tulleissa saatekirjeissä kuvattiin lisäksi kattavasti saatto-
hoidon järjestämiseen liittyviä aluekohtaisia tietoja.

Oheiseen taulukkoon (Taulukko 1) on saattohoitosuunnitelmista poimit-
tu asioita jotka perustuvat kolmeen kuolevan ihmisen hoitoa koskevaan
suositukseen; ensinnäkin Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuo-
situkseen (2010), toiseksi Käypä hoito suositukseen kuolevan potilaan
oireiden hoidosta ja kolmanneksi YK:n kuolevan oikeuksien julistukseen
(1975). Taulukkoon on kerätty tiedot ainoastaan jo valmistuneista 22
saattohoitosuunnitelmasta, joten keskeneräisiä sairaanhoitopiirien ja
suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmia ei ole taulukossa huomioi-

tu. Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien suunnitelmia tarkastellaan tässä taulukossa yhdessä.

Taulukko 1:

Saattohoitoa koskevien suunnitelmien (n= 22) sisältö verrattuna saattohoidon suosituksiin

	mainittu, n
Saattohoitotarpeen tunnistaminen ja hoidon suunnittelu	
• Hoitolinjauksista keskustelu potilaan kanssa/ tiedonsaantioikeus ^{1,3}	20
• Potilaalle kertominen ja yhdessä päättäminen ^{1,2}	20
• Potilaan toiveet/ tarpeet huomioidaan hoitopäätöksissä (Itsemääräämisoikeus) ¹	22
• Oikeus kieltäytyä hoidosta ²	8
• Saattohoitopäätöksen teko ajoissa/oikeaan aikaan ²	15
• Saattohoitopäätös ^{1,2}	22
• Palliatiivisen hoidon päätös ²	1
Potilaan hoito	
• Laaditaan potilaskohtainen hoitosuunnitelma ¹	20
• Hoitoa arvioidaan/seurataan jatkuvasti ^{1,2}	20
• Hoitopäätökset perustuvat lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön ¹	20
• Lähestyvän kuoleman merkkien tunnistaminen (mm. uupumus, heikkous, laihtuminen, kipu, hengenahdistus, ummetus, ahdistuneisuus) ²	15
• Kuolevaa ei jätetä yksin ³	8
• Moniammatillinen työryhmä hoidon antajana ¹	20
• Kivun ja kärsimyksen lievitys ^{2,3}	20
• Oireiden mukainen hoito fyysiset ja psyykkiset ^{2,3}	20
• Hengelliset/ maailmankatsomukselliset tarpeet ^{1,3}	19
• Sosiaaliset tarpeet ^{1,3}	20
• Hyvä lääkehoito ²	18
• Hoitoympäristö ¹	16
Hoitojärjestelmä	
• Eri-ikäiset potilaat huomioitu ²	11
• Hoitovastuun jakautuminen (24h) ¹	15
• Hoidon jatkuvuus varmistetaan (tiedon siirto) ¹	20
• Kirjaus potilas/ sairauskertomukseen ^{1,2}	22
• Ruumiin loukkaamattomuus kuoleman jälkeen ³	10
Omaiset	
• Omaisten huomiointi hoitopäätöksissä ¹	16
• Omaisten tukeminen saattohoidon aikana ^{1,3}	16
• Omaisten tukeminen potilaan kuoleman jälkeen ^{1,3}	16
Työntekijät	
• Hoitajien saattohoitokoulutus (konkreettinen suunnitelma) ¹	16
• Lääkäreiden saattohoitokoulutus (konkreettinen suunnitelma) ¹	11
• Työnohjaus ¹	12
• Työhyvinvointi, tuki työntekijöille potilaan kuoleman jälkeen ¹	18
Yhteensä	22

1) STM:n saattohoitosuosituksset. 2) Käypä hoito -suositus 3) Kuolevan oikeuksien julistus (YK 1975)

Taulukosta näkyy se, että saattohoitosuunnitelmien sisältö vastaa temaattisesti melko hyvin suosituksia. Kaikissa suunnitelmissa kuvattiin saattohoitopäätöksentekoa, potilaan tarpeiden huomiointia sekä potilastietoihin kirjaamisen tärkeyttä. Samoin lähes kaikissa kuvattiin yhteistyötä potilaan kanssa, hoidon seurannan ja arvioinnin tärkeyttä, moniammatillisuutta ja potilaan tarpeiden kokonaisvaltaista huomioon ottamista, sekä hoidon jatkuvuutta. Vähemmälle huomiolle oli jäänyt palliatiivisen hoidon päätöksen tekeminen, potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta, erikäisten potilaiden tarpeiden huomioon ottaminen, sekä lääkäreiden tarvitsema koulutus. Nämä seikat mainittiin alle puolessa suunnitelmista. Sinänsä maininta eri aihepiireistä saattoi olla perusteellinen kuvaus tai lakoninen maininta eli taulukko ei vielä paljon kerro suunnitelmien laadusta. Taulukosta voi kuitenkin havaita sen, että saattohoidon tarpeen tunnistamiseen on kiinnitetty paljon huomiota samoin kuin varsinaiseen hoitoon. Sen sijaan vähemmälle huomiolle on jäänyt hoitovastuun jakautuminen ympäri vuorokauden ja työntekijöiden osaaminen sekä heidän tarvitsemansa tuki. Seuraavassa käymme eri teemat tarkemmin läpi.

3 Saattohoidon organisointi

Vastausten perusteella saattohoitoa toteutetaan sairaanhoitopiireissä ja suurissa kaupungeissa ensisijaisesti terveyskeskuksien vuodeosastoilla, vanhainkodeissa, muissa asumisyksiköissä ja potilaan kotona. Kotisaattohoidon vastuuhenkilöt tulee määritellä selkeästi ja potilaan sekä omaisten on oltava järjestelyistä perillä. Potilaalla tulee olla joustava mahdollisuus siirtyä kotisaattohoidosta tarvittaessa laitoshoidon myös riippumatta vuorokauden ajasta ja päivystyspisteen sijainnista. (STM 2010.) Muutamasta sairaanhoitopiiristä löytyy myös vaativaa saattohoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon erikoistunut saattohoitokoti. Ne toimivat usein yhteistyökumppanina ja konsultointiapuna muille saattohoitoa antaville yksiköille. Saattohoitokodit tarjoavat myös koulutusta alueella toimivalle hoitohenkilökunnalle saattohoitoon liittyvissä kysymyksissä. Näin on saattohoidon porrastusta linjattu myös kansallisessa syöpäohjelmassa ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” (STM 2010).

On tärkeää, että hoidon jatkuvuus varmistetaan potilaan hoidon tavoitteiden muuttuessa ja potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Tiedon siirto ja sen ajan tasalla pitäminen oli huomioitu lähes kaikissa saattohoitosuun-

nitelmissä. Esimerkiksi tietojen jatkuva kirjaaminen ja päivittäminen potilaan siirtojen yhteydessä mainittiin kaikissa saattohoitosuunnitelmissä. Hyvä tiedonkulku koettiin toimivan yhteistyön perustaksi. Suunnitelmista kuvattiin myös käytäntöä, jossa kotihoidossa olevan saattohoitopotilaan tulevat hoitajat käyvät tutustumassa potilaan tilanteeseen ennen tämän varsinaista siirtoa hoitopaikasta toiseen. Kaiken kaikkiaan potilaan turhaa siirtoa hoitopaikasta toiseen pyrittiin saattohoitosuunnitelmien mukaan välttämään. Tavoitteena oli, että saattohoitopotilas hoidetaan kuolemaan asti siinä paikassa, missä hän asuu tai on pitkäaikaishoidossa.

Hoitovastuun jakautumista käsiteltiin lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissä. Suunnitelmista käy ilmi, että vastuu saattohoidosta jakautuu monelle toimipisteelle ja henkilölle. Monessa suunnitelmassa mainittiin, että saattohoito on pääsääntöisesti perusterveydenhuollon tai kotihoidon vastuulla. Tämä tuli esille jo vuoden 2009 selvityksessä. Esimerkiksi intensiivisen erikoissairaalahoitajakson aikana hoitovastuu on erikoissairaanhoidon poliklinikoilla, josta päävastuu potilaan voinnin seurannasta ja oireiden mukaisesta hoidosta siirretään perusterveydenhuoltoon saattohoitovaiheessa. Lapset ja nuoret saattohoitopotilaat kuuluvat tavallisesti erikoissairaanhoidon piiriin.

Yksityiskohtainen kuolevan potilaan hoidon ja hoitoketjun kuvaaminen selkeänä toimintakuvauksena löytyy muutamasta saattohoitosuunnitelmasta. Havainnollistavana esimerkkinä on kahden eri sairaanhoitopiirin saattohoidon prosessikuvaukset: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-alueen saattohoitopolku sekä Itä-Savon sairaanhoitopiirin Sosterin saattohoitopotilaan palveluketju (Liite 1).

Prosessikuvauksissa kuvataan saattohoidon järjestämisen vastuutahot, potilaan hoitopolku ja muita saattohoitoon liittyviä vaiheita. Prosessi käydään läpi saattohoitoneuvotteluista potilaan kuolemaan ja sen jälkeisiin toimenpiteisiin asti. Toista esillä olevista prosessikuvauksista voi pitää teknisenä ja toista ihmisläheisenä lähestymistapana. Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien yhtenä kehittämiskohteena mainitaan saattohoitopotilaan hoitoketjun selvittäminen, sillä muutamassa suunnitelmassa todetaan hoitoketjun huonon toimivuuden olevan merkittävä ongelma. Ongelmana on myös se, että kotona asuvat saattohoitopotilaat joutuvat usein päivystys aikana ensiapuun, koska viikonloppuisin tai ilta- ja yöaikaan ei ole mahdollista ottaa yhteyttä kotisairaanhoitoon. Vuonna 2012

julkaistussa Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin konsensuslausunnossa tiivistyykin hyvin saattohoidon minimikriteeri: ”Elämän loppuvaiheen hoito on tärkeää - päivystyspoliklinikka ei ole saattohoidon paikka.”

4 Saattohoitotarpeen tunnistaminen ja hoidon suunnittelu

Potilaan itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeus

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja tiedonsaantioikeutta käsitellään lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998) nostetaan esille oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hyvään kohteluun potilaana sekä itsemääräämisoikeuteen. Hoidon luvallisuus edellyttää potilaan suostumusta, ja potilaalla on lähtökohtaisesti oikeus kieltäytyä kaikesta hoidosta. Kolmanneksessa sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmista mainittiin potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta.

Potilaan toiveiden huomioon ottaminen hoitopäätöksiä tehtäessä on mainittu kaikissa sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmissa, esimerkiksi potilaan hoitotahto mainitaan useassa suunnitelmassa. Hoitotahto tulee ajankohtaiseksi, kun potilas ei enää pysty ilmaisemaan itse kantaansa annettavasta hoidosta. Hoitotahdossa potilas ilmaisee kantansa itseään koskevasta tärkeästä hoitoratkaisusta. Hoitotahto koskee kuoleman läheisyyteen liittyviä hoitotoimenpiteitä ja se voidaan sivuuttaa ainoastaan, jos lääkäriellä on vahvat perusteet olettaa, että tahdonilmaisu ei ole pätevä tai vakaa. (ETENE 2003.)

Saattohoitoneuvottelu ja saattohoitopäätös

Saattohoitopäätöstä edeltää aina saattohoitoneuvottelut. Hoitoneuvotteluissa käydään läpi potilaan sairauteen ja hoitoon liittyvät asiat, eri hoitovaihtoehdot ja tulevaisuuden näkymät sekä tehdään hoidon linjauksiin liittyvät päätökset. Hoitolinjaukset tulee tehdä yksilöllisesti ja potilaan toiveet ja tarpeet huomioon ottaen. Hoitoa koskevat päätökset tekee potilaan hoidosta vastaava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. (ETENE 2003.) Lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa mainittiin saattohoitopäätöstä edeltäneet saattohoitoneuvottelut. Osassa suunnitelmista saattohoitoneuvotteluiden sisällöstä, tärkeydestä ja neuvotteluihin osallistujista kerrotaan hyvin laajasti ja yksityiskohtai-

sesti. Keskustelua potilaan ja hänen läheistensä kanssa kuvataan lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa, mutta neuvottelujen sisältöä ei juuri avata. Omaisten ja läheisten rooli neuvotteluissa korostuu etenkin silloin, kun potilas itse ei kykene tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä.

Lääkärillä on saattohoidossa vastuu hoidosta, hoidon sisällöstä ja hoitopäätöksistä. Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Se voi olla yksi hoitolinjapäätös tai lopputulos pitkästä prosessista, jonka aikana on selvinnyt, ettei sairaus ole parannettavissa. (ETENE 2003.) Saattohoitopäätöksen tekeminen ja sen kirjaaminen tuli esille kaikissa saattohoitosuunnitelmissa, mutta palliatiivisen hoidon päätös vain yhdessä suunnitelmassa. Myös vuoden 2009 selvityksessä saattohoitopäätöksen teko oli esillä lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa.

5 Potilaan kokonaisvaltainen hoito

Potilaan kokonaisvaltainen hoito mainitaan monessa saattohoitosuunnitelmassa. Toisissa keskitytään etupäässä fyysisten oireiden hoitoon, kun taas toisissa potilaan toiveet ja psyykkiset, sosiaaliset sekä hengelliset tarpeet korostuvat. Saattohoidon hoitoympäristöä on kuvattu kolmessa neljäosassa suunnitelmia. Ensisijaisesti kuvattiin sitä, millainen tila saattohoitopotilaalle tulisi varata ja voivatko omaiset ja läheiset viipyä potilaan vierellä loppuun asti. Ympäristön virikkeellisyys, viihtyisyys ja potilaiden mahdollisuudet yksityisyyden säilyttämiseen nähtiin vaikuttavan heidän mielialaansa.

Fyysisten oireiden hoitamisessa käsitellään keinoja, joilla voidaan hoitaa saattohoitopotilaan fyysisiä tarpeita, kuten kipua, hengenahdistusta, pahoinvointia, suolenvetovaikeuksia, kuihtumista ja väsymistä. Erityisesti kivun ja kärsimyksen lievittäminen on tärkeä osa arvokkaan, kivuttoman ja oireettoman loppuelämän takaamisessa potilaalle. Kaikkea kipua ja kärsimystä ei voi aina poistaa, mutta niitä voidaan usein eri keinoin lievittää. Kivun hoitoa käsitellään lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa, vain kahdessa suunnitelmassa kivunhoitoa ei mainita. Muutamassa suunnitelmassa kivun hoitoa kuvataan tarkasti esimerkiksi kertomalla millaista lääkehoitoa potilaalle tulisi kipuun antaa. Kivun hoidossa viitattiin myös usein Käypä hoito- suosituksiin.

Potilaan henkistä, sosiaalista ja hengellistä hyvinvointia painottavissa saattohoitosuunnitelmissa hoidon painopiste on potilaan ja hänen läheistensä tukemisessa ja heidän kanssaan keskustelemissä. Kiireettömyys ja ajan antaminen auttavat potilasta ja tämän läheisiä selviytymään potilaan vaikeasta tilanteesta sekä kuolemaan liittyvistä tunteista.

Moniammatillinen työryhmä hoidon antajana vastaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon tarpeeseen. Moniammatillisuus mainitaan lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa. Lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan lisäksi potilaan hoitoon ja hänen tukemiseen osallistuvat sosiaalityöntekijä, psykologi, sairaalapastori, psykiatri, fysioterapeutti tai muu hoitotiimiin kuuluva henkilö. Vapaaehtoistyöntekijät täydentävät moniammatillista työryhmää tarjoamalla apua esimerkiksi potilaan ja omaisten tukemiseen. Vapaaehtoistyöntekijät mainittiin yli puolessa (n=13) suunnitelmista. He ovat potilaan ja omaisten tukena niin terveyskeskuksen vuodeosastolla kuin kotisairaanhoidossa. Saattohoitoon liittyvän koulutuksen ja työohjauksen tarjoamista myös vapaaehtoisille pidettiin tärkeänä. Kaikkien potilaan hoitoon ja tämän tukemiseen osallistuvien asiantuntemus ja työpanos koettiin tärkeäksi.

Eri-ikäiset saattohoitopotilaat

Saattohoito koskee kaikenikäisiä. Lapsella tai aikuisella voi olla synnynäinen tila, vaurio tai parantumaton sairaus, joihin ei ole tarjolla parantavaa hoitoa ja ne johtavat väistämättä jossain vaiheessa saattohoidon tarpeeseen. (STM 2010.) Eri-ikäisten potilaiden erityistarpeet jäävät kuitenkin valtaosassa saattohoitosuunnitelmia huomioimatta. Noin puolessa saattohoitosuunnitelmista mainitaan eri-ikäiset potilaat vain muutamalla sanalla. Vain parissa suunnitelmassa käsitellään lapsien saattohoitoa kattavasti. Sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksissa mainitaan yhtenä kehittämistoimenpiteenä, että sairaanhoitopiireissä tulisi kiinnittää erityistä huomiota eri-ikäisten ihmisten saattohoidon järjestämismahdollisuuksiin. Vielä tämä ei sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmissa toteutunut.

Kuoleman lähestyessä ja sen tapahduttua

Potilaan hoito kuoleman jälkeen huomioidaan noin puolessa saattohoitosuunnitelmista, vaikka saattohoidossa tulisi aina ottaa huomioon potilaan hoito ennen kuolemaa ja myös sen jälkeen. Muutamassa suunnitel-

massa kuvaillaan tarkkaan, kuinka vainajaa tulee käsitellä kunnioittavasti ja omaiset huomioon ottaen. Parissa suunnitelmassa oli mukana ohjeet siitä, kuinka hoitohenkilökunnan tulee toimia vainajan vakaumusta kunnioittaen. YK:n kuolevan oikeuksien julistuksessa (1975) korostetaan sitä, että kuolemaa lähestyvää potilasta ei jätetä yksin. Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmissa, ei juuri oteta kantaa siihen onko potilas kuoleman hetkellä yksin.

6 Työntekijöiden ammattitaito ja työhyvinvointi

Niissä saattohoitosuunnitelmissa joissa työntekijöiden koulutusta käsitellään, pidetään tärkeänä myös työntekijöiden hyvinvoinnin ja jaksamisen turvaamista työnohjauksen avulla. Vain noin puolet sairaanhoidopiireistä ja suurista kaupungeista kuvaa tarkemmin sitä, miten koulutus tai työnohjaus on niiden alueella järjestetty. Saattohoitokoulutus on suunnitelmien mukaan suunnattu pääasiassa niille henkilöille, joiden piiriin saattohoitopotilaista huolehtiminen kuuluu. Tarvittaessa koulutuksen saaneet henkilöt toimivat konsultaatioapuna muille saattohoitoa antaville yksiköille. Hoitajien saattohoitoa koskeva koulutus, tuli esille useammassa suunnitelmassa kuin lääkäreiden sama saattohoitokoulutus. Yhdeksässä saattohoitosuunnitelmassa kerrotaan, että alueella työskentelee yksi tai useampi lääkäri, joka on suorittanut palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyden.

On tärkeää, että hoitoa antavissa terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköissä on tietämystä, kokemusta ja osaamista kuolevien hoidosta. Työ, opiskelu, tutkimus ja kokemusten jakaminen ovat perusta saattohoidon laadulle ja kehittämiselle. Osa kyselyyn vastanneista sairaanhoidopiireistä ja suurista kaupungeista toi esille, että tarve saattohoitokoulutukselle on hyvin merkittävä. Suunnitelmissa mainittiin myös toive säilyttää ja laajentaa saattohoitokoulutusta hoitoalan peruskoulutuksessa sekä lisätä täydennyskoulutusta. Henkilöstön vaihtuvuus ja kiinnostuksen puute olivat esille nousevia ongelmia. Hoitohenkilökunnan vaihtuvuus ja sijaisten käyttäminen heikentävät myös saattohoitopotilaan turvallisuuden tunnetta, joka on usein potilaan ja myös hänen läheistensä keskeisin toive. Vuoden 2009 saattohoitoselvityksessä koulutuksen arvo tuli myös voimakkaasti esille.

7 Omaiset

Omaiset huomioidaan lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa. Joissakin suunnitelmissa painopisteenä oli läheisten mahdollisuus saada tukea kuolemaan liittyvissä tunteissa ja käytännön järjestelyissä. Omaisten jatkuva läsnäolo pyritään mahdollistamaan tarjoamalla potilaalle siihen sopiva hoitoympäristö. Omaiset ja läheiset ovat monissa suunnitelmissa mukana koko hoitoprosessin ajan, potilaan saattohoitoneuvotteluista kuolemaan ja sen jälkeisiin toimenpiteisiin asti. Tällöin on tärkeää, että potilaan hoidon linjat ja tavoitteet ovat omaisille selviä. Kuitenkin muuttamassa suunnitelmassa omaisten rooli korostui vasta potilaan kuoleman jälkeen.

Lapset omaisina mainitaan parissa saattohoitosuunnitelmassa. Se on tärkeä osa saattohoitopotilaan omaisten yksilöllistä huomioimista ja tukemista. Kiireettömyys, ajan antaminen ja rauhallisesti käytyjen keskustelujen tärkeys omaisille mainitaan kolmasosassa suunnitelmista. Omaisten kanssa kädyt keskustelut kirjataan potilaan sairauskertomukseen, jotta kommunikaatio eri osapuolien välillä toimisi mahdollisimman tehokkaasti.

8 Lopuksi

Vuoden 2009 selvityksestä on vuoteen 2012 tultaessa sairaanhoitopiirien ja suurien kaupunkien saattohoitosuunnitelmissa tapahtunut paljon positiivista kehitystä sekä määrällisesti että laadullisesti. Sairaanhoitopiirit ja suuret kaupungit vastasivat kyselyyn hyvin (80 %), ja valmiita saattohoitosuunnitelmia oli noin kolmella neljäsosalla vastaajista. Yhtä suurta kaupunkia lukuun ottamatta kaikilla oli suunnitelman laadinta vireillä. Vuoden 2012 selvityksessä on huomioitu kysymyksiä, joihin vuonna 2009 tehdyssä selvityksessä ei tartuttu. Valittuihin teemoihin ovat vaikuttaneet eri vuosina julkaistut suositukset kuolevan ihmisen hoidosta.

Vuoden 2012 kyselyyn vastanneiden sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmissa painotettiin saattohoitotarpeen tunnistamista, kivunhoitoa ja fyysisten oireiden hoitamista tai potilaan toi-

veiden ja psyykkisten, sosiaalisten sekä henkisten tarpeiden huomioon ottamista. Saattohoitoon liittyvät perusasiat kuvataan yleisellä tasolla melko samankaltaisesti eri suunnitelmissa. Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien suunnitelmissa kuvatut paikalliset toimintatavat ja näkökulmat kertovat, että saattohoidon järjestämistä koskeviin asioihin on alueellisesti paneuduttu. Myös tarvittavien kehitystoimenpiteiden esiin nostaminen ja paremman hoidon edistäminen kertovat saattohoidon järjestämisen tärkeydestä. Tulee kuitenkin muistaa, että vaikka saattohoitosuunnitelma olisikin sairaanhoidopiireissä ja suurissa kaupungeissa laadittu ei se vielä kerro annettavan hoidon todellisesta laadusta. Yksi merkille pantava puute suunnitelmissa olikin se, että niiden toteutumisen seuranta ja arviointi oli sivuutettu lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa. Ainoastaan yhden sairaanhoidopiirin saattohoitosuunnitelmas-
sa, esitellään suunnitelman toteutumisen arviointikriteerit.

Vuonna 2003 ETENE:n saattohoitoa koskevan julkaisun johdannossa todetaan keskeiset asiat, jotka edelleen vuonna 2012 pitävät paikkansa: "Periaatteet ja ohjeet eivät korvaa läsnäoloa ja vuorovaikutusta käytännön tilanteissa. Jokaisessa saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kohtaamisessa ratkaistaan yhä uudelleen saattohoidon laatu ja eettinen taso. Raskaudesta huolimatta kuolevien hoito on myös sellainen alue, joka voi rikastuttaa ja monipuolistaa terveydenhuollon aate- ja arvomaailmaa sekä laajemminkin inhimillistä hoitokäytäntöä." Nämä keskeiset eettiset kysymykset ovat hyvän saattohoidon ydin. Saattohoitosuunnitelmat luovat puitteet sille, että hyvä kohtaaminen kuolevan potilaan, omaisen ja työntekijän kesken on mahdollinen.

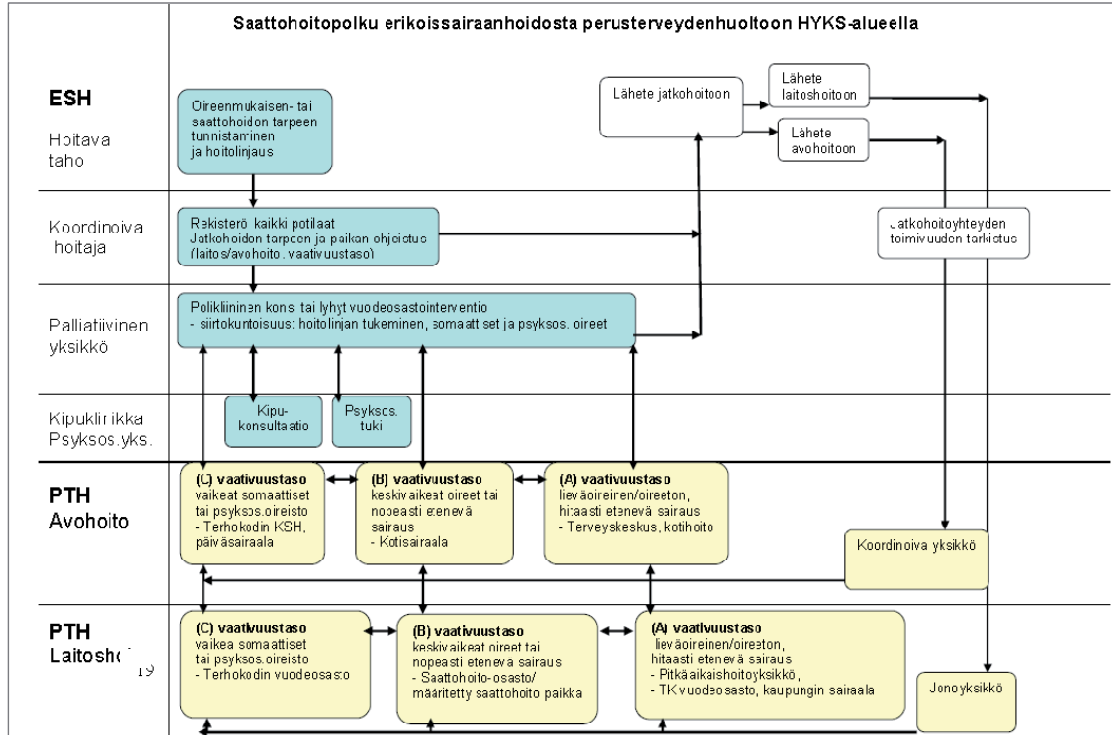
Lähteet

- Duodecim. 2008. Käypä hoito –suositukset.
Kuolevan potilaan oireiden hoito. <http://www.kaypahoito.fi/>
- ETENE. 2003. Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. ETENE-julkaisu 8
- ETENE. 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE:n 2.kesäseminaari. Helsinki 21. 8. 2001.
ETENE-julkaisu 4
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) (2008) raportti.
ETENE-julkaisu 20
- Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6
- Konsensuslausuma: Kohti parempaa vanhuutta. 8.2.2012.
Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia.
Luettavissa: <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f939257006/konsensuslausuma20122.pdf>
- Laki edunvalvontavaltuutuksesta (648/2007).
Suomen säädöskokoelma 25.5.2007/648
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).
Suomen säädöskokoelma 17.8.1992/785
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000).
Suomen säädöskokoelma 22.9.2000/812
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001). Suomen säädöskokoelma 19.1.2001/99
- STM. 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020.
Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön Selvityksiä 2010:6
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010).
Suomen säädöskokoelma 30.12.2010/1326
- Toppinen P. 2001. ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista
- Turkia H. 2009 Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat
- Yhdistyneet Kansakunnat 1975. Kuolevan oikeuksien julistus

Liite 1

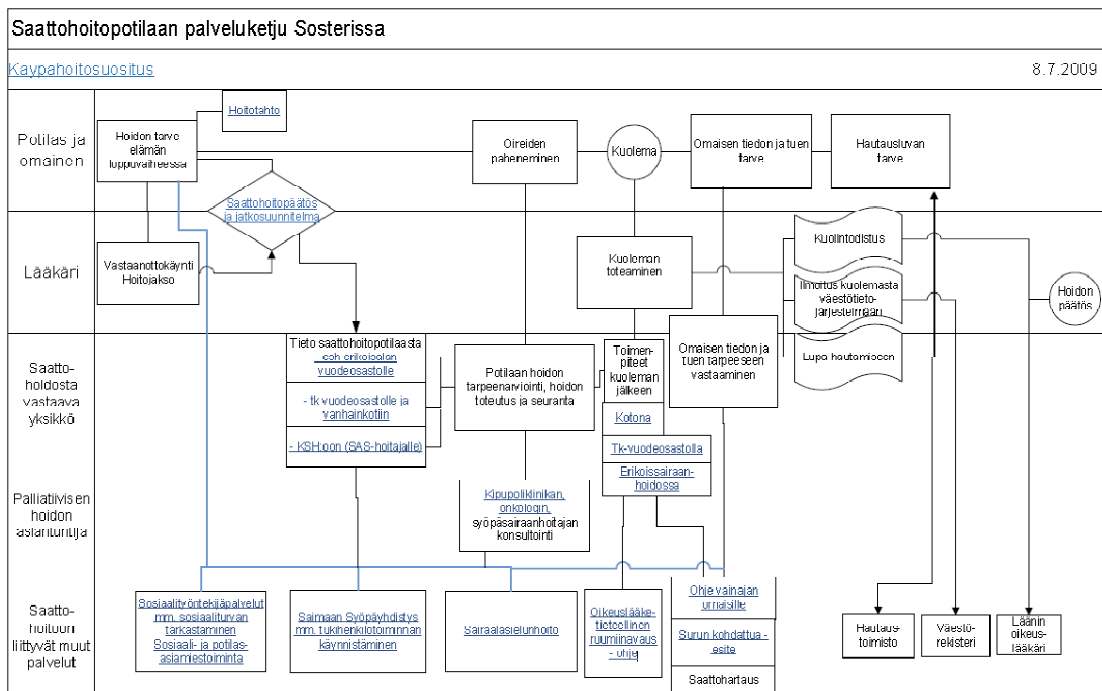
Liite 1a.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS-alueen saattohoitopolku



Liite 1b.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin Sosterin saattohoitopotilaan palveluketju



Liite 2

Kyselyyn vastanneet sairaanhoitopiirit (n=18) ja suuret kaupungit (n=15)

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri kuntayhtymä
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Itä-Savon sairaanhoitopiiri kuntayhtymä
Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon - ja peruspalvelukuntayhtymä
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
Kymenlaakson sairaanhoidon- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Lapin sairaanhoitopiiri
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Pohjois-Karjalan sairaanhoidon- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Vaasan sairaanhoitopiiri
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

Espoo
Helsinki
Hämeenlinna
Joensuu
Jyväskylä
Kouvola
Kuopio
Lahti
Mikkeli
Oulu
Seinäjoki
Tampere
Turku
Vantaa
Vaasa

Liite 3

Kysely sairaanhoitopiireille ja suurille kaupungeille saattohoitosuunnitelmista

ARVOISA VASTAANOTTAJA,

ETENE uusii vuoden 2009 saattohoitokyselyn tarkoituksenaan selvittää sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien nykytilanne sekä erikoistuneiden saattohoitoyksiköiden määrä ja toiminta. Kyselyn avulla arvioidaan myös sosiaali- ja terveysministeriön antamien saattohoitosuosituksen merkitystä hyvän saattohoidon tavoittamisessa koko Suomessa.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) selvitti saattohoitoa sairaanhoitopiireissä, suurissa kaupungeissa ja terveyskeskuksissa vuosina 2001 ja 2009. Vuoden 2009 kyselyn perusteella puolella vastanneista sairaanhoitopiireistä ja suurista kaupungeista oli saattohoitosuunnitelma ohjaamassa kyseistä hoitoa alueella, neljännnes ilmoitti parhaillaan laativansa suunnitelmaa ja toinen neljännnes ilmoitti, ettei suunnitelman laadinta ollut ajankohtainen. Selvitys on luettavissa www.etene.fi/~julkaisut/muut.

Vuoden 2009 kysely liittyi sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksen laadintaan, johon sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien näkemyksiä tähän kysyttiin vuonna 2010. Linkki Saattohoitosuositukseen http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1528097.

Voidaksemme selvittää saattohoidon tilannetta pyydämme kohteliaimmin toimittamaan sairaanhoitopiirinne tai kaupunkinne laatimat saattohoitosuunnitelmat sähköisinä osoitteeseen etene@stm.fi. Mikäli ette ole laatineet saattohoitosuunnitelmaa, pyydämme teitä ilmoittamaan myös tämän asian samaan sähköpostiosoitteeseen.

Samalla pyydämme tietoa alueellanne toimivista saattohoitoyksiköistä tai -osastoista tai sairaalan/sairaaloitten saattohoitopaikoista. Voitteko ystävällisesti laittaa tiedot henkilöltä, jolta voimme pyytää tarkempaa selvitystä näistä alueenne saattohoitoyksiköstä sähköpostiosoitteeseen etene@stm.fi.

Pyydämme edellä mainitut tiedot 19.3.2012 mennessä.

Asiaan liittyvät tiedustelut: etene@stm.fi.

Yhteistyöstä kiittäen,

Puheenjohtaja Markku Lehto

Pääsihteeri Päivi Topo

Jakelu Kirjaamo/sairanhoitopiirit
Kirjaamo/suuret kaupungit
Kaupunginjohtajat/suuret kaupungit

Tiedoksi STM/ministerit
STM/sosiaali- ja terveystalvosasto

Liite 4

Kysely sairaanhoitopiireille ja suurille kaupungeille saattohoitosuunnitelmista

ARVOISA VASTAANOTTAJA,

Olemme lähettäneet teille kyselyn koskien saattohoitoa kaupungissanne tai sairaanhoitopiirin alueella. Suurin osa suurista kaupungeista ja sairaanhoitopiireistä on vastannut, mutta emme ole vielä saaneet vastaustanne.

ETENE uusii vuoden 2009 saattohoitokyselyn tarkoituksenaan selvittää sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien nykytilanne sekä erikoistuneiden saattohoitoyksiköiden määrä ja toiminta. Kyselyn avulla arvioidaan myös sosiaali- ja terveysministeriön antamien saattohoitosuosituksen merkitystä hyvän saattohoidon tavoittamisessa koko Suomessa.

ETENE selvitti saattohoitoa sairaanhoitopiireissä, suurissa kaupungeissa ja terveyskeskuksissa vuosina 2001 ja 2009. Vuoden 2009 kyselyn perusteella puolella vastanneista sairaanhoitopiireistä ja suurista kaupungeista oli saattohoitosuunnitelma ohjaamassa kyseistä hoitoa alueella, neljännes ilmoitti parhaillaan laativansa suunnitelmaa ja toinen neljännes ilmoitti, ettei suunnitelman laadinta ollut ajankohtainen. Selvitys on luettavissa www.etene.fi/~julkaisut/muut.

Vuoden 2009 kysely liittyi sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksen laadintaan, johon sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien näkemyksiä tähän kysyttiin vuonna 2010. Linkki Saattohoitosuositukseen http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1528097.

Voidaksemme selvittää saattohoidon tilannetta pyydämme kohteliaimmin toimittamaan sairaanhoitopiirinne tai kaupunginne laatimat saattohoitosuunnitelmat sähköisinä osoitteeseen etene@stm.fi. Mikäli ette ole laatineet saattohoitosuunnitelmaa, pyydämme teitä ilmoittamaan myös tämän asian samaan sähköpostiosoitteeseen.

Samalla pyydämme tietoa alueellanne toimivista saattohoitoyksiköistä tai -osastoista tai sairaalan/sairaaloiden saattohoitopaikoista. Voitteko ystävällisesti laittaa tiedot henkilöistä, jolta voimme pyytää tarkempaa selvitystä näistä alueenne saattohoitoyksiköistä sähköpostiosoitteeseen etene@stm.fi.

Pyydämme edellä mainitut tiedot 13.4.2012 mennessä.

Asiaan liittyvät tiedustelut: etene@stm.fi tai pääsihteeri Päivi Topo 050 370 6521.

Yhteistyöstä kiittäen,

Puheenjohtaja Markku Lehto

Pääsihteeri Päivi Topo

Jakelu Kirjaamo/sairanhoitopiirit
Kirjaamo/suuret kaupungit
Kaupunginjohtajat/suuret kaupungit
Tiedoksi STM/ministerit
STM/sosiaali- ja terveyspalveluosasto

OSA 3

Saattohoitoyksiköt, hoidon vaativuuden tasot ja henkilöstö vuonna 2012

Aira Pihlainen, TtT

1 Tiivistelmä

Raportin tarkoituksena on selvittää saattohoidon tilannetta Suomessa. Tarkastelun kohteena on eri tasoisen saattohoidon saatavuus maan ei osissa sekä henkilöstön erikoisosaaminen ja kokemus. Tarkoituksena on myös välittää tietoa sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksen käyttöönotosta.

Suomessa kuolee lähes 50 000 ihmistä vuosittain. Kaikki kuolevat ihmiset, jotka elävät elämänsä viime päivät sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa tai palvelujen piirissä tarvitsevat hyvää saattohoitoa. Tämän saattohoidon edellyttämät tiedot ja taidot kuuluvat jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön pätevyysvaatimukseen. Vuosittain kuolevista 12 000-13 000 potilasta tarvitsee elämänsä viime päivinä saattohoitoa, saattohoitojärjestelyjä ja ammattihenkilöstön erikoisosaamista kuolemaa lähestyvän potilaan hoidossa. Raportti käsittelee näiden potilaiden saattohoidon järjestämisestä ja laatua.

Saattohoidon toteutuksen kansallisina kriteereinä ovat potilaslaki, sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuositukset ja ETENEn saattohoidon kannanotot. Tässä raportissa saattohoidon laatua ja järjestämistä arvioidaan Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC 2010) julkaisemien arviointikriteereiden mukaisesti (ks. myös Kuntaliitto 2012, Hänninen 2012).

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on selvittänyt saattohoidon tilaa Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Vuoden 2012 kyselyssä ETENELLE toimitettujen saattohoitosuunnitelmien sisältöä koskevia tietoja on käytetty tässä selvityksessä. Tietoja tarkennettiin ottamalla yhteyttä sairaanhoitopiireihin ja suuriin kaupunkeihin keväällä 2012.

Tulokset osoittavat, että eritasoista saattohoitoa järjestetään lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä tai se on parhaillaan kehittämiskohteena. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) antamat saattohoidon suositukset näkyvät sairaanhoitopiirien suunnitelmissa. Esimerkiksi potilaan kivun ja oireiden mukaisen hoidon, saattohoitopolun ja alueellisen yhteistyön ja konsultointiavun kirjauksissa. Kotisaattohoito on yleistynyt eri puolilla Suomea.

Tämä raportti on alkukartoitus saattohoidon tilasta Suomessa. Saattohoidon järjestämistä ei Suomessa ole kansallisesti tilastoitu. Viranomaisen tulisi pikaisesti käynnistää tilastointi.

2 Saattohoidon kansallisia ja kansainvälisiä suosituksia

Eettiset periaatteet

Saattohoidon perustavina eettisinä arvoina ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (STM 2010). Ihmisarvon kunnioitus perustuu ajatukseen jokaisen ihmisen yhtäläisestä ainutkertaisuudesta. Ihmisarvo edellyttää, että ihminen saa inhimillistä ja tasa-arvoista kohtelua, yksityisyyden suojaa, hyvää vuorovaikutusta, luottamuksellisuutta, rehellisyyttä sekä tietoa ja mahdollisuutta vaikuttaa omassa asiassa. Sosiaali- ja terveysalan toiminnassa tulee toteutua ihmis- ja perusoikeudet, kuten itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus. Ihmisarvon ja perusoikeuksien kunnioituksen tulee näkyä myös omaisten ja läheisten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden välisissä suhteissa. Itsemääräämisoikeuden lakiperusta on velvoittava ja itsemääräämisoikeutta tulee rajoittaa ensisijaisesti vain vaaratilanteissa. (ETENE 2008, 2003.)

Elämän viime hetkillä ihminen tarvitsee läsnäoloa, myötäelämistä ja toiveiden noudattamista. ETENEn (2003) saattohoitosuosituksat korostavat jokaisen ihmisen oikeutta hyvään ja inhimilliseen saattohoitoon. Se sisältää itsemääräämisoikeuden, potilaan kunnioituksen, potilaan ja ammattihenkilöstön yhteisymmärryksen saattohoitopäätöksestä, hoidon jatkuvuuden, oikeuden kuolla kotonaan tai haluamassaan paikassa läheisten läsnäollessa, sekä saattohoitoyksikön valmiuden toteuttaa hyvää saattohoitoa ja ottaa huomioon henkilöt, jotka eivät ole kykeneviä päättämään omasta hoidostaan. Martti Lindqvist korosti kuolevan ja kuoleman erityisluonnetta siten, että sitä ei voi kohdata teknisesti, neutraalisti tai puhtaasti hallinnallisilla välineillä. Samoin hän nosti esille kuoleman yksinkertai-

suuden, tavallisuuden ja demokraattisuuden. (Ks. Lindqvist 2001.)

Kotisaattohoidon toteuttamisessa avoin ja perhekeskeinen toimintatapa on välttämätön, sillä potilaan kotisaattohoidon onnistumisessa omaisilla ja läheisillä on suuri merkitys. Omaiset tarvitsevat tällaisessa tilanteessa ammattihenkilöstön tukea ja ohjausta. Kotisaattohoito on moniammatillista yhteistyötä, jossa myös vapaaehtoiset tukihenkilöt ovat apuna. Kotisaattohoidon kehittämisessä tulee huomio kiinnittää myös väestön eri ikäryhmien saattohoitotarpeisiin. Esimerkiksi vanhuksille ja muistisairaille ihmisille tulee taata ihmisarvoiset ja inhimilliset elämän viime päivät. (Ks. Aalto 2011, Heinimäki 2011, Jyrkämä 2011, Pihlainen 2011, Sulkava 2011.)

Säädöspohja ja suositukset

Suomen perustuslaki (731/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki) sekä laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2009, asiakaslaki), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja terveydenhoitolaki (1326/2010) ovat säädöksiä, joissa korostetaan hoidettavan ihmisen autonomiaa, itsemääräämistä, koskemattomuutta ja ihmisarvon kunnioittamista. Jokaisella on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kärsimyksen lievittämiseen.

Potilaslaki (1992) korostaa potilaan oikeutta hyvään sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun sekä oikeutta saada tietoa omassa asiassa ja itsemääräämisoikeutta. Terveydenhuoltolaissa (2010) korostetaan potilaan kannalta hoidon yhdenvertaisuutta ja kärsimyksen lievittämistä hänen sitä tarvitessaan. Terveydenhuoltolaki (2010) edellyttää terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa, joka perustuu väestö- ja terveystietoihin.

Suomessa saattohoidon perustana pidetään Lääkintöhallituksen vuonna 1982 antamia terminaalihoitojen ohjeita. Niissä keskeisenä sanomana on hyvän saattohoidon inhimillisuus, potilaan toiveiden huomioon ottaminen, hoitopäätösten teko, turhista hoidoista luopuminen, potilaan hyvä kivun hoito sekä mahdollisuus kuolla haluamassaan paikassa läheisten läsnäollessa. Lisäksi ohjeissa mainitaan erikseen lasten saattohoito ja saattohoitotilanteiden kuormittavuus hoitohenkilökunnalle. (Lääkintöhallitus 1982.)

Käypä hoito suositus (2008) käsittelee potilaan oireenmukaista hoitoa ja kärsimyksen lievittämistä elämän loppuvaiheessa. Viimeisten elinviikkojen aikana potilaiden todetaan usein kärsivän uupumuksesta, heikkoudesta, kivusta, hengenahdistuksesta ja masennuksesta. Käypä hoito suosituksissa korostetaan lääkkeellistä oirehoitoa.

Syöpähoitosuunnitelmassa (2010) painotetaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä hoidon järjestämisessä sekä potilaiden palliatiivisen hoidon riittävää tarjontaa ja hyvää laatua. Samoin suunnitelmassa korostetaan potilaan hoitopolun jatkuvuutta. (STM 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi hyvän saattohoidon suositukset vuonna 2010. Niitä valmisteltiin asiantuntijoita kuulemalla. Suosituksissa eettisenä perustana korostetaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Saattohoidon lähtökohtana on potilaan sairaus, johon ei ole parannuskeinoa.

Hyvään saattohoitoon kuuluu monia elementtejä:

- Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri, hoito toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä perustuen lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön.
- Saattohoidon jatkuvuus ja vastuu vuorokauden eri aikoina varmistetaan.
- Lääkärit ja hoitajat hallitsevat saattohoidossa tarvittavan perus- ja erityisosaamisen ja osallistuvat säännöllisesti saattohoitoa käsittelevään täydennyskoulutukseen.
- Ammattihenkilöstöllä on mahdollisuus työnohjaukseen sekä heidän työhyvinvointiaan, herkkyyttään ja intuiutionsa säilymistä tuetaan ja kehitetään.
- Saattohoidossa ammattihenkilöstöllä on kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa potilaan kärsimyksen ja siitä johtuvien oireiden, muiden tarpeiden ja toiveiden huomioimiseen hoidossa, tunnistaa lähestyvä kuolema ja kyky tukea potilaan omaisia kuoleman jälkeen.
- Saattohoitoa järjestävä laitos toimii potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti, sitoutuu hyvän hoidon laatuun ja Käypä hoito-suosituksiin.
- Potilaan toiveiden mukaisesti saattohoitoa järjestetään kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla tai saattohoitokodeissa.
- Lasten saattohoito on erikoissairaanhoidon vastuulla.
- Sairaanhoitopiirit yhdessä terveyskeskusten kanssa järjestävät alueen-

sa saattohoidon.

- Hyvän saattohoidon lähtökohdista ja tarpeista tulee käydä kansalaiskeskustelua.

Saattohoidon kansainvälisiä sopimuksia ja suosituksia

Kansainväliset ihmisoikeussopimukset ohjaavat saattohoidon toteutusta. Ohjeista keskeisiä ovat Euroopan ihmisoikeussopimus (1999) ja Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (2009). WHO:n (2002) mukaan palliatiivisessa hoidossa olennaista on kivun ja oireiden mukainen hoito, ihmisen psyko-sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioon ottaminen sekä omaisten tukeminen. Euroopan neuvoston (2003) ja Euroopan parlamentin (2007) suosituksissa korostetaan palliatiivisen hoidon integroimista kansalliseen terveydenhuoltoon ja erityisohjelmiin.

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC 2009 ja 2010) korostaa palliatiivisen hoidon suunnitelmallisuutta, jatkuvuutta, saatavuutta ja valintamahdollisuutta valita hoitopaikka. Eettisenä lähtökohtana suosituksissa mainitaan tasa-arvo ja kuolevien oikeus hyvään oireiden mukaiseen hoitoon.

Esimerkkejä saattohoitoon liittyvistä tutkimuksista

Kotkassa kotisaattohoito käynnistyi osana terveystieteiden toimintaa vuonna 1993. Peruskriteerit kotisaattohoidon järjestämisessä ovat olleet samankaltaisia kuin STM:n saattohoitosuosituksissa. Kotkassa noin kymmenen vuoden aikana oli kotona hoidettu yhteensä 269 potilasta, joista 187 syöpäpotilaan hoitoa arvioitiin jälkikäteen potilaspaperien perusteella. Potilaan kotihoidossa oli hoidon apuna käytetty kotona mm. kipupumppua, spinaalikatetria ja suonensisäistä nesteentantoa. Potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 61 vuorokautta, jona aikana lääkäri oli käynyt potilaan luona 1-2 kertaa ja sairaanhoitaja keskimäärin neljä kertaa viikossa. Seuratuista potilaista 124 (66 %) oli kuollut kotona. Taloudellisesti kotisaattohoito osoittautui edullisemmaksi kuin laitoksessa järjestetty saattohoito. Tutkimuksessa arvioitiin, että Kotkan kotihoitomalli olisi siirrettävissä muihinkin terveystieteiden keskuksiin. (Vuorinen ym. 2004.)

Kotkassa (1999-2002) arvioitiin omaisten palautteita (n= 79) potilaan kuoleman jälkeen. Omaisten mukaan potilaan kivunhoito oli onnistunut hyvin kotisaattohoidon aikana. Sitä vastoin omaiset toivoivat, että lääkä-

ri kävisi useammin kotisaattohoidon aikana potilaan luona. Lähes kaikki omaiset kokivat, että kotisaattohoidossa omainen oli saanut kuolla arvokkaasti. Seunan ym. (2004) mukaan kaksikolmasosaa omaisista sai vähäisesti tukea potilaan kuoleman jälkeen ja koki selviytyneensä potilaan kuolemasta huonosti.

2000-luvulla tehdyt tutkimukset osoittavat, että saattohoidossa olevan potilaan perushoito, kivunhoito ja muu oireiden mukainen hoito toteutuvat hyvin tai ainakin kohtalaisesti. Sitävastoin henkinen ja hengellinen tuki jäävät usein vähäisiksi. (Miettinen 2001, Seuna ym. 2004, ks. myös Hänninen 2012.) Lipponen (2006) raportoi kuolevan potilaan henkistä tukea läheisyyden ja etäisyyden tasapainoiluna. Kuolevan potilaan henkisiin kokemuksiin heijastuvat potilaan oma elämäkokemus ja käsitys itsestä, elämässä pärjääminen ja arjen asiat, sairauden mukanaan tuomat ongelmat sekä hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden piirteet. Saattohoidossa oleva potilas käy läpi kuolemaansa valmistautumista. Siinä voi merkitykselliseksi muodostua sairaalan vuodeosastolle pääsy. Tämä luo potilaalle turvallisuutta ja estää yksin jäämisen pelkoa kuoleman lähesytyessä. Lisäksi kuoleva potilas arvostaa sairaalahoitoa ja hoidon saamista vaikkakin vain teknisinä hoitotoimenpiteinä. Lipponen (2006) toteaa, että kotona tai laitoksessa terveydenhuollon ammattihenkilöstön suhde kuolevaan potilaaseen edellyttää toisen ihmisen ja hänen eletyn elämänsä kunnioittamista sekä luotettavuutta ja rehellisyyttä. Kuolevan potilaan hoito kodissa liittyy potilaan jo elettyyn elämään, luo mahdollisuuksia vapaaseen ja itsenäiseen hoitojaksoon.

Miettinen (2001) tutki omaisten näkemyksiä saattohoitopotilaan hoidosta. Omaiset kokivat kuolleen potilaan hoidon olleen hyvää kivun, lääkehoidon ja perushoidon osalta. Samoin hyvänä oli koettu palvelujen saatavuus ja hoitajien myönteiset piirteet. Saattohoidossa huonoina asioina olivat potilaan turvattomuuden tunteet, heikko tiedonsaanti, hoidon rutiinimaisuus terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja hoitajien huonot piirteet.

Seunan ym. (2004) mukaan Kotkassa omaiset eivät tienneet, saiko kotisaattohoidossa oleva potilas hengellistä tukea. Lievendahl (2012) selvitti hengellisen tuen merkitystä saattohoitopotilaille hoitajien kokemusten kautta. Hoitajien hengellinen tuki potilaalle on lähimmäisenä olemista ja auttamiskeinoina ovat kuuntelu, läsnäolo ja turvallisuuden tunteen luo-

minen. Erityisesti potilaan kotisaattohoidossa myös omaiset tarvitsivat monipuolista tukea jaksamisessaan. Laitoksissa yhteistyö sairaalapapin kanssa oli luontevaa, mutta kotisaattohoidossa yhteistyön toteutuminen haki vielä muotojaan.

Vuorinen ym. (2012) selvitti keväällä 2012 potilaiden saattohoidon saatavuutta Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä. Saattohoidetuista potilaista lähes puolet (n=45) oli hoidettu keskussairaalassa, toinen puoli terveyskeskuksen vuodeosastolla ja viisi potilasta oli ollut kotisaattohoidossa. Potilaat luokiteltiin sen mukaan oliko heidän odotettu elinaika ali tai yli 30 päivää (niin sanotut PaP-kriteerit, ks. Vuorinen ym. 2012). Tutkimuksessa päädyttiin siihen, että PaP kriteerit kuvaavat hyvin saattohoitopotilaiden kuntoa ja ennustetta. Valtaosalta saattohoitopotilailta puuttui saattohoitosuunnitelma, oirekartoitus ja hoitolinjapäätös. Tutkimuksen mukaan potilaiden tasapuolinen hyvä saattohoito ei vielä toteudu.

The Economist (2010) lehti julkaisi asiantuntija arvioinnin elämän loppuvaiheen hoidosta eri maissa (n=40). Arvioinnin kohteet olivat saattohoidon hoitoympäristö, ammattihenkilöstön määrä, hoidon saatavuus, kustannukset ja laatu. Saattohoidon kokonaisarviossa Suomi sijoittui sijalle 28 (kokonaispistemäärä 4,1; min/maksimipisteet 0-10), hoitoympäristön laatu sai 5,7 pistettä, hoidon saatavuus 1,9 pistettä ja hoidon laatu 4,9 pistettä. Suomalaisten tietoisuus elämän loppuvaiheen hoidosta oli vähäistä. Arvioinnissa Ruotsi sijoittui kokonaisarviossa sijalle 16 (kokonaispistemäärä 5,9; hoitoympäristön laatu 5,4 pistettä, hoidon saatavuus 4,5 pistettä ja hoidon laatu 5,9 pistettä).

3 Tutkimuksen suorittaminen

Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa vaativan tason saattohoidon tilasta Suomessa ja välittää ajankohtaista tietoa saattohoidon saatavuudesta eri puolilla Suomea. Eri vuosina (2001, 2009 ja 2012) kerättyjen saattohoitosuunnitelmien tarkastelu on ollut valtaosaltaan laadullista ja määrällisiä lukuja on käytetty apuna asian toistuvuuden arvioinnissa tai luokitteluissa. Luokittelu on tehty aineistolähtöisesti. (Denzin, Lincoln 2003, teokset 1 ja 2.)

Seuranta koskee sairaanhoitopiirien, sairaaloiden ja terveyskeskusten

vuoden 2001 saattohoitosuunnitelmia ja -oppaita (n=71) sekä sairaanhoitopiireiltä ja suurilta kaupungeilta kerättyjä saattohoitosuunnitelmia vuosina 2009 (n=37) ja 2012 (n=33). Suunnitelmat käsittävät kokonaissivumäärältään noin 1 400 sivua sekä lisäksi lähetekirjeet ja liitteet. Suunnitelmien laajuus vaihtelee 1-94 sivua ja keskiarvo on noin 20 sivua. Saattohoitosuunnitelmien sisältötietoja täydennettiin saattohoitopotilaiden sairaustietojen ja lukumäärien, saattohoitopaikkojen ja henkilöstön osalta keväällä 2012 puhelinhaastatteluin ja sähköpostikyselyinä (n=19). Nämä tarkentavat kyselyt kohdistettiin etupäässä paikkoihin, joissa saattohoitosuunnitelmissa kuvattiin olevan saattohoitoon nimettyjä yksiköitä, osastoja tai potilaspaikkoja. Terveyskeskuksiin, joissa ilmoitettiin olevan 1 tai 2 saattohoitopaikkaa, ei otettu yhteyttä. Sairaanhoitopiirien tai suurten kaupunkien tiedonantajina oli useimmiten ylilääkäri, johtaja, ylihoitaja tai osastonhoitaja.

Saattohoitopaikkojen vaatavuustaso luokitellaan kolmeen luokkaan A-, B- ja C-tasoihin potilaan saattohoidon erikoisosaamisen vaatavuuden perusteella. Saattohoitoa voidaan järjestää palliatiivisen hoidon yksiköissä, poliklinikkakäyntien ja konsultointiavun turvin, saattohoitokodeissa, sairaalan osastoilla, kotona tai kodinomaisissa laitoksissa kotisairaalan tai kotihoiton turvin. Saattohoitoon voi osallistua potilaan ja omaisten tukena vapaaehtoisia tukihenkilöitä. Vaativimman tason (C-taso) saattohoitoon sisältyy myös vaatimus saattohoidon kehittämisestä ja koulutuksesta.

Tässä raportissa kuvataan A-, B- ja C-tason mukaista saattohoidon järjestämistä sairaanhoitopiireissä. Raportin tiedot, jotka koskivat yksittäisiä hoitopaikkoja, tarkastutettiin syksyllä 2012 sairaanhoitopiireissä ja suurissa kaupungeissa. Raportti kuvaa saattohoidon järjestämistilannetta sairaanhoitopiireissä ja koko maassa vuonna 2012. Tietojen tarkoituksena on antaa realistinen kuva vaativan tason saattohoidon tilasta ja kehittämistarpeista. Nämä tiedot ovat joidenkin sairaanhoitopiirien osalta osittain vajavaisia, koska tietojen antajalla ei ole ollut tarkkaa tietoa asiasta.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Selvitys on tehty hyvän tutkimuksen eettisin periaattein. Laadullinen tutkimus on kuitenkin inhimillinen prosessi, jossa tutkijan henkilöllä on merkitystä. Osaa tuloksista voi verrata aikaisempiin raportteihin (Hämäläinen 2001, Turkia 2009, Huttunen ym. 2012).

Tulokset on muodostettu kirjallista lähteistä ja kyselystä. Kirjallinen aineisto on laaja käsittäen runsaasti liitteaineistoa. Tällaisesta aineistosta luokittelujen ja kehityssuuntien selvittäminen on vaativaa. Aineisto on läpiluettu vähintään kahteen kertaan ja samalla tehty muistiinpanoja saattohoitosuunnitelmakohtaisesti. Raportin laadinnan yhteydessä suunnitelmakohtaiseen tarkasteluun palattiin tarvittaessa. Tästä muodostui vuosien 2001, 2009 ja 2012 saattohoitosuunnitelmien ydinsisällöt ja kehitystrendit.

Tuloksien luotettavuutta on vahvistettu siten, että alueelliset vaativan tason saattohoidon tiedot kävivät lausunnolla tiedot toimittaneella henkilöllä sairaanhoitopiireissä ja suurissa kaupungeissa. Tämän kierroksen perusteella A-, B- ja C-tason saattohoidon järjestämistiedot täsmentyivät ja tarkentuivat.

Tutkimus tuo uutta tietoa saattohoidon tilasta Suomessa. Tiedot ovat sellaisia, joita Suomessa ei kansallisesti ole tilastoitu. Tuloksia voi pitää alkukartoituksena saattohoidon tilasta. Saattohoidon A-tason potilaspaiikat eivät olleet kaikilla tiedonantajalla selvillä. Sitävastoin B- ja C-tason saattohoidon järjestäminen oli kyselyyn vastaajilla tiedossa. Oletettavasti tiedot kuitenkin nopeasti muuttuvat, koska monet tiedonantajat kuvasivat saattohoidon olevan alueellaan kehittämisen kohteena.

Tulosten luokittelussa käytetyt arviointikriteerit

Saattohoidon tilaa verrataan sosiaali- ja terveysministeriön (2010) julkaisemiin saattohoidon suosituksiin sekä Euroopan palliatiivisen yhdistyksen kriteereihin (2010), joista Kuntaliitto (2012) on julkaissut Suomeen sovelletut saattohoidon vaativuuden arviointikriteerit.

Terveystieteiden ammattihenkilöstön minimikriteerit hyvän saattohoidon järjestämisessä ovat 0,15 lääkäriä ja 1,2 hoitajaa yhtä saattohoitovuodepaikkaa kohden. Lisäksi lääkärin tulee olla tavoitettavissa vuorokauden eri aikoina. Saattohoitoon tulee tarpeen mukaan osallistua myös sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, psykologi ja pappi. (EAPC 2010, Hänninen 2012, Kuntaliitto 2012.)

Potilaiden hoidon vaativuuden perusteella EAPC (2010) jakaa hoitopaikat kolmeen luokkaan:

A-taso kuvaa kaikissa terveydenhuollon laitoksissa annettavaa saattohoi-

toa. Saattohoitopotilaiden vuosittainen määrä on melko pieni 10-20 potilasta. Saattohoitoon on nimetty vastuuhoitaja.

B-tasossa saattohoidettujen potilaiden vuosittainen määrä on 20-50 potilasta. Saattohoitoon on nimetty vastuuhoitaja ja -lääkäri sekä heillä on peruskoulutustasoa laajempi koulutus ja kokemus saattohoidosta sekä saavutettavuus 24/7 (= 24 tuntia 7 päivänä viikossa).

C-taso on yliopisto- ja keskussairaalan yksikkö tai saattohoitokoti. Saattohoidettuja potilaita on vuodessa 60-200. Toimintaan liittyy myös muuta toimintaa kuten kotisaattohoitoa, polikliinista tai päivähoitoa, koulutusta ja konsultointia. Henkilöstönä on moniammatillinen työryhmä, jossa on mukana erityistyöntekijöitä. Henkilöstön saavutettavuus tulee olla 24/7. Vähintään yhdellä lääkäriellä ja sairaanhoitajalla on palliatiivisen hoidon / lääketieteen pätevyys.

4 Tulokset saattohoidon tilasta ja saatavuudesta

Tulokset sisältävät tietoa A-, B- ja C-tason saattohoidon järjestämistilanteesta Suomessa. Tarkastelun kohteena on saattohoitoa saaneiden potilaiden sairaudet ja lukumäärät. Saattohoitopaikat on luokiteltu kolmen A-, B- ja C-tason mukaan, jossa on mukana tietoja terveydenhuollon ammattihenkilöstön saattohoidon erikoistumiskoulutuksesta ja kokemuksesta. Tuloksissa tarkastellaan erillisenä kysymyksenä kotisaattohoitoa.

Saattohoidettujen potilaiden lukumäärät ja sairaudet

Suomessa kuolee lähes 50 000 ihmistä vuosittain, joista noin 11 000 on syöpäpotilaita. Arvion mukaan noin 200 syöpäpotilasta ja 40 muita sairauksia sairastavaa potilasta 100 000 asukasta kohden tarvitsee saattohoitoa vuosittain. (Kuntaliitto 2012)

- Näin ollen Suomessa noin 12 000-13 000 ihmistä tarvitsee joko A-, B- tai C- tasoista saattohoitoa vuosittain.

Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien vastauksissa viitattiin saattohoitopotilaiden määriin, jotka koskivat vuosia 2011 tai 2010. Aivan kaikissa sairaanhoitopiireissä ei ollut tietoa saattohoidetuista potilaista. Kotisaattohoidettujen potilaiden tiedoista ei selviä, miten paljon potilaista oli hoidettu palveluasumisen tai ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon piirissä. Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoidettujen potilaiden määriä voi tarkastella yksityiskohtaisemmin liitteestä 1. Ilmoitet-

tujen tietojen perusteella saattohoitopotilaita on hoidettu vuosittain:

- Saattohoitopaikoilla on eri yksiköissä hoidettu yhteensä 3 090 potilasta vuodessa.
- Näistä saattohoidetuista potilaista oli hoidettu yhteensä 1 184 potilasta Suomen neljässä erikoistuneessa saattohoitokodissa.
- Kaikista saattohoidetuista potilaista oli kotisaattohoidossa hoidettu 508 potilasta, joista maan neljän saattohoitokodin järjestämässä kotihoitossa oli ollut 133 potilasta.

Esimerkiksi 600 000 väestön Helsingissä arviointikriteerien mukaan n. 1440 ihmistä tarvitsisi A-, B- tai C-tasoista saattohoitoa vuosittain. Helsingissä saattohoitoon varatuilla paikoilla oli hoidettu alle 800 potilasta. Tässä luvussa on mukana myös muita kuin helsinkiläisiä potilaita. Helsingin sairaaloissa taas normaaleilla potilaspaikoilla oli hoidettu 900 kuolevaa potilasta, joista syöpää sairastaneita oli ollut 450 potilasta.

Kartoituksen perusteella saattohoitopotilaiden enemmistönä on lähes jokaisessa sairaanhoitopiirissä ollut:

- Syöpää sairastavat potilaat
- Muiden saattohoidettujen potilaiden diagnooseja olivat aivoinfarkti, aivoverenvuoto, sydämen tai muu sisäelimen vajaatoiminta, muut sisäelinsairaudet, keuhkohtaumatauti (COPD), valtimonkovettumistauti (ASO-tauti), amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS), multippeliskleroosi MS, Parkinsonin tauti, Alzheimerin tauti ja muut etenevät muistisairaudet, muut neurologiset sairaudet, nivelreuma, maksakirroosi ja infektiot.

Esimerkiksi Rovaniemen terveystieteiden keskuksen saattohoito-osaston potilaista reilu puolet oli ollut syöpäpotilaita. Lukumääräisesti seuraavaksi eniten oli saattohoidettu aivoinfarktin tai aivoverenvuototaudin jälkitilapotilaita tai sepelvaltimotautia sairastaneita potilaita.

Vaativuustasot ja saattohoitopaikat hoitolaitoksissa

Euroopan palliatiivisen yhdistyksen (EAPC 2010) mukaan saattohoitovuodepaikkojen minimitarve on 10/100 000 asukasta. (Ks. myös Hänninen 2012, Kuntaliitto 2012.) Saattohoitopaikkojen tarvetta ja vaativuustasoa voidaan arvioida myös terveystieteiden keskuksen koon mukaan. Tämä tarkastelu kuvaa saattohoidon vaativuustason ja voimavarojen suhdetta erikoisten terveystieteiden keskuksen hoitopaikkojen järjestämisessä. (Kuntaliitto 2012.) Sitä vastoin yksittäisen potilaan saattohoidon tarve arvioidaan aina hoi-

don tarpeen mukaan riippumatta siitä, missä tai minkä kokoisessa kunnassa hän asuu.

- Arviointikriteerien mukaan Suomessa tarvitaan noin 540 A-, B- tai C-tason saattohoitoon varattua vuodepaikkaa.

Sairaanhoitopiireistä ja suurista kaupungeista vuonna 2012 toimitetuissa saattohoitosuunnitelmissa arvioitiin alueellisen saattohoidon järjestämisvelvoitetta vaihtelevasti ja harvoin suhteessa alueellisiin väestötietoihin. Joissakin suunnitelmissa oli A-, B- ja C-tasoista saattohoitoa tarkasteltu arviointikriteerien mukaan. Näissä arvioissa todettiin, että vaativan tason saattohoidon järjestäminen on riittämätöntä.

Saattohoitopaikoiksi on tässä raportissa laskettu ne potilaspaikat, jotka tiedonantaja on arvioinut täyttävän saattohoitopaikan vaatimukset. Näin ollen mainituilla osastoilla ja yksiköissä voi olla potilaspaikkoja enemmän kuin seuraavassa on ilmaistu. Taulukon 1 A-tason paikat ovat viitteellisiä, koska kaikilla vastaajilla ei ollut tarkkaa tietoa saattohoitopaikoista. Sama tilanne on keskussairaaloiden palliatiivisten tai kipupoliklinikkojen tiedoissa, sillä näihin ei osassa vastauksissa viitattu lainkaan. Taulukossa 1 on yhteenveto Suomen saattohoitopaikkojen kokonaistilanteesta eri vaativuustasojen mukaan. Lukuihin sisältyvät myös lähiaikoina suunnitelmissa ilmoitetut avattavat saattohoitopaikat.

Vaativuustaso	C-taso	B-taso	A-taso	Yhteensä
Saattohoitopaikkojen määrä	80	163	25	268
Perusteilla olevat saattohoitopaikat	12	47		59
Yhteensä	92	210	25	327

A-, B- ja C-tason saattohoitopaikkoja oli vuonna 2012 toiminnassa 268. Kun mukaan lasketaan kaikki perusteilla olevat paikat, on käytössä 327 potilaspaikkaa. Saattohoitopaikoista lähes kolmasosaa on vaativuudeltaan C-tasoa ja kaksikolmasosaa on B-tasoa. C-tason paikat ovat tällä hetkellä neljässä saattohoitokodissa. Tulossa on 12 saattohoitopaikan lisäys, kun Helsingin (8) ja Oulun (4) yliopistolliset sairaalat avaavat saattohoi-

toyksiköt. Myös Lappeenrannassa Armilan sairaalan saattohoitopaikkoja (15) ollaan kehittämässä vastaamaan C-tasoa. B-tason saattohoitopaikkoja on lähes jokaisessa sairaanhoitopiirissä.

- Arviointikriteerien mukaan Suomessa tarvittaisiin 540 saattohoitovuodepaikkaa, eli voidaan arvioida, että tarvitaan noin 200 saattohoitoon varattua vuodepaikkaa lisää.
- Se, miten paljon A-, B- tai C-tason saattohoitopaikoista käytännössä jo nyt korvautuu kotisaattohoidon järjestämisellä, edellyttää lisäselvitystä.

Esimerkiksi Helsingissä tarvitaan esitettyjen arviointikriteereiden mukaan 60 A-, B- tai C-tason saattohoitopaikkaa. Kun Helsinkiin perusteilla olevat paikat ovat toiminnassa, niin saattohoitopaikkoja on yhteensä 57. Näistä Terhokodin 24 paikalla hoidetaan myös muita kuin helsinkiläisiä potilaita. Lisäksi Helsingissä toimii kotisairaala, joka on hoitanut vuosittain noin 200 saattohoitopotilasta. Näin ollen lähitulevaisuudessa Helsingin saattohoidon paikkatilanne vastaa EAPC:n (2010) kriteereitä.

Esimerkiksi Etelä-Savon sairaanhoitopiirin väestö on 109 000 ja sen perusteella tarvitaan 10 A-, B- tai C-tason saattohoitopaikkaa. Tällä hetkellä siellä on 5 saattohoitopaikkaa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä asuu 150 000 ihmistä ja sen perusteella arvioiden tarvitaan 15 A-, B- tai C-tason saattohoitopaikkaa. Tällä hetkellä siellä on 8 paikkaa.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön määrä, koulutus ja kokemus saattohoidossa

Saattohoidon B- ja C-tason arviointikriteereinä mainitaan henkilökunnan määrä (1,2 hoitajaa/vuodepaikka ja 0,15 lääkäriä/vuodepaikka) sekä saattohoitoon hankittu erityiskoulutus ja kokemus.

- Voidaan arvioida, että 540 saattohoitopaikkaa kohden tarvitaan 81 lääkäriä, joilla on palliativisen lääketieteen erityispätevyys.

Suomessa palliativisen lääketieteen erityispätevyyden oli vuoteen 2012 mennessä hankkinut 63 lääkäriä ja koulutuksessa oli tuolloin 30 lääkäriä (Tohmo 18.9.2012). Suomessa saavutetaan pian vaativan tason saattohoidon edellyttämä lääkäritarve.

- Saattohoidossa toimivista lääkäreistä oli vuonna 2012 saatujen tietojen perusteella 46 lääkäriä palliativisen lääketieteen erityispätevyys ja koulutuksessa oli 19 lääkäriä.

Lähes kaikissa B- ja C-tason hoitoyksikössä, joissa on saattohoitoon varattuja paikkoja, toiminnasta vastaa vähintään yksi palliatiiviseen lääketieteeseen erikoistunut lääkäri. Lääkäreitä, joilla on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys, toimii eri puolilla Suomea.

Hoitohenkilökunnan määrä on arviointikriteerien perusteella vaadittavalla tai lähes vaadittavalla tasolla (1 hoitaja/vuodepaikka) saattohoidon B- ja C-tasoisissa yksiköissä. Sairaanhoitajilla ja muulla hoitohenkilökunnalla on saattohoidon erikoistumiskoulutusta ja osa on parhaillaan lisäkoulutuksessa. Käytettävissä olevat tiedot hoitohenkilökunnan ja sairaanhoitajien osalta ovat puutteelliset.

C-tason saattohoitoyksikköjen erikoistunut ammattihenkilöstö konsultoi ja kouluttaa sairaaloiden henkilöstöä ja muita tahoja saattohoitokysymyksissä. Konsultaatiotarve on useimmiten liittynyt kivunhoitoon. Saattohoitokodeissa on saattohoitopotilaiden tukijoina ja hoitohenkilökunnan apuna mittava vapaaehtoisten henkilöiden joukko. Sairaanhoidopiireissä on meneillään kehittämishankkeita, joissa selvitetään saattohoidon järjestämistarpeita, kehitetään uusia toimintamuotoja kuten videokonsultointia tai koulutetaan alueen ammattihenkilöstöä saattohoidossa.

Kotisaattohoito

Saattohoitosuunnitelmien mukaan kotisaattohoidossa korostuu potilaslähtöisyys, hoidon turvallisuus ja jatkuvuus sekä omaisten mukana olo hoidossa. Hoito on kokonaisvaltaista potilaan tarpeista ja toiveista lähtevää ja ottaa huomioon potilaan perus- ja oireenmukaisen hoidon sekä potilaan henkiset, hengelliset ja sosiaaliset tarpeet ja toiveet. Perushoidosta mainitaan usein hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen ja oireiden mukaisessa hoidossa kivun hoito. Potilaan henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin yleensä varataan aikaa ja läsnäoloa. Sosiaalisista kysymyksistä mainitaan potilaan hoidon kustannuksiin liittyvät järjestelyt. Potilaan olosuhteita kotona parannetaan erilaisin laiteteknisin keinoin. Hoitaja varaa aikaa kotikäynneillä myös omaisille ja etenkin pienille lapsille. Samoin aikaa varataan omaisten tapaamiseen potilaan kuoleman jälkeen. Potilaille ja omaisille on laadittu kotisaattohoito-opas. Tiedottamisessa korostetaan yhteydenottomahdollisuuksia vastuuhenkilöihin, tukisairaalaan, seurakunnan työntekijöihin, järjestöihin ja vapaaehtoistoimijoihin.

Potilaan kotisaattohoito käynnistyy saattohoitoon siirtymispäätöksestä.

Päätöstä tehtäessä potilas ja omaiset ovat mukana. Kotisaattohoidon lähtökohtana pidetään potilaan toivomusta sekä omaisten hyväksyntää ja mahdollisuutta osallistua saattohoitoon. Kotisaattohoitoon nimetään vastuulääkäri ja -sairaanhoitaja ja ainakin vastuuhuoltaja on potilaan ja omaisten tavoitettavissa vuorokauden eri aikoina. Melkein poikkeuksetta potilaan kotisaattohoidon tueksi nimetään terveyskeskuksen vuodeosasto, johon potilas voi siirtyä ilman erillistä lähetettä vuorokauden eri aikoina. Kotisairaalan ja kotisaattohoidon ammattihenkilöstö toimii kiinteässä yhteistyössä alueen erikoissairaanhoitoa ja perusterveydenhuoltoa järjestävien tahojen kanssa. Kotien lisäksi kotisaattohoitoa toteutetaan palvelutaloissa, vanhainkodeissa tai muissa kodinomaisissa laitoksissa. Näissä tilanteissa pidetään tärkeänä potilaan saattohoitoa siellä missä hän on asunut ja elänyt. Vuoden 2012 saattohoitosuunnitelmissa lähes kaikki vastaajat kuvasivat kotisaattohoitoa.

- Kotisaattohoidossa oli hoidettu 508 potilasta vuonna 2010 tai 2011. Tämä on alle viidennes (16 %) kaikista saattohoidetuista potilaista. Saattohoitokotien järjestäminä oli kotisaattohoidettu 133 potilasta.

Tämän selvityksen perusteella ei voida arvioida sitä, miten paljon saattohoitopotilaista on osittain kotisaattohoidossa ja osittain terveyskeskuksen tukiosastolla. Ei myöskään voida arvioida sitä, ovatko kaikki kotona hoidetut potilaat edellyttäneet vaativan tasoista saattohoitoa. Nämä kysymykset vaativat jatkoselvittelyä samoin kuin se, ovatko A-tason saattohoitopotilaat siirtymässä laitoksista enenevästi kotisaattohoitoon tai kodinomaisissa laitoksissa toteutuvaan saattohoitoon.

5 Lopuksi

Saattohoitosuunnitelmien yhtenä lähtökohtana tulisi olla alueellinen saattohoidontarve. Väestölukuihin perustuvaa suunnittelua ei juurikaan ollut saattohoitosuunnitelmissa. Tulokset osoittavat, että Suomessa on saattohoidettu 3090 potilasta vuodessa, kun tarve olisi 12 000-13 000 potilasta. Tämä tarkoittaa sitä, että arvioilta 9 000 vaativaa saattohoitoa tarvitsevaa potilasta on hoidettu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon normaaleilla potilaspaikoilla.

Vaativan tasoista saattohoitoa tarvitsevien potilaiden sairaus on usein syöpä. Selvitys osoittaa, että myös muita sairauksia sairastavat potilaat

tarvitsevat elämänsä loppuvaiheessa vaativan tasoista saattohoitoa.

A-, B- tai C-tason saattohoidon potilaspaikkoja on 327. Niistä vajaa kolmannes on C- ja noin kaksikolmasosaa B-tason paikkoja ja loput ovat A-tason potilaspaikkoja. Alueellisesti saattohoitopaikat jakautuvat melko hyvin koko maahan.

- Vaativan tason saattohoitoon tarvitaan arviolta 200 potilaspaikkaa lisää, eli on 40 %:n lisätarve (Kokonaistarve maassa on 540 paikkaa).
- Saattohoitopaikkojen lisätarvetta pienentää jonkun verran kotona tapahtuva saattohoito.

Henkilökunnan osaamisesta erityisesti lääkäreiden erityisosaamistaso saattohoitopotilaan hoidossa on hyvä.

Saattohoidon kolmiportaisen mallin mukaan A- tai B-tasoista hoitoa järjestetään lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä ainakin jonkun verran. C-tason mukaista hoitoa järjestävät pääasiassa saattohoitoon erikoistuneet hoitokodit ja osa yliopistollisista sairaaloista.

Saattohoidon järjestämisen tilasta

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 julkaisemat saattohoitosuositukset on otettu huomioon sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien suunnitelmissa. Myönteistä kehitystä on tapahtunut etenkin saattohoitopotilaan hoitoketjun selkiinnyttämisessä, potilaan hoidon vastuusuhteiden varmistamisessa ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyössä. Suunnitelmien mukaan myös potilaan hoitopäätökset tehdään potilasta ja tarvittaessa hänen omaisiaan ja läheisiään kuulemalla.

Potilaan hoito toteutuu ensisijassa Käypä hoito -suositusten mukaisesti erityisesti potilaan kivun ja muiden oireiden hoidossa. Osassa suunnitelmia lähtökohtana on potilaan kokonaisvaltainen perushoito. Potilaan henkiset ja hengelliset tarpeet ja toiveet on yleensä otettu huomioon, mutta näiden käsittely on vähäistä. Potilaan kuoleman merkkejä ja kuoleman hetkeä käsitellään vähäisesti.

Suunnitelmien mukaan saattohoito järjestetään siellä missä potilas on hoidossa ja siirrot esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon laitoksiin pyritään tekemään saattohoitoon siirtymispäätöksen jälkeen viivyttämättä. Potilaiden kotisaattohoito on lisääntynyt.

Saattohoitoa järjestävät tahot arvioivat hoidon laatua. Pääasiassa tämä on kyselyjä potilaan omaisilta ja läheisiltä. Muutama sairaanhoitopiiri on laatinut saattohoidon järjestämisen arviointikriteerit. Saattohoitosuunnitelmissa ei mainita kuinka saattohoitoon ja sen järjestämiseen liittyviä kysymyksistä keskustellaan.

Jatkoselvitystarpeet

Jatkossa tulee selvittää seuraavia asioita:

- Vaativan tason saattohoidon toteutuminen potilaan ja omaisten tarpeiden ja toiveiden kannalta.
- Saattohoitopaikkojen lisääminen, jotta kaikki A-, B- tai C-tason saattohoitoa tarvitsevat potilaat saavat tarvitsemaansa hoitoa elämänsä viimeisinä päivinä.
- Vaativan tason (A-, B- ja C-tasot) ja kaikkien kuolevien potilaiden saattohoidon eron selkiinnyttäminen.
- Potilaan saattohoidon arviointikriteerien luominen A-, B- ja C-tasolle hoitoon ohjauksen avuksi.
- Vaativan tason saattohoitoa tarvitsevien potilaiden hoitamisen mahdollisuudet kotisaattohoidossa.
- Kotisaattohoidon mahdollisuudet vähentää vaativan tason saattohoidon laitospaikkatarvetta.
- Moniammatillisen tiimin toiminta saattohoidon toteuttamisessa.
- Kansalaiskeskustelun tarve saattohoidon järjestämisestä.

Lähteet

- Aalto K. 2011. Armollinen kuolema. Teoksessa: Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006 -2010, ss 53-54. ETENE-julkaisu 31, 2011
- Denzin N., Lincoln Y. 2003. (1) Collecting and Interpreting Qualitative Materials. Sec.ed. Sage Publ., Thousand Oaks
- Denzin N., Lincoln Y. 2003. (2) The Landscape of Qualitative Research, Theoris and Issues. Sec.ed. Sage Publ., Thousand Oaks
- EAPC. 2009. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1, Recommendations from European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 2009, 278-289.
- EAPC. 2010. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2, Recommendations from European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 2010, 22-33.
- Economist Intelligence Unit (2010) The quality of death. Ranking end-of-life care across the world. A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by LIEN foundation. Viitattu 12.12.2012. http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf
- ETENE. 2001. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE-julkaisu 4, 2001
- ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1, 2001
- ETENE. 2003. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. ETENE-julkaisu 8, 2003
- ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisu 20, 2008
- ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisu 32, 2011
- Euroopan neuvosto. 2003. Council of Europe (2003) Recommendation Rec. 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. The committee of experts, Strasbourg
- Euroopan neuvosto. 2009. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research. Viitattu 12.12.2012. <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/195.htm>
- Euroopan parlamentti. 2007. European Parliament (2007) Palliative Care in the European Union. Policy Department Economic and Scientific Policy. IP/A/ENVI/ST/2007-22
- Heinimäki J. 2011. Rauhoittukaa vanhukset? Teoksessa: Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006 -2010, ss 46-47. ETENE-julkaisu 31, 2011
- Huttunen H., Pihlainen A., Topo P. 2012. Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat vuonna 2012. ETENE, 2012
- Hämäläinen P. 2001. Selvitys saattohoito-ohjeista. ETENE, moniste
- Hänninen J. 2012. Saattohoito-opas. Potilaan ja omaisen opas. 12. uudistettu painos. Terhokoti, Etelä-Suomen Syöpäyhdistys, Helsinki
- Jyrkämä J. 2011. Ikääntyvä yhteiskunta ja eettiset haasteet. Teoksessa: Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006 -2010, ss 31-40. ETENE-julkaisu 31, 2011
- Kuntaliitto. 2012. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Viitattu 12.12.2012. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vas-taanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx>

- Käypä hoito suositus. 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito.
Viitattu 12.12.2012. www.kaypahoito.fi/suositus-hoi50063
- Lievendahl, C. 2012. Lähtörauha. Hengellisen tuen merkitys saattohoidossa potilaalle ja hänen läheisilleen sairaanhoitajien kokemana Hyvinkään sairaalassa ja tehostetussa kotihoidossa. Käytännöllisen teologian pro gradu, Helsingin yliopisto, Helsinki
- Lindqvist M. 2001. Etiikan näkökulma kuoleman kohtaamiseen hoidossa. Teoksessa: Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, ss 19-24. ETENE julkaisuja 4, 2001
- Lipponen V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Acta Universitatis Tampereensis 1161, Tampere University Press, Tampere
- Lääkintöhallitus. 1982. Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Nro 3024/02/80.
- Miettinen T. 2001. Palliative Care through Relatives, Eyes. Academic Dissertation, University of Tampere, University of Helsinki, Tampere
- Pihlainen A. 2011. Yhdenvertaisuus saattohoidossa. Teoksessa: Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006 -2010, ss 48-52. ETENE-julkaisuja 31, 2011
- Seuna L., Ansas K., Vuorinen E. 2004. Omaispalaute Kotkan terveyskeskuksen kotisaattohoidosta. Suomen Lääkärilehti 4/2004, ss 259 -264.
- STM. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksukset. Sosiaali- ja terveysministeriön Julkaisuja 2010:6
- STM. 2010. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 -2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön Selvityksiä 2010:6
- Sulkava R. 2011. Muistisairaudesta kärsivän ihmisen laitoshoido – eettisiä näkökohtia. Teoksessa: Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006 -2010, ss 41-45. ETENE-julkaisuja 31, 2011
- Toppinen P. 2004. ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Teoksessa: Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, ss 33-36. ETENE julkaisuja 4, 2001
- Turkia H. 2009. Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat. ETENE, 2009. Viitattu 12.12.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17409&name=DLFE-902.pdf
- Vuorinen E., Seuna L., Ansas K. 2004. Saattohoidon järjestäminen terveyskeskuksessa - Kotkan malli. Suomen lääkäri-lehti 4/2004, ss 295-299.
- Vuorinen E., Zinhu D., Turppo A. 2012. Hyvä saattohoito jää liian usein toteutumatta. Suomen lääkäri-lehti 23/2012, ss 1838-1839.
- WHO. 2002. Palliative care. Viitattu 12.12.2012. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

Lait ja asetukset

- Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2009
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 ja sen muutokset.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994
- Perustuslaki 731/1999
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Henkilökohtainen tiedonanto

- Tohmo, H. (2012) Erillisoikeudet palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys saaneista. Tilanne 18.9.2012. S-postiviesti/ETENE

ETENEn julkaisut 2008-2012

Suomenkieliset julkaisut ovat ladattavissa verkkosivuilta www.etene.fi/aineistot/julkaisut.
Muunkieliset julkaisut ovat ladattavissa kyseisen kieliversion sivuilta.

- 19 Terveyden edistämisen eettiset haasteet (2008)
ISBN 978-952-00-2570-0 (nid.), ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF)
- 20 Vanhuus ja hoidon etiikka (2008) 2. painos
ISBN 978-952-00-2572-4 (nid.), ISBN 978-952-00-2573-1 (PDF)
- 21 Vårdetik på ålderns höst (2008)
ISBN 978-952-00-2667-7 (inh.), ISBN 978-952-00-2668-4 (PDF)
- 22 Old age and ethics of care (2008)
ISBN 978-952-00-2669-1 (pb), ISBN 978-952-00-2670-7 (PDF), ISSN 1458-6193
- 23 Miten käy maan hiljaisten (2008) (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2728-5 (PDF), ISSN 1797-9889
- 24 Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu (2008)
ISBN 978-952-00-2738-4 (PDF), ISSN 1797-9889
- 25 Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. (2009)
ISBN 978-952-00-2903-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2904-3 (PDF)
- 26 Mental hälsa och etik. Du och jag har ett moraliskt ansvar. (2010)
ISBN 978-952-00-3016-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-3017-9 (PDF)
- 27 Mental health ethics. You and I have a moral responsibility. (2010)
ISBN 978-952-00-3018-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-3019-3 (PDF)
- 28 Lähimmäisvastuu Suomessa, ketä kiinnostaa? (2010) (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-3060-5 (PDF)
- 29 Mielenterveys lasten ja nuorten elämässä. (2010) (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-3076-6 (PDF)
- 30 Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa.(2010)
ISBN 978-952-00-3080-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-3081-0 (PDF)

- 31 Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa
Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2006 -2010 (2011)
(Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-3169-5 (PDF)
- 32 Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta (2011)
ISBN 978-952-00-3194-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-3195-4 (PDF)
- 33 Den etiska grunden för social- och hälsovården (2011)
ISBN 978-952-00-3196-1 (inh.)
ISBN 978-952-00-3197-8 (PDF)
- 34 Ethical foundations of the social welfare and health care sector (2011)
(Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-3198-5 (PDF)
- 35 Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla (2012)
ISBN 978-952-00-3265-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-3263-0 (PDF)
- 36 Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012. Suunnitelmat ja toteutus. (2012)
(Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-3270-8 (PDF)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE
Sosiaali- ja terveysministeriö

Kirkkokatu 14, Helsinki
PI 33, 00023 Valtioneuvosto

Sähköposti: etene@stm.fi

Internet: www.etene.fi