

HYVÄ SAATTOHOITO SUOMESSA

Asiantuntijakuulemiseen perustuvat
saattohoitosuositukset

Julkaisija	Julkaisun päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	3.6.2010
Tekijät	Julkaisun laji
Aira Pihlainen	Julkaisu
	Toimeksiantaja
	Sosiaali- ja terveysministeriö

Julkaisun nimi
Hyvä saattohoito Suomessa
Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset

Tiivistelmä

■ Keväällä 2009 käytiin sosiaali- ja terveysministeriössä keskustelu saattohoidon kehittämisestä Suomessa. Tämän jälkeen selvitettiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne ja laadittiin saattohoitosuositukset. Suositusesityksestä pyydettiin lausuntoa sairaanhoitopiireiltä, suurilta kaupungeilta ja joiltakin sosiaalialan edustajilta.

Kolme neljästä sairaanhoitopiiristä ja suuresta kaupungista oli laatinut saattohoitosuunnitelman. Suurten kaupunkien suunnitelmat olivat yhtä poikkeusta lukuunottamatta yhteisiä sairaanhoitopiirien kanssa.

Saattohoitosuosituksissa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus. Saattohoidon aloittaminen perustuu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. Hyvä saattohoito edellyttää hoitohenkilöstön osaamista ja työhyvinvoinnin ylläpitoa. Saattohoitoa järjestetään potilaan toivomuksen mukaan kotona tai laitoksissa. Sairaanhoitopiirit ja paikalliset terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoidon järjestämisestä.

Sairaanhoitopiirit järjestävät terveyskeskuksille erikoissairaanhoidon konsultointiapua. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien saattohoidon erikoistumiskoulutus aloitetaan kiireellisesti. Saattohoitoa arvioidaan jatkuvasti laadullisin perustein. Saattohoitosuositukset eivät lisää kustannuksia, mutta edellyttävät monin paikoin kustannusten kohdentamista uudelleen.

Asiasanat

hyvä saattohoito, suositukset, osaaminen, konsultointi, järjestämisvastuu

Bibliografiset tiedot	Muut tiedot
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6	www.stm.fi/julkaisut
978-952-00-3033-9 (PDF)	Kokonaissivumäärä
	46
	Kieli
	suomi
ISSN-L 1236-2050	Luottamuksellisuus
ISSN 1797-9854 (verkkojulkaisu)	Julkinen
URN:ISBN:978-952-00-3033-9	Kustantaja
http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9	



PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Utgivningsdatum
Social- och hälsovårdsministeriet	3.6.2010
Författare	Typ av publikation
Aira Pihlainen	Publikationer
	Uppdragsgivare
	Social- och hälsovårdsministeriet

Publikationens titel

God terminalvård i Finland

Rekommendationer för terminalvård baserade på sakkunnigutlåtanden

Referat

■ Våren 2009 förde social- och hälsovårdsministeriet en diskussion om utvecklingen av terminalvård i Finland. Därefter utredde man läget för sjukvårdsdistriktens och storstädernas planer för terminalvård och utarbetade rekommendationer för terminalvård. Sjukvårdsdistrikt, storstäder och vissa företrädare för det sociala området ombads ge ett utlåtande om rekommendationsförslaget.

Tre av fyra sjukvårdsdistrikt och storstäder hade utarbetat en plan om terminalvård. Storstädernas planer var med ett undantag gemensamma med sjukvårdsdistriktens planer.

I rekommendationerna för terminalvård framhävs en döende människas och patientens människovärde, humanitet och självbestämmanderätt. Inledandet av terminalvård baserar sig på en skriftlig vårdplan. God terminalvård förutsätter kunskande hos vårdpersonalen och upprätthållande av välbefinnande i arbetet. Terminalvård ordnas enligt patientens önskemål hemma eller på institution. Sjukvårdsdistrikten eller de lokala hälsovårdscentralerna har ansvaret för ordnandet av terminalvård.

Sjukvårdsdistrikten erbjuder hälsovårdscentraler hjälp med konsultation i fråga om specialiserad sjukvård. Specialiseringsutbildning inom terminalvård för sjukskötare och närvårdare ska inledas snabbt. Terminalvården bedöms kontinuerligt på kvalitativa grunder. Rekommendationerna för terminalvård ökar inte kostnaderna, men förutsätter på flera håll en omfördelning av kostnaderna.

Nyckelord

god terminalvård, rekommendationer, kunskande, konsultation, ansvar för ordnande

Bibliografiska data

Social- och hälsovårdsministeriets publicationer 2010:6
978-952-00-3033-9 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN 978-952-00-3033-9

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3033-9>

Ovriga uppgifter

www.stm.fi/svenka

Sidoantal

46

Språk

Finska

Sekretessgrad

Offentlig

Förlag



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

DOCUMENTATION PAGE

Publisher	Date
Ministry of Social Affairs and Health, Finland	3.6.2010
Authors	Type of publication
Aira Pihlainen	Publications
	Commissioned by
	Ministry of Social Affairs and Health

Title of publication

Terminal care recommendations based on expert consulting

Summary

■ In spring 2009 a discussion was conducted at the Ministry of Social Affairs and Health on the need to develop terminal care in Finland. The next step after the situation regarding the hospital districts' and big cities' terminal care plans had been examined was to draw up recommendations for terminal care. The hospital districts, big cities and some representatives of the social service sector were asked for comments on the proposed recommendations.

Three out of four hospital districts and cities had drawn up a terminal care plan. The cities had joint plans with the relevant hospital districts, except for one.

The recommendations for terminal care emphasise the human dignity and right of self-determination of the dying individual. Starting the provision of terminal care is based on a written care plan. A good terminal care requires competence of the care staff and maintenance of their wellbeing at work. Terminal care is organised according to the patient's wish either in the patient's home or in an institution. The hospital districts and local health centres are responsible for organising terminal care.

The hospital districts organise consultation assistance in specialised medical care for the health centres. Specialisation training in terminal care for nurses and practical nurses should be started as soon as possible. Terminal care should be evaluated on a continuous basis using qualitative criteria. The recommendations for terminal care do not involve additional costs but they require reallocation of costs in some respects.

Key words

competence, consultation, good terminal care, recommendations, responsibility for organising

Bibliographic data

Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2010:6
ISBN 978-952-00-3033-9 (PDF)

ISSN-L 1236-2050

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN:978-952-00-3033-9

<http://urn.fi/URN:978-952-00-3033-9>

Other information

www.stm.fi

Number of pages

46

Language

Finnish

Publicity

Public

Financier



MINISTRY OF
SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

ESIPUHE

■ Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus ja jonka jäljellä oleva elinaika arvioidaan lyhyeksi. Saattohoito perustuu potilaan ihmisarvoon, itsemääräämisoikeuteen ja inhimilliseen hoitoon. Hyvä saattohoito on kaikkien ihmisten oikeus, johon kuuluu muun muassa kuolevan ihmisen kivun ja kärsimyksen lievittäminen.

Saattohoitosuositusten laatimisen käynnistivät kansalaisaloitteet ja keskustelu eduskunnassa. Valmisteluvaiheessa kuultiin asiantuntijoita sekä selvitettiin sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmia. Monelta taholta tuli ilmi huoli kuolevien ihmisten saattohoidon laadun vaihtelusta ja epätasa-arvosta. Kaikissa sairaanhoitopiireissä ei ole välttämättä laadittu saattohoitosuunnitelmaa. Selvitysten mukaan puutteita on ilmennyt myös ammattihenkilöstön saattohoidon osaamisessa.

Näiden sosiaali- ja terveysministeriön saattohoitosuosituksien tarkoituksena on edistää hyvää ja yhdenvertaista saattohoitoa. Saattohoitosuositukset koskevat kuolevan ihmisen hoitoa, hoidon suunnittelua ja järjestämistä sekä henkilöstön osaamista. Hyvän saattohoidon toteuttamista tukee hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi ja erityisesti sen velvoite kärsimyksen lievittämisestä.

Suositukset on tarkoitettu sovellettaviksi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden hoitokäytäntöihin ja siten koituvan jokaisen kuolevan ihmisen hoidon parhaaksi. Alueellisesta saattohoitosuunnitelmasta ja suositusten toteutumisesta vastaisivat sairaanhoitopiiri ja terveyskeskukset. Sosiaali- ja terveysministeriö tulee jatkossa seuraamaan alueellisten saattohoitosuunnitelmien tilannetta ja saattohoitosuositusten käyttöönottoa.

Kiitän kaikkia teitä, jotka olette osallistuneet näiden suositusten laatimiseen.

Helsingissä 3.6.2010

Peruspalveluministeri Paula Risikko

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	11
2	Saattohoidon kansalliset ja kansainväliset linjaukset	13
	Eettiset periaatteet	13
	Saattohoito säädöksissä	13
	Kansallisia saattohoidon kriteereitä	14
	Kansainvälisiä palliatiivisen hoidon linjauksia	16
3	Hyvä saattohoito jokaisen ihmisen oikeus	17
4	Saattohoidon osaaminen.....	20
5	Saattohoidon järjestäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	23
6	Saattohoitosuunnitelmat suurissa kaupungeissa ja sairaanhoitopiireissä	27
7	Saattohoitosuosituksien.....	30
8	Suosituksien toimeenpano	32
	Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset	32
	Kustannusvaikutukset.....	32
	Lausuntojen palaute ja alueellisia hyviä käytäntöjä	33
	Suositusten edellyttämät kehittämistoimenpiteet.....	35
	Lähteitä	36
	Liitteet	40

I JOHDANTO

■ Saattohoitosuositusten tarkoituksena on turvata hyvä saattohoito jokaisen kuolevan ihmisen oikeutena. Saattohoito tarkoittaa hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheissa, ennen kuolemaa ja sen jälkeen. Saattohoidossa on keskeistä ihmisen oireiden ja kärsimyksen lievitys. Hoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaan hoitoon tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito ei riipu potilaan diagnoosista.

Saattohoidon tarpeessa oleva ihminen voi asua kotona, kodinomaisessa laitoksessa tai sosiaali- ja terveydenhuollon julkisessa tai yksityisessä laitoksessa. Tässä selvityksessä häntä kutsutaan useimmiten potilaaksi, vaikka tarkoitetaan kaikkia ihmisiä, joiden elämä on päättymässä ja jotka tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön hoivaa, hoitoa ja huolenpitoa.

Saattohoidossa potilas saa hyvän perushoidon, hänen fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, hengellisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiinsa vastataan, hänen oireitaan lievitetään ja hänen omaisiaan tuetaan. Saattohoitoon erikoistuneita saattohoitokoteja on Suomessa Helsingissä, Hämeenlinnassa, Tampereella ja Turussa. Monessa sairaanhoitopiirissä myös hoitolaitosten yhteyteen on perustettu yksiköjä, jotka keskittyvät alueensa potilaiden saattohoidon järjestämiseen.

Suomessa saattohoitoa tarvitsee vuosittain noin 15 000 potilasta. Saattohoidon kansainvälinen historia alkaa 1800-luvun puolivälistä ja varsinaisia saattohoitokoteja on perustettu 1960-luvun lopulta lähtien enenevästi eri maihin.¹ Palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa Suomessa tarvitsee 200–300 000 potilasta vuosittain. Palliatiivisessa hoidossa potilaiden hoitopolut ovat erilaisia ja yksilöllisiä. Lähinnä siinä lievitetään potilaan oireita parantavan hoidon rinnalla ja jatkona. Potilaan hoitoon saattaa kuulua eripituisia hoito- ja seurantajaksoja erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa.

Sosiaali- ja terveysministeriön järjestämä saattohoidon asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) tarkasteltiin saattohoidon kansallisia kehittämislinjauksia, saattohoidon laatua, terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutustarpeita ja saattohoidon järjestämistä. Laadittua selvitystä ovat kommentoineet tilaisuuden (4.3.09) asiantuntijat, ETENEn jäsenet ja varajäsenet, yksittäiset asiantuntijat sekä sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehet. Suomen kuntaliitosta,

¹ Kansainvälisesti saattohoidosta löytyy ensimmäisiä tietoja vuodelta 1842, jolloin Jeanne Garnier perusti Lyoniin Ranskaan hospicekodin. Vuonna 1846 Laupeuden sisaret perustivat Dubliniin hospicen. Lontooseen perustettiin St. Joseph's Hospice v. 1905. Varsinaisesti hospice-kodit laajenivat 1960-luvulla, jolloin niitä perustettiin useita Iso-Britanniaan ja Yhdysvaltoihin sekä myöhemmin myös muihin maihin. Vuonna 1967 perustettiin St. Christopher Hospice Lontooseen, joka on kansainvälisesti laajalta tunnettu ja tunnustettu kuolevien ihmisten hoitokotina. Suomessa ensimmäinen saattohoitokoti perustettiin vuonna 1988 Tampereelle ja hieman myöhemmin samana vuonna Helsinkiin. Euroopan neuvoston (2003) julkaisun mukaan saattohoitokoteja on Iso-Britanniassa 219, Ruotsissa 69 ja Saksassa 64.

sairaanhoitopiireiltä ja suurilta kaupungeilta sekä Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan/hoidon työryhmän kunta-alan edustajilta pyydettiin lausuntoa selvitysluonnoksesta (11.2.2010). Selvityksessä on otettu huomioon saadut lausunnot ja asiantuntijoiden näkemykset.

Tämä selvitys on kirjoitettu kansalaisille, omaisille ja läheisille, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle sekä poliittisille luottamushenkilöille ja päättäjille tukemaan ja ohjaamaan hyvää saattohoidon suunnittelua, toteuttamista, järjestämistä ja arviointia.

Selvityksen on laatinut pääsihteeri TtT Aira Pihlainen Valtakunnallisesta sosiaali- ja terveysalan eettisestä neuvottelukunnasta ETENEstä ja sitä ovat kommentoineet sosiaali- ja terveysministeriöstä johtaja Eija Koivuranta ja neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen. ETENE pyysi sairaanhoitopiireiltä ja suurilta kaupungeilta saattohoitosuunnitelmat, joista VTM Heini Turkia laati raportin. Valtakunnallisia saattohoidon suosituksia laadittiin työryhmässä, johon kuuluivat ylilääkäri Juha Hänninen ja ylihoitaja Mirja-Sisko Anttonen Terho-kodista, ikäihmisten yksikön päällikkö Harriet Finne-Soveri THL:sta ja pääsihteeri Aira Pihlainen ETENEstä.

Saattohoidon laatu ja kuoleman kohtaaminen ovat mediassa toistuvasti esillä. Harva asia pysäyttää ihmisen niin kuin kuolema. Kuolevan potilaan hoito koskettaa vahvasti omaisia ja läheisiä. Useimmiten ei-toivottavat kokemukset kulminoituvat joko kuolevan ihmisen riittämättömään kivun ja kärsimyksen lievitykseen ja huonoon kohteluun tai omaiset ja läheiset kokevat saavansa huonoa kohtelua läheisensä saattohoidon yhteydessä. Kuitenkin vastaavasti mediassa näkyy kokemuksia hyvästä saattohoidosta.²

2 Asiantuntijatilaisuudessa 4.3.09 toimittaja Salonen käsitteli median tiedontarpeita ja roolia saattohoidossa. Esi-
merkki hyvästä saattohoidosta " Viimeinen taival" Kallioniemi IS 3.4.2010.

2 SAATTOHOIDON KANSALLISET JA KANSAINVÄLISET LINJAUKSET

EETTISET PERIAATTEET

Saattohoito on arvoperustaista toimintaa. Sen eettisinä arvoina on hyvä hoito, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriössä toimiva Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on julkaissut suositukset terveydenhuollon yhteisestä arvoperustasta (2001), saattohoidosta (2003) ja vanhusten hoidosta (2008). Saattohoidossa kiinnitetään erityistä huomiota kuolevaan ihmiseen, joka ei kykene itse päättämään hoidostaan. Hyvä saattohoito kuuluu kaikille kuoleville. Potilaan hoidon muuttuminen saattohoidoksi edellyttää, että potilaan kanssa neuvotellaan ja hoitolinjapäätökset kirjataan hoitokertomukseen. Esimerkiksi luonnehdinta ”sallitaan vanhukselle luonnollinen kuolema” ilmaisee, mistä vaikeasti dementoituneen tai monisairaana vanhuksen hoidon loppuvaiheessa on kysymys. (ETENE 2008. ³)

ETENE:n julkaisussa Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa (2001) todetaan, että Suomella on hyvät edellytykset saattohoitoon. Julkaisussa korostetaan, että potilaiden toiveita oman elämänsä viime hetkien hoidosta tulee huomioida yhä enemmän. Kuolevan potilaan hoidon kehittämisessä tarvitaan entistä enemmän keskustelua, yhteistyötä ja informaatiota. Kotisaattohoitoon tulee suunnata voimavaroja. Saattohoito-ohjeissa korostetaan saattohoitoneuvottelujen laatua, hoitotahdon toteutumista ja saattohoidon järjestelyjä. Arkkiatri Pelkonen sanoo, että kuolevan potilaan kohtelu on lääkintätaidon humanisuuden koetinkivi ja jokaisen hoitoyksikön hoidon laadun tärkein mittari.

SAATTOHOITO SÄÄDÖKSISSÄ⁴

Suomessa saattohoidon ohjauksen perustana voidaan pitää Lääkintöhallituksen sairaanhoitolaitoksille vuonna 1982 antamia terminaalihoidon ohjeita. Ohjeissa korostettiin saattohoidon inhimillisyyttä ja sellaisten hoitotoimien välttämistä, jotka eivät oleellisesti vaikuta sairauden ennusteeseen. Ohjeen yleisenä periaatteena oli, että potilas voisi elää saattohoitovaiheen ilman vaikeita oireita tai kipuja, haluamassaan ympäristössä omaistensa ja läheistensä seurassa. Potilaan toivomukset saattohoidossa tulisi ottaa huomioon eikä hänen pitäisi

3 ETENE (2008) tarkoittaa sallitaan luonnollinen kuolema ilmaisulla sitä, että muistisairaana tai monisairaana vanhuksen hoidon loppuvaiheessa erikseen sovitaan hoitolinjauksesta. Esimerkiksi hoitolinjaus perustuu potilaan kirjalliseen tai suulliseen hoitotahtoon tai hänen ajatuksiinsa parhaasta hoitolinjasta. Ellei tätä ole asiasta keskustellaan potilaan omaisten ja läheisten tai edunvalvojan kanssa. Hoitolinjausta päätettäessä selvitetään hoitotoimien riskit ja hyödyt potilaalle. Päätöstä tehtäessä esille tulevia ratkaistavia asioita ovat mm. antibioottihoito, nesteytys, ravinnonsaanti, erikois- tai tehohoitoon lähettäminen, potilaan tukeminen ja kivun hoito. Neuvottelun tulokset kirjataan potilaan hoitokertomukseen. Tarvittaessa hoitolinjausta tarkistetaan uudelleen. (Mts.12 – 13, 21, Hänninen 2006.)

4 Luku Saattohoito säädöksissä perustuu Pahlmanin julkaisuihin ja hänen asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) käyttämänsä puheenvuoroon.

kokea itseään hylätyksi tai jäädä yksin, ellei hän itse sitä ole toivonut. Erikseen ohjeessa mainittiin lasten saattohoito. Hoitopaikan valinnassa korostettiin, että potilaalla tulisi olla oikeus valita joko koti- tai sairaalahoito. Lisäksi hoitoratkaisuissa tuli ottaa huomioon hoidon rasittavuus ja hoitavien henkilöiden mahdollisuudet selviytyä saattohoidosta.

Saattohoidon keskeiset kansainväliset ihmisoikeussopimukset ovat Euroopan Neuvoston ihmisoikeussopimus (63/1999) ja Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (voimaan 2009). Kansallisesti tärkeimmät normit ovat Suomen perustuslain (731/1999) perusoikeudet sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998), myöhemmin potilaslaki, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). Edellä mainittujen sopimusten ja säädösten keskiössä ovat ihmisen autonomia ja itsemääräämisoikeus sekä yksilön koskemattomuus ja ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaisella potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon.

Potilaslaissa nostetaan esille muun muassa oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hyvään kohteluun potilaana sekä itsemääräämisoikeuteen. Hoidon luvallisuus edellyttää potilaan suostumusta, ja potilaalla on lähtökohdaisesti oikeus kieltäytyä kaikesta hoidosta. Potilaan autonomiaa kunnioitetaan erityisesti hänen kieltäytyessään tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä. Lääkärillä ei ole oikeutta hoitaa potilasta vastoin potilaan tahtoa muutoin kuin laissa erikseen annetun valtuutuksen nojalla. (Pahlman 2003).

Kuolemansairaana potilaan aktiivisen hoidon lopettamista ei ole säännelty. Potilaslain säännökset potilaan oikeudesta hyvään hoitoon koskevat kaikkia potilaita. Lääkärillä on saattohoidossa vastuu hoidosta, hoidon sisällöstä ja hoitopäätöksistä. Nämä päätökset lääkäriin tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tämä merkitsee myös, että potilaan aikaisemmin ilmaisemaa tahtoa omasta hoidostaan (hoitotahtoa) tulee kunnioittaa. Hoitotahdolla tarkoitetaan potilaan suullista tai kirjallista tahdonilmaisua, joka ajankohtaistuu, kun potilas itse ei enää kykene ottamaan kantaa omaan hoitoonsa. (Pahlman 2003, 2004 ja 2006.) Hoitotahdon avulla potilas jatkaa itsemääräämisoikeutensa käyttämistä vielä senkin jälkeen, kun hän ei ole potilaslaissa tarkoitettulla tavalla kelpoinen päättämään hoidostaan. Tilanteesta, jossa potilas ei itse kykene ottamaan kantaa tärkeään hoitopäätökseen, säädetään erikseen. Saattohoidon aloittamista koskeva päätös on oikeudellisesti tärkeä; hoitopäätökset ovat oikeudellisesti tärkeitä, tavanomaisia tai vähäisiä. Jako perustuu siihen, miten syvälle potilaan fyysiseen tai psyykkiseen koskemattomuuteen puututaan.

KANSALLISIA SAATTOHOIDON KRITEREITÄ

Lääketieteellistä saattohoitoa ohjataan Käypä hoito -suosituksessa Kuolevan potilaan oireiden hoito (2008). Siinä suositellaan oireenmukaista hoitoa kaikille kuoleville potilaille sairauden, lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden ja kärsimyksen lievittämiseksi. Elämän loppuvaiheessa tulee ottaa huomioon potilaan psykologiset, sosiaaliset, maailmankatsomukselliset ja hengelliset tarpeet. Oireiden mukaista hoitoa tulee tarkastella ihmisarvon

ja oikeudenmukaisuuden kannalta. Kuolevan potilaan hoidosta huolehtiminen kuuluu kaikille terveydenhuollon ammattilaisille ja kaikkien lääkäreiden on hallittava hoidon periaatteet. Viimeisten elinviikkojensa aikana potilaat kärsivät usein muun muassa uupumuksesta, heikkoudesta, kivusta, hengenhädistyksestä ja masennuksesta. Oireiden esiintymistä, vaikeusastetta ja häiritsevyyttä tulee selvittää sekä arvioida oireiden mukaista hoitoa ja hoitovastetta. Tarpeettomia lääkityksiä tulee Kuolevan potilaan hoidosta karsia. (<http://www.kaypahoito.fi>)

Kansainvälisen ja kansallisen tiedon perusteella hyvän saattohoidon kriteerien tulee olla eettisesti kestäviä ja perustua säädöksiin.⁵ Potilaan saattohoitosuunnitelma perustuu potilaan ja omaisten ilmaisemiin arvoihin, päämääriin, tarpeisiin ja mahdollisuuksien mukaan myös toiveisiin. Saattohoitopäätös tulee tehdä ennen kuin potilas siirtyy saattohoitoon. Asiasta keskustellaan potilaan ja – mikäli hän sallii – myös hänen omaistensa ja läheistensä kanssa. Hoitopäätökset kirjataan potilaspapereihin.

Moniammatillinen työryhmä tuottaa suunnitelman edellyttämät palvelut potilaalle sekä omaisille. Vapaaehtoiset työntekijät voivat täydentää moniammatillista työryhmää. Työryhmä saa jatkuvaa koulutusta ja harjoittaa kliinisiä taitojaan ja työyhteisössä otetaan huomioon saattohoidon toteuttamisen aiheuttama emotionaalinen rasitus. Saattohoitolaitos ja työtiimi sitoutuvat kliinisen toiminnan laatutavoitteeseen. Saattohoidossa on keskeistä lievittää kipua ja muita oireita, hallita hoitojen sivuvaikutuksia Käypä hoito-ohjeistuksen mukaisesti ja soveltaa suositusta systemaattisesti ja riittävällä taidolla. Työntekijät havaitsevat lähestyvän kuoleman merkit ja oireet, puhuvat niistä potilaan ja omaisten kanssa sekä hoitavat potilasta sairauden vaiheen mukaisesti. Potilaan psyykkisiä oireita ja psykologisia tilanteita hoidetaan ja arvioidaan parhaan tietämyksen mukaisesti. Potilaiden ja omaisten surua arvioidaan ja lievitetään mahdollisuuksien mukaan. Myös potilaan ja omaisten sosiaalisia, henkisiä, hengellisiä, eksistentiaalisia ja kulttuurisia tarpeita arvioidaan ja heitä avustetaan ongelmissa ja tuetaan tarpeen mukaan.

Erityisesti syövän hoitoon liittyy vaatimus hyvästä saattohoidosta. Kansallista syöpähoitosuunnitelmaa tarvitaan, koska suuret ikäluokat saavuttavat 60 vuoden iän, väestön elinikä pidentyy, syövän hoito monipuolistuu ja kustannukset kasvavat yhteiskunnassa.⁶ Syöpään sairastuvien määrän ennustetaan kasvavan ja vuoden 2015 syöpäsairauksien määrä voidaan arvioida melko tarkasti. Syövän hoitotulokset ovat Suomessa kansainvälisesti hyvät ja ne on saavutettu muita maita pienemmillä kustannuksilla. Noin 60 prosenttia syöpään sairastuneista on elossa viiden vuoden kuluttua diagnnoosista. Vaikka hoidon tulokset kehittyisivät yhtä myönteisesti kuin tähänkin saakka, on ilmeistä, että vuonna 2015 syöpään kuolee edelleen ainakin noin

5 Saattohoidon kriteerit perustuvat ylilääkäri Hännisen Terho-koti, asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) esittämiin ajatuksiin. Hän oli koonnut esitykseensä tietoja Suomen, USA:n, Iso-Britannian ja Norjan palliatiivisen hoidon kriteereistä. Nämä kriteerit ovat yhdensuuntaisia käypä-hoito suosituksen ja lääkärikoulutuksessa järjestettävän palliatiivisen koulutuksen tavoitteiden kanssa.

6 Pääsihteeri Vertio Suomen syöpäyhdistyksestä käsitteli asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) Suomen kansallista syöpäsuunnitelmaa.

10 000 ihmistä vuodessa. Syöpäsairaista suurin osa tarvitsee sairautensa aikana palliatiivista hoitoa ja osa myös kipua ja kärsimystä lievittävää saattohoitoa.

Syöpäsuunnitelmassa (2010) käsitellään erikoissairaanhoidon järjestämistä, perusterveydenhuollon niveltymistä erikoissairaanhoidon, syöpäpotilaiden seuranta, potilaiden palliatiivista hoitoa ja saattohoidon riittävyttä muuttuvissa oloissa. Hoitoketjun järjestämisen lisäksi on varmistettava hoidon laatu potilaiden määrän kasvaessa ja hoidon erikoistuessa. Laatua on määritettävä myös potilaiden näkökulmasta. Syöpäjärjestöt korostavat potilaan hoitopolun tarkemman tuntemisen merkitystä hoidon suunnittelussa. Potilaan polkua tunnetaan jonkin verran ja tiedetään, että esimerkiksi seurannassa ja palliatiivisessa hoidossa on paljon toivomisen varaa. Tulevaisuudessa aiempaa useammat ihmiset saattavat toivoa voivansa kuolla kotonaan.

KANSAINVÄLISIÄ PALLIATIIVISEN HOIDON LINJAUKSIA

WHO antoi palliatiivisen hoidon suositukset vuonna 2002. Niissä korostetaan kivun ja oireiden mukaista hoitoa, elämää ja kuolemaa luonnollisena prosessina, ihmisen psyko-sosiaalisia ja hengellisiä tarpeita, oireenmukaista hoitoa ja omaisten tukea.

Euroopan neuvoston palliatiivisen hoidon suosituksessa käsitellään hoidon järjestämistä, koulutusta ja tutkimusta sekä Euroopan maiden palliatiivisen hoidon tilannetta ja historiaa. Suomea suositusta laatineessa työryhmässä on edustanut professori Holli. Suosituksessa yleisiä palliatiivisen hoidon periaatteita ovat potilaan oireiden hallinta sekä perheen ja kaikkien osapuolien henkinen, hengellinen ja emotionaalinen tukeminen kuolemantilanteessa. Palliatiivisen hoidon järjestelyt kattavat kotihoidon, potilaan hoidon erikoistuneessa hoitoyksikössä, päiväsairaalassa, avohoito-osastoilla ja ensiavussa. Palliatiivista hoitoa tulisi järjestää pääasiallisesti kodeissa. Jos potilas kuolee laitoksessa, hoitajakson tulee olla lyhyt. Palliatiivisen hoidon tulee integroitua kansalliseen terveydenhuoltoon ja erityisohjelmiin. Tämän suosituksen on hyväksynyt 45 Euroopan maata. (Council of Europe 2003.)

Euroopan Parlamentin (2007) ENVI-valiokunnan raportissa korostetaan yhtäläisesti Euroopan neuvoston suositusten (2003) kanssa, että palliatiivisen hoidon palveluja tulee olla tarjolla sairaaloissa, saattohoitokodeissa ja kodeissa. Niitä tulee järjestää avohoito- ja päivähoitopalveluina, lasten palliatiivisen hoidon palveluina ja kivunhoitopalveluina. Hoidossa on ensisijaista potilaan henkinen ja hengellinen tuki ja tarpeiden huomioon ottaminen sekä perhekeskeisyys. Tämän lisäksi on tärkeää, että hoitohenkilökunnan jaksaminen turvataan ja että palliatiivista hoitoa ja eutanasiaa koskevat säädökset ja kansalliset toimintaohjelmat ovat ajantasaisia. ENVI:n raportissa korostetaan palliatiivisen hoidon inhimillisyyttä, taloudellisten resurssien ohjaamista ja diagnostiikan kehittämistä.

3 HYVÄ SAATTOHOITO JOKAISEN IHMISEN OIKEUS

Saattohoitopotilaan hyvä elämänlaatu muodostuu siitä, että hänestä huolehditaan, että hän tuntee olonsa turvalliseksi, osallistuu itseään koskeviin hoitoratkaisuihin sekä kokee säilyttävänsä oman elämäntapansa ja arvonsa ihmisenä. Kuolevan ihmisen tarpeiden ja toiveiden täyttäminen sekä hänen vakaumuksensa kunnioittaminen ovat saattohoidon lähtökohtia. Saattohoidon toteuttaminen vaatii yhteistyötä ja riittävästi erikoiskoulutettua ammattitaitoista henkilökuntaa. Saattohoito alkaa usein tilanteessa, jossa ihminen siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Potilaalle saattohoitopäätös saattaa olla hyvin vaikeaa ja siitä syystä hoitoyksiköiden yhteistyön tulee toimia saumattomasti. Saattohoitoyksikön henkilöstömitoitus on yksi hoitaja vuodepaikkaa kohti.

Kuolevaa ihmistä on hoidettava kokonaisvaltaisesti: fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, hengellisestä ja henkisestä näkökulmasta. Saattohoidon kokonaisuuteen kuuluu olennaisesti omaisten ja läheisten tuki, neuvonta ja käytännön asioiden ohjaus. Kuolevilla ihmisillä esiintyy runsaasti erilaisia fyysisiä perushoidollisia oireita ja heidän liikunta- ja toimintakykynsä on usein heikentynyt. Fyysisistä kärsimyksistä pahinta on kipu, väsymys ja uupumus sekä syöpähoitojen sivuvaikutukset. Henkisistä kärsimyksistä yleisintä on masennus. Sosiaaliset kärsimykset johtuvat vuorovaikutussuhteiden muutoksista ja eristäytymisestä. Keskustelemalla tulevista tapahtumista voi valmistaa kuolevaa ihmistä henkisesti kohtaamaan kuolemansa sekä tukea omaisia ja läheisiä surussa ja luopumisen prosessissa. Kuolemasta puhutaan avoimesti ja kiertelemättä, mutta keskusteluun ei pakoteta. Kuoleva ihminen kokee itsensä usein turvattomaksi, levottomaksi, alakuloiseksi, surulliseksi, masentuneeksi ja avuttomaksi. Hänen ympärillään tulee olla riittävästi tilaa, mieluiten oma huone, jossa hän voi olla rauhassa omaistensa ja läheistensä parissa. Omaiset ja läheiset arvostavat myönteistä ja avointa ilmapiiriä ja hoitoympäristöä, jossa tunteita voi ilmaista vapaasti. Omaisille ja läheisille annetaan riittävästi aikaa jäähyväisten jättämiseen ja hoitoyhteisössä pyritään kiireettömään tunnelmaan. Omaisille ja läheisille tarjotaan mahdollisuutta olla yhteydessä saattohoito-osastoon myös potilaan kuoleman jälkeen. (Anttonen 2009, ETENE 2003, Hänninen 2000, Kuuppelomäki 1996, Miettinen 2001, Paakkinen 2009.)⁷

Sielunhoitosuhde on ainutkertainen tapahtuma, joka pohjautuu rehellisyyteen, avoimuuteen, välittämiseen, turvallisuuden tunteen luomiseen ja jatkuvuuteen. Kuoleman uhka ja eksistentiaalinen kipu nostavat esille elämän perimmäisiä kysymyksiä. Hengelliset tarpeet voidaan jakaa neljään ryhmään:

⁷ Asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) ylihoitaja Anttonen, Terho-kodista käsittelee hyvää saattohoitoa saattohoitokodissa ja toiminnanjohtaja Paakkinen Hengitysliitto Helistä omaisena olemista läheisen saattohoidossa.

1) tarve suojautua, kun kaikki uhkaa hajota ja tuhoutua, 2) tarve kokea sovinto itsensä, omaistensa, läheistensä ja Jumalan kanssa, 3) tarve löytää elämän eheys ja 4) tarve saavuttaa elämän täyttymys. Saattohoidossa tulee ottaa huomioon eri kirkkojen ja uskonnollisten tai etnisten ryhmien tavat hoitaa kuolevaa tai vainajaa. Kuolevan ihmisen hengelliset tarpeet tulee selvittää saattohoitosuhteen alussa. Saattohoidossa on tärkeää, että pappi voidaan tarvittaessa kutsua paikalle vuorokauden eri aikoina. (Aalto 2004, Sipola 2009.)⁸

Saattohoito koskee kaikenikäisiä. Lapsella tai aikuisella voi olla synnynnäinen tila tai vaurio tai parantumaton sairaus, joihin ei ole parantavaa hoitoa ja johtavat väistämättä jossain vaiheessa saattohoidon tarpeeseen. Haitallisten elintapojen ja väestön ikääntymisen seurauksena tulevaisuudessa lisääntyvät paitsi syöpäsairaudet myös hengityssairaudet. Monet ihmisen elämän viimeisten hetkien sairaudet - kuten sydämen vajaatoiminta, pitkälle edennyt monielinvauriota aiheuttava diabetes tai eri neurologiset sairaudet - edellyttävät hyvää palliatiivista hoitoa. Ennusteen vaikeuden tähden esimerkiksi sydämen vajaatoimintaa ja kroonista keuhkosairautta sairastavan saattohoitopäätös jää usein tekemättä. Kuitenkin esimerkiksi keuhkohtaumataudin loppuvaiheissa saattohoitoa tarvitaan entistä enemmän, sillä se aiheuttaa vaikeita elämänlaatua huonontavia oireita. Hengityssairaiden saattohoidon tarpeessa olevien ihmisten syyllistämistä omaan tilaansa ei saa tapahtua missään oloissa.⁹

Lapsen saattohoito on vaativaa, monivaiheista ja aktiivista; parhaimmillaan sillä voidaan suoda lapselle hyvä elämän loppuvaihe. Suomessa kuolee vuosittain 400 - 500 lasta. Lapsen saattohoito tulee sovittaa hänen ikäkauteensa. Lapsen tulee voida elää saattohoidossa mahdollisimman normaalia elämää. Lapset haluavat olla kotona niin paljon ja pitkään kuin mahdollista, leikkiä, olla ulkona ja tavata kavereitaan. Hoitotoimilla ei tule rajoittaa normaalia elämää. Lapsen vakava sairaus ja hoito koettelevat sekä lapsen että hänen perheensä, omaistensa ja läheistensä voimavaroja. Myös lasta hoitavalle ammattihenkilöstölle voi olla erittäin raskasta hyväksyä, että sairautta ei pystytä parantamaan. Vanhempien tukeminen saattohoidon aikana ja lapsen kuoleman jälkeen on osa hyvää hoitokäytäntöä. (ETENE 2003, Sirkiä 2006.)

Vanhuksella on oikeus saada hoitotarpeensa vaatimaa, kokonaisvaltaista ja elämänarvojen mukaista saattohoitoa. Iäkkäät suomalaiset arvostavat sitä, että lääkäri kertoo avoimesti vaikeankin sairauden diagnoosin. He haluavat osallistua elämän loppuvaiheen hoidon päätöksentekoon niin kauan, kun heillä on siihen voimavaroja. Iäkkäät ihmiset, jotka eivät sairasta syöpää vaan jotain muuta kroonista sairautta, jäävät usein palliatiivisen hoidon ulkopuolelle. Muistisairautta sairastavan ihmisen elämän loppuvaiheen päätöksenteko voi olla vaikeaa, jos hänen oma mielipiteensä ei ole etukäteen tiedossa. Siksi on tärkeää kuulla muistisairaana vanhuksen toiveita silloin, kun hän niitä kykenee ilmaisemaan, ja kunnioittaa hänen hoitotahtoaan. Muistisairas vanhus voi myös nimetä sijaispäättäjän hoitotahdossa tai edunvalvontavaltuutuksessa.

8 Sairaalapastori Sipola Helsingin seurakuntayhtymästä (4.3.2009) tarkasteli hyvää saattohoidon sielunhoitoa yksilön kannalta.

9 Eri sairauksien saattohoitoa esittelivät asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) ylläkäkäri Hänninen Terho-kodista ja toiminnanjohtaja Paakkinen Hengitysliitto Helistä.

Hoitokulttuurit vaihtelevat eri maiden välillä. Esimerkiksi muistisairaiden ihmisten hoitoon erikoistuneita saattohoitokoteja on Yhdysvalloissa, mutta ei Euroopan maissa. (ETENE 2008, Laakkonen, Pitkälä 2006.)

Kuoleman jälkeen vainajia käsitellään kunnioittavasti ja arvostavasti. Kuoleman hetken jälkeisiä toimia ja vainajaksi toteamista säädellään laissa 459/1973 ja asetuksissa 948/1973 ja 27/2004. Kuoleman voi todeta laillistettu lääkäri tai luvan saanut lääkäri. Kuoleman vahvistamisesta todetaan muun muassa, että ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi loppuneet. Sydämen sykkimisen lakattua ihminen voidaan todeta kuolleeksi, kun toissijaiset kuoleman merkit ovat ilmaantuneet, elimistö on silpoutunut tai murskaantunut, hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet eikä verenkierto hoitotoimenpiteistä huolimatta käynnisty. Kuoleman toteamiseen ja vainajan laittoon liittyvät vaatimukset koskevat kaikkia ammattihenkilöitä, tapahtuupa kuolema sitten kodissa tai julkisessa tai yksityisessä laitoksessa.

Asiantuntijatilaisuudessa (4.3.2009) asiantuntijat ja saattohoitoa käsittelevät tutkimukset korostavat yhdensuuntaisesti hyvän saattohoidon inhimillisiä piirteitä, potilaslähtöisyyttä ja perhekeskeisyyttä. Hoito tulee soveltaa erikäisen kuolevan ihmisen arvojen, yksilöllisten tarpeiden, toiveiden, odotusten ja elämäntilanteen mukaisesti.

4 SAATTOHOIDON OSAAMINEN

Euroopan parlamentin julkaisussa (2007) mainitaan, että Suomessa on palliatiiviseen hoitoon erikoistuneita lääkäreitä 60 ja sairaanhoitajia 450. Suomessa tarvitaan yksi palliatiivisen hoidon konsultoiva lääkäri 850 yleissairaalapaikkaa kohden, yksi palliatiivisen hoidon konsultoiva lääkäri 20 erikoistunutta saattohoitopaikkaa kohden, yksi konsultoiva lääkäri 300 000 asukasta (yleistason kotihoito) kohden ja yksi konsultoiva lääkäri 40 syöpäsairaalan vuodepaikkaa kohden. Vastaavasti sairaanhoitajia tarvitaan yksi erikoistunut hoitaja 300 yleissairaalapaikkaa, yksi erikoistunut hoitaja 50 000 asukasta ja yksi erikoistunut hoitaja 30 syöpäsairaalavuodepaikkaa kohden.¹⁰

Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistys on täsmentänyt edellä mainittuja lukuja (EAPC 2009 ja 2010). Näiden kriteerien mukaan saattohoitovuodepaikkojen tarpeeksi lasketaan 80–100 vuodepaikkaa/ 1milj.asukasta sekä henkilökuntatarve 1,2 hoitajaa ja 0,15 lääkäriä/vuodepaikka. Kotisaattohoitoon suositellaan yksi asiantuntijaryhmä/100 000 asukasta.

Terveydenhuollossa tulee suunnata koulutusta palliatiivisen hoidon ammattihenkilöstön perus- ja erikoisosaamisen kehittämiseen. Myös vapaaehtoistyöntekijät tarvitsevat koulutusta. Koulutuksen tavoitteena on kolme osaamistasoa. (Council of Europe 2003.) Euroopan Parlamentin (2007) ENVI-valiokunnan raportissa korostetaan yleisen palliatiivisen hoidon koulutuksen lisäksi lääkärin ja hoitohenkilökunnan koulutusta pediatriassa hoidossa sekä sosiaalityöntekijöiden ja psykologien palliatiivisen hoidon osaamistarpeita.

Eurooppalainen palliatiivisen hoidon yhdistys (EAPC) on laatinut suosituksen palliatiivisen hoidon opetussuunnitelmasta. Siihen sisältyy palliatiivinen hoito, lääkitys, kipu, neuropsykologiset ja muut oireet, etiikka ja laki, potilas- ja perhelähtöisyys sekä henkilöstön vuorovaikutustaidot. Yli puolet koulutuksen sisällöistä suuntautuu kivun hoitoon. Opetussuunnitelma on tarkoitettu lääketieteelliseen koulutukseen. (EAPC 2007.)

Pohjoismaissa aloitettiin vuonna 2003 yhteinen palliatiivisen hoidon lääketieteellinen kaksivuotinen erikoisosaamiskoulutus. Suomesta sen on suorittanut 15 henkilöä. Tampereen yliopistoon (1999) ja Turkuun (2005) on perustettu palliatiivisen lääketieteen professuuri ja molemmissa annetaan palliatiivisen lääketieteen opetusta.¹¹ Lääkäriliitto (2007) on laatinut palliatiivisen hoidon koulutukseen opetussuunnitelman, joka perustuu eurooppalaisiin suosituksiin ja yhteis pohjoismaiseen palliatiivisen hoidon opetussuunnitelmaan. Koulutuksen tavoitteena on perehdyttää lääkärit erikoiskoulutuksessa palliatiivisen ja saattohoidon teoreettiseen tietoon. Sisältöinä ovat lisäksi

10 Asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) yllälääkäri Hänninen tarkasteli saattohoitotarpeen tyydyttämiseen tarvittavan ammattihenkilöstön määrää Suomessa.

11 Professori Holli Tampereen yliopisto (4.3.09).

oirelähtöinen diagnostiikka, hoitomenetelmien hallinta, taustasairauksien tuntemus ja tarvittavien vuorovaikutustaitojen hallinta. Koulutuksen käytyään erikoislääkäri toimii erikoisalansa edustajana ja asiantuntijana palliatiivisessa hoidossa sekä osallistuu palliatiivisen hoidon opettamiseen, kehittämiseen ja tutkimustyöhön. Koulutuksessa tavoitteena on saavuttaa palliatiivisen hoidon erikoisosaamista¹². Koulutus kestää kaksi vuotta ja sisältää vähintään kuuden kuukauden työjakson palliatiivisessa hoidossa. Tämän koulutuksen on aloittanut 30 eri erikoisalojen lääkäriä.

Suomessa lääkäreiden peruskoulutuksen saattohoidon opetusmäärät, sisällöt ja toteutus vaihtelevat yliopistoittain. Esimerkiksi Tampereella on käytössä integroitu opetussuunnitelma (Problem Based Learning), jossa palliatiivisen lääketieteen opetus on ollut mahdollista sisällyttää lääkärin perusopetukseen integroituna muuhun opetukseen eri vuositasoilla. Lääkäreiden peruskoulutuksessa korostetaan muun muassa hoitopäätösten eettisiä, uskonnollisia, yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja juridisia asioita sekä oireita lievittävää hoitoa. Tampereella palliatiivisen hoidon perusosaamista sekä palliatiivisen hoidon erikoistumisopintoja (20 ov) on suunniteltu myös muun hoitohenkilöstön peruskoulutukseen. Muissa yliopistoissa lääketieteellistä opetusta on sisällytetty erikoisalojen opetukseen, mutta käytäntö ei kata koko Suomea. Palliatiivisen hoidon koulutuksessa tarvitaan systematisointia, sillä nykyinen koulutus jää pitkälti yksittäisten henkilöiden, saattohoitokotien ja järjestöjen vastuulle. Moniammatillista saattohoidon koulutusta järjestää muun muassa Suomen Palliatiivisen hoidon yhdistys, Suomen Palliatiivisen lääketieteen yhdistys ja Suomen Kivunhoidon yhdistys. Näihin koulutuksiin osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien edustajia. Saattohoitoon liittyviä sesioita on pidetty Lääkäripäivillä ja eri alojen järjestämissä symposiumeissa. Kansainväliset kongressit antavat vuosittain mahdollisuuden palliatiivisen hoidon uusimman tiedon saantiin ja alan kollegojen tapaamiseen.¹³

Sairaanhoitajien opetussuunnitelman tavoitteisiin kuuluu hoitotieteeseen perustuva osaaminen sekä vahva eettinen ja ammatillinen päätöksentekotaito (OPM 2006). Sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden saattohoidon osaamiseen tai sen puutteeseen viitataan lukuisissa suomalaisissa tutkimuksissa (mm. Mölsä 1992, Jaroma 2000, Räisänen 2002 ja Huhtinen 2005). Kuuppelomäen (2002) mukaan terveyskeskuksen sairaanhoitajat (n= 328) arvioivat kuolevien potilaiden kivun hoidon olevan osastoillaan kokonaisuutena hyvää. Osastoilta puuttui kuitenkin yhteisesti sovitut kivun hoidon hoitokäytännöt. Tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä ja hoitajista noin 10 prosenttia koki tarvitsevansa lisäkoulutusta kivunhoidosta. Kuolevan potilaan hoitotyön kehittäminen on kirjavaa ja sidoksissa hoitoyksikön hoidon laadun varmistukseen. Hoitoyksiköt tarvitsevat koulutusta

12 Asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) yllääkäri Hänninen esitteli saattohoidon kolme eri osaamistasoa, joista korkein eli C-taso ja saavutetaan palliatiivisen hoidon erikoiskoulutuksella. Muut osaamistasot ovat A ja B. Osaamistasoista jokaisen lääkärin ja sairaanhoitajan peruskoulutukseen tulee liittyä A-taso. Se sisältää periaatteelliset opinnot palliatiivisesta hoidosta. B-tason vaatimukset ovat soveltavaa osaamistasoa, jonka terveydenhuollon ammattihenkilön tulee hallita, kun hän työssään kohtaa palliatiivisen hoidon tai saattohoidon potilaita. Ks. myös The Nordic Core Curriculum in Palliative Care (Smeding, Larsson 2004 ja Council of Europe 2003 ja Suomen Lääkäriliitto, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys 2007 www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyydet.)

13 Tiedot perustuvat professori Hollin, Tampereen yliopisto esitykseen (4.3.09).

kuolevan potilaan kivun lievityksestä, hoitomenetelmien monipuolistamisesta ja yhteisten hoitokäytäntöjen luonnista.

Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa terveystieteiden peruskoulutuksessa saattohoidon opetusta on vähäisesti. Saattohoidon opetussisältöjä on integroitu satunnaisesti eri opintoihin. Perusopetuksessa opiskelijoilla on vapaasti valittavina opintoina kolmen opintopisteen laajuiset saattohoidon opinnot. Vuosittain nämä valinnaiset opinnot valitsevat reilu 20 opiskelijaa. Erikoistumisopinnot voi suorittaa 30 opintopisteen saattohoito-opinnot, joita ei toteuteta joka vuosi. Viiden opintopisteen saattohoitokoulutusta tarjotaan avoimena ammattikorkeakouluopintoina.¹⁴

Kyselyjen (2009) perusteella sairaanhoitajien ja lähihoitajien saattohoidon koulutus vaihtelee oppilaitoksittain. Kokonaisuutena opetus on vähäistä, yhteiset kansalliset toimintatavat ja yhteiset käytännöt puuttuvat. Esimerkiksi yhdessä ammattikorkeakoulussa perusopetuksessa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon opetus on integroituna muuhun opetukseen. Opintolaajuutena tämä merkitsee muutamia tunteja ja puolta opintopistettä. Avoimena ammattikorkeakouluopetuksena järjestetään neljän opintopisteen laajuinen saattohoitokoulutus. Koulutuksissa sisältöinä ovat kuolevan ihmisen surun ja kuoleman kohtaaminen sekä auttaminen, omaisten ja läheisten tukeminen sekä saattohoito eri hoitoympäristöissä. Vastaavasti sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisessa peruskoulutuksessa lähihoitajan tutkinnossa opetusta on muutamia tunteja ja koulutusopinnoissa valinnaisina opintoina yksi opintoviikko. Sairaanhoitajaliiton järjestämissä koulutuksissa palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat viime vuosina olleet toistuvasti esillä.¹⁵

Suomessa, Pohjoismaissa ja koko Euroopassa on viime vuosina käynnistetty lääkäreiden palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erikoiskoulutus. Mikäli lääkäreiden palliatiivisen hoidon koulutus jatkuu nykyisellä volyymilla (30 lääkäriä kahdessa vuodessa), palliatiivisen hoidon ja saattohoidon erikoisosaamisen lääkäritarve saavutettaneen muutamassa vuodessa. Tampereelle hoitohenkilöstölle suunniteltu 20 opintopisteen palliatiivisen hoidon erikoistumisopinnot eivät ole vielä käynnistyneet. Hoitohenkilöstön osalta palliatiivisen hoidon ja saattohoidon koulutus jäävät kauas nykyisistä vaatimuksista. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön täydennys- ja lisäkoulutuksen tarpeita tulisi huomioida saattohoidon osaamisen varmistamiseksi. Hoitohenkilökunnan saattohoidon koulutuksen puute on huolestuttavaa siksi, että suuri osa saattohoidon toteuttamisesta liittyy hoitohenkilöstön normaaliin työhön.

14 Lehtori Murtonen, Pirkanmaan ammattikorkeakoulusta esitteli Pirkanmaan ammattikorkeakoulun opetussisältöjä (4.3.09).

15 Terveystieteiden saattohoitoa sairaanhoitajien ja lähihoitajien koulutusta koskevat tiedot on hankittu muutamalta (3) koulutuksen järjestäjiltä sähköpostilla (Pihlainen 2009, ETENE).

5 SAATTOHOIDON JÄRJESTÄMINEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Ennusteiden mukaan lähes puolet eurooppalaisista kuolee tulevaisuudessa krooniseen sairauteen. Tästä syystä palliatiivisen hoidon tarve on ilmeinen (EAPC 2007). Vuonna 2001 Suomessa kuoli hieman alle 50 000 ihmistä, joista kolme neljännestä sairaalassa. Saattohoitokodeissa kuoli noin 1000 potilasta. Suomessa tarvittaisiin yksi saattohoitopaikka 15 000 asukasta kohden. Tämä merkitsee 350 saattohoitopaikan lisästarvetta. (Hänninen 2009.)

Vuonna 2008 Suomessa kuolleista 17 prosenttia kuoli kodeissa ja 13 prosenttia ”muualla”, lähinnä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa. Nämä ovat yksiköitä, joiden asukkaiden enemmistö on iäkkäitä ihmisiä. Kaikista kuolleista on 77 prosenttia täyttänyt 65 vuotta ja on ilmeistä, että osa niistä ihmisistä, jotka saavat ympärivuorokautista hoivaa sosiaalihuollon toimintayksiköissä, kuolee sairaaloissa. Tällä voi olla asukkaan viimeisiin hetkiin monia vaikutuksia – hyviä tai huonoja. Yksi hyvän kuoleamisen laadun indikaattori on mahdollisuus kuolla siinä yksikössä, jossa on elämänsä viimeiset kuukaudet tai vuodet viettänyt.¹⁶ (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Kuolleiden osuus (%) ikäryhmittäin.

Ikäryhmät	Terveydenhuollon toimintayksikkö (%)	Koti (%)	Muu (sis. palvelutalot, vanhainkodit) (%)
0-64 -vuotiaat	49	37	14
65-74 -vuotiaat	71	21	8
75 vuotta täyttäneet	75	10	16

Saattohoitoa järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sitä toteutetaan perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidon sairaaloissa, vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa, yksityisissä hoitoyksiköissä ja potilaan kotona. Perusterveydenhuolto on saattohoidon ensisijainen toteuttaja. Hoitolaitoksissa saattohoito yhdistetään terveydenhuollon muuhun hoitoon. Tämä on lisännyt lääketieteellistä osaamista ja hoidon saatavuutta saattohoidossa. (Hänninen 2009, Vainio 2004).

Varsinais-Suomessa kuolee vuosittain noin 4000 ihmistä, joista 15 – 20 prosenttia sairaanhoitopiirin sairaaloissa. Usein on kysymys äkillisen sairauden tai tapaturman aiheuttamasta kuolemasta, mutta erikoissairaanhoidossa hoidetaan myös pitkäaikaisen sairauden saattohoitovaiheita. Sairaanhoitopiirin keskeinen tehtävä on muodostaa toiminnallinen kokonaisuus alueensa erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta. Saattohoidon erityistehtävät ohjaus, tuki, koulutus, koordinaatio, konsultaatio ja jalkautuminen sairaalan ulkopuolelle kuuluvat olennaisesti sairaanhoitopiirin saattohoidon tehtäviin. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä tarvitaan saattohoidon

¹⁶ Tiedot perustuvat asiantuntijatilaisuudessa (4.3.09) neuvotteleva virkamies Vuotilaisen esittämiin tietoihin.

alueellinen ohjeistus ja suunnitelma. Valtaosa saattohoidosta tapahtuu muualla kuin sairaanhoitopiiriin sairaaloissa kuten terveystieteiden keskuksissa tai yksityisissä hoitolaitoksissa. Rajat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä voivat haitata saattohoidon optimaalista toteutumista. Parhaimmillaan potilas ei näitä rajoja huomaa. Sairaalan anestesioologi tai onkologi voi konsultoida saattohoitopotilaan hoitoa sekä paikan päällä että kauempaa. Sairaala huolehtii alueensa terveystieteiden keskuksien ja yksityisten hoitolaitosten lääkäreiden ja hoitohenkilöstön kouluttamisesta ja mahdollistaa ”satelliittityöskentelyn” sairaaloissa. Saattohoidon hoitopolut tulee kuvata ja toimintaa toteuttaa kuvauksen mukaisesti. Inhimillisen hoivan ja vuorovaikutuksen ohella myös nykyaikainen teknologia tukee kuolevan potilaan hoidon järjestämistä.¹⁷

Helsingin terveystieteiden keskuksen pitkäaikaissairaalat järjestävät vaikeasti ja pitkäaikaisesti sairaiden henkilöiden yksilöllistä, asiantuntevaa, kuntoutumista ja toimintakykyä tukevaa pitkä- ja lyhytaikaista sairaalahoitoa sekä saattohoitoa. Helsingissä pitkäaikaissairaloita on neljä, yhteensä 41 vuodeosastoa ja 1165 sairaansijaa. Pitkäaikaissairaalassa hoidetaan kaiken ikäisiä potilaita, joista kuitenkin valtaosa (75 prosenttia) on yli 75-vuotiaita. Henkilöstöä on yhteensä 846. Pitkäaikaissairaaloissa henkilöstömitoitus on melko hyvä, mutta haasteena on kuitenkin toistuva henkilöstövaje. Helsingin pitkäaikaissairaloissa kuolee vuosittain 550 – 600 potilasta, joista arviolta noin 80 prosentilla tunnustetaan saattohoitovaihe. Ulkopuolisissa auditoinneissa vuosina 1998, 2001 ja 2005 on kiinnitetty erityistä huomiota hyvän saattohoidon toteuttamiseen.¹⁸

Professori Holli (4.3.09) korosti, että oireenmukaisessa saattohoidossa olevien ihmisten hoitovastuun tulee olla kotipaikkakunnan perusterveydenhuollossa. Toimivan potilas-lääkäri ja potilas-hoitajasuhteen ansiosta potilaat pärjäävät varsin pitkään kotona. Potilaan tulee tarvitessaan päästä sujuvasti terveystieteiden keskuksen vuodeosastolle. Kuolevien potilaiden ei ole tarkoituksenmukaista jäädä erikoissairaanhoitoon, mutta heidän tulee saada oireidensa hoitoon erityisosaamista vaativat palvelut. Erikoissairaanhoidossa tulee olla yksikkö, joka vastaa alueellaan hoidon suunnittelusta ja organisoinnista. Vastuulääkäri ja -hoitaja ja muut perusterveydenhuollon verkostot varmistavat, että potilas siirtyy kitkattomasti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja ohjeet tai potilaan siirto onnistuvat sujuvasti. Erikoissairaanhoidossa tarvitaan saattohoitoon erikoistunut konsultatiivinen yksikkö, jossa on erityis pätevyyden omaavia lääkäreitä ja hoitajia sekä erityistyöntekijöitä kuten sosiaalityöntekijä, psykologi, sairaalapastori ja ravitsemusterapeutti. Saattohoitokodit ovat paikkakunnillaan vaihtoehto saattohoitopotilaan tarvitsemalle laitoshoidolle.

Kotona saattohoito jää useimmiten perusterveydenhuollon vastuulle ja kotisairaanhoidon tai kotisairaalan palvelujen varaan. Kotisaattohoidon ja kotikuoleman lähtökohtana on potilaan oma toivomus. Kotihoidon etuna

17 Tilaisuudessa (4.3.09) saattohoitoa julkisten palvelujen ja erikoissairaanhoidon näkökulmalta tarkasteli sairaanhoitopiiriin johtaja Linden, Varsinais-Suomesta.

18 Suuren kaupungin kannalta saattohoitoa tarkasteli pitkäaikaishoidon johtaja Thoden Helsingin kaupungista (4.3.09).

on se, että potilaalla on mahdollisuus osallistua perheen asioihin ja arkeen luonnollisella tavalla. Saattohoidon toteuttamiseen kotona tarvitaan ainakin yksi potilaan hoitoon osallistuva omainen. Kotisaattohoidon vastuuhenkilöt tulee määritellä selkeästi sekä potilaan ja omaisten on oltava järjestelyistä perillä. Potilaan ja hänen omaisensa tai läheisensä tulee voida olla yhteydessä potilasta hoitaviin henkilöihin kaikkina vuorokauden aikoina. Potilaalla tulee olla joustava mahdollisuus siirtyä tarvittaessa laitoshoitoon myös riippumatta vuorokauden ajasta ja päivystyspisteen sijainnista. Omaiset ja läheiset tarvitsevat ohjausta, rohkaisua, kannustusta ja arvostusta jaksakseen hoitaa potilasta kotona. Kotisaattohoidon esteenä tai keskeytymisen syynä on usein omaisten fyysinen ja henkinen jaksamattomuus. Vapaaehtoiset tukihenkilöt ja seurakunnan työntekijät voivat olla apuna tukemassa perhettä. Kotisaattohoidon tulee toteutua myös kodinomaisissa laitoksissa kuten palveluasunnoissa, ryhmäkodeissa ja vanhainkodeissa. (ETENE 2003, Ahlström, Hänninen 2004.)

Voutilainen (4.3.09) käsitteli asiantuntijatilaisuudessa sosiaalihuollon mahdollisuuksia toteuttaa saattohoitoa. Hänen mukaansa hyvän kuoleamisen laadun varmistaminen edellyttää aina ammattitaitoa: yksikön työntekijöiden on osattava tukea asukkaita kuoleman lähestyessä. Hyvä saattohoito edellyttää moniammatillisen tiimin osaamista. Jos sitä ei voida turvata sosiaalihuollon toimintayksiköissä, työntekijöillä on oltava mahdollisuus konsultoida asiantuntijoita. Myös asiantuntijuuden kehittymistä on suunnattava näille alueille. Nämä toimet ovat välttämättömiä nopeasti ikääntyvän yhteiskunnan tulevaisuudelle. Ympäri vuorokautisen hoivan ja hoidon tavoitteena on iäkkään ihmisen hyvä elämänlaatu ja saattohoidossa hyvä kuoleamisen laatu. Tämä voidaan turvata laadukkaan ja vaikuttavan palliatiivisen hoidon avulla: ehkäisemällä ja lievittämällä kärsimystä ennaltaehkäisy-, ongelmien varhaisen tunnistamisen ja niiden tarkoituksenmukaisten ratkaisujen keinoin. Hyvään saattohoitoon, joka on osa palliatiivista hoitoa, kuuluu toiminta kuolevan asukkaan ammatillisesti arvioitujen tarpeiden, arvojen, kulttuurin ja toiveiden ohjaamina, oireiden hyvä hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen sekä asukkaan läheisten tukeminen.

Kokonaisuutena moni kuoleva ihminen ja potilas pitää sairaalaa turvalisena paikkana kuolla. Näin siitäkkin huolimatta, että potilaan oireenmukainen hoito vaihtelee sairaalasta ja osastosta toiseen. Terveystieteiden huollon laitoksissa saattohoito edellyttää hoitoympäristön järjestämistä tilanteeseen sopivaksi, hoitohenkilökunnan saattohoito-osaamista ja erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuuksia. Laitoksissa saattohoidon hoitohenkilöstön työnjakomallissa kuolevalle potilaalle suositellaan järjestettäväksi omahoitaja. Moniammatillisen työryhmän osallistuminen saattohoitopotilaan hoitoon edellyttää työntekijöiden yhteistyötä. Sairaalassa saattohoidon ongelmana on se, että henkilöstöllä ei useinkaan ole aikaa viipyä kuolevan ihmisen luona muuta kuin suorittamassa välttämättömät hoitotoimet. Näin ollen ei ole järkevää eikä tarkoituksenmukaista pitää kuolevaa potilasta erikoissairaanhoidossa aktiivisesta hoidosta luovuttaessa. Potilaan siirto terveyskeskuksen vuode-

osastoille tai muuhun hoitopaikkaan taas katkaisee ikävästi hoitosuhteen. (Hänninen 2004, Vainio 2004.)

Palliativisen hoidon kasvava tarve vaatii kehittämään myös saattohoitoa, hoidon järjestämistä ja ammattihenkilöstön osaamista. On tärkeää, että sairastavan ihmisen oma tahto tulee kuulluksi, kun suunnitellaan hänen elämänsä viime vaiheiden hoitoa. Oletettavasti suomalaiset haluavat enenevästi kuolla kotonaan. Tästä syystä on tärkeää kehittää kuntien kotisairaala ja -sairaanhoidon siten, että ne kykenevät järjestämään saattohoidon kotona tarkoituksenmukaisesti potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Pääasiassa saattohoitoa järjestävät edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon laitokset. Työnjaon tulee toimia siten, että potilaan sujuva ja laadullisesti hyvä saattohoitopolku varmistetaan eri laitoksissa. Saattohoidon järjestämisessä ovat mukana julkinen ja yksityinen terveydenhuolto sekä osittain sosiaalihuolto, yksityiset palveluntuottajat, sosiaali- ja terveysalan järjestöt sekä uskonnolliset yhteisöt.

6 SAATTOHOITOSUUNNITELMAT SUURISSA KAUPUNGEISSA JA SAIRAAHOITOPIIREISSÄ

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan toimeksianosta selvitettiin saattohoitosuunnitelmien tilannetta sairaanhoitopiireissä, suurissa kaupungeissa ja terveyskeskuksissa vuonna 2001. Vastaava uusintakysely tehtiin sairaanhoitopiireille ja suurille kaupungeille vuonna 2009¹⁹.

Vuoden 2001 selvityksessä kysyttiin, tarvitaanko saattohoitoon säädöksiä tai virallisia ohjeita. Paikallisesti laadittujen saattohoito-ohjeiden koettiin vaikuttaneen positiivisesti saattohoidon laatuun. Saattohoidon keskeisinä kehittämiskohteita olivat saattohoitoneuvottelut, hoitotahdon toteutuminen, saattohoidon käytännön järjestelyt, hoitohenkilöstön koulutus, työnohjaus ja saattohoidon palautejärjestelmät. Saattohoitoneuvotteluja ei kaikin osin käyty ollenkaan eikä potilaan tekemää hoitotahtoa noudatettu. Henkilöstö toivoi lisää saattohoitokoulutusta. Selvityksen mukaan henkilöstön jaksamista ei tuettu riittävästi. Palautejärjestelmät ja laadun varmistus vaihtelivat laitospokoittain. (ETENE Toppinen 2001.) Vuoden 2001 selvityksen jälkeen ETENE laati suosituksen saattohoidosta ja järjesti kesäseminaarin kuolemaan liittyvistä eettisistä kysymyksistä (ETENE 2003 ja 2004).

Vuonna 2009 lähetettiin kysely 20 sairaanhoitopiirille ja 20 suurelle kaupungille. Kyselyssä pyydettiin sairaanhoitopiirejä ja suuria kaupunkeja toimitamaan olemassa olevat saattohoitosuunnitelmat ETENELLE. Vastausprosentti oli 93. Sairanhoitopiireistä (n=19) ja suurista kaupungeista (n=18) puolella oli saattohoitosuunnitelma tai laitospokoittaisia saattohoito-ohjeita. Molemmista vastaajaryhmistä hieman yli kolmasosa oli alkanut selvittää alueellisen saattohoidon hoitoketjua ja laatia saattohoitosuunnitelmaa. Vastanneista neljäsosa ilmoitti, että saattohoitosuunnitelmaa ei ole laadittu.

Suurin osa sairaanhoitopiirien lähettämistä saattohoitosuunnitelmista kattoi koko sairaanhoitopiirin, kaksi oli laatinut suunnitelman yhteistyössä alueensa suuren kaupungin kanssa ja yhdellä oli laitospokoittaisia saattohoito-ohjeita. Kolme suurta kaupunkia käytti sairaanhoitopiirinsä saattohoitosuunnitelmaa ja yhdellä suurella kaupungilla oli kaupunkikohtainen saattohoitosuunnitelma. Saattohoitosuunnitelmat perustuivat etupäässä Käypä hoito -suositukseen, ETENEn ja muiden vastaaviin julkaisuihin, lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista ja YK:n kuolevan oikeuksien julistukseen. Sairanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat oli laadittu työryhmissä, joissa oli pääasiassa erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilökuntaa. Suunnitelmia laatineissa työryhmissä valtaosa jäsenistä oli lääketieteen edustajia.

¹⁹ ETENE:n sivutoimisena sihteerinä VTM Heini Turkia on koonnut yhteen vuonna 2009 kerättyjen sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien sisältämät tiedot. Moniste, julkaisematon.

Saattohoitosuunnitelmissa korostettiin potilaan itsemääräämisoikeutta, hoitotahtoa ja edunvalvontavaltuutusta. Lähes kaikissa käsiteltiin saattohoitopäätöksen tekemistä ja saattohoitoneuvottelua potilaan ja hänen omaistensa ja läheistensä kanssa sekä saattohoitopäätösten kirjaamista potilaspapereihin. Suunnitelmissa korostettiin, että saattohoidosta tulee puhua potilaalle sekä hänen omaisilleen ja läheisilleen ajoissa ja antaa heille riittävästi tietoa sairauden tilasta. Saattohoitosuunnitelmissa (n=13) hyvä saattohoito nähtiin kokonaisvaltaisena hoitona, jossa huomioidaan kattavasti potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Saattohoitosuunnitelmissa hyvän hoidon painotukset kuitenkin vaihtelivat. Joissakin saattohoitosuunnitelmissa (n=4) selkeänä painopisteenä oli fyysisten oireiden hoitaminen ja erityisesti kivunhoito, joka perustui useimmiten Käypä hoito -suositukseen. Joissakin saattohoitosuunnitelmissa painottuivat potilaan psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset tarpeet ja potilaan, omaisten ja läheisten tukeminen ja selviytyminen. Lisäksi suunnitelmissa käsiteltiin kuolemaan liittyviä tunteita, moniammatillisen työryhmän osallistumista potilaan hoitoon sekä turvallista ja rauhallista hoitoympäristöä.

Lähes kaikissa saattohoitosuunnitelmissa omaisten ja läheisten tukemista pidettiin merkittävänä osana hyvää hoitoa. Muutamassa suunnitelmassa omaisten osallistuminen korostui vasta kuoleman jälkeisessä toiminnassa. Saattohoitosuunnitelmissa (n=11) tuotiin esille omaisten kanssa käytävien kiireettömien keskustelujen tärkeyttä. Omaisten kanssa käydyt keskustelut kirjattiin potilaspapereihin.

Saattohoitosuunnitelmissa korostettiin hoitohenkilökunnan koulutusta ja tukemista. Kuitenkin vain harvat kaupungit ja sairaanhoitopiirit olivat kirjanneet suunnitelmiin hoitohenkilökunnan koulutusjärjestelyjä. Koulutusta toivottiin järjestettävän etenkin kuoleman kohtaamisesta, kivun- ja muiden oireiden hoidossa ja yleisesti koko saattohoitoprosessista. Alueellisia koulutustilaisuuksia toivottiin saumattoman tiedonkulun turvaamisen, hoidon jatkuvuuden ja hoitohenkilökunnan ajan tasalla pitämisen kannalta. Saattohoitokodit järjestävät alueillaan saattohoidon koulutusta ammattihenkilöstölle.

Sairaanhoitopiireissä ja suurissa kaupungeissa saattohoitoa toteutettiin pääsääntöisesti terveyskeskuksien vuodeosastoilla, vanhainkodeissa ja muissa hoitopaikoissa tai potilaan kotona hänen toiveidensa mukaan. Joissakin kaupungeissa saattohoito oli kotisairaalan tai kotihoidon vastuulla.

Kaiken kaikkiaan saattohoitosuunnitelmien painotukset vaihtelivat. Osassa oli yksityiskohtaisia saattohoidon toimintakuvauksia ja osassa painopiste oli saattohoidon eettisissä periaatteissa ja laadullisissa kriteereissä. Vain harvassa saattohoitosuunnitelmassa saattohoidon eri osa-alueet yhdistyivät laajasti. Hyvän saattohoidon järjestäminen kuvattiin moniammatillisena yhteistyönä, jota järjestivät julkinen ja yksityiset palvelujen tuottajat. Saattohoitosuunnitelman laatijoina olivat useimmiten lääkärit. Koulutuksen ja työnohjauksen merkitystä painotettiin, mutta suunnitelmien mukaan henkilöstön saattohoitokoulutuksen järjestäminen oli vähäistä. Kyselyn perusteella saattohoidon potilaan hoitopolku tulee selkiinnyttää, sillä yksityiskohtainen

potilaan saattohoitoketjun kuvaus löytyi vain muutamasta suunnitelmasta. Saattohoitokodit tarjosivat konsultointiapua ja koulutusta alueidensa sosi-
aali- ja terveydenhuollon laitoksille. Kysely suunnattiin sairaanhoitopiireille ja
suuriin kaupunkeihin. Useimmiten saattohoitosuunnitelmat olivat alueellisia;
vain yksi suuri kaupunki esitti oman suunnitelmansa.

7 SAATTOHOITOSUOSITUKSET

Saattohoidon suosituksissa korostuvat saattohoidon eettiset ja inhimilliset periaatteet sekä ihmisen kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Hyvä kohtelu ja luottamuksen säilyttäminen merkitsevät paljon myös potilaan omaisten ja läheisten kohtaamisessa. Asiantuntijatilaisuudessa (4.3.2009) sekä sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmissa tuli esille tarve tunnistaa ja kehittää saattohoitopotilaan hoitopolkua. Tämä on tärkeää hoidon jatkuvuuden ja laadun turvaamisessa. Kehittämisessä tulee erityisesti ottaa huomioon kuolevan ihmisen mahdollisuus kuolla haluamassaan paikassa tai siellä, missä hän elämänsä viime vaiheessa asuu tai on hoidossa. Eri-ikäisten ja etenkin saattohoitoa tarvitsevien lasten mahdollisuutta kotikuolemaan tulisi parantaa. Saattohoitosuosituksia valmisteltiin työryhmässä ja pyydettiin niistä sen jälkeen palautetta asiantuntijatilaisuuden osallistujilta, valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettiseltä neuvottelukunnalta ja yksittäisiltä henkilöiltä (Liite 2) sekä sairaanhoitopiireiltä, suurilta kaupungeilta ja joiltakin sosiaalialan edustajilta (liite 3).

Hyvä saattohoito edellyttää, että seuraavat suositukset toteutuvat kuolevan potilaan hoidossa:

1 Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

2 Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan, kun ihminen on lähellä kuolemaa. Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan ja, mikäli potilas sallii, hänen omaistensa kanssa. Sovitut asiat kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan.

3 Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri. Nimetään myös ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta vuorokauden eri aikoina. Hoidon jatkuvuus varmistetaan ja hoitoa arvioidaan jatkuvasti. Hoitopäätökset perustuvat lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan ja omaisten toiveisiin ja tarpeisiin. Saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä.

4 Lääkärit ja hoitajat on saattohoitoon koulutettu ja heiltä saa eri vuorokauden aikoina konsultaatiota ja muuta tarvittavaa apua. Muu henkilökunta ja vapaaehtoiset työntekijät täydentävät osaltaan moniammatillista työryhmää. Työryhmälle tarjotaan saattohoitoon liittyvää säännöllistä täydennyskoulutusta, työnohjausta ja tarvittaessa jälkikäteen keskustelua saattohoitotilanteista.

5 Osaamisen alueet saattohoidossa ovat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla:

kärsimyksen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitamiseen, psyko-sosiaalisiin, fyysisiin, henkisiin, hengellisiin, eksistentiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin, niiden ymmärtämiseen ja huomioimiseen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, lähestyvän kuoleman merkkeihin ja kuoleman hetkeen ja omaisten tukemiseen potilaan kuoleman jälkeen.

6 Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan tarpeisiin ja toiveisiin, toiminnan hyvään laatuun ja Käypä hoito -suositusten noudattamiseen.

7 Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Lasten saattohoito on erikoissairaanhoidon vastuulla.

8 Sairaanhoidopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta. Saattohoitopotilaalle tarjotaan saattohoitopalvelut mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän on hoidossa tai asuu ja elää. Turvataan omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon potilaan toivomalla tavalla.

9 Saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys. Näitä ominaisuuksia tulee tukea ja kehittää.

10 Suositusten toteutumista edistetään käynnistämällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä ihmisen kuoleman lähestyessä.

8 SUOSITUSTEN TOIMEENPANO

IHMISIIN KOHDISTUVAT VAIKUTUKSET

Suosituksien tarkoituksena on parantaa ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden toteutumista sekä yhdenvertaista ja tasa-arvoista hyvää hoitoa kaikkien kansalaisten elämän loppuvaiheessa. Suosituksissa ehdotettu toiminnan suunnitelmallisuus ja potilaan osallistuminen suunnitelman tekoon lisäävät osaltaan itsemääräämisoikeutta ja ihmisen elämänhallintaa.

Kuolevan ihmisen omaisilla tulee olla mahdollisuus osallistua läheisensä saattohoitoon kuitenkin riippuen heidän omista lähtökohdistaan ja mahdollisuuksistaan. Omaisten osallistuminen edellyttää ammattihenkilöstöltä perhelähtöisten toimintatapojen omaksumista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen edistää potilaiden hoidon tasalaatuisuutta ja yhdenvertaisuutta. Tämä edellyttää, että ammattihenkilöstölle järjestetään saattohoidon perus- ja lisäkoulutusta. Koulutuksen tulee koskea kaikkia saattohoidossa työskenteleviä ammattihenkilöitä. Näyttöön perustuva saattohoito edellyttää, että uuden ja ajankohtaisen tiedon päivittämistä arvostetaan ammattihenkilöstön oman ammatin kehittämisessä, koulutuksissa ja toimintakäytännöissä. Myös uutta ammattihenkilöstöä ja vapaaehtoisia työntekijöitä tulee perehdyttää saattohoitoon. Koulutustarpeet ja koulutuksen järjestäminen tulee arvioida alueellisesti ja paikallisesti. Alueellisen koulutuksen järjestelyistä vastaavat sairaanhoitopiirit.

Hyvä saattohoito edellyttää, että saattohoito suunnitellaan ja organisoidaan sairaanhoitopiireissä tai suurissa kaupungeissa systemaattisesti ja alueellisesti tarkoituksenmukaisesti sekä sovitaan selkeästi vastuu- ja työnjako. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju on selkeä ja konsultaatiokäytännöistä sovittu siten, että saattohoito on mahdollista toteuttaa kotona tai julkisessa tai yksityisessä sosiaali- tai terveydenhuollon laitoksessa. Erityisesti eri toimijoiden välinen tiedonkulku suunnitellaan niin, että tieto saattohoitopäätöksestä siirtyy hoitavasta yksiköstä toiseen.

Saattohoitosuosituksien toteutumista edistetään järjestämällä erilaisia keskustelu- ja koulutustilaisuuksia, joissa käsitellään kuolevan ihmisen oikeuksia ja saattohoitoon liittyviä eettisiä kysymyksiä. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriössä arvioidaan saadun palautteen perusteella, mitä muita suosituksia tai ohjeita kuolevan ihmisen hoitoon tarvitaan.

KUSTANNUSVAIKUTUKSET

Potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992) säädetään, että potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon ja hyvään kohteluun. Hänen

hoitonsa on järjestettävä siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Vastaavasti laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/20009) edellyttää asiakkaan hyvää palvelua ja kohtelua sekä toivomusten, mielipiteiden, etujen ja yksilöllisten tarpeiden huomioimista toiminnassa.

Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunta tai kuntayhtymä järjestää asukkaidensa sairaanhoidon, johon kuuluu lääkärin antama tai valvoma hoito. Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) mukaan sairaanhoitopiiri huolehtii alueellaan erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta sekä suunnittelee ja kehittää yhteistyössä terveyskeskusten kanssa erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiiri järjestää alueensa terveyskeskuksille niitä erikoissairaanhoiton palveluja, joita terveyskeskuksen ei ole tarkoituksenmukaista itse tuottaa. Sairaanhoitopiiri vastaa myös erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta, laadun valvonnasta ja ammattihenkilöstön täydennyskoulutuksesta. Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kunnan on huolehdittava sosiaalipalvelujen järjestämisestä asukkailleen.

Tässä selvityksessä esitettyjen saattohoitosuosituksien siirto käytäntöön sisältyy edellä mainittujen säädösten toimeenpanovelvoitteisiin. Suositukset eivät sisällä kunnille tai kuntayhtymille uusia velvoitteita. Sairaanhoitopiirien tulisi sisällyttää saattohoitosuunnitelmaansa alueellisen saattohoidon järjestäminen. Erityisesti erikoissairaanhoiton ja perusterveydenhuollon välisen konsultaation suunnitteluun ja saattohoidon keskinäiseen työnjakoon on kiinnitettävä huomiota. Saattohoitosuunnitelmissa tulee myös arvioida ammattihenkilöstön koulutustarpeet järjestettäessä suosituksen mukaista saattohoitoa. Oletettavasti saattohoito lisääntyy kuolevan potilaan kotona tai kodinomaisissa laitoksissa, mikä edellyttää voimavarojen kohdentamista uudelleen ja yhteistyön lisäämistä alueen erikoissairaanhoiton ja terveyskeskusten välillä.

Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoidosta aiheutuneita kustannuksia ei ole seurattu erillisinä toimintoina, vaan ne sisältyvät laitosten kokonaisuuteen. Kokonaisuudessaan saattohoidon suositusten mukaisen toiminnan ei arvioida juurikaan lisäävän kustannuksia.

LAUSUNTOJEN PALAUTE JA ALUEELLISIA HYVIÄ KÄYTÄNTÖJÄ

Sairaanhoitopiirit ja suuret kaupungit (2010) antoivat hyvin myönteisen lausunnon esitetyistä saattohoitosuosituksista ja niitä pidettiin tärkeänä. Valtakunnallisten suositusten katsottiin edistävän alueellisesti yhteneväisiä ja tasa-arvoisia hoitokäytäntöjä. Lausunnoissa korostettiin ammattihenkilöstön koulutustarpeita, alueellista yhteistyötä ja saattohoidon laadun varmistamista. Sairaanhoitopiirit ja suuret kaupungit arvioivat, että toimintojen uudelleenjärjestäminen saattaa ensin lisätä kustannuksia esimerkiksi kotisaattohoitoon tarvittavan ympärivuorokautisen omahoitajan tai henkilökunnan lisäkoulutuksen takia, mutta jatkossa hyvin organisoitu saattohoito todennäköisesti

vähentää kokonaiskustannuksia. Lausunnoissa esiteltiin myös saattohoidon hyviä käytäntöjä ja alueellisia kehittämistoimia.

Lausuntojen mukaan Käypä hoito -suositusten perusteella on jo kehitetty saattohoitoa ja luotu hyviä käytäntöjä. Esimerkiksi sosiaali-terveystoimen yhteistyönä on muodostettu 25-paikkainen saattohoitoon keskittynyt osasto ja henkilökuntaa on koulutettu tehtäviinsä. Alueellisella keskittämällä on saavutettu riittävä saattohoidon osaaminen ja ympärivuorokautinen konsultaatioapu muun muassa kivunhoidossa. Lisäksi kotihoidossa oleville saattohoitopotilaille on varmistettu mahdollisuus siirtyä suoraan saattohoito-osastolle tarvittaessa. Myös mainitaan, että saattohoidon henkilöstön mitoitus ja osaaminen toteutuvat jo nyt esitettyjen suosituksen mukaisesti. Esimerkiksi kyseisellä alueella on 10 - 15 saattohoitoon perehtynyttä hoitajaa ja alueen ammattikorkeakoululle on ehdotettu saattohoidon erikoistumistasoisen koulutuksen käynnistämistä. Sosiaali- ja terveystoimessa toimii myös yksi palliatiivisen hoidon erityispätevyuden omaava lääkäri. Kyseisellä alueella on myös käynnistetty tehostetun kotisaattohoidon kehittämishanke.

Saattohoitosuosituksia koskevissa lausunnoissa nostettiin usein esille hoitohenkilökunnan koulutuksen tarpeet. Niissä korostettiin, että hoitajan tulee hoitotoimenpiteiden hallitsemisen lisäksi kyetä kohtaamaan kuoleva potilas inhimillisenä ihmisenä, mihin tarvitaan kokemusta ja vahvaa ammattitaitoa. Koulutukseen toivottiin lisäksi saattohoitoon erityisesti sovellettua opintokokonaisuutta peruskoulutuksen osaksi sekä mahdollisuutta lisätä osaamista erikoistumis- ja täydennyskoulutuksena. Hyvänä käytäntönä toivottiin koulutuksen järjestämistä osasuorituksina. Näin opinnot eivät kerralla kestäisi liian pitkään.

Kokonaisuutena hyvän saattohoidon järjestäminen edellyttää tiivistä yhteistyötä ja asioiden valmistelua sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon kesken. Suurten sairaanhoitopiirien ongelmana saattaa olla suunnitelmien etäännyminen käytännön työstä. Tästä syystä osa isoimpien kaupunkien saattohoitosuunnitelmista voisikin olla kaupunkikohtaisia. Kuitenkin on erittäin tärkeää, että sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset suunnittelevat saattohoitopotilaiden hoitoketjun yhteistyössä.

Lausunnoissa korostetaan saattohoitokotien osaamisen hyödyntämistä hoidon järjestämisessä ja kehittämisessä alueellaan. Saattohoidon toteuttamista jo olemassa olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa pidetään parempana vaihtoehtona kuin uusien hoitokotien rakentamista. Tulevaisuuden saattohoito on yhä enemmän potilaskohtaisesti räätälöityä, suunnitelmallista ja laadukasta.

Yhdessä sairaanhoitopiirissä koetaan, että saattohoito kotona on epärealistista hoitajapulan takia. Myös toinen sairaanhoitopiiri korostaa, että kotisaattohoito edellyttää henkilöstön asenteiden muutosta ja vaatii lääkäriltä osaamista ja rohkeutta. Tästä syystä terveyskeskussairaaloiden yhteydessä toimivien tehostetun avosairaanhoidon yksiköiden mahdollisuuksia saattohoidon järjestämisessä tulisi laajentaa.

Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuosituksia koskevissa lausunnoissa toivottiin muun muassa konkreettista paperia (lomake) henkilöstön oman saattohoito-osaamisen arviointiin. Myös vainajan kohteluun ja laittoon toivottiin yksityiskohtaisia ohjeita.

SUOSITUSTEN EDELLYTTÄMÄT KEHITTÄMISTOIMENPITEET

Suomessa saattohoito on laadullisesti parantunut Lääkintöhallituksen 1980-luvulla antamien ohjeiden ja muun ohjauksen ja kehittämistoimien ansiosta. Sairaanhoitopiireissä, suurissa kaupungeissa tai sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa on valtaosaltaan olemassa saattohoitosuunnitelmat tai laitoskohtaiset ohjeet. Kuitenkin neljännekseltä ne puuttuivat. Saattohoidon toteuttamisessa on laadullisia puutteita, mistä kertovat myös yksittäisten ihmisten viestit lehdissä, haastatteluissa tai yhteydenotoissa. Olemassa olevat suunnitelmat eivät näytä nykyisellään takaavan kaikin osin hyvää saattohoitoa.

Keskeiset kehittämistoimet saattohoitosuositusten toimeenpanossa:

1 Sairaanhoitopiirin, jolla ei vielä ole saattohoitosuunnitelmaa, tulee laatia sellainen. Myös muut sairaanhoitopiirit vastaavat yhteistyössä perusterveyden- ja sosiaalihuollon kanssa alueensa saattohoitosuunnitelmien päivityksestä suositusten mukaisesti. Saattohoitosuunnitelmaan on kirjattu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saattohoidon vastuusuhteet.

2 Perusterveydenhuolto ja saattohoitoa toteuttava laitos vastaavat hyvän saattohoidon toteuttamisesta ja sen laadusta alueellaan.

3 Erikoissairaanhoito tukee alueensa terveyskeskuksia tarjoamalla ympärivuorokautista konsultointiapua muun muassa vanhustenhuollon yksiköille erityisesti saattohoitopotilaan kivunhoitoa koskevissa kysymyksissä.

4 Sairaanhoitopiireissä selkiinnytään potilaan saattohoitopolku. Erityistä huomiota kiinnitetään eri-ikäisten ihmisten saattohoidon sekä kotisaattohoidon järjestämismahdollisuuksiin.

5 Terveystenhuollon henkilöstön saattohoidon osaamisen perus- ja täydennyskoulutustarpeet varmistetaan eri puolella Suomea. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien palliatiivisen ja saattohoidon erikoistumiskoulutus käynnistetään.

LÄHTEITÄ

- Aalto, K. (2004) Sielunhoito saattokodeissa. Teoksessa Vainio A. ja Hietanen P. (toim.). Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 263–268.
- Ahlström, L. ja Hänninen J. (2004) Saattohoito kotona. Teoksessa Vainio A. ja Hietanen P. (toim.), Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 317–332.
- Alanko, L. (2000) Saattohoito hoitokodissa. Teoksessa Eriksson E. ja Kuupelomäki M. (toim.) Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY, 271–278.
- Antikainen R, Sandberg T (2009) Vaikea dementia johtaa kuolemaan. Kaleva 15.11.2009.
- 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.
- EAPC (2007) Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education. European Association for Palliative Care. <http://www.eapc-net.org>
- EAPC (2009) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1, Recommendations from the 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 the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care, 2010, 22–33.
- European Parliament (2007) Palliative Care in the European Union. Policy Department Economic and Scientific Policy. IP/A/ENVI/ST/2007–22.
- Hinkka, H. (2004) Saattohoito terveyskeskuksissa. Teoksessa Vainio A. ja Hietanen P.(toim.), Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 323–328.
- Holli, K. (2004) Palliatiivisen hoidon koulutus. Teoksessa Vainio A. ja Hietanen P. (toim.), Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 344–346.

- Huhtinen, A. (2005) Epävalmiina ajassa ja hetkessä valmiina. Tutkimus kuolevan kohtaamiseen kasvamisesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Hänninen, J. (2000) Saattohoito, Potilaan ja omaisen opas. Etelä-Suomen syöpäyhdistys, Terho-säätiö, Helsinki.
- Hänninen, J. (2004) Saattohoito. Teoksessa Vainio A. ja Hietanen P. (toim.), Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 311–316.
- Hänninen, J. (2006) Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa Hänninen J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 48–68.
- Jalonen, M. (2000) Valmistuvien sairaanhoitajaopiskelijoiden käsityksiä saattohoidosta. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Jaroma, A. (2000) Koulutus ja tuleva toiminta hoitotyössä, kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Kuopion yliopisto julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 83.
- Kuuppelomäki, M. (1996) Parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. Turun yliopiston julkaisuja 124, Turku.
- Kuuppelomäki, M. (2002) Kuolevan potilaan kivun hoito terveyskeskuksissa sairaanhoitajien arvioimana. *Hoitotiede* 5/2002, 243–253.
- Käypä hoito suositus (2008) Kuolevan potilaan oireiden hoito. www.kaypahoito.fi/suositus-hoi50063.
- Laakkonen, M-L. ja Pitkälä, K. (2006) Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen hoitotoiveita? Teoksessa Hänninen, J. (toim.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 76–91.
- Lääkintöhallitus (1982) Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Nro 3024/02/80.
- Miettinen, T. (2001a) Palliative Care through Relatives' Eyes. University of Tampere and University of Helsinki, Yliopistopaino, Helsinki.
- Miettinen, T. (2001b) Hyvä palliatiivinen hoito kuolevan potilaan elämänlaadun rikastajana – omaisen näkökulma. Teoksessa Kaila A. (toim.) Luovuuden liekki, laatua ja osaamista terveydenhuollossa. Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja nro 60, 57–64.
- Mikkonen, M. (2007) Saattohoidon laatu Terhokodissa omaisten arvioimana. Pro gradu, Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.

- OPM. (2006) Ammattikorkeakoulutusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Muistio 24.
- Pahlman, I. (2003) Potilaan itsemääräämisoikeus. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Pahlman, I. (2004) Kuolema juridisena käsitteenä. Teoksessa Vainio A. ja Hietanen P. (toim.). Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 349–351.
- Pahlman, I. (2004) Lääkärin päätösvalta ja potilaan oikeudet. Teoksessa Vainio A. ja Hietanen P. (toim.). Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 352–366.
- Pahlman, I. (2006) Eutanasia juridisena kysymyksenä. Teoksessa Hänninen J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähesteissä. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 154–167.
- Räisänen, A. (2002) Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Turun yliopisto, sarja C osa 178.
- Salonen, I. (2008) Saattohoito tarjoaa hoivaa ja turvaa. *Terveydeksi* 4/2008, 26–32.
- Sirkkiä, K. (2006) Lapsen kuolema. Teoksessa Hänninen, J. (toim.). Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähesteissä. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 69–75.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Potilaan hoitopolku sujuvammaksi saattohoidossa. Tiedote 75/2009. 6.3.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010 -2020. Työryhmän raportti. *Selvityksiä* 2010:6.
- Suomen Lääkäriliitto (2007) Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys. <http://www.laakariliitto.fi/koulutus>
- Toppinen, P. 2004, ETENE:n selvitys terveydenhuollon käytössä olevista saattohoito-ohjeista. Teos: ETENE 2004, Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa, 33–36.
- Vainio, A. (2004) Saattohoidon kehittäminen sairaalassa. Teoksessa Vainio A. ja Hietanen P. (toim.), Palliatiivinen hoito, tukihoito, saattohoito, oireenmukainen hoito. Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 329–335.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2001) Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE julkaisu 1.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2001) Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. ETENE julkaisu 4.

- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2003) Saattohoito. ETENE julkaisuja 8.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (2008) Vanhuus ja hoidon etiikka. ETENE julkaisuja 20.
- WHO (2002) National Cancer Control Programmes, Policies and managerial guidelines.

Yhdistyneet Kansakunnat (1975) Kuolevan oikeuksien julistus.

Lait ja asetukset

- Kansanterveyslaki 66/1979.
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.
- Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2009.
- Laki edunvalvontavaltuutuksesta 648/2007.
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 785/1992 ja sen muutokset.
- Laki kuolemansyyn selvittämisestä 459/1973 ja sen muutokset.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001.
- Asetus kuolemansyyn selvittämisestä 948/1973.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta 27/2004.

Julkaisemattomat lähteet

- Hämäläinen, P. (2001) Selvitys saattohoito-ohjeista. ETENE, moniste.
- Turkia, H (2009) Sairaanhoidopiirien ja suurten kaupunkien saattohoito-suunnitelmat. ETENE, moniste.3

LIITE I

HYVÄ SAATTOHOITO SUOMESSA –TYÖKOKOUS

Aika 4.3.2009, klo 9.00 – 12.00

Paikka STM, Meritullinkatu 8, Meritulli

Osallistujat

Arvoisa vastaanottaja,

Tervetuloa pyöreän pöydän keskusteluun, jossa tuotetaan asiantuntijapuheenvuorojen ja keskustelujen avulla sisältöä suomalaisen saattohoidon kehittämiseksi. Saattohoidossa tehdään hyvää ja ansiokasta työtä eri tahoilla. Kuitenkin erityisesti julkisella sektorilla tulee saattohoitoa nykyisestä kehittää.

Oheisena lähetetään käyttöönnne työkokouksen esityslista ja osallistujaluetelo. Tilaisuudessa on tarkoitus käydä ensisijaisesti monipuolista keskustelua saattohoidosta. Pyydettyt puheenvuorot pyydämme rajaamaan 5 minuutin pituiseksi. Toivomme saavamme näkemyksiänne kuvaavan kirjallisen paperin (tiivistetyt ydinkohdat, 1 A4) käyttöömmme ennen kokousta ja pyydämme Teitä lähettämään sen Aira Pihlaiselle (aira.pihlainen(at)stm.fi) **perjantaihin 27.2.2009** mennessä.

Kokouksen puheenvuoroista ja keskustelusta laaditaan kirjallinen yhteenveto, joka yhdessä kirjallisuuskatsauksen ja olemassa olevien hyvien käytäntöjen pohjalta tuottaa perustaa hyvän saattohoidon kehittämiseen Suomessa.

Tervetuloa!

Peruspalveluministeri

Paula Risikko

Lisätietoja:

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan pääsihteeri,
ylitarkastaja

Aira Pihlainen, puh + 358 9-16073834 gsm +358 50 3706521

ESITYSLISTA

Puheenjohtaja Eija Koivuranta, STM

8.30 **Ilmoittautuminen ja aamukahvi**

9.00 **Työkokouksen avaus**

Peruspalveluministeri Paula Risikko

Saattohoidon kansalliset kehittämislinjaukset

Saattohoidon eettiset kehittämistarpeet

Pääsihteeri Aira Pihlainen, STM/ETENE

Saattohoidon oikeudelliset ja eettiset reunaehdot

Hyvinvointialan tutkimus- ja verkostojohtaja Irma Pahlman, Kuopion yliopisto

Suomeen kansallinen syöpäsuunnitelma

Pääsihteeri Harri Vertio, Suomen syöpäyhdistys

Median tiedontarve saattohoidosta

Toimittaja Ilpo Salonen, Yhtyneet Kuvalehdet

Keskustelu

9.45 **Hyvä saattohoito – haasteena eriarvoisuus**

Saattohoito ihminen ihmiselle

Sairaalapastori Virpi Sipola, Helsingin seurakuntayhtymä

Hyvä saattohoito saattohoitokodissa

Ylihoitaja Mirja-Sisko Anttonen, Terho-koti

Saattohoito järjestötyön ja omaisen silmin

Toiminnanjohtaja Pertti Paakkanen, Hengitysliitto Heli

Keskustelu

10.15 Terveydenhuollon ammattihenkilöstö – osaaminen saattohoidossa

Saattohoidon opetus lääkärien koulutuksessa
Professori Kaija Holli, Tampereen yliopisto

Terveydenhuollon hoitohenkilöstön saattohoitokoulutus
Lehtori Irja Murtonen, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

Keskustelu

10.40 Saattohoidon järjestäminen suomalaisessa terveydenhuollossa – resurssitko esteenä?

Hyvän saattohoidon kriteeristö
Ylilääkäri Juha Hänninen, Terho-koti

Saattohoidon järjestäminen ja resurssointi yliopistollisessa keskussairaalassa
Professori Kaija Holli, Tampereen yliopisto

Saattohoidon järjestäminen ja resurssointi sairaanhoitopiirissä
Sairaanhoitopiirin johtaja Aki Linden, Varsinais-Suomi

Saattohoidon järjestäminen ja resurssointi terveystieteiden keskuksen
pitkäaikaishoidossa
Pitkäaikaishoidon johtaja Annikki Thoden, Helsingin kaupunki

Keskustelu

11.20 Yhteenvetokeskustelu – Miten tästä eteenpäin?

Puheenjohtaja Eija Koivuranta

12.00 Kokouksen päätös ja lounassalaatti kokoustilassa

TILAISUUDEN OSALLISTUJAT

- 1 Ylilääkäri Juha Hänninen, Terho-koti, Helsinki
- 2 Ylihoitaja Mirja-Sisko Anttonen, Terho-koti, Helsinki
- 3 Pääsihteeri Harri Vertio, Suomen syöpäyhdistys, Helsinki
- 4 Sairaanhoitopiirin johtaja Aki Linden, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Turku
- 5 Professori Kaija Holli, Tampereen yliopisto, Tampere
- 6 Lehtori Irja Murtonen, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, Tampere
- 7 Sairaalapastori Virpi Sipola, Helsingin seurakuntayhtymä, Helsinki
- 8 Toiminnanjohtaja Pertti Paakkinen, Hengitysliitto Heli, Helsinki

- 9 Pitkäaikaishoidon johtaja Annikki Thoden, Helsingin kaupunki
- 10 Hyvinvoinnin tutkimus- ja verkostojohtaja Irma Pahlman, Kuopion yliopisto
- 11 Toimittaja Ilpo Salonen, Yhtyneet Kuvalehdet, Kynämies

Sosiaali- ja terveysministeriöstä
Peruspalveluministeri Paula Risikko
Johtaja Eija Koivuranta
Neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen
ETENEn pääsihteeri Aira Pihlainen
Lääkintöneuvos Erna Snellman
Dosentti Ritva Halila (virkavapaa stm)

LIITE 2

SAATTOHOITOSUOSITUKSIA VALMISTELLUT TYÖRYHMÄ JA SAATTOHOITOSUOSITUKSISTA KUULLUT TAHOT JA HENKILÖT

Saattohoitosuosituksia laatinut työryhmä:

Ylilääkäri Juha Hänninen, Terho-koti

Ylihoitaja Mirja-Sisko Anttonen, Terho-koti

Ikäihmisten palvelujen yksikön päällikkö Harriet Finne-Soveri, THL,

Päsihteeri Aira Pihlainen ETENE

Suosituksista pyydettiin kirjallisesti palautetta:

Työkokous 4.3.2009 STM asiantuntijat (liite 1)

ETENE:n jäsenet ja varajäsenet (www.etene.org)

Toimittaja Tiina Merikanto

TtT Terhi Miettinen

Yleislääketieteen erikoislääkäri Heikki Roilas

Yliopettaja Merja Sankelo

Johtaja Tiina Surakka

Neuvotteleva virkamies Päivi Kaartamo

Neuvotteleva virkamies Pirjo Sarvimäki

Neuvotteleva virkamies Marjukka Vallimies-Patomäki

LIITE 3

Jakelussa mainituille

SAATTOHOITOSUOSITUKSET

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä on valmisteltu selvitys saattohoidosta ja suositukset saattohoidon toteuttamiseen. Selvityksen valmistelussa on kuultu asiantuntijoita, selvitetty sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmien tilanne sekä valmisteltu suositukset saattohoidon toteuttamiseen.

Teille varataan mahdollisuus lausua oma näkemyksenne ehdotetuista saattohoitosuosituksista. Teidän toivotaan lausunnossanne tarkastelevan ehdotettuja saattohoitosuosituksia käytännön toimeenpanon kannalta sekä mahdollisia kustannuksia ja muita käytännön toiminnan muutostarpeita alueellanne.

Lausunnot pyydetään toimittamaan **19.3.2010** mennessä sähköpostitse [aira.pihlainen\(at\)stm.fi](mailto:aira.pihlainen(at)stm.fi) tai osoitteeseen Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta, pääsihteeri Aira Pihlainen PL 33, 00023 Valtioneuvosto.

Lisätietoja antaa tarvittaessa pääsihteeri Aira Pihlainen s-posti tai puh. (09) 1607 3834 tai 050-3706521.

Johtaja Eija Koivuranta

Pääsihteeri Aira Pihlainen

LIITTEET Luonnos Saattohoitosuositus selvityksestä

JAKELU

Suomen kuntaliitto
Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Etelä-Savon sairaanhoitopiiri
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
Itä-Savon sairaanhoitopiiri
Kainuun sairaanhoitopiiri

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri
Kymenlaakson sairaanhoitopiiri
Lapin sairaanhoitopiiri
Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri
Satakunnan sairaanhoitopiiri
Vaasan sairaanhoitopiiri
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
Espoo
Helsinki
Hämeenlinna
Joensuu
Jyväskylä
Lahti
Lappeenranta
Kouvola
Kotka
Kuopio
Mikkeli
Oulu
Pori
Rovaniemi
Salo
Seinäjoki
Tampere
Turku
Vaasa
Vantaa
Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan/hoidon uudistaminen, STM
työryhmän kuntien edustajat

TIEDOKSI ETENE:n raportti: Turkia H 2009, Sairaanhoitopiirien ja suurten kaupunkien saattohoitosuunnitelmat. Moniste. (Julkaisematon.)