

Opinnäytetyö (AMK)  
Sosiaalialan koulutusohjelma  
Sosiaalipalvelutyö  
2012

Minna Rajala

# IKÄÄNTYNEEN ARVOKAS KUOLEMA

– saattohoidon kehittämistarpeiden selvitys  
Loimaan seutukunnan alueella



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma | Sosiaalipalvelutyö

Marraskuu 2012 | 61 + 13

Katariina Felixson

Minna Rajala

# IKÄÄNTYNEEN ARVOKAS KUOLEMA – SAATTOHOIDON KEHITTÄMISTARPEIDEN SELVITYS LOIMAAN SEUTUKUNNAN ALUEELLA

Tämän työelämälähtöisen kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa saattohoidon nykytilannetta ja kehittämistarpeita Loimaan seutukunnan alueella. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa saattohoidon kehittämistyöhön. Tutkimuksen empiirinen osa toteutettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Aineisto kerättiin työyhteisöihin suunnatulla strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi myös avoimia kysymyksiä.

Tutkimukseen osallistui 28 yksikköä Loimaan, Auran, Pöytyän ja Oripään sosiaali- ja terveystyön sekä Loimaan aluesairaalan piiristä. Nämä yksiköt tuottavat pääosin vanhuspalveluita ja osallistuvat Tehu-hankkeeseen, joka on alueellinen sosiaali- ja terveystyön kehittämishanke. Tämän tutkimuksen näkökulma onkin rajattu ikääntyneiden saattohoitoon.

Tulosten mukaan saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä vallitsee pääosin hyvä tahtotila. Henkilöstö on motivoitunut hoitamaan potilaita näiden yksilölliset tarpeet huomioiden ja antamaan tukea myös omaisille. Vaikkakaan välineistöä ei aina ole riittävästi, ovat puitteet enimmäkseen hyvät. Toisaalta saattohoidon osaamisessa on vielä puutteita. Esimerkiksi, avopalveluita tuottavissa yksiköissä ei usein olla valmiita kohtaamaan kuolevia potilaita, koska saattohoitoa on toteutettu vasta vähän ja resurssit ovat riittämättömät. Ongelmaksi osoittautui myös se, että potilaat saavat vain satunnaisesti ohjausta ja neuvontaa hoitotahdon ilmaisemisessa, ja ennakoivia hoitosuunnitelmia, DNR- sekä AND-päätöksiä tehdään vielä vähän.

Tulevaisuudessa saattohoidon palvelurakennetta olisi järkevöitettävä sekä yhteistyötä ja konsultaatiomahdollisuuksia lisättävä. Laadukas, turvallinen ja yksilöllinen saattohoito tulisi tuoda potilaan lähelle niin, että tarpeettomilta siirroilta vältytään. Suunnitelmallisen saattohoidon avulla voidaan taata kuolemaa lähestyvän vanhuksen hyvä elämänlaatu ja arvokas kuolema.

ASIASANAT:

saattohoito, kuolema, vanhuspalvelut, ikääntyminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Programme in Social Services | Social Service Work

November 2012 | 61 + 13

Katariina Felixson

Minna Rajala

## THE HUMANE DEATH OF AN ELDERLY PERSON – A REPORT OF THE DEVELOPMENT NEEDS FOR HOSPICE CARE IN THE LOIMAA REGION

The purpose of this working life based quantitative study was to survey the current situation and development needs of hospice care in the Loimaa region. The aim of the study was to produce new knowledge to be used in development of hospice care. The empirical part of the study was carried out using a quantitative method. The research material was collected with structured questionnaire directed at work communities.

Altogether 28 work communities from the social and health care units of Loimaa, Aura, Pöytyä and Oripää and from the Loimaa regional hospital. These units mainly provide elder services and are taking part in the Tehu-project which is a regional social and health care development project. Accordingly, the emphasis of this study is the hospice care of the elderly.

According to the results the personnel of the hospice care units is motivated to care for the patients so that their individual needs are met and also to support the next of kin. Although the equipment is sometimes lacking, the facilities are mainly good. However, hospice care units are still facing several problems. For example, personnel in outpatient and home care units are often not prepared to face dying patient since they have not provided hospice care for long and since the resources are insufficient. One problem that became apparent was that the patients are only coincidentally guided in creating living wills and proactive care plans, DNR- and AND-decisions are still rare.

In the future the service structure of hospice care should be made more sensible and co-operation and consultation should be increased. Hospice care that is of high quality, safe and individual should be brought close to the patient in order to avoid unnecessary shifting. Well planned hospice care makes it possible to guarantee a good quality of life and a humane death for an elderly person at the end of their life.

### KEYWORDS:

hospice care, death, elder services, aging

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 VANHUUS ELÄMÄNVAIHEENA</b>	<b>7</b>
2.1 Vanhenemisen ulottuvuudet	7
2.2 Kuoleman lähestyessä	11
<b>3 VANHUSTENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄ</b>	<b>13</b>
3.1 Väestön ikääntyminen	13
3.2 Palvelujen järjestäminen	15
3.3 Avo- ja laitoshoidon palvelut	17
3.4 Palvelurakennemuutostus Loimaan seutukunnan alueella	18
<b>4 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO</b>	<b>21</b>
4.1 Kuolemaan hoitamisen käsitteitä	21
4.2 Saattohoito Suomessa	24
4.3 Saattohoito neljänä eri vaiheena	28
4.4 Henkilöstö, osaaminen ja työssä jaksaminen	30
<b>5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b>	<b>33</b>
5.1 Yhteistyökumppani	33
5.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat	35
5.3 Tutkimusaineiston hankinta	35
5.4 Aineiston analysointi	38
<b>6 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>40</b>
6.1 Vastaajien taustatiedot	40
6.2 Ennakointivaihe	41
6.3 Saattohoitovaihe	43
6.4 Vainajan hoito - vaihe	47
6.5 Kuoleman jälkeinen vaihe	48
6.6 Saattohoidon vaiheiden kokonaiskeskiarvot	49
<b>7 YHTEENVETO JA POHDINTA</b>	<b>50</b>
7.1 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset	50
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	53

7.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja aiheita jatkotutkimukselle	54
--	----

<b>LÄHTEET</b>	<b>56</b>
----------------	-----------

## **LIITTEET**

- Liite 1. Saatekirje.
- Liite 2. Kyselylomake.
- Liite 3. Vastausten suhteelliset jakaumat ja keskiarvot.

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Väestöllinen huoltosuhde (Suomen Kuntaliitto 2012).	14
Kuvio 2. Saattohoito prosessina (Virjonen ym. 2012, 7).	28
Kuvio 3. Hankeorganisaatio (Virjonen ym. 2012, 5).	34
Kuvio 4. Vastausten hajonta toimintokohtaisesti.	40
Kuvio 5. Avo- ja laitospalvelujen osuus tutkimusjoukosta.	41
Kuvio 6. Ennakointivaiheen vastausten keskiarvot.	42
Kuvio 7. Saattohoitovaiheen vastausten keskiarvot.	45
Kuvio 8. Vainajan hoito - vaiheen vastausten keskiarvot.	47
Kuvio 9. Kuoleman jälkeisen vaiheen vastausten keskiarvot.	48
Kuvio 10. Saattohoitovaiheiden kokonaiskeskiarvot.	49

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Vanhusten määrä ja osuus vuoteen 2030 (Holma 2003, 7).	13
Taulukko 2. Vanhusväestön määrä Loimaalla eri vuosina (Tilastokeskus 2012a).	15
Taulukko 3. Kuolleiden osuus (%) ikäryhmittäin (Pihlainen 2010, 23).	26

# 1 JOHDANTO

Tämä lähtökohdiltaan kvantitatiivinen tutkimus on tehty työelämälähtöisenä tilaustyönä Tehu-hankkeelle, joka on alueellinen sosiaali- ja terveystyön kehittämishanke. Hankkeen yhtenä tavoitteena on kehittää saattohoitoa Loimaan seutukunnan alueella. Saattohoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa ja tukea elämän viime vaiheessa, jossa keskeistä on kärsimyksen lievitys (Pihlainen 2010, 11). Saattohoito on hyvin toteutuessaan moniammatillisen työryhmän toteuttamaa potilaan kokonaishoitoa, jossa kuoleva saatetaan hänen viimeiselle matkalleen (Heikkinen ym. 2004, 20).

Tutkimukseen osallistui 28 Loimaalla, Aurassa, Pöytyällä ja Oripäässä sosiaali- ja terveystyöpalveluita tuottavaa yksikköä. Tutkimusaineisto kerättiin kevään 2012 aikana strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomake sisälsi myös avoimia kysymyksiä, joiden vastaukset analysoitiin laadullista sisällönanalyysiä hyödyntäen. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää saattohoidon nykytilannetta ja kehittämistarpeita hankkeen kehittämistyötä varten.

Saattohoidon tarve ei katso ikää, vaan nuorikin ihminen voi sairastua vakavasti. Työni teoreettinen viitekehys on kuitenkin rajattu ikääntyneisiin siitä syystä, että tutkimukseen osallistuneista yksiköistä suurin osa tuottaa vanhuksille suunnattuja palveluita. Niinpä tutkimusraportin teoriaosuudessa tarkastellaan ikääntymisen elämänvaihetta, väestön ikääntymistä, vanhustenhuollon palvelujärjestelmää sekä lopulta saattohoitoa sen periaatteiden, eri vaiheiden ja henkilöstön osalta.

Tutkimustulokset esitellään saattohoidon neljän eri vaiheen mukaisesti. Viimeisessä luvussa esittelen teorian ja empirian vuoropuhelun avulla yhteenvedon tutkimustuloksista sekä johtopäätöksistä. Päätän työn pohdintaan työn eettisyydestä ja luotettavuudesta sekä esittelen esiin tulleita jatkotutkimusaiheita.

## 2 VANHUUS ELÄMÄNVAIHEENA

### 2.1 Vanhenemisen ulottuvuudet

Perinteisesti ihmisen elämä on jaettu kolmeen eri elämänvaiheeseen: lapsuus ja nuoruus, aikuisuus sekä vanhuus. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 17). Käsitteelle *vanhuus* ei kuitenkaan ole olemassa yhtenäistä tai yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Usein määrittelyn perusteena käytetään lainsäädäntöä, esimerkiksi siirtymää työelämästä eläkkeelle. Kalenteri-ikä määrittelyn perustana on kuitenkin ongelmallinen, koska muutokset, jotka ikääntyminen tuo tullessaan, ovat hyvin yksilöllisiä. (Nurmi ym. 2006, 207; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2008, 6.)

Vanhuus on joidenkin mielestä enemmän tunnetila kuin tiettyyn kalenterivuosien määrittelemään ikään perustuva vaihe. Sanotaan, että ihminen on vanha silloin, kun hän tuntee itsensä vanhaksi. (Heikkinen & Marin 2002, 6.) Vanhuuden määrittämisessä on kysyttävä, *mihin* ihminen on vanha. Vanhuus onkin siten suhteellista. (Koskinen ym. 1998, 17.) Tämän lisäksi määrittely on myös kulttuurisidonnaista: eri kulttuureissa ihmisiä määritellään vanhoiksi eri-ikäisinä ja eri perustein (Sarvimäki 2003, 80).

Vanhenemista voidaan tarkastella sen taustalla vaikuttavien tekijöiden avulla. Vanhenemiseen liittyy sarja erilaisia, eri tahtia eteneviä muutoksia, joita ei ole mahdollista pysäyttää (Vallejo Medina ym. 2007, 11). Nämä biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset ovat syntyneet elinikäisen prosessin tuloksena, jossa perintötekijöillä on oma osuutensa. Geenit eivät kuitenkaan sanele suoraviivaista ohjelmaa vanhenemiselle, vaan se on lopulta perimän, elämäntavan ja elinympäristön monimutkainen yhteispeli. (Koskinen ym. 1998, 91.) Muutokset muodostavat kokonaisuuden, jossa ne vaikuttavat toinen toisiinsa. Biologiset vanhenemismuutokset, esimerkiksi lihasvoiman väheneminen ja luuston heikkeneminen, ovat yhteydessä psykologisiin ja sosiaalisiin vanhenemismuutoksiin sillä ne vaikuttavat yksilön

tiedonkäsittelymahdollisuuksiin ja sosiaalsiin aktiviteetteihin. (Nurmi ym. 2006, 206.)

Vanhenemismuutoksia tarkastellaan usein toimintakykyisyyden avulla. Ikääntymisen vaikutus fyysiseen ja henkiseen toimintakykyyn vaihtelee suuresti. (ETENE 2008, 6.) Toimintakyvyn ajatellaan kuvaavan vanhenemismuutoksia paremmin kuin pelkkien ikävuosien, sillä iästä huolimatta toimintakyky ratkaisee sen, miten arkielämä sujuu. Toimintakyvyn käsite liittyy yhteen yksilölliset kyvyt, oman toiminnan sekä ympäristön haasteet ja mahdollisuudet. Siihen sisältyy ajatus ikääntyvän ihmisen mahdollisimman autonomisesta elämästä, jossa omien tavoitteiden mukaista elämäntapaa on mahdollista toteuttaa. (Koskinen ym. 1998, 17.)

Ikääntymiseen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen voi olla seurausta sairaudesta tai niin sanottuun normaaliin vanhenemiseen liittyvistä muutoksista (Heikkinen 2003, 330-331; Koskinen ym. 1998, 98.) Vanhenemismuutokset ovat luonteeltaan rappeuttavia, ja siksi vanhus sairastuu helpommin kuin nuori (Koskinen ym. 1998, 98). Pitkäaikaissairauksien määrä kohoaa iän mukana, ja vanhimpien ikäluokkien keskuudessa kliinisesti terveitä on hyvin vähän ja monitautisuus on yleistä. (Heikkinen 2002, 17). Toisaalta fyysisen, ja usein myös psyykkisen, toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa itsenäistä selviytymistä vaikka vaikeita sairauksia ei olisikaan (Heikkinen 2005).

Viime vuosien tutkimustulosten mukaan sairauksien ja toiminnanvajavuuksien ehkäiseminen on kuitenkin mahdollista ja kuntoutuksella saadaan aikaan hyviä tuloksia. (Heikkinen 2005). Sairauksien varhainen toteaminen ja hyvä hoito voivat auttaa toimintakyvyn säilyttämisessä niissäkin tapauksissa, joissa sairaus ei ole kokonaan parannettavissa. (Koskinen ym. 1998, 98). Terveyspolitiikan tavoitteena ei kuitenkaan ole varsinaisesti pidentää elinikää, vaan mahdollistaa sellainen hyvä terveys ja toimintakyky, että itsenäinen elämä voi jatkua mahdollisimman pitkään. (Heikkinen 2005).



Vanhuuden ikävaihetta voidaan tarkastella erilaisten psykologisten teorioiden avulla. Tony Dunderfeltin elämänkaaripsykologian mukaan kypsyyden ikävaiheessa siirrytään talouden ja työelämän arvoista sisäisempiin arvoihin. Suhteita esimerkiksi perheeseen ja omaan ruumiiseen luodaan uudelleen ja arvioitavaksi tulee myös oma suhtautuminen maailmaan, aikaan, riippuvaisuuteen ja toisaalta itsenäisenä olemiseen. Elämänkaaripsykologisen näkemyksen mukaan luopumisen ja uudelleenrakentamisen ponnistusten ja haasteisiin vastaaminen riippuu hyvin pitkälti siitä, miten edelliset kehitysvaiheet on käyty läpi, ja kokeeko vanhus menneen elämänsä mielekkäänä vai ei. (Dunderfelt 1998, 210-211.)

Erik. H. Eriksonin psykososiaalisessa kehitysteoriassa vanhuuden kehitystehtävänä on minän eheyden saavuttaminen. Eheyden saavuttaminen on viisautta, joka on avoimuutta ja kiinnostusta elämää kohtaan, mutta myös rohkeutta uhkaavan kuoleman edessä. Tämän saavuttamiseksi tarvitaan minän eheyden saavuttamista kolmella tasolla: fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella. (Dunderfelt 1998, 244-245.)

Oma ikä voidaan vanhuudessa kokea monin eri tavoin. Vanhus voi tuntea itsensä toisinaan hyvinkin nuoreksi ja toisinaan taas vanhaksi ja raihnaaksi. (Vallejo Medina ym. 2007, 32.) Yhä yleisempää on tuntea itsensä henkisesti nuoreksi, vaikka ruumis onkin jo alkanut vanheta. Samankäiset henkilöt saattavatkin olla hyvin erilaisissa sosiaalisissa asemissa ja tuntea itsensä eri-ikäisiksi. Ikä ei enää entiseen tapaan määritä elämäntulkua. (Karisto 2004, 97.)

Vanhuksen ikäkokemuksia voidaan tarkastella krologisen, biologisen, sosiaalisen, persoonallisen ja subjektiivisen iän kautta. Ne ovat saman ilmiön hieman erilaisia ulottuvuuksia. *Kronologiseen ikään* vaikuttavat sosiaaliset normit, ja stereotyyppiset asenteet, jotka määrittävät usein, millainen vanhuksen tulisi tietyssä iässä olla sekä miten hänen tulisi käyttäytyä ja kokea oma elämänsä. *Biologinen iän* kokeminen määräytyy paljolti sen perusteella, miltä oma keho näyttää ja tuntuu. Kokemuksen muodostumisen määrää vahvasti oma näkemys terveyden ja toimintakyvyn säilymisestä ja siitä miten ne vastaavat omia ennako-oletuksia. *Sosiaalisen iän* kokemus syntyy vanhuksen

suhteista lähiyhteisöön, siihen kuuluviin ihmisiin, kulttuuriin ja instituutioihin. Yhteisön vanhuutta koskevien normien hyväksyminen on yhteydessä omaan subjektiiviseen kokemukseen vanhuudesta. *Persoonallisen iän* kokemus syntyy elämänselän sekä biologisen ja sosiaalisen iän pohjalta. Se perustuu omien elämänprojektien kokonaisuuden hahmottamiseen. Vanhus kokee olevansa tietyn ikäinen ja haluaa samaistua tietynikäisiin ihmisiin. *Subjektiivinen ikä* koetaan iättömyytenä, eli 80-vuotias kokee olevansa sama ihminen kuin oli 15-vuotiaana. Ristiriidan tunnetta voi syntyä jos vanhus kokee, että on hidastuneessa kehossa sisäisesti samanlainen kuin oli nuorena. (Vallejo Medina 2007, 32-33.)

Pidentyneen elinajan seurauksena niin sanottu vanhuusvaihe voi jatkua useita vuosikymmeniä. Tämän vuoksi vanhuusvaihe onkin nykyään usein jaettu useampaan eri elämänvaiheeseen: kolmanteen, neljanteen ja viidenteen ikään. Kolmas, neljäs ja viides ikä eroavat enemmänkin toimintakyvyn ja palvelutarpeen perusteella kuin kronologiseen ikään pohjautuen. Neljännessä ja viidennessä ikävaiheessa terveys ja toimintakyky alkavat heikentyä ja tämän seurauksena palvelutarve kasvaa. Kolmannessa iässä taas ollaan vielä toimintakykyisiä ja hyväkuntoisia, osallistutaan ja harrastetaan. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 17-18.) Kolmas ikä voidaankin nähdä aikaisempaa myönteisempää vanhuuden kuvaa edistävänä käsitteenä. Se kapinoi sellaista mekaanista elämänselänajattelua vastaan, jossa elämän jälkipuolisko nähdään alamäkenä. (Karisto 2004, 104.)

Ajallisesti pidentyneeseen vanhuuteen sisältyy monia yhteiskunnallisia tapahtumia sekä paljon yksilöllisiä elämänselänkokemuksia ja muutoksia. Yksilön on sopeuduttava näihin kaikkiin ja etsittävä omat strategiansa selviytyä elämässä eteenpäin. Yhtenä vanhuuden merkinä onkin pidetty sitä, ettei enää kykene sopeutumaan omasta kehosta tai ympäristöstä johtuviin muutospaineesiin. (Helin 2002, 39.)

## 2.2 Kuoleman lähestyessä

län myötä aikaisemmat harhakuvat siitä että elämä jatkuisi loputtomiin, murtuvat, ja elämää tarkastellaan jäljellä olevan ajan näkökulmasta. Tietoisuus oman elämän rajallisuudesta ja kuoleman läheisyydestä on vanhuuteen olennaisesti kuuluva asia ja sen käsittelemistä on pidetty ikäihmisten kehitystehtävänä. Vanhenemisprosessi luo parhaimmillaan edellytyksiä, jotka helpottavat kuolemaan liittyvien kysymysten hallitsemista. (Ylikarjula 2001, 391.)

Kuolema on aina yksilöllinen ja ainutlaatuinen tapahtuma, johon vaikuttavat kuolevan elämäkokemus ja elämännäkemykset (Vænerberg 2001, 387). Se on viimeinen ja vaikein elämän rajatilanteista, sillä se merkitsee läheisten ihmisten ja asioiden menetystä. Moni vanhus pelkää iän ja sairauden myötä menettävänsä elämänsä hallinnan. Kuolemassa ja kärsimyksessä onkin kyse uhasta, joka asettaa elämänhallinnan ja mahdollisen kaikkivoipaisuuden tunteen kyseenalaiseksi. Varsinkin iäkkäät miehet ilmaisevat usein pelkäävänsä sitä, että he joutuvat elämään viimeiset aikansa muiden avun varassa. (Ylikarjula 2001, 391.)

Kuoleman pelkoa voidaan pitää luonnollisena ja yleisinhimillisenä suhtautumistapana. Kuolemassa saattaa pelottaa ajatus elämättömästä elämästä ja saavuttamattomista päämääristä, sillä kuolemassa ei voi enää valita uudella tavalla ja muuttaa elämäänsä. Ahdistus liittyy usein elämänhistoriaan. Vanhukset, jotka ovat kokeneet elämänsä aikana vähän muutoksia tai onnistuneet kriisien käsittelemisessä, suhtautuvat tavallisesti kuolemaan myönteisesti. Silti tyytyväisetkin vanhukset saattavat olla ahdistuneita siitä, että he joutuvat luopumaan elämästä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 214.)

Sairas vanhus voi toisaalta kokea kuoleman vapauttavana asiana, eikä ikääntyneen henkilön kuolema esimerkiksi pitkäaikaishoitolaitoksissa usein olekaan dramaattinen tapahtuma, vaan usein ehkä vuosiakin odotettu ystävä. (Pitkälä & Hänninen 2001a, 384; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 214). Jotkut

vanhukset saattavat ilmaista halunsa kuolla eikä sitä ole välttämättä pidettävä osoituksena mahdollisesta depressiosta. (Ylikarjula 2001, 392). Moni kokee tarvetta puhua toisille kuoleman herättämistä tunteista, ja kuolemasta puhuminen kuuluukin vanhuksen hengellisen toimintakyvyn tukemiseen. (Koskinen ym. 1998, 150; (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 214).

### 3 VANHUSTENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄ

#### 3.1 Väestön ikääntyminen

Suomen väestörakenteessa tapahtuu merkittäviä muutoksia lähitulevaisuudessa. Ikääntyvän väestön määrä ja suhteellinen osuus on kasvanut jo viimeisten vuosikymmenten aikana, mutta merkittävämpi kasvu tulee tapahtumaan seuraavien vuosikymmenten aikana, kun suuret ikäluokat tulevat eläkeikään. (Nivalainen & Volk 2002, 13.) Voimakkain rakennemuutos on parhaillaan käynnissä (Taulukko 1). Vanhojen vanhusten (yli 85-vuotiaat) määrän ennakoitaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2030 mennessä (Holma 2003, 7).

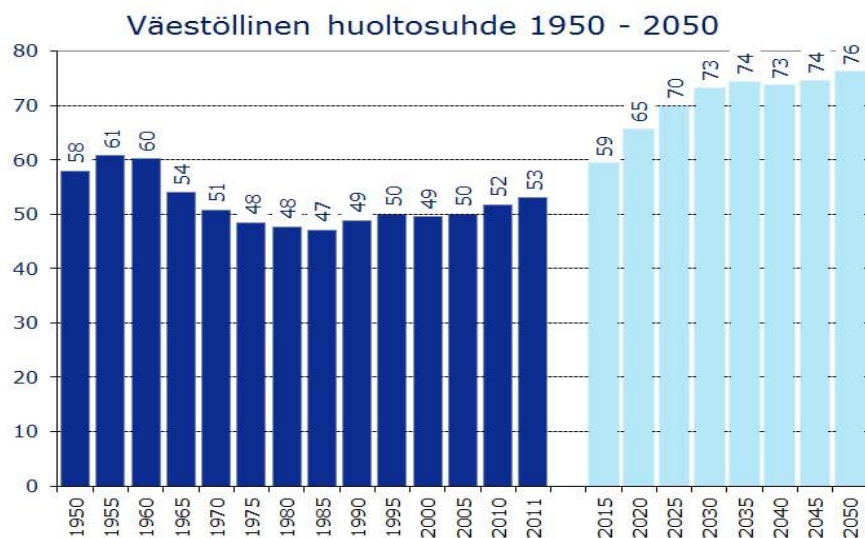
Taulukko 1. Vanhusten määrä ja osuus vuoteen 2030 (Holma 2003, 7).

Vuosi	65 vuotta täyttäneitä	75 vuotta täyttäneitä	85 vuotta täyttäneitä	65 v. täyttäneitä koko väestöstä (%)	75 v. täyttäneitä koko väestöstä (%)	85 v. täyttäneitä koko väestöstä (%)
2001	787 371	349 674	79 660	15,2	6,7	1,5
2010	915 069	410 004	101 235	17,4	7,8	1,9
2020	1 217 821	504 624	124 533	22,9	9,5	2,3
2030	1 389 126	723 936	169 022	26,3	13,7	3,2

Vuosituhanen vaihteen Suomessa joka seitsemäs henkilö oli yli 65-vuotias, ja 2030-luvulla heitä odotetaan olevan jo neljännes väestöstä (Helin 2000, 37). Kuluneen 40 vuoden aikana yli 80-vuotiaiden osuus väestöstä on jo viisinkertaistunut. Yli 80-vuotiaiden määrä on tällä hetkellä jo yli neljännesmiljoona. (Tilastokeskus 2012c.)

Ikääntymistä osittain selittävä eliniänodote on noussut ripeästi viimeisten vuosikymmenten aikana. Suomalaisen miehen odotettavissa oleva elinikä oli 50-luvulla vain noin 60 vuotta, naisilla vastaavasti 5 vuotta enemmän. Tultaessa 90-luvulle miesten odotettavissa oleva elinikä oli noussut kymmenellä vuodella, ja naisilla se oli jo lähes 80 vuotta. (Huttunen 2011.) Vuonna 2040 naisten elinajanodotteen on ennustettu olevan jo yli 86 vuotta, ja miehilläkin 82 vuotta (Sarvimäki & Heimonen 2010, 14).

Väestön ikääntymistä voidaan tarkastella myös väestöllisen huoltosuhteen avulla (Kuvio 1.) Huoltosuhte osoittaa lasten ja yli 65-vuotiaiden määrän 100 työikäistä kohti (Suomen Kuntaliitto 2012).



Kuvio 1. Väestöllinen huoltosuhte (Suomen Kuntaliitto 2012).

Kuten kuviosta nähdään, on huoltosuhte kasvanut Suomessa 1980-luvulta lähtien. Erityisesti vanhusväestön määrän huomattava kasvu nostaa väestöllistä huoltosuhdetta tulevaisuudessa tähänastista vauhdikkaammin. Vuonna 2020 koko maan huoltosuhteen arvioidaan olevan 65 ja vuonna 2050 jo lähemmäs 80. (Suomen Kuntaliitto 2012.) Haasteeksi muodostuu tällöin myös työvoiman saatavuus palveluiden tuotannon turvaamiseksi.

Tässä opinnäytetyössä kuvattu tutkimus on toteutettu Loimaan seutukunnan alueella sijaitsevissa Loimaan kaupungissa ja Auran, Pöytyän sekä Oripään

kunnissa. Näillä alueilla väestön ikääntyminen on koko maan keskiarvoon verrattuna voimakkaampaa (Tilastokeskus 2012a). Esimerkkinä voidaan tarkastella Loimaan kaupungin väestöennustetta (Taulukko 2), jonka mukaan yli 75-vuotiaiden määrä liki kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä. Myös huoltosuhdetta tarkastellessa havaitaan koko maan keskiarvoon verrattuna voimakkaampi muutos. (Tilastokeskus 2012b).

Taulukko 2. Vanhusväestön määrä Loimaalla eri vuosina (Tilastokeskus 2012a).

Vuosi	65–74-vuotiaiden määrä Loimaalla	yli 75-vuotiaiden määrä Loimaalla
2012	2139	2080
2020 (ennuste)	2746	2340
2040 (ennuste)	2124	3824

Väestön ikärakenteen muuttuminen merkitsee koko yhteiskunnalle tarvetta sopeutua entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin huomattavasti laajemmin. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 10). Varsin iäkkääksi elävien ihmisten tarpeet ja haasteet sekä omaisille että palvelujärjestelmälle ovat osittain uudenlaisia ja tulevat aiempaa selvemmin esille (Helin 2002, 38).

### 3.2 Palvelujen järjestäminen

Vanhustenhuollolla ei ole omaa erityislakia, jossa vanhuspalvelut olisi määritelty. Palvelut perustuvat sosiaalihuoltolakiin (710/1982), jonka mukaisista palveluista sosiaalitoimen vanhustenhuolto koostuu. (Heino 2008, 77.) Vanhustenhuollon palvelujärjestelmä on laaja ja moniulotteinen. Järjestämisvastuu on kunnilla, ja niiden on huolehdittava esimerkiksi kotipalveluiden ja asumispalveluiden järjestämisestä. Ikäihmisen asuinpaikasta riippuukin, miten moniportainen palvelujärjestelmä on käytettävissä. Kunnallista

palvelujärjestelmää täydentävät erilaiset tukijärjestelmät (Kela), järjestöt, yhdistykset ja vapaaehtoistyö sekä omaiset, joiden osuus vanhustenhoidossa on monissa tapauksissa merkittävä. (Tilvis 2001, 29-30.)

Kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhteistyössä naapurikuntien kanssa. Kunta voi myös järjestää palvelut ostamalla ne toiselta kunnalta, valtiolta tai yksityiseltä sektorilta, tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733.) Järjestöjen ja yksityisten yritysten osuus palvelujen tuottajana on vanhuspalveluissa suurempi kuin muissa sosiaalipalveluissa. (Volk & Laukkanen 2010, 21).

Valtakunnallisia linjauksia vanhuspalveluiden kehittämiseksi on esitetty useissa eri asiakirjoissa (Voutilainen 2009, 109). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus asettaa valtakunnalliset tavoitteet ikäihmisten säännöllisesti käyttämille palveluille. Tavoitteena on edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään palveluitaan yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien, asiakkaiden, omaisten sekä muiden kuntalaisten kanssa paikallisten tarpeiden ja voimavarojen mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 3-4.)

Nykyisin noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt henkilö tarvitsee toimintakyvyn heikkenemisen takia säännöllisiä palveluita, kuten kotihoidon käyntejä tai ympärivuorokautista hoivaa. Tätä iäkkäämmillä palvelujen tarve on vielä huomattavasti korkeampi. (Hansson ym. 2009, 13.) Pääpainon tulisi jatkossa olla ympärivuorokauden kotona asumista mahdollistavissa ja tukevissa palveluissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 10, 25.) Valtionhallinto onkin suositellut kunnille laitoshoidon vähentämistä ja avopalveluiden lisäämistä jo 1980-luvulta saakka. Tällä tavoin uskotaan saavutettavan säästöjen lisäksi myös paremmin vanhusten tarpeita vastaava palvelujärjestelmä. (Vaarama 1995, 19.)



### 3.3 Avo- ja laitoshoidon palvelut

Ikääntyneiden palvelujärjestelmä voidaan jaotella avo- ja laitoshoidon. Tässä esitellään tämän tutkimuksen kannalta keskeisimmät palvelumuodot. Perusteet joiden mukaan ratkaistaan, milloin palvelut ovat avo- tai laitoshoidon, on määritelty Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista (1806/2009). Asetuksen mukaan hoito on laitoshoidon aina kun se on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla tai vastaavassa sosiaalihuollon laitoksessa, kuten vanhainkodissa. Tällaiselle sosiaalihuollon laitokselle on ominaista, että siellä annetaan hoitoa, kuntoutusta ja ylläpitoa erityistä huolenpitoa vaativille henkilöille, jotka eivät selviä kotona tai muussa avohoidossa säännöllisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä huolimatta.

Tehostetusta palveluasumisesta ei ole erikseen määrätty laissa. Tehostetun palveluasumisen asiakkaat tarvitsevat apua ja ohjausta kaikissa päivittäisissä toimissaan, sekä hoivaa ja huolenpitoa vuorokauden ympäri. Tehostettua palveluasumista tarjotaan esimerkiksi ryhmäkodeissa ja palveluasunnoissa. (Välikangas 2006, 20.) Tässä tutkimuksessa laitospuoleisilla palveluilla tarkoitetaan sekä vanhainkodeissa, sairaalan ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla että tehostetun palveluasumisen yksiköissä annettua hoitoa.

Palveluasuminen on osa avohoidon. Palveluasuminen voidaan nähdä kotona asumisen ja laitoshoidon välimuodoksi, jonka piirissä oleva ikäihminen tarvitsee lähes ympärivuorokautista hoitoa. (Vallejo Medina ym. 2007, 47.) Palveluasuminen sisältää asunnon lisäksi myös siihen liittyvät palvelut. Asukas maksaa asunnosta vuokraa ja valitsee tarvitsemansa palvelut. (Välikangas 2006, 20.) Avohoidossa korostuukin henkilön omaehtoinen vaikutusmahdollisuus asumisen ja palvelujen järjestämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1806/2009).

Kotona asuvan ikäihmisen arjen sujumisen kannalta keskiössä ovat lähipalvelut, jotka tuodaan kotiin. Näitä avohuollon palveluita ovat kotihoito ja omaishoidon

tuki. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2008, 17.) Kotihoidossa yhdistyy sosiaalihuoltolain mukainen kotipalvelu ja terveydenhuollon kotisairaanhoido, jotka joissakin kunnissa toimivat yhä erillään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Kotihoidolla tarkoitetaan kotona tapahtuvaa henkilökohtaiseen huolenpitoon, terveyden- ja sairaanhoitoon sekä jokapäiväiseen elämään kuuluvissa toimissa avustamista ja niiden suorittamista. Kotihoitoon luetaan myös tukipalvelut, joita ovat esimerkiksi ateria- ja kuljetuspalvelut, sekä ympärivuorokautisen hoidon tarjoama lyhytaikaishoito. Tarvittava palvelukokonaisuus muodostuu asiakkaalle räätälöidyn yksilöllisen palvelupaketin avulla. (Ronkainen ym. 2002, 101.)

Omaishoidolla tarkoitetaan hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Se on kokonaisuus, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle annettava hoitopalkkio ja vapaa sekä mahdolliset omaishoitoa tukevat palvelut. Omaishoidon ehdoista säädetään laissa omaishoidon tuesta, mutta kunnalla on päätösvalta siitä, missä laajuudessa se järjestää omaishoidon tukea ja kuinka paljon se osoittaa talousarviossa voimavaroja hoitopalkkioihin ja palveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 9, 11.)

Näiden palveluiden sisällä ja rinnalla on myös muita palvelumuotoja, esimerkiksi päiväkeskukset, kerhotoiminta ja perhehoito. Olennaisena osana vanhustenhuoltoon kuuluvat myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. (Heino 2008, 77.)

### 3.4 Palvelurakennemuutos Loimaan seutukunnan alueella

Suomessa on meneillään kunta- ja palvelurakennemuutos, jonka tavoitteena on elinvoimainen, toimintakykyinen ja eheä kuntarakenne sekä taloudellinen ja kattava palvelurakenne, joka turvaa koko maassa laadukkaat palvelut ja niiden saatavuuden. Uudistusta toteutetaan kuntarakennetta, palveluiden rakenteita, tuotantotapoja ja organisointia kehittämällä. (Valtiovarainministeriö 2012.) On katsottu, että kuntakoon kasvaminen, yhteistoiminta-alueiden muodostaminen

ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden kehittäminen mahdollistavat vanhusten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijuuden ja muiden voimavarojen vahvistamisen, sekä nykyistä yhtenäisemmät toimintamallit. (Hansson ym. 2009, 41).

Toiminnallisiin kokonaisuuksiin pohjautuvien kuntien ja yhteistoiminta-alueiden muodostaminen on edennyt vaihtelevasti. Myös Loimaan seutukunnan alueella on selvitetty alueellisten, yhtenäisten toimintalinjauksien sekä palveluiden tuottamisrakenteiden kehittämistä. Loimaan ja Oripää ovat muodostaneet yhteistoiminta-alueen vuonna 2008, ja selvitys sosiaalipalveluiden siirtämisestä yhteistoiminta-alueelle on käynnissä. Aura ja Pöytyä ovat käyneet neuvotteluja yhteistoiminta-alueen muodostamisesta. Loimaalla on jo aiemmin osana kunta- ja palvelurakennemuutosta toteutettu kaksi kuntaliitosta ja sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistäminen osaksi kaupungin organisaatiota. Kuntaliitosten pohjalta on voitu uudistaa päällekkäisiä palvelurakenteita. (Loimaan kaupunki 2012b.)

Palveluiden järjestämisvastuun jakaminen toteutuu Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymässä, joka vastaa jäsenkuntiensa Pöytyän ja Auran noin 13 000 asukkaan perusterveydenhuollon palveluiden tuottamisesta neljällä eri terveysasemalla. (Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä 2012). Vanhusten palveluiden uudelleen organisoiminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004) näkyy esimerkiksi kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisenä Loimaalla, Pöytyällä ja Oripäässä. Aurassa ne toimivat vielä erillään.

Ikärakenteen muuttuessa on selvää, että palvelujen tarve ja menot kasvavat. Palvelujen tuotantoon liittyvistä menoista suurimpia eriä ovat eläkkeet ja terveydenhuollon menot, mutta myös pitkäaikaishoidon kustannuksissa on selkeä nousu. Maltillisemmassakin ennusteessa, joka perustuu terveisiin lisäelinvuosiin, menot kaksinkertaistuvat nykyisestä. (Volk & Laukkanen 2010, 32.) Loimaan seutukunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä tehty raportti (Asikainen & Halinen 2004, Theodorakis'n 2009, 17 mukaan) osoittaa, että alueen verotulojen riittävyys vähenee, ja samalla henkilöstön saatavuus aiheuttaa ongelmia.

Uudenlaisilla, laadukkailla ja kustannustehokkailla palveluilla onkin tulevaisuudessa yhä suurempi merkitys. Tällaisia ovat esimerkiksi ennakoivat kotikäynnit, joita toteutetaan Loimaan seutukunnan alueella. Myös ikäneuvolatoiminnan aloittaminen on suunnitteilla. Erittäin tärkeä palvelumuoto on kotisairaala, joka on osa Loimaan kaupungin palvelutarjontaa. Se on muita avohoidon palveluita täydentävä tehostetun kotihoidon vaihtoehto, joka mahdollistaa vuodeosastohoitoa tarvitsevan potilaan hoitamisen kotona (Loimaan kaupunki 2012a). Aura, Oripää ja Pöytyä ovat olleet mukana vanhusten perhehoidon hankkeessa ja perhehoidon osuus tulee niissä tulevaisuudessa saamaan suurempaa jalansijaa yhtenä palveluiden järjestämismuotona.

## 4 ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO

### 4.1 Kuolemaan hoitamisen käsitteitä

Jo historian alkua ajoista lähtien lääkäri on ollut kuolevan potilaan vuoteen vieressä. Ennen 1900-luvulla tapahtunutta lääketieteen kehitystä kuoleman estäminen oli harvoin mahdollista, ja niinpä lääkärin tehtävä oli pikemminkin lohduttaa ja tukea potilasta ja omaisia, sekä pyrkiä lievittämään oireita. Nykypäivänä hyvinkin vaikeita sairauksia pystymään parantamaan ja elinikä on merkittävästi korkeampi, mutta lääketieteen kehityksestä huolimatta olemme edelleen kuolevaisia. (Vainio 2004, 16-17.)

Kuolevien potilaiden hoidon periaatteet ovat kehittyneet hospice-liikkeen parissa Iso-Britanniassa, ja levinneet sieltä ympäri maailmaa. Modernin hospice-liikkeen esikuvana pidetään Lontoossa vuonna 1967 lääkäri, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja Cicely Saundersin perustamaa St. Christopher's Hospicea. Hospice-käsitteellä on kuitenkin tätäkin pidemmät juuret aina keskiajalle asti. (Mäntymies 2000, 196-198; Heikkinen ym. 2004, 19; Vainio ym. 2004, 43-45.)

Hospice-käsitteelle on etsitty lyhyttä ja selkeää suomenkielistä vastinetta. Useimmiten käytetään sanaa *saattohoito*, joka kertoo itsessään hospicehoidon ideasta: kuljetaan kuolevan kanssa yhtä matkaa niin pitkälle kuin se on mahdollista. (Mäntymies 2000, 196-197.) Käytössä on kuitenkin myös muita termejä: palliatiivinen hoito, terminaalahoito ja saattohoito ovat osittain päällekkäisiä käsitteitä, mutta tarkalleen ottaen niillä on myös eroa. (Heikkinen ym. 2004, 16).

Palliatiivinen hoito on käsitteenä laajempi kuin saattohoito. Se sijoittuu aktiivihoidon ja saattohoidon välimaastoon, ja voi ajallisesti kestää jopa vuosia. WHO:n (2012) määritelmän mukaan palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaiden potilaiden aktiivista, kokonaisvaltaista ja elämänlaatua tukevaa hoitoa siinä vaiheessa, kun lääketieteellistä parantavan hoidon mahdollisuutta ei enää ole. Keskeistä siinä on kivun ja muiden oireiden lievittäminen sekä

psykologisiin, hengellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin paneutuminen. (ETENE 2003, 6). Myös palliatiiviseen hoitoon kuuluu kuolevan potilaan hoitaminen, ja monessa kielessä se onkin saattohoidon synonyymi. Palliatiivisen hoidon nimikettä voidaan toisinaan käyttää myös siitä syystä, että siitä saattaa olla helpompi puhua kuin kuolemaan viittaavasta termistä saattohoito. (Heikkinen ym. 2004, 16–18.)

Terminaalihoidon käsitettä käytettiin Suomessa lähinnä 1980-luvulla. Nykyään terminaalihoidolla tarkoitetaan kuitenkin välittömästi kuolemaa edeltävää saattohoitoa (Heikkinen ym. 2004, 17.) Se on ajallisesti lyhyempi vaihe kuin palliatiivinen hoito ja saattohoito. Terminologia on hyvä tuntee, mutta lopulta se on kuitenkin sivuseikka. Pääasiana on nähtävä kuolevan potilaan laadukas, kokonaisvaltainen hoito elämän loppuvaiheessa (Hänninen 2001, 52–54.) Tässä tutkimuksessa kuolevan potilaan hoitamisesta käytetään jatkossa termiä saattohoito.

Saattohoito sisältää hoidon kuoleman lähestyessä, kuolintapahtumaan liittyvät toimenpiteet ja kuolemaa seuraavan vaiheen surutoineen (Linqvist 2000, 18–19). Se on vaikeasti sairaan potilaan hoitoa sellaisessa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu, eikä taudin etenemiseen pystytä enää vaikuttamaan. Useimmiten kysymys on syöpätaudeista, sillä syövän kohdalla on helpompaa arvioida jäljellä oleva elinaika. (Hänninen 2011b, 5.)

Saattohoito on vahvojen arvoperustojen ohjaamaa. Sen eettisinä arvoina ovat hyvä hoito, itsemääräämisoikeus, ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeudenmukaisuus. (Pihlainen 2010, 13.) Tärkeää sen toteuttamisessa on huomioida myös läheisten merkitys. (Hänninen 2011b, 8). Sillä, miten omaiset suhtautuvat saattohoitopotilaan tilanteeseen, on paljon merkitystä myös potilaan hyvinvoinnille. Omaiset tulisikin ottaa myös mukaan hoitoon siinä määrin kuin se on mahdollista, ja heitä tulisi rohkaista tukemaan läheistään. (Hietanen 2000, 100.) Saattohoito sisältääkin oireiden lievityksen lisäksi toisena tärkeänä aspektina myös läheisten tukemisen (Vainio 1993, 23).

Usein saattohoitopotilaan hoidossa riittää, että oirehoidon ja perushoidon hyvä taso on turvattu. Tämän lisäksi on kuitenkin tärkeää antaa potilaalle mahdollisuus tehdä haluamiaan asioita ja osallistua oman hoitonsa seurantaan. Potilas voi kokea yksittäisen oireen lievittämistä tärkeämmäksi ilon sekä merkityksellisyyden, omanarvontunnon ja hellyyden kokemisen. (ETENE 2003, 5.) Hospice-hoidon periaate ”*kun mitään ei ole tehtävissä, on paljon tehtävissä*” (esim. Mäntymies 2000, 197) ohjaa tarkastelemaan potilaan tilannetta näkökulmasta, jossa pienilläkin toiveilla on iso merkitys.

Yliääkäri Juha Hänninen on luetteloinut saattohoidon periaatteiksi seuraavat:

1. Oireiden lievitys
2. Turvallinen ja jatkuva hoitosuhde
3. Psykologinen tuki
4. Yksilöllisyyden ja ihmisarvon kunnioittaminen
5. Lähiverkoston huomioonottaminen
6. Potilaan itsemääräämisen varmistaminen
7. Elämänlaadun ja aktiivisuuden maksimoiminen

(Hänninen 2011b, 7.)

Hännisen luettelo kertoo, että saattohoidossa pyritään huomioimaan potilaan ja läheisten moniulotteiset tarpeet, eikä sitä tulekaan tarkastella pelkästään hoitona, jolla helpotetaan potilaan kipuja. Toisaalta käsitystä kivusta voidaan tarkastella myös laajemmasta näkökulmasta. Kuolevan kivut voidaan jaotella neljään eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, hengelliseen ja sosiaaliseen. Fyysiseen kipuun kuuluvat kivut, jotka aiheutuvat sairaudesta. Psyykkiseen kipuun liittyy ahdistusta, levottomuutta ja surua oman lähestyvän kuoleman vuoksi. Hengelliseen kipuun liittyy elämäkatsomuksellisia ja uskonnollisia kysymyksiä. Sosiaalinen kipu puolestaan käsittää huolen perheestä ja ystävistä sekä mahdollisesti työstä tai muusta tärkeästä elämän

osatekijästä. Näistä fyysinen kipu on usein saattohoidon helpoimmin ratkaistavissa oleva ongelma. Saattohoidon tulisi näin ollen olla kokonaisvaltaista hoitoa ja keskittyä kaikkien näiden eri kipujen syiden selvittämiseen ja hoitoon (ETENE 2004, 34.)

Pidempikestoinen mediakaalinen saattohoito on ajatuksena varsin uusi. Vain 50 vuotta sitten ani harva eli vanhuusikään saakka, eikä näin ollen kohdattu sellaista pitkittynyttä tilaa, jossa vanhuksen toimintakyky lamaantuu ja hän on täysin riippuvainen toisista ihmisistä. Useimpien kohdalla itse kuoleminen oli lyhyt, vain muutamia päiviä kestänyt vaihe, jossa ei vaadittu juuri muuta kuin ystävällisiä eleitä perheeltä ja ystävilta. (Hallenbeck 2003, 3.)

Toisaalta saattohoito on palaamassa sellaisiin periaatteisiin ja käytäntöihin, jotka ammoisista ajoista lähtien ovat eri kulttuureissa olleet tyypillisiä kuoleman kohtaamiselle. Kuoleva potilas uskoo hoitonsa ammatti-ihmisen käsiin, ja toivoo saavansa yksilöllistä, arvoa kunnioittavaa kohtelua. Viimeisten hetkien hoito on kärsimysten ja oireiden minimoimista, mutta myös nimenomaisesti rinnalla kulkemista. (Heikkinen ym. 2004, 16.)

Uudenlaiset haasteet koskettavat myös saattohoitoa. Väestön ikääntyminen lisää väistämättä myös kuoleman läheisyydessä olevien potilaiden määrää. Lääkäri James L. Hallenbeckin mukaan uudet sairaudet ovat haudanneet kulttuurisesti tavanomaiset sopeutumismekanismimme. Olemme valmistautumattomia siihen valtavaan määrään ihmisiä, jotka menehtyvät sellaisiin sairauksiin kuin syöpä ja dementia. Säilyttääksemme toivon elämisen ja kuoleamisen suhteen, meidän on kehitettävä uusia keinoja kohdata nämä modernit sairaudet ja kuolemat. Saattohoidon avulla voidaankin yrittää vastata juuri näihin kysymyksiin. (Hallenbeck 2003, 3.)

#### 4.2 Saattohoito Suomessa

Suomessa saattohoidon ohjauksen perustana voidaan pitää Lääkintöhallituksen vuonna 1982 antamia terminaalihoitojen ohjeita, jotka syntyivät 1970-luvulla alkaneen saattohoitotyön kehittämisen tuloksena (Vainio ym. 2004, 49).



Ohjeistuksessa selvitetään kuolevan potilaan eettisiä ja hoidollisia periaatteita ja pyritään huomioimaan yksilöllinen hoito ja arvokas kuolema (Lääkintöhallitus, 1982). Suomessa on toteutettu joitakin alueellisia saattohoidon kehittämishankkeita, julkaistu erilaisia saattohoidon oppaita ja oirehoitoa käsitteleviä teoksia sekä lisätty hoitajien kouluttautumismahdollisuuksia (ETENE 2003). Mitään valtakunnallista ohjelmaa ei kuitenkaan ole ollut (Vainio ym. 2004, 45-46).

Uudet asiantuntijakuulemisiin perustuvat saattohoitosuositukset julkaistiin Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta vuonna 2010, liki kolmekymmentä vuotta Lääkintöhallituksen ohjeiden julkaisun jälkeen. Saattohoitosuositukset koskevat kuolevan ihmisen hoitoa, henkilöstön osaamista sekä hoidon suunnittelua ja järjestämistä. Suosituksissa korostuvat saattohoidon eettiset ja inhimilliset periaatteet, yksilöllisten tarpeiden huomioiminen sekä kivun ja kärsimyksen lievittäminen (Pihlainen 2010, 30-31.)

Suomessa saattohoitoa järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sitä toteutetaan perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidon sairaaloissa, kehitysvammalaitoksissa, vanhainkodeissa, yksityisissä hoitoyksiköissä sekä potilaan kotona. Hoitolaitoksissa saattohoito on yhdistettynä muuhun hoitoon. (Pihlainen 2010, 23.) Ensimmäiset saattohoitokodit, Pirkanmaan hoitokoti Tampereella sekä Terho-koti Helsingissä, ovat toimineet vuodesta 1988. Turussa toimiva Karinakoti valmistui 1994. (Sand 2003, 30-33.) Hämeenlinnassa toimiva Koivikko-koti perustettiin vuonna 2002 ja viides, sekä samalla uusin saattohoitokoti Karjalakoti Lappeenrannassa avattiin syksyllä 2011 (CareliaCare 2012; Koivikko-koti 2012). Saattohoitokodeissa hoidetaan vuosittain noin tuhat kuolevaa potilasta (Vinblad 2012).

Vuonna 2008 Suomessa kuoli noin 40 000 ihmistä (Tilastokeskus 2012d). Näistä 17 prosenttia kuoli kodeissa ja 13 prosenttia ”muualla”, lähinnä vanhainkodeissa ja palvelutaloissa, eli yksiköissä joissa asukkaiden enemmistö on iäkkäitä ihmisiä. Kaikista kuolleista 77 prosenttia on täyttänyt 65 vuotta, ja onkin ilmeistä, että osa sosiaalihuollon asumisyksiköissä asuvista ihmisistä

kuolee sairaaloissa. (Pihlainen 2010, 23.) Kuolema tapahtuu usein muualla kuin siellä missä on viettänyt elämänsä viimeiset ajat (Taulukko 3).

Taulukko 3. Kuolleiden osuus (%) ikäryhmittäin (Pihlainen 2010, 23).

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

Saattohoidon yleisenä tavoitteena tulisi olla, että potilas saa kuolla toivomassaan paikassa. Saattohoitosuosituksissa todetaan, että saattohoitoa on toteutettava potilaan tarpeiden mukaisesti niin vanhainkodeissa, palvelutaloissa tai muissa asumisyksiköissä kuin kotonakin (Pihlainen 2010, 31). Suuri osa ihmistä onkin ilmaissut, että haluaisi kuolla kotonaan (Hänninen 2006b, 18). Kun potilas saa viettää viimeiset hetkensä tutussa ja mieluisassa ympäristössä, ei hänen sopeutumiskykyään rasiteta turhaan (Kübler-Ross 1970, 14). Koti edustaa monelle turvapaikkaa, jossa tutut rituaalit rauhoittavat ja potilaalla on tunne päätäntävällästä (Clark ym. 1999, 130).

Yleisimmät syyt, joiden takia potilas siirtyy kotoa sairaalahoitoon, ovat omaisten levon puute ja emotionaalisen tuen vähyys. (Ahlström & Hänninen 2004, 317). Omaisten ympärivuorokautinen sitoutuminen on usein kotihoidon edellytys, mutta omaiset eivät aina ole henkisesti tai tiedollisesti valmistautuneet tähän tehtävään. Oikealla tuella ja opastettuna raskaasta tehtävästä kuitenkin yleensä selviytyy. (Vænerberg 2001, 387.) Asiantuntevan kotisairaanhoidon ja tukisairaalan avulla voidaan mahdollistaa kotona asuminen ja lähes normaali elämä tuttuun ihmisten kanssa tietäen kuitenkin, että apu on tarvittaessa nopeasti saatavilla. (Hänninen 2006b,18).

Toisaalta kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että osa haluaa yhä kuolla sairaalassa, sillä koetaan, että hoidon ja turvallisuuden taso on tällöin

korkeampi kuin kotisaattohoidossa (Di Mola 1999, 134). Toive kuolinpaikasta vaihtelee potilaan oireiden, voinnin ja elämäntilanteen mukaan. Sairaala on hyvä hoitopaikka potilaalle, jonka on vaikea hyväksyä oma kuolemansa, tai siinä tapauksessa että koti on riittävä tai sieltä puuttuvat nykyaikaiset mukavuudet (Vænerberg 2001, 389). Tärkeää onkin huomioida potilaiden tarpeet yksilö- ja tapauskohtaisesti. Hyvä kotihoito ei aina ole parempi vaihtoehto kuin huono sairaala ja vastaavasti toisinpäin. (Di Mola 1999, 134-135.)

Saattohoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain noin 15 000 potilasta. Suurten ikäluokkien vanheneminen aiheuttaa jatkossa myös saattohoidolle uudenlaisia vaatimuksia ja haasteita. Pelkästään syöpään arvellaan vuonna 2015 kuolevan ainakin noin 10 000 ihmistä. (Pihlainen 2010, 11, 15, 23). Nykyisellään vain pieni osa kuolevista potilasta saa parasta mahdollista oireidensa mukaista hoitoa, sillä saattohoito on hajaantunut akuuttien potilaiden keskelle. (Vinblad 2012). Riittävän saattohoidon ulkopuolelle jäävät erityisesti iäkkäät potilaat, jotka sairastavat muuta kuolemaan johtavaa kroonista sairautta kuin syöpää. Syy siihen, miksi kokonaisvaltaista saattohoitoa ei tarjota näille potilaille, on todennäköisesti ennusteen arvioimisen vaikeus ja siten myös vaikeus ottaa elämän loppuvaiheen hoitoon liittyviä vaikeita asioita esille. (Laakkonen & Pitkälä 2006, 81-82.)

Varsinaisissa saattohoitokodeissa hoidetaan vuosittain noin tuhat potilasta, mutta paikkoja tarvittaisiin lisää arvion mukaan ainakin 350 (Vinblad 2012). Hoitojärjestelmän näkökulmasta saattohoidon toteutumista saattohoitokodeissa estävät muun muassa vähäinen yhteistyö muun terveydenhuollon kanssa, liian myöhään tehdyt läheteet sekä saattohoidon rajallinen saatavuus. Saattohoidon saatavuus on rajallista taloudellisista, maantieteellisistä ja sosiaalisista syistä. Terho-kodin ylilääkäri Juha Hänninen onkin todennut, että olisi järkevää perustaa jokaiseen yliopistosairaalaapiiriin oma saattohoitokoti, joka vastaisi myös alueen saattohoidon koulutuksesta osaltaan. (Hänninen 2004, 316.)

Joissakin kannanotoissa vierastetaan ajatusta siitä, että lähdetään jonnekin erikseen kuolemaan. Hyvää saattohoitoa voidaan toteuttaa yhtä lailla

esimerkiksi terveyskeskuksessa, kunhan siihen varataan aikaa ja henkilöstöresursseja. (Luoma 2009.) Tulevaisuudessa tuleekin yhä tärkeämmäksi nostaa esille ajatus siitä, että saattohoitoa ei pitäisi tulkita vain jonkin erillisryhmän tai -laitoksen työksi, vaan se voi toteutua kaikkialla, missä ihmiset kuolevat, tarpeisiin ja olosuhteisiin mukautuen. (Linqvist 2000, 20). Saattohoitopolun selkiyttäminen ja erityisesti kotisaattohoidon järjestämismahdollisuuteen panostaminen ovat tässä avainasemassa. (Pihlainen 2010, 35).

#### 4.3 Saattohoito neljänä eri vaiheena

Tässä tutkimuksessa saattohoitoa tarkastellaan kuolevan potilaan hoitoa laajempänä kokonaisuutena, ja saattohoito on jaettu neljään eri vaiheeseen. Tässä alaluvussa esitellään tutkimuksen ymmärtämisen kannalta keskeisiä eri vaiheisiin liittyviä seikkoja. On kuitenkin huomioitava, että vaiheisiin sisältyy muutakin kuin tässä esimerkkinä mainitut seikat.



Kuvio 2. Saattohoito prosessina (Virjonen ym. 2012, 7).

Ennakointivaiheella tarkoitetaan varsinaista saattohoitovaihetta valmistelevaa työtä. Siihen katsotaan tässä kuuluvaksi esimerkiksi potilaan ja omaisten valmentaminen ja tukeminen saattohoitoon valmistauduttaessa, sekä potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista valmistelevat toimet. Hoitotahto on yksi ennakkoinnin väline. Se on itsemääräämisoikeuden ilmenemismuoto, jossa potilas ilmaisee hoitoaan koskevan tahdon etukäteen sellaisen tilanteen varalta, jossa hän ei ole enää kykenevä ilmaisemaan tahtoaan. Hoitotahdosta ei ole säädetty muotomääräyksiä, ja se voi olla joko kirjallinen asiakirja tai suullisesti ilmaistu tahto. (Sarvimäki ym. 2010, 196.) Hoitotahtoja tehdään vielä

suhteellisen vähän, ja etenkin muistisairaiden kanssa työskentelevät lääkärit toivoisivatkin niiden yleistyvän. (Yle Uutiset 2012). Hoitotahdon puheeksiottaminen on kuitenkin usein arka tilanne - jopa siinä vaiheessa, kun kuolema jo kolkuttelee ovella (Flygar 2008).

Saattohoitovaiheeseen liittyy joukko erinäisiä päätöksiä, joita tässä lyhyesti selvennetään. Saattohoitovaiheen tulisi alkaa saattohoitopäätöksellä. Saattohoitopäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa. Se voi olla yksi hoitolinjapäätös tai lopputulos prosessista, jossa on selvinnyt, ettei sairaus ole parannettavissa. (ETENE 2003, 6.)

DNR-päätös (do not resuscitate) eli päätös elvyttämättä jättämisestä on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös pidättäytyä potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta ja paineluelvytyksestä, jos sydämen toiminta pysähtyy. Päätös perustuu arvioon siitä, että potilaan perussairaudet ovat niin vaikeita, että hänen tilansa ei todennäköisesti enää palautuisi elvyttämisen jälkeen. (Valvira 2012.) DNR-päätöksen tarkoituksena on säästää kuolevaa rasittavilta, hyödyttömiltä tutkimuksilta ja hoidoilta ja auttaa lääkäreitä nopeissa hoitopäätöstilanteissa. Se on aina sidoksissa kuhunkin tilanteeseen, ja sen pitäisi olla potilaan ja omaisten muuttuviin toiveisiin mukautuva. (Pitkälä & Hänninen 2001a, 381.)

DNR-lyhenteen sijaan on viime aikoina esitetty käytettäväksi AND-lyhennettä (allow natural death). Sen ajatus on sallia lähestyvä luonnollinen kuolema silloin, kun ajatellaan, että kuolema ei enää ole lykättävissä, eikä esimerkiksi infektioiden hoidolla tai ravitsemus- ja nesteytyshoidolla saavuteta potilaan loppuelämänkannalta merkittävää lisähyötyä. (Hänninen 2011a.) Luonnehdinta ”sallitaan luonnollinen kuolema” ilmaisee, mistä vaikeasti dementoituneen tai monisairaana vanhuksen loppuvaiheen hoidossa on oikeastaan kyse (Pihlainen 2010, 13).

Ennakoivien hoitosuunnitelmien avulla estetään potilaan pompottelu paikasta toiseen. Määrittelemällä ohjeet esimerkiksi lääkityksen muuttamisesta ja

kontaktipaikasta tilanteessa, jossa potilaan vointi äkillisesti huononee, voidaan estää turhat viime hetken siirrot päivystyspoliklinikalle (Vainio 1993, 80-81.)

Saattohoito ei pääty potilaan kuolemaan. Kuoleman jälkeen vainajaa on käsiteltävä arvostavasti ja kunnioittavasti. (Pihlainen 2010, 19). On oltava valmiuksia kohdata kuoleman synnyttämät reaktiot ja mahdollistaa rauhallisesti ja arvokkaasti vainajan hyvästely sekä siihen mahdollisesti liittyvät rituaalit (ETENE 2004, 23). Kuoleman jälkeen avautuu eri tavalla myös mahdollisuus omaisten tukemiseen. Heidät voidaan ottaa mukaan vainajan laittoon ja rauhallinen hetki kuolleen vierellä voi auttaa surutyössä. (Vænerberg 2001, 390.) Monet tarvitsevat käytännön ohjeita esimerkiksi hautausjärjestelyistä. (Leino 2004, 42-43). Edessä on usein pitkä suremisen aika. Omaiset tuntevat kiitollisuutta, jos saavat puhua jonkun kanssa, varsinkin sellaisen ihmisen kanssa, joka on ollut kosketuksissa vainajaan tämän viimeisten elinpäivien aikana. (Kübler-Ross 1970, 175, 177.)

Kuoleman jälkeisellä vaiheella on tässä tutkimuksessa tarkoitettu tilannetta, jolloin potilaan kuolemasta on jo kulunut hetki, ja siihen liittyvät käytännön järjestelyt alkavat olla loppusuoralla. Saattohoitosuosituksissa todetaan, että suositusten toteutumista edistetään käynnistämällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä (Pihlainen 2010, 31). Etenkin saattohoidon loppuvaiheessa onkin tärkeää käydä läpi toteutettua saattohoitoa ja arvioida sitä oppimis- ja kehittymisnäkökulmasta. Tämä liittyy myös saattohoitotyötä tekevän henkilöstön työssä jaksamiseen. Hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on saattohoitotyölle ominaisen herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys (Pihlainen 2010, 31).

#### 4.4 Henkilöstö, osaaminen ja työssä jaksaminen

Saattohoitoon osallistuvan tiimin jäsenet voivat edustaa eri ammattiryhmiä. Tiimin ytimen muodostavat potilas ja hänen läheisensä ja terveydenhuollon ammattilaiset. Potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaan saattohoitotiimiin voivat kuulua esimerkiksi sosiaalityöntekijä, pappi, psykologi ja vapaaehtoinen

tukihenkilö. Hoitopaikasta ja alueen palvelurakenteesta riippuen mukana voivat olla myös kotihoidon, kotisairaalan tai vuodeosaston työntekijät. (Heikkinen ym. 2004, 128-129.)

Tiimityön avulla saattohoidossa saadaan aikaan yhteisiä, innovatiivisia ratkaisuja (Heikkinen ym. 2004, 128-129). Eri alojen ammattilaisten näkemykset ja vahvuudet eri osa-alueilla auttavat huomioimaan saattohoitopotilaan ja hänen omaisensa kokonaisvaltaisesti. Esimerkiksi sosiaalialan ammattilaisen rooli saattohoidossa voi olla perheen ja potilaan tukeminen muutosten ja menetyksen hyväksymisessä, etuuksien hakemisessa avustaminen ja eräänlaisena koordinoijana palvelujärjestelmässä toimiminen. Hän voi ohjaamalla, tukemalla, neuvomalla ja käytännön asioista huolehtimalla auttaa murrostilannetta läpikäyviä potilaita ja heidän omaisiaan. (Beresford ym. 2007, 68-71.)

Saattohoitokoulutuksella voidaan lisätä hoitohenkilökunnan asenteellisia, tiedollisia ja taidollisia valmiuksia laadukkaaseen hoitoon. Sen avulla voidaan myös vähentää erilaisten näkemysten ja suhtautumistapojen aiheuttamia ristiriitoja potilaan hoidossa. (ETENE 2004, 36.) Tutkimusten mukaan sairaanhoitajien ja lähihoitajien saattohoidon koulutus vaihtelee oppilaitoksittain. Kokonaisuutena opetus on vähäistä ja yhteiset käytännöt puuttuvat. Koulutus jää kauas nykyisistä vaatimuksista, ja lisäksi täydennys- ja lisäkoulutuksen tarpeita tulisi huomioida saattohoidon osaamisen varmistamiseksi. Saattohoidon koulutuksen puute on huolestuttavaa etenkin siksi, että suuri osa saattohoidon toteuttamisesta liittyy kiinteästi hoitohenkilöstön normaaliin työhön. (Pihlainen 2010, 22.)

Myös lääkäreiden peruskoulutuksen saattohoidon opetusmäärät ja sisällöt vaihtelevat yliopistoittain. Aivan viime vuosina on kuitenkin käynnistetty lääkäreiden saattohoidon erikoiskoulutus, jossa valmistuu 30 saattohoitoon erikoistunutta lääkäriä kahdessa vuodessa. Kaiken kaikkiaan saattohoidon koulutuksessa tarvittaisiin systematisointia, sillä nykyinen koulutus jää pitkälti yksittäisten henkilöiden, saattohoitokotien ja järjestöjen vastuulle. (Pihlainen 2010, 22.)

Kuolevan ihmisen yksilöllistä arvoa kunnioittava hoito on vaativaa ja ammattiauttajan omia voimia kuluttavaa. (Molander 1999, 9). Tunnekuormittuminen on keskeinen jaksamista uhkaava elementti. Saattohoitotyö on tunteiden kohtaamiseen suostumista, ihmisen keskeneräisyyden sietämistä ja luopumisen sisäistämistä elämänkaareen kuuluvana tapahtumana. Kuolemaan ei totu, ja saattohoidossa työskentelevien kuolemapelko saattaakin yllättävästi olla suurempi kuin muussa hoitotyössä (Heikkinen ym. 2004,189, 191.)

Kuolevan hoidossa paranemisen riemu jää kokematta ja hoitoilo on löydettävä muualta. Jaksamisen peruslähde on hoitotyön toteuttamisessa, mutta työyhteisön ihmissuhteiden toimivuudella ja tyytyväisyydellä omaan elämään on myös suuri merkitys. Perusolettamuksena on, ettei voi hoitaa hyvin, ellei itse voi hyvin. (Molander 1999 63, 69.) Raskas työ voi kuitenkin antaa myös uusia voimavaroja. Saattohoitotyöstä voi oppia elämästä jotain sellaista, johon kaikilla ei ole tilaisuutta (Heikkinen ym. 2004, 192).

Toteutettujen saattohoitojen käsittely jälkikäteen voi auttaa saattohoidon parissa työskenteleviä ammattilaisia jaksamaan työssään. Kuoleman tapahduttua hoitajilla tulisi olla mahdollisuus pysähtyä käsittelemään hoitosuhteeseen liittyneitä tunteita. Jälkipuinnissa työntekijä saa mahdollisuuden kokea työyhteisön tukea. Se auttaa henkilökuntaa jaksamaan myös kielteisten tunteiden keskellä. (Molander 1999, 11.) Myös työnohjaus ja terapia ovat erityisen tärkeitä saattohoitotyössä, jossa jatkuvasti kohdataan ahdistavia asioita, joudutaan ihmisyyden vaativimpiin tilanteisiin ja käytetään työvälineenä omaa persoonallisuutta. (Hietanen 2000, 94).



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Yhteistyökumppani

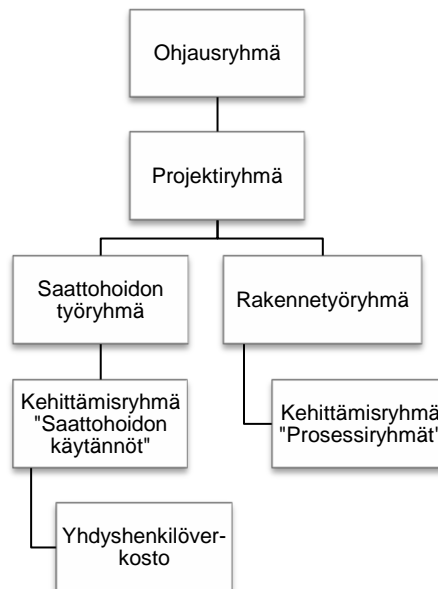
Tämä tutkimus on työelämälähtöinen tilaustyö, jonka tilaajana ja yhteistyökumppanina on Tehu-hanke. Tehu-hanke on yksi Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) PUMPPU-hankkeen osahankkeista. EAKR:n avulla Euroopan unioni osallistuu alueiden kehittämiseen. Tehu-hankkeessa rahoittajina ovat Etelä-Suomen aluekehitysrahasto ja Turun ammattikorkeakoulu. Hanke ei näin ollen aiheuta kustannuksia siihen osallistuville yrityksille sekä julkisen ja kolmannen sektorin edustajille. (PUMPPU-hanke 2012a; Virjonen ym. 2012, 4.)

Hanke on alueellinen sosiaali- ja terveystyön kehittämishanke. Sen tavoitteena on kehittää palvelutuotantoa tehokkaammaksi uusien tuotteiden tai työnjakojen avulla. Pää tavoite on saada hyvinvointialan resurssit eri seuduilla optimaaliseen käyttöön. Tehu jakaantuu neljään eri osioon, joista Loimaan seutukunnan saattohoidon kehittäminen on tähän tutkimukseen liittyvä osio. (PUMPPU-hanke 2012b; Virjonen ym. 2012, 4.)

Hankkeessa ovat mukana Loimaan aluesairaala, Loimaan sosiaali- ja terveystalokeskus, Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä, Pöytyän, Auran ja Oripään kunnat sekä alueella toimivia yksityisiä hoito- ja hoivapalveluita tuottavia yrityksiä. Sen tavoitteena on selkiyttää alueellisesti saattohoidon toteuttamistapaa niin, että organisaatioiden välinen yhteistyö tuottaa taloudellisesti parhaan tuloksen ja korkean hoidon laatutason, sekä se, että potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu lainsäädännön mukaisesti. Tavoitteena on siis eri tahojen selkiytynyt työnjako ja sujuva yhteistyö, sekä sellaisen palvelumuodon mallintaminen, joka mahdollistaa saattohoitosuosituksen mukaisen, turvallisen saattohoidon toteutumisen kotona, joka tässä yhteydessä ymmärretään paitsi omassa asunnossa, myös vanhainkodin tai palveluasuntolan yhteydessä tapahtuvaksi asumiseksi.

Lähtöajatuksena on siis tuottaa palvelut ihmisen lähelle. Toimintatapa on onnistuessaan hyvä kaikkien osallisten näkökulmasta: asiakas saa olla tutussa ympäristössään, päävastuussa asiakkaan hoidosta on sama tuttu henkilöstö ja tarpeettomilta potilassiirroilta vältytään. Lisätavoitteena on yksikkökohtaisten toimintakäytäntöjen kehittyminen ja osaamisen tason vahvistuminen. Hankeeseen osallistuvia organisaatioita/yksiköitä on yhteensä 28. (PUMPPU-hanke 2012b; Virjonen ym. 2012, 4.)

Hankeorganisaatio koostuu ohjausryhmästä, projektiryhmästä sekä työryhmistä Kuvion 3 mukaisesti.



Kuvio 3. Hankeorganisaatio (Virjonen ym. 2012, 5).

Ohjausryhmä koostuu keskeisistä johtavista virkamiehistä, ja se ohjeistaa hankkeen etenemistä, arvioi tuloksia ja vie kehittämisen kohteena olevia asioita eteenpäin. Projektiryhmä koostuu aihealueen kannalta keskeisistä esimiehistä. Projektiryhmä yksilöi työstettävät aiheet ja toimenpiteet ja asettaa tarvittavat kehittämisryhmät. Työryhmät koostuvat paikallisista asiantuntijoista, lähiesimiehistä ja muista kehittämistehtävän kannalta keskeisistä henkilöistä. Työryhmissä suunnitellaan ja toimeenpannaan käytännön toimenpiteitä. Kehittämistyötä tekevät ryhmät edustavat monipuolisesti hoitopolun eri tahoja, ja ne ovat työryhmien tukena valituissa kehittämistehtävissä. Hankkeen kaikissa

osallistuvissa yksiköissä on lisäksi yhdyshenkilö, joka toimii linkkinä hankkeen ja oman yksikkönsä välillä, ja osallistuu hanketyöhön. (Virjonen ym. 2012, 5-6.)

Tässä opinnäytetyössä kuvattu tutkimus on toteutettu yhteistyössä projektiryhmän, saattohoitotyöryhmän ja hanketyöntekijöiden kanssa luvussa 5.3 esitetyllä tavalla. Kuviossa 2 esiintyvät kehittämissryhmät on perustettu tutkimustulosten valmistumisen jälkeen keväällä 2012 jatkamaan työskentelyä tästä tutkimuksesta esiin nousseiden kehittämiskohteiden parissa.

## 5.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää saattohoidon nykytilannetta ja kehittämistarpeita Loimaan seutukunnan alueella. Tavoitteena on tuottaa tietoa Tehu-hankkeen kehittämistyötä varten.

Näiden tavoitteiden pohjalta asetin seuraavat tutkimusongelmat:

1. Millainen on saattohoidon nykytilanne?
2. Mitkä kehittämistarpeet nousevat erityisesti esille?

## 5.3 Tutkimusaineiston hankinta

Tämä tutkimus on lähtökohdiltaan kvantitatiivinen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimusaineisto edustaa tilastollisesti perusjoukkoa, jonka havaintoyksiköt muodostavat. (Uusitalo 1996, 80). Tutkimuksen mielekkyyden peruskysymys on, missä määrin tutkittavan ilmiön peruspiirteet ovat mitattavissa systemaattisesti, tai tutkittavasta ilmiöstä voidaan eristää mitattavia osia. (Alkula ym. 1994, 20).

Tutkiminen edellyttää tutkittavan asian operationalisointia. Operationalisointi on teoreettisten asioiden muuttamista mitattaviksi. Käsite on muutettava käytännön tasolle, määriteltävä perin pohjin, ja siirryttävä teoreettisesta kielestä

arkikieleen. Tutkijan on siis osoitettava selvästi, mitä käsiteltävä asia tarkoittaa hänen tutkimuksessaan. (KvantiMOTV 2012b.)

Tutkimusaineisto hankittiin käyttämällä survey-menetelmään kuuluvaa strukturoitua kyselytutkimusta. Menetelmän avulla voidaan kerätä laaja aineisto, ja se katsottiin sopivimmaksi menetelmäksi tähän tutkimukseen. Menetelmä on tehokas, sillä se säästää tutkijalta aikaa ja vaivaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–195.) Aineisto voidaan käsitellä nopeasti tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. Sen lisäksi myös kustannukset ja aikataulu ovat arvioitavissa melko tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Tutkimusaineiston hankinnassa käytin apuna Internetin verkkoselaimen avulla toimivaa Webropol-ohjelmaa, joka on tehokas ja nopea kysely- ja tiedonkeruusovellus (Webropol 2010). Kyselyn sisältö syntyi pitkän prosessin tuotoksena. Sen kehittäminen aloitettiin yhdessä hanketyöntekijän kanssa marraskuussa 2011. Kyselyn teemoissa pyrittiin nostamaan esille Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (Pihlainen 2010) julkaisemissa saattohoitosuosituksessa painotettuja seikkoja tähän tutkimukseen soveltuvien osien. Sisällön laatimisessa piti lisäksi ottaa huomioon kyselyn suuntaaminen sekä avo- että laitospalveluita tuottaviin yksiköihin. Se vaikutti esimerkiksi siihen, että väittämissä käytettiin termiä asiakas/potilas. Tässä raportissa käytetään termiä potilas tarkoittaen sillä kuitenkin myös avopalveluiden asiakkaita.

Kysely esiteltiin alkuvuoden aikana saattohoitotyöryhmälle ja projektiryhmälle, jotka tekivät joitakin lisäyksiä ja muutoksia sisältöön. Lopullinen kyselylomake (Liite 2) sisälsi 42 luvussa 4.3 esitetyjen saattohoidon vaiheiden mukaan jaoteltua strukturoitua kysymystä sekä 3 avointa kysymystä, joissa vastaajilla oli mahdollisuus vielä vapaasti kertoa, mitkä tekijät edesauttavat tai vaikeuttavat saattohoidon toteuttamista omassa yksikössä.

Ennen kyselyn lähettämistä huolehdittiin vielä varmuuden vuoksi kyselylomakkeen testauksesta muutaman testikäyttäjän avulla, sillä kyselylomakkeen testaus on laadukkaan tutkimuksen edellytys ja sen avulla voidaan lisätä lomakkeen luotettavuutta. Testaamisen avulla voidaan arvioida

vastausohjeiden selkeyttä, mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan ja vastaamiseen käytetyn ajan kohtuullisuutta. (Vilka 2007, 78-79; Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat kaikki 28 Tehu-hankkeessa mukana olevaa yksikköä. Webropol-kyselyn sisältävä linkki lähetettiin sähköpostitse 22.3.2012 yksiköiden yhteyshenkilöille, jotka oli määritelty alkuvuoden aikana hankkeen työryhmien kokouksissa. Samalla lähetettiin saatekirjelmä, eli tässä tapauksessa liitetiedosto (Liite 1), sillä kyselyyn on sisällytettävä selkeät vastaamis- ja täyttöohjeet, ja kerrottava tiedot tutkimuksesta, sen tarkoituksesta, tekijöistä ja siitä, mihin tietoja tullaan käyttämään. (Alkula ym. 1994, 137). Samalla viikolla ollut yhteyshenkilöiden kokous mahdollisti sen, että vastaamisohjeet pystyttiin kertomaan myös suullisesti.

Yhteyshenkilöt vastasivat keskustelun synnyttämisestä omissa työyhteisöissään, tavoitteena mahdollisimman moniammatillinen näkemys kyselyn sisältämistä teemoista. Yhteyshenkilöt hoitivat kyselyyn vastaamisen näiden keskusteluiden pohjalta muodostetun työyhteisön yhteisen mielipiteen perusteella. Esitettyjä väittämiä arvioitiin viisiportaisen Likertin asteikon avulla (Liite 1). Likertin asteikko on järjestysasteikko, jossa ideana on, että asteikon keskikohdasta toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen suuntaan vähenee (Vilka 2007, 46). Sitä käytetään usein silloin, kun mitataan mielipiteitä tai asenteita (Aaltola & Valli 2010, 117).

Vastausaikaa annettiin aluksi kaksi viikkoa, mutta toiveesta sitä pidennettiin hieman. Muistutusviesti lähetettiin sähköpostitse ja vastausajan loputtua olin myös puhelinyhteydessä niihin muutamiin yhteyshenkilöihin, joiden yksiköistä ei ollut vielä vastattu kyselyyn. Viikon sisällä vastausajan päättymisen jälkeen saapuneet vastaukset otettiin huomioon, sillä tutkimukseen haluttiin saada mahdollisimman kattava otos.

## 5.4 Aineiston analysointi

Strukturoidun kyselyni aineisto on analysoitu Webropol-ohjelman analysointityökaluja käyttämällä. Aluksi siirsin aineiston myös Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – ohjelmaan. Kvantitatiiviseksi tutkimukseksi aineiston koko oli kuitenkin melko suppea. Siitä johtuen totesin, ettei ollut tarkoituksenmukaista lähteä työstämään esimerkiksi ristiintaulukointia tai korrelaatiokertoimia, eikä tavoitteena ollutkaan analysoida muuttujien välisiä riippuvuuksia (Holopainen & Pulkkinen 2002, 53, 233). Määrällisessä tutkimuksessa on tärkeää valita sellainen analyysimenetelmä, joka antaa parhaiten tiedon siitä, mitä ollaan tutkimassa (Vilkkä 2007, 119). Yleisimpiä ovat kuvailevat tilastolliset menetelmät, joiden tulokset ovat riittävästi dokumentoituina melko helposti ymmärrettävissä. Tunnuslukuista tyypillisimpiä ovat aineiston tapausten lukumäärät eli frekvenssit, prosenttiosuudet sekä aritmeettiset keskiarvot ja muut keskiluvut (KvantiMOTV 2012a.) Tässä tutkimuksessa päädyin tarkastelemaan aineiston tunnuslukuja keskiarvojen ja prosenttiosuuksien eli suhteellisten jakaumien avulla.

Webropol-ohjelmasta sain saattohoidon eri vaiheisiin sisältyvien kysymysten keskiarvoja kuvaavan kokonaiskeskiarvon. Joissain yhteyksissä tätä voitaisiin kutsua myös summamuuttujaksi, mutta koska vaiheen kysymykset eivät mittaa samaa asiaa, käytetään tässä nimitystä vaiheen kokonaiskeskiarvo.

Avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset analysoin sisällönanalyysiä käyttäen. Perinteinen tapa tehdä kvalitatiivista sisällönanalyysiä on tarkastella, mikä on tekstin sisältö. Tulkinta sisällöstä ei synny tiukasti määrätyn normiston tai mittausten perusteella (Toivonen 1999, 125.) Aineistoa käydään läpi systemaattisesti useaan kertaan ja aineistosta etsitään yhteneväisyyksiä ja eroja sen mukaan mistä ollaan kiinnostuneita. Kaikki muu jätetään tutkimuksesta pois. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92). Kävin avoimia vastauksia läpi Tuomen & Sarajärven (2009, 109) kuvaamalla tavalla niin, että alleviivasin vastauksista pelkistettyjä ilmauksia. Sen jälkeen listasin kaikki ilmaukset peräkkäin, ja lähdin muodostamaan niistä alaluokkia värikoodauksen avulla.

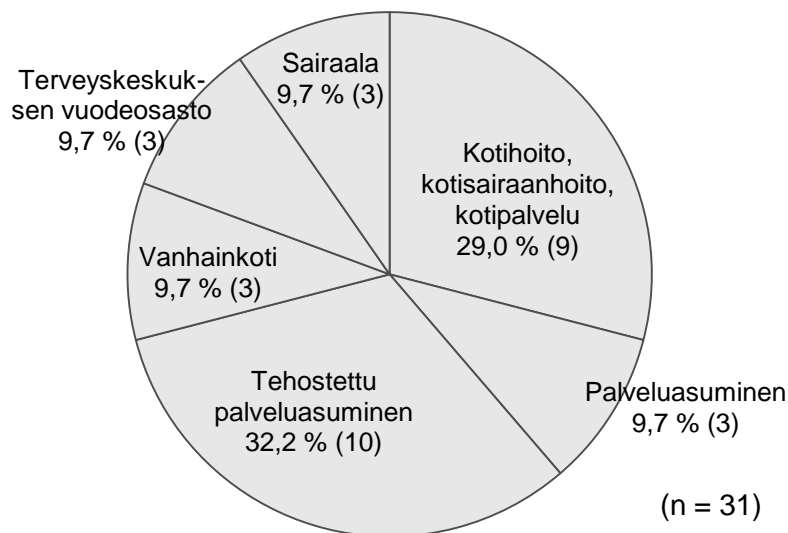
Päätin tulosluvussa yhdistää strukturoitujen kysymysten vastaukset sekä avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset niin, ettei avoimia kommentteja esitetä erikseen omissa luvuissaan. Luokitellut tulokset on esitetty tekstin elävöittämiseksi enimmäkseen suorina lainauksina sellaisten alalukujen alla, joihin ne sisällöltään sopivat.

Tulosten havainnollistamista varten tein Microsoft Excel- ja Word –ohjelmien avulla vastausten keskiarvoja kuvaavat graafiset palkkikuviot, joissa tarkastelua on helpotettu rankkeerauksen avulla. Lisäksi esittelen tuloksia taulukoissa, joista nähdään vastausten suhteelliset jakaumat. Näitä prosentuaalisia jakaumia tarkastellessa on kuitenkin pidettävä mielessä aineiston suhteellisen pieni koko (n=31). Keskiarvoja tarkastellessa on huomioitava se seikka, että keskiarvolaskennasta on poissuljettu asteikon kohta ”asia ei koske yksikköämme”. Joidenkin väittämien kohdalla melko suuri määrä vastanneista yksiköistä on valinnut vastausasteikosta tämän kohdan, jolloin keskiarvo muodostuu pienen vastausmäärän perusteella.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimusjoukko koostui hankkeeseen osallistuvista 28 yksiköstä. Yksi yksiköstä ei vastannut kyselyyn, mutta vastaavasti kotihoiton osalta yhdestä yksiköstä saatiin tiimikohtaisia vastauksia, jolloin tutkimusjoukon kokonaismääräksi muodostui 31. Toimintokohtaisesti tarkasteltuna tutkimusjoukko jakaantui epätasaisesti. Kuviossa 4 on esitetty toimintokategorioiden suhteellisia jakaumia.



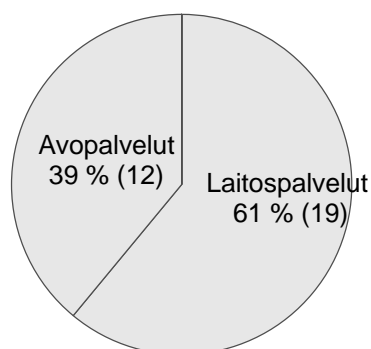
Kuvio 4. Vastausten hajonta toimintokohtaisesti.

Tehostetun palveluasumisen yksiköt muodostivat tutkimusjoukossa suurimman toimintokohtaisen jakauman (32 %). Kotihoiton, kotisairaanhoidon ja kotipalvelun, joista jatkossa selkeyden vuoksi käytetään nimitystä kotihoito, osuus ylsi liki samaan (29 %). Palveluasumisen ja vanhainkodin yksiköiden



sekä sairaalan ja terveyskeskusten osastojen vastausten osuus oli kussakin toimintokategoriassa vain noin 10 prosenttia (9,7 %).

Tuloksia tarkastellessa on otettava huomioon toimintokohtaisten jakaumien osuuksien vaihtelu, joka vaikeuttaa vertailua. Vertailukelpoisuuden parantamiseksi toimintokohtaisia kategorioita onkin yhdistetty keskenään (Kuvio 5.)



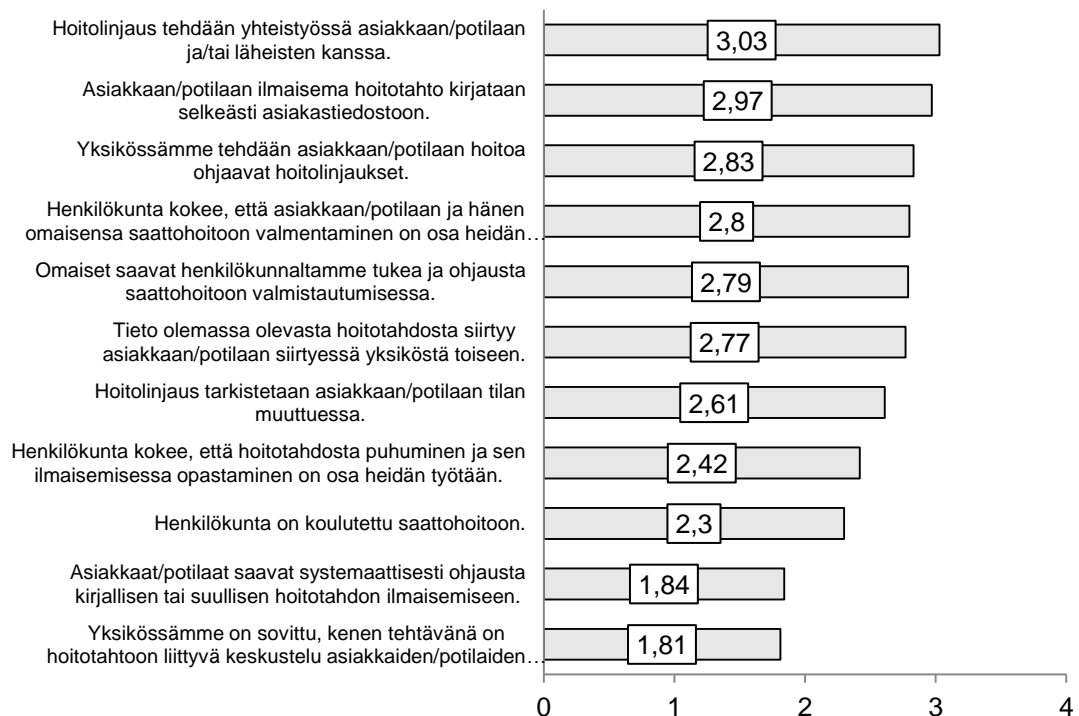
Kuvio 5. Avo- ja laitospalveluiden osuus tutkimusjoukosta.

Avopalveluihin (39 %) luetaan tässä tutkimuksessa kotihoidon ja palveluasumisen kategoriat. Laitospalveluihin (61 %) sijoittuvat tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotien yksiköt, sairaalan osastot sekä terveyskeskuksen vuodeosastot. Seuraavissa luvuissa esiintyvissä vastausten keskiarvoja esittävässä graafisissa kuvaajissa osoitetaan kuitenkin koko aineiston tulokset. Luvuissa käsitellyt suhteelliset jakaumat löytyvät työn loppuosan liitteestä kolme, kukin saattohoitovaihe erillisenä taulukkonaan.

## 6.2 Ennakointivaihe

Ennakointivaiheen tuloksissa matalimmat keskiarvot saatiin hoitotahtoon liittyvässä väittämässä (Kuvio 6). Yli puolet vastanneista yksiköistä (55 %) toteaa, ettei yksikössä ole sovittu, kenen tehtävänä on hoitotahtoon liittyvä keskustelu ja kirjausvastuu. Samaten hoitotahdon ilmaisemiseen liittyvä ohjaus nähdään

puutteellisena. Vastanneista yksiköistä 63 prosentissa katsotaan, että hoitotahdosta puhuminen toteutuu vain osittain, tai ettei se kuulu ollenkaan henkilökunnan työhön. Lisäksi hoitotahdon tiedonkulussa asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen on hajontaa: noin puolessa vastanneista yksiköistä tiedonsiirto toteutuu, kun vastaavasti toisen puoliskon tiedonsiirrossa on puutteita. Hoitotahdosta puhumiseen ja tiedoksi annetun hoitotahdon tiedonkulkuun liittyvissä seikoissa olisikin selkeästi tarvetta kehittää vakiintuneita käytäntöjä, kun taas hoitotahdon kirjaaminen näyttäisi nykyisellään toteutuvan hieman edellä mainittuja paremmin.



Kuvio 6. Ennakointivaiheen vastausten keskiarvot.

Potilaan ja hänen omaisensa valmentaminen ja tukeminen saattohoitoa valmistellessa nähtiin kuuluvan omaan työnkuvaan enemmän laitos- kuin avopalveluiden kategoriassa. Tulosten perusteella voidaan tulkita, että omaisten huomioiminen ylipäätään nähdään kuuluvan enemmälti laitoksissa tehtävän työn sisältöön. Tähän saattaa vaikuttaa se seikka, että kotona asuvien vanhusten omaisiin ei välttämättä synny samanlaista kontaktia, kuin

pitkäaikaishoitopaikoissa ehkä vuosiakin asuvien vanhusten omaisiin, jotka vierailevat osastolla säännöllisesti. Erityisesti avopalveluissa näyttäisi siis olevan kehittämistarvetta sellaisten käytäntöjen luomiseen, jossa omaisten huomioiminen toteutuu paremmin.

Saattohoidon osaamisessa näyttäisi aineiston mukaan olevan eroja. Kouluttautuneisuus eroaa avo- ja laitospuolella siten, että laitospalveluiden vastaajista noin puolet (53 %) arvioi, että henkilökunnan saattohoitoon kouluttautuneisuus on hyvällä mallilla. Avopalveluiden yksiköistä taas vastaava osuus oli vain 27 prosenttia. Useissa avoimissa kommentteissa saattohoitoon kouluttautuneisuuden tasoa pidettiin hyvänä:

Henkilökunnalle on järjestetty saattohoitokoulutusta, henkilökunta on motivoitunut, sitoutunut, tiedonhaluinen ja yhteistyömyönteinen.

Henkilökuntamme asenne ja valmius saattohoitoon on erittäin hyvä ja pätevä.

Mutta toisaalta on kerrottu puutteellisesta koulutustasosta, myös laitospalveluiden yksiköissä:

Henkilökuntaa ei ole koulutettu saattohoitoon.

Joillakin hoitajilla liian vähän koulutusta, kokemusta ja uskallusta kuolevan hoitamiseen ja kohtaamiseen.

Erityisesti nuoret hoitajat tarvitsevat tukea ja tietoa moninaisista asioista liittyen saattohoitoon ja kuolemaan.

Saattohoitoon kouluttautumisella vaikuttaisi olevan merkitystä hoidollisen osaamisen lisäksi myös siinä, miten kuoleva potilas uskalletaan kohdata ja miten ylipäättään suhtaudutaan ajatukseen saattohoidon sisällyttämisestä omaan työhön. Myös elämäkokemuksella näyttäisi olevan vaikutusta.

### 6.3 Saattohoitovaihe

Saattohoitovaiheeseen siirryttäessä tuloksista käy ilmi, että osa avopalveluita tuottavista yksiköistä kokee saattohoitotyön vieraaksi hoitotyön osa-alueeksi. Tarkastelemalla vastausten jakaumia havaitaan, että saattohoitovaihetta

koskevissa väittämässä useampi yksikkö on ollut sitä mieltä, ettei väittämää koskeva asia liity omaan toimintaan. Myös avoimissa kommentteissa tuli esille, ettei saattohoitotyö ole vielä kiinteä osa kaikkien yksiköiden toimintaa, vaan enemmänkin poikkeustilanne:

Yksikössämme on harvoin saattohoitopotilaita.

Yksikkömme on toteuttanut jonkin verran saattohoitoa asiakkaiden kodeissa jokunen vuosi sitten [...]

Loimaalla saattohoidon toteutumiseen potilaan kotona tai palveluasuntolassa vaikuttaa kommenttien mukaan erittäin vahvasti mahdollisuus yöpartion käynteihin ja yhteistyö kotisairaalan kanssa. Muissa kunnissa saattohoidon toteuttamista vaikeuttaa se seikka, ettei riittävää mahdollisuutta yöhoitoon ole tällä hetkellä tarjolla. Yhteistyö lääkärin, terveyskeskuksen, kotisairaalan tai muun instanssin kanssa onkin useissa kommentteissa mainittu tärkeäksi saattohoitoa tukevaksi seikaksi, ja yhteistyötä toivottaisiin tehtävän vielä paljon nykyistä enemmän. Yhtenä selkeänä kehittämiskohteena voidaankin nähdä yhteistyö- ja konsultaatiomahdollisuuksien lisääminen.

Tarkastelemalla seuraavalla sivulla olevan kuvion 7 keskiarvoja nähdään, että potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen toteutuu hyvin, samoin kuin tehostettu hyvä perushoito. Kaiken kaikkiaan saattohoito koetaan erityisen herkäksi hoidon alueeksi. Suurimmassa osassa vastanneista yksiköistä (78 %) koetaan, että on mahdollista toteuttaa hyvää potilaan perusoikeuksia kunnioittavaa hoitotyötä. Saattohoidon tahtotila tulee esille myös avoimissa kommentteissa, ja jopa omaa kehittämistyötä tehdään:

Henkilökunnalla on halu auttaa ja huomioida potilaan ja omaisten yksilölliset tarpeet.

Yksikössämme on kehitytty paljon saattohoidon osalta. Tällä hetkellä on yksikössämme menossa oma saattohoidon kehittämis”projekti”.



Kuvio 7. Saattohoitovaiheen vastausten keskiarvot.

Saattohoidon puitteet ovat tulosten mukaan melko hyvät, mutta niissä on myös eroja. Avoimissa vastauksissa tiloja on sekä kiiteltu että moitittu:

Tilat ja puitteet erittäin hyvät saattohoidon toteuttamiseen samoin yksilöllisen hoidon ja yksityisyyden mahdollistaminen.

Aina ei ole mahdollista riittävän ajoissa järjestää pientä huonetta. Isossa huoneessa saattaa olla rauhattomia potilaita.

Suuri osa vastaajista toi esille, että saattohoidossa olevan on mahdollista päästä yhden hengen huoneeseen. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja joissakin vanhainkodeissa asukkailla toki pääpiirteittäin on jo muutoinkin yksityiset, omat huoneet, jolloin saattohoitoa voidaan toteuttaa omassa huoneessa. Koti hoitoympäristönä on koettu toisaalta esteenä, toisaalta mahdollisuutena:

Koti on tuttu, turvallinen ja rauhallinen paikka. Meillä on mahdollisuus saada tarvittavat apuvälineet esim: sairaalasänky jne.

Hoitoympäristönä asiakkaan oma koti vaikeuttaa hyvän saattohoidon toteutumista.

Keskiarvoja ja suhteellisia jakaumia tarkastelemalla huomataan, että saattohoitovaiheesta nousevat erityisesti esille AND- ja DNR -päätösten sekä ennakoivien hoitosuunnitelmien puuttuminen. Myös saattohoitopäätökset jäävät osittain tekemättä. Vajaassa puolessa (48 %) vastanneista yksiköistä ei tehdä AND-päätöksiä. Avointen kysymysten vastaukset tukevat näitä esiin nousseita kynnyskohtia. Ennakoivien hoitosuunnitelmien puuttuminen saattaa johtaa tilanteeseen, jossa kivunlievitys ei toteudu toivotulla tavalla. Suunnitelman puuttuessa ja potilaan tilanteen äkillisesti muuttuessa saatetaan lääkitystä joutua pyytämään lääkäriltä, joka ei tunne potilasta.

Tarvittavan kipulääkkeen saaminen, jos sitä ei ole huomattu omalta lääkäriltä ennakkoon pyytää, meidän pitää soittaa aluesairaalan päivystykseen, tuolloin potilaalle vieras lääkäri joutuu määräämään näkemättä potilasta lisälääkityksen.

Yhtenä kehittämiskohteena voidaan nähdä myös saattohoito-ohjeistuksien ajantasaistaminen. Yli 60 prosenttia vastanneista yksiköistä toteaa, ettei ohjeiden ajantasaisuutta tarkisteta määrääjain, ja kirjalliset saattohoito-ohjeet puuttuvat täysin liki yhtä monesta (55 %) yksiköstä. Avo- ja laitospalveluissa saattohoito-ohjeistuksia on lähestulkoon yhtä harvoin. Saattohoito-ohjeistusten laatiminen on kuitenkin jossain yksiköissä suunnitteilla:

Tarkoituksemme on tehdä omat saattohoito-ohjeet ja pieni kirjanen saattohoituhuoneeseen omaisten ja asiakkaan/potilaan luettavaksi. Kirjaseen laitettaisiin tietoa osastostamme ja siitä mitä meiltä voisi pyytää ja mahdollisuuksia meillä on.

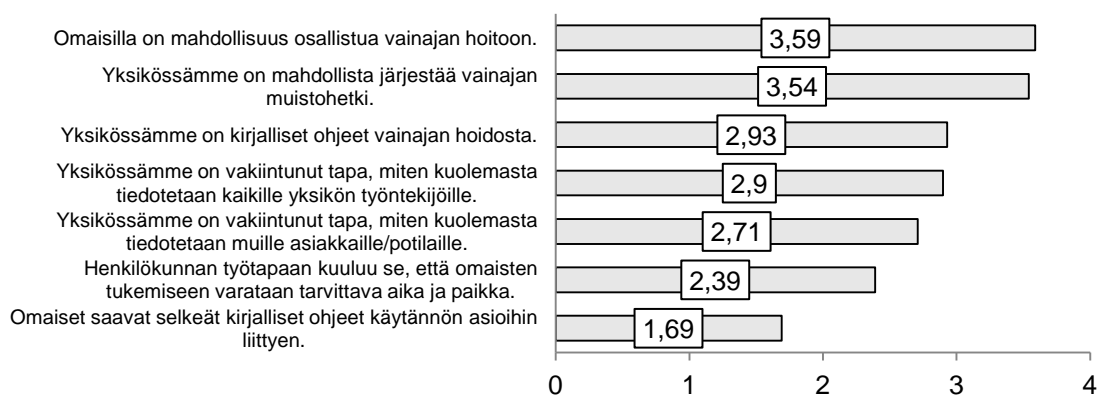
Avoimissa kommenteissa suurimmaksi huoleksi nousi kiire. Miltei kaikissa vastauksissa kysymykseen, mikä estää tai vaikeuttaa hyvän saattohoidon toteutumista, mainittiin henkilöstömitoitus:

Henkilöstömitoitus on aivan riittämätön saattohoitotilanteessa. Henkilöstö ehtii perusvuorossa (etenkin iltaisin) tekemään päivän ”pakolliset” toimet. Tällöin samanaikaisesti saattohoidossa oleva asiakas jää aina väkisin liian vähälle huomiolle. Näissä tilanteissa lisähoitaja olisi välttämätön. Lisäksi omaiset tarvitsisivat aikaa ja huomiota ja hekin yleensä pääsevät paikalle ilta-aikaan. Aamuvuoroissa taas ei ole ns. pelivaraa, josta siirtämällä iltoihin saataisiin kaivattava lisä. Siis tarvittaisiin mahdollisuus = lupa tilapäisiin lisäyksiin saattohoidon loppuvaiheessa.

Riittämättömät resurssit hoitohenkilöstössä vaikeuttavatkin huomattavasti laadukkaan saattohoidon toteuttamista. Vastauksissa tuotiin esille myös huoli siitä, ettei loma-aikoina ole tarjolla päteviä sijaisia.

#### 6.4 Vainajan hoito - vaihe

Saattohoitotyö jatkuu myös potilaan kuoleman jälkeen. Osa vaiheen väittämistä (Kuvio 8) koskee lähinnä vain laitospalveluita. Suhteellisia jakaumia tarkastellessa huomataankin, että liki kaikissa väittämässä osa vastaajista on ollut sitä mieltä, ettei asia kuulu oman yksikön toimintaan. Kotona loppuun asti toteutettuja saattohoitoja onkin toistaiseksi sen verran vähän, että saattohoitovaiheen lisäksi myös vainajan hoito -vaihe on avopalveluita tuottavissa yksiköissä vieraampi.

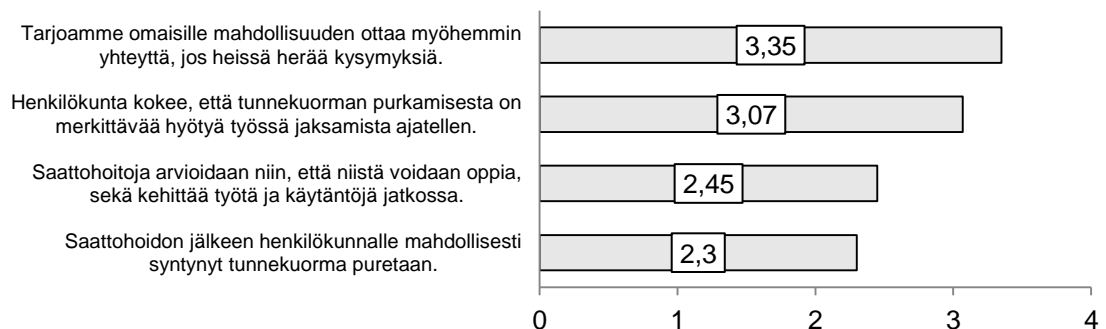


Kuvio 8. Vainajan hoito - vaiheen vastausten keskiarvot.

Vainajan muistohetki on mahdollista järjestää lähestulkoon kaikissa yksiköissä (poisluettuna kotihoito), samoin liki kaikki vastanneet yksiköt mahdollistavat myös omaisen osallistumisen vainajan hoitoon. Vainajan hoitoon liittyviä kirjallisia ohjeita ei löydy kaikista yksiköistä. Etenkin niissä yksiköissä, joissa saattohoitoja toteutetaan vielä harvemmin eikä näin ollen myöskään vainajan hoito kuulu rutiinitoimenpiteisiin, ohjeet voidaan nähdä kehittämiskohteena. Samoin omaisten tukemisessa olisi vielä parannettavaa.

### 6.5 Kuoleman jälkeinen vaihe

Kuoleman jälkeinen vaihe voi jatkua vielä pitkään potilaan kuoleman jälkeen. Kuviosta 10 nähdään, että omaisten huomioiminen toteutuu vaiheen väittämistä parhaiten. Omaisille tarjotaan mahdollisuutta ottaa yhteyttä vielä saattohoidon päättymisen jälkeen.



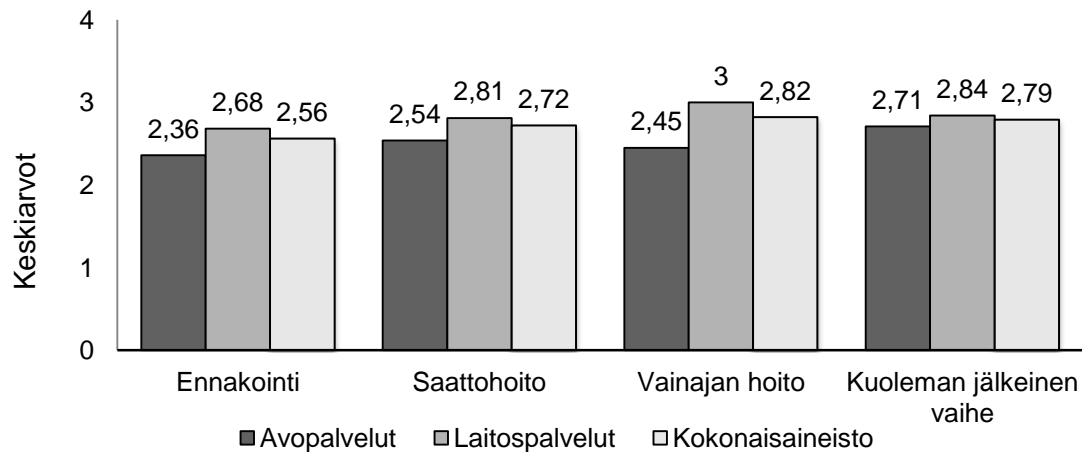
Kuvio 9. Kuoleman jälkeisen vaiheen vastausten keskiarvot.

Toteutettuja saattohoitoja arvioidaan kehittämis- ja oppimisenäkökulmasta miltei puolessa (42 %) vastanneista yksiköistä, osittaisen arvioinnin toteutuessa 19 prosentissa yksiköistä. Liki 80 % vastaajista kokee, että tunnekuorman purkamisesta on henkilökunnalle merkittävää hyötyä työssä jaksamista ajatellen. Läheskään kaikissa tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä saattohoidosta mahdollisesti syntyneitä tunnekuormaa ei kuitenkaan ole tapana purkaa. Tulosten valossa olisi kuitenkin kannattavaa kehittää käytäntö, jossa tunnekuorma puretaan säännöllisesti.



## 6.6 Saattohoidon vaiheiden kokonaiskeskiarvot

Tutkimusaineistoa voidaan tarkastella myös saattohoitovaiheiden kokonaiskeskiarvojen osalta. Kuviossa 10 havainnollistetaan koko aineistoa sekä avo- ja laitospalveluita kuvaavat kokonaiskeskiarvot.



Kuvio 10. Saattohoitovaiheiden kokonaiskeskiarvot.

Kokonaiskeskiarvoja tarkastelemalla voidaan todeta vaiheiden keskinäiset eroavaisuudet. Ennakointivaihe sai matalimmat keskiarvot sekä kokonaisaineistoa että avo- ja laitospalveluiden vastauksia tarkastellessa. Keskiarvot nousivat saattohoitoprosessin loppua kohden niin, että korkeimmat keskiarvot kokonaisaineistossa ja laitosmuotoisia palveluita edustavissa vastaajissa saatiin vainajan hoito -vaiheessa. Avopalveluiden osalta keskiarvillisesti paras vaihe oli kuoleman jälkeinen vaihe.

Kuvaajia katsellessa huomataan, että erot ovat vain muutaman kymmenyksen suuruisia. Vaikka ennakointivaiheen keskiarvot ovat matalimmat, ei vaihe silti jää kauas muista. Kaikissa vaiheissa on vielä kehitettävää, mutta näiden tulosten perusteella voitaisiin kuitenkin todeta, että suurimmat kehittämistarpeet ovat ennakointi- ja osin saattohoitovaiheessa, ja enemmän avo- kuin laitospalveluiden puolella.

## 7 YHTEENVETO JA POHDINTA

### 7.1 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Saattohoito on herkkä hoitotyön osa-alue, joka vaatii sitä toteuttavilta organisaatioilta ja henkilöstöltä erityisiä valmiuksia. Tutkimuksen tulosten perusteella näyttäisi siltä, että saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä vallitsee melko hyvä tahtotila. Puitteet ovat hyvät, ja sekä laitoshoidossa että asumispalveluyksiköissä vaikuttaisi usein olevan mahdollista päästä yhden hengen (saattohoito)huoneeseen. Yksiköissä halutaan toteuttaa hyvää perushoitoa niin, että potilaan yksilöllisyys huomioidaan. Toisaalta osassa tutkimukseen osallistuneista yksiköistä elämän loppuvaiheen hoitoa on toteutettu vasta hyvin vähän. Saattohoito ei kuulu rutiinityöhön, eikä sen osaaminen ole välttämättä riittävää.

Saattohoitotyön osaamiseen ei sisälly pelkästään hoitotoimenpiteiden hallitseminen. Tarvitaan myös kokemusta ja ammattitaitoa kohdata kuoleva inhimillisenä ihmisenä. (Pihlainen 2010, 34.) Tutkimuksen tulosten mukaan osa hoitohenkilökunnasta kokee vielä epävarmuutta saattohoitotilanteita kohtaan. Yksiköissä tulisikin varmistua siitä, että henkilökunnalla on uskallusta, halua ja ennen kaikkea osaamista hyvän saattohoitotyön toteuttamiseen. Saattohoidon koulutuksen lisääminen on nostettu esiin myös saattohoitosuosituksen toimeenpano-ohjeissa (Pihlainen 2010, 32). Osaamista ja yhteisten käytäntöjen toteutumista vaikeissa tilanteissa tukisivat myös selkeät saattohoito-ohjeet, ja ne varmistaisivat tiedon kulkeutumisen myös sijaisina toimiville.

Kouluttautumisen lisäksi yhteistyön ja konsultaatiomahdollisuuden lisääminen näyttäisi olevan keskeinen kehittämistehtävä. Luotettava konsultaatiojärjestelmä vähentäisi turhia lähettämisiä päivystyspoliklinikalle tilanteissa, jotka voidaan tarvittavan tuen avulla hoitaa omassa yksikössä. Saattohoitosuosituksissa todetaankin, että erikoissairaanhoidon olisi tuettava alueensa terveyskeskuksia

tarjoamalla ympärivuorokautista konsultointiapua erityisesti kivunhoitoa koskevilla kysymyksissä (Pihlainen 2010, 35).

Yksi hyvän saattohoidon toteutumista lisäävä tekijä olisi henkilöresurssien uudelleenarviointi. Tulosten mukaan henkilöstöresurssit ovat tällä hetkellä riittämättömät. Hoitajat joutuvat tekemään valintoja aktiivihoidossa olevan ja saattohoitopotilaan välillä, jolloin saattohoitopotilas jää helposti toiseksi. Riittävä henkilöstömäärä myös iltaisin ja viikonloppuisin on välttämätöntä saattohoidossa, jonka perusajatuksiin kuuluu vierellä kulkeminen ja mahdollisimman laadukas, kivut ja kärsimykset minivoiva hoito.

Tutkimustulosten mukaan saattohoitopäätöksiä sekä AND- ja DNR- päätöksiä tehdään vähän. Kuitenkin hyvän saattohoidon edellytyksenä on, että potilaan tila ja ennuste tunnistetaan ja tehdään päätökset asianmukaisista hoidoista. Jos todetaan, että potilas on kuolemassa, tulisi tehdä esimerkiksi DNR-päätös. Mitä tarkemmin, potilaan ja omaisen valitsemin ilmauksin ja aikayhteyteen liittäen, DNR-päätökset kuvataan, sitä paremmin kuolevaa potilasta voidaan hoitaa juuri hänen toivomallaan tavalla (Hänninen 2006a, 51.) Nämä päätökset olisi myös selkeästi määriteltävä jokaisessa yksikössä, jotta niiden sisällöllinen merkitys ymmärretään oikealla tavalla (Pitkälä & Hänninen 2001b, 381).

Saattohoidon vaiheista ennakoivaiheen keskiarvo jäi hieman muita saattohoidon vaiheita alhaisemmaksi. Vaihe sisälsi sellaisia kysymyksiä, joita ei ehkä aiemmin ole vastanneissa yksiköissä edes mielletty osaksi saattohoitotyötä. Saattohoitoa valmistelevilla toimenpiteillä on kuitenkin suuri merkitys saattohoidon myöhemmässä vaiheessa sekä potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Tärkeä ennakkoinnin ja itsemääräämisoikeuden ilmentymä on hoitotahto, jonka ilmaisemiseen potilaat näyttävät saavan ohjausta vain satunnaisesti. Lisäksi yksiköissä on harvoin sovittu siitä, kenen tehtävänä on ottaa hoitotahto puheeksi potilaiden kanssa. Hoitotahdon puheeksiottamisessa oikea-aikaisuudella on suuri merkitys. Tieto siitä, miten itseään toivoo elämän ehtopuolella hoidettavan, on ilmaistava silloin kun vielä on siihen kykenevä. Olisi hyvä sopia yksikkö- ja aluekohtaisesti, miksei valtakunnallisestikin, kenen tehtäviin hoitotahdosta keskustelu kuuluu.

Jouni Helén on opinnäytetyössään (2011) tarkastellut Päijät-Hämeen maakunnassa toteutettua saattohoidon kehittämisprojektia. Hän on tuonut esille projektiryhmän näkemyksiä saattohoidon maakunnallisista kehittämistarpeista. Ne ovat esimerkiksi koulutustarpeiden ja henkilöstöresurssien osalta tässä tutkimuksessa esille tulleiden kehittämistarpeiden kanssa yhteneväiset. Mainitut kehittämiskohteet myötäilevät myös saattohoito-ohjeistuksessa (Pihlainen 2010) kehittämiskohteiksi mainittuja seikkoja, kuten tekstissä on tuotu esiin. Tämä tutkimus kohdistui vain Loimaan seutukunnan alueelle, eivätkä sen tulokset ole suoraan yleistettävissä. Uskon kuitenkin, että saattohoidon saralla kehittämiskohteet liikkuvat samojen teemojen ympärillä.

Palvelurakenteen uudistus ja avohuollon merkityksen kasvu vaatii panostusta laitoksissa ja pitkäaikaishoidon yksiköissä annetun saattohoidon lisäksi myös kotona tuotetun saattohoidon kehittämiseen. Riittävät henkilöstöresurssit, yhteistyön tiivistäminen, tarpeellinen välineistö sekä saattohoidon osaamisen tasosta huolehtiminen turvaavat laadukkaasti saattohoidon myös niille ikääntyneille, jotka toivovat saavansa viettää elämänsä loppuvaiheet tutussa, turvallisessa ympäristössä – kotona. Koti saattohoitoympäristönä aiheuttaa erityisiä vaatimuksia myös sitä toteuttavalle henkilöstölle. Etenkin vuorovaikutustaidot ja yksityisyyden kunnioitus korostuvat entisestään (ETENE 2004, 18).

Ikääntyneen kuolema voi olla arvokas, tapahtuipa se sitten kotona, vanhainkodissa, sairaalan osastolla tai saattohoitokodissa. Tärkeää on tuottaa viime vaiheen hoito sinne, mikä on potilaan ja kokonaistilanteen kannalta paras mahdollinen ratkaisu. Laadukkaaseen ja suunnitelmalliseen saattohoitoon panostaminen on myös taloudellisesti kannattavaa, sillä potilaan kannalta turhat aktiivihoidot voidaan lopettaa ajoissa, ja näin vältetään kustannuksiltaan kalliilta viime hetken siirroilta. Kohti kokonaisvaltaista, hyvää elämän loppuvaiheen hoitoa päästään lopun viimein askel askeleelta, kulkemalla kuolevan vierellä.

Päivä kerrallaan, se riittää.  
Älä katso taaksesi ja sure mennyttä, sillä se ei palaa.  
Älä murehdi huomisesta sillä sen aika ei ole vielä.  
Tee juuri tästä hetkestä elämisen ja muistamisen arvoinen.  
- Helli Järvinen

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä tutkimuksessa on otettu huomioon Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2002) ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Eettisiä ratkaisuja on pohdittu tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Piispan (2006, 41) tavoin tutkimuksen suunnittelussa otettiin huomioon, millä tavalla tuotetun tiedon avulla voidaan parantaa tutkittavana olevaa asiaa tai tutkittavien tilannetta. Tutkimusprosessin lopussa pohdittiin tutkimustulosten luotettavuutta ja niitä seurauksia, joita julkaistulla raportilla on haastateltaville. Tutkimuksen tavoitteen voidaan nähdä olleen eettisesti arvokas, eikä tutkimukseen osallistumisesta ole ollut negatiivisia vaikutuksia siihen osallistuneille yksiköille. Tutkimus tähtäsi saattohoidon nykytilanteen ja kehittämistarpeiden selvittämiseen niin, että jatkossa alueella voisi toteutua entistä laadukkaampi, potilaan itsemääräämisoikeuden huomioon ottava saattohoito.

Aineisto kerättiin kyselyssä, jossa kysyttiin lähtötietoina vastanneen yksikön nimeä ja paikkakuntaa. Näitä tietoja ei ole annettu hanketyöntekijän lisäksi muualle, ja ne on säilytetty luottamuksellisesti. Yksiköiden tunnistettavuus on tässä tutkimusraportissa pyritty minimoimaan, ja joidenkin toimintokohtaisten kategorioiden pienuuden vuoksi tuloksia ei esitetty toimintokategorioittain. Päädyin poistamaan myös tulososiossa käyttämästäni avointen kysymysten vastauksista tiedon siitä, mitä toimintokategoriaa vastaaja edusti.

Tutkimukseni luotettavuutta tukee se seikka, että olen tarkasti selostanut tutkimukseni toteuttamisen (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Määrälliseen kyselyyn pohjautuva tutkimusote on kuitenkin rajallinen. Kyselylomakkeen ongelmana pidetään sitä, että tutkija joutuu etukäteen määrittelemään, mikä on keskeistä, eikä tutkittavilla ole mahdollista vaikuttaa kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Tässä tutkimuksessa tätä ongelmaa pyrittiin vähentämään lisäämällä kyselyyn kolme avointa kysymystä, jossa vastaajat saivat vapaamuotoisesti tuoda esiin haluamiaan asioita. Avointen kysymysten vastausmahdollisuutta olikin käytetty hyvin hyödyksi.

Tutkimuksessa pyrittiin varmistamaan kyselylomakkeen täyttämiseen ja ymmärtämiseen liittyvät asiat selkeän saatekirjeen (Liite 1) sekä hankkeeseen osallistuvien yksiköiden yhteyshenkilöiden tapaamisen avulla. Saatekirjeessä kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja painotettiin vastaamisen tärkeyttä. Tulosten analysointimahdollisuus suoraan Webropol-ohjelmassa vaikutti virheiden minimalisoimiseen, sillä tietoja ei tarvinnut erikseen siirtää ja syöttää muihin ohjelmiin. Kuvaajien ja taulukoiden laatimista varten tiedon sai siirrettyä suoraan Microsoftin ohjelmiin.

Kyselyn vastausprosentti oli suuri, sillä vain yksi yksikkö jätti vastaamatta. Siihen vaikutti tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden osallisuus hankkeessa, ja se että kaikissa yksiköissä tiedettiin tutkimuksen merkitys hankkeen jatkotyöskentelyä ajatellen. Vastausprosenttiin vaikuttivat oletettavasti kuitenkin myös onnistunut saatekirje, ennen kyselyn lähettämistä pidetty yksiköiden yhteyshenkilöiden kokous, perustellusta toiveesta pidennetty vastausaika sekä oma aktiivisuus karhukirjeiden ja –puheluiden muodossa.

### 7.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja aiheita jatkotutkimukselle

Tutkimuksen avulla saatiin tuotettua Tehu-hankkeelle tietoa saattohoidon tämänhetkisestä tilanteesta, ja toteutettu kysely toimikin eräänlaisena hankkeen alkukartoituksena. Esille nousseet kehittämistarpeet ovat olleet heti tämän tutkimuksen toteuttamisen jälkeen käsiteltävänä hankkeen työryhmissä ja niiden työstäminen on jo alkanut.

Jatkotutkimuksena tälle työlle tullaan toteuttamaan hankkeen loppukartoitus vuoden 2013 lopulla. Samalle tutkimusjoukolle suunnattu tutkimus toteutetaan tätä tutkimusta varten toteutetun kyselylomakkeen avulla. Näin tulokset ovat keskenään täysin vertailukelpoisia ja voidaan havaita, mitä muutoksia yksiköissä on tapahtunut alku- ja loppukartoituksen välillä.

Kyselyn yhtenä tarkoituksena oli herättää työyhteisöjen sisällä yhdessä käytävää keskustelua saattohoidon teemoista. Kyselyn sisältö lähetettiin erillisenä tiedostona yksiköille myöhempää käyttöä varten. Yksiköitä neuvottiin

hyödyntämään kyselyn sisältöä omassa toiminnassaan niin, että väittämien avulla voidaan käydä säännöllisiä keskusteluita ja tarkastella oman toiminnan kehittymistä. Jokaiselle yksikölle lähetettiin hankkeen toimesta kooste, joka sisälsi tämän tutkimuksen kokonaistulosten ja toimintokohtaisten tulosten lisäksi myös yksikön omat vastaukset. Näin työyhteisöissä voidaan tehdä omia väliarviointeja ja verrata tuloksia aiempiin vastauksiin, ja kyselyn sisällöstä voidaan hyötyä laajemminkin.

Tutkimusaihe oli itselleni ennen tutkimusprosessin aloittamista hyvin vieras, ja pohdin lisäksi sen soveltuvuutta sosionomin (AMK) opinnäytetyöksi. Oma kiinnostukseni vanhustyön parissa toimimiseen johtaa kuitenkin siihen, että myös vanhuksen elämän loppuvaiheeseen liittyvät asiat tulevat työkentällä varmasti jossain vaiheessa eteen. Saattohoitotyön ymmärtäminen moniulotteisena, ei vain kivunhoitoon liittyvänä hoitona auttaa tarkastelemaan niitä mahdollisuuksia, joilla voimme turvata ikääntyneelle arvokkaan kuoleman. Sosionomin mahdollisuus toimia esimerkiksi kotihoidon palveluesimiehenä voi tarjota tilaisuuden kehittää avohoidossa tehtävän saattohoitotyön sisältöjä. Myös saattohoitoa ennakoivat toimet, esimerkiksi hoitotahdosta keskustelu, tukevat potilaiden ja asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumista elämän viime metreillä. Sosionomi (AMK) voi hyödyntää tätä tietämystä ja osaamista monenlaisessa työssä. Tietämys alueellisten, yhtenäisten linjausten ja yhteistyömuotojen kehittämisestä sekä hanketyöskentelystä ei myöskään ole pahitteeksi.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia esimerkiksi sitä, minkälainen sosiaalialan ammattilaisen rooli on saattohoitotyössä, ja miten tätä osaamista voitaisiin hyödyntää aiempaa enemmän saattohoitotyön eri osa-alueilla. Lisäksi laajentamalla tutkimusjoukkoa voitaisiin tarkemmin vertailla saattohoitotyön toteutumista eri sektoreilla ja toimintokategorioissa. Nyt vertailua esimerkiksi julkisen ja yksityisen sektorin välillä ei voitu tehdä, sillä yksityistä sektoria edusti tutkimuksessa vain kaksi vastaajaa.

## LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita Tutkimusmetodeihin I: Metodien valinta ja aineistonkeruu; Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Ahlström, L. & Hänninen J. 2004. Saattohoito kotona. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 317-322.
- Alkula, T.; Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Asikainen J. & Halinen I. 2004. Loimaan seutukunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen. Hankeraportti 04. Helsinki: Efeko.
- Beresford, P., Adshead, L. & Croft, S. 2007. Palliative Care, Social Work and Service Users. Making Life Possible. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers.
- CareliaCare 2012. Karjalakoti. Viitattu 31.10.2012 <http://www.careliacare.fi/>.
- Clark, D.; Hockley, J. & Ahmedzai, S. (toim.) 1999. New themes in palliative care. Buckingham /Philadelphia: Open University Press.
- Di Mola, G. 1999. Palliative home care. Teoksessa Clark, D.; Hockley, J. & Ahmedzai, S. (toim.) New themes in palliative care. Buckingham/ Philadelphia: Open University Press.
- Dunderfelt, T. 1998. Elämänkaaripsykologia. 9.-10.painos. Helsinki: WSOY.
- ETENE 2003. Työryhmäraportti. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Viitattu 1.10.2012 [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf).
- ETENE 2004. Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. Seminaariraportti. Korjattu 2. painos. Helsinki: Edita Publishing. Saatavissa myös [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-545.pdf).
- ETENE 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Etene julkaisuja 20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa myös [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf).
- Flygar, M. 2008. Hoitotahto – kenen tahto? Suomen Lääkärilehti 35/2008, 2766-2768.
- Hallenbeck, J. 2003. Palliative Care Perspectives. Oxford: Oxford University Press.
- Hansson, A-I., Heinola, R., Raassina A-M. & Seppänen, M. 2009. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvo-työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Viitattu 30.10.2012 [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9894.pdf).
- Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 13-34.
- Heikkinen, E. & Marin, M. 2002. Esipuhe. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 6-9.
- Heikkinen, E. 2003. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 330-335.



Heikkinen, H.; Kannel, V.; Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Helsinki: WSOY.

Heikkinen E. 2005. Duodecim Terveyskirjasto. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Viitattu 29.10.2012 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00049](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049).

Helén, J. 2011. Saattohoidon kehittämishankkeen arviointi – tapaustutkimus. Opinnäytetyö (YAMK). Sosiaalialan koulutusohjelma. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu.

Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 35-68.

Heino, M. 2008. Näennäismarkkinat vaihtoehtona sosiaali- ja vanhustenhuollossa. Varsinais-Suomen pienten kuntien avainhenkilöiden ja tuottajien suhtautuminen näennäismarkkinoihin ja palvelutuonnon tilastollinen kuva. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Hietanen, P. 2000. Kuolevan potilaan lääkärinä. Teoksessa Aalto, K. (toim) Saattohoito. Helsinki: Kirjapaja Oy, 87-104.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Vantaa: WSOY.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Huttunen, J. 2011. Elinikä ja elinajanodote. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 24.10.2012 [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=ldk00474](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00474).

Hänninen, J. 2001. Kuolevan kipu ja kärsimys. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, J. 2004. Saattohoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 311-316.

Hänninen, J. 2006a. Hoitojen lopettaminen, nesteytys ja ravinto elämän lopulla. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim, 48-75.

Hänninen, J. 2006b. Kuoleman lääketieteellistyminen. Teoksessa Hänninen, J. (toim.) Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim, 15-28.

Hänninen J. 2011a. DNR vai AND? Lääkärilehti 41/2011. Saatavissa [http://www.laakarilehti.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news\\_id=11102/type=7](http://www.laakarilehti.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news_id=11102/type=7).

Hänninen, J. 2011b: Saattohoito. Potilaan ja omaisen opas. 11. uudistettu painos. Helsinki: Etelä-Suomen Syöpäyhdistys & Terho-säätiö.

Karisto, A. 2004. Kolmas ikä: uusi näkökulma väestön vanhenemiseen. Viitattu 15.9.2012 [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/4042/kolmas\\_ika\\_uusi\\_nakokulma2004.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10224/4042/kolmas_ika_uusi_nakokulma2004.pdf?sequence=1).

Koivikko-koti. Yleistä Koivikko-kodista. Viitattu 17.10.2012 <http://www.koivikko-koti.fi/>.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön Keskusliitto.

Kübler-Ross, E. 1970. Raportti kuolemisenestä. Helsinki: Otava.

KvantiMOTV 2012a. Numerolukutaito. Viitattu 1.11.2012 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html> > KvantiMOTV > Numerolukutaito.

KvantiMOTV 2012b. Operationalisointi. Viitattu 1.11.2012  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html> > KvantiMOTV > Mittaaminen > Mittarin luotettavuus.

Laakkonen, M-L. & Pitkälä, K. 2006 Miten kohdata ja käsitellä iäkkäiden potilaiden elämän loppuvaiheen toiveita. Teoksessa Hänninen, J. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Duodecim, 76-91.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733.

Leino, T. 2004. Kuolema suomalaisessa saattokodissa. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito – tukihoido, saattohoito, oireenmukainen hoito. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 40-43.

Linqvist, M. 2000. Johdanto saattohoitoon. Teoksessa Aalto, K. (toim.) Saattohoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kirjapaja, 15-22.

Loimaan kaupunki 2012a. Kotisairaala. <http://www.loimaa.fi> > Asukkaille > Terveys- ja hoivapalvelut > Kotiutushoitaja, kotisairaala.

Loimaan kaupunki 2012b. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen jatkovalmistelu 2012-. Muistio 7.3.2012. Viitattu 30.10.2012 <http://loimaa.tjhosting.com/2009/kokous/20121253-5-1.PDF>.

Luoma, J. 2009 Mitä vaatii hyvä kuolema? Viitattu 30.10.2012  
[http://ohjelmat.yle.fi/akuutti/seniorin\\_seurassa/arkisto/mita\\_vaatii\\_hyva\\_kuolema](http://ohjelmat.yle.fi/akuutti/seniorin_seurassa/arkisto/mita_vaatii_hyva_kuolema).

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Publishing.

Lääkintöhallitus 1982. Terminaalihoitoa koskevat ohjeet. Lääkintöhallituksen ohjekirje n:o 3024/02/80. Helsinki: Lääkintöhallitus.

Molander, G. 1999. Työnä kuoleman hoitaminen. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Mäntymies, L. 2000. Hospice ei ole rakennus, vaan näkemys. Teoksessa Aalto, K. (toim.) Saattohoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kirjapaja, 195-218.

Nivalainen, S. & Volk R. 2002. Väestö ja hyvinvointipalvelut vuonna 2030. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.3.2012  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/taosisallys78.htm>.

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P. Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. Helsinki: WSOY.

Piispa, M. 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 141-160.

Pitkälä K. & Hänninen, J. 2001a. Eettisiä ongelmatilanteista kuolevan hoidossa. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 381-382.

Pitkälä, K. & Hänninen, J. 2001b. Kuolevan oirehoito. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 383-386.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa myös <http://www.stm.fi> > Julkaisut > 2010 > Hyvä saattohoito Suomessa.

PUMPPU-hanke 2012a. Tiedote 20.12.2011. Viitattu 18.10.2012.  
[http://www.innopark.fi/attachments/pumppu\\_tiedote\\_20-12-2011.pdf](http://www.innopark.fi/attachments/pumppu_tiedote_20-12-2011.pdf).

PUMPPU-hanke 2012b. Tuotteistetut hyvinvointipalvelut tehokkaan toiminnan edellytys seudullisesti toimivissa tuottaja-tilaajamalleissa. Viitattu 18.10.2012. <http://pumppu-hanke.blogspot.fi/2012/02/tuotteistetut-hyvinvointipalvelut.html>.

Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä 2012. Kuntayhtymämme. Viitattu 4.11.2012  
<http://www.tk.poytya.fi/>.

Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Kotipalvelu kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes, 100-105.

Sand, H. 2003. Sateenkaaren pasta löytyy kultaa. Tutkimus suomalaisesta saattohoidosta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Viitattu 17.10.2012  
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5617-3.pdf>.

Sarvimäki, A. 2003. Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim, 78-86.

Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Publishing Oy, 14-32.

Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Sosiaalihuoltolakiin 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Kokeilu vanhusten palvelujen uudelleen organisoimiseksi. Kuntainfo 14/2004. Viitattu 4.11.2012 <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1215623#fi>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 29.12.2005/1806.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa myös [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4069.pdf&title=Omaishoidon\\_tuki\\_\\_Opas\\_kuntien\\_paattajille\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4069.pdf&title=Omaishoidon_tuki__Opas_kuntien_paattajille_fi.pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. Saatavissa myös <http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 23.10.2012 <http://www.stm.fi> > Sosiaali- ja terveystieteen palvelut > Sosiaalipalvelut > Kotihoito.

Suomen Kuntaliitto 2012. Huoltosuhde. Viitattu 24.10.2012 <http://kunnat.net> > Tietopankit ja tuotteet > Tilastotaulukot ja -kuviot > Väestötietoja > Huoltosuhde.

Theodorakis, K. 2009. Vanhusten kotihoidon kehittäminen Loimaan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän alueella. Viitattu 4.11.2012 <http://loimaa.tjhosting.com/2009/kokous/2009900-16-1427.PDF>.

Tilastokeskus 2012a. Suomen virallinen tilasto (SVT) Väestöennuste 2012-2040. Viitattu 24.10.201 <http://www.stat.fi> > Etusivu > Tuotteet ja palvelut > Tilastotietokannat > Staffin >

Väestö > Väestöennuste > Väestöennuste 2012 iän ja sukupuolen mukaan alueittain 2012-2040.

Tilastokeskus 2012b. Suomen virallinen tilasto (SVT) Väestöennuste 2009. Väestöllinen huoltosuhde alueittain 2010 – 2040. Viitattu 24.10.2012 <http://www.stat.fi> > Etusivu > Tuotteet ja palvelut > Tilastotietokannat > Statfin > Väestö > Väestöennuste > Väestöllinen huoltosuhde alueittain 2010 – 2040.

Tilastokeskus 2012c. Suomen virallinen tilasto (SVT) Väestörakenne. Viitattu 24.10.2012 <http://www.stat.fi> > Etusivu > Tilastot > Väestö > Väestörakenne.

Tilastokeskus 2012d. Suomen virallinen tilasto (SVT) Kuolemansyyt. Viitattu 31.10.2012 <http://stat.fi> > Etusivu > Tilastot > Terveys > Kuolemansyyt > 2008 > Kuolleiden määrien muutokset 2007-2008.

Tilvis, R. 2001. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 23-31.

Toivonen, T. 1999. Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia. Helsinki: WSOY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 7.11.2012 <http://www.tenk.fi/index.html> > Ohjeet tutkijoille > Hyvä tieteellinen käytäntö > Hyvä tieteellinen käytäntö –ohje 2012.

Uusitalo, H. 1996. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. 1-3 painos. Helsinki: WSOY.

Vaarama, M. 1995. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto – näkökulmasta. Stakes-tutkimuksia 55. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Helsinki: Stakes.

Vænerberg, C-E. 2001. Kuolevan saattaminen. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 387-390.

Vainio, A. 1993. Inhimillinen kuolema. saattohoito Suomessa : saattohoidon, palliatiivisen hoidon ja tukihoidon analyysia. Helsinki: Sairaalaliitto.

Vainio, A. 2004. Lääketieteen kehitys ja kuolevan potilaan hoito. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 16-17.

Vainio, A., Leino, T., & Eckerdal, G. 2004. Palliatiivisen hoidon taustaa ja kehityslinjoja. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.) Palliatiivinen hoito. Helsinki: Duodecim, 33-52.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M, Pyykkö, V. & Kivelä, S-L 2007. Vanhustenhoito. Helsinki: Sanoma Pro.

Valtiovarainministeriö 2012. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Viitattu 2.10.2012 [http://www.vm.fi/vm/fi/01\\_etusivu/index.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/01_etusivu/index.jsp) > Hankkeet > Kunta- ja palvelurakennemuutos.

Valvira 2012. Päätös elvyttämättä jättämisestä. Viitattu 30.10.2012 <http://www.valvira.fi> > Ohjaus ja valvonta > Terveystieteet > Elämän loppuvaiheen hoito > Päätös elvyttämättä jättämisestä.

Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. 2. painos. Helsinki: Tammi.

Vinbland, S. 2012. Asiantuntija: Saattohoito saatava kuntoon ennen eutanasiakeskusteluja. Viitattu 25.10.2012 <http://www.terve.fi/terveyden-abc/asiantuntija-saattohoito-saatava-kuntoon-ennen-eutanasiakeskusteluja>.

Virjonen, K., Kankare, H. & Rajala, M. 2012. Väliraportti. Tehu-osahanke. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Volk, R. & Laukkanen, T. 2010. Hoivan rahoitus. Kansainvälisiä käytäntöjä ja kotimaisia vaihtoehtoja. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Voutilainen, P. 2009. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 109-122.

Välikangas, K. 2006. Kuntien toiminta ikääntyneiden kotona asumisen ja palvelujen kehittämisessä. Ympäristöministeriö. Helsinki: Edita Publishing Oy.

WHO 2012. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Definition of Palliative Care. Viitattu 17.10.2012 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Webropol 2010. Kyselyt. Viitattu 17.10.2012. Saatavissa <http://w3.webropol.com/finland/tuotteet/kyselyt>

YLE Uutiset 2012. Hoitotahtoja tehdään vielä vähän. Viitattu 1.11.2012 [http://yle.fi/uutiset/hoitotahtoja\\_tehdaan\\_viela\\_vahan/6146648](http://yle.fi/uutiset/hoitotahtoja_tehdaan_viela_vahan/6146648).

Ylikarjula, S. 2001. Sielunhoidollisia näkökulmia. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 391-395.

## Saatekirje



# Tehu-osahanke

## Saatekirje

Hyvä Tehu-hankkeen yhdyshenkilö

Tehu-hankkeen tavoitteena on selkiyttää ja yhtenäistää saattohoidon toteuttamistapaa alueellisesti. Yksikkönne on mukana Tehu-hankkeessa, ja vastauksenne on hankkeen jatkoa ajatellen erittäin tärkeä.

**Kaikille hankkeeseen osallistuville yksiköille tehdään saattohoitoa koskeva alkukartoitus Webropol-kyselyn muodossa.** Kartoituksen tavoitteena on nostaa esiin sellaisia asioita, joita on hyvä lähteä tarkastelemaan ja kehittämään alueellisesti. Yksikköjen alkukartoitusten tulokset saattavat palvella yksikön omaa kehittämistyötä, mutta hankkeessa kiinnostuksen kohteena ovat alueelliset ja palvelukohtaiset asiat (esim. kotihoito, palveluasuminen kokonaisuudessaan).

Tällä kartoituksella kerätään tietoa saattohoidon tämänhetkisistä toimintatavoista teidän yksikössänne. **Vastauksien tulisi edustaa työyhteisönne yhteistä mielipidettä.** Pyrkikää siis keskustelemaan kyselylomakkeen teemoista yhdessä koko henkilökunnan ja kaikkien henkilöstöryhmien kanssa. **Vastauksien syöttämisen kyselyyn suorittaa vain yksi henkilö.** Kyselyn tulokset tullaan esittämään toimintokohtaisina yhteenvetoina.

**Seuraavasta linkistä pääset Webropol-kyselyyn:**  
**<http://www.webropolsurveys.com/S/59E56F78AA3B4FF6.par>**

Kyselyn materiaali on saatavissa myös Word-tiedostona, jonka suosittelemme tulostamaan ja käyttämään keskustelunne pohjana.

Kyselyssä esitetään väittämiä, joiden toteutumista yksikössänne arvioitte numeerisen asteikon 1-4 avulla. Valittavissa on myös vaihtoehto 5 = asia ei koske yksikköämme. Loppuun voitte lisätä vapaita kommentteja keskustelussanne esiin tulleista seikoista. Täytetyn kyselyn palauttaminen tapahtuu sähköisesti painamalla kyselyn lopussa olevaa lähetä-painiketta. **Kyselyn viimeinen vastauspäivä on 5.4.2012.**

Saattohoito on kyselyssä jaettu neljään eri vaiheeseen. Väittämät on jaoteltu vaiheiden mukaiseen järjestykseen.



Tulokset esitetään yhteenvetoina Tehu –hankkeen työryhmissä. Yhteenveto saatetaan yksiköiden tietoon yhdyshenkilöiden kautta. Kysely on myös osa opinnäytetyötä, jonka laatii sosionomi (AMK) –opiskelija Minna Rajala. Hankkeen päättyessä, loppuvuonna 2013, tullaan suorittamaan loppukartoitus, jossa käytetään samaa kysymyspatteristoa kuin tässä alkukartoituksessa.

Kiitos vastauksistanne!

Lisätietoa antavat:

Kaija Virjonen  
sähköpostiosoite  
puhelinnumero

Minna Rajala  
sähköpostiosoite  
puhelinnumero



**Vipuvoimaa**  
**EU:lta**  
2007–2013



## Kyselylomake

# Tehu –osahanke

Saattohoidon alkukartoitus

### Taustatiedot

1. Yksikön nimi \*

2. Missä kunnassa yksikkönne sijaitsee? \*

3. Mihin kategoriaan yksikkönne kuuluu? \*

- Kotihoito/kotisairaanhoido/kotipalvelu
- Palveluasuminen
- Tehostettu palveluasuminen
- Vanhainkoti
- Tk vuodeosasto
- Sairaala
- Kotisairaala

4. Yksikkönne henkilöstön määrä \*

Seuraava ->



# Tehu –osahanke

## Saattohoidon alkukartoitus

### 5. Ennakointi

Arvioi väittämän toteutumista yksikössä

- 1 = ei toteudu yksikössä lainkaan  
 2 = toteutuu yksikössä osittain  
 3 = toteutuu yksikössä hyvin  
 4 = toteutuu yksikössä erittäin hyvin  
 5 = asia ei koske yksikköämme \*

	1	2	3	4	5
Asiakkaat/potilaat saavat systemaattisesti ohjausta kirjallisen tai suullisen hoitotahdon ilmaisemiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössä on sovittu, kenen tehtävänä on hoitotahtoon liittyvä keskustelu asiakkaiden/potilaiden kanssa ja asiaan liittyvä kirjausvastuu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan/potilaan ilmaisema hoitotahto kirjataan selkeästi asiakastiedostoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta kokee, että hoitotahdosta puhuminen ja sen ilmaisemisessa opastaminen on osa heidän työtään.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tieto olemassa olevasta hoitotahdosta siirtyy asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössä tehdään asiakkaan/potilaan hoitoa ohjaavat hoitolinjaukset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitolinjaukset tehdään yhteistyössä asiakkaan/potilaan ja/tai läheisten kanssa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitolinjaukset tarkistetaan asiakkaan/potilaan tilan muuttuessa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaiset saavat henkilökunnaltamme tukea ja ohjausta saattohoitoon valmistautumisessa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta kokee, että asiakkaan/potilaan ja hänen omaisensa saattohoitoon valmentaminen on osa heidän työtään.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta on koulutettu saattohoitoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Tehu –osahanke

## Saattohoidon alkukartoitus

### 6. Saattohoito

#### Arvioi väittämän toteutumista yksikössänne

- 1 = ei toteudu yksikössämme lainkaan**  
**2 = toteutuu yksikössämme osittain**  
**3 = toteutuu yksikössämme hyvin**  
**4 = toteutuu yksikössämme erittäin hyvin**  
**5 = asia ei koske yksikköämme \***

	1	2	3	4	5
Yksikössämme tehdään saattohoitopäätökset, kun tiedetään, että se on potilaan tahdon mukaista, ja kun potilaan tilanne on arvioitu sellaiseksi, että päätös voidaan tehdä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saattohoitopäätös kirjataan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössämme tehdään DNR-päätös (do not resuscitate, ei elvytetä) jokaisesta saattohoidossa olevasta potilaasta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DNR-päätökset tehdään yhteistyössä potilaan ja/tai omaisten kanssa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössämme tehdään AND-päätöksiä (allow natural death, sallitaan luonnollinen kuolema).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedonkulun varmistamiseksi saattohoidossa olevalla potilaalla on yhdessä sovittu ja nimetty yhdyshenkilö.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössämme hoitoympäristö on saattohoitoon sopiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saattohoidossa olevan asiakkaan/potilaan yksilöllisiin tarpeisiin tarpeisiin vastataan, jos se suinkin on mahdollista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saattohoitopotilaan kipuja hoidetaan niin, että potilas on kivuton.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössämme on käytäntönä tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma esimerkiksi kivunlievitystä koskien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitotyössä toteutuu tehostettu hyvä perushoito saattohoidossa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta kokee, että he voivat toteuttaa hyvää, asiakkaan/potilaan perusoikeuksia kunnioittavaa hoitotyötä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoidossa vastataan asiakkaan/potilaan hengellisiin tarpeisiin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Omaisien on mahdollista yöpyä tai viettää pidempiä aikoja saattohoidossa olevan luona.
- Omaisiet saavat saattohoitovaiheessa tarvitsemansa tuen, ohjauksen ja lohdutuksen.
- Yksikössämme on kirjalliset saattohoito-ohjeet.
- Saattohoito-ohjeiden ajantasaisuus tarkistetaan määräajoin.
- Saattohoitotyö koetaan yksikössämme erityisen herkäksi hoidon alueeksi.
- Henkilökunnallamme on valmiudet kohdata kuolevan potilaan koko tunneskaala.
- Saattohoidossa yksikössämme toteutuu asiakkaan (potilaan ja omaisen) rinnalla kulkeminen.

[<- Edellinen](#)[Seuraava ->](#)

# Tehu –osahanke

## Saattohoidon alkukartoitus

### 7. Vainajan hoito

Arvioi väittämän toteutumista yksikössä

- 1 = ei toteudu yksikössämme lainkaan  
 2 = toteutuu yksikössämme osittain  
 3 = toteutuu yksikössämme hyvin  
 4 = toteutuu yksikössämme erittäin hyvin  
 5 = asia ei koske yksikköämme \*

	1	2	3	4	5
Yksikössämme on vakiintunut tapa, miten kuolemasta tiedotetaan kaikille yksikön työntekijöille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössämme on vakiintunut tapa, miten kuolemasta tiedotetaan muille asiakkaille/potilaille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössämme on mahdollista järjestää vainajan muistohetki.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaisilla on mahdollisuus osallistua vainajan hoitoon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössämme on kirjalliset ohjeet vainajan hoidosta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaiset saavat selkeät kirjalliset ohjeet käytännön asioihin liittyen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunnan työtapaan kuuluu se, että omaisten tukemiseen varataan tarvittava aika ja paikka.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[<- Edellinen](#)

[Seuraava ->](#)



# Tehu –osahanke

## Saattohoidon alkukartoitus

### 8. Kuoleman jälkeinen vaihe

Arvioi väittämän toteutumista yksikössä

- 1 = ei toteudu yksikössämme lainkaan  
 2 = toteutuu yksikössämme osittain  
 3 = toteutuu yksikössämme hyvin  
 4 = toteutuu yksikössämme erittäin hyvin  
 5 = asia ei koske yksikköämme \*

	1	2	3	4	5
Saattohoidon jälkeen henkilökunnalle mahdollisesti syntynyt tunnekuorma puretaan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Henkilökunta kokee, että tunnekuorman purkamisesta on merkittävää hyötyä työssä jaksamista ajatellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarjoamme omaisille mahdollisuuden ottaa myöhemmin yhteyttä, jos heissä herää kysymyksiä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saattohoitoja arvioidaan niin, että niistä voidaan oppia, sekä kehittää työtä ja käytäntöjä jatkossa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<- Edellinen

Seuraava ->



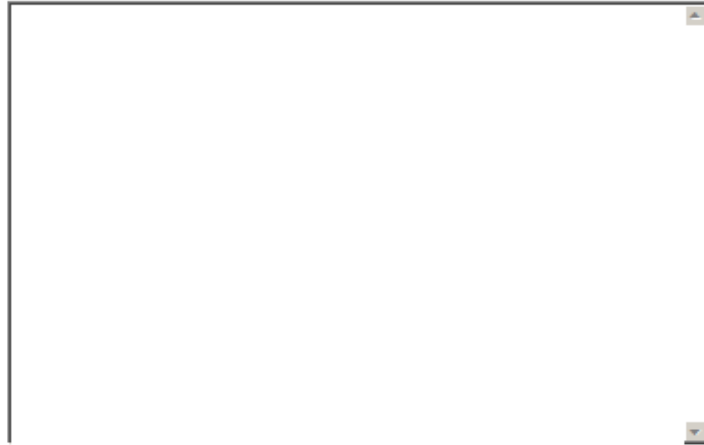
# Tehu –osahanke

## Saattohoidon alkukartoitus

9. Mitkä tekijät yksikössämme mahdollistavat asiakkaan/potilaan hyvän saattohoidon?

10. Mitkä tekijät yksikössämme vaikeuttavat tai estävät hyvän saattohoidon toteuttamista?

11. Ja vielä haluamme tuoda esiin seuraavaa:



<- Edellinen

Lähetä



## Vastausten suhteelliset jakaumat ja keskiarvot

Ennakointivaihe	Suhteelliset jakaumat (%)					Keskiarvo
	Ei toteudu	Toteutuu osittain	Toteutuu hyvin	Toteutuu erittäin hyvin	Ei koske yksikköä	
Hoitolinjaukset tehdään yhteistyössä asiakkaan/potilaan ja/tai läheisten kanssa.	3	19	45	29	3	3,03
Asiakkaan/potilaan ilmaisema hoitotahto kirjataan selkeästi asiakastiedostoon.	7	23	39	32	0	2,97
Yksikössämme tehdään asiakkaan/potilaan hoitoa ohjaavat hoitolinjaukset.	7	23	48	19	3	2,83
Henkilökunta kokee, että asiakkaan/potilaan ja hänen omaisensa saattohoitoon valmentaminen on osa heidän työtään.	7	26	45	19	3	2,8
Omaiset saavat henkilökunnaltamme tukea ja ohjausta saattohoitoon valmistautumisessa.	3	27	50	13	7	2,79
Tieto olemassa olevasta hoitotahdosta siirtyy asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen.	7	39	26	29	0	2,77
Hoitolinjaukset tarkistetaan asiakkaan/potilaan tilan muuttuessa.	10	32	45	13	0	2,61
Henkilökunta kokee, että hoitotahdosta puhuminen ja sen ilmaisemisessa opastaminen on osa heidän työtään.	7	55	29	10	0	2,42
Henkilökunta on koulutettu saattohoitoon.	23	33	33	10	0	2,3
Asiakkaat/potilaat saavat systemaattisesti ohjausta kirjallisen tai suullisen hoitotahdon ilmaisemiseen.	36	49	13	3	0	1,84
Yksikössämme on sovittu, kenen tehtävänä on hoitotahtoon liittyvä keskustelu asiakkaiden/potilaiden kanssa ja asiaan liittyvä kirjausvastuu.	55	16	23	7	0	1,81
<b>Yhteensä</b>	<b>15</b>	<b>31</b>	<b>36</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>2,56</b>



Saattohoitovaihe	Suhteelliset jakaumat (%)					Keskiarvo
	Ei toteudu	Toteutuu osittain	Toteutuu hyvin	Toteutuu erittäin hyvin	Ei koske yksikköä	
Saattohoidossa olevan asiakkaan/potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan, jos se suinkin on mahdollista.	0	7	26	65	3	3,6
Hoitotyössä toteutuu tehostettu hyvä perushoito saattohoidossa.	0	3	33	60	3	3,59
Omaisien on mahdollista yöpyä tai viettää pidempiä aikoja saattohoidossa olevan luona.	3	7	26	58	3	3,43
Saattohoitotyö koetaan yksikössämme erityisen herkäksi hoidon alueeksi.	3	7	36	48	7	3,38
Saattohoitopäätös kirjataan.	0	13	36	39	13	3,3
Saattohoitopotilaan kipuja hoidetaan niin, että potilas on kivuton.	0	10	49	39	3	3,3
Henkilökunta kokee, että he voivat toteuttaa hyvää, asiakkaan/potilaan perusoikeuksia kunnioittavaa hoitotyötä.	0	23	42	36	0	3,13
Omaiset saavat saattohoitovaiheessa tarvitsemansa tuen, ohjauksen ja lohdutuksen.	0	26	39	32	3	3,07
Yksikössämme tehdään saattohoitopäätökset, kun tiedetään, että se on potilaan tahdon mukaista, ja kun potilaan tilanne on arvioitu sellaiseksi, että päätös voidaan tehdä.	7	16	36	26	16	2,96
Saattohoidossa yksikössämme toteutuu asiakkaan (potilaan ja omaisen) rinnalla kulkeminen.	0	39	29	29	3	2,9
Henkilökunnallamme on valmiudet kohdata kuolevan potilaan koko tunneskaala.	3	26	48	19	3	2,87
Hoidossa vastataan asiakkaan/potilaan hengellisiin tarpeisiin.	7	26	42	26	0	2,87
DNR-päätökset tehdään yhteistyössä potilaan ja/tai omaisten kanssa.	16	7	29	26	23	2,83
Yksikössämme hoitoympäristö on saattohoitoon sopiva.	10	29	29	29	3	2,8
Yksikössämme on käytäntönä tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma esimerkiksi kivunlievitystä koskien.	39	19	29	7	7	2,03
Yksikössämme tehdään DNR-päätös (do not resuscitate, ei elvytetä) jokaisesta saattohoidossa olevasta potilaasta.	23	36	16	3	23	2
Tiedonkulun varmistamiseksi saattohoidossa olevalla potilaalla on yhdessä sovittu ja nimetty yhdyshenkilö.	42	29	10	7	13	1,78
Yksikössämme on kirjalliset saattohoito-ohjeet.	55	23	13	7	3	1,7
Saattohoito-ohjeiden ajantasaisuus tarkistetaan määräajoin.	61	23	10	0	7	1,45
Yksikössämme tehdään AND-päätöksiä (allow natural death, sallitaan luonnollinen kuolema).	48	19	6,45	0	26	1,43
<b>Yhteensä</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>2,72</b>

Vainajan hoito -vaihe	Suhteelliset jakaumat (%)					Keskiarvo
	Ei toteudu	Toteutuu osittain	Toteutuu hyvin	Toteutuu erittäin hyvin	Ei koske yksikköä	
Omaisilla on mahdollisuus osallistua vainajan hoitoon.	0	0	36	52	13	3,59
Yksikössämme on mahdollista järjestää vainajan muistohetki.	0	7	23	48	23	3,54
Yksikössämme on kirjalliset ohjeet vainajan hoidosta.	16	13	26	39	7	2,93
Yksikössämme on vakiintunut tapa, miten kuolemasta tiedotetaan kaikille yksikön työntekijöille.	16	19	23	42	0	2,9
Yksikössämme on vakiintunut tapa, miten kuolemasta tiedotetaan muille asiakkaille/potilaille.	10	26	19	23	23	2,71
Henkilökunnan työtapaan kuuluu se, että omaisten tukemiseen varataan tarvittava aika ja paikka.	16	36	26	13	10	2,39
Omaiset saavat selkeät kirjalliset ohjeet käytännön asioihin liittyen.	52	29	3	10	7	1,69
<b>Yhteensä</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>2,82</b>

Kuoleman jälkeinen vaihe	Suhteelliset jakaumat (%)					Keskiarvo
	Ei toteudu	Toteutuu osittain	Toteutuu hyvin	Toteutuu erittäin hyvin	Ei koske yksikköä	
Tarjoamme omaisille mahdollisuuden ottaa myöhemmin yhteyttä, jos heissä herää kysymyksiä.	0	13	39	48	0	3,35
Henkilökunta kokee, että tunnekuorman purkamisesta on merkittävää hyötyä työssä jaksamista ajatellen.	7	13	45	32	3	3,07
Saattohoitoja arvioidaan niin, että niistä voidaan oppia, sekä kehittää työtä ja käytäntöjä jatkossa.	19	32	23	19	7	2,45
Saattohoidon jälkeen henkilökunnalle mahdollisesti syntynyt tunnekuorma puretaan.	23	39	19	16	3	2,3
<b>Yhteensä</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>2,79</b>