

# **Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelu- järjestelmä Suomessa**

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK), Sosiaali- ja terveysala

2021

Mikko Muhli

## Tiivistelmä

Tekijä(t) Muhli Mikko	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 22	Valmistumisaika 2021
Työn nimi <b>Palliativisen hoidon ja saattohoidon palvelujärjestelmä Suomessa</b>		
Tutkinto Sairaanhoidtaja (AMK)		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio		
Tiivistelmä <p>Hyvä palliativinen hoito ja saattohoito on jokaisen ihmisen perusoikeus. Sen pitäisi olla kaikkien saatavilla riippumatta asuinpaikasta, sairaudesta tai varallisuudesta.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, kuinka palliativinen hoito sekä saattohoito järjestetään Suomessa tällä hetkellä. Lisäksi tarkoituksena on tuoda esiin ongelmakohtia, muutoshankkeita, suunnitelmia ja ideoita palvelujärjestelmän ja palliativisen hoidon sekä saattohoidon kehittämistä tulevaisuudessa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto on kerätty sähköisistä tietokannoista ja analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tiedonhaku suoritettiin 12/2020–2/2021 välisenä aikana. Opinnäytetyöhön valittiin julkaisu sisäänottokriteerien mukaisesti. Sisäänottokriteereinä olivat julkaisukieli suomi, julkaistu vuosina 2015–2021, julkaisu on ilmaiseksi saatavilla ja julkaisu vastaa tutkimuskysymyksiin.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan palliativisessa hoidossa ja saattohoidossa on tapahtunut ja tapahtuu myös tulevaisuudessa isoja muutoksia. Ongelmakohtiin on etsitty ja löydetty ratkaisuja. Näillä ratkaisuilla palvelujärjestelmästä saadaan tulevaisuudessa hyvin toimiva palveluketju, joka tarjoaa hyvän palliativisen hoidon ja saattohoidon kaikille sitä tarvitseville. Hoidon laatu paranee muun muassa selkeällä kolmiporraisella mallilla ja hoitohenkilökunnan syvemmillä koulutuksella.</p> <p>Jatkotutkimuksina aiheesta voisi tutkia konkreettisesti sitä, kuinka palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittyminen näkyy esimerkiksi potilaiden ja omaisten tyytyväisyytenä, tai kuinka uudet suositukset näkyvät taloudellisten resurssien tarpeena.</p>		
Asiasanat Palliativinen hoito, saattohoito, palvelujärjestelmä		

## Abstract

Author(s) Muhli Mikko	Type of Publication Thesis, UAS Number of Pages 22	Published 2021
Title of Publication <b>Service system of palliative care and hospice care in Finland</b>		
Name of Degree Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing		
Name, title and organization of the client		
Abstract <p>Good palliative care is a fundamental right for everybody. It should be available for everyone regardless of the place of residence or wealth.</p> <p>Purpose of this thesis is to describe how palliative care is currently organized in Finland and highlight problems, plans and ideas for the future development of the service system.</p> <p>The research methodology was descriptive literature review. Literature was collected from several electronic databases and analyzed by data-driven content analysis. The data was collected between December 2020 and February 2021.</p> <p>The results of this literature review show, how major changes have taken place in palliative care and how it will change also in future. Solutions have been found to the problem areas and with the solutions, the service system will become well-functioning in the future, providing good palliative care for everyone in need. The quality of palliative care will improve for example with the new three-tier organization model and better education and training system of nursing staff.</p> <p>A follow-up research could study how the changes in palliative care effects the patient satisfaction, or how the new recommendations show in the need for financial resources.</p>		
Keywords End of life care, palliative care, hospice, service system		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Palliatiivinen hoito ja saattohoito .....	2
2.1	Keskeiset käsitteet.....	2
2.2	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon taustaa.....	3
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	5
4	Opinnäytetyön toteutus .....	6
4.1	Kirjallisuuskatsaus .....	6
4.2	Tiedonhaku.....	6
4.3	Aineiston analysointi .....	9
5	Tulokset.....	10
5.1	Nykyinen palveluiden järjestäminen.....	10
5.2	Ongelmat.....	12
5.3	Muutokset ja niihin pääseminen.....	13
6	Pohdinta .....	17
6.1	Tulosten arviointi ja johtopäätökset.....	17
6.2	Eettisyys ja luotettavuus .....	18
6.3	Jatkotutkimusehdotukset .....	19
	Lähteet .....	20

## Liitteet

Liite 1. Aineiston kuvailu

## 1 Johdanto

Palliativinen hoito on parantumatonta ja etenevää sairautta sairastavan potilaan aktiivista ja kokonaisvaltaista hoitoa. Palliativisen hoidon tavoitteena on vähentää kärsimystä ja vaalia elämänlaatua. Saattohoito on osa palliativista hoitoa ja se ajoittuu hoidon loppuvaiheelle. (THL 2020.)

Suomessa saattohoidon resursseissa ja osaamisen tasossa on ollut kansallisella tasolla suurta eriarvoisuutta. Palvelujärjestelmät ja hoitopolut eivät ole toimineet jatkumona, sillä yhteistyö yksiköiden välillä ei ole toteutunut oikein. Saattohoidon tarve Suomessa on suuri, sillä vuosittain kuolee lähes 50 000 ihmistä. Saattohoidon suurin potilasryhmä ovat syöpäpotilaat, mutta hoitoa tarvitsevat myös monet muut eri sairauksia sairastavat potilaat. (Vuorinen & Järvimäki 2012, 446–447.)

Kuolemme myös yhä entistä vanhempina. Vuonna 2015 Suomessa kuoli 52 300 ihmistä, joista yli 75-vuotiaita oli kaksi kolmesta ja yli 85-vuotiaita kolmannes. Lisäksi yhä heikenevä huoltosuhte ja pidentynyt elinikä lisäävät palliativisen hoidon ja saattohoidon tarvetta. Huoltosuhteella tarkoitetaan lasten ja eläkeläisten määrää sataa työkäistä kohden. (Saarto & Lehto 2019, 535.)

Suuri ongelma on myös pula palliativisen hoidon osaajista. Palliativinen hoito ei systemaattisesti kuulu sairaanhoitajien tai lääkäreiden perusopintoihin ja vaikka jatkossa kuuluisikin, kestää kauan ennen kuin kaikilla ammattilaisilla on osaamista. Tämän takia myös täydennuskoulutusta tarvitaan tulevaisuudessa. (Lääkärilehti 2019.)

Aihe on juuri nyt erittäin ajankohtainen, josta kertoo esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön käynnissä oleva hanke, jonka tarkoituksena on selvittää elämän loppuvaiheen hoitoa koskevia asioita (STM).

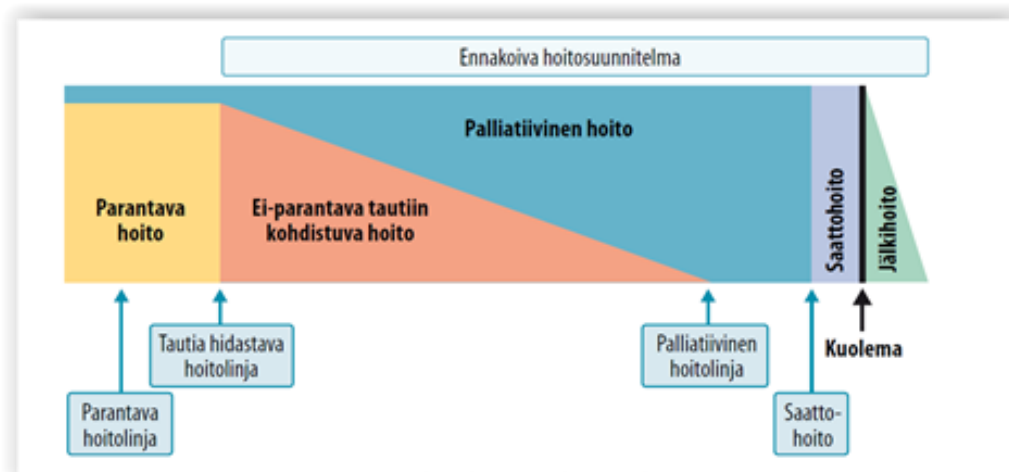
Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, kuinka palliativinen hoito sekä saattohoito järjestetään Suomessa tällä hetkellä. Tarkoituksena on myös tuoda esiin palvelujärjestelmää käytännössä, epäkohtia sekä suunnitelmia ja ideoita hoidon järjestämisestä tulevaisuudessa.

## 2 Palliatiivinen hoito ja saattohoito

### 2.1 Keskeiset käsitteet

Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan kuolemaan johtavaa sairautta sairastavien potilaiden ja heidän omaisten oireita lievittävää ja elämänlaatua parantavaa hoitoa. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia. Kipua, hengenahdistusta sekä pahoinvointia voidaan lievittää lääkehoidolla ja osaava lääkkeiden käyttö on tärkeä osa palliatiivista hoitoa. (TAYS 2020.) Lääkehoidona käytetään ensisijaisesti vahvoja opioideja ja tilanteen vaatiessa voidaan esimerkiksi antoreittiä vaihtaa, tai käyttää muita menetelmiä hoidon onnistumiseksi. WHO:n määritelmän mukaan palliatiivinen hoito kuuluu kaikille kuolemaan johtavaa tai henkeä uhkaavaa sairautta sairastaville riippumatta diagnooseista. (Käypä hoito suositus 2019.) Palliatiivisen hoitosuunnitelman tekee lääkäri yhdessä potilaan ja tarvittaessa läheisten kanssa. (THL 2020).

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa. Sen sijoittuu palliatiivisen hoidon ja elämän loppuvaiheille ja sen tavoitteena on hyvä kuolema ja kuolemaa edeltävän kärsimyksen lieventäminen. (Terveyskylä 2018.) Hoito ei kuitenkaan pääty kuolemaan, vaan hoitoon kuuluu omaisten tukeminen myös tämän jälkeen (THL 2020). Saattohoitoa voidaan toteuttaa esimerkiksi terveyskeskuksessa, saattohoitokodissa, sairaalassa tai potilaan kotona (Kaikki syövästä).



Kuva 1. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon sijoittuminen potilaan ennakoivassa hoitosuunnitelmassa (Lehto ym. 2019.)

Palvelujärjestelmä on laaja sosiaali- ja terveysjärjestöjen kenttä, jonka perustana on valtion tuella toteutettu kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat joko kunnat yksin, muodostamalla kuntayhtymiä tai ostamalla palveluita muilta kunnilta tai palveluntuottajilta. (STM.)

## 2.2 Palliativisen hoidon ja saattohoidon taustaa

Saattohoidon historia alkaa 1800-luvun puolivälistä ja 1960 luvun lopulta lähtien on perustettu ensimmäisiä varsinaisia saattohoitokoteja. Suomen ensimmäinen saattohoitokoti perustettiin 1988 Tampereelle. Hieman myöhemmin perustettiin toinen saattohoitokoti myös Helsinkiin. (Pihlainen 2010, 11.)

Ensimmäiset ohjeistukset elämän loppuvaiheen hoitoon annettiin Suomessa vuonna 1982. Tämän ohjeen tavoitteena oli potilaan kivuton ja oireeton saattohoitovaihe haluamassaan ympäristössä ja läheistensä seurassa. (Pihlainen 2010, 13–14.)

Kansainvälisen linjauksen palliativiseen hoitoon antoi puolestaan WHO vuonna 2002. Linjauksessa korostettiin kivun ja oireiden mukaista hoitoa sekä elämää ja kuolemaa luonnollisena prosessina. Tärkeitä asioita olivat myös omaisten tuki sekä psykososiaaliset ja hengelliset tarpeet. (Pihlainen 2010, 16.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta antoi vuonna 2003 uudet suosituksensa saattohoidosta. Sen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2010 saattohoitosuosituksen ja vuonna 2012 luotiin Käypä hoito -suositukset. (Saarto ym. 2017, 9.)

Joka neljänneltä sairaanhoitopiiriltä tai suurelta kunnalta puuttui saattohoitosuunnitelma vielä vuonna 2012 (ETENE 2012, 24). Myöskään erityistason saattohoitovuodepaikkoja ei ollut riittävästi, vain alle puolet suositellusta (Saarto ym. 2017, 10).

Erityistason saattohoitovuodepaikoilla hoidettiin vain 3000 potilasta ja 500 potilasta sai kotisaattohoitoa. Euroopan palliativisen hoidon yhdistyksen mukaan Suomessa tulisi kuitenkin olla noin 560 saattohoitovuodepaikkaa, mikä mahdollistaisi noin 12 000 potilaan hoidon joka vuosi. Nämä saattohoidon vuodepaikat jakautuivat valtakunnallisesti epätasa-arvoisesti. (Saarto & Lehto 2019, 536.) Ongelmia ja epätasa-arvoa on aiheuttanut myös esimerkiksi lääkekorvattavuus. Kotisaattohoidossa käytetyt vahvat opioidit ovat julkaisun (Vuorinen 2018) mukaan kokonaan korvattavia vain syöpään kuoleville potilaille, jolloin esimerkiksi AIDS-potilaat ja sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat jäävät korvausten ulkopuolelle, vaikka tutkimusten mukaan heillä esiintyy kipua yhtä paljon.

WHO:n selvityksen mukaan jonkinlaista palliativista hoitoa on järjestetty 136, joka käsittää 58 % maailman valtioista selvityksen aikaan. Niistä palliativinen hoito oli hyvin integroituna 20 valtion terveydenhuoltojärjestelmään. Suomi ei menestynyt selvityksessä eikä sijoittunut kärkimaiden joukkoon. Euroopan sisällä Suomi sijoittui vain keskitasoon Euroopan palliativisen hoidon yhdistyksen kartoituksen mukaan. (Saarto & Lehto 2019, 536)

Saksassa on todettu, ettei potilaiden kannalta merkityksellisiä tuloksia välttämättä saavuteta nykyisellä palvelujen laadulla, vaan potilaan näkökulman täytyisi tulla korostuneemmin esille (Hänninen 2019). Norjassa palliatiivisen hoidon palveluja on lähdetty rakentamaan kaikille julkisen terveydenhuollon tasoille. Yliopistosairaaloissa toimii erikoistuneet palliatiivisen lääketieteen yksiköt, sairaaloissa palliatiivisen hoidon konsultaatiotiimit, vuodeosastot ja poliklinikat, sekä lisäksi perusterveydenhuollon palliatiivisen hoidon yksiköt. (Saarto & Lehto 2019, 537)

Suomessa saattohoidon kehittämiseksi eduskunta myönsi vuoden 2017 syksyllä miljoonan euron määrärahan (Saarto ym. 2019, 13). Sen tehtävänä on ollut määrittää laatukriteerit ja kartoittaa erityisvastuualueittain hoidon palvelut kolmiportaisen mallin mukaisesti vuoden 2020 loppuun mennessä (Saarto & Lehto 2019, 540). Lisäksi käynnissä on ”Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmä”, jonka toimikausi kestää 30.6.2021 asti. Sen tavoitteena on selvittää saattohoitoa, itsemääräämisoikeutta ja eutanasiaa koskevia sääntelytarpeita. Työn pohjalta se antaa tarvittaessa ehdotuksensa eduskunnalle lainsäädännön muutoksia varten. (STM.)



### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset**

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota kirjallisuuskatsauksen avulla yhteen tutkimustietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämisestä kokonaisuutena Suomessa. Katsaukseen pyritään saamaan luotettava ja ajankohtainen tieto hoidon nykytilasta, sekä tarkoituksena on myös tuoda esille käynnissä olevia ja tulevia hankkeita ja kehityssuunnitelmia. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa palliatiivisen hoidon ja saattohoidon työntekijöille ja opiskelijoille.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka palliatiivinen hoito sekä saattohoito järjestetään tällä hetkellä Suomessa?
2. Mitkä ovat tämänhetkiset ongelmat?
3. Mitkä ovat tulevaisuuden kehityssuunnitelmat hoidon laadun ja tehokkuuden parantamiseksi?
4. Kuinka muutosten tekoon löydetään resursseja ja osaamista?

## 4 Opinnäytetyön toteutus

### 4.1 Kirjallisuuskatsaus

Menetelmäksi opinnäytetyöhön valikoitui kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsaus on tutkimuksen tapa, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta (Salminen 2011, 4). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi tyypillisimmistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käytetyt aineistot ovat laajoja ja tutkimuskysymykset väljempää kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. (Salminen 2011, 6.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta tehdessä prosessia ohjaa tutkimuskysymys. Aineisto muodostuu aiemmin julkaistuista tutkimuksista, jotka ovat tutkimuskysymysten mukaisesti kirjallisuuskatsaukselle merkityksellisiä. Analyysivaiheessa voi olla yksi tai useampi lähde, jotka muodostavat perustan tarkastelulle. Lähteitä voidaan täydentää, täsmentää tai kritisoida muun kirjallisuuden avulla. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sisältää myös tulosten tarkastelun, joka sisältää pohdintaa sekä tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arvioinnin. (Kangasniemi ym. 2013, 294–297.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineisto voi olla menetelmällisesti hyvinkin erilaista. Lisäksi käytettävissä ovat myös muutkin kuin tieteelliset julkaisut kuten esimerkiksi artikkelit ja konferenssijulkaisut. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

### 4.2 Tiedonhaku

Tiedonhaku on toteutettu hakemalla tietoa manuaalisesti kirjastosta, internetin hakukoneilla, sekä tietokantoja käyttäen. Tutkimuksia ja artikkeleja on haettu Medicistä, Google scholarista, sekä manuaalisessa haulla internetistä. Hakusanoina ovat olleet palliatiivinen, saattohoito, palvelujärjestelmä, järjestäminen, sekä niiden lyhennelmät ja yhdistelmät. Aineistot on valittu Taulukko 1. mukaisten kriteerien mukaisesti. Tiedonhankinnan prosessi on kuvattu taulukossa 2. Valittu aineisto on esitetty taulukossa 3.

Sisäänottokriteerit:	Poissulkukriteerit:
Julkaisukieli on Suomi	Julkaisukieli jokin muu kuin Suomi
Saatavilla maksutta	Maksullinen
Vastaa tutkimuskysymyksiin	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin
Julkaisuvuosi 2015–2021	Julkaisuvuosi jokin muu kuin 2015–2021

Taulukko 1. Kriteerit aineiston valintaan.

Julkaisukieleksi on rajattu pelkkä suomi, sillä opinnäytetyön aihe koskee palveluiden järjestämistä suomessa, eikä ulkomaisilla teoksilla ollut merkittävää painoarvoa koskien tutkimuskysymyksiä. Myös julkaisuvuosi rajattiin 2015–2021, jotta opinnäytetyöhön valikoituu tarpeeksi ajankohtainen aineisto.

Tietokanta	Hakusanat	Haun rajaukset	Osumat	Valittu	Otsikko
Medic	palliativi* AND saatto*	2015-2021  Vain kokotekstit	70	5	Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset  Verkostoyhteistyö palliativisen potilaan hoidossa  Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa  Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma  Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli
Manuaalinen haku	Palliativisen ja saattohoidon järjestäminen,  Saattohoidon järjestäminen	-	-	1	Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen
Google scholar	Palliativisen hoidon järjestäminen	2015-2021	1110	2	Kunnat ovat varautuneet palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen – erityisosaamista tarvitaan kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon tueksi  Suositus palliativisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa
Yhteensä				8	

Taulukko 2. Tiedonhankinnan prosessi.

Nro.	Aineiston nimi	Tekijät	Vuosi	Julkaisija
1.	Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa	Flinkkilä M-L.	2019	Itä-Suomen yliopisto, Pro gradu -tutkielma
2.	Kunnat ovat varautuneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen – erityisosaamista tarvitaan kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon tueksi	Hammar T., Lempäaho S., Toikka I., Kylänen M., Heikkilä R.	2018	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 36/2018
3.	Verkostoyhteistyö palliatiivisen potilaan hoidossa	Heino J. & Nikkilä M.	2019	Tampereen yliopisto, Pro gradu -tutkielma
4.	Elämän loppuvaiheen elämäntilanteen ennakoiva hoitosuunnitelma	Lehto J., Marjamäki E., Saarto T.	2019	Duodecim 2019; 135:335–42
5.	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen	Saarto T. ja asiantuntijatyöryhmä	2017	Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44
6.	Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa	Saarto T., Finne-Soveri H. ja asiantuntijatyöryhmä	2019	Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68
7.	Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli	Saarto T. & Lehto J.	2019	Duodecim 2019; 135:535–41
8.	Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset	Sarivaara S., Lämsä R., Seppälä U-M.	2018	Gerontologia lehti, 32(1), 2018

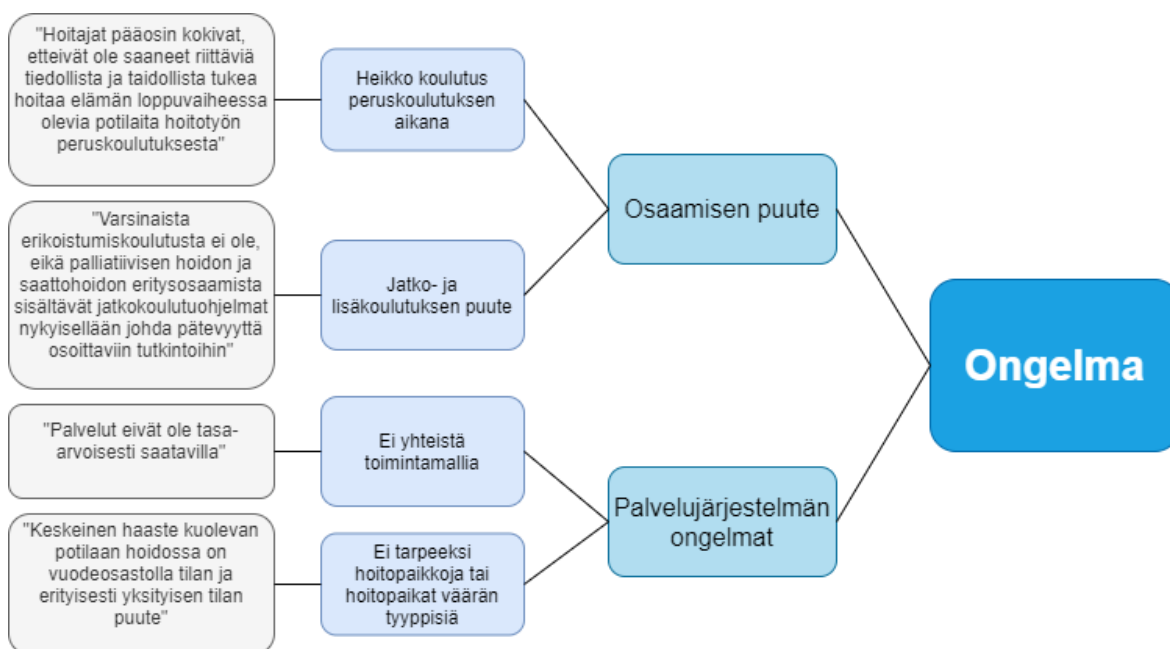
Taulukko 3. Valittu aineisto.

### 4.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jonka tavoitteena on kerätyn aineiston pohjalta tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 112), sekä vastata esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Aiempia tutkimuksia tarkastelemalla voidaan saada aikaiseksi uusia tulkintoja, jotka eivät kuitenkaan muuta alkuperäistä tietoa vaan luodaan jäsentynyt kokonaisuus, jossa tulkinta yhdistetään muuhun tutkimuskysymyksen kannalta olennaiseen tietoon. Aineistosta haetaan merkityksellisiä seikkoja, jotka ryhmitellään sisältönsä mukaan kokonaisuuksiksi. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.)

Analyysi vie kuitenkin paljon aikaa, joka tutkimuksen tekijän täytyy huomioida. Pika-analyysi saattaa pelkistää rikkaankin aineiston tyvistetyksi ja kaventavaksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 66.)

Analyysi eteni alkuperäisen aineiston sisältämien alkuperäisilmaisujen luokittelulla alaluokkiin. Alaluokat muodostivat yhdessä yläluokkia, josta muodostui kokonaisuus eli pääluokka. Pääluokkien kysymyksiin pyrittiin vastaamaan opinnäytetyön tutkimuskysymyksillä. Kuviossa 1. esitetään esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.



Kuvio 1. Esimerkki analyysin etenemisestä.

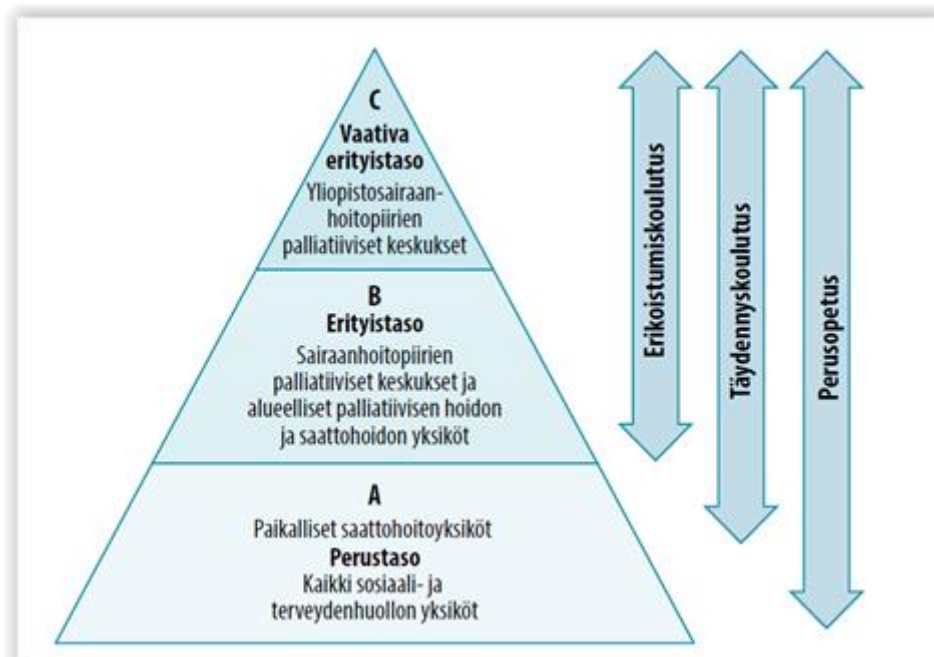
Analyysin tarkoituksena ei ole referoida, tiivistää tai siteerata alkuperäisaineistoa. Hyvän analyysin avulla luodaan sisäistä vertailua, joka mahdollistaa laajempien päätelmien tekemisen aineistosta. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

## 5 Tulokset

### 5.1 Nykyinen palveluiden järjestäminen

Palveluiden ja hoidon järjestämistä ohjaa lait ja asetukset. Suomen perustuslaki (731/1999) edellyttää, että julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Lisäksi toimintaa ohjaa muun muassa seuraavat lakien säännökset: laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, asiakaslaki), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012, vanhuspalvelulaki) ja laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015). Asiakslain (22.9.2000/812) 8 §:n mukaan sosiaalihuoltoa toteuttaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide. Lisäksi tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta, sekä asiakkaalle on myös annettava mahdollisuus itse osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Vanhuspalvelulain 14 §:n mukaan kunnan on toteutettava iäkkään henkilön arvokasta elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla palveluilla. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) säättää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä ja velvoittaa tehtävien asianmukaiseen hoitamiseen jota potilaan tarpeet edellyttävät. Lain mukaan erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon alueellisesta työnjaosta tulee sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tehdä järjestämissopimus. Terveydenhuoltolain 45 §:ssä (29.12.2016/1516) säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskitämisestä. Vaativa palliatiivinen ja saattohoito kuuluu erikoissairaanhoidon tehtäviin, jonka suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti yliopistosairaalat vastaavat valtioneuvoston asetuksen (582/2017) mukaisesti. Yliopistosairaaloiden tulee suunnitella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestelyt alueellaan valtakunnallisesti yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti siten, että otetaan huomioon alueelliset erot väestötiheydessä ja etäisyyksissä. (Saarto 2017, 13–14.)

Palliatiivisen ja saattohoidon palvelut pyritään nykyään järjestämään Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön vuonna 2017 antamien suositusten mukaisesti. Näiden suositusten mukaan kaikilla tulee olla pääsy laadukkaaseen palliatiiviseen hoitoon. Hoito on porrastettu kolmiporaisen mallin mukaisesti, joka kattaa perustason saattoyksiköt (A), erityistason (B) sekä vaativan erityistason (C). (Saarto & Lehto 2019, 535.) Suurin potilaista hoidetaan perus- ja A-tasolla. Arviolta kolmannes potilaista tarvitsee erityistason tai vaativan erityistason hoitoa, johon heillä tulee olla mahdollisuus riippumatta asuinpaikastaan (Saarto ym. 2019, 15).



Kuva 2. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli (Saarto & Lehto 2019, 539)

### Kolmiportainen malli

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason muodostaa kaikki terveyden- ja sosiaali- huollon yksiköt, joissa hoidetaan kuolevia potilaita muttei niiden pääasiallista toimintaa ole saattohoito. Perustaso koostuu siis esimerkiksi vuodeosastoista, kotihoidosta, tehostetusta palveluasumisesta ja muista ympärivuorokautisen hoidon yksiköistä. A-tason saattohoitoyksiköt ovat perustason terveydenhuollon yksiköjä, johon on keskitetty saattohoitoa muun toiminnan oheen. Näiden A-tason yksiköiden tehtävänä on vastata lähipalveluista ja komplisoitumattomien tapauksien suunnitelmallisesta saattohoidosta. (Saarto & Lehto 2019, 537–538.)

Erityistaso B:n yksiköt ovat sairaanhoitopiirien palliatiivisia keskuksia, eli keskussairaaloja tai muita alueellisia yksiköitä. Niihin sisältyy palliatiivinen poliklinikka, vuodeosasto, sairaalakonsultaatiotiimi sekä kotisairaala tukiosastoineen. Nämä yksiköt vastaavat sairaanhoitopiirin erityistason hoidon palveluista, sekä tarjoavat konsultaatiotukea perustason yksiköille. Erityistason palliatiivinen keskus myös vastaa sairaanhoitopiirin hoito- ja palveluketjusta. Erityistasolla palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat yksiköiden pääasiallista toimintaa, johon ne ovat erikoistuneet. Yksiköissä on moniammatillinen erityiskoulutettu henkilökunta, johon kuuluu lääkärit, sairaanhoitajat, erityistyöntekijät ja psykososiaalisen tuen ammattilaiset. Erityistasolla lääkrillä on myös erikoistumiskoulutus palliatiiviseen hoitoon. Yksiköt ovat

tavoitettavissa ympäri vuorokauden, jolla mahdollistetaan vaativaa ja nopeaa hoitoa tarvitsevien potilaiden hoito. (Saarto & Lehto 2019, 537–539.)

Vaativasta erityistasosta C vastaa yliopistosairaalat. Niissä toimii edellä mainittujen erityistason yksiköiden lisäksi myös psykososiaalisen tuen yksikkö, päiväsairaala ja ympärivuorokautiset konsultaatiopalvelut. Yliopistosairaalojen palliatiivisen hoidon keskuskeskukset vastaavat hoitoketjujen suunnittelusta ja koordinaatiosta, sekä vaativan erityistason hoidon järjestämisestä erityisvastuualueittain. Vastuualueeseen kuuluu myös konsultaatio- ja etäpalvelut ympärivuorokautisesti, sekä lasten ja nuorten palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintasuunnitelmat. Vaativan erityistason yksiköt myös vastaavat opetuksesta, koulutuksesta, tutkimuksesta ja hoidon kehittämisestä. (Saarto & Lehto 2019, 537–539.)

## 5.2 Ongelmat

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2019 julkaiseman raportin mukaan palliatiivisen hoidon saatavuudessa on suuria alueellisia eroja, erityisesti erityistason palvelujen suhteen (Heino & Nikkilä 2019, 1). Erityistason osaamiseen vaikuttaa vahvasti koulutus. Hoitajat ovat kokeneet, että erityistasolla hoitajalla tulee olla syvällisempi ymmärrys, kuin esimerkiksi perustason saattohoidossa, sekä erityistason saattohoidossa osaamisen tulee olla hyvin laaja-alaista. (Flinkkilä 2019, 24). Potilaat ovat tutkimuksen (Heino & Nikkilä 2019, 26) mukaan myös hoitopaikasta riippuen eriarvoisessa asemassa johtuen siitä, että palliatiivisia hoitolinjauksia ei tehdä yhtä aktiivisesti eri yksiköiden väleillä, eikä resursseja käytetä tasavertaisesti. Tällä hetkellä myöskään palliatiivisen hoidon ja lääketieteen opetus ja koulutus ei anna edellytyksiä hyvälle saattohoidolle kaikkialla, sillä se on järjestetty puutteellisesti (Saarto ym. 2019, 15).

Hoitajille tehdyn tutkimuksen mukaan hoitotyön peruskoulutus harvoin antoi riittäviä tietoja ja taitoja työuran alkuvaiheessa. Peruskoulutus myös harvoin vastasi erityistason saattohoidossa työskentelevien tarpeisiin, jolloin hoitajat olivat joutuneet hankkimaan lisäkoulutusta. Lisäkoulutustarjonta on kuvattu pirstaleiseksi, joista työntekijän tulee valita itselleen sopivat koulutukset. Lisäkoulutusten on katsottu olevan hyödyllisiä, mutteivat ne aina vastata koulutuksen mielikuvaa tai palvele koulutustarpeita oikein. Lisäksi koulutuksiin pääsy on vaihtelevaa työyksiköstä riippuen. Koulutuksen järjestämisestä erityistason B hoitajille pidetään haasteellisena. Työyksikössä saattaa työskennellä hyvinkin eritasoisesti kouluttaneita hoitajia, jolloin myös lisäkoulutustarpeet vaihtelevat. Hoitajat toivovat työyksiköihin yhtenäisiä koulutuksia, jolloin kaikilla hoitajilla olisi samansuuntainen näkökulma hoitotyössä. (Flinkkilä 2019, 44, 51, 60–62).



Tutkimuksen mukaan (Sarivaara ym. 2018, 7–9) esimerkiksi vuodeosastolla osaston tilalliset, ajalliset ja toiminnalliset rakenteet vaikuttavat suuresti siihen millaista hoito on. Erityisesti yksityisen tilan puute koetaan ongelmaksi, kun kuolevan potilaan huoneessa voi olla muitakin potilaita saman aikaisesti. Myös hoitajien ajan riittävyys vaikuttaa siihen, kuinka paljon kuolevalle potilaalle voidaan antaa aikaa. Tutkimukseen vastanneen mukaan hoitohenkilökunnalla on tietotaitoa siitä, kuinka ihmisiä pitäisi hoitaa, mutta hoidon toteutukseen ei välttämättä ole aikaa käytännössä.

Hoidon kehittymistä ovat rajoittaneet myös taloudelliset syyt, sillä terveydenhuollon kustannusten jatkuva kohoaminen aiheuttaa pelkoa (Heino & Nikkilä 2019, 2). Suomalaiset kuolevat pääasiallisesta sairaaloissa, mikä muodostaa suuren osan loppuvaiheen terveydenhuollon kustannuksista (Saarto & Lehto 2019, 535–536). Nämä viimeiset kuukaudet ja viikot ovat tutkimusten mukaan yhteiskunnalle kalleimmat kustannuksellisesti (Heino & Nikkilä 2019, 2). Kaikista terveydenhuollon menoista viimeisen elinvuoden hoito kattaa noin 25 % ja viimeisen elinkuukauden hoito noin 10 %. Elämän loppuvaiheessa esiintyvät vaikeat oireet voivat johtaa kustannuksia nostaviin toistuviin päivystys- ja sairaalakäynteihin. Tämä on usein seuraus siitä, ettei ennakoivasta hoitosuunnitelmasta ja palliativisesta hoidosta ole huolehdittu. (Saarto ym. 2017, 10.) Jokaisella pitkälle edennyttä sairautta sairastavalla potilaalla tulisi olla hoitosuunnitelma elämän loppuvaiheille, jossa määritellään hoidon linjaukset ja rajaukset. Suunnitelmaa tulisi myös tarkentaa taudin edetessä. (Lehto ym. 2019, 337–341).

Lisäksi havaittuja kehittämistarpeen omaavia kohteita ovat saattohoitokotiverkoston ja kotisairaalatoiminnan vahvistaminen, sekä laatukriteerien ja osaamiskriteerien määrittäminen. Myös kotisaattohoidossa olevien potilaiden ja heidän läheistensä psykososiaalisen tuen yhdenvertainen saatavuus tulisi varmistaa. (Saarto ym. 2017, 12.)

### 5.3 Muutokset ja niihin pääseminen

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on hyvin laaja ja ulottuva. Integroimalla palliativinen hoito ja saattohoito tähän olemassa olevaan terveydenhuollon järjestelmään, varmistettaisiin sen saatavuus kaikille sitä tarvitseville (Saarto & Lehto 2019, 536).

Muutoksia varten Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on luonut toimeenpanosuunnitelman vuonna 2017, jossa se ehdottaa palvelujärjestelmän kehittämistä siten, että palliativisen hoidon ja saattohoidon tarjonta olisi valtakunnallisesti kattavaa ja kaikkien saatavilla yhdenvertaisesti. Siihen kuuluu muun muassa yliopistosairaanhoitopiirien vastuu nykyisten palveluiden kartoittamisesta, laatukriteerien laatimisesta ja palveluiden järjestämisestä kolmiportaisen (ABC-tasot) mallin mukaisesti. Sairaanhoitopiirit huolehtivat oman

alueensa yksiköiden kehittämistä siten, että niistä muodostuu kattava kolmiportainen palvelujärjestelmä. Lisäksi sairaanhoitopiirit järjestävät alueellista koulutusta henkilökunnalle ja lisäävät hoitoketjun tietoisuutta alueen väestölle ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöille. Muutoksiin pääsemisen seurannaksi toimeenpanoa seurataan erityisvastuualueittain. Yliopistosairaalat siis laativat vuosittain raportit palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluista ja hoitoon pääsystä. Seuranta sisältää erityisesti hoitoketjun ja palvelujen tarjontaa, hoidon laatua ja saatavuutta sekä perustason yksiköiden vuosittaisen kyselyn. Perustason yksiköiden kyselyssä seurataan saattohoitolääkkeiden saatavuutta, sairaanhoitajien ja lääkärin konsultaatioiden saatavuutta, hoitoketjujen tunnettavuutta ja toimivuutta sekä ajantasaista henkilökunnalle suunnattua koulutusta ja ohjeistusta. Seuranta on säännöllistä ja systemaattista, jotta tuloksia voidaan verrata valtakunnallisesti eri erityisvastuualueittain. (Saarto ym. 2017, 23–24.)

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osaamisvaatimukset näkyvät myös jo kuntien kilpailutus-kriteereissä. Vastuu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä on kunnalla, mutta tarvittaessa ne voivat ostaa palvelut esimerkiksi yksityisiltä palveluntuottajilta, jotka valitaan avoimen prosessin kautta. Saattohoito-osaamisen huomiointi palvelujen kilpailutus-kriteereissä on vaihtelevaa. THL:n tutkimuksen (2018, 4–6) mukaan kunnista 43 % oli jo vaatimus saattohoito-osaamisesta palvelujen kilpailutus-kriteereissä.

### **Laatukriteerit**

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon laadun parantamiseksi on kehitetty laatukriteerit kolmiportaisen mallin mukaisesti.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason muodostaa kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt, joissa hoidetaan loppuvaiheen potilaita. Perustason yksiköiden tulisi kyetä tunnistamaan parantumaton ja kuolemaan johtava tilanne, sekä luoda hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelman tulee sisältää hoitolinjauksen ja rajaukset, hoitotahdon, toiveet missä ja miten hoito järjestetään sekä suunnitelman akuuttitilanteita varten. Lisäksi suunnitelmassa tulee olla selvänä hoidosta vastaava taho sekä konsultoitavan erityistason yksikkö. Henkilökunnan tulisi osata palliatiivisen hoidon ja saattohoidon perustason oireiden hoito ja tarvittaessa toteuttaa saattohoito erityistason tuella. (Saarto ym. 2019, 186.)

A-tason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluita tarjoavia yksiköitä ovat esimerkiksi sairaaloiden vuodeosastot. Tällä tasolla hoitoa on kehitetty osana osaston perustehtävää. Henkilökunnalla tulee olla perustasoa korkeampaa osaamista, jolloin kyetään käynnistämään hoito vaikeissakin tilanteissa ja konsultoimaan jatkohoidosta. A-tasolla tulee olla myös nimetty palliatiivisen hoidon ja saattohoidon vastuuhenkilöt, jotka käyvät

säännöllisesti täydennyskoulutuksessa. Myös muulla henkilökunnalla tulee säännöllistä jatkokoulutusta palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta. (Saarto ym. 2019, 188–189.)

B ja C tason palvelut kattavat erityistason palliatiivisen hoidon ja saattohoidon. C tasosta vastaa yliopistollisen sairaalan palliatiivinen keskus erityisvastuualueella ja B tasosta sairaanhoitopiirien palliatiivinen keskus oman maakunnan alueella. Laatukriteereinä erityistason vaaditaan palliatiiviseen lääketieteen erikoistuneet lääkärit ja asiantuntijasairaanhoitajat. Lisäksi asiantuntijatyöryhmään kuuluu muun muassa psykososiaalisen tuen ja henkisen tuen ammattilaiset, sosiaalityöntekijä, sekä fysioterapeutti tai toimintaterapeutti. Lääkäreillä tulee olla erikoistumiskoulutus palliatiiviseen lääketieteeseen ja sairaanhoitajilla palliatiivisen hoidon erikoistumiskoulutus tai monipuolinen koulutus ja näyttöä palliatiivisesta osaamisesta. Psykososiaaliselle tuelle, vuodeosastohoidolle, kotisairaaloiminnalle, avovastaanottoiminnalle, päiväsaaralatoiminnalle ja päivystykselle on luotu omat laatukriteerinsä, jotka kattavat yksiköiden toiminnan, henkilökunnan ja tarvittavan osaamisen kriteerit. (Saarto ym. 2019, 190–198.)

### **Koulutus sekä moniammatillinen yhteistyö**

Koulutusongelmiin ja osaamisen tasoon on tehtävä muutoksia. Opetuksen ja koulutuksen tulisi olla systemaattisesti järjestettyä, sillä valtaosa kuolevista potilaista hoidetaan perustasolla. Jatkossa ammatillisen perusopetuksen tulisi antaa siihen valmiudet. (Saarto & Lehto 2019, 538.) STM:n työryhmämuistion mukaan palliatiivisen hoitotyön ja lääketieteen opetusta on tarpeen kehittää ja lisätä tutkintoon johtavissa koulutuksissa. Lisäksi erityistasojen B ja C osaamistarpeisiin pyritään vastaamaan erikoistumiskoulutuksella, joiden käynnistämiseksi ja toteuttamiseksi tarvitaan yhteistyötä koulutusta järjestävien yliopistojen, ammatikorkeakoulujen ja ammattioppilaitosten välillä. (Saarto ym. 2017, 22.) Koulutushaasteeseen vastataan myös opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamalla hankkeella. EduPal-hankkeessa on toimijoina 15 sairaanhoitajakoulutusta toteuttavaa ammatikorkeakoulua, viisi lääketieteen tiedekuntaa sekä yksi hoitotieteen ja terveyshallintotieteen yksikkö. Hankkeessa laaditaan valtakunnallinen opetussuunnitelmasuositus koulujen perusopetukseen. Samalla luodaan valtakunnalliset ja yhtenäiset suositukset myös erikoistumiskoulutukseen. Näin varmistetaan ammattilaisten perusosaaminen ja yhdenmukainen erikoistuminen palliatiiviseen hoitotyöhön. Yhtenäinen koulutus luo edellytykset myös kansalaisten yhdenvertaiselle hoidolle ja parantaa näin kansallista tasa-arvoa. (Saarto ym. 2019, 178–179.)

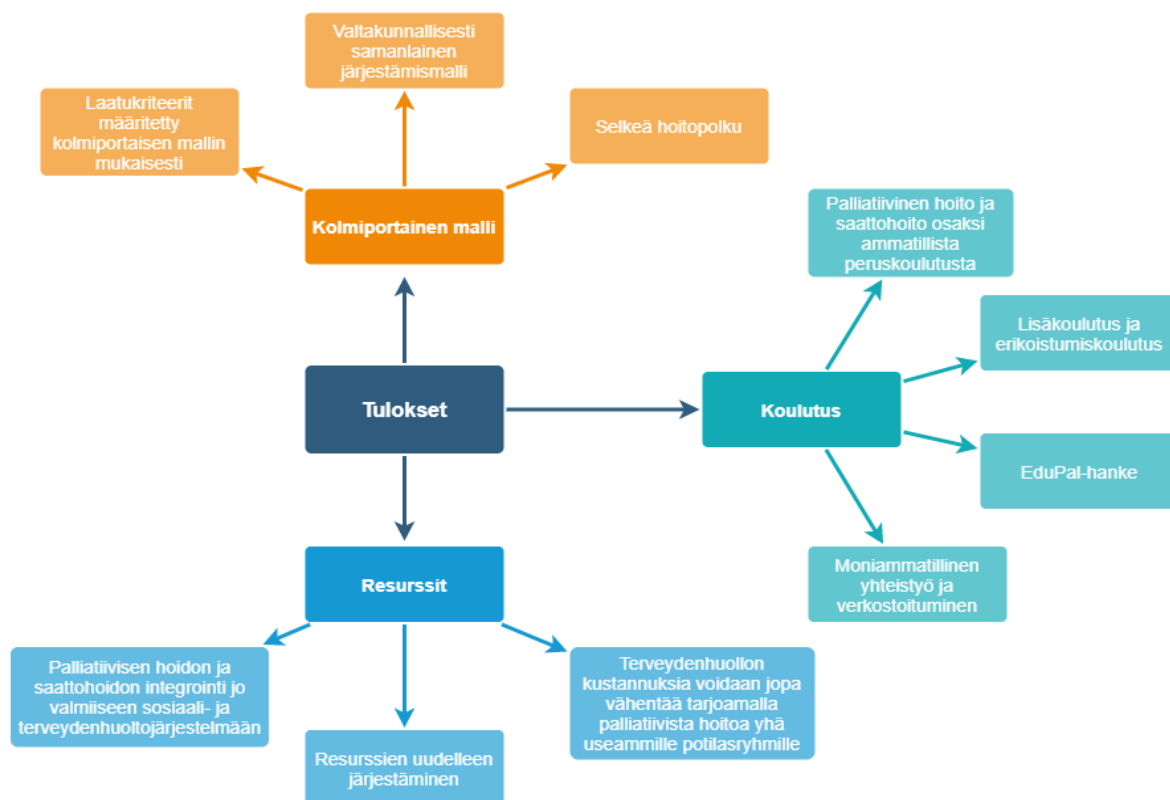
Hoitohenkilökuntaa ja hoitohenkilökunnan jatkuvaa työssäoppimista tukisi myös yhä tiiviimpi moniammatillinen yhteistyö ja verkostomainen toimintamalli. Alueellisissa suunnitelmissa myös kuvataan, kuinka työntekijöiden osaamista ja jaksamista tukevaa työnohjausta kehitetään ja lisätään. (Saarto ym. 2017, 14, 22.) Yhteistyöverkoston avulla alueen

palliativisen hoidon organisaatiot ovat lähentyneet toisiaan ja onnistuneet luomaan myös yhtenäisempiä käytäntöjä. Tutkimuksen mukaan verkoston jäsenet ovat kokeneet, etteivät yksittäiset toimijat olisi saavuttaneet samanlaisia tuloksia. (Heino & Nikkilä 2019, 39.)

## Resurssit

Tutkimusten mukaan terveydenhuollon kokonaiskustannuksia voidaan jopa vähentää tarjoamalla yhä useammille potilasryhmille palliativista hoitoa (Heino & Nikkilä 2019, 2). Potilaat ovat jo nyt sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piirissä, jolloin uudet saattohoitosuosituksiset eivät lisää kustannuksia, vaan kyseessä on enemmänkin resurssien ja palveluiden uudelleen järjestäminen (Saarto & Lehto 2019, 536). Kunnista kuitenkin lähes yhdeksän kymmenestä arvioi palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon käytettävissä olevat rahat täysin tai melko riittäviksi tutkimuksen mukaan (Hammar ym. 2018, 2).

Hoitajien määrän vähyden vuoksi esimerkiksi vuodeosastolla kuolevalle potilaalle ei riitä välttämättä tarpeeksi aikaa. Osastoilla voitaisiin kuitenkin jatkossa tukeutua enemmän omaisten apuun tarjoamalla heille paremmat mahdollisuudet olla läsnä ja osana hoitoa. Lisäksi vapaaehtoisten verkostot voisivat keventää hoitajien taakkaa. Viime kädessä osaston tulisi kuitenkin pystyä järjestämään ylimääräinen hoitaja potilaan kuoleman lähestyessä, jolla varmistettaisiin ihminen potilaan vierelle kuollessaan, mikäli potilas näin tahtoo. (Sari-vaara ym. 2018, 16.)



Kuvio 2. Yhteenveto tuloksista.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Tulosten arviointi ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, kuinka palliatiivinen hoito ja saattohoito järjestetään Suomessa tällä hetkellä ja minkälaisia epäkohtia, suunnitelmia ja ideoita sen kehittämiseen liittyy. Laajamittaisella haulla eri tietokannoista ja lähteistä opinnäytetyötä varten saatiin sopiva määrä laadukkaita julkaisuja, joiden pohjalta opinnäytetyö tehtiin.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palvelujärjestelmästä ja nykyisestä järjestämismallista saatiin hyvää ja ajantasaista tietoa. Eri lähteet kuvasivat hyvin järjestelmän ongelmia ja kuinka nämä ongelmat vaikuttavat käytännössä ja saattavat esimerkiksi potilaat epätasa-arvoiseen asemaan. Ongelmaksi on koettu esimerkiksi jäsentymättömät hoitopolut, palliatiivisen hoidon osaamisen puute sekä riittämättömät tai väärin kohdennetut resurssit.

Opinnäytetyön tuloksena saadaan kuitenkin varsin hyvin selville se, että näihin palliatiivisen hoidon ja saattohoidon ongelmiin on tartuttu kiinni. On luotu erilaisia työryhmiä ja suosituksia, joiden tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja tehdä hoidosta yhä tasa-arvoisempaa kaikille riippumatta asuinpaikasta tai muista tekijöistä.

Isoimmat ongelmat palvelujen järjestämisen suhteen on jo selätetty siirryttäessä kolmiportaiseen malliin. Jatkossa se luo hyvän ja selkeän pohjan palveluiden yhä paremmalle kehittämiselle. Tätä kehittymistä tukee myös valtakunnallisesti yhteiset laatukriteerit, joiden tulee täytyä jokaisessa yksikössä. Kolmiportainen malli tarvitsee toimiakseen kuitenkin myös erikoiskoulutettua henkilökuntaa, jota ei tällä hetkellä riitä kaikkiin tarpeisiin eteenkään erityistasoilla. Osaamisen ja koulutuksen ongelmien ratkaisemiseksi on tehty jo toimenpiteitä lisäämällä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon peruskoulutusta sekä erikoistumiskoulutuksia.

Huoli riittävästä resursseista hyvän palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseksi on ollut selvä. Opinnäytetyön pohjalta on kuitenkin selvää, että kustannuksia voidaan jopa vähentää tulevaisuudessa tarjoamalla palliatiivista hoitoa yhä useammille potilasryhmille. Palliatiivisen hoidon rakentaminen ei myöskään vaadi lisää resursseja, vaan enemmänkin resurssien uudelleen sijoittelua, jolla voidaan integroida palliatiivinen hoito ja saattohoito ja valmiiksi hyvin kattavaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään.

Nykyhetken tavoitteena selvästi onkin täyttää viimeiset palvelujärjestelmän aukot valtakunnallisesti ja saattaa hoitopolut hyvin jäsentyneiksi. Selkeässä palvelujärjestelmässä jokainen palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa tarjoava yksikkö tietää roolinsa ja tarpeen tulleen pystyy konsultoimaan erityistasoa helposti tai ohjaamaan potilaan erityistason hoidon piiriin.

Opinnäytetyöhön valikoitunut aineisto oli palliatiiviseen hoidon ja saattohoidon suhteen hyvin saman suuntaista. Samat ongelmakohdat ja kehitysratkaisut toistuivat useasti. Se kertoo selvästi siitä, kuinka selkeitä ja näkyviä tietyt ongelmat ovat olleet ja toisaalta myös siitä, kuinka toimiva ja kaikkia asiantuntijoita tyydyttävä uudenlainen palvelujen järjestämismalli on.

Opinnäytetyö eteni prosessina suunnitelmien mukaisesti. Suunniteltu aikataulu, tiedonhankinta ja aineiston käsittelymenetelmät onnistuivat hyvin ja osoittautuivat opinnäytetyöhön sopiviksi. Työskentely oli johdonmukaista ja esitettyihin tutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia.

## 6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksessa noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Tämä tarkoittaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyötä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Opinnäytetyössä sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus ja arviointimenetelmiä. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioidaan viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. (TENK 2012, 6.)

Opinnäytetyötä yksin tehdessä saattaa tulla sokeaksi omalle työlleen, joka tarkoittaa käytännössä sitä, että prosessin kuluessa opinnäytetyön tekijä on yhä vakuuttuneempi omien johtopäätöstensä oikeellisuudesta, vaikkei näin välttämättä todellisuudessa ole. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197.)

Luotettavuutta edistää kirjallisuuskatsauksen vaiheiden jäsentäminen ja täsmentäminen, sillä se on keskeisessä roolissa kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden ja eettisyyden arvioinnissa. Lisäksi luotettavuutta lisää aineiston valinnan jatkuva ja vastavuoroinen reflektointi suhteessa tutkimuskysymyksiin, sillä kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa painoarvo on aineiston sisällössä. (Kangasniemi ym. 2013, 292.) Opinnäytetyössä esitettiin avoimesti kirjallisuuskatsauksen työvaiheet luotettavuuden lisäämiseksi. Tiedonhankinta prosessi näytettiin taulukkomuodossa ja sisällönanalyysin eteneminen esimerkin avulla.

Luotettavuutta ja ajankohtaisuutta parantaa tutkimusaineiston iän rajaaminen, jossa suljettiin ulos yli kuusi vuotta vanhat julkaisut. Johtuen tutkimuskohteen nopeasta nykykehityksestä, alkuperäisaineistoa valitessa ja sitä käyttäessä tuli silti olla kriittinen.

Vieraskielisten julkaisujen rajaaminen pois sekä lisää, että heikentää opinnäytetyön luotettavuutta. Riski asioiden ja merkitysten muuttumisesta käännöksen yhteydessä häviää, mutta toisaalta vähentää tutkimusmateriaalin määrää. Suomenkielisten ja

tutkimuskysymyksiin vastaavien artikkeleiden julkaisijoina ja tekijöinä on usein samoja henkilöitä. Opinnäytetyön luotettavuutta heikentää saman tutkijan useiden eri teoksien päätyessä alkuperäisaineistoksi opinnäytetyöhön, sillä se yksipuolistaa näkemyksiä opinnäytetyön kohteena olevasta ilmiöstä.

### 6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta on toistaiseksi verrattain vähän tutkimuksia ja julkaisuja suomeksi verrattuna ulkomaalaisiin julkaisuihin. Tulevaisuudessa yhä tehokkaamman kehityksen takaamiseksi kotimaisia tutkimuksia ja julkaisuja tulisi saada lisää.

Koska palliativinen hoito ja saattohoito on isojen muutosten alaisuudessa, voisi tulevaisuudessa muutosten vaikutuksia tutkia ja verrata nykyhetkeen. Yksi selvä mittari kehittymisestä olisi tutkimus potilaiden hoidon laadun muutoksista, sekä potilaiden ja heidän omaistensa hoitoon tyytyväisyyden muutos. Lisäksi palliativisen hoidon ja saattohoidon resursseja voitaisiin tutkia. Onko uudet suositukset lisänneet tai vähentäneet merkittävästi hoitoon vaadittavia resursseja ja ovatko resurssit kohdentuneet oikein.

Palvelujärjestelmän kattavuutta ja toimivuutta voisi vertailla myös kansainvälisesti. Konkreettinen vertailu voisi olla esimerkiksi kuinka palliativinen hoito ja saattohoito on järjestetty Pohjoismaissa, tai muualla Euroopassa ja kuinka se eroaa Suomen mallista. Tutkimuksessa voisi tuoda esiin erilaisten toimintatapojen hyviä ja huonoja puolia ja etsiä näin lisäkeinoja palliativisen hoidon ja saattohoidon kehittämiseksi.

## Lähteet

Flinkkilä, M-L. 2019. Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 14.1.2021. Saatavissa [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21405/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20190995.pdf](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21405/urn_nbn_fi_uef-20190995.pdf)

Hammar, T., Leppäaho, S., Toikka, I., Kylänen, M., Heikkilä, R. 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kunnat ovat varautuneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen – erityisosaamista tarvitaan kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon tueksi. Viitattu 17.1.2021. Saatavissa [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137237/URN\\_ISBN\\_978-952-343-216-1.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137237/URN_ISBN_978-952-343-216-1.pdf?sequence=1)

Heino, J. & Nikkilä, M. 2019. Verkostoyhteistyö palliatiivisen potilaan hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.1.2021. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105750/1558071671.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hänninen, J. 2019. Onko saattohoidon kehittäminen oikeilla raiteilla? Lääkärilehti. Tiede-pääkirjoitus 15.2.2019 7/2019 vsk 74 s. 359. Viitattu 18.4.2021. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset-tiede/onko-saattohoidon-kehittaminen-oikeilla-raiteilla/>

Kaikki Syövästä. Saattohoito. Viitattu 15.1.2021. Saatavissa <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/saattohoito/>

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P., Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. HOITOTIEDE 2013, 25 (4), 291–301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lehto J., Marjamäki, E., Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.1.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo14788>

Lääkärilehti. 2019. Rakenteita on, osajia ei. Viitattu 31.3.2021. Saatavissa <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/rakenteita-on-osajia-ei/>



Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Viitattu 18.4.2021. Saatavissa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Saarto, T. & asiantuntijatyöryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.1.2021. Saatavissa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Saarto, T., Finne-Soveri, H., asiantuntijatyöryhmä. 2019. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 22.1.2021. Saatavissa [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM\\_2019\\_68\\_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161946/STM_2019_68_Rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Saarto, T., Finne-Soveri, H., asiantuntijatyöryhmä. 2017. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Alueellinen kartoitus ja suositusehdotukset laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.1.2021. Saatavissa [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R\\_14\\_19\\_Palliatiivisen\\_hoidonjasaattohoidon\\_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161396/R_14_19_Palliatiivisen_hoidonjasaattohoidon_tila.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Saarto, T. & Lehto, J. 2019. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli. Duodecim. Viitattu 15.1.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo14834>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa. Viitattu 26.11.2020. Saatavissa [https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Elämän loppuvaiheen hoito -työryhmä. Viitattu 30.3.2021. Saatavissa <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM055:00/2018>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Viitattu 1.4.2021. Saatavissa <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 31.3.2021. Saatavissa [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vuorinen, E. 2018. Lääkekorvaukset edistämään kotisaattohoitoa. Lääkärilehti. Keskustelua 16.3.2018 11/2018 vsk 73 s. 695. Viitattu 18.4.2021. Saatavissa <https://www-laakari-lehti-fi.ezproxy.saimia.fi/ajassa/keskustelua/laakekorvaukset-edistamaan-kotisaattohoitoa/>

Vuorinen, E. & Järvimäki, V. 2012. Terveyskeskus, sairaala vai koti – miten saattohoito tulisi järjestää Suomessa? Finnanest 2012; 45 (5). Viitattu 14.1.2021. Saatavissa [http://www.finnanest.fi/files/vuorinen\\_terveyskeskus.pdf](http://www.finnanest.fi/files/vuorinen_terveyskeskus.pdf)

## Liitteet

### Liite 1. Aineiston kuvailu

Tutkimuksen tekijät, otosikko ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Johtopäätökset
Sofia Sarivaara, Riikka Lämsä, Ullamaija Sepälä, Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset, 2018	Tarkoituksena selvittää keskeiset tekijät ja hoitajien kokemukset kuolevan potilaan hoidossa vuodeosastoilla. Aineisto kerätty haastatelmalla terveyskeskuksen vuodeosastojen hoitajia (N=9)	Vuodeosastoilla kuolevan potilaan hoitoon vaikuttavat tilalliset, ajalliset ja toiminnalliset rakenteet. Keskeisiä haasteita ovat yksityisen tilan puute, ajan puute sekä kuolemasta vaikeneminen.	Tutkimus antoi tietoa kuinka palliatiivinen ja saattohoito järjestyy vuodeosastoilla. Tutkimuksen mukaan terveyskeskusten vuodeosastot eivät tue saattohoidon toteuttamista vielä parhaalla mahdollisella tavalla.
Johanna Heino & Milla Nikkilä, Verkostoyhteistyö palliatiivisen potilaan hoidossa, 2019	Tarkoituksena kuvata moniammatillisen palliatiivisen hoidon yhteistyöverkoston toimijoiden kokemuksia toiminnasta ja selvittää miten toimintaa voisi kehittää. Aineisto kerätty sähköisellä lomakkeella sekä ryhmähaastattelulla (N=19).	Toimijoiden välinen yhteistyö aiempaa tiiviimpää. Terveyskeskukset ovat eri vaiheissa hoidon kehittämisessä. Käytännöt vaihtelevat eri yksiköissä. Henkilökunnan palliatiivisen hoidon asiantuntemus on lisääntynyt.	Yhteistyö, hoidon kehittäminen ja hoitohenkilökunnan asiantuntemus ovat kehittyneet. Alueellisia eroja esiintyy toiminnassa ja osaamisessa.
Miina-Liisa Flinkkilä, Hoitajien kokemuksia osaamisesta, koulutuksesta ja koulutustarpeesta erityistason saattohoidossa, 2019	Tarkoituksena kuvata osaamista erityistason palliatiivisessa hoidossa sekä millaista koulutusta työntekijät ovat saaneet ja mistä kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta. Tutkimusaineisto kerätty puhelinhaastattelulla (N=15).	Erityistason saattohoidossa osaamisen tulisi olla hyvin laaja-alaista. Hoitajan peruskoulutukseen ei kuulu opetusta elämän loppuvaiheen hoitotyöstä, mutta erikoistumisopintoja on tarjolla.	Koulutusjärjestelmä ei valmista hoitajia palliatiiviseen hoitoon. Yleisesti myös jatko- ja lisäkoulutusta toivotaan.

Tutkimuksen tekijät, otsikko ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus ja menetelmä	Keskeiset tulokset	Johtopäätökset
Juho Lehto, Elisa Marjamäki, Tiina Saarto, Elämän loppuvaiheen ennakkoiva hoitosuunnitelma, 2019	Tarkastelee elämän loppuvaiheen hoidon suunnitelmallisuutta, sisältöä ja järjestämistä.	-	Loppuvaiheen hoitosuunnitelma tulisi tehdä jokaiselle pitkälle edennyttä sairautta sairastavalle. Suunnitelma parantaa hoitoa ja elämänlaatua, sekä kohdentaa resurssit oikealla tavalla.
Tiina Saarto & Juho Lehto, Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen Suomessa – kolmiportainen malli, 2019	Kuvaa palliatiivisen ja saattohoidon järjestämistä	-	STM on luonut suositukset palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä, joka ei vielä toteudu täysin. Oikein toteutuessaan se turvaa hyvän hoidon kaikille tasarvoisesti.
Tiina Saarto ja asiantuntijatyöryhmä, Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen, 2017	Asiantuntijatyöryhmän laatima ohjeistus siitä, kuinka palliatiivinen hoito tulisi järjestää. Kuinka osaamista ja koulutusta kehitetään.	-	Työryhmä ehdottaa keinoja palvelujärjestelmän kehittämiseksi siten että hoidon tarjonta olisi valtakunnallisesti kattavaa ja yhdenvertaista.
Teija Hammar, Suvi Lepäaho, Toikka Iiro, Kylänen Marika, Heikkilä Rauha, Kunnat ovat vauruneet palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestämiseen – erityisosaamista tarvitaan kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon tueksi, 2018	Selvitys, onko kaikilla kunnilla suunnitelma palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä ja kuinka kattavaa se on valtakunnallisella tasolla.	-	Suunnitelmia palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisen periaatteista on tehty, sekä laadittu toimintaohjeita. Saattohoitoa ja siihen budjetoituja määrärahoja on kuntien mukaan riittävästi. Perustason palliatiivinen hoito vaatii vielä kehittämistä.
Tiina Saarto, Harriet Finne-Soveri ja asiantuntijatyöryhmä, Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa, 2019	Asiantuntijatyöryhmän loppuraportti, joka kertoo suositukset palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa.	-	Työryhmä esittää useita toimenpide suosituksia, joita suoritetaan erityisvastualueilla, yliopistosairaloissa, sairaanhoitopiireissä ja perustasolla.