



Kuolemantapaukset perusterveydenhuollon lyhytaikaisessa sairaalahoidossa

Alisa Piikki¹, Henna Saari^{1,2}, Eija Lönnroos¹

¹Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö, Lääketieteen laitos, Itä-Suomen yliopisto

²Perusterveydenhuollon yksikkö, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Maassamme kuolee yli 50 000 henkilöä vuosittain. Merkittävä osuus suomalaisista kuolee perusterveydenhuollon (PTH) sairaaloissa; silti tutkimusta aiheesta on tehty verrattain vähän. Tässä tutkimuksessa kuvataan PTH-sairaloissa kuolemaan päätyneiden hoitajaksojen piirteitä Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (KYS erva-alue). Tutkimukseen osallistuivat kaikki KYS erva-alueen PTH-sairaalat. Tiedonkeruu toteutettiin strukturoitua tiedonkeruulomaketta käyttäen vuoden 2016 tammi–kesäkuussa. Tarkastelu rajattiin enintään 31 vuorokautta kestäneisiin hoitajaksoihin. PTH-sairaaloiden lyhytaikaisista hoitajaksista (n = 13 869) 4 prosenttia (n = 625) päättyi potilaan kuolemaan. Kuolemaan päättyneistä hoitajaksista 46 prosentissa hoidon pääasialliseksi syyksi oli määritelty elämän loppuvaiheen hoito. Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet (29 %) sekä syöpäsairaudet (30 %) olivat yleisimmät päädiagnoosit kuolemaan päätyneillä hoitajaksilla. Hoito PTH-sairaalassa kesti keskimäärin 8,6 vuorokautta, mutta 20 prosentilla potilaista vain vuorokauden tai kaksi. Kuoleman läheisyyttä ei ollut tiedostettu yli puolessa PTH-sairaaloiden hoitajaksista, jotka päättyivät potilaan kuolemaan. Lisäksi neljäsosa potilaista oli PTH-sairaalassa enintään kaksi vuorokautta ennen kuolemaansa. Pohdittavaksi jää, olisiko näiden potilaiden hoitoa voitu toteuttaa toisin.

Johdanto

Suomessa toimii kattava perusterveydenhuollon (PTH) sairaaloiden verkosto. PTH-sairaalahoito on yleisimmin yleislääkärijohtoista, ja sitä toteutetaan terveyskeskusten lisäksi keskussairaaloiden yleislääketieteen osastoilla (Mikkola ym. 2015). Hoidossa keskeisintä on iäkkäiden ihmisten akuuttien sairauksien hoi-

taminen ja pitkäaikaissairauksien pahenemisvaiheiden hoito (Saari ym. 2019). Hoitajaksot ovat lyhentyneet oleellisesti kotihoidon ja asumispalvelujen kehittymisen myötä samalla kun terveyskeskussairaaloiden rooli on muuttunut pitkäaikaishoidosta akuuttihoitoon suuntaan (Blomgren & Einiö 2015; Saukkonen & Vaurio 2017; Forma ym. 2018; Saari ym. 2019).

PTH-sairaaloiden tehtäviin kuuluu myös elämän loppuvaiheen hoito, hyvän palliatiivisen ja saattohoidon tarjoaminen (Saarto 2017). Suomessa kuolee vuosittain noin 53 000 henkilöä, ja heistä yli 60 prosenttia on yli 75-vuotiaita. Yleisimmät kuolinsyyt ovat sydän- ja verenkierroelimistön sairaudet, syöpäsairaudet sekä muistisairaudet (Tilastokeskus 2018a). PTH-sairaalahoidon käyttö lisääntyy kuolemaa edeltävänä vuotena perussairauksien romahduttaessa potilaan toimintakykyä. Lähes puolella yli 70-vuotiaista viimeinen hoitopaikka ennen kuolemaa on PTH-sairaala (Forma ym. 2012; Forma ym. 2018).

Iäkkäistä suomalaisista useimmat kuolevat terveydenhuollon yksiköissä. Yli 70 vuotta täyttäneistä 48 prosenttia kuoli terveyskeskuksissa, 19 prosenttia keskussairaalassa ja 6 prosenttia yliopistosairaaloissa. Noin neljännes kuoli kodinomaisessa ympäristössä, kotona (16 %) tai palveluasumisen yksikössä (10 %) (Aaltonen ym. 2010; Forma ym. 2012). PTH-sairaaloissa kuolleista noin puolet oli viettänyt yksikössä 2–3 viikon mittaisen hoitajakson ennen kuolemaansa (Forma ym. 2012). Kuolevia potilaita saatetaan kuitenkin siirtää yksiköstä toiseen aivan viime hetkillä hoidonporrastukseen ja palvelujärjestelmän työnjakoon vedoten (Saarivaara ym. 2018).

Keskimäärin noin neljännes yksilön elinaikanaan käyttämien terveydenhuoltopalveluiden kustannuksista muodostuu viimeisenä elinvuotena. Kustannusten kasvu nähdään etenkin tilanteissa, joissa potilaalla ei ole ennakoivaa hoitosuunnitelmaa ja hän hakeutuu toistuvasti päivystykseen ja sairaalahoitoon pahenevien oireiden vuoksi. Kustannuksia ja potilaalle aiheutuvaa huolta ja turvattomuutta voitaisiin vähentää ennakoivalla hoidon suunnittelulla ja reagoimalla potilaan heikkenevään kuntoon varhaisessa vaiheessa (Saarto 2017).

Useimmissa tapauksissa kuoleman aiheuttaa sairaus, jonka kulkuun ei voida enää lääketieteellisin keinoin vaikuttaa. Kuolevan potilaan hoidon kulmakivinä ovat oikea diagnoosi, ensisijaisesti oireiden lievittämiseen tähtäävä

hyvä hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä tukeminen (Tilvis ym. 2016). Potilaan toimintakyvyn kehitys vaihtelee eri sairauksissa, mikä voi hankaloittaa elämän loppuvaiheen tunnistamista. Esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa merkittävästäkin toimintakyvyn laskusta on mahdollista toipua, kun taas muistisairauksessa toimintakyky yleensä heikkenee progressiivisesti (Lunney ym. 2002; Käypä hoito -suositus/Sydämen vajaatoiminta 2017). Merkityksellistä on tunnistaa ja ennen kaikkea tunnustaa lähestyvä kuolema, jotta hoitoa voidaan ohjata oikein (Käypä hoito -suositus/Palliatiivinen hoito ja saattohoito 2018).

Hoitojaksot PTH-sairaaloissa ja myös kuolema siellä ovat iäkkäille suomalaisille verrattain yleisiä. Tästä huolimatta PTH-sairaaloissa tapahtuneita kuolemia on tutkittu vähän. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen (KYS erva) PTH-sairaaloiden lyhytaikaiset hoitojaksot, jotka päättyivät potilaan kuolemaan. Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden päädiagnoosit kuolemaan päättäneiltä hoitajaksoilta, mistä potilaat saapuivat PTH-sairaalaan, sekä kuinka usein kuoleman läheisyys oli tiedostettu. Lisäksi tutkittiin kerätystä aineistosta niitä hoitajaksoja, jotka eivät päättyneet potilaan kuolemaan, sekä käytettiin vertailutietona KYS erva-alueella vuonna 2016 tapahtuneita kaikkia kuolemia.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus toteutettiin KYS erva-alueen kaikissa PTH-sairaaloissa. Maantieteellisesti alue kattaa Pohjois-Savon, Etelä-Savon, Itä-Savon, Keski-Suomen sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirit. Erva-alueen väestöpohja on noin 813 000 henkilöä. Tutkimukseen osallistui 65 perusterveydenhuollon ja 2 erikoissairaanhoidon yleislääketieteen osastoa. PTH-sairaaloiden osastoilla oli yhteensä 1 934 potilaspaiikkaa. Aineisto kerättiin strukturoidulla lomakkeella vuoden 2016 tammi–kesäkuun ai-

kana. Tutkimuksessa huomioitiin kaikki enintään 31 vuorokautta kestäneet PTH-sairaaloiden hoitajakset; tähän vuorokausirajaukseen päädyttiin esitutkimuksen perusteella (Saari ym. 2019). Aineistonkeruu on kuvattu yksityiskohtaisemmin edellä mainitussa aiemmassa julkaisussa. Lisäksi alkuperäinen tiedonkeruulomake on luettavissa verkkolehdeissä sähköisenä liitetiedostona. Tämä tutkimus on osa laajempaa perusterveydenhuollon lyhytaikaisen sairaalahoidon tutkimusprojektia. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut puoltavan lausunnon.

PTH-sairaaloiden hoitavat lääkärit, osastonsihteerit ja kuntoutuksen ammattilaiset täyttivät tutkimuksen sähköisen tiedonkeruulomakkeen hoitajaksojen päättyessä (Saari ym. 2019). Tutkimus ei aiheuttanut potilaille toimenpiteitä. Tiedonkeruulomakkeessa kysyttiin, mistä potilaat saapuivat PTH-sairaalaan, mitkä olivat heidän pää- ja sivudiagnoosinsa sekä minne ja millaisten palveluiden piiriin potilaat uloskirjoitettiin PTH-sairaalaan, jolloin kuolema oli yksi valittavista vaihtoehdoista. Diagnoosien lisäksi kysyttiin myös hoidonsisällöstä, ja jos hoidonsisällöksi oli valittu saattohoito tai elämänsä loppuvaiheen hoito, katsottiin, että kuoleman läheisyys oli tiedostettu. Tiedonkeruulomakkeet eivät sisältäneet suoria henkilötunnuksia, kuten potilaan nimeä tai henkilötunnusta. Valmiista tutkimuksesta ei voi tunnistaa yksittäistä hoitajaksoa.

Tilastokeskuksen avoimesta arkistotietokannasta haettiin tiedot KYS erva-alueen väestön kuolemista ja kuolemansyistä vuodelta 2016 (Tilastokeskus 2018b). KYS erva-alueen kuolemat haluttiin esittää kokonaiskuvana alueen väestön kuolleisuudesta. Tutkimuksessa kuvataan myös tutkimusalueen perusterveydenhuollon lyhytaikaisen sairaalahoidon kuolemaan päättymättömät hoitajakset, jotta syntyy kuva siitä, millaisesta joukosta tutkittu osajoukko on poimittu.

Aineiston kuvaamiseen on käytetty frekvenssi- ja prosenttijakaumia, keskiarvoja, me-

diaaneja, keskihajontaa (SD), vaihteluväliä ja 95 %:n luottamusväliä. Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS-ohjelman versiolla 24.0.

Tulokset

Aineisto sisälsi tiedot 13 869 enintään 31 vuorokautta kestäneestä hoitajaksoista KYS erva-alueen PTH-sairaaloissa. Potilaista naisia oli 54 prosenttia ($n = 7\,461$). Potilaiden keski-ikä oli 76 (SD 13,8) vuotta. Suurin ikäryhmä olivat yli 84-vuotiaat (34 %). Alle 65-vuotiaita oli 16 prosenttia potilaista. Hoitajakoista 625 (4 %) päättyi potilaan kuolemaan (taulukko 1). Kuolleista 49 prosenttia ($n = 302$) oli naisia. Kuolleiden henkilöiden keski-ikä oli 80 (SD 10,8) vuotta, naisten 83 (SD 9,9) ja miesten 78 (SD 11,2) vuotta, ja enemmistö (76 %) oli 75 vuotta täyttäneitä. Kaikista aineiston hoitajakoista 361 oli määritelty elämän loppuvaiheen hoidoksi tai saattohoidoksi. Näistä hoitajakoista 288 (80 %) päättyi potilaan kuolemaan.

Kuolemaan päättäneiden hoitajaksojen potilaat olivat keskimäärin kolme vuotta vanhempia kuin potilaat, joiden hoitajakso ei päättynyt kuolemaan. Hoitajaksolla kuolleista potilaista 44 prosenttia oli saapunut PTH-sairaalaan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon osastojaksolta. Kuolemaan päättymättömillä hoitajakoilla erikoissairaanhoidon osastojaksolta tulleiden osuus oli puolet pienempi (22 %). Kuolemaan päättäneet hoitajakset olivat keskimäärin 2,6 vuorokautta pidempiä kuin muut PTH-sairaaloiden hoitajakset.

Kuolemaan päättäneet hoitajakset

Kuolemaan päättäneiden hoitajaksojen potilailla yleisin päädiagnoosi ja hoitajakson syy oli syöpäsairaus (30 %). Lähes yhtä yleisiä olivat verenkiertoelinten sairaudet (29 %). Kolmanneksi yleisimpiä olivat hengityselinten sairaudet (18 %), joista puolet oli keuhkokuumeita. Muistisairaudet olivat harvoin (3 %) päädiag-

Taulukko 1. Lyhytaikaiset hoitajaksot perusterveydenhuollon sairaaloissa Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella, jaoteltuina kuolemaan ja ei kuolemaan päättyneisiin hoitajaksoihin.

Muuttuja (95 % luottamusväli)	Kuolleet n = 625	Ei kuolleet n = 13 244
Ikä , keskiarvo, vuosia	80,7 (77,6–83,8)	76,7 (76,0–77,4)
Ikäryhmittäin , %		
< 65	8 (6–10)	16 (15–17)
65–74	16 (13–19)	17 (16–18)
75–84	32 (28–35)	33 (32–34)
≥ 85	44 (40–48)	33 (32–34)
Sukupuoli nainen , %	49 (45–53)	55 (54–56)
Hoitajaksos kesto keskiarvo/mediaani, vrk	8,6/6,0 (6,4–10,8)	6,0/4,0 (5,6–6,4)
Mistä tuli osastolle? %		
Erikoissairaanhoidon jakson jälkeen	44 (40–48)	22 (21–23)
Oman terveyskeskuksen kautta	35 (31–39)	44 (43–45)
Ympäri vuorokautisen päivystysjärjestelmän kautta	21 (18–24)	32 (31–33)
Tieto puuttuu	1 (0,2–1,8)	2 (1,7–2,2)

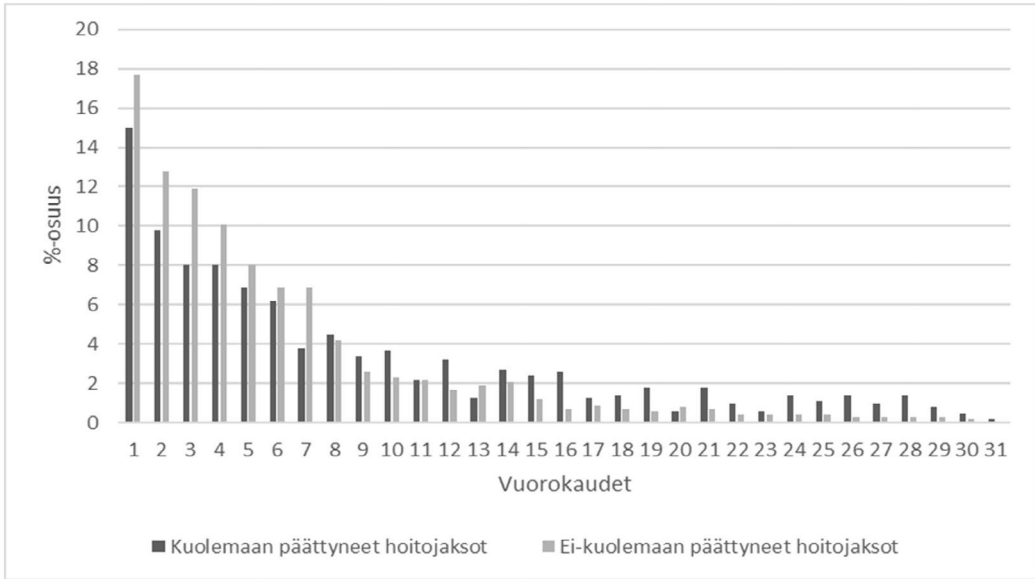
noosina potilaan kuolemaan päättyneillä hoitajaksolla.

Kuoleman läheisyys tiedostettiin vajaan puolessa (46 %, n = 288) potilaan kuolemaan päättyneistä hoitajaksosta. Virallinen saattohoitopäätös oli tehty kolmannekselle (33 %, n = 209) potilaista ja elämän loppuvaiheen hoidoksi ilman saattohoitopäätöstä oli määritelty 13 prosenttia (n = 79) potilaan kuolemaan päättyneistä hoitajaksosta. Syöpäsairaudet olivat yleisin (52 %) päädiagnoosien ryhmä saattohoidoksi tai elämän loppuvaiheen hoidoksi määritellyillä hoitajaksolla, jotka päättyivät potilaan kuolemaan. Seuraavaksi yleisimpiä päädiagnoosien ryhmiä olivat verenkiertoelimestön sairaudet (21 %), hengityselinten sairaudet (9 %) ja muistisairaudet (4 %).

Hoidon kesto on esitetty kuviossa 1. Kuolemaan päättyneiden hoitajaksosien potilaista 155 (25 %) oli PTH-sairaalassa enintään kaksi vuorokautta ennen kuolemaansa. Heistä 38 prosenttia tuli PTH-sairaalaan oman terveyskeskuksen kautta. Erikoissairaanhoidon osastojaksolta jatkohoitoon tulleita oli myös reilu kolmannes (36 %), ja neljännes (24 %) tuli ympäri vuorokauden toimivista päivystyksistä. Terveyskeskuksen tai päivystyksen kautta enintään kahden hoitovuorokauden jaksolle tulleis-

ta potilaista 65 prosenttia tuli kotoa ja 35 prosenttia ympärivuorokautisesta hoiva-asumisesta. Kotoa tulleista potilaista 66 prosenttia sai säännöllistä kotihoitoa. Yleisimmät hoitajaksosien päädiagnoosit enintään kahden vuorokauden hoitajaksosilla olivat verenkiertoelimestön sairaudet (33 %), syöpäsairaudet (23 %) ja hengityselinten sairaudet (19 %). Enintään kaksi vuorokautta ennen kuolemaansa PTH-sairaalaan saapuneista potilaista vajaalla puolella (47 %) kuoleman läheisyys oli tiedostettu, saattohoitopäätös oli tehty 27 prosentille ja 20 prosentilla oli kyse muutoin määritellyistä elämän loppuvaiheen hoidosta.

Vertailutiedoksi kerrotaan, että KYS erva-alueella menehtyi yhteensä 10 000 henkilöä vuonna 2016. Sydän- ja verenkiertoelimestön sairauksiin menehtyi 39 prosenttia kaikista KYS erva-alueella kuolleista, mikä oli noin kolme prosenttiyksikköä enemmän kuin koko maassa. Seuraavaksi yleisimmät peruskuolemansyiden ryhmät KYS erva-alueella vuonna 2016 olivat syöpäsairaudet (21 %) ja muistisairaudet (17 %). Syöpäsairauksista yleisimpiä olivat keuhko- ja hengitysteiden syövät, haimasyöpä ja eturauhassyöpä. Hengityselinten sairaudet olivat peruskuolemansyinä 3 prosentilla (Tilastokeskus 2018b).



Kuvio 1. Lyhytaikaisten hoitojaksojen kesto päivinä Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella, jaoteltuna kuolemaan päätyneisiin hoitojaksoihin ja ei-kuolemaan päätyneisiin hoitojaksoihin, %.

Pohdinta

Tutkimme lyhytaikaisia, enintään 31 vuorokautta kestäneitä PTH-sairaaloitten hoitojaksoja KYS erva-alueella. Tämän osatutkimuksen huomion kohteena olivat potilaan kuolemaan päätyneet hoitojaksot. Kuoleman läheisyys tiedostettiin hieman alle puolessa potilaan kuolemaan päätyneistä hoitojaksoista. Syöpäsairaudet olivat yleisin hoidon syy. Myös linjaus elämän loppuvaiheen hoidosta tai saattohoidosta oli tehty yleisimmin syöpää sairastaville potilaille. Potilaan kuolemaan päätyneistä hoitojaksoista lähes puolet oli erikoissairaanhoidon osastojakson jälkeistä jatkohoitoa. Neljännes hoitojaksoista oli hyvin lyhyitä, enintään kahden vuorokauden mittaisia.

Yli puolessa (54%) potilaan kuolemaan päätyneistä hoitojaksoista hoidon tarkoitusta ei ollut määritelty elämän loppuvaiheen hoidoksi tai saattohoidoksi. Pohdittavaksi jää, puuttuiko hoitolinjaus, vaikka kuoleman läheisyys tiedostettiin, vai tuliko kuolema kaikille osapuolille yllätyksenä. Jos kuoleman läheisyys

tiedostettiin, syitä saattohoidon tai elämän loppuvaiheen hoidon linjausten puuttumiselle voi vain arvailla. Oliko suhtautuminen kuolemaan torjunnallista, eikä linjausten tekemiselle ollut tarpeeksi aikaa, resursseja tai osaamista, jäivätkö kuolevien tarpeet muun hoitamisen katveeseen? Tutkimuksemme PTH-sairaaloitten lyhytaikaisista hoitojaksoista valtaosa (96%) ei päättynyt potilaan kuolemaan, vaikka suomalaisten kuolemista merkittävä osuus tapahtuu PTH-sairaaloissa (Forma ym. 2012).

Syöpää sairastavat mielletään ehkä yleisimmin saattohoitoa tarvitseväksi potilasryhmäksi. Näin oli myös tutkimuksemme. Useimmat kansansairautemme ovat kuolemaan johtavia pitkäaikaissairauksia. Niiden loppuvaihe pitäisi tunnistaa ja ottaa kuoleman läheisyys esille potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. Kuitenkin esimerkiksi muistisairaus oli päädiagnoosina vain muutamalla prosentilla tutkimuksemme potilaista, joilla kuoleman läheisyys oli tiedostettu ja asiaan kuuluvat hoitolinjaukset tehty. Elämän loppuvaiheen hoidossa on kehitettävää myös muiden kuin syöpäsairauksien kohdalla.

PTH-sairaalassa enintään 31 vuorokauden hoitajaksoilla kuolleiden potilaiden päädiagnoosit poikkesivat jonkin verran valtakunnallisista vuoden 2016 kuolinsyistä. Sekä omassa aineistossamme että valtakunnallisesti kaksi yleisintä diagnosiryhmää olivat sydän- ja verenkierroelinsairaudet sekä syöpäsairaudet. Eroavuutta ilmeni muistisairauksien ja hengityselinten sairauksien kohdalla. Tutkimuksessamme ei kerätty potilaiden kuolintodistusten tietoa, vaan hoitajakoista kirjattiin päädiagnoosi, mikä useimmin ilmentää potilaan akuuteinta sairautta. Kuolemaan päättäneen hoitajakon päädiagnoosi ei siis välttämättä ole potilaan peruskuolinsyy. Valtakunnalliset kuolinsyytilastot taas laaditaan peruskuolinsyyden mukaan. Peruskuolinsyyksi nimetään voimakkaimmin, ja usein myös pitkäaikaisesti, potilaan toimintakykyä heikentänyt tila. Tutkimuksessamme hoitajakon päädiagnoosiksi merkitty keuhko-kuume saattoi olla potilaan kuoleman kannalta välittömän kuolinsyyden tai kuolemaan myötävaikuttaneen syyn asemassa, mutta peruskuolinsyy saattoi olla pitkäaikais sairaus, kuten muistisairaus. Joka tapauksessa kirjallisuudessa on ennestään vain vähän tietoa PTH-sairaaloissa tapahtuneista kuolemista, vaikka suuri osa iäkkäistä suomalaisista kuolee terveyskeskusten osastoilla. Tätä puutetta tutkimuksemme osaltaan korjaa.

Aiemmin Aaltonen ja kumppanit (2010) ovat selvittäneet potilaiden siirtoja hoitopaikkojen välillä kuolemaa edeltävän kahden vuoden ajalta. PTH-sairaalassa kuolleista yli 90 prosenttia siirtyi hoitopaikasta toiseen kahden viimeisen elinvuoden aikana. Keskimäärin siirtymiä oli kuusi. Tutkimus ei kuitenkaan kerro viimeistä siirtymää ennen kuolemaa. Omassa tutkimuksessamme ilmeni, että lähes puolet PTH-sairaaloissa kuolleista potilaista tuli erikoissairaanhoidon osastojaksolta, kolmannes tuli suoraan terveyskeskuksesta ja viidennes keskitetystä päivystyksestä.

Kirjallisuudessa on esitetty, että PTH-sairaaloissa kuolleista potilaista noin puolet ehtii olla hoidettavana 2–3 viikkoa ennen kuole-

maansa (Forma ym. 2012). Tutkimuksemme poikkeaa Forman ja kumppaneiden tutkimuksesta siinä, että tarkastelimme vain PTH-sairaaloiden lyhytaikaisia hoitajakoja. Tutkimuksessamme suurin osa (69 %) kuolemista tapahtui alle 10 vuorokauden kuluessa PTH-sairaalaan saapumisesta, ja 58 prosenttia potilaista oli PTH-sairaalassa enintään viikon.

Lyhyimmistä, enintään kaksi vuorokautta kestäneistä, hoitajakoista reilu kolmannes alkoi potilassiirrolla erikoissairaanhoidon osastolta. Pohdittavaksi jää, miksi heikkokuntoisia kuolemaa lähestyviä potilaita siirrettiin sairaalasta toiseen. Siirrot hoitoyksiköstä toiseen ovat kuolevalle ja hänen läheisilleen rasite, joka vie aikaa ja tilaa itse kuoleman läheisyyden käsitelyltä (Gozalo ym. 2011). ”Tarvetta erikoissairaanhoidolle ei ole” -perustelu lienee yksi selitys kuolemaa lähestyvän potilaan sairaalasiirrolle. Taustalla voi olla paine saada erikoissairaanhoidon hoitopaikka seuraavan potilaan käyttöön tai vaikeus arvioida kuoleman todellista läheisyyttä. Myös kotihoidosta potilaita siirtyi lyhyille hoitajakoille PTH-sairaaloihin ennen kuolemaa. PTH-sairaalat toimivat kotihoidon tukiosastoina, jonne potilas voidaan tarvittaessa siirtää, mikäli kotihoidon resurssit eivät riitä turvaamaan kuolevan tarvitsemää hoitoa. On myös mahdollista, että potilaat tarvitsivat sellaista oireiden lievitystä, jota kotona ei pystytty toteuttamaan.

Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksemme edustaa hyvin yhden erवालueen lyhytaikaista PTH-sairaalahoitoa. Toisaalta tuloksemme eivät välttämättä ole yleistettävissä valtakunnallisesti, sillä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjako voi vaihdella erवालueittain ja sairaanhoitopiireittäin. PTH-sairaalatutkimuksen ensisijainen huomio ei kohdistunut kuolemaan päättäneisiin hoitajakoihin. Tämän osatutkimuksen kannalta esimerkiksi kuolintodistuksiin kirjattut tiedot olisivat olleet käyttökelpoisia. Hoitajakojen päädiagnoosit olivat kuitenkin käy-

tettävissämme, samoin hoitavien lääkäreiden arviot hoidon tarkoituksesta. Tuloksiamme voidaan hyvällä syyllä pitää suuntaa antavina suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.

Tekemämme 31 vuorokauden rajaus hoitajaksojen kestossa vaikuttaa myös tulosten yleis-tettävyyteen ja kuolemantapausten kuvauksen kattavuuteen. Suurin osa aineistomme hoitajaksoista oli alle 10 vuorokauden mittaisia, ja hoitajaksojen määrä väheni hoitovuorokausien lisääntyessä. Rajaus vaikutti myös tulosten vertailtavuuteen aiempiin tutkimuksiin. Toisaalta 31 vuorokauden rajaus mahdollisti sen, että tutkimuksessamme oli pääasiassa akuuteista hoidollisista syistä sairaalassa olevia potilaita, eivätkä aineistossa olleet yliedustettuina esimerkiksi hoiva-asumiseen pääsyä odottavat potilaat.

Aineisto kerättiin tutkimusta varten laaditulla lomakkeella, jonka täyttämiseen yksiköt saivat sekä kirjallisen että suullisen ohjeistuksen. Yksiköiden sitoutuminen aineiston keräämiseen oli hyvä: kaikki tutkimukseen mukaan lähteneet osastot palauttivat täytettyjä tutkimuslomakkeita koko tiedonkeruujaksolta. Valitettavasti tietoa siitä, täytettiinkö tutkimuslomake kaikilta hoitajakoilta, ei ole, joten mahdollista katoa ja vastausprosenttia emme tiedä. Vaikka lomakkeen kysymykset olivat selkeitä ja varsin yksiselitteisiä, vastaajien keskuudessa on saattanut esiintyä toisistaan poikkeavia tulkintoja. Tutkimus ei aiheuttanut potilaille toimenpiteitä, ja oletuksenaamme oli, ettei tutkimus vaikuttanut potilaiden hoitoon, vaan hoito toteutui tavanomaiseen tapaan.

Kirjallisuus

Aaltonen M, Forma L, Rissanen P, Raitanen J, Jylhä M. Transitions in health and social service system at the end of life. *Eur J Ageing* 2010;7(2):91–100. <https://dx.doi.org/10.1007/s10433-010-0155-3>
Blomgren J, Einiö E. Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairaskuutuksen korvaaminen lääk-

Johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset antavat ajankohtaista tietoa PTH-sairaaloissa kuolleiden potilaiden hoitajaksoista. Saattohoidon ja elämän loppuvaiheen hoidon osalta tuloksemme tukevat aiempaa käsitystä siitä, että syöpäsairauksissa saattohoidon tarve on paremmin tiedostettua verrattuna muihin kuolemaan johtaviin sairauksiin. Perusterveydenhuollossa tulee olla valmiudet toteuttaa perustason palliatiivista hoitoa ja saattohoitoa kaikille potilasryhmille. Myös sairaalasiirrot juuri ennen kuolemaa kiinnittivät huomiota. Turhia siirtoja on syytä välttää ja taata näin potilaalle kuolinrauha sekä läheisille mahdollisuus olla kuolevan ihmisen rinnalla. Kuoleman ja kuolevien hoidon tutkiminen on tärkeä osa palliatiivisen ja saattohoidon kehittämistä. Tutkimme lyhytaikaisessa PTH-sairaalahoidossa tapahtuneita kuolemia yhdellä erä-alueella. Jatkossa valtakunnallinen tutkimus ilman hoidon keston rajausta puoltaa paikkaansa.

Yhteydenotto:

Alisa Piikki, LK

Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen yksikkö,
Lääketieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
alisapii@student.uef.fi



keiden kustannuksiin vuosina 2000–2013. *Yhteiskuntapolitiikka* 2015;80(4):334–48.
Forma L, Aaltonen M, Pulkki J, Raitanen J, Rissanen P, Seinälä L ym. Pitkäaikaishoito viimeisenä elinvuotena – Vertailussa suuret kaupungit ja muu Suomi 2002–2013. *Suomen lääkirilehti* 2018;73(38):2086–98.

- Forma L, Jylhä M, Aaltonen M, Raitanen J, Rissanen P. Vanhuuden viimeiset vuodet. Kaks – Kunnallisalan kehittämissäätiö, 2012. Internet: https://kaks.fi/wp-content/uploads/2012/11/Forma_Jylh%C3%A4_Aaltonen.pdf (viitattu 30.5.2020).
- Gozalo P, Teno J, Mitchell S, Skinner J, Bynum J, Tyler D, Vincent M. End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. *N Engl J Med* 2011;365(13):1212–21. <https://doi.org/10.1056/nejmsa1100347>
- Käypä hoito -suositus/Palliativinen hoito ja saattohoito. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Internet: www.käypähoito.fi (viitattu 18.11.2019).
- Käypä hoito -suositus/Sydämen vajaatoiminta. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Kardiologisen seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Internet: www.käypähoito.fi (viitattu 17.7.2018).
- Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6): 1108–12. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50268.x>
- Mikkola M, Rintanen H, Nuorteva L, Kovasin M, Erhola M. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2015.
- Saari H, Lönnroos E, Mäntyselkä P, Rynnänen OP, Kokko S. Mitä on perusterveydenhuollon lyhytaikainen sairaalahoido? *Suomen lääkärilehti* 2019;74(44):2506–25.
- Saarivaara S, Lämsä R, Seppälä U. Kuolema vuodeosastolla – kuolevan potilaan hyvän hoidon edellytykset. *Gerontologia* 2018;32(1)4–20.
- Saarto T ja asiantuntijatyöryhmä. Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministerion raportteja ja muistioita 2017:44. Internet: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (viitattu 30.5.2020).
- Saukkonen SM, Vaurio S. Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015–2016. THL – tilastoraportti 8/2017. Internet: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134563/Tr13_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y (viitattu 30.5.2020).
- Tilastokeskus. Kuolleet muuttujina vuosi, sukupuoli ja tiedot. Tilastokeskuksen PX-Web tietokannat. 2018a. Internet: <https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/> (viitattu 30.5.2020).
- Tilastokeskus. Kuolleet muuttujina maakunta, peruskuolemansyy (54-luokkainen luokitus) ja vuosi. Tilastokeskuksen PX-Web tietokannat. 2018b. Internet: <https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/> (viitattu 30.5.2020).
- Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg K, Sulkava R, Viitanen M. Geriatria. Duodecim, 2016.