

**Eero Vuorinen**

LL, erikoislääkäri, Carea
Kivunhoidon ja palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys
Puheenjohtaja, Suomen Palliatiivisen Lääketieteen Yhdistys
eero.vuorinen[a]carea.fi

**Voitto Järvimäki**

LL, erikoislääkäri, OYS
Kivunhoidon ja palliatiivisen
lääketieteen erityispätevyys
voitto.jarvimaki[a]ppshp.fi

Terveyskeskus, sairaala vai koti – miten saattohoito tulisi järjestää Suomessa?

Syöpää sairastavat ovat saattohoidon suurin potilasryhmä, mutta ei ainoa.

Palliatiivisella eli oireita lievittävällä hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava sairaus ei enää ole parannettavissa. Saattohoito on palliatiivista hoitoa ajoittuen potilaan viimeisille elinviikoille. Koska kaikkien kansalaisten edellytetään lain mukaan saavan hyvää hoitoa tasapuolisesti, saattohoitoon tarvitaan runsaasti osaamista ja resursseja. Palliatiivisen lääketieteen kehittyessä on vaatimustaso hyvään hoitoon kasvanut myös saattohoidon osalta.

Saattohoidon resursseissa ja osaamisen tasossa on valtakunnallisesti suurta vaihtelua. Saattohoitopolut ovat usein jäsentymättömiä, ja yhteistyö terveydenhuollon eri yksiköiden välillä on puutteellista. Suomalainen terveyskeskusjärjestelmä tarjoaa kuitenkin hyvät edellytykset saattohoidon järjestämiseen. Lähes kaikilla terveyskeskuksilla

Potilastapaus

78-vuotias rouva Mäkinen oli sairastanut munasarjasyöpää kolme vuotta. Parantavan hoidon yrityksistä päätettiin luopua, koska niistä huolimatta tauti oli levinnyt. Rouva Mäkinen siirtyi kotihoitoon. Tytär toimi omaishoitajana. Sairaalasta lähtiessä kehoitettiin ottamaan tarvittaessa yhteyttä terveyskeskukseen. Potilaalla oli oikeaan alaraajaan säteilevää vatsakipua, johon annettiin mietoja kipulääkkeitä.

Kotona potilaan kivut lisääntyivät. Tytär otti useaan kertaan yhteyttä terveyskeskuksen lääkäriin ja käytti äitiään päivystyksessä. Kipujen vain pahentuesa tytär soitti ambulanssin, ja rouva Mäkinen vietiin keskussairaalan ensiapuun, mistä hänet pienten lääkemuuostosten, laboratoriotestien ja nesteytyksen jälkeen kotiutettiin. Kolmessa kuukaudessa ensiapukäynnejä kertyi kahdeksan, ja lisäksi tulivat käynnit terveyskeskuksessa sekä tyttären puhelinsoitot.

Viimeiseltä keskussairaalakäynniltä rouva Mäkinen palautettiin terveyskeskuksen vuodeosastolle, missä hän kuoli kivuliaana ja tuskaisena. Tytär oli asiasta erittäin pahoillaan ja halusi keskustella eutanasiasta ja sedaatiosta.

Taulukko 1. Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli (5)

	Toiminta	Sijoitus	Henkilökunta	Koulutus
Taso A	Perustason palliatiivinen hoito ja saattohoito	Kaikki terveydenhuollon yksiköt	Terveydenhuollon ammattihenkilöt	Terveydenhuoltoalan ammattikoulutus
Taso B	Alueellisesti keskitetty palliatiivisen ja saattohoidon järjestäminen ja konsultointi	Kotisairaalat tukiosastoineen, saattohoitopaikat	Moniammatillinen työryhmä (vähintään lääkäri ja sairaanhoitaja), saavutettavuus 24/7	Palliatiivisen lääketieteen / hoidon täydennyskoulutus
Taso C	Vaativan tason palliatiivinen hoito, saattohoito ja koulutus	Yliopisto- ja keskussairaaloiden palliatiiviset yksiköt, saattohoito-osastot ja -kodit	Moniammatillinen työryhmä (lääkäri, sairaanhoitaja, erityistyöntekijöitä), saavutettavuus 24/7	Palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys, palliatiivisen hoitotyön asiantuntijaopinnot

on kotisairaanhoidon, jota voidaan hyödyntää kotisaattohoidossa. Kaikissa terveyskeskuksissa on myös vuodepaikkoja, joita voidaan käyttää tuki-paikkoina. Pienemmällä paikkakunnalla voidaan järjestää yhteistyötä toisen terveyskeskuksen tai muun terveydenhuollon laitoksen kanssa.

Saattohoidon tarve

Suomessa kuolee vuosittain lähes 50 000 ihmistä. Eniten kuolemia aiheutuu verenkiertoelinten sairauksista. Syöpään kuolee vuosittain noin 11 000 ihmistä. Saattohoidon suurin potilasryhmä ovat syöpäpotilaat, mutta sitä tarvitsevat myös monet sydämen vajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia, munuaisten ja maksan vajaatoimintaa sekä eteneviä neurologisia sairauksia sairastavat potilaat. Dementiaa sairastavien potilaiden saattohoito tulisi järjestää heitä hoitavissa yksiköissä, joihin tulee viedä saattohoidon osaamista. Saattohoitoa tarvitsevia syöpäpotilaita on noin 200 ja saattohoitoa tarvitsevia muita potilaita noin 40/100 000 asukasta.

Saattohoitoon tarvittavat resurssit

EU:n ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen (EAPC) kriteerien mukaan saattohoidon vuodepaikkojen minimitarve on 10/100 000 asukasta (1–3). Henkilökunnan tarve on 1,2 hoitajaa ja 0,15 lääkäriä vuodepaikkaa kohden. Henkilökunnan tulee olla erityiskoulutettua ja vuodepaikkojen

saattohoitoon sopivia. Kotisaattohoitoon suositellaan yhtä asiantuntijaryhmää 100 000:tta asukasta kohden. Synergiaetujen saamiseksi suositellaan toimintojen yhdistämistä isommilla paikkakunnilla (Palliative care unit) ja yhteistyötä naapuriterveyskeskusten kanssa pienemmällä paikkakunnilla.

Sosiaali- ja terveysministeriö on raportissaan suositellut palliatiivisen hoidon poliklinikoiden perustamista kaikkiiin keskussairaaloihin (4). Niiden tehtäviin kuuluisi myös konsultatioavun ja koulutuksen järjestäminen terveyskeskuksiin.

Palliatiivisen hoidon kolmiportainen malli

Saattohoidon organisoimiseksi on luotu kolmiportainen malli (Taulukko 1) (5). Tason A hoitoa tulee kyetä tarjoamaan kaikkialla terveydenhuollossa. Kaikissa yksiköissä tulee olla saattohoitoa koordinoiva hoitaja. Tason B hoitoa voidaan toteuttaa keskikokoisissa terveyskeskuksissa kotihoidon tai kotisairaalan ja terveyskeskuksen vuodeosaston toimesta. B-tasolla tulee olla vastuulääkäri ja -hoitaja. Isommilla paikkakunnilla tarvitaan koko- tai osa-aikainen lääkäri ja useampi hoitaja, joilla on perustasoa laajempi koulutus saattohoitoon. Tason C hoitoa toteuttavat yliopisto- ja keskussairaalat sekä saattohoitokodit (Taulukot 2 ja 3).

Saattohoidon resursseissa ja osaamisen tasossa on valtakunnallisesti suurta vaihtelua.

>>

Kuolevien hoidossa kotihoito korostuu, mutta se ei onnistu ilman taustalla olevaa mahdollisuutta siirtyä milloin tahansa osastohoitoon, jos tilanne käy hankalaksi. Vuodeosastoa tarvitaan myös esimerkiksi intervallihoidon omaisten uupumisen estämiseksi ja erikoissairaanhoidossa lääkityskokeilujen järjestämiseksi.

Tämän suosituksen saattohoidon järjestämiseksi Suomessa ovat rakentaneet Suomen kunta-liitto ja Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistys (5). Malli perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksiin ”Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020” sekä EU:n ja Euroopan palliatiivisen hoidon yhdistyksen saattohoidon järjestämisen vähimmäiskriteereihin (1, 3, 4).

Tarvitaanko anestesia- ja lääkäriä saattohoidossa?

Suomalaiset anestesiologit ovat tehneet pioneeri-työtä palliatiivisen hoidon ja saattohoidon juurruttamiseksi terveydenhuoltoomme. Leikkaussaleissa, päivystyspoliklinikoilla ja teho-osastoilla anestesia- ja lääkärit työskentelevät joskus tilanteissa, joissa parantumattomasti sairaiden potilaiden saattohoitopäätöksiä ei valitettavasti ole tehty, ja

Faktoja

Palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa tarvitsee Suomessa vuosittain 200 000–300 000 potilasta. Palliatiivisessa hoidossa potilaiden hoitopolut ovat erilaisia ja yksilöllisiä. Se on potilaan oireita lievittävää hoitoa parantavan hoidon rinnalla ja jatkona. Saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivista hoitoa ja läheisten tukea sairauden viime vaiheissa ja kuolinprosessin aikana. Vuosittain Suomessa kuolee noin 50 000, joista 15 000 tarvitsee saattohoitoa riippumatta diagnoosista. Suomessa pystytään hoitamaan saattohoitoyksiköissä vuosittain noin 1 000–1 500 potilasta.

ne tulevat akuutteina ratkaistaviksi. Anestesiologi joutuu usein yllättäen ratkaisemaan lähdetäänkö invasiivisiin toimenpiteisiin ja tehohoitoihin vai onko palliatiivinen hoito paras vaihtoehto. Tehokas mutta tulokseton hoito tarkoittaa usein kärsimyksen lisäämistä ja potilaan edun mukaisen parhaan mahdollisen hoidon viivästyminen.

Invasiivisten kivunhoitojen osalta anestesia- ja lääkäreillä on sellaista osaamista, jota kenelläkään muulla ei ole. Esimerkiksi spinaalisia syöpäkivun hoitoja käytetään Suomessa aivan liian vähän, ja alueelliset erot ovat suuria. On anestesiologien eettinen velvollisuus tarjota näitä hoitoja aktiivisesti

Taulukko 3. Saattohoitoa tarjoavat yksiköt (5)

	Toiminta	Resursointi
Palliatiivisen hoidon yksikkö (Palliative care unit)	Osasto ja poliklinikka erikoissairaanhoidossa (hoidon optimointi ennen siirtymistä muualle)	Kokoaikainen erityispätevöitynyt lääkäri, useita erityiskoulutettuja sairaanhoitajia, moniammatillinen tiimi (psykologi, sosiaalihoitaja, fysioterapeutti, pappi jne)
Saattohoitokoti (Inpatient Hospice)	Kuolevien potilaiden hoitoyksikkö tai taustaosasto tai intervalliosasto + kotisaattohoito + konsultaatioyksikkö	Kokoaikainen erityispätevöitynyt lääkäri, useita erityiskoulutettuja sairaanhoitajia, moniammatillinen tiimi (psykologi, sosiaalihoitaja, fysioterapeutti, pappi jne)
Sairaalan saattohoitotyöryhmä (Hospital palliative care support team)	Tukena eri osastoille saattohoitopotilaiden hoidossa	Osa-aikainen lääkäri, kokopäiväinen sairaanhoitaja
Kotisaattohoitoyksikkö (Home palliative care unit)	Perusterveydenhuollon kotisaattohoidosta vastaava yksikkö	Osa-aikainen lääkäri, useita sairaanhoitajia (fysioterapeutti, psykologi jne.)
Kotisairaala (Hospital at home)	Sairaalatasoista hoitoa kotiin. Voi hoitaa myös saattohoitopotilaita.	Osa-aikainen lääkäri, 1–2 saattohoidon vastuusairaanhoitajaa
Saattohoidon vapaaehtoistyöryhmä (Volunteer hospice team)	Potilaan ja omaisten tuki	Koulutetut tukihenkilöt Kolmas sektori
Saattohoidon päiväsairaala (Day hospice)	Päiväsairaaloimintaa saattohoitopotilaille ja omaisille	Sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, konsultoiva lääkäri
Palliatiivisen hoidon poliklinikka (Palliative outpatient clinic)	Polikliininen vastaanotto palliatiivisen hoidonpotilaille	Osa-aikainen palliatiiviseen hoitoon perehtynyt lääkäri kokopäiväinen erityiskoulutettu sairaanhoitaja

Taulukko 2. Saattohoidon organisaatio terveyskeskuksissa (5)

	Saattohoidon tarve vuodessa	Resursointi	Koulutustaso
Pienet terveyskeskukset (alle 10000 asukasta)	10–20 potilasta	Vastuuhoitaja Kotihoito Tukiosasto Yhteistyö muiden terveyskeskusten kanssa	A
Keskikokoiset terveyskeskukset (10000–50000 asukasta)	20–50 potilasta	Osa-aikainen vastuulääkäri, kokopäiväinen vastuuhoitaja tai koordinoiva hoitaja Kotisaattohoitotyöryhmä tai kotisaairaala Tukiosasto	B-C
Suuret terveyskeskukset (yli 50000 asukasta)	60- 200 potilasta	Kokopäiväinen lääkäri tai useampi hoitaja tai erityistyöntekijöitä Palliatiivisen hoidon yksikkö tai pkl Kotisaattohoitoyksikkö Saattohoito-osasto	C

On anestesiolegien eettinen velvollisuus aktiivisesti tarjota kivunhoidon erityismenetelmiä osana palliatiivisen hoidon ketjua.

osana hoitoketjua. Myös palliatiivisen sedaation periaatteet ovat tuttuja anesthesiolegille. Kaikkialla hoitoketjussa tulee olla selkeästi tiedossa keneltä anesthesiolegista apua voi kysyä, kun sitä tarvitaan.

Palliatiivisen hoidon yksiköissä tulee olla myös anesthesiolegista osaamista. Kaikkien anesthesiolegien tulee hallita palliatiivisen hoidon perusperiaatteet ja erityisesti kivun hoidon kaikki tasot. Saattohoitopotilaan kohdalla tulee huomioida myös potilaan ja omaisten psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaistilanne. Potilaan ja omaisten informointi vaatii kommunikaatiokykyä, aikaa ja vaivaa.

Johtopäätökset

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ohjeistuksen mukaan saattohoidosta vastaavat kunnat ja sairaanhoitopiirit. STM:n raportissa todetaan ettei suositusten mukaisen saattohoidon järjestäminen lisää kunnallisia kustannuksia pidemmällä tähtäimellä (4). Kuolevat potilaat eivät ole uusi potilasryhmä, heitä hoidetaan jo nyt terveydenhuollon voimavaroin. Kyse on toiminnan uudelleen järjestämisestä ja resurssien järkevistä käytöstä.

Saattohoitoa ei ole Suomessa organisoitu viralliseksi osaksi julkista terveydenhuoltoa. Resurssit kuolevien potilaiden hoitoon ovat vähäiset verrattuna esimerkiksi muihin Pohjoismaihin. On täysin sattumanvaraista, onko paikkakunnalla

saattohoidosta kiinnostuneita ammattilaisia. On eettisesti, lääketieteellisesti ja taloudellisesti välttämätöntä kehittää kuolevien potilaiden hoitoa Suomessa eurooppalaiselle tasolle. ■

Viitteet

1. Radbruch L, Payne S. White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Eur J Pall Care 2010; 17: 22-33.
2. Recommendation (Rec. 24, 2003) of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Council of Europe, 2003. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85719> (siteerattu 12.11.2012)
3. Martin-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, ym. Palliative Care in the European Union. IP/A/ENV/ST/2007-22. European Parliament Policy Department, Economic and Scientific Policy, 2008. http://www.actasanitaria.com/files/doc_46109_FICHERO_NOTICIA_3532.pdf (siteerattu 12.11.2012)
4. Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010–2020. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:6. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1486858> (siteerattu 12.11.2012)
5. Saattohoidon järjestäminen kunnissa. Kuntaliitto, 2012. <http://www.kunnat.net/fii/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/tk-vastaanotto/saattohoito/Sivut/default.aspx> (siteerattu 12.11.2012)
6. Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education. European Association for Palliative Care, 2007. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=VmnUSgQm5PQ%3d> (siteerattu 12.11.2012)